

**”...Vi driver og rydder hver uke vi ...”
Evaluering av Oppsøkende rusteam i
Moss/Rygge**

**Gunnar Vold Hansen
Ragnhild Fugletveit**

**Høgskolen i Østfold
Oppdragsrapport 2010:2**

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Høgskolen i Østfold har en godkjenningsordning for publikasjoner som skal gis ut i Høgskolens Rapport- og Arbeidsrapportserier.

Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2010:2

© Forfatteren/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-306-9

ISSN: 1504-5331

Forord

Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag har valgt tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren som et satsingsområde for forskning og utvikling. Dette er et satsingsområde vel forankret i politiske føringer. Likevel viser det seg at det er begrenset kunnskap om hvordan man skal organisere tjenestene for å nå de politiske målsettingene. I helse- og sosialsektoren etableres det nå stadig nye modeller for samarbeid. Noen av disse modellene er teoretisk forankret, andre bygger mer på empiriske erfaringer. Noen modeller handler om samarbeid på et overordnet organisatorisk nivå, andre handler om praktiske løsninger i det daglige arbeidet.

Det er et mål at de erfaringene som gjøres et sted kan videreformidles til andre. Dette gir andre muligheter for å bygge sine løsninger på erfaringer, både av hva som virker og hva som ikke virker. For oss forskere er det derfor viktig at vi får innsikt i hvordan de ulike modellene utvikles. Dette gir oss anledning til å forstå de prosessene som skaper gode og dårlige samhandlingsmønstre. Dette er kunnskap som vi så kan formidle videre til andre. Den innsikten vi utvikler er helt avhengig av de dataene vi får. I denne sammenhengen har både teammedlemmene og andre informanter stilt opp og gitt oss innsikt i både hvordan de jobber, hvilke tanker de har om den jobben de gjør og de frustrasjonene de har opplevd underveis. I denne prosessen opplever vi at informantene har vist oss stor tillit og delt sine erfaringer med oss. Dette setter vi stor pris på og vi takker derfor for de gode innspillene vi har fått.

Prosjektleder for evalueringen har vært Gunnar Vold Hansen som også har hatt hovedansvaret for denne rapporten, særlig analysedelen. Ragnhild Fugletveit har vært prosjektmedarbeider og har hatt et særlig ansvar for datasamling og bearbeiding og presentasjon av data i denne rapporten.

Fredrikstad januar 2010

Gunnar Vold Hansen

Ragnhild Fugletveit

Innhold

FORORD	1
SAMMENDRAG.....	5
INNLEDNING	9
Arbeidsmetoden og rekrutteringsgrunnlaget for Oppsøkende rusteam	10
TEORETISKE PERSPEKTIVER	15
Utviklingstrekk i russektoren.....	15
Helhetlige og samordnete tjenestetilbud	16
Terskler	18
Rammer for samarbeid.....	19
Systemiske determinanter.....	19
Organisatoriske determinanter.....	20
Samhandlingsdeterminanter	21
Profesjonelt arbeid.....	22
Team.....	26
Partnerskap	29
Administrasjon og styring av helhetlige tjenestetilbud.....	30
Individuelle planer	31
Rehabilitering	36
DESIGN OG DATASAMLING	39
PRESENTASJON AV DATA	43
Hvem henviser til Oppsøkende rusteam?	43

Tabell 1:Hvem henviste klientene til oppsøkende rusteam pr. august 2008?	44
Tabell 2: Hvem henviste klientene til oppsøkende rusteam pr. oktober 2009?	47
Hvor henvises brukerne av oppsøkende rusteam?	49
Tabell 3: Hvor ble klientene henvist videre pr. august 2008?*	49
Tabell 4: Hvor ble klientene henvist videre pr. oktober 2009?*	51
Endringer i tjenestetilbudet?	52
Hvem blir avvist?	54
Hva kjennetegner samarbeidet innad i temaet?	57
Samarbeid mellom de ulike tjenestene	60
Avlastning?	65
”..Det er noen dører som åpnes lettere..”	67
”3 mnd for kort tid”	71
Hvilke saker er typiske for ORT?	73
Oppsummering	75
OPPSØKENDE RUSTEAM – FUNGERER DET?	77
Terskelproblematikken.....	77
Samarbeid	80
Systemiske determinanter.....	80
Organisatoriske determinanter.....	83
Samhandlingsdeterminanter - Team-prosessene	88
Samhandling med andre	91
Metodeutvikling	98
OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER	105
Oppsøkende	108

Sammendrag

I denne rapporten ser vi nærmere på det oppsøkende rusteamet i Moss (ORT). Dette teamet bestod opprinnelig av to personer, en fra Moss kommune og en fra den sosialmedisinske poliklinikken i Moss (SMP-Moss). I løpet av prosjektperioden er teamet utvidet med en representant for Rygge kommune og en til fra SMP-Moss. Disse fire personene har samarbeidet både internt i teamet og med andre tjenesteytere om å skape et best mulig tjenestetilbud til brukere som ellers har hatt vansker med å utnytte det eksisterende tjenestetilbudet.

Vår evaluering er gjennomført som en følgeevaluering, der vi i løpet av en periode på nesten to år har fulgt arbeidet i teamet på ulike måter. Vår sentrale datasamlingsmetode har vært intervjuer både med teamets medlemmer, samarbeidsparter, brukere og pårørende. I tillegg har vi deltatt og observert i samarbeidsmøter og også fått innspill i en del mer uformelle situasjoner. Samlet bygger denne rapporten på et nokså omfattende datamateriale, uten at vi kan si at vi er overbevist om at vi har fått med oss alt det vi trengte av data. Tvert imot er vi i løpet av denne evalueringen blitt klar over at tilbudet til rusmisbrukere er mer komplisert og mindre oversiktlig enn det vi i utgangspunktet trodde.

Rapporten har to hovedkonklusjoner. Den ene er at det er et åpenbart behov for bedre samarbeid mellom spesialisttjenestene og kommunene. Den andre er at Oppsøkende rusteam helt klart bidrar til et bedre samarbeid og et mer helhetlig tjenestetilbud enn det vi kan se at det ordinære tilbudet ellers hadde gitt. Det tilbudet man i dag her til rusmisbrukere i området er i dag både uoversiktlig og komplisert å forholde seg til. Selv ansatte i sektoren med lang erfaring har vansker med å finne frem til de mest relevante tjenestetilbudene og med å få etablert et konstruktivt samarbeid med disse. Mange, både ansatte og brukere oppfatter dessuten formelle rutiner rundt etablering av tjenestetilbud som unødig

tungvindt og byråkratisk. I dette bildet fremstår Oppsøkende rusteam som et høykompetent og fleksibelt instrument i arbeidet med å utvikle gode tjenestetilbud til målgruppen. Andre tjenestetilbud er i stor grad organisert etter et oppgaveprinsipp der de ansatte definerer sitt ansvar i forhold til oppgavene sine. Det Oppsøkende rusteamet er i stedet individorientert og definerer sine oppgaver i forhold til den enkelte brukers ønsker og behov. Det gjør at ORT tar ansvar for at brukerne får et helhetlig tjenestetilbud uansett hvem som har ansvar for å løse de enkelte oppgavene. Det kan være liten tvil om at de gode resultatene som det Oppsøkende rusteamet har oppnådd er forankret i denne brukerorienteringen.

Etter vår mening må derfor Oppsøkende rusteam karakteriseres som en suksess. Denne suksessen er først og fremst knyttet til at teamet har vist både behovet for et samarbeid og hvordan slikt samarbeid kan utformes. Vi ser likevel at det finnes klart forbedringspotensial både i den måten tjenesten er organisert på og den måten tjenestene har vært utført på. Oppsøkende rusteam har vært et utviklingsprosjekt. Teamet har underveis endret seg og tilpasset seg den virkelighet man har opplevd. I rapporten peker vi på at det fortsatt er mulig å gjøre tilbudet bedre. Først og fremst peker vi på hvordan teamet selv kan utvikle seg videre for å bli et enda bedre instrument i arbeidet for å skape helhetlige og samordnete tjenestetilbud til målgruppen. Likevel ser vi at en del av de utfordringene sektoren står overfor knyttet til å skape bedre samarbeid mellom spesialisttjenestene og kommunale tjenester ikke ensidig kan løses av et slikt team, men krever endringer både innen spesialisttjenestene og innen den kommunale organiseringen.

Rapporten konkluderer derfor med at Oppsøkende rusteam er et tilbud som bør fortsette, men at man fortsatt bør se på dette som et utviklingsprosjekt og opprettholde et sterkt fokus på å videreutvikle samarbeidet. Etter vår mening bør

det oppsøkende rusteamet legge større vekt på å bidra til å bygge opp gode nettverk rundt brukerne. Dette kan gjøres ved at teamet legger noe større vekt på følgende oppgaver:

- Klargjøring av brukerens behov og ønsker både kortsiktig og langsiktig
- Ta kontakt og ansvarliggjøre de tjenestene som bør delta i utforming av tjenestetilbudet
- Bidra med initiativ og veiledning slik at de ulike tjenestene etablerer et fungerende nettverk rundt brukerne og at det avklares hvem som skal ha et helhetlig ansvar i forhold til brukeren.

Innledning

Sosialmedisinsk Poliklinikk i Moss og Moss kommune fikk i 2007 midler til å starte opp et forsøksprosjekt med oppsøkende rusteam. Dette teamet hadde to ansatte, en med basis i kommunen og en med basis i SMP. Utgangspunkt for å opprette et slikt oppsøkende team er på bakgrunn av initiativtagernes egne erfaringer. Disse erfaringer viser at det er en stor gruppe pasienter som har behov for å få en særskilt hjelp til å bygge opp et samordnet og helhetlig tjenestetilbud. Erfaringene tyder på at når pasienter får en slik hjelp så blir dette en rammefaktor som gjør det lettere å gi et godt tilbud. Dessverre er det initiativtagernes opplevelse at vellykkete tilfeller er mer et resultat av individuell og spesiell innsats fra enkelte tjenesteytere, enn fra en bevisst organisatorisk modell. Disse erfaringene stemmer godt overens med andres erfaringer, forskning og politiske målsetninger.

Oppsøkende rusteam har som formål å skulle utvikle en arbeidsmetodikk som skal være fleksibel og oppsøkende rettet mot bruker/pasient og hjelpeapparatet. Oppsøkende rusteam er et felles prosjekt mellom Moss kommune v/ Psykiatri - og rustjenesten og sykehuset Østfold HF v/ sosialmedisinsk poliklinikk (SMP). Fra og med august 2008 ble også Rygge kommune en del av dette samarbeidsprosjektet og temaet ble utvidet med en stilling. I tillegg ble det fra begynnelsen av 2009 også satt av en stilling nummer to ved SMP.

Prosjektets utgangspunkt har vært på bakgrunn av et langvarig samarbeid mellom den kommunale rustjeneste i Moss og Sosialmedisinsk poliklinikk. Felles for begge partene er at man har sett behovet for betydelig tettere samarbeid i forhold til unge pasienter som det er vanskelig å koordinere behandlingsinnsatser for, ofte fordi klientgruppen ikke møter til avtaler eller dropper ut av behandling. Samtidig som den samme gruppen kan være

storforbrukere av helse- og sosialtjenestene og har åpenbare behov for dette. Behovene er i forhold til hjelp med psykiske vansker, rusmiddelproblemer og sosiale vansker samtidig. Denne pasientgruppen har i løpet av en periode kontakt med mange hjelpeinstitusjoner, hvor utfordringene ofte har vært å koordinere innsatsene gjennom vanlige prosedyrer som epikrise, henvisningsrutiner og ansvarsgrupper. Bak etableringen av Oppsøkende rusteam så man en gruppe mennesker bevege seg gjennom hjelpeapparatet, ofte flere ganger, uten å etablere et **koordinert** behandlingsforløp for videre oppfølging.

Arbeidsmetoden og rekrutteringsgrunnlaget for Oppsøkende rusteam

Oppsøkende rusteam besto opprinnelig av en stilling tilhørende SMP og en stilling tilhørende rus- og psykiatritjenesten i Moss kommune. I deres daglige arbeid hadde de hvert sitt kontor tilhørende deres virksomhet. Dette valget var gjort på bakgrunn av et ønske om å være tilstede i det daglige arbeidet som gjøres i de to virksomhetene. Deres arbeidstid er dagtid med mulighet for fleksitid.

Prosjektet Oppsøkende rusteam har som mål å utvikle metodikk rettet mot de forbedringsområdene som omtales i den overgripende avtalen mellom Sykehuset i Østfold og kommunene i fylket. Målgruppen for prosjektet er unge mennesker mellom 18 og 25 år som har sammensatte problemer knyttet til rus og psykososiale vansker. (jf. Samarbeidsavtalen mellom Sykehuset Østfold og Moss kommune).

Rusteamets funksjon skal være å etablere skriftlige rutinebeskrivelser med et utvidet behandlingsnettverk og bedre samhandlingskompetansen i behandlingsnettverk ved systematisk kompetansebygging. Målet for

opprettelsen av Oppsøkende rusteam er å kunne tilby et oppsøkende fleksibelt tilbud i en tidsavgrenset periode med tanke på å hjelpe pasienten og det ordinære behandlingssystemet til å samarbeide om å etablere et planlagt og koordinert behandlingsopplegg. Dette innebærer et tettere samarbeid mellom de aktuelle tjenestene innenfor kommunal sektor og helseforetaket.

Målgruppen for prosjektet var i prosjektsøknaden bl.a. skissert på følgende måte:

- *Mennesker under 25 år med et alvorlig rusproblem og omfattende psykiske problemer.*
- *Personen er i en situasjon som er uavklart med tanke på behandlingsbehov: Personen er i en situasjon der han/hun faller mellom stolene eller ikke klarer å være tilgjengelig for nødvendig hjelp*
- *Personen står i fare for å skrives ut fra sykehus uten videre oppfølging: Personen er innlagt psykiatrisk akuttpost på bakgrunn av rusutløst psykose eller suicidalfare og har ikke tilfredsstillende plan for oppfølging i etterkant av vernet*
- *Personen er innlagt Østfoldklinikken. Klinikken trenger bistand til etablering av et strukturert opplegg ved utskrivelse*
- *Personen er innlagt Sykehuset Østfold Moss og har ikke tilfredsstillende plan for oppfølging i etterkant av innleggelsen*
- *Personen er gjenganger i kommunal virksomhet (f. eks mottaket, barnevern, Moss Voks). Virksomheten ser at det er vanskelig å etablere planmessig og koordinert oppfølging for vedkommende*

Teamets arbeidsmåte er skissert på følgende måte:

- *Teamet skal ferdigstille sitt oppdrag innen 12 uker (Skal da i samarbeid med behandlingsnettverket ha etablert en planmessig struktur i opplegget rundt hver enkelt pasient). Arbeidet med hver enkelt sak kan forlenges ytterligere etter drøfting med poliklinikkens inntaksteam*
- *En slik plan er avhengig av kartleggingsarbeid. Teamet skal gjøre kartleggingsarbeid med utvalgte instrumenter, beskrive personens behov, foreta rettighetsvurderinger etter pasientrettighetsloven*
- *Teamet skal kunne gå raskt inn i en sak. Akuttpostene innen divisjonen skal kunne ta kontakt med teamet tidlig i et behandlingsløp, slik at opplegg rundt pasienten kan påbegynnes før utskrivelse derfra*
- *Det samme gjelder for avrusningsenheten ved Østfoldklinikken og medisinske poster ved SØM*
- *Teamet skal søke å utvikle et samarbeid med sine "henvisere" – dem i mellom gjennom skriftlige avtaler/rutinebeskrivelser*
- *Teamet skal drive kompetansebygging i behandlingsnettverket gjennom konsultativ virksomhet og gjennom å arrangere kursrekker*

Rapporten har to hovedkonklusjoner. Den ene er at det er et åpenbart behov for bedre samarbeid mellom spesialisttjenestene og kommunene. Den andre er at Oppsøkende rusteam helt klart bidrar til et bedre samarbeid og et mer helhetlig tjenestetilbud enn det vi kan se at det ordinære tilbudet ellers hadde gitt. Det tilbudet man i dag har til rusmisbrukere i området er både uoversiktlig og komplisert å forholde seg til. Selv ansatte i sektoren med lang erfaring har vansker med å finne frem til de mest relevante tjenestetilbudene og med å få etablert et konstruktivt samarbeid med disse. Mange, både ansatte og brukere oppfatter dessuten formelle rutiner rundt etablering av tjenestetilbud som unødig tungvindt og byråkratisk. I dette bildet fremstår Oppsøkende rusteam som et høykompetent og fleksibelt instrument i arbeidet med å utvikle gode tjenestetilbud til målgruppen. Andre tjenestetilbud er i stor grad organisert etter

et oppgaveprinsipp der de ansatte definerer sitt ansvar i forhold til oppgavene sine. Det Oppsøkende rusteamet er i stedet individorientert og definerer sine oppgaver i forhold til den enkelte brukers ønsker og behov. Det gjør at ORT tar ansvar for at brukerne får et helhetlig tjenestetilbud uansett hvem som har ansvar for å løse de enkelte oppgavene. Det kan være liten tvil om at de gode resultatene som det Oppsøkende rusteamet har oppnådd er forankret i denne brukerorienteringen.

Etter vår mening må derfor Oppsøkende rusteam karakteriseres som en suksess. De data vi har samlet inn viser at det oppsøkende teamet møter et behov som de eksisterende tjenestene ikke har klart å dekke. Slik vi ser det blir derfor det Oppsøkende rusteamet et viktig supplement til det ordinære tjenestetilbudet. Vi ser likevel at det er et klart behov for å utvikle tilbudet videre og vil i løpet av denne evalueringen skissere noen anbefalinger for det videre arbeidet.

Oppsøkende rusteam har vært et utviklingsprosjekt. Teamet har underveis endret seg og tilpasset seg den virkelighet man har opplevd. I rapporten peker vi på at det fortsatt er et forbedringspotensial. Først og fremst ser vi på hvordan teamet selv kan utvikle seg videre for å bli et enda bedre instrument i arbeidet for å skape helhetlige og samordnete tjenestetilbud til målgruppen. Likevel ser vi at en del av de utfordringene sektoren står overfor knyttet til å skape bedre samarbeid mellom spesialisttjenestene og kommunale tjenester ikke ensidig kan løses av et slikt team, men krever endringer både innen spesialisttjenestene og innen den kommunale organiseringen.

Rapporten konkluderer derfor med at Oppsøkende rusteam er et tilbud som bør fortsette, men at man fortsatt ser på dette som et utviklingsprosjekt og opprettholder et sterkt fokus på å videreutvikle samarbeidet. Etter vår mening bør det oppsøkende rusteamet legge større vekt på å bidra til å bygge opp gode

nettverk rundt brukerne. Dette kan gjøres ved at teamet legger noe større vekt på følgende oppgaver:

- Klargjøring av brukerens behov og ønsker både kortsiktig og langsiktig
- Ta kontakt og ansvarliggjøre de tjenestene som bør delta i utforming av tjenestetilbudet
- Bidra med initiativ og veiledning slik at de ulike tjenestene etablerer et fungerende nettverk rundt brukerne og at det avklares hvem som skal ha et helhetlig ansvar i forhold til brukeren.

I denne rapporten blir personene som omfattes av Oppsøkende rusteams tjenester omtalt som brukere, klienter og pasienter.

Teoretiske perspektiver

Vi har en utvikling i samfunnet som bidrar til at behovet for mer samordnet og helhetlige tjenester blir stadig større. Det er flere grunner til dette. Vi skal raskt peke på noen av de viktigste.

Utviklingstrekk i russektoren

Først og fremst er det et skifte i fokus på helse- og sosialtjenestenes målsetninger. Mens man tidligere hadde et mer entydig behandlingsfokus for en stor grad forankret i en medisinsk - reduksjonistisk tankegang (Berg 1982), så er fokuset nå flyttet over til en mer rehabiliterende tilnærming. Dette innebærer at man legger større vekt på brukermedvirkning og mestringsstrategier. Denne utviklingen er nært knyttet til et annet utviklingstrekk – desentralisering og de -institusjonalisering. Tjenestene skal tilbys på lavest mulig nivå (Christie 1988). I praksis betyr dette at pasientene som hovedregel skal motta de offentlige tjenestene mens de bor hjemme – ikke i institusjon. Dersom pasientene mottar tjenester mens de er i en institusjon har institusjonen et helhetlig ansvar overfor vedkommende. Institusjonen har på denne måten ”kontroll” over pasienten hele døgnet. Dersom pasienten bor hjemme, er det ikke noen total ”kontroll” over hva pasienten gjør eller ikke gjør, men samtidig forberedes pasienten bedre på et liv uten eller med redusert offentlig bistand.

Et annet utviklingstrekk er en økende spesialisering i samfunnet. Tilbudet blir i en del tilfeller organisert i egne enheter med høy spesialisert kompetanse, men med et begrenset ansvarsområde. Dette gjelder også i helse- og sosialtjenestene selv om dette er et trekk som nok kjennetegner spesialisttjenestene mer enn de kommunale tjenestene. I mange kommuner ser vi nå en utvikling der tjenestene

organiseres i egne resultatenheter. En slik organisering krever at de ansatte avgrensner sin innsats til de oppgavene de har fått definert som sine.

Glouberman & Mintzberg (2001:75) hevder at en slik oppbygging av tjenestene ikke fungerer i helse- og sosialsektoren. Samarbeid kan etter deres mening bare nås dersom man legger til grunn at den sentrale teknikken er gjensidig tilpasning, der de ulike tjenestene fordeler oppgaver ut fra hva som er mest hensiktsmessig for pasienten – ikke hva som er best for tjenestene. Løsningen på dette er å etablere nettverksorganisasjoner (Glouberman & Mintzberg 2001:77).

Helhetlige og samordnete tjenestetilbud

En av de store utfordringene innen psykiatri/rus-feltet er å utforme helhetlige tjenestetilbud. De siste årene har man etablert samarbeidsformer som individuelle planer og ansvarsgrupper med sikte på å skape helhetlige tjenestetilbud. Evalueringer av slike løst organiserte samarbeidsformer viser at disse ikke alene kan løse de utfordringene som sektoren står overfor.

Organisering av tjenestene innen funksjonsdelte linjeorganisasjoner medfører at det er vanskelig å sikre samarbeid og helhetlige tilbud (Holck 2004, Hansen 2007). Slike modeller er gjerne bygget opp som matriseorganisasjoner der man henter deltakere fra ulike tjenester både på kommune- og spesialistnivå og lar disse samarbeide om et tjenestetilbud rundt pasienten. Deltakerne i slike ordinære ansvarsgrupper er medlemmer både i sin egen linjeorganisasjon (sosialtjeneste, kommunal helsetjeneste og helseforetak) og i teamet. Forskning også i Norge viser at medlemmene i slike team kan komme i konflikt mellom lojalitet til sin linjeorganisasjon og det konkrete teamet (Onyett 1998, Egeberg 2003, Møller 2006, Holck 2004, Hansen 2007).

Den siste tiden har vi internasjonalt sett at det er i stor grad tatt i bruk ulike organisatoriske løsninger for å få til et bedre samarbeid mellom tjenestene og mer helhetlige løsninger. Slike organisatoriske løsninger, for eksempel ACT (assertive community treatment) bygger på fast sammensatte team som yter et bredt spekter av tjenester (Stein & Santos 1998). Ulike evalueringer viser at slike helhetlige tjenestetilbud har positive virkninger både på rene behandlingsindikatorer og mer subjektive opplevelser som livskvalitet (Marshall & Lokwood 1998, Leiphart & Barnes 2005, Krupa & al 2005, Killaspy & al 2006).

I dette tilfellet har vi et team som er satt sammen med representanter både for kommunale tjenester og spesialisttjenestene. De skal ikke på samme måte som ACT selv yte et helhetlig tilbud, men har som oppgave blant annet å legge grunnlag for et helhetlig tjenestetilbud over en periode på 12 uker. Dette er en pasientgruppe der både behov og ønsker er ustabile. Undersøkelser viser at det er vanskelig å utforme gode tjenestetilbud til denne pasientgruppen dersom det ikke brukes god tid til å bli kjent med pasientens ressurser og behov (Hansen & Ramsdal 2006). Et slikt oppsøkende team kan derfor være en løsning på denne utfordringen.

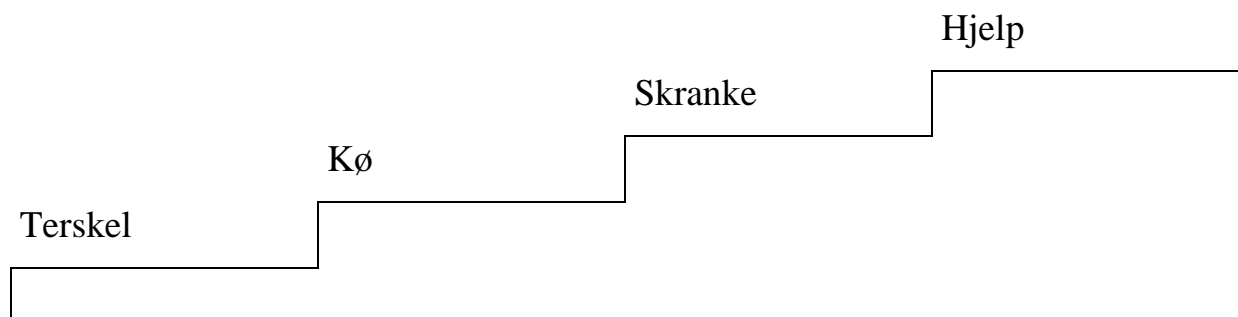
Det oppsøkende teamet skal også ha en sentral oppgave knyttet til veiledning og opplæring i samarbeid. Samarbeid handler om mye mer enn å få mennesker til å møtes. En utfordring er å sørge for at de møteplassene som finnes blir reelle samarbeidsarenaer og at samarbeid slik sett blir en effektiv måte å utvikle tjenestetilbudene på (Øvretveit 1996, Onyett 1998, San Martin-Rodriguez & al. 2005).

Terskler

Et overordnet poeng med dette oppsøkende teamet er å gjøre tilgangen til de ulike tjenestene bedre. En utfordring for brukere som trenger bistand fra ulike tjenester er at det er krevende å oppsøke alle de ulike tjenesteyterne og å presentere sine behov på en adekvat måte, såkalt terskelproblematikk (Bleiklie & al 1994). Det er derfor interessant å se om dette oppsøkende teamet bedrer tilgangen til de tjenestene som pasientene har behov for.

Vi kan se denne utviklingen i sammenheng med det som gjerne kalles terskelproblematikken (Bleiklie & al 1994). Prosessen frem mot å få et tjenestetilbud kan deles opp i tre delprosesser: Terskel, kø og skranke.

Vi kan fremstille disse hindringene som en trapp med flere trinn man må bestige for å nå opp til hjelpen:



Det første problemet en person med rusproblemer må overkomme er en terskel. En slik terskel kan selvfølgelig være problemet med å få kontakt med helsevesenet. Har man rus- og/eller psykiske problemer kan bare det å ta kontakt med helse- og sosialvesenet være en terskel som man selv må overvinne

Det neste problemet man må overvinne er å få tjenestene til å velge å løse akkurat det menneskets problemer. I et samfunn med begrensede ressurser, må de ulike tiltakene settes i en kø slik at noen prioriteres foran andre. I

russektorren vil pasientene møte køproblematikken ved at de må konkurrere med andre om oppmerksomheten til tjenestene, bl.a. ved at det er ventetid for utredning.

Siste trappetrinn er skranken. Denne hindringen består bl.a. i kommunikasjonsproblemer. For at man skal kunne få adekvat hjelp må man kunne kommunisere med hjelperen på en slik måte at vedkommende forstår hvordan vedkommende kan hjelpe. I en del tilfeller kan det også være snakk om å kunne bruke de argumentene som hjelperen selv legger vekt på (Bleiklie & al 1994). Det er for eksempel trolig lettere å få gjennomslag for behovet for økonomisk sosialhjelp til en familie dersom man argumenterer for barnas behov enn for de voksnes.

Det er altså ikke slik at et opplevd behov for hjelp hos brukeren, gir automatisk grunnlag for assistanse fra hjelpeapparatet.

Rammer for samarbeid

San Martin-Rodriguez & al (2005) deler i en review-artikkel de ulike forholdene (determinantene) som påvirker samarbeid inn under tre hovedbolker:

- Systemiske determinanter
- Organisatoriske determinanter
- Samhandlingsdeterminanter

Systemiske determinanter

De systemiske determinantene handler om forhold i samfunnet som legger rammer for hvordan man samhandler. Det sosiale systemet er et slikt forhold og inkluderer for eksempel spørsmål knyttet til status i samfunnet. Dette gjelder

status både for profesjoner og brukergrupper. En annen systemisk determinant er profesjonssystemet. Profesjoner kjennetegnes blant annet av at de gjerne ønsker å forsvare et bestemt arbeidsmarked eller bestemte arbeidsoppgaver for seg selv. Profesjoner henger igjen sammen med utdanningssystemet og for eksempel i hvilken grad dette fremmer samarbeidskompetanse. I denne sammenhengen er dette rammer som vanskelig kan endres, men som man må forholde seg til dersom man ønsker å få til bedre samarbeid.

Organisatoriske determinanter

Også den organisatoriske sammenhengen samarbeidet skal foregå innenfor har betydning for hvordan et team fungerer. En del av den forskningen som er gjort de siste årene (Egeberg 2001, Holck 2005, Møller 2006 og Hansen 2007) viser at organisasjonsstruktur er en særlig betydningsfull rammefaktor. Offentlig forvaltning i Norge er stort sett bygd opp som hierarkiske linjeorganisasjoner. Hierarkiske linjeorganisasjoner er først og fremst bygd for å ivareta arbeidsdeling og kommunikasjon mellom over- og underordnede. For en slik organisasjon er det derfor svært utfordrende å få til et godt samarbeid på tvers både innen organisasjonen selv og mellom ulike organisasjoner. Etableringen av NAV var blant annet begrunnet med behovet for å finne frem til bedre organisatoriske løsninger for å få til samarbeid.

Et annet kjennetegn ved slike hierarkiske linjeorganisasjoner er at arbeidsdeling gjerne defineres i forhold til gitte arbeidsoppgaver. Det betyr at de ulike enhetene i en slik organisasjonsstruktur har ansvar for å utføre gitte oppgaver. De ulike tjenesteyterne vil i slike organisasjoner først og fremst være opptatt av om den enkelte bruker har behov for de oppgavene vedkommende tjenesteyter har ansvar for å tilby. Dersom det blir vurdert slik at en bruker ikke har behov for den eller de tjenestene som virksomheten skal bidra med, vil virksomheten

anse at den ikke lengre har ansvar for at brukeren får et tjenestetilbud (Holck 1997)

En særlig utfordring i forhold til samarbeid i tverrorganisatoriske team er i hvilken grad deltakerne har myndighet til selv å foreta beslutninger (Holck 2005, Hansen 2007). Team som ikke har tilstrekkelig organisatorisk støtte vil dermed komme i en situasjon der de ikke kan forplikte seg til å følge opp de avtalene som gjøres i teamet.

Hvilke ressurser teamet har til rådighet er også viktig ramme for samarbeidet.

Koordinerings- og kommunikasjonsmekanismer er en faktor som mange har vært opptatt av. Ulike profesjoner og yrkesgrupper har for eksempel ulike former for fagspråk. Dette betyr at det i noen sammenhenger kan være vanskelig å få til en skikkelig kommunikasjon mellom teammedlemmene fordi de legger ulike betydninger i samme begrep, eller bruker terminologi som andre ikke forstår.

Samhandlingsdeterminanter

En grunnleggende forutsetning for samarbeid er at de som skal samarbeide virkelig vil samarbeide. Dersom man for eksempel ikke ser behovet for å etablere et samarbeid, så er dette et dårlig utgangspunkt.

Tillit er også en sentral faktor i godt samarbeid. Skal man få til et samarbeid må man ha tillit til at de andre klarer å gjøre jobben sin. Man må dessuten ha tillit til at de andre har samme gode intensjoner med samarbeidet som det man har selv. En annen viktig holdning er gjensidig respekt. I dette innebærer det at man har kunnskap og anerkjennelse for det arbeidet de andre medlemmene gjør.

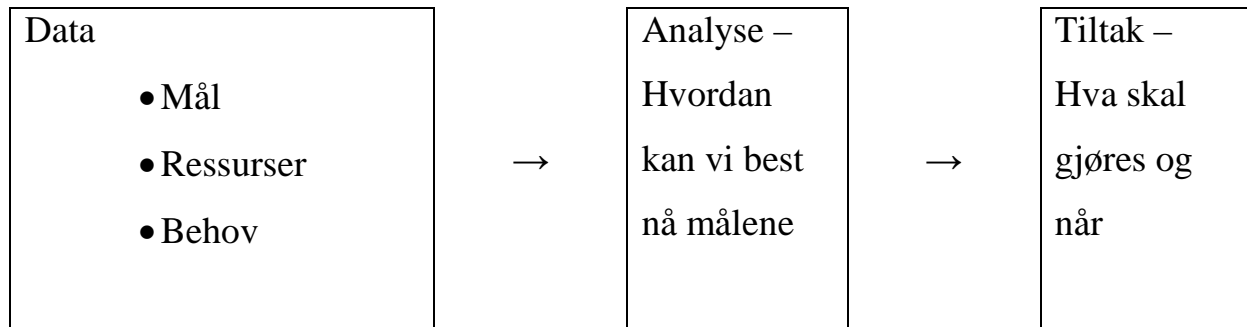
Kommunikasjonskunnskap er også en faktor som påvirker samarbeidet innad i et team. God kommunikasjon som også innebærer mulighetene for å synliggjøre faglig uenighet uten at man skaper personlige motsetninger, er avgjørende for at samarbeidet innad i et team kan fungere.

Profesjonelt arbeid.

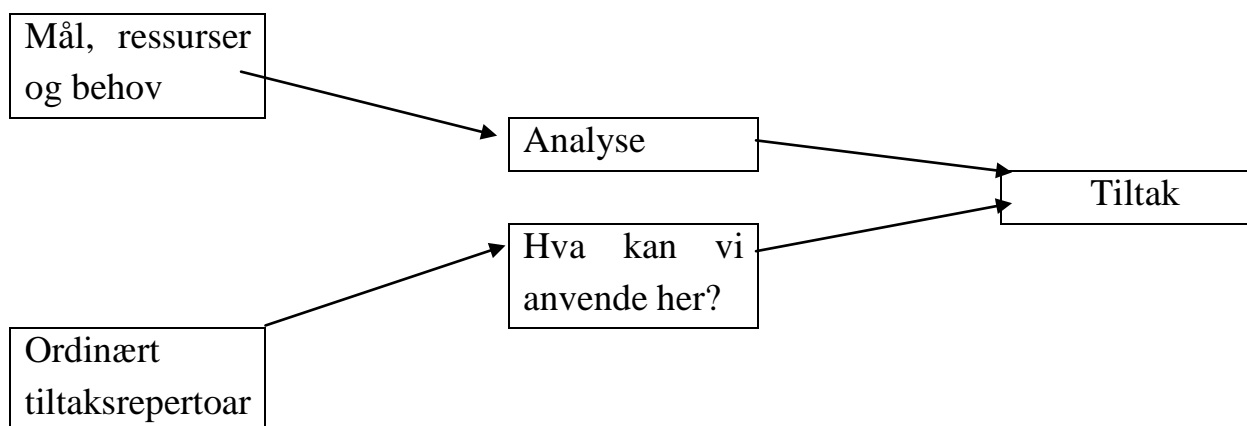
En viktig og langt fra entydig problemstilling er både hva man skal samarbeide om og hvordan dette samarbeidet skal foregå. Vi legger til grunn at det i russektoren er ansatte med en omfattende fagbakgrunn som utfører arbeidet og at samarbeidet derfor må foregå slik at det er mulig å nyttiggjøres seg de ansattes ulike profesjonelle kompetanse.

I følge Abbott (1988) består profesjonelt arbeid, i teorien, av tre prosesser. Disse er datasamling, analyse og tiltak. I praksis er det ikke alltid slik – det kommer vi tilbake til siden. Utgangspunktet er altså datasamlingen. Alle relevante data knyttet til brukerens bakgrunn, resultater fra undersøkelser og tester, vedkommendes behov for hjelp, målsettinger og ressurser, vil være grunnlaget for hvilke tiltak som skal iverksettes. Før man iverksetter, skal det gjennomføres en analyse for å finne frem til de tiltakene som gir det beste tilbudet til brukeren.

Dette kan illustreres i følgende modell:



I praksis er det slett ikke så enkelt som teorien legger opp til. Abbott (1988) viser for eksempel at datasamlingen i stor grad er styrt av det tiltaksrepertoaret tjenesteyteren behersker. I mange tilfeller er det tilbudet en tjenesteyter kan gi, formelt avgrenset enten på grunn av intern organisering eller på grunn av lovregler. Det innebærer at mange tjenesteytere først og fremst samler inn de data som er relevant for å avgjøre om brukeren har behov for de tjenestene vedkommende skal yte. Konsekvensen av dette er at tjenesteyterne i mange tilfeller hopper over en mer omfattende analyse av hvordan brukerens situasjon best kan møtes. Tjenesteyterne følger da den nederste prosessen i stedet for (slik teorien legger opp til) den øverste i denne modellen:



(Mintzberg 1994a:24, begrepsbruken er tilpasset den konkrete empirien)

Denne tilnærmingen blir særlig problematisk dersom man skal lage et helhetlig opplegg der flere yrkesgrupper og virksomheter skal bidra. Slik vi ser det er styrken med tverrfaglig samarbeid nettopp at personer med ulik faglig bakgrunn bidrar med ulike innspill og perspektiver i en felles analyse av hva som er de mest hensiktsmessige tiltakene overfor nettopp denne brukeren. Dersom hver enkelt tjenesteyter bare bidrar med fastlagte tiltak bestemt utenom fellesskapet, så får vi det som kalles flerfaglig samarbeid.

Tverrfaglig samarbeid blir i vår terminologi, bare der de ulike tjenesteyterne samarbeider om datasamling og gjennomfører en felles analyse for å finne frem til de beste tiltakene. Tverrfaglig samarbeid forutsetter altså at man samarbeider om alle leddene i en profesjonell prosess. Tar vi hver av de tre leddene for oss kan vi gi følgende beskrivelse av hva vi mener bør skje i en tverrfaglig prosess:

Datasamlingen er utgangspunktet for hvordan situasjonen skal forstås. Den definerer først hva som er problemet eller utfordringene. Det er ikke gitt at det er enighet om hva som er brukerens problem. Vi kjenner for eksempel til at brukere som har dualproblematikk (rus/psykiatri) har blitt kasteball i systemet fordi tjenesteapparatet ikke har kunnet bli enige om hva som skulle komme først, rusbehandling eller psykiatribehandling. Vi vet også at det eksisterer mange eksempler på at brukere som har en psykiatrisk diagnose ikke blir tatt på alvor når de beskriver et somatisk problem. Dersom det er flere tjenesteytere som samarbeider om å samle inn data og utveksler synspunkter på hvordan de oppfatter disse dataene, så har man et bedre grunnlag for å kunne se helheten i brukerens situasjon. I denne sammenhengen er det også et poeng at en viktig medspiller i datasamlingen er brukeren selv og brukerens vurdering av hvordan vedkommende opplever situasjonen. Det er ikke gitt at hva som er et problem og hva som er viktigst å løse først oppleves på samme måte av brukeren som av tjenesteyterne. Tvert imot – det finnes flere undersøkelser som viser at

tjenesteyternes vurdering av hva de tror er viktigst for brukeren, ikke samsvarer med brukerens egen vurdering.

Datasamlingen handler ikke bare om problemer/utfordringer, men også om hva brukeren selv ønsker og hvilke mål vedkommende har med det tjenestetilbudet som skal ytes. Sentralt i datasamlingen er også en kartlegging av brukerens ressurser – hva kan brukerens selv bidra med for å nå de målene som er satt opp og har vedkommende også et nettverk som kan stille opp? Alle disse dataene er nødvendige for å finne frem til hvilke tjenester brukeren har behov for. Det er det bildet som alle tjenesteyterne samlet representerer som skal danne utgangspunkt for analysen.

Analysen bør gjennomføres ved at bruker og tjenesteytere samarbeider om å vurdere hva som er aktuelle muligheter for å møte de utfordringene som man er enige om. En slik vurdering innebærer at man vurderer hva som er fordeler og ulemper med de ulike alternativene og prøver å finne frem til et alternativ som ivaretar de krav og ønsker som både brukeren og tjenesteyterne har. I praksis innebærer dette at hva som er beste alternativ, hva som er mest realistisk alternativ og hva som er økonomisk (for tjenesteyterne) akseptabelt er elementer som må være med i en slik vurdering.

Det er viktig at man på denne måten finner frem til en strategi som alle står bak og som alle forplikter seg på. Vi kan selvfølgelig tenke oss at det er faglig uenighet mellom de ulike tjenesteyterne, men da kan en løsning være at man blir enige om at en eller flere gir seg i forvissning om at dersom den strategien man har lagt opp til ikke gir de forventete resultatene, så forplikter resten av gruppen seg på å følge den alternative løsningen ved neste korsvei (Ejærnes 2005).

De tiltakene man blir enige om er det også viktig at man samarbeider om. I praksis innebærer det at man må bli enige om hvordan de ulike tiltakene skal tilpasses hverandre. Hva skal komme først – er det noen tiltak som bør ytes samtidig? Slike spørsmål er det viktige å få avklart. Det er ikke uinteressant i hvilken rekkefølge tiltakene skal tilbys. Har man behov for hjelpemidler for å kunne fungere i utdanning eller arbeid, har det ikke noen hensikt å tilby skole eller arbeidsplass før disse hjelpemidlene er på plass.

Vi forstår derfor tverrfaglig arbeid som en prosess der flere yrkesgrupper samarbeider om en felles forståelse av hva som er brukerens problemer, behov og ressurser, de samarbeider videre om å finne frem til de mest adekvate tiltakene og om å gjennomføre disse tiltakene på en slik måte at brukeren får et mest mulig tilpasset og helhetlig tilbud.

Team

Oppsøkende rusteam er som navnet sier et team. Begrepet team er rimelig upresist. Vi føler derfor behov for å gjøre mer rede for ulike former for team og ulike sider ved teamorganisering. En måte å dele inn team, er hvordan de er organisert, en annen er hvilke oppgaver de har. Bang (2008) deler team inn etter om de er lederteam, planleggingsteam eller produksjonsteam. Det er altså hva slags oppgaver teamene har som danner grunnlag for inndelingen til Bang. I denne terminologien synes ORT å fremstå som et planleggingsteam. Likevel er det slik at ORT's medlemmer også yter en del tjenester direkte til brukerne og slik sett også fremstår som et produksjonsteam (Bang henter sin terminologi fra næringslivet og betegnelsen produksjonsteam vil nok oppleves som en noe fremmed formulering i helse- og sosialtjenesten, men det synes også der å være aksept for at man kan si at det "produseres" helse- og sosialtjenester).

Øvretveit (1996) har fokus på tverrfaglige team og er først og fremst opptatt av at organiseringen av teamene får betydning for hvordan man samarbeider innad i teamene. Han er derfor mer opptatt av å beskrive hvordan ulike elementer i organiseringen styrkes eller svekker mulighetene for samarbeid innad i teamet. Alt i alt finner Øvretveit frem til fem dimensjoner ved organisering av teamarbeidet som fremmer og hemmer samarbeidet innad i teamet. De fem dimensjonene han trekker frem er: Integrasjon, kollektivt ansvar, medlemskap, behandlingslinje og ledelse. Disse fem dimensjonene kan vi sette opp i følgende tabell:

	Fremmer samarbeid	Hemmer samarbeid
Integrasjon	Team som oppfatter seg som et fellesskap der man utformer beslutninger og behandlingsstrategi i fellesskap og der teammedlemmene føler seg forpliktet av de felles beslutningene og den felles strategien	Uforpliktende nettverksmøter der medlemmene møter når de kan og hvor de mer informerer hverandre enn avklarer en felles strategi. Noen ansvarsgruppemøter synes å fremstå på denne måten
Kollektivt ansvar	Alle teammedlemmene føler seg ansvarlig for at brukerne får de tjenestene som teamet i fellesskap skal yte.	Hvert teammedlem føler seg bare ansvarlig for de oppgavene som vedkommende har blitt tildelt
Medlemskap	Medlemmene i teamet er heltidsmedlemmer i	Medlemskapet i teamet er et deltidsmedlemskap

	<p>teamet. Det er den strategi og de beslutninger som utformes i teamet som er avgjørende for hva hver enkelt skal gjøre.</p>	<p>der medlemmene først og fremst er medlemmer i en linjeorganisasjon og har både lojalitet og sine forpliktelser i linjen.</p>
Behandlingsforløp	<p>Behandlingsforløpet skjer slik at flere teammedlemmer må yte et tilbud samtidig i form av et koordinert og helhetlig tilbud.</p>	<p>Behandlingsforløp kan avgrenses slik at det enkelte teammedlem har ansvar enten for hver sitt samtidige tilbud, eller at de gir tilbud suksessivt.</p>
Ledelse	<p>Teamleder har full instruksjonsmyndighet overfor de andre teammedlemmene i forhold til de tjenestene som teamet skal yte. Dette gjelder uavhengig av om medlemmene er heltids- eller deltidsmedlemmer i teamet.</p>	<p>Teamleder har liten eller ingen myndighet overfor de andre medlemmene. Medlemmene står fritt til å gjøre som de vil eller som de blir instruert til av andre, for eksempel linjeledere</p>

Denne tabellen må forstås slik at det ikke er et spørsmål om enten så er dimensjonen en som fremmer eller en som hemmer samarbeid. I praksis er de beskrivelsene vi gir her ytterpunkter i et kontinuum der man har muligheter for

en rekke mellomløsninger. Vi kan også tenke oss løsninger der en dimensjon i stor grad fremmer samarbeid mens en annen hemmer den.

Partnerskap

I prosjektbeskrivelsen er ORT beskrevet som et partnerskap. Slik partnerskapsorganisering er på mange måter noe fundamentalt nytt i norsk forvaltning. Samtidig fremstår det også som et mulig svar på de utfordringene som et stadig økende krav om mer samarbeid og større enheter i kommunesektoren innebærer (Ramsdal & Hansen 2009). Hva som skiller partnerskap fra andre former for samarbeid er ikke alltid like godt å si, men i denne sammenhengen er det særlig interessant å se på to forhold: hvordan beslutningene tas og i hvilken grad beslutninger tatt i partnerskapsorganer forplikter partene. Det ene ytterpunktet er at partnerskapet har muligheter til selv å ta beslutninger og at disse beslutningene så binder partene. Det andre ytterpunktet er at medlemmene møter i partnerskapsorganer med tilnærmet bundet mandat "hjemmefra" og at eventuelle beslutninger som tas må sanksjoneres av virksomheten "hjemme" før de kan tre i kraft.

I denne sammenhengen er målsettingen med partnerskapsorganiseringen at ORT skal være et organ der man finner frem til et helhetlig tilbud med samlet innsats både fra kommunen og spesialisttjenesten. Vi legger derfor til grunn at dersom ORT skal være et partnerskap der man i fellesskap skal finne frem til hvilket tjenestetilbud de aktuelle brukerne skal ha, så må partnerskapet være organisert slik at ORT som helhet har stor grad av myndighet til selv å finne frem til hvilket tilbud som skal ytes og til å forplikte partene på det man forhandler seg frem til. Slik vi ser det, er den mest hensiktsmessige partnerskapsløsningen i denne sammenhengen en løsning der de som representerer partene i partnerskapet, har myndighet til å forplikte partene i direkte forhandlinger.

Administrasjon og styring av helhetlige tjenestetilbud

En av de virkelig store utfordringene i utvikling av helhetlige tjenestetilbud, er å få frem bindende beslutninger. Vi har allerede vært inne noen ganger på at et samordnet og helhetlig tjenestetilbud handler om å få frem et tjenestetilbud som er vevd inn i hverandre. Det betyr at dersom en del av tjenestetilbudet blir endret, så vil det kunne få konsekvenser for andre deler av tjenestetilbudet. Det tilbudet man har diskutert seg frem til må derfor bygge på at deltakerne virkelig forplikter seg til å gjennomføre det man er blitt enige om. Det neste problemet er å følge opp de avtalene som er gjort. For det første gjelder det å sørge for at det som er avtalt blir gjort og at det blir gjort på rett tid. Samtidig er det klart at planlegging er en aktivitet der det langt fra er gitt at de forutsetningene som ligger til grunn for planleggingen faktisk oppfylles. Det kan derfor tenkes at det er gode grunner til å endre planen og de beslutningene man er kommet frem til underveis. Hvem skal så ha myndighet til å endre en slik plan, og kan vedkommende instruere de ulike partene til å gjennomføre justeringer på en plan man allerede har forhandlet seg frem til?

Dette er problemstillinger som blant annet Glouberman & Mintzberg (2001) er opptatt av. I to omfattende artikler drøfter de denne problemstillingen og konkluderer med at dagens ordninger der man i stor grad deler ansvaret på ulike måter slik at for eksempel spesialisttjenestene fremstår som en avgrenset linjeorganisasjon der man har tydelig hierarki innad i linjen, men mangler myndighet til å styre det tilbudet andre tjenester yter, ikke fungerer. Slike linjer finnes både i spesialisttjenestene og i kommunene. Styring og kontroll kan utøves i flere nivåer både nedover i organisasjonen, men det er vanligvis ingen form for styring og kontroll sidelengs. Det betyr at all samordning mellom de ulike linjeorganisasjonene må bygge på gjensidig tilpasning.

Løsningen for Glouberman & Mintzberg (2001) er å etablere forpliktende nettverksorganisasjoner. Selv finner de deler av denne løsningen i det Canadiske helsevesenet. Slik vi ser det vil en løsning i Glouberman & Mintzberg's ånd være å etablere organisatoriske nettverksenheter som kan utforme helhetlige tjenestetilbud og fordele oppgavene mellom de ulike tjenesteyterne. Disse nettverksenhetene må da settes sammen slik at de representerer alle de aktuelle tjenesteyterne. Hvis vi ser på ORT som et samarbeidsorgan mellom spesialisttjenestene og Moss kommune for å utarbeide et felles tjenestetilbud, synes ORT å ha mange av de elementene i seg som Glouberman & Mintzberg etterlyser.

Et annet element som også blir sentralt når det skal utvikles helhetlige tjenestetilbud er hvorvidt tjenestetilbudet organiseres ut fra virksomhetenes oppgavefokus eller om man har et brukerfokus. I dag er de fleste offentlige organisasjoner organisert ut fra et oppgavefokus. At dette er en særlig utfordring for brukere med sammensatt tjenestebehov har vært akseptert lenge. For å skape et nettverkstilbud med brukerfokus rundt en gitt bruker, har man innført ordningen med individuelle planer. Vi skal derfor også se noe nærmere på individuelle planer.

Individuelle planer

Etter lov om pasientrettigheter § 2-5, har pasienter ”som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester..” rett til å få utarbeidet en individuell plan. Retten til individuell plan er også hjemlet i lov om kommunehelsetjenesten og i lov om sosiale tjenester. I utgangspunktet har både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten hver for seg en plikt til å utarbeide individuelle planer, men hensikten med slike planer er jo å få til et samarbeid. Det er derfor

en forutsetning at de ulike nivåene samarbeider om å utarbeide disse planene dersom pasienten har behov fra tjenesteyting fra flere nivåer. Etter den siste endringen i forskriften er ansvaret for å utforme den individuelle planen først og fremst lagt til kommunen, men forutsetningen er fortsatt at der det er behov for samarbeid mellom flere nivåer, så skal planen også utarbeides i samarbeid.

Likevel er det viktig å understreke at det ikke er den individuelle planen som et dokument som er avgjørende, men den individuelle planleggingen. Det betyr at det man skal legge vekt på er at de ulike offentlige tjenestene samarbeider om å legge en plan for hvordan de forskjellige tiltakene skal utformes, organiseres og samordnes med sikte å gi brukerne et best mulig tilbud.

Det overordnede målet er derfor at en individuell plan skal være en dokumentasjon på at det tilbudet som er planlagt blir helhetlig og samordnet. Selve dokumentet som utformes, er i seg selv uinteressant – det er planleggingen som er viktig.

Utformingen av individuelle planer skal ivareta flere viktige prinsipper:

- Brukermedvirkning - pasienten selv skal delta aktivt i utformingen av planen og vil på den måten ha innflytelse på hvilke mål som skal settes og hvilke overordnede valg som skal gjøres.
- Realistiske forventninger – selv om pasienten skal være med på å utforme innholdet i en individuell plan, så er det viktig at planen utformes i forhold til hva som er faglig forsvarlig og økonomiske realistisk. Tjenesteyter og pasient må derfor bruke noe tid på å avklare hvilke forventninger som kan la seg realisere. Virkningen av dette vil forhåpentligvis være at både pasient og tjenesteyter har klart for seg hvilke forventninger og forpliktelser som rettes mot dem.

- Samordning av tjenestetilbudene – Sosial- og helsedepartementet har som mål at de ulike tjenestene som ytes skal bli samordnet bedre ved bruk av individuelle planer. Det vil si at de ulike tjenestetilbudene kan planlegge sin innsats i forhold til det tilbudet andre yter.
- Mer rasjonell tids- og ressursbruk – Klare individuelle planer forventes å kunne medføre besparelser på lang sikt. Dette skyldes delvis at god planlegging kan redusere problemer som ellers oppstår fordi man med planlegging i større grad er forberedt på hva som kan skje. Delvis er det forventninger til at planlegging kan redusere akuttinnleggelser og svingdørsproblematikk.
- Kvalitetssikring – individuelle planer vil også ha et element av kvalitetssikring i seg. Dette gjelder både i forhold til å synliggjøre de faglige vurderingene som ligger til grunn og i forhold til dokumentasjon og rettsikkerhet for pasienten.

Individuelle planer skal som navnet sier være tilpasset den enkelte pasient. Både omfang og innhold i planen må derfor være en følge av de behovene og ønskene pasienten selv har. Dette innebærer at det ikke kan lages en entydig mal eller beskrivelse for en individuell plan, men at planene vil variere fra pasient til pasient.

Likevel er det i forskrift om individuelle planer (§7) fastsatt at en individuell plan skal inneholde følgende elementer:

- en oversikt over pasientens mål og behov for tjenester – denne delen må ta utgangspunkt i pasientens egne mål og behov for tjenester, slik disse fremkommer i samarbeid med tjenesteyterne. Det er altså ikke tjenesteyterne som skal formulere mål og behov, men pasientene. Dersom pasienten har vansker med selv å formulere mål og behov, bør pårørende få en sentral plass i dette arbeidet.

- en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen
- en angivelse av hvem som gis særlig ansvar for å sikre samordningen av og fremdriften av planen– ansvaret for at en plan blir laget og realisert, bør legges til en bestemt person. Dette bør trolig være den personen som har den mest sentrale rollen i forhold til koordineringen av tjenestetilbudet (case-manageren i clinical-case management ideologien). Uansett skal det i hver enkelt sak vurderes hva som er mest hensiktsmessig i den konkrete situasjonen.
- en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem – de tiltak som beskrives skal være et resultat av de mål og behov som pasienten har formulert. Likevel må tiltakene som beskrives være realistiske. Planen gir i seg selv ikke rettigheter til tjenestene. Det er de konkrete lovreglene som avgjør dette. En plan må derfor utformes slik at den er realistisk i forhold til de regler som gjelder og den ressursituasjon som foreligger. Det er viktig at planen ikke forespeiler pasienten tiltak som det er liten grunn til å tro at lar seg realisere.
- en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres
- en oversikt over hva pasienten og tjenesteyterne skal bidra med i planarbeidet - planen skal gi en oversikt over hva som skal gjøres, hvordan det skal gjøres og også beskrive hvem som har ansvaret for at de ulike tiltakene som blir beskrevet, blir gjort. I noen tilfeller fordeles dette ansvaret mellom ulike tjenesteytere, men i mange sammenhenger er det også viktig å synliggjøre de forventninger og avtaler man har i forhold til hva pasient og eventuelt pårørende skal bidra med. På samme måte som de tiltakene som tjenesteyterne skal bidra med må være realistiske, må også de tiltakene pasient og pårørende skal bidra med være realistiske i forhold til deres situasjon.
- en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen – en individuell plan er en fremdriftsplan for hvordan

de ulike tiltakene skal iverksettes. Likevel må ikke en slik plan bli en tvangstrøye og den må derfor kunne revideres ved behov. Uansett om behov for revisjon oppstår, bør man ha fastsatt bestemte tidspunkter der man evaluerer de tiltak som er iverksatt og eventuelt vurderer om mål bør endres, og/eller om andre tiltak kan være mer virkningsfulle.

- pasientens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger – med unntak av pasienter som er under tvungent psykisk helsevern, skal pasienten gi sitt samtykke til at det utarbeides individuell plan. De ordinære reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og forvaltningsloven gjelder også ved utarbeidelse av individuelle planer og gjennomføringen av tiltakene. Bl.a. for å unngå misforståelser om hva som kan formidles videre og for å unngå at pasienten må fortelle sin historie mange ganger, vil det vanligvis være fornuftig å synliggjøre hvem som kan få del i taushetsbelagte opplysninger og hvilke av disse opplysningene som kan formidles til hvem.
- en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater – Den individuelle planen skal sikre et mest mulig helhetlig tilbud. De ulike etater som er nødvendig for å få til et slikt tilbud er derfor pliktig til å samarbeide for å få til dette.

Planen må utformes på en slik måte at den er forståelig for pasienten. Det vil si at den må ta hensyn til pasientens evne til å lese slike dokumenter. Det må tas hensyn til om pasienten har annet hovedmål enn norsk. Planen må også utformes slik at den tar hensyn til pasientens normer og verdier (kulturelle bakgrunn).

En individuell plan skal være enkel og oversiktlig. Behovet for mer detaljerte planer kan løses ved å lage delplaner for hver tjenesteyter/etat. Det vil si at den individuelle planen skal vise hvordan de ulike etatene samarbeider og hvordan

fremdriften i tilbudet skal være. Velger vi et eksempel med en skoleelev som har vært utsatt for en alvorlig trafikkulykke kan for eksempel fysioterapeuten lage en plan for hvordan den fysiske rehabiliteringen skal foregå og skolen lage en egen opplæringsplan for å vise fremdriften i skolegangen.

Rehabilitering

Individuelle planer er nært knyttet sammen med begrepet rehabilitering. Slik utviklingen er blitt nå så er det stor grad av enighet om at man sjelden kan behandle rusproblemer uten å se på brukerens totale situasjon. Det begrepet som nå er blitt sentralt i arbeidet med å gi mennesker et helhetlig tilbud, er rehabilitering. I forskriften om habilitering og rehabilitering § 2 er begrepene definert på følgende måte:

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

I denne definisjonen er det en del sentrale begreper som vi vil fremheve.

Først og fremst er det viktig å legge merke til at habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens egen innsats. Det er altså ikke helsevesenets oppgave å gjøre en pasient frisk og/eller å bedre pasientens funksjonsevne. Helsevesenet skal bistå pasienten i vedkommendes arbeid for å bli frisk og/eller bedre sin funksjonsevne. Rehabilitering er derfor en prosess som skal styres av pasienten – ingen andre.

I tillegg er det viktig å se at målet ikke er entydig å bli frisk, men derimot mye bredere enn det. Disse begrepene brukes i definisjonen:

- Funksjonsevne
- Mestringsevne
- Selvstendighet
- Deltakelse

Dette betyr at det virkelige fokuset er mye videre enn det som ordinært ligger i behandling.

Alle mennesker, særlig de som er syke eller på en eller annen måte har fått redusert sin funksjonsevne, har rett til et fullverdig liv. For den som ikke er avhengig av hjelp, er ord som funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i stor grad selvfølgeligheter. For den som trenger rehabilitering er det en avstand mellom de individuelle forutsetningene og samfunnets forventninger til hva man kan klare på egen hånd. Det er ulike måter å redusere dette gapet på.

Den åpenbare måten er selvfølgelig å fokusere på ulike former for behandling og trening av pasienten selv. Dette er en løsning som for mange er ønskelig.

Likevel er det en løsning som dessverre er urealistisk for en del.

For disse er det da viktig å tilrettelegge de eksterne forholdene på en slik måte at problemene oppleves minst mulig belastende. Slik hjelp kan for eksempel tilbys som ulik tilrettelegging av organisatorisk og teknisk art, slik at den enkelte blir minst mulig hemmet av sin sykdom/funksjonshemming. Det er også viktig å være orientert mot best mulig livskvalitet for den som trenger bistand. Det innebærer at det er hva brukeren opplever som viktig som er det avgjørende for hvilke tiltak som skal iverksettes. Selv om mange vil ønske å få hjelp til å leve et

mest mulig ”ordinært” liv, så er det også de som synes at det går an å ha et fullverdig liv bare visse forutsetninger oppfylles. Det betyr at de tjenestene som skal ytes må bygges på hva brukeren ønsker og hva vedkommende synes er viktig.

Det er i dag omfattende dokumentasjon på at rusproblemer ikke løses ved hjelp av behandling alene (Topor 2001, 2006). Hubble & al (1999) konkluderer for eksempel med at hva slags behandling man yter bare bidrar med 15% av det som skaper bedring for rusmisbrukere. De resterende 85% fordeler seg med 15% på håp, tro og forventninger, 30% på relasjonelle forhold til behandler og de siste 40% knytter seg til utenomterapeutiske forhold som sosial deltakelse og støtte. Vi legger derfor til grunn at et helhetlig tjenestetilbud også må ha et fokus på andre deler av brukerens liv enn bare det som handler om rusmisbruket. Dette innebærer at et godt tjenestetilbud ikke kan se på behandling isolert, men også må legge stor vekt på å bidra til mestring og sosial deltakelse.

Design og datasamling

Vedung (1997) skiller mellom ulike former for evalueringer. Den enkleste formen for evaluering er målevalueringer. I prinsippet består slike evalueringer av et nokså ensidig fokus på hva som var målsetting med et gitt tiltak og om denne målsettingen er nådd. Til en viss grad er dette en tilnærming som vi finner igjen i det stadig økende fokuset på at en evaluering skal være evidensbasert. Evidens var et begrep som opprinnelig var knyttet til medisinsk forskning og testing av medisiner. Slik vi ser det var opprinnelsen slik sett knyttet til dokumentasjon av naturvitenskapelige sammenhenger. Etter hvert er denne måten å dokumentere medisinske behandlingsformer utvidet til beslektede områder som psykologi og sykepleie. Evidens blir nå knyttet sammen med mange mer samfunnsfaglige områder som evidensbasert kriminologi og evidensbasert sosialt arbeid. Problemet med rene målevalueringer og slike evidensbaserte tilnærminger er at de gir klare svar på om et tiltak virker, men ikke hvorfor det virker (Ekeland 2004).

Denne evalueringen vil ikke være en evidensbasert målevaluering. Det er særlig to grunner til dette. Den ene er at vi ikke er så ensidig opptatt av om målsettingen med prosjektet oppnås, selv om dette selvfølgelig også vil bli vurdert. Dette er en evaluering som også høgskolen legger inn en betydelig egeninnsats i og vi er derfor som forskere svært opptatt av å finne ut hva som virker og hvordan, som om målene er nådd. For oss er det sentrale med denne evalueringen å få bedre innsikt i hvordan tjenestene for rusmisbrukere kan organiseres med sikte på å skape et best mulig tilbud til denne gruppen tjenestemottakere. Den ene grunnen til at vi går lengre enn en vanlig målevaluering, er behovet for å få bedre kunnskap om hvordan slike prosjekter virker overfor denne målgruppen.

Den andre grunnen til at vi ikke vil benytte oss av en ren målevaluering er at vi ikke evaluerer et bestemt medikament eller en bestemt behandlingsform, men det vi evaluerer er en organisasjonsmodell. Det er vårt organisasjonsteoretiske utgangspunkt at organisasjonsmodeller ikke er gode eller dårlige, men at de ivaretar ulike funksjoner. Vi er derfor opptatt av å finne ut om hvorvidt den organisasjonsmodellen for samarbeid som er etablert mellom Moss kommune og den sosialmedisinske poliklinikken i Moss er hensiktsmessig. Målsettingen er å kunne si noe om hva som er positivt og negativt med denne måten å organisere samarbeid på og om de resultatene vi finner er overførbare til andre kommuner eller om det som har skjedd i dette tilfellet er helt spesielt i forhold til disse to samarbeidspartene.

Vår evaluering vil dermed ligne mest på det som Vedung (1997) kaller en helsystemevaluering. En helsystemevaluering prøver å fange opp hvilke virkninger det aktuelle tiltaket har hatt, både intenderte og uintenderte. Olsen (1993) peker på at de fleste offentlige tiltak sjelden har akkurat de virkningene som man antok på forhånd. Det betyr ikke nødvendigvis at de er mislykkete, heller tvert imot. Mange ganger er det de virkningene som man ikke kunne se på forhånd som faktisk fremstår som den største suksessen med tiltaket.

Med dette utgangspunktet blir fokus i evalueringen hvordan de ansatte jobber og særlig hvordan de samarbeider med andre tjenesteytere. Ved valg av metode er det en del vurderinger som må gjøres. Vi har tatt utgangspunkt i skillet mellom intensive og ekstensive studier (Danermark, m. fl. 2001). Med intensive studier mener vi studier som ønsker å få frem best mulig datagrunnlag om et bestemt fenomen. I dette tilfellet er vår intensjon å få frem best mulig innsikt i hvordan ordningen med oppsøkende team i Moss fungerer. Ved valg av datasamlingsmetoder har vi lagt to perspektiver til grunn for våre vurderinger.

Først og fremst må datasamlingen bidra til at vi får frem den kunnskapen som er nødvendig for å oppnå hensikten med denne evalueringen. Samtidig er ressursene som er tilgjengelig for datasamling begrenset. Hvordan datasamlingen har vært gjennomført bygger derfor på en balansegang mellom ideelle krav om best mulig datagrunnlag og begrensninger i tilgjengelige ressurser.

Datasamlingen som danner grunnlag for denne rapporten består av flere datasett. For oss forskere har det vært spennende, men også utfordrende, å følge prosjektet gjennom hele prosjektperioden fra det ble satt i gang og i praksis gjennom de to første årene av prosjektet. Dette betyr at vi har kunnet samle inn nokså omfattende data. I praksis har vi hatt to intensive datasamlingsperioder, våren 2008 og våren 2009. Skjematisk kan datasamling presenteres i følgende tabell:

Tidspunkt	Datasamling	Respondenter
Våren 2008	2 Gruppeintervjuer	Samarbeidsparter i Moss kommune
Våren 2008	5 individuelle intervjuer	Teamet + initiativtakerne
Våren 2008	1 individuelt intervju	Bruker
Høsten 2008/våren 2009	Observasjon av teammøter – 3 ganger	Teamet
Våren 2009	18 individuelle intervjuer	Samarbeidsparter i Moss + Rygge + spesialisttjenesten
Våren 2009	3 individuelle intervjuer	Brukere/Pårørende

Alle intervjuene er tatt opp på bånd og har blitt analysert ved at vi har lyttet til dem. En del sentrale uttalelser i intervjuene er blitt transkribert og det er disse

transkriberingene som danner utgangspunkt for de sitatene som finnes i rapporten.

Presentasjon av data

I evalueringen av Oppsøkende rusteam så har vi som beskrevet foran, gjennomført ulike datainnsamlinger. Innledningsvis vil vi presentere registreringen av hvem som henviser brukere til ORT og hvilke tiltak brukerne får tilbud om i etterkant av kartleggingen. Og med dette som utgangspunkt vil vi videre presentere vårt kvalitative intervjumateriale av ansatte i ORT samt deres samarbeidspartnere gjennom prosjektperioden.

Vår intensjon med dette kapitlet er å få frem hva som kjennetegner ORT som team og deres samarbeid med partnerskapet utad og hvordan dette påvirker det helhetlige tjenestetilbudet til brukerne av ORT.

Hvem henviser til Oppsøkende rusteam?

ORT gjør egne registreringer av hvem som henviser klienter til teamet. I denne sammenheng må "henviser" forstås som den som henviser brukerne til ORT. I noen tilfeller er dette brukerne selv og da er det registrert som egen person. Tabell 1 under viser oversikten over antall registrerte brukere av teamet fra oppstart mars 2007 til og med august 2008.

Tabell 1:Hvem henviste klientene til oppsøkende rusteam pr. august 2008?

Henviser	Antall klienter
Forvaltningstjenesten, sosiale tjenester:	16 klienter
Sosial Medisinsk poliklinikk:	13 klienter
Fastleger:	2 klienter
Akutt Avd. Veum:	6 klienter
Barnevernet:	6 klienter
BUPP:	1 klient
Rustjenesten, Moss kommune:	3 klienter
Fokus jobb:	2 klienter
Egen person:	1 klient
Ungdommens helsestasjon:	1 klient
Friomsorgen:	1 klient
Videregående skole:	1 klient
Av totalt registrerte pr. august 2008:	59 klienter

Kilde: Ragnhild Ljungqvist, rus- og psykiatritjenesten, Moss Kommune.

Tabell 1 viser at den kommunale forvaltningstjenesten dominerte som henviser til ORT det første året av prosjektperioden til ORT. Videre viser tabell 1 at SMP også har henvist en del brukere til teamet. Det er likevel verdt å merke seg at de kommunale tjenestene generelt er dominerende som henvisere i denne perioden. I tillegg kjennetegnes de kommunale henvisningene som mangfoldig og

inkluderer alt fra forvaltningstjeneste, barnevern til fokus jobb. Dette kan bety at ORT har en viktig funksjon for brukere av ulike kommunale tjenester.

Forvaltningstjenesten uttrykker på følgende måte hva som kjennetegner den brukergruppen som de henviser til det oppsøkende rusteam:

”..Vi er jo dem som oppdager tror vi, henviser og tolker. Vi oppdager det i samtale med klienter som regel. Det er jo ikke alle som er freske og nye, mine er i hvert fall noen som har gått og surret ganske lenge, ikke møter på noen ting, sklir unna. Og da har jo rustemaet vært enestående med dem”...

Beskrivelsen ovenfor fra forvaltningstjenestens henvisninger til prosjektet viser til unge, erfarne brukere av sosialtjenesten men med dårlig oppmøtekompetanse. Likevel må klientene til en viss grad ha en form for **oppmøtekompetanse** for å bli oppdaget, gjerne i form av et økonomisk press, at vedtak løper ut eller at det er noen vilkår i vedtakene som ikke er oppfylt. I slike tilfeller får forvaltningstjenesten kontakt med klientene og kan i noen tilfeller avdekke eventuelle rus- eller psykiske problemer. Med dette som bakgrunn kan de kontakte oppsøkende rusteam dersom klientene befinner seg i målgruppen. Forvaltningstjenesten oppgir videre at denne gruppen utgjør promiller av deres klientgruppe totalt. Dette betyr at målgruppen for ORT ikke nødvendigvis befinner seg i klientgruppen til forvaltningstjenesten.

Erfaringene så langt, sier noe om at det Oppsøkende rusteamet i liten grad er oppsøkende **utenfor** den kommunale sektor eller helseforetaket. De som får hjelp blir vanligvis henvist fra kommunen eller de spesialiserte tjenestene innenfor helseforetaket. De rekrutterer i liten grad brukere utenfor dette området. Dette kan bety at deres oppsøkende virksomhet i større grad må knyttes til

arbeidsmetodene og i mindre grad til klientrekrutteringen. Rusteamet oppgir at når de får en henvisning så drar de gjerne hjem til den aktuelle brukeren og blir denne måten oppsøkende i deres arbeidsform. I denne sammenheng er Oppsøkende rusteam utfyllende til det eksisterende tilbud. Dette er også erfaringene til de ansatte i temaet og de beskriver det på følgende måte:

... ”I de saker som vi samarbeider med SMP opplever de at det har vært fint med oss. Vi har vært en slags avlaster. Vi kan være mobile og har muligheten til å hente folk og vi benytter også SMS for å minne brukerne om avtaler..”

Denne beskrivelsen sier noe utfyllende om deres arbeidsmetode og hvordan dette gir mulighet for å avlaste de eksisterende tjenestetilbud. I denne sammenheng kan Oppsøkende rusteams funksjon være en viktig avlaster for systemer som i utgangspunktet ikke har samme mulighet til å oppsøke brukerne.

Når det gjelder spesialisthelsetjenestens henvisninger så er det SMP og akuttavdelingen på Veum som dominerte det første året av prosjektperioden. Det er kanskje ikke så underlig at SMP er representert med en høy andel henvisninger ettersom vi vet fra en tidligere evaluering (Hansen og Ramsdal 2007) at mange klienter ikke møter til avtaler. ORT har i denne sammenheng hatt en viktig funksjon som oppsøkende team for å følge opp klientene som ikke møter til avtaler på SMP.

Det er imidlertid interessant å merke seg at tabell 1 viser at en brukere har tatt kontakt med ORT på eget initiativ, siden er det blitt flere, og at helsestasjoner, friomsorgen og videregående skole også er registrert som henvisere til ORT. Dette kan si noe om behovet for tjenester for denne målgruppen utenfor de tradisjonelle samarbeidspartene på den ene siden. På den andre siden illustrerer

dette teamets fleksibilitet og deres oppsøkende funksjon. Dette gir muligheter for målgruppen til selv å ta kontakt.

Tabell 2 under omfatter også henvendelser som er gjort etter august 2008 frem til oktober 2009.

Tabell 2: Hvem henviste klientene til oppsøkende rusteam pr. oktober 2009?

Henviser	Antall klienter
Forvaltningstjenesten, sosiale tjenester:	17 klienter
Sosial Medisinsk poliklinikk:	30 klienter
Fastleger:	2 klienter
Akutt Avd. Veum:	19 klienter
Barnevernet:	10 klienter
Rustjenesten, Moss kommune:	5 klienter
Rygge sosialtjeneste:	7 klienter
Rygge barnevernstjeneste:	2 klienter
Annet: Pårørende, klienten selv, familiesenter:	38 klienter
Av totalt registrerte pr. oktober 2009: 130 kliente	

Kilde: Ragnhild Ljungqvist, rus- og psykiatritjenesten, Moss Kommune. Pr: 22.okt 09

I tabell 2 har antall henvendelser fra forvaltningstjenesten blitt redusert mens tilfellet er motsatt for SMP og akuttavdelingen på Veum. Her har behovet for ORT økt fra august 2008 frem til oktober 2009. Denne effekten kan skyldes flere ting men det er sannsynligvis et uttrykk for at forvaltningstjenestens behov ikke har vært så store over tid som tilfellet er for de spesialiserte tjenestene og

da spesielt SMP og Akuttavdelingen på Veum. Forvaltningstjenesten uttrykte også i midtveiseevalueringen av prosjektet at målgruppen til ORT utgjorde promiller av deres klientgruppe (Hansen og Fugletveit 2008). Dette bekreftes i tabell 2. Antall henvisninger fra forvaltningstjenesten avtar mens de spesialiserte tjenestene øker frekvensen av antall henvisninger.

Noe av årsaken til at sosialtjenesten ikke har henvist så mange klienter i 2009, sammenlignet med 2007 og 2008, kan også skyldes etableringen av NAV-kontorene. Etableringen av NAV har resultert i mindre tid til et aktivt samarbeid med ORT. I tillegg har sosial forvaltning hatt mye sykefravær det siste året og dette kan ha resultert i færre henvisninger til ORT.

Når det gjelder SMP sine behov for kartleggingstjenester fra ORT, så har vi som nevnt tidligere i kapittelet, vært inne på utfordringer knyttet til **oppmøtekompetansen**. Vi antar at den økte responsen fra SMP også kan skyldes nærheten til ORT gjennom prosjektmedarbeiderne. SMP kjenner på denne måten godt til målgruppen og mandatet for teamet og det blir derfor enklere å henvise pasienter.

Det er interessant at ORT mottar en såpass stor andel henvendelser fra pårørende, klienter selv og familiesenter. Dette kan være et uttrykk for et behov for slike tjenester utenfor det ordinære hjelpeapparatet. Altså at pårørende og brukere selv kan henvende seg når de har behov uten at de må være registrert gjennom formelle henvisere som for eksempel forvaltningstjenesten og SMP. Dette er en styrke både for teamet og målgruppen, at terskelen for å henvende seg er lav og ubyråkratisk.

Hvor henvises brukerne av oppsøkende rusteam?

Evalueringen av oppsøkende rusteam har så langt vist hva som kjennetegner brukerne av teamet i forhold til hvem som er henviserinstans inn til prosjektet. Våre foreløpige funn så langt kan tyde på at kommunalforvaltningen av sosiale tjenester var en av hovedaktørene for overføring av brukere til ORT i den første del av prosjektperioden. I andre del av prosjektperioden viser det seg at SMP og akuttavdelingen på Veum er dominerende henviser til ORT.

Går vi et steg videre og analyserer hvilke samarbeidspartnere som blir aktuelle etter at ORT har trukket seg ut av samarbeidet, så ser det ut som om over halvparten av brukerne blir overført til kommunale tjenester etter kartleggingsperioden i ORT. Dette illustreres ved hjelp av tabell 3 under som viser veien videre etter kartleggingsperioden i ORT. Tabell 3 gir en oversikt over 43 av de totalt 71 klientene som ble overført til andre tjenester i første del av prosjektperioden.

Tabell 3: Hvor ble klientene henvist videre pr. august 2008?*

Henvist videre	Antall klienter
Innlagt i behandling:	8 klienter
Venter på behandlingsplass:	5 klienter
Voks og psykiatritjenesten, Moss kommune:	11 klienter**
Rustjenesten, Moss kommune:	14 klienter
I sysselsetting:	5 klienter
Av totalt registrerte pr august 2008: 71 klienter	

Kilde: Ragnhild Ljungqvist, rus- og psykiatritjenesten, Moss Kommune.

*Denne oversikten er basert på 43 av totalt 71 klienter som er blitt henvist videre av Oppsøkende rusteam pr. august 2008.

**Det er ikke skilt mellom hvem som er henvist til Moss Voks og hvem som er henvist til psykiatritjenesten i Moss.

Tabell 3 viser at det i prosjektperioden frem til august 2008 ble henvist i alt 5 brukere til sysselsetting. Dette er interessant og indikerer at ikke alle klientene er institusjonskandidater. Likevel dominerer døgnbasert behandlingsplass når vi analyserer klientene som blir overført til spesialiserte tjenester. Dette betyr som vi også understreket i midtveiseevalueringen (Hansen og Fugletveit 2008) at døgnbaserte tjenester er det tjenestetilbudet som dominerer innenfor spesialisthelsetjenesten. Et spørsmål som dukker opp i denne sammenheng er hvorfor ikke andre tjenestetiltak innenfor spesialisthelsetjenesten som: ACT (Assertive Community Treatment) eller DPS (Distrikt psykiatrisk senter) er blitt benyttet i denne perioden? Vi antar at klientgruppen til ORT også kan ha behov for dagtilbud med fokus på tilrettelegging som f. eks. ACT eller DPS kan tilby til denne målgruppen. Dette har ikke vært et særlig behov blant de klientene som ble kartlagt i perioden frem til august 2008. I hvertfall indikerer tabell 3 i liten grad slike behandlingstilbud. Tabell 3 viser at de fleste klientene henvises videre til døgnbaserte behandlingstiltak eller den kommunale rustjenesten.

Tabell 4 er en illustrasjon på hvor klientene blir henvist videre frem til oktober 2009. I denne tabellen er alle klientene som er registrert henvist videre tatt med.

Tabell 4: Hvor ble klientene henvist videre pr. oktober 2009?*

Overført til:	Antall klienter
Sosial Medisinsk poliklinikk:	12 klienter
Rusbehandling, spesialisttjeneste:	18 klienter
Rustjenesten, Moss kommune:	14 klienter
Psykiatritjenesten, Moss kommune:	10 klienter
ACT:	1 klient
*Annet:	44 klienter
**Ikke aktuelt:	29 klienter
Av totalt registrerte pr. oktober 2009: 128 klienter	

Kilde: Ragnhild Ljungqvist, rus- og psykiatritjenesten, Moss Kommune. Pr. 22.okt 09

* Fått jobb, tiltak, flyttet, ønsker ikke å motta videre tilbud fra ORT

** Har vært vurdert av ORT men har for eksempel hatt et annet etablert tilbud rundt seg og får sånn sett tjenester andre steder og det har vært pårørende som har fått råd og veiledning.

Tabell 4 viser at *annet* er den største kategorien av klienter når hele perioden for ORT er registrert. *Annet* er en oppsamlingskategori for klienter som ikke mottar tilbudet som ORT har utarbeidet gjennom kartleggingsperioden. Kategorien består av personer som har fått jobb, flyttet eller ikke ønsker å motta tilbud fra ORT. Denne kategorien var ikke kartlagt i tabell 2 så vi har ikke noe å sammenligne med fra forrige evalueringperiode. Det er likevel påfallende mange som faller **utenfor** ORT sitt tjenestetilbud etter kartleggingsperioden.

På den ene siden kan dette bety at klientene er blitt oppmuntret eller motivert i løpet av kartleggingsperioden til å nyttiggjøre seg andre tilbud. På den andre siden kan dette bety at tjenestetilbudet fra ORT ikke samsvarer med klientenes

ønsker eller muligheter. Kanskje er det slik at denne kategorien ikke er institusjonskandidater og at de derfor ikke passer inn i et videre tjenestetilbud fra ORT. Vi har ikke et empirisk grunnlag for å hevde dette men mener at det kan være en av flere sammensatte årsaker til at denne kategorien har høyest andel.

Den nest største kategorien er de klientene som ORT har registrert som ikke aktuell. Denne kategorien er også en samlekategori av flere vurderinger som har til felles at klientene ikke ønsker å motta tjenestetilbudet på bakgrunn av ORT sin kartleggingsperiode. I denne kategorien befinner også pårørende seg slik at ikke alle videre henvisninger er reelle ORT klienter, noen er mødre eller fedre til ungdom eller voksne som de er bekymret for.

Til sammen så utgjør de to nevnte kategoriene over halvparten av alle henvisninger som ORT har videreformidlet frem til oktober 2009. Dette kan bety at over halvparten av klientene ikke benytter seg av tjenestetilbudet som ORT har utredet i kartleggingsperioden. Hva som er eventuelle årsaker til at denne andelen ikke har benyttet seg av tilbudet etter kartleggingsperioden vet vi imidlertid ingenting om fordi vi mangler data på dette området.

Endringer i tjenestetilbudet?

Overføringene fra ORT til andre samarbeidspartnere kan altså si noe om hva slags tjenester brukerne får som et resultat av kartleggingen i ORT. Grovt sett kan vi si at i første del av prosjektperioden frem til august 2008, var kommunale tjenester både **døråpner inn til prosjektet og døråpner ut** av ORT. Dette er også hovedkonklusjonen i midtveisevalueringen av ORT (Hansen og Fugletveit 2008). For ORT har dette betydd at samarbeidet med kommunale tjenester fungerer både som henviser inn til prosjektet og som videre samarbeidspartnere når brukerne skal overføres videre.

I den siste del av kartleggingen etter august 2008 og frem til oktober 2009 har dette endret seg. Nå er det spesialisthelsetjenesten som er den dominerende samarbeidspartner for ORT. Det er imidlertid viktig å legge merke til at Akutt avdelingen på Veum har fått en større rolle som henviser inn i prosjektet. Dette kan bety at samarbeidet mellom ORT og akutt avd. på Veum har lyktes i større grad ettersom prosjektet er blitt mer kjent ute i tiltaksapparatet. Og på samme måte som vi understreket i midtveisevalueringen (Hansen og Fugletveit 2008) er det døgnbaserte tjenester som er dominerende henviserinstans ut av ORT.

Dette kan bety at samhandlingsmodellen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste er virksom i forhold til samarbeid om døgnbasert behandling men i mindre grad i forhold til andre dagtilbud som: DPS, SMP, ACT, Dette kan bety at deres tjenester ikke er aktuelle for brukerne av Oppsøkende rusteam. I løpet av prosjektperioden oppgir ORT at de kun har henvist 1 bruker til ACT teamet. Noe av årsaken til at ACT ikke har vært aktuell for flere har sammenheng med inntakskriteriene til ACT. Pasientene som skal vurderes til ACT skal i følge ORT helst være diagnostisert eller ha en tentativ diagnose. ORT oppgir at det ikke har vært andre aktuelle kandidater i evalueringsperioden.

Motsatt så kan det tenkes at samarbeidet mellom ORT dag - tilbudene innen psykisk helsevern er svakt både som døråpner inn til prosjektet og som samarbeidspartner ut av prosjektet for brukerne. Ettersom noe av målsettingen med prosjektet er å bryte ned terskler mellom samarbeidspartnere er det underlig at de nevnte tiltakene ikke i særlig grad er aktive samarbeidspartnere i dette prosjektet. Dette har også en sterk sammenheng med at målgruppen for prosjektet kjennetegnes av brukere som ikke klarer å nyttiggjøre seg eller være tilgjengelig for nødvendig hjelp. I denne sammenheng kan det se ut som om terskelen for å kontakte ORT eller videre samarbeid er høy for

samarbeidspartnerne innenfor de nevnte tjenestene. Dette kan bety at ORT har noen utfordringer i forhold til å bedre dette samarbeidet.

Når det gjelder kommunale tjenesters samarbeid med teamet så kan det virke som om samarbeidet i forhold til overføringer inn til Oppsøkende rusteam fungerer, bortsett fra barnevernet. Både intervjuene vi har gjort med involverte parter av prosjektet og tabell 1 og 3 indikerer dette. Barnevernets rolle som samarbeidspartner til Oppsøkende rusteam har vært beskjedent. Samarbeidet har vært utfordrende med hensyn til at organiseringen av tjenestene, arbeidsmetodene og lovverket er ulikt. De ansatte i Oppsøkende rusteam har opplevd samarbeidet som vanskelig og som vi tidligere har påpekt, beskrives dette samarbeidet som: ”...å løpe etter...” Denne erfaringen av samarbeidet med barnevernstjenesten sier noe om at samhandlingen mellom tjenestene ikke er godt organisert. Dette kan være noe av årsaken til at barnevernet i liten grad har vært en aktiv henviser av klienter til Oppsøkende rusteam. Vi antar at barnevernet kan være en aktuell henviser til prosjektet på bakgrunn av målgruppen som Oppsøkende rusteam skal ivareta. Som vist tidligere i denne evalueringen peker flere av informantene på store utfordringer koblet til barnevernets rolle som samarbeidspartner.

Hvem blir avvist?

For å analysere hvem som er målgruppen til ORT spurte vi medlemmene av teamet hva de mente kjennetegner deres målgruppe i forhold til behov. Og de svarte på følgende måte:

...”De fleste er egentlig institusjonskandidater. Enten på korttid, på utredning eller langtid..”

ORT sin definisjon av deres brukergruppe og behov sier noe om hvilke tjenester de har behov for et tett samarbeid med. I denne sammenheng kan det tyde på at dette gjelder rusbehandling, som er organisert innen de spesialiserte tjenestene i helseforetaket. Dette kan bety at brukergruppen i stor grad blir **rettet mot tiltak** som befinner seg innenfor helseforetaket og i mindre grad mot tiltak innenfor kommunale tjenester. Dette er et gjentakende poeng i dette kapittelet og vi finner støtte for en slik vurdering både gjennom intervjuene og tabellene som er vist. På bakgrunn av denne kunnskapen fant vi det interessant å få vite noe mer om hvilke klienter som da blir avvist av ORT. Hva kjennetegner dem?

ORT sine ansatte beskriver typiske avvisinger på følgende måte:

”.. Vi har fått henvisninger fra voksne, det kan være LAR, det går vi ikke inn i. Også 16-17 åringer som ikke er koblet til barnevern eller foreldre, her kan det være vanskelig ettersom de mangler motivasjon. Veldig vanskelig å gå inn i. Vanskelig å få gjort noe og det går mer på systemer i forhold til hva vi kan gjøre. Vi avviser ikke i utgangspunktet ikke. Vi siler ikke saker. Vi har jo 30 åringer også. Det er helt greit det. Er de under 18 år så er det helt andre metodikker som går mer på systemnivå. I forhold til barnevernet blir det sånn at vi løper etter...”

Utsagnet sier noe om at Oppsøkende rusteam ikke nødvendigvis avviser i forhold til alder. Dette stemmer også med gjennomsnittlig alder på klientene i ORT som er 31,6 år. Det kan i imidlertid virke som om avvisingene i stedet blir gjort i forhold til hvilke systemer brukeren blir henvist fra. Det kan virke som at henvisninger fra barnevernet eller foreldre har større utfordringer enn de som blir henvist fra den kommunale sosialtjeneste eller helseforetaket. Kan dette ha en sammenheng med kjennskapet til hverandres arbeidsområdet og samarbeid? Teamets ansatte har tidligere arbeidet innenfor den kommunale rustjeneste og voksenopplæring (VOKS) og kjenner deres arbeidsområde. I denne

sammenheng kan samarbeid med for eksempel barnevernet og foreldre være en utfordring som kan oppleves som vanskelig. De får på ingen måte muligheten til å fungere som avlaster i denne sammenheng. De blir i stedet ”løpende etter”. Her har Oppsøkende rusteam muligens en utfordring.

Den kommunale rustjenesten peker også på behovet for en ”ny” oppfølging av klienter som allerede er innlemmet i deres tjeneste. I intervjuet med rustjenesten kom det frem et ønske om å overføre saker hvor samarbeidet mellom de ulike tjenestene ikke har fungert. Henvisningen ble avvist fordi kriteriene for samarbeid var oppfylt i den utvalgte saken. Rustjenesten oppsummerte denne saken på følgende måte:

... ”Jeg prøvde å melde inn en person som tilhørte oss her på rustjenesten som ikke fungerte på tross av at det var en apparat rundt. Men fikk avslag fra rusteamet fordi klienten hadde et hjelpeapparat rundt seg. Der var det faktisk en uenighet i forhold til inntak til oppsøkende rusteam og oss. Vi mente at kandidaten var kvalifisert for oppsøkende rusteam. Begrunnelsen var at han hadde vært i systemet i lengre tid og de vurderte vel at de ikke kunne utøve noen forskjell der da. Sånn sett så kan en jo si at gjengangerne ikke er prioritert. Og da tenker vi på de eldre. Men i den aktuelle saken så var kandidaten i målgruppen...”

Dette tilfelle kan tyde på at dårlig oppmøtekompetanse ikke alltid er nok for henvisning og oppfølging til Oppsøkende rusteam. Det kan virke som om avvisningene i større grad blir gjort med hensyn til hvilke instanser brukerne tilhører og hvilke behov som ligger til grunn for henvisningene. Alder har mindre betydning. Det kan derfor virke som om rekrutteringsgrunnlaget til Oppsøkende rusteam har større sammenheng med hvilke tjenester de har

muligheten til å påvirke i det videre samarbeid. Klientgrunnlaget blir på denne måten vurdert etter hvilke tjenester ORT kan tilby i det videre samarbeidet.

Hva kjennetegner samarbeidet innad i temaet?

Teamet har et samarbeidsmøte pr uke hvor de tar opp alle klientene til vurdering for videre tiltak og status. På møtet er alle 4 teammedlemmene samlet og utover dette møtet ringes de jevnlig i løpet av arbeidsdagen til hverandre for å diskutere ulike problemstillinger koblet til de aktuelle klientene.

Da vi spurte informantene i teamet om de ofte opplevde uenigheter seg imellom som teammedlemmene og hvordan dette eventuelt ble løst, viste det seg at de hadde få konkrete erfaringer med saker som de vurderte ulikt *innad* i teamet. Teammedlemmene virket i stedet noe overrasket over at vi spurte dem hvordan de håndterte uenigheter i forhold til saker dem imellom og nedenfor følger flere utsagn som bekrefter at teamet ikke har hatt fokus på eventuelle uenigheter i deres arbeidshverdag.

...(Stille lenge)"...Vet du, det klarer jeg ikke helt å sette fingeren på om det har vært direkte faglige uenigheter i saker. Det handler vel om at vi har så mange å drøfte en sak med og at jeg opplever ikke at vi har noen absolutter. Jeg håper ikke at vi får noen "sånne" i teamet. Sånne som har noen absolutte oppfatninger om at sånn er verden og sånn skal det gjøres. Vårt anliggende er jo å drøfte alle sider, det er jo så komplekse saker..."

..."Jeg tror ikke alltid vi er enige, eh, jeg må tenke om vi har kommet opp i noen... Jeg kan ikke huske at vi har kommet opp i noen sånne konkrete uenigheter, hvor vi liksom på en måte har vært veldig uenige. Jeg tror nok at også at dette handler om typer og personer og sånn. Men jeg kan vel ha

kjent på noen ganger at ting blir styrt litt sånn fra poliklinikkens sin side da. At de har en sånn veldig tyngde. At når de har bestemt noe så blir det sånn... ”

... ”Vi har en sak nå hvor jeg tenkte at det kunne bli en konflikt med en klient som ”må” få subutex i påvente av institusjonsopphold. ”det må han bare ellers så dør han! Og da er det bare sånn at kommunen skal betale det. Og jeg kjenner at jeg kunne tenkt meg en annen vurdering på dette. Men saken er ikke endelig vurdert enda...”

I våre tolkninger kan det nesten virke som om uenighet i saker umiddelbart blir oppfattet som noe negativ i et samarbeid. Dette er underlig ettersom flere av samarbeidspartnerne vil ha en ulik faglig tilnærming til hvordan man mener at sakene skal løses. Både ut i fra økonomiske hensyn som for eksempel hvorvidt kommunen skal betale for Subuxone behandling i påvente av ventetid til inntak i rusbehandling. Eller hvorvidt en klient skal vurderes for institusjonell rusbehandling eller oppfølging av den kommunale rustjenesten. Slike uenigheter blir det i liten grad brukt tid på å diskutere innad i teamet men dette betyr ikke nødvendigvis at alle medlemmene er enige i de ulike vurderingene som blir gjort i de ulike sakene som utsagnet nedenfor kan tyde på:

”...Og det jo selvfølgelig litt forskjellige lover og regler også. De (SMP) er for eksempel pålagt å ta en selvmordsvurdering som jeg nødvendigvis ikke er. Og da får vi en diskusjon, skal alle i vårt team ha den selvmordsvurderingen? ...”

Ulikhetene i teamet blir i stor grad vurdert ut i fra deres ulike roller enten som en del av spesialisthelsetjenesten eller som en del av de kommunale tjenestene. Deres tilbakemeldinger kan tyde på at det er liten grad av uenigheter innad i

teamet knyttet til vurderinger av klientene. De uenighetene som teamet har opplevd har en større sammenheng med jurisdiksjon og økonomi. I denne sammenheng betyr dette ulikt lovgrunnlag mellom tjenestnivåene og økonomiske hensyn til hvilket system som skal belastes i forhold til de tjenester som tilbys klientene i utredningsperioden i ORT.

Bleiklie og al (1994) konkluderer i sin studie fra en psykiatrisk klinikk for alkomaner at kjennetegnet ved behandlingsprosessen var dominert av at de ulike profesjonenes behov for å løse verdi- og interessekonflikter *seg* imellom snarere enn en målrettet prosess hvor *ressursene* ble fordelt for å oppnå best mulig behandlingsresultat hos klientene. Denne undersøkelsen ble utført i en behandlingsinstitusjon hvor samarbeidet om klientene foregikk inne på institusjonen i behandlingsperioden. På tross av et ulikt utgangspunkt når det gjelder institusjonelle rammer kan Bleiklies studie være interessant også i denne sammenheng og da i forhold til samarbeidet mellom de ulike samarbeidspartnerne og deres profesjons- og yrkesroller. Da vi spurte dem om hvordan de ville håndtere en grunnleggende uenighet svarer en av informantene på denne måten:

”...Det er vanskelig å si...(pause)... Da tror jeg teamet hadde blitt veldig opptatt av teamets uenigheter og ikke klientens ønsker. Det tror jeg ville vært uheldig. Det opplever jeg litt at den flate strukturen som vi har hatt har vært litt problematisk. Ikke sant, fordi hele tiden så blir det mye på oss i teamet og så blir det ikke avklart hvem som egentlig skulle gjøre hva i forhold til å drifte kursrekken og oversikt over det...”

Det kan virke som om den flate strukturen som har kjennetegnet teamet har ført til at alle opplever å være involvert i vurderingene og beslutningene av klientenes videre fremtid på den ene siden. På den andre siden førte den flate

strukturen til en usikkerhet over hvem som har ansvaret for hva innad i teamet. Det kan tyde på at den flate strukturen har resultert i et lavt konfliktnivå i forhold til vurderingene av klientene fordi medlemmene har jobbet etter sine egne vurderinger uten å måtte forholde seg til en konkret og synlig ledelse og dens interesser og ideologi. På denne måten blir konfliktene og uenighetene i liten grad synlige. I januar 2009 ble imidlertid en av prosjektmedarbeiderne fra SMP valgt som teamets koordinator. Bakgrunnen for denne avgjørelsen var en stor frustrasjon innad i teamet over den flate strukturen og mangelen på en fast koordinator for ORT.

Likevel kan det virke som om de alle er inneforstått med hvilket tjenestenivå de representerer i teamet og hvilke forventninger som er koblet til systemene. Det er i slike sammenhenger enkelte av dem opplever konflikter og de er gjerne koblet til økonomiske eller juridisk problemstillinger. Spørsmål som hvem skal betale og hvilke rettigheter klientene har i de ulike tjenestene er sentrale problemstillinger som ORT må vurdere i sine henvisninger av klientene. Dette er ikke konflikt som kjennetegner ORT som organisasjonsform. Konflikten rundt økonomi og jurisdiksjon kjennetegner alle samarbeidsformer som inkluderer 1. og 2. linje innen helse- og sosialfeltet. Hvem skal stå ansvarlig juridisk og økonomisk er det store spørsmålet og skaper utfordringer for samarbeidet mellom tjenestene og ikke minst påvirker tilbudet som blir gitt til brukeren.

Samarbeid mellom de ulike tjenestene

Samarbeid mellom tjenestene er en viktig funksjon for oppsøkende rusteam. I denne sammenheng kan det være viktig å avdekke hvorvidt de ulike tjenestene både innenfor det kommunale og den spesialiserte rustjenesten opplever samarbeidet med hverandre. Tabellene 1 – 4 tidligere i dette kapittelet, har gitt

oss en pekepinn på hvilke tjenester som har vært de dominerende samarbeidspartnere gjennom prosjektperioden. Når vi spurte de ulike informantene gjennom prosjektperioden er det barnevernet som blir trukket frem som den vanskeligste samarbeidspartneren.

Forvaltningstjenesten uttrykker deres samarbeid med barnevernet på følgende måte:

”... Den mest utfordrende gruppen vi jobber med er de som kommer fra barnevernet. De er så avhengige av systemet og vi får ikke tak i dem tidligere. Hva er gjort av kartlegging tidligere? Og vi har ingen samarbeid med barnevernet. Det er vel litt sånn at plutselig så står de der. Plutselig er de blitt 18 år og det har skjedd på dagen gitt. Det er en kjempeutfordring...”

Da vi spurte samarbeidspartnerne om årsakene til at de opplever liten grad av faglig uenigheter i vurderingene av klientene, forklarer de dette gjennom stor tillit til teamets faglighet og tidligere arbeidserfaringer. Samarbeidspartnerne erfarer at teamets kompetanse og sammensetning har hatt en avgjørende betydning for liten grad av faglig uenigheter.

”... I ORT er det jo mennesker med lang fartstid. Og det er utrolig viktig. XX som nå er i spesialisthelsetjenesten har jo vært leder her. Hun kan både den kommunale biten og er utrolig dyktig, en utrolig stå på person som person. Samt at hun kjenner begge leire. YY kan dette med aktivitet, hun har jo vært på Moss voks, altså hun har en stor bredde i sin kunnskap. Og har møtt de menneskene hun nå jobber med på andre arena. Og har dermed et vurderingsgrunnlag som også er svært stort...”

Det kan virke som om ORT og samarbeidspartnerne er enige om hva som er til det beste for klientene. Bortsett fra når vi spør om samarbeidet med barnevernet. Her er uenighetene tydeligere og dette preger samarbeidet noe som vi også påpekte i den første evalueringsrapporten av ORT (Hansen og Fugletveit 2008). Også i vår andre intervjurunde er det flere informanter som påpeker at samarbeidet med barnevernet er mest utfordrende når det gjelder uenigheter og ulikt syn på hvordan den enkelte saken bør løses. Og der er i denne sammenheng parallellen til det tidligere nevnte studie til Beliklie og al (1994) er mest påfallende.

... ”Vi har jo hatt noen saker og vi har meldt noen saker til barnevernet, både i Moss og Rygge. Vi har en sak og der er det en mor og et lite barn. Og den saken var vi inne i når mor var gravid. Så vi har fulgt den gjennom en sånn periode. Det vi kjenner på er at vi snakker forskjellig språk. Vi har forskjellig fokus. De har fokus på barnet og vi mener at vi også har fokus på barnet (latter) men jeg er ikke sikker på om, jeg vet ikke. Akkurat i den saken der så har vi valgt bare å ha vårt fokus. Altså, trekke oss litt til siden. Og heller lar dem jobbe med sitt. Og så får vi jobbe med vårt. Fordi ellers så hadde ikke vi fått til noe, vi hadde bare blitt frustrert. Så det har vi valgt bevisst å unngå...”

Det er spesielt i samarbeid med barnevernet at frustrasjonen over faglig uenighet og ulikt fokus blir veldig tydelig for ORT. Frustrasjonen kan tolkes som en del av den interesse- eller verdikonflikt som Bleiklie (1994) beskriver i sin studie av de ansatte i en behandlingsinstitusjon. Likheten mellom hans studie og ORT sitt samarbeid med barnevernet viser seg når de skal samarbeide om en felles sak som i eksemplet fra forrige side. Deres ulike syn kan sees som et uttrykk for ulike interesse- og verdikonflikter som ikke lot seg forene i denne sammenheng.

Og frustrasjonen som denne konflikten utløste resulterte i atskilte løsninger uten samarbeid mellom tjenestene.

Denne frustrasjonen er også tydelig blant flere av samarbeidspartnerne. En av informantene utdyper hvordan ulikheten i form av språk eller faglig ideologi mellom barnevernets og deres vurderinger av omsorg for barn og rusproblematikk kan vise seg i konkrete saker.

”...Ja, saken er en ung pike som akkurat har blitt 18 år. Hun har selv vært i barnevernet og har ruset seg. Og blir gravid og vi setter ORT på, hva skal vi gjøre i den saken. Da blir det plutselig en gravid rusmisbruker og det er en helt egen lov. Og ORT går inn i denne saken og barnevernet er inne fordi det er meldt bekymring. Dette her går veldig fint under graviditeten og hun føder en liten pike. Det som ble vanskelig i denne saken var at barnevernet ser jo på dette som en barnevernssak, som en omsorgsvurdering, mens jeg ser på det som piken hadde ikke hatt kontakt med barnevernet dersom mor ikke hadde vært rusmisbruker og de to henger nøye sammen. Så en rusbehandling hvor barnet kan være med den type institusjon, ville være det beste. Det ble ikke valgt, fra barnevernets side, noe som forundret oss og ORT og da var det en del frustrasjoner som jeg kunne ta ut. Og hvordan denne saken ender vet vi ikke enda. Men det å være flere sammen det er veldig flott...”

I denne konkrete saken viste det seg at de ulike synene på kvinnen og barnets fremtid ble vurdert ulikt ut i fra barnevernets og sosialtjenestens faglige syn på situasjonen. Og saken ble på samme måte som i forrige eksempel med ORT som den samarbeidende part, vurdert og behandlet uten samarbeid med barnevernet. I slike saker er samarbeid en stor utfordring men dette er ikke unikt verken for ORT, sosialtjeneste eller barnevernet i denne regionen. Dette er en utfordring

som er tydelig i de fleste andre regioner i Norge. Samarbeidet mellom barnevern, kommunale - og spesialiserte tjenester viser seg spesielt utfordrende i saker som krever bistand fra flere områder som i dette tilfellet hvor mor og barn både er en del av flere tjenester samtidig. I slike saker er de tre tjenestene ofte veldig faglig uenige om hva som er den beste løsningen for fremtiden til mor og barn. Den sterke faglige uenigheten i slike saker utelukker et godt samarbeid om et helhetlig tilbud.

Da vi spurte barnevernet om deres samarbeid med ORT hadde de ulike erfaringer med samarbeidet. De nevner en sak med en ung gravid rusavhengig, under 18 år, hvor samarbeidet med ORT og andre partnere ikke fungerte. Kvinnen trengte et sted å være under graviditeten og rusbehandling. I denne saken var uenigheten stor i forhold til de fleste problemstillingene rundt kvinnens situasjon som rusavhengig og gravid. Barnevernet hadde blant annet kontaktet en fastlege for å følge opp urinprøver mens dette hevdet samarbeidspartnerne var en feil strategi på grunn av for dårlig oppfølging og dermed risiko for feilaktig utgangspunkt for videre vurdering av rusinntak. ORT mente denne saken skulle vært håndtert på en annen måte og at barnevernet skulle ha kontaktet dem tidligere. Mens barnevernet på sin side opplevde å bli misforstått og liten forståelse for deres kjennskap til jenta og hennes familie. I slike saker blir de faglige uenighetene tydelig mellom de ulike tjenestene. Det kan virke som om uenighetene oppstår i saker hvor flere instanser er involvert samtidig og hvor løsningene ikke er opplagte for noen av partene. Da velger man å se bort fra samarbeidet og i stedet jobbe monofaglig.

Fra barnevernets side oppleves samarbeidet med ORT på to måter. På sitt beste blir ORT oppfattet som et handlingsrettet team som er raske og ubyråkratiske. Barnevernet viser blant annet til en historie hvor de var bekymret for en person som var langt utenfor målgruppen til ORT men som teamet likevel tok seg av.

Det viste seg at klienten i dette tilfelle kun vil ha nyttiggjort seg oppsøkende virksomhet på grunn av en vanskelig livssituasjon.

Avlastning?

En av ambisjonene med ORT var at dette skulle være en tjeneste som kom i tillegg til, og ikke i stedet for de andre tjenestene. ORT skulle være en tjeneste som bidro til at de andre tjenestene ble mest mulig effektive ved å samordne tjenestene. Vi har sett at dette bare i begrenset grad har fungert slik. En grunn til dette er at ORT i tillegg til å planlegge et helhetlig tjenestetilbud også har ytet direkte behandling/tjenester til brukerne. Slik sett så har de på den måten gitt et tilbud som har avlastet andre.

Vi ser likevel at den viktigste årsaken til at ORT blir en avlastning for andre synes å være ressursknapphet. Følgende uttalelse er nokså representativ for det vi har hørt i våre intervjuer:

...” Jeg vet at det er helt feil å si at det er en avlastning men det er det også. Å ha noen som kan gjøre det du ikke rekker selv. Fordi det er jo ikke det ORT skulle være. Men det blir litt avlastning likevel. Vi har prøvd å følge opp veldig tett vi også. Og så klarer vi ikke alltid det fordi vi har så mye annet å drive med. Å så kjenner åh, det er så deilig at ZZ gjør ting veldig godt og ordentlig. Og kan være tett på hele tiden. Det er veldig, veldig ålreit...”

Denne opplevelsen av at ORT tar ansvar og at de andre derfor kan trekke seg noe tilbake er nokså gjennomgående for de tilbakemeldingene vi får. Dette gjelder også tilbakemeldingene fra spesialisttjenestene.

ORT skulle i utgangspunktet legge til rette for et helhetlig tjenestetilbud i løpet av 3 måneder. Over tid har det etter hvert utviklet seg en praksis der ORT både følger opp brukerne i lengre tid og eventuelt følger de opp på nytt for eksempel etter et institusjonsopphold. Dette synes å være en løsning som innebærer at det sikres en viss form for kontinuitet i tjenestetilbudet. Følgende beskrivelse sier litt om hvordan dette fungerer for samarbeidspartene:

... ”Når ORT er inne så vet jeg at her er det planer for pasienten og at noen i alle fall har tenkt. Om man får til noe eller ikke det vet man jo ikke. Om det er ansvarsgruppe rundt, om det er fastlege inne osv. Da slipper i hvert fall jeg å tenke på det. Jeg tenker jo noen ganger er det noen i denne verden som kjenner denne pasienten. Og med ORT så vet jeg jo i alle fall det. Vi merker jo ORT sitt arbeid på individnivå. ORT gir jo både en avlastningsfunksjon og kvalitetssikring. Vi er jo bare en dråpe i pasients liv. Det er jo utfordrende å komme på avrusning og behandling dersom det ikke er noe etterpå. Det er nesten kontra noen ganger. Vi er jo helt avhengig av godt samarbeid i etterkant og forkant for at vårt arbeid skal ha noen som helst effekt til hjelp. Det er jo ikke den tiden de er hos oss som er den viktigste. Det er jo tiden etterpå. Om det funker, den prosessen og det endringsarbeidet vi har gjort her da. Det er jo ikke noe hokus pokus å komme inn her i 3 mnd så er du liksom klar for verden. Det synes jeg er dårlig anvendte penger for å si det sånn. Jeg har sagt det så mange ganger at det ikke er noe poeng å henvise en klient som ikke har en IP eller annet samarbeid rundt seg. Ingen vits, da får man heller vente å jobbe den saken først så kan man søke behandling etterpå. For pasienten har rusa seg hele livet. Den kan ruse seg ett år til. Til dere har gjort jobben deres. Men det er så stor belastning det å bli rusfri og begynne å se livet sitt som rusfri..”

Denne uttalelsen beskriver hvor viktig det er å samarbeide om et helhetlig tjenestetilbud til denne brukergruppen. På den ene siden understreker derfor denne uttalelsen hvor viktig og riktig den jobben ORT gjør er. Samtidig illustrerer den også hvor vanskelig det er å få tjenesteytere i sektoren til å ta et ansvar for å utvikle helhetlige og samordnete tjenestetilbud. Slik vi ser det er det derfor en viss fare for at andre tjenesteytere ikke opplever at de faktisk har et ansvar (jfr. helsepersonelloven § 4) for å bidra til at det etableres samarbeid. Den avlastning som ORT bidrar med i forhold til å ta ansvar for samarbeid og helhet, kan derfor lett bli en sovepute for andre.

”..Det er noen dører som åpnes lettere..”

Av tilbakemeldingene på hva som virker så er det en ting som er felles for nesten samtlige informanter og det er den *uformelle* henvisningsrutinen og kontakten med brukerne. Oppsøkende rusteam oppleves som fleksibel i forhold til hvordan de kommuniserer og det har en positiv virkning på både bruker- og systemnivå. Deres kommunikasjonsmåter varierer fra SMS, telefon, mobiltelefon, chatting på internett. Den uformelle kontakten som det Oppsøkende rustemaet benytter bekreftes som viktig av både brukere og den kommunale forvaltningstjenesten. Denne variasjonen og uformelle måten å jobbe på oppleves som positivt og virksomt. Barrieren for å spørre om hjelp blir lettere for klienten og for systemene er det lettere å henvise pr. telefon/e-post enn å skriftliggjøre henvendelsen ved første kontakt.

For brukerne er dette veldig viktig og har en stor betydning for det å bli sett og bli ivaretatt når problemer med for eksempel økonomi oppstår. En av brukerne beskriver det på følgende måte:

”...YY har ringt meg en 3-4 ganger etter at jeg ble skrevet inn i langtidsbehandling, som jeg har deltatt i 4 ½ mnd. Og det funker som bare søren.

Jeg husker et tilfelle da hvor det var noe, ja jeg hadde noen ytterligere bekymringer med økonomi og sånne ting. Da kom det to, YY og min nye saksbehandler. De kom begge to og kjørte opp til behandlingsinstitusjonen hvor jeg er. De kom under en uke etter at jeg hadde snakket med dem! Jeg ble sånn overrasket der og da over at de kom. Og to stykker! Følte meg litt verdsatt da. Det er viktig da. Det satte jeg stor pris på. Det er godt å vite at noen bryr seg om...”

Brukeren beskriver oppfølgingen som en måte å bli sett på og har fått stor betydning for den videre motivasjonen ved oppholdet i langtidsbehandlingen. Brukeren uttrykte med tydelighet at den raske oppfølgingen hadde en enorm personlig verdi i betydning av å bli sett og verdsatt. Vi vet ut i fra forskning på hva som hjelper i bedringsprosessen at sterke relasjoner kan være en viktig faktor til endring som i dette eksempelet var rusproblematikk (Topor (2001 og 2006). Som vist tidligere i rapporten, knytter 40 % av det som skaper bedring seg til utenomterapeutiske forhold (Hubble & al 1999 og Duncan 2004). I dette tilfellet har YYs funksjon spilt en viktig rolle i denne klientens liv. Det å føle seg verdsatt er en viktig faktor som i denne sammenheng ble opplevd gjennom YY sin rolle og fremgangsmåte. Dette har vært en viktig oppdagelse i vår evaluering, at brukere av ORT opplever å bli verdsatt av teamet og at dette i seg selv kan være en viktig faktor i bedringsprosessen.

Rusteamets fremgangsmåte har også hatt betydning utover brukernes egne behov. En av brukerne sier det på følgende måte: *”..Det er kult å vise frem til de andre at sånn har jeg det..”*

Sitatet understreker at rusteamets fremgangsmåte har betydning utover klientens primære behov for tjenester. Klienten understreker at arbeidsmåten også får en viktig betydning for møte med andre brukere. På denne måten blir det oppsøkende rusteamet en viktig aktør for den enkelte klient som blir en del av teamets virksomhet. Klienten opplever å bli verdsatt samt stolthet ovenfor andre brukere. Opplevelsen som klienten her uttrykker er en viktig tilbakemelding på det oppsøkende rusteamets arbeid. Det oppleves som virksomt på flere plan med utgangspunktet i at rusteamet er fleksible og raske ved henvendelser fra klienter.

En utfordring koblet til brukerens erfaringer med teamet kan i neste omgang by på utfordringer i forhold til den videre oppfølgingen. Hvordan kobler ORT som team seg fra slike brukerrelasjoner? Tilbakemeldingene fra teamet har vært at dette ofte oppleves som utfordrende. ORT erfarer at det kan være vanskelig å koble seg fra relasjoner til brukere som oppfattes som virksomme fra begge parter. På den andre siden har dette vært en utfordring for ORT ettersom antall henvisninger inn i teamet har økt. På denne måten erfarer ORT at det skaper vanskeligheter å følge opp klienter som de har god relasjon med men som egentlig ikke lengre er en del av ORT. Denne utfordringen ble også avdekket gjennom evalueringen av ROP (Prosjekt rus og psykiske lidelser på Tøyen DPS (Øverås og Fyhn 2006). Både ansatte og brukere erfarte at det var utfordrende å bryte relasjonene etter kartleggingsperioden som i denne sammenheng var 2 år (Øverås og Fyhn 2006).

Forvaltningstjenesten understreker også den fleksibiliteten som rusteamet har åpnet for i forhold til henvisning. De beskriver det på følgende måte:

....” Altså, jeg kan ta en telefon, kan sende en mail til YY (Oppsøkende rusteam) at jeg melder bekymring, og da sier rusteamet, da tar vi et hjemmebesøk tirsdag uka etter. Og det gjør de! I stedet for at jeg skal sitte

og skrive en lang henvisning, så skjedde det og konklusjonen er at jeg er bekymra. Denne måten å jobbe på er mer effektiv for oss også. Vi kan følge saken videre ved å gå inn på journal for å se hva det gjør videre i saken. Det er veldig, veldig bra. Vi er også bekymra i saker men vi står maktesløse ovenfor dem, ettersom vi ikke har tid til å følge opp hver enkelt sak over lang tid. Så da blir det liggende fordi det ikke er prioritert. Bekymringen er like stor men jeg prioriterer det ikke fordi jeg ikke rekker det. Og det kreves samtidig en annen innsats som rustemaet har større mulighet til å gjøre..”.

Denne beskrivelsen sier noe om det Oppsøkende rusteams mulighet til å være oppsøkende på en rask og effektiv måte. De blir en avlastning til systemer som ikke har den samme muligheten til å oppsøke brukere utenfor kontoret.

Et annet viktig kjennetrekke med det Oppsøkende rusteam er at de er organisert både ut i fra kommunal og spesialiserte tjenester. Kjennskapet til de to tjenesteområdene blir understreket av forvaltningstjenesten i deres erfaring og samarbeid med teamet. De beskriver det på følgende måte:

”...En annen ting som jeg synes er viktig, det er at med de to (rustemaet) så har vi et bein innenfor hver leir. Altså vi har spesialisthelsetjenesten inne fra første stund, ikke sant. Og så har vi da YY som har rustjenesten inne. Så jeg føler at det er veldig godt dekket opp også men det kan jo hende at det er ganske person avhengig. hva slags forhold vi har til de personene (rustemaet). XX jobbet jo i rustjenesten hos oss før så vi kjenner jo henne veldig godt. YY (rustemaet) jobbet på Voks i Moss før så vi kjenner også henne veldig godt. Så vi har ikke hatt noen formell sperre når vi ringer til dem. Og det spiller heller ikke noen rolle om XX er i spesialisthelsetjenesten, det er ingen barriere...”

Forvaltningstjenestens beskrivelser av det oppsøkende rustemaet sier noe om den tilliten de har til personene i temaet. Dette er viktig for at samarbeidet skal fungere. Viktigheten understrekes også gjennom at rusteamet har et utgangspunkt både i de kommunale tjenestene samt spesialisthelsetjenesten. Dette gjør at temaet er virksomt i forhold til å etablere kontakt med begge tjenestenivåene. I denne sammenheng kan det føre til at rusteamet oppnår den tillit som må være tilstede for å bli en **god brobygger** mellom tjenestene.

”3 mnd for kort tid”.

I samarbeidsavtalen er det et fokus på at samarbeidet med oppsøkende rusteam skal ha en varighet på 3 mnd. Meningen er at teamet skal gi en tettere oppfølging i løpet av denne perioden, gjennom opprettelse av ansvarsgrupper og individuell plan. Videre skal klientene overføres til andre tiltak som skal følge dem opp så lenge det er et behov for de aktuelle tjenestene. Slike tjenester kan være kort- og langtidsopphold i rusbehandling, terapibehandling eller samtaler i SMP eller rustjenesten.

De fleste informantene beskriver dette som en stor utfordring, og begrunner det med at det tar tid å etablere kontakt med bruker og de andre samarbeidspartnere i kommunale eller spesialiserte tjenester.

Forvaltningstjenesten uttrykker denne utfordringen på denne måten:

....”Ja det er altfor kort. Ja, de trenger tid. For det første så har de problemer med dem tilliten, som de trenger tid til å bygge opp. Og når de først kommer i gang er de 3 mnd. gått og da er det vanskelig å jobbe

konstruktivt med det. Så det er litt kort. Men de (rustemaet) slipper dem ikke. De holder gjerne lengre enn 3 mnd. i sakene.

Det fungerer veldig bra der hvor oppsøkende team greier å få de inn i institusjon i løpet av de 3 mnd. Fordi da får de jo den tette oppfølgingen i institusjonen som de har gitt der ute. Og i saker der hvor ventetiden har vært kort, følger de klientene inn i den institusjonene de skal til fysisk. Fly til Finmark blant annet”...

Denne beskrivelsen kan tyde på at i de tilfeller hvor brukerne ønsker behandling i et døgntiltak fungerer oppsøkende team som en viktig støttespiller i tiden frem mot innleggelse. Dette bekreftes også av brukerne av teamet.

Tidsfristen på 3 mnd. blir også problematisert av de ansatte i rustemaet. Og utfordringen blir uttrykt på denne måten:

..”For meg har det ikke vært lett å holde denne fristen. Det synes jeg er vanskelig. Ting tar lengre tid. Du skal etablere tillit og systematisere, ha samarbeidspartnere på plass og stole på at samarbeidspartnere og klienter fortsetter. Og da er vi over i det ordinære hvor klientene må møte...”

Beskrivelsen sier noe om tilliten både til klienten og de fremtidige samarbeidspartnerne når oppsøkende rusteam trekker seg ut. For å lykkes må klienten møte til avtaler og samarbeidspartnerne må følge opp tiltakene som igangsettes. Etersom prosjektet ikke har eksistert så lenge er det vanskelig å dokumentere hvordan det videre samarbeidet med andre instanser og klientene fungerer etter at rustemaet har trukket seg ut. Det vi imidlertid vet er at rustemaets funksjon er å kartlegge og oppsøke klienter som i utgangspunktet har

vansker med å møte til avtalte møter. I det videre løp, hvor rusteamet er ute av bildet vil det være viktig å belyse hvordan det videre samarbeidet virker. Både med hensyn til oppfølgingen av klienten og hvordan de ulike tjenestene samarbeider med hverandre i etterkant. Rusteamets medlemmer antyder i intervjuene at det i noen tilfeller er vanskelig å trekke seg helt ut etter 3 måneder nettopp med tanke på at de har opparbeidet en tillit til brukerne som det vil ta tid å etablere med de ”nye” samarbeidspartnerne. Og temaets ansatte uttrykker en bekymring til om de nye samarbeidspartnerne følger opp klientenes ønsker og behov på en hensiktsmessig måte.

En del av henvisningene teamet har fått, blir overført til kort- eller langtidsrusbehandling. Hvordan samarbeidet med klientene virker etter at det oppsøkende rustemaet er koblet fra har vi foreløpig liten informasjon om. Det vi imidlertid vet er at klientene som er overført til behandling setter stor pris på å kunne kontakte rusteamet dersom det oppstår ting underveis i behandlingssituasjonen. En av brukerne uttrykker dette som en del av det å bli verdsatt som menneske underveis i en vanskelig og utfordrende situasjon.

Hvilke saker er typiske for ORT?

Klienter som har problemer med oppmøtekompetansen er typiske saker for ORT. Deres evne til å være fleksible og mobile blir trukket frem som en viktig egenskap både fra samarbeidspartnere, bruker og pårørende. Ingen av de andre tjenestene har samme mulighet til å jobbe oppsøkende og fleksibelt på samme måte som ORT. Sitatet nedenfor illustrerer hvor viktig oppsøkende virksomhet er for denne målgruppen:

”...I de saker hvor pasienten ikke klarer å møte fordi den har så store psykiske eller sosiale problemer, rusproblemer inkludert. At de er så

ustabile i både rus, psykisk helse og sosial situasjon at de er vanskelig å få tak i dem. At de er så unge også. Usikre på deres motivasjon, i forhold til behandling. Og så er det i de tilfellene hvor vi har vært med pasientene til inntak. Og det tar en dag det. Det er mye ressurser, to personer som reiser rundt omkring. Og er det en av behandlerne som er i ferie så kan jo vi være en back up, med samtaler. Vi hadde en klient her først, en mor som ringte på vegne av hennes datter, og det var 4 ukers ventetid hos legen. Hun fikk samtale hos oss uke etter og fikk etter hvert henvisning, hun hadde en alvorlig sykdom som var livstruende kombinert med rus. Hun var ikke motivert for innleggelse men vi forsøkte en kartlegging og hun ble overført til en psykolog hos oss og så hadde han (psykologen) og jeg noen samtaler sammen og vi stod hardt på for pasienten fordi vi var bekymret for henne. Så var hun til to samtaler med psykologen og så gikk hun med på å legges inn. Og da har jeg vært med på hele løpet fra bil med i pasientdrosjen til Ullevål og så jobbet vi videre med å overføre henne til videre behandling. Hun ble der noen mnd. Hun ruset seg på permisjon og dette viste at hun ikke hadde ruskontroll. Og da henviste vi til ny langtidsopphold. Og i mellomtiden er hun blitt sendt hjem og da har YY vært der i hele venteperioden. Hun har etablert en del i forhold til økonomi. Det er en masse småtiltak som må henge sammen som vi hele tiden jobber med...

En av utfordringene til ORT er å avslutte sakene og sende brukerne videre i systemene. ORT sine medlemmer uttrykker at det er en svært utfordrende del ved jobben deres og at det er vanskelig å slippe taket på klienter som de er blitt godt kjent med gjennom akutte situasjoner som sitatet ovenfor også illustrerer. Da vi spurte teamet om deres vurderinger av hva som kjennetegnet saker som var ferdig så svarte de følgende:

”...Det er jo opp og ned hele tiden, så det vi tenker er at når vi har fått personen inn i en motivasjonsprosess, da kjenner jeg at vi er på vei. I hvertfall tenker jeg det for meg selv. Når personen har motivasjon har den gjerne litt mer styring og kontroll over eget liv. Da kjenner jeg at det er noen som på en måte kan videreføre og hjelpe med tingene som dukker opp. Det er nok det som ligger i det begrepet... ”

Dette sitatet kan tyde på at 3 måneder kan være en utfordrende frist ettersom vi vet at det tar tid å etablere tillit til klienter og desto mer tid å opparbeide motivasjon for å oppnå endring. Dette er en tidkrevende og utfordrende prosess som ORT ønsker å ha fokus på. Dette er et sentralt fokus og vi har sett at dette arbeidet gjør noe med klientenes relasjon til ORT. De betyr noe mer enn rollen som saksbehandlere og dette er viktig men utfordrende å forene med 3 måneders fristen som er utgangspunktet for ORT. Så på den ene siden i forhold til brukerne oppleves dette som et viktig arbeid men for teamets arbeidsmetode er dette tidkrevende og vanskelig å måle. Når er klienten motivert for andre tjenester? Dette er det avgjørende og samtidig det vanskeligste spørsmålet for ORT.

Oppsummering

Vi har i dette kapittelet beskrevet hva som kjennetegner ORT i forhold til samarbeid innad og utad med andre i partnerskapet. Vi har sett at henvisningsrutinene inn til ORT har endret seg i løpet av evalueringsperioden. Tidligere var forvaltningstjenesten er viktig aktør men dette har etter hvert avtatt. Spesialisthelsetjenesten har i stedet etter hvert overtatt som henviser inn og ut av ORT. Det kan på denne måten virke som ORT har etablert gode samarbeidsrelasjoner til spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder samarbeid innad i partnerskapet så har akutt avd. På Veum blitt en viktig samarbeidspartner. Dette samarbeidet skiller seg fra midtveiseevalueringen hvor vi etterlyste økt vekt på et slikt samarbeid (Hansen og Fugletveit 2008). Den største utfordringen i forhold til samarbeid er fremdeles barnevernet. Dette samarbeidet oppleves som vanskelig og utfordrende. Det kan virke som om arbeidsmetodene og måter å analysere klientene på gjøres veldig ulikt og at dette hemmer et virksomt samarbeid. Det er i alle fall slik det blir uttrykt både av ORT, barnevernet og andre samarbeidspartnere.

Klientgruppen til ORT kjennetegnes som aktuelle institusjonskandidater. Dette uttrykker ORT tydelig i deres intervjuer med oss og det samme poenget er tydelig i tabellene som er gjengitt i kapittelet. Døgnbasert rusbehandling er dominerende og kan tyde på at de fleste klientene har et alvorlig rusproblem. Vårt spørsmål i denne sammenheng er imidlertid om hvorfor dagtilbud innen psykisk helsearbeid har så liten grad av henvisninger inn og ut i ORT. Hvordan blir brukernes psykiske utfordringer løst i det videre tjenestetilbudet?

Oppsøkende rusteam – fungerer det?

Vi pekte foran på at vi i denne evalueringen tok utgangspunkt i en helsystemevaluering (Vedung 1997). Når vi da stiller spørsmålet om oppsøkende rusteam fungerer, betyr det at vi prøver å trekke konklusjoner på hvorvidt teamet bidrar til et bedre tjenestetilbud – ikke bare hvorvidt de opprinnelige målene med prosjektet er blitt oppfylt. Vi er også opptatt av å forstå hvorfor teamet fungerer slik vi har sett det. Er det forhold ved teamet, brukerne eller systemet som helhet som kan forklare resultatene? I dette kapitlet skal vi se nærmere på disse spørsmålene.

Terskelproblematikken

Det er åpenbart at det tilbudet det oppsøkende teamet gir, bidrar til redusert terskelproblematikk. Teamet bruker mye tid på å kommunisere med ulike tjenester, særlig de kommunale, med sikte på å bygge opp et helhetlig tjenestetilbud. Vi mener å kunne kjenne igjen de positive resultatene vi har sett av koordinatorrollen i forbindelse med individuelle planer (Normann & al 2005, Hansen 2007). Koordinatorene av de individuelle planene har redusert behovet for at pasientene selv må ta kontakt med de ulike tjenestene. For pasientene innebærer dette at de får en inngang inn til et helhetlig tjenestetilbud.

Oppsøkende rusteam får likevel en annen virkning enn det som er vanlig. Normalt er det den som skal yte koordinatortjenestene som blir definert som den ”ansvarlige tjenesteyter”. Det vil si en av de som yter en av de tjenestene som pasienten får. Det betyr at koordinatoren vanligvis har sin hovedoppgave knyttet til selv å yte direkte tjenester. Det Oppsøkende rusteamet har sin hovedoppgave knyttet til å organisere et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. I tillegg har de allerede i utgangspunktet god oversikt over de ulike tjenestene. Dette betyr at

dette teamet har en bedre innsikt i hvilket tilbud de ulike tjenestene yter enn det andre klarer å ha oversikt over. På denne måten fremstår teamet som et mer profesjonalisert koordinatortilbud enn det som ellers synes å være tilfelle. For pasientene gir dette større trygghet både for at de får et best mulig tilpasset tilbud og at de i størst mulig grad får ivaretatt sine rettigheter.

Tilbakemeldingene er nokså entydige på at teamet finner løsninger. De kjenner systemet og vet godt hva de ulike tjenestene kan tilby og hva som skal til for å få disse tjenestene. Det Oppsøkende rusteamet bidrar dermed til flere forhold. Først og fremst innebærer den koordinatorfunksjonen som teamet har påtatt seg at pasientene ikke trenger å gå alle de tre trinnene i denne trappen for å få den hjelpen de trenger. Teamet legger stor vekt på å bygge opp en relasjon til pasientene og på den måten få et best mulig bilde av hvilke tjenester pasienten ønsker og har behov for. Vi vet fra før av at dette er en brukergruppe der det tar tid før man kan se det totale tjenestebehovet (Hansen & Ramsdal 2006). På denne måten ser det ut som om teamet bidrar til å løfte pasientene over den nederste terskelen på bredt grunnlag.

Det er også klare indikasjoner på at teamet har en lettere tilgang til tjenestene enn det brukerne generelt har. Tilbakemeldinger tyder på at teamet for eksempel tar direkte kontakt med kommunens bestillerenhet, uten å måtte vente på en avtale. I den grad kø er en problemstilling for andre tjenestemottakere, så synes kø - problemet å bli redusert for de som ORT bistår.

Den kunnskapen teamet har betyr at de trolig er vesentlig bedre til å finne argumenter som oppleves relevante ved skranken. Teamet kjenner systemet, de representerer samme fagbakgrunn som de som skal bestemme og de snakker samme fagspråk. Tilbakemeldingene er tydelige på at teamet finner løsninger og

at de klarer å få de realisert. Dette tyder på at de har en større gjennomslagskraft enn det pasienten selv ordinært har.

Det er derfor vår konklusjon at terskelproblemene er redusert for denne pasientgruppen gjennom det tilbudet som det Oppsøkende rusteamet yter.

Likevel ser vi at det etter hvert som ressursituasjonen er blitt mer anstrengt også for ORT, så har det også oppstått en terskel inn til ORT's tjenestetilbud. Slik ser vi at det er en fare for at det oppstår en ny gruppe som faller utenfor det tilbudet som er etablert for de som faller utenfor. Vi er noe usikre på hva årsakene er til at det oppstår en slik begrensning på ORT's kapasitet. Det ene kan være at man har undervurdert størrelsen på målgruppen. En annen forklaring kan være at man har for store problemer med å sluse en del av brukerne ut av ORT's tilbud i løpet av perioden på 12 uker og at det derfor oppstår kø i den andre enden. Dette siste er noe vi mener teamet kan løse. Likevel sitter vi igjen med et inntrykk av at det er andres forventning om at ORT er en avlastning som bidrar til at det også for å få hjelp fra ORT oppstår en terskel. Vi skal siden komme tilbake til at det synes å være behov for at ORT i mindre grad tar ansvar selv for å finne et aktuelt tjenestetilbud og i større grad satser på å være en veiledningstjeneste som jobber gjennom andre og legger vekt på å bidra til at det blir etablert fungerende tjenestenettverk rundt den aktuelle brukeren.

Vi registrerer også at det på nytt kan oppstå et terskelproblem for brukerne dersom ORT ikke følger dem opp på ny etter at brukeren har vært gjennom et institusjonsopphold. Dette er også et problem som kan løses ved at ORT legger større vekt på å få til et fungerende tjenestenettverk rundt brukeren.

Samarbeid

Vi har foran pekt på at ulike faktorer kan bidra til både å styrke og svekke mulighetene for samarbeid. Vi skal her se mer konkret på hvordan disse faktorene, eller determinantene som vi har valgt å kalle dem virker inn på det Oppsøkende rusteamet.

Systemiske determinanter

Dette prosjektet har åpenbart vært i tråd med politiske føringer og prioriteringer. Slik sett har ORT vært en riktig løsning på de utfordringene som samfunnet har ønsket å fokusere på. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreform skisserer nettopp behovet for å skape et bedre samarbeid mellom spesialisttjenestene og kommunene som den store utfordringen. Slik sett kan det være liten tvil om at utprøving av slike modeller som ORT er viktig. For ORT innebærer dette at prosjektet har vært mulig å finansiere.

Det at ORT er blitt finansiert ved tildeling av ekstra midler er også en viktig rammebetingelse på flere måter. For det første innebærer det at man ikke har kommet i konkurranse med virksomhetenes ordinære budsjetttrammer. Det har dermed ikke oppstått konflikter der ORT har måttet prioriteres på bekostning av tjenestetilbud som allerede var etablert. For de andre ansatte innebærer det at det økte fokuset på samarbeid mellom kommunen og SMP, bare i begrenset grad har medført at de har måttet endre sin arbeidsform. I praksis er ansvaret for bedre samarbeid i stor grad overlatt til ORT. Et viktig poeng er også at ORT innebærer at sektoren har fått en ekstra ressurs. I begynnelsen, før tilbudet var skikkelig etablert, hadde ORT så god kapasitet at det var sjelden at henvendelser ikke ble fulgt opp. For resten av sektoren opplevdes dette som en avlastning. Etter hvert som også ORT har fått flere saker har også de vært nødt til å

prioritere sakene sine. Vi registrerer i den forbindelse at de som har opplevd å bli nedprioritert av ORT ikke uttaler seg like positivt om tilbudet som andre.

Det er også grunn til å tro at opplevelsen av at ORT er et ”riktig” tiltak har skapt positive holdninger i sektoren. Kravet om å skape et bedre samarbeid mellom nivåene har vært entydig i mange år. Når ORT så kommer og setter slikt samarbeid ut i praksis, så er det svært vanskelig å kritisere et slikt prosjekt, særlig hvis man ikke selv kan vise til egen innsats for å fremme dette samarbeidet. Vi har i våre data, særlig i begynnelsen av prosjektet, fått så entydige positive tilbakemeldinger at det er åpenbart at ORT allerede i utgangspunktet ble møtt med stor grad av positive holdninger. At en del av disse positive tilbakemeldinger i like stor grad var fundert på oppslutning om ideen som på konkrete erfaringer med prosjektet er tydelig.

I utgangspunktet tenkte vi at profesjoner og profesjonskonflikter kunne bli et problem. Særlig i helsesektoren har vi sett at det har vært eksempler på jurisdiksjonskonflikter mellom ulike profesjoner (Abbott 1988). Slike konflikter har vi ikke registrert. Innad i teamet så representerer medlemmene ulike fagbakgrunn. Likevel er det ikke noen eksempler på at det oppstår konflikter på dette grunnlaget. Heller tvert imot, vi ser at medlemmene overlapper hverandre og overtar avtaler som andre har inngått. Vi har derfor foran stilt spørsmålet om dette innebærer at de gjennom praksis har utviklet en ”rusprofesjon”. Det er også klare indikasjoner på at sosialsektoren ikke har vært preget av profesjonskonflikter på samme måte som helsesektoren (Ramsdal 1996). Uansett forklaring er det i våre data ingen dokumentasjon på at profesjoner og profesjonstilhørighet har skapt vansker for samarbeidet. Vi undrer oss likevel på hvorfor det i den kursrekken som ble arrangert var så svak deltakelse fra psykologer og leger. Dette kan være et uttrykk for at disse gruppene ikke er opptatt av å samarbeide med flertallet av de ansatte som har en treårig

høgskoleutdanning, men vi har likevel ikke noen data som underbygger en slik hypotese.

Sånn som tjenestene i dag er oppbygget med spesialisttjenestene organisert i statlige foretak og resten stort sett som kommunale tjenester fremstår som en klar utfordring. For dette prosjektet har denne utfordringen vært den grunnleggende begrunnelsen for å sette det i gang. Det er likevel ikke slik at ORT har kunnet kompensere for alle utfordringene som disse rammene har satt. En grunnleggende utfordring er finansieringssystemet. Tanken om at alle ressursene i sektoren i bunn og grunn er offentlige midler og dermed kommer fra samme kilde slik at det er i alles interesse å utnytte disse best mulig, synes å ha dårlig grobunn både i denne og andre sektorer. I stor grad synes fokus først og fremst å være på virksomhetens eget budsjett og behovet for å begrense virksomhetens utgifter. Vi registrerer derfor at det også i denne sektoren er et visst innslag av "Svarte-Per-spill" der alle løsninger som innebærer at andre får ansvar for å finansiere tiltaket anses som bra. Slike vurderinger kan bidra til at det tjenestetilbudet som faglig sett er det beste ikke kan gjennomføres.

Lovverket er en annen utfordring som også har vært vanskelig å håndtere for prosjektet. Det er et lovverk som regulerer tilbudet til SMP og flere lover kan komme til anvendelse overfor det kommunale tilbudet. Vi registrer at alle brukerne i utgangspunktet er blitt registrert som pasienter ved SMP.

Begrunnelsen for dette er knyttet til formelle forhold som pasientrettigheter. Samtidig er det en del klare regler knyttet til hvem som kan få et tilbud ved SMP og hvordan henvisningsordningen er. I praksis betyr dette at det har oppstått noen vanskeligheter underveis. Vår vurdering er at dette har vært en uhensiktsmessig tilnærming. Brukerne av ORT har fått oppfølging fra SMP bl.a. med behandlingssamtaler. Likevel er ikke hovedmålsettingen med ORT å gi behandling, men å etablere et helhetlig tjenestetilbud der et behandlingstilbud

ved SMP kan være ett av elementene. Vi opplever at ORT kunne vært mer fleksibelt dersom man hadde valgt en ordning der man hadde unngått disse rammene. Vi har likevel registrert at ORT nok har tilpasset seg disse rammene på en måte som har gjort at man har begrenset problemet.

En annen virkning av dette regelverket er at man krever et visst initiativ fra brukerens side, Det blir da vanskelig å oppfylle ambisjonen om å fange opp personer som ikke har evne og muligheter til å komme seg inn i et tilbud på egen hånd. Som vi har vært inne på tidligere så har ORT i liten grad fremstått som oppsøkende slik vi forstår dette begrepet. Vi innser at begrepet oppsøkende har gitt oss forventninger som det har vært rimelig urealistiske.

Lovverket krever dokumentasjon. Vi skal siden komme tilbake til at organiseringen av dokumentasjonssystemene skaper vansker, men vi vil også peke på at det sterke kravet til dokumentasjon reduserer prosjektets muligheter til å være fleksibel og også til å være mer oppsøkende. I praksis opplever teamets medlemmer at de får telefonhenvendelser når de er ute for eksempel og kjører bil. Samtaler som foregår enten via mobiltelefon utenfor kontoret eller direkte med brukere når de er på hjemmebesøk er vanskelig å dokumentere i ettertid, særlig hvis det går noe tid før de er tilbake på kontoret. Dette er utfordringer som er løst i forhold til andre oppsøkende/ambulerende team, men det er til en viss grad et ressursproblem. Det er likevel uansett en rammebetingelse som gjør at tjenestene blir mindre fleksibel enn de ellers kunne vært.

Organisatoriske determinanter

Det viktigste organisatoriske kjennetegnet som skiller det Oppsøkende rusteamet fra andre deler av sektoren er den tydelige organiseringen på grunnlag av et

brukerfokus. Det innebærer at ORT har et tydeligere fokus på å finne ut hvordan akkurat denne brukeren skal få de tjenestene vedkommende har behov for. Den praktiske konsekvensen av dette er at teammedlemmene i liten grad avgrensner det tilbudet de yter ut fra en vurdering av hva som er deres oppgaver. I stedet er fokus på hva som må gjøres for at brukeren skal få ivaretatt sine behov.

Oppgaver som å transportere brukere til institusjonsopphold, oppsøke dem hjemme eller andre steder, følge dem til bank og offentlige kontorer, er derfor en del av teamets hverdag. Dette handler også om ressurser og hvordan disse prioriteres. Når brukerfokus er utgangspunkt vil ressursene prioriteres ut fra hva som anses viktigst for brukeren. Brukerfokus er derfor en organisatorisk determinant som åpenbart har bidratt til det Oppsøkende teamets suksess. I samarbeid med andre tjenester har dette også vært en faktor som har fremmet samarbeidet. Også andre tjenesteytere ser at det ikke alltid er samsvar mellom de tjenestene de har som oppgave å yte og de ønskene og behovene som brukeren har. For andre tjenesteytere er det derfor godt å vite at der en selv ikke kan følge opp så godt som man ønsker, så tar det Oppsøkende teamet ansvar.

Vi har allerede vært inne på at det er en utfordring å få tjenester som er forankret på to nivåer til å fungere som en enhet. Vi registrerer også at den organiseringen man har valgt innen de to nivåene også gjør det vanskelig for teamet å legge til rette for et samlet og helhetlig tjenestetilbud.

Den første organisatoriske utfordringen vi vil peke på er journalsystemet. ORT skal gi et felles og helhetlig tilbud. I dag er det slik at de kommuneansatte har et journalsystem og SMP et annet. Disse to systemene kan ikke kommunisere med hverandre og det er ikke mulig å oppdatere det kommunale systemet fra SMP's lokaler eller omvendt. Dette betyr at de ansatte i teamet hele tiden møter praktiske hindringer i arbeidet med å holde journalene oppdatert. Dette gjør at det blir vanskelig for teamet å velge den løsningen som ut fra et

brukerperspektiv er den beste. Dagens journalsystemer og regelverket rundt dem er konstruert ut fra en organisering av tjenestene som er nokså rigid.

Målsettingen med ORT er at man skal prøve å bryte ned denne rigiditeten og skape et fleksibelt tjenestetilbud. Det er derfor svært uheldig at de systemene som skal sikre god kvalitet på tjenestene fungerer som et hinder for å få frem et tjenestetilbud som er bygget på brukernes premisser. ORT har i dag valgt ulike løsninger for å håndtere disse utfordringene. Disse løsningene er langt fra fullgode og oppleves som tungvinte. Vi er kjent med at dette er en utfordring som også andre samarbeidsprosjekter mellom spesialisttjenestene og kommunene har møtt. Det synes derfor helt klart å være et behov for både å utfordre sentrale myndigheter på å justere regelverk og finne tilfredsstillende løsninger slik at journalsystemer på de ulike nivåene kan kommunisere.

Vi ser også at beslutningsprosessen i særlig Moss kommune, er slik at det skaper problemer i arbeidet med å utforme helhetlige løsninger. Vi har foran trukket fram Abbott (1988) og hans oppdeling av profesjonelle planleggingsprosesser i tre steg; datasamling, analyse og tiltak. Slik vi har oppfattet intensjonene med ORT er målsettingen at ORT skal samarbeide både innad i teamet og med andre (for eksempel ved hjelp av en individuell plan og/eller ansvarsgruppe) gjennom hele denne prosessen. Da vil de aktuelle tjenesteyterne i fellesskap kunne forhandle seg frem til et helhetlig tjenestetilbud der alle elementene i tjenestetilbudet henger sammen og utfyller hverandre. Problemet er at de kommunale representantene ikke har samme myndighet til å forplikte kommunen på de tiltakene man forhandler seg frem til. De som tar avgjørelsen om hvilke kommunale tjenester som skal ytes er ikke med i den prosessen som fører frem til forslaget om et helhetlig tjenestetilbud. Det betyr at de som vedtar på vegne av kommunen ikke har deltatt i den faglige analysen som danner grunnlag for de forslagene til tiltak som man kommer frem til. Dette skaper både usikkerhet innad i ORT og gjør at enkelte saker får en lengre behandlingstid enn

ellers. Målsettingen med ORT er at de i løpet av 12 uker skal komme frem til et helhetlig tilbud. Dersom de forslagene man kommer frem til i løpet av disse 12 ukene ikke blir vedtatt, kan det medføre at man må prøve å konstruere et nytt tilbud til brukeren og på den måten gjøre det vanskelig å holde seg innen tidsrammen.

Det er mulig denne utfordringen kan løses ved at man i større grad trekker de som sitter med vedtaksmyndighet inn i prosessen på et tidligere tidspunkt. Dette kan for eksempel skje ved at man åpner for flere deltakere i de møtene der man kommer frem til et forslag til et helhetlig tjenestetilbud. En annen løsning er at de som representerer kommunen i ORT, kan gis vedtaksmyndighet i avgrensede saker. Vi ser av statistikken over de som har vært inne i ORT at det er et forholdsvis avgrenset antall brukere som får et omfattende kommunalt tilbud. Det bør derfor være mulig å finne frem til en praktisk løsning slik at man kan forhandle seg frem til et helhetlig tilbud som forplikter alle parter.

Vi registrerer også at både kommuner og spesialisttjenestene er oppgaveorganisert. Det innebærer at ansvarsområdet til hver enkelt virksomhet er definert i forhold til hva som skal gjøres. De ansatte har ivaretatt sitt ansvar dersom de utfører sine oppgaver. Gjennom intervjuer både i spesialisttjenestene og i kommunene har vi fått flere innspill på at informantene sier at de selv har gjort sin jobb, men at dette nærmest oppleves som bortkastet fordi andre ikke har fulgt opp og gjort sin jobb slik som forventet. Det er nokså tydelig at det sterke fokuset på oppgaveorientering, skaper en kultur som innebærer at få føler et helhetlig ansvar for tilbudet til brukeren. Denne problemstillingen beskrives også i St.meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

ORT har derimot definert sitt ansvarsområde i forhold til de konkrete brukerne. Det kan være liten tvil om at nettopp denne brukerorienteringen er den

grunnleggende årsaken til ORT's suksess. I motsetning til de andre tjenestene er fokuset til ORT på å skape et helhetlig tilbud. Der andre ikke følger opp med de tjenestene som brukeren har behov for, synes det som om ORT i stedet selv tar ansvar og sørger for at brukerens behov blir ivaretatt. På mange måter avdekker ORT's virksomhet den grunnleggende svakheten i et tjenestetilbud som er oppgaveorganisert. Realiteten er i stor grad at dersom man har et oppgaveorientert tjenestetilbud så er det brukeren selv som får hovedansvaret for å etablere et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dette problemet har man prøvd å løse ved hjelp av ulike tiltak som individuelle planer, ansvarsgrupper og nå også forslaget i St.meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen om å etablere egen kontaktperson som skal veilede pasientene gjennom et behandlingsforløp. Erfaringene fra arbeid med individuelle planer og ansvarsgrupper viser at det også i slike sammenhenger er begrenset hvor stort helhetlig og felles ansvar man på denne måten oppnår (Hansen 2007). En del av drøftingen i St.meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, fokuserer på hvordan man kan få et bedre og mer sammenhengende pasientforløp. Når det gjelder den brukergruppen som ORT fokuserer på, så er det i en stor del av tilfellene mer snakk om et behandlingsnettverk, enn et behandlingsforløp. Organiseringen av ORT synes å være svært godt tilpasset oppbyggingen av et nettverk og de tilbakemeldingene vi får fra samarbeidspartene tyder på at ORT også i praksis har fungert som et godt instrument for å bygge opp behandlingsnettverk. Paradokset er at ORT ikke synes å være like godt tilpasset behandlingsforløp. I de tilfellene der brukerne har blitt overført til langvarige institusjonsopphold, så har ORT fulgt opp brukerne i varierende grad. I utgangspunktet er det jo institusjon og kommune som skal samarbeide om å etablere et helhetlig og samordnet tjenestetilbud etter endt institusjonsopphold. Dette er et system som ikke alltid fungerer etter intensjonene og det er derfor eksempler på at ORT har gått inn og fulgt opp både under og etter

institusjonsopphold. Selv om dette i utgangspunktet ikke var intensjonene med prosjektet, fremstår dette som en fornuftig strategi.

Samhandlingsdeterminanter - Team-prosessene

Integrasjon

Det kan være liten tvil om at deltakerne i teamet identifiserer seg med teamet.

Slik vi oppfatter situasjonen er ORT den sentrale identifikasjonen for team-medlemmene. Hvilke saker som skal følges opp og hvordan er en sentral del av teamets arbeid. Vi er likevel overrasket over hvor liten del av arbeidet som faktisk foregår i fellesskap. I utgangspunktet var medlemmene samlet bare en dag i uken, men dette ble utvidet i løpet av prosjektperioden. Vi registrerer også at etter hvert som prosjektet ble større og antall brukere ble utvidet, så ble tiden til felles drøftinger av hver enkelt bruker nokså begrenset. Vi ble i vår datasamling overrasket over hvor lite faglig uenighet det var i teamet.

Russektoren er jo en sektor der det i liten grad er klare indikasjoner som gir entydige løsninger, slik vi i større grad ser i somatikken. En vanlig oppfatning er derfor at det i rus/psykiatrien er et større behov for å diskutere seg frem til aktuelle løsninger (Scheurer 2003). Slike diskusjoner så vi lite av i teamet og de ganger vi observerte teamet var tidsrammen slik at mulighetene for å gå inn i omfattende diskusjoner var begrenset. Hva som er forklaringen på dette vet vi ikke. En mulig hypotese kan være at de tilbudene som foreligger er så avgrensede at det er rimelig åpenbart hvilket av de som passer best i hvilken situasjon og at det derfor ikke er noe å diskutere. I tillegg er det mulig at en del av disse diskusjonene foregår i mer uformelle kontakter, slik at når teamet er samlet, så foreligger det allerede en konsensus om hva som er den mest fornuftige løsningen.

Vår konklusjon er likevel at teamet er opplever stor grad av integrasjon.

Kollektivt ansvar

Opplevelsen av at teamet har et kollektivt ansvar overfor de brukerne man skal betjene synes nokså sterk. Det er klart at de to kommunale representantene har en klar avgrensning i forhold til hvem som bor i hvilken kommune, men også den avgrensningen er litt upresis, bl.a. fordi brukerne gjerne flytter på seg. Vi har bl.a. registrert at teammedlemmene overtar oppgaver/avtaler for hverandre når det av ulike grunner blir vanskelig for et medlem å opprettholde den avtalen som er inngått. Det virker som det å overta en annens oppgave er helt i orden og at det gjøres utenat det på noen som helst måte stilles spørsmål ved denne praksisen (vi har foran pekt på at det er noen organisatoriske problemer som oppstår ved slik praksis – blant annet knyttet til journalføring)

Medlemskap

Som vi var inne på foran så synes opplevelsen av først og fremst å representere teamet å være sterk blant medlemmene. Denne identifikasjonen med teamet, kan likevel ikke forandre på det grunnleggende faktum at deltakerne faktisk er medlemmer i tre forskjellige linjeorganisasjoner. Dette er en utfordring som i liten grad synes å være et problem i den daglige kommunikasjonen i teamet. Det er først når det kommer til vedtak som skal forplikte de ulike linjeorganisasjonene at problemene oppstår. Den grunnleggende ideen bak det oppsøkende teamet, er at det i fellesskap mellom spesialisttjenesten og kommunen skal utvikles et helhetlig tjenestetilbud. I denne prosessen prøver man å komme frem til et felles tjenestetilbud der de ulike aktørene skal utfylle hverandre. I denne prosessen kan ikke de kommunale representantene, på samme måte som de fra spesialisttjenestene, forplikte den organisasjonen de

representerer. Dette medfører at i den grad man diskuterer eller forhandler seg frem til et helhetlig tjenestetilbud i teamet, eventuelt i samarbeid med en ansvarsgruppe, så vet man ikke om dette tilbudet kan realiseres. Før tilbudet kan settes i verk, må de kommunale tilbudene man er blitt enig om vurderes og vedtas av kommunens forvaltningskontor. Dersom ikke tilbudet fullt ut blir vedtatt, kan det gjøre at man må vurdere den valgte strategien helt på nytt. Slik sett skaper denne organiseringen både usikkerhet og forsinkelser i etablering av tilbudet.

Behandlingsforløp

Egentlig så skjer det ordinære behandlingsforløpet etter at ORT har gjort sin jobb. Intensjonen er at ORT skal skape et helhetlig tjenestetilbud, slik at selve behandlingsforløpet kommer etter at ORT har fått det på plass, så denne faktoren er noe irrelevant. Vi registrerer likevel to viktige poenger. Det første poenget er at i prosessen med å utforme et helhetlig tjenestetilbud skjer som en samtidig og helhetlig prosess. Slik sett så er det tydelig at man jobber som et team. Det andre poenget er at ORT's medlemmer også underveis i den prosessen som skal føre frem til et fast og helhetlig tilbud, yter egne selvstendige tilbud. Disse tilbudene er åpenbart tilpasset hverandre og som vi har vært inne på foran, så ser vi at deltakerne i teamet overtar oppgaver og avtaler for hverandre. Vi tolker dette som tegn på at medlemmene i teamet er så oppdatert på hverandres jobb at det å overlapse for hverandre ikke er et problem.

Ledelse

Den første perioden hadde teamet ikke noen formell ledelse, selv om vi nok opplevde at den som etter hvert formelt fikk rollen som leder i teamet allerede fra første stund tok et reelt lederansvar i teamet. Likevel er det vanskelig å se at det er mulig å utøve et sterkt lederskap slik teamet er forankret. Lederrollen har nok derfor i større grad vært å oppfatte som en koordinator enn en som kan

instruere teammedlemmene. Dette er igjen i stor grad et resultat av at de kommunale representantene i liten grad selv har kunnet forplikte kommunen. Selv om vårt inntrykk er at alle teammedlemmene har hatt stor grad av faglig frihet i hvordan de utøver sin jobb, så har dette bare gitt medlemmene en frihet i de tilbudene de selv har ytet. Siden målsettingen har vært å komme frem til et mer helhetlig og stabilt tilbud er det likevel en begrensning i at teammedlemmene ikke har ønsket å sette i gang tiltak som man ikke kan følge opp. Den faglige friheten har derfor vært begrenset av hva teammedlemmene har følt at de kunne sette i gang før det fremtidige tilbudet var avklart.

Et tverrfaglig eller monofaglig team?

ORT fremstår i utgangspunktet som et tverrfaglig team med medlemmer med ulik profesjonstilknytning. Likevel har vi aldri kunnet registrere at det har vært noen grunnleggende konflikter mellom medlemmene der ulik profesjonsbakgrunn har gitt medlemmene ulike perspektiver på hva som bør gjøres. Vi stiller oss derfor spørsmålet om det finnes en rusfaglig profesjon der de som jobber i sektoren etter hvert glir inn selv om de opprinnelig hadde en annen profesjonell identitet. Vi skal ikke spekulere særlig mye på dette, men vi er på mange måter blitt svært overrasket over at det er så liten diskusjon og uenighet om hva som er den beste løsningen.

Samhandling med andre

Våre data tyder på at dette teamet har en god samhandling med andre aktører. Det som er særlig tydelig i våre intervjuer, er at teamet og dets medlemmer nyter stor tillit blant dem vi har intervjuet. Det er åpenbart at en del av de andre aktørene føler at teamet gjør en god jobb. Dette synes å være basert på to forhold. Først og fremst har det oppsøkende teamet en arbeidsform som de andre ikke har. Det er særlig viktig at de kan følge opp pasientene utenfor kontoret.

Det betyr at de fanger opp pasienter som de andre tjenestene mister kontakten med. Det ser ut som en av suksessfaktorene overfor denne pasientgruppen er fleksibilitet og muligheter til å følge opp pasientene der det passer pasientene. Dette er jo også erfaringene med ACT-teamene (se for eksempel Leiphart & Barnes 2005). Det oppsøkende teamet har slik sett et større repertoar i sin tilnærming til pasientene enn det de andre tjenestene har. De organisatoriske rammene for det oppsøkende teamet gir det muligheter for å være et supplement til det ordinære tjenesteapparatet.

Den andre årsaken til at teamet nyter stor tillit synes å være at de finner løsninger. Det innebærer at det oppsøkende teamet blir en reell avlastning for en del av tjenestene. Oppsøkende team blir en ekstra ressurs som gjør arbeidet lettere for andre aktører i en sektor der ressursene oppleves som sterkt begrenset. Et viktig poeng i denne sammenhengen er at det oppsøkende teamet har et fokus på planlegging. I motsetning til en stor del av tjenestene som er mest opptatt av å gi et godt tilbud der og da, så er det oppsøkende teamet mer opptatt av å finne frem til et tilbud som er tilrettelagt for fremtidens behov.

For en del av brukerne er løsningen institusjonsplassering. Dette er en løsning som koster en del arbeid å få til, og som andre dermed slipper å gjøre. Dernest er virkningen av en langvarig innleggelse at pasienten ikke lengre krever ressurser fra de lokale tjenestene. Slik sett betyr en del av de løsningene som det Oppsøkende rusteamet kommer frem til er en klar avlastning av andre tjenester.

Vi ser likevel at det i løpet av prosjektperioden har vært en utvikling. ORT var da de startet en ny ressurs – det innebar at de i stor grad sa ja til alt – de hadde ledig kapasitet og var i tillegg mye mer fleksibel enn det man ellers ser i sektoren. Etter en stund har også ORT's kapasitet blitt fylt opp. Dermed har

ORT blitt nødt til å prioritere, da registrerer vi at det etter hvert blir stilt spørsmål ved om alt ORT gjør er riktig og om prioriteringene er fornuftige.

Vi har foran også pekt på den utfordringen som det å ivareta både et behandlingsperspektiv og et rehabiliteringsperspektiv skaper. Noe av den samme problemstillingen finner vi igjen hos Gloubermann og Mintzberg (2001). De skiller blant annet mellom cure og care. Forfatterne tar i hovedsak utgangspunkt i helse- og sosialsektoren i USA og Canada, så begrepsbruken er ikke direkte overførbart til norsk helse- og sosialvesen. Vi skal likevel trekke frem noen poenger som vi mener er relevante også i denne sammenhengen. Cure er den intensive medisinske behandlingen som man får i spesialisthelsetjenesten, mens care, først og fremst community care er de tjenestene som kommunen yter. Poenget til Gloubermann og Mintzberg (2001) er todelt. Først og fremst legger de til grunn at den behandlingslogikken som ligger til grunn for care bygger på en fullstendig annerledes logikk enn den vi finner innenfor care. Dette er egentlig ikke noe nytt, Berg (1982) var allerede i 1981 inne på det samme. Det som gjør at Gloubermann og Mintzberg (2001) kan sies å tilføre noe nytt er at de, i motsetning til mange andre, ikke er opptatt av at vi må få mindre av det ene og mer av det andre. Deres fokus er derimot at et helhetlig tjenestetilbud må bestå av både cure og care, og at utfordringen derfor er å få til en samhandling mellom cure og care, ikke konkurranse.

For å få til en slik samhandling så legger Gloubermann og Mintzberg til grunn at man på ulike måter må finne arenaer der man kan samarbeid bl.a. i nettverksgrupper. Ansvarsgrupper rundt en individuell plan burde være en slik arena for samarbeid, men vi vet at det ikke uten videre er sånn at disse fungerer etter intensjonene (Hansen 2007, Holck 2004). Årsakene til at ansvarsgrupper er vanskelig å få til å fungere kan være mange. En årsak kan være usikkerhet. Det å sette mennesker som har begrenset kjennskap til hverandre sammen i en gruppe

der de skal utveksle synspunkter på hva som er den beste løsningen for en gitt bruker, krever at man har en viss form for trygghet overfor de andre deltakerne. Goffmann (1992) viser hvordan usikkerhet medfører at personer gjerne spiller roller, gjerne roller som de tror at andre forventer at de skal spille. I slike situasjoner der man møter personer man ikke kjenner eller bare kjenner flyktig, vil deltakerne gjerne spille et spill der de prøver å spille det de tror er en forventet rolle. Dette kan gjelde for alle deltakerne slik at ingen egentlig helt oppfører seg slik de egentlig hadde ønsket. For å redusere en slik usikkerhet peker Gloubermann & Mintzberg (2001) på den muligheten som ligger i at care kan ha agenter inn i cure og omvendt. Disse agentene kan på denne måten ha en fast og trygg rolle inn i den andre logikken og på den måten formidle de synspunkter sektoren representerer uten at det skaper usikkerhet. Den beskrivelsen noen av de kommunale representantene gir, tyder på at disse opplever både usikkerhet og underordning i samarbeidet med spesialisttjenestene. Denne opplevelsen gjelder ikke overfor ORT og dette teamet blir dermed en slik agent som Gloubermann og Mintzberg (2001) foreslår. Enda bedre er det at ORT i denne sammenhengen faktisk fungerer som det bindeleddet mellom spesialisttjenestene og kommunen som man etterlyser. Det kan derfor være liten tvil om at ORT virkelig fungerer som en døråpner særlig for kommunen inn i spesialisttjenesten.

Det kan være liten tvil om at teamet bidrar positivt i forhold til å skape et helhetlig og samordnet tilbud. Vi ser tydelig hvordan teamet tar ansvar for å få etablert de ulike tjenestetilbudene som pasienten trenger. Den koordinatorfunksjonen som på denne måten etableres, er viktig. Vi har sett fra evalueringer av arbeid med individuell plan at den rollen slike koordinatører har som døråpner inn i et omfattende og for mange uoversiktlig tjenesteapparat er svært viktig (Thommesen & al 2005, Hansen 2007). Teamet synes dessuten å ha en bakgrunn som gjør at det er svært skikket til denne koordinatoroppgaven.

Utfordringen videre er at dette samarbeidet om å etablere et helhetlig tjenestetilbud får konsekvenser for de andre tjenestene og deres arbeidsform. Vi legger til grunn at dette er en sektor der det åpenbart er behov for et samarbeid mellom tjenestene også etter at det er etablert et helhetlig tjenestetilbud. Slik vi ser det så er det to svakheter ved den nåværende ordningen.

Den ene svakheten knytter seg til at det ser ut som om det Oppsøkende teamet selv tar et for stort ansvar for å etablere et videre tjenestetilbud. Tanken om at ORT skulle komme i tillegg til det ordinære tilbudet, erstattes med utallige tilbakemeldinger om at ORT avlaster de andre. Vi tror at gevinsten ved ORT's innsats ville vært større dersom man la større vekt på å få et tjenestenettverk rundt brukerne som fungerer og som på samme måte som ORT kan være fleksibelt og tilpasse seg endringer i brukerens ønsker og behov.

Slik vi ser det så har ORT først og fremst fungert som en arena for utvikling av nye og helhetlige tjenestetilbud. I dag er det allerede etablert en generell ordning for utvikling av et helhetlig og samordnet tjenestetilbud – individuelle planer. Det har vært vanskelig å få ordningen med individuelle planer til å fungere etter intensjonene (Hansen 2007). Vi tror likevel at det er en dårlig løsning å sette i gang med nye samarbeidsarenaer utover de som etableres som følge av arbeidet med individuelle planer. I utgangspunktet skulle det Oppsøkende rusteamet rette seg mot brukere uten individuelle planer, i praksis har individuelle planer også blitt en del av det tilbudet som ORT har benyttet seg av. Vi ser tydelig at de tjenestetilbudene som Oppsøkende rusteam får etablert er svært ulike og varierer. I tillegg er det åpenbart at for flere av brukerne så vil det være viktig at brukerne også får en ny oppfølging, for eksempel etter et institusjonsopphold. Vi er derfor av den oppfatning at den største utfordringen for mange av teamets brukere er å sikre et helhetlig og samordnet tilbud som både er langvarig og

fleksibelt i forhold til endringer i brukernes behov. Dette kan bare oppnås dersom det er etablert et samarbeid mellom de ulike tjenestene på forhånd. Slik det oppsøkende teamet nå arbeider, så blir for eksempel noen brukere videreformidlet til institusjonsopphold uten at det er etablert et tjenestetilbud som kan følge opp etter dette oppholdet. Riktignok ser vi eksempler på at ORT har fulgt opp brukere både under og etter institusjonsopphold. For brukerne er dette en ypperlig løsning, men vi er redd at det er en løsning som etter hvert vil bli for ressurskrevende. Målsettingen med det oppsøkende teamet er at det skal gi et tilbud i maksimum 12 uker. Hvis denne målsettingen ikke opprettholdes, blir det vanskelig å ta inn nye brukere uten at ressurstilgangen økes.

Utfordringen for det oppsøkende teamet er at det bare skal være et midlertidig tilbud og at man derfor må få etablert et helhetlig og samordnet tilbud i løpet av 3-mnd. perioden. I praksis har ORT løst denne utfordringen ved å følge opp enkelte av brukerne vesentlig lengre en forutsatt. Dette medfører at terskelen for oppfølgingen fra det oppsøkende teamet økes og at tilbudet dermed blir noe annet en det sikkerhetsnett for de som faller utenfor som vi oppfatter at var intensjonene med prosjektet.

Vi legger til grunn at ORT først og fremst har vist seg å være en velfungerende arena for samarbeid mellom kommune og spesialisttjenestene. Det kan være liten tvil om at det oppsøkende teamet har representert en svært god innsikt i hvilket tjenestetilbud som finnes både i kommune og spesialisttjenesten. Slik sett har teamet trolig bidratt til at de alternativene som er blitt vurdert for den enkelte bruker har vært mer omfattende enn om den tjenesteyteren som brukeren først har tatt kontakt med skulle ha gjort en slik vurdering. Oppsøkende rusteam her på denne måten fungert som gode agenter for formidling av ”riktig tjenestetilbud”.

Svakheten ved ORT er at medlemmene i teamet fremstår som faglig sett litt for like. De faglige diskusjonene i teamet har vært kjennetegnet av enighet og homogene faglige vurderinger. Vår oppfatning at denne felles faglige forankringen har vært for sterkt fokusert på behandling og i mindre grad på rehabilitering. Vi har foran pekt på at styrken i tverrfaglig samarbeid gjerne kjennetegnes ved at deltakerne representerer ulike faglige tilnærminger. Selv om det er vår vurdering at det oppsøkende teamet har hatt en bredere innsikt og kompetanse enn tjenesteytere generelt i sektoren, så fremstår de som forankret i samme faglige tilnærming. Det er i dag omfattende dokumentasjon på at rusproblemer ikke løses ved hjelp av behandling alene (Topor 2001, 2006). Hubble & al (1999) konkluderer som vi allerede har vært inne på flere ganger med at hva slags behandling man yter bare bidrar med 15% av det som skaper bedring for rusmisbrukere. De resterende 85% fordeler seg med 15% på håp tro og forventninger, 30% på relasjonelle forhold til behandler og de siste 40% knytter seg til utenomterapeutiske forhold som sosial deltakelse og støtte. Vi legger derfor til grunn at det nok kunne vært hensiktsmessig med en noe bredere faglig tilnærming enn det teamet isolert representerer.

Vi ser for oss at den kompetansen som ORT representerer kunne vært nyttiggjort bedre dersom teamet hadde hatt en tydeligere rolle som formidler og veileder overfor andre tjenesteytere. I dag setter ORT i gang arbeid med individuelle planer i flere saker. Vanligvis er det da teammedlemmet som påtar seg rollen som koordinator. Dette er en hensiktsmessig løsning dersom ORT ønsker å få etablert en plan og eventuelt en ansvarsgruppe rundt en gitt bruker i løpet av kort tid. Vi tviler likevel på om dette er måten å sikre et godt tjenestetilbud etter at ORT har trukket seg ut av samarbeidet. En alternativ tilnærming er derfor at ORT overlater koordinatoransvaret til andre og i stedet påtar seg et tydeligere veilederansvar. De tilbakemeldingene vi har fått fra ORT's samarbeidsparter viser tydelig at ORT oppfattes som en ressurs i arbeidet med å etablere et

helhetlig tilbud. Den kontaktflaten som teamet har kan benyttes til å bygge opp gode nettverk rundt hver enkelt bruker. Som vi har sett er det vanskelig å etablere gode team, særlig dersom medlemmene ikke kjenner hverandre fra før og er trygge på hverandre. Det oppsøkende teamet har etter hvert omfattende erfaring på team-arbeid og denne erfaringen bør kunne danne utgangspunkt for en mer bevisst og tydelig strategi på å bygge opp gode nettverk rundt brukerne.

Metodeutvikling

En viktig målsetting med ORT var å utvikle en ny metode. Teamet selv har gitt uttrykk for at dette er et område som ikke har fått så mye oppmerksomhet som ønsket. Vi er ikke sikker på at det er et problem – heller tvert imot. Vi er riktignok noe usikre på hva man legger i begrepet metode. Vi oppfatter det i denne sammenhengen som en form for standardisert tilnærming til hvordan man skal møte brukernes utfordringer. Helse- og sosialsektoren har i flere ti-år vært preget av et ønske om å utvikle evidensbaserte standarder for hvordan tjenester skal utøves. Fokus har vært ønsket om å utvikle en ”gullstandard” for hva som skal gjøres (Timmerman & Berg 2004). Utgangspunktet for disse evidensbaserte tiltakene er hentet fra medisinen og særlig utprøving av medisiner (Ekeland 2004). Slik vi ser det er denne tilnærmingen bygget på vurdering av årsak og virkning innen naturvitenskap. Analyser av årsak og virkninger er vesentlig mer komplisert innen samfunnsvitenskap enn innen naturvitenskap (Brox 1991). Vi ser for eksempel at Cochrane allerede i 1998 fastslo at det ikke forelå dokumentasjon for at såkalt ”case-management” hadde positive resultater. Derimot fant Cochrane at det kunne dokumenteres at såkalt ”Assertive Community Treatment” (ACT) hadde positive virkninger (Marshall & Lokwood, 1998 og Marshall & al 1998). I ettertid kan det stilles spørsmål ved de vurderingene som her ble gjort. Slike sammenligninger blir bare interessante dersom inndelingen i de ulike modellene er helt presis. Burns/Catty/Wright

(2006) har reanalysert Cochrans materiale, samt at de gjennomgikk en del nye studier. Det første problemet de møtte er inndelingen i ACT og case-management. Som de sier: "Defining treatment teams is not an exact science". (s 34). Dette blir ikke enklere av at Olliver & al (2005) viste at det i en del tilfeller er språk mellom den modellen de ulike teamene sier de følger og måten arbeidet faktisk utføres på. Burns & al (2002) viser også at det åpenbart er forskjeller mellom amerikansk og europeisk praksis. Forskjellene mellom effektivitet (definert som redusert liggetid) mellom amerikanske ACT-team og europeisk case-management kan derfor også forklares med generelle forskjeller mellom amerikansk og europeisk sykehusvesen. De konklusjonene som Cochrane trakk om at ACT gir bedre tjenester enn case-management er derfor nokså tvilsomme.

Vi ser også at brukergruppen i ACT er noe annen enn den vi finner i ORT. Rusmisbrukere er en gruppe som vanligvis har omfattende og bredt sammensatte bistandsbehov (Hansen & Ramsdal 2006). I hvilken grad et tjenestetilbud kan karakteriseres som vellykket er derfor avhengig av flere faktorer enn hvordan tjenestetilbudet er organisert. Dette kan vi illustrere med en artikkel skrevet av Stevens & al (2006). I en bredt anlagt undersøkelse av i alt 845 informanter i 5 europeiske land, vurderer de hvorvidt tvang er hensiktsmessig i behandlingen av rusmisbrukere og konkluderer med at det ikke er tvang men kvaliteten på behandlingstilbudet som er avgjørende for om et tiltak er vellykket eller ikke. Dette er erfaringer som også i stor grad vil være gjeldende for evalueringer av hvilke organisasjonsmodeller som er hensiktsmessige. I organisasjonsteorien er det en grunnleggende kunnskap at suksessen for en organisasjonsmodell er avhengig av hvilken sammenheng den befinner seg i (Mintzberg 1979). Hva slags organisasjonsform ORT bør ha er derfor mer et spørsmål knyttet til hvordan man skal oppnå en pragmatisk tilpasning til de rammebetingelsene teamet arbeider under, enn et spørsmål om hvilken modell som fremstår som evidensbasert og dokumentert virkningsfull.

Etter vår vurdering har den arbeidsmåten ORT har jobbet med, mye til felles med ”case-management”. Det er særlig to forhold som har vært viktig for ORT. Det ene er å finne et helhetlig tjenestetilbud som dekker størst mulig del av det behovet som brukeren har. Det andre er å finne et tilbud særskilt tilrettelagt for den bestemte brukeren. Vi ser derfor at brukerne har endt opp med så ulike tilbud som overført til arbeid og til langvaring institusjonsopphold. Dette er en tilnærming som synes å være i tråd med prinsippene bak ”case-management” (Onyett 1998). Etter vår mening er dette også styrken ved ORT – det at man ikke har et entydig og definert løp for brukerne, men tilpasser seg de behovene man avdekker.

Den tilbakemeldingen vi får fra de ulike tjenesteyterne vi har intervjuet er at de er svært presset på ressurser. Lipsky (1977) viser hvordan tjenesteytere som presses på tid etter hvert utvikler nokså standardiserte tjenestetilbud. Vårt inntrykk er at vi generelt ser en slik utvikling i de aktuelle tjenestene. ORT har på grunn av den ressursituasjon de i begynnelsen var i, hatt muligheter for å gi en oppfølging som nesten alle våre informanter beskriver som mer omfattende og mer individuelt tilpasset enn det andre har kunnet yte. Målsettingen må derfor være å opprettholde ORT som et mest mulig fleksibelt tjenestetilbud. All utvikling som medfører en standardisering av ORT’s tjenester, ser vi som et tilbakeskritt. En metodeutvikling som innebærer en form for standardisering er derfor ikke ønskelig. ORT viser nettopp at fokuset bør være å ta utgangspunkt i den enkelte brukers situasjon og prøve å skape et mest mulig individuelt tilpasset og helhetlig tjenestetilbud. Denne metoden er allerede utviklet og beskrevet som ”case-management”. Noen videre metodeutvikling ser vi derfor ikke behov for, og hvis det skal innebære noen form for standardisering vil vi heller advare mot en slik utvikling.

Det finnes likevel en metode som vi ikke kan se at ORT har utnyttet fullt ut. I utgangspunktet så var ORT et prosjekt for brukere som ikke ønsket individuelle planer. I praksis har det vist seg at individuelle planer og ansvarsgrupper knyttet til denne planleggingen har blitt et ordinært tilbud også innenfor de rammene som ORT jobber. Individuelle planer er et verktøy som nå er en lovbestemt rettighet for alle de som er aktuelle brukere av ORT. Vi er også klar over at det finnes en del brukere som ikke ønsker individuelle planer og ser derfor at det er behov for å finne løsninger som kan fange opp denne gruppen. Vi tror likevel at det er bedre å legge opp til ordninger der individuelle planer er det ordinære tilbudet og at man lager spesialløsninger for de som ikke ønsker individuell plan.

Det er ingen grunn til å tro at bruk av individuelle planer er et sesam – sesam (Normann & al 2005, Hansen 2007). Tvert imot, vi er fullstendig klar over at individuelle planer er et verktøy det er vanskelig å få til å fungere etter intensjonene. Likevel er dette en ordning som myndighetene har valgt å satse på, og det kan være liten tvil om at individuelle planer er kommet for å bli i overskuelig fremtid. Vi har foran pekt på de utfordringene som ligger i å etablere samarbeidsrelasjoner innenfor ukjente rammer. Individuelle planer og ansvarsgrupper rundt denne planleggingen er en samarbeidsform som etter hvert er godt kjent for de ulike tjenesteyterne. Det er derfor grunn til å tro at en slik ramme skaper større grad av gjenkjennelse og trygghet for deltakerne og dermed legger forholdene bedre til rette for et samarbeid enn å finne frem til nye metoder for planlegging av et individuelt tilpasset og samordnet tjenestetilbud.

Ut fra vår vurdering er det nettopp prinsippene bak individuelle planer som ORT arbeider etter. Det er derfor ikke overraskende at man etter hvert har tatt i bruk individuelle planer i et omfang som er vesentlig større enn det intensjonene var. En tydeligere satsing på individuelle planer kan dessuten ha flere ulike

gevinster. Først og fremst kan arbeid med individuelle planer bidra til at flere enn ORT's medlemmer engasjerer seg i drøftingen av hva som er den beste løsningen for den enkelte brukeren. I tråd med den modellen for profesjonelt arbeid som vi har skissert foran, så mener vi at en diskusjon der flere med ulik bakgrunn og tilnærming deltar, kan gi et bedre og mer tilpasset tilbud til den enkelte bruker. Videre legger vi til grunn at en av utfordringene for ORT er å gi slipp på brukerne i løpet av perioden på tre måneder. Selv om vi ikke ser denne fristen som en målsetting i seg selv, så mener vi at det vil bli lettere å ansvarliggjøre resten av tjenesteapparatet dersom det allerede har deltatt aktivt i arbeidet med å utvikle et helhetlig tjenestetilbud gjennom arbeidet med en individuell plan. Igjen vil vi også fremheve behovet for å etablere et samarbeid der deltakerne føler seg trygge. Dersom arbeidet med individuelle planer er etablert på en skikkelig måte mens ORT har hovedansvaret, er det grunn til å forvente at det blir lettere å videreføre dette arbeidet etter at ORT har trukket seg ut. I tillegg tror vi det kan skape bedre grunnlag for at brukerne skaper ”virkosomme relasjoner” til andre enn teammedlemmene i ORT.

Moss kommune har nå tatt i bruk et web-basert verktøy for utvikling av individuelle planer. Dette verktøyet skal både lette samarbeidet mellom tjenesteyterne og gi brukeren bedre tilgang både til planen og til tjenesteyterne. Slik vi forstår mulighetene i dette verktøyet, så har dette et potensial i seg til å fungere som et planleggingsverktøy for hele ORT. I dag blir alle brukerne registrert i SMP's pasientregistreringssystem. Som vi har vært inne på, så skaper dette vanskeligheter både i forhold til hvem som skal ha tilgang til systemet og i forhold til oppdatering av journalnotater. Det er mulig at det vil bli lettere å finne en løsning med utgangspunkt i det verktøyet Moss kommune har skaffet seg, enn ved å ta utgangspunkt i SMP's pasientregistreringssystem. Vi er også kjent med at Moss kommune har vært sentral i utvikling av dette verktøyet og det firmaet som står bak selve løsningen er også interessert i å videreutvikle

verktøyet slik at det kan fungere som et felles system både for kommunen og spesialisttjenestene.

Oppsummering og konklusjoner

Vi skal her tilslutt oppsummere hvordan vi opplever at det Oppsøkende teamet fungerer, hva som er styrkene i den organisasjonsformen man har valgt og hva som er forbedringspotensialet.

Utgangspunktet er at tilbudet til rusmisbrukere i dag er uoversiktlig og komplisert. Vi har ulike kommunale tilbud og kommunene velger selv hvordan man skal organisere tjenestene. I praksis innebærer dette at viktige tjenester kan være organisert innenfor NAV, en egen kommunal rustjeneste og/eller en felles tjeneste for rus og psykisk helsearbeid. I tillegg kan det gis tjenester gjennom kommunale boligkontorer og ulike former for hjemmetjenester. Innenfor spesialisttjenestene har vi relevante institusjonstilbud og egne polikliniske tilbud innenfor både russektoren og psykiatrisektoren. I tillegg til dette er det fortsatt også et stort utbud av tilbud fra ulike private og frivillige organisasjoner.

I dette bildet har Oppsøkende rusteam fungert som en inngangsport for brukerne. Denne inngangsporten har ikke vært oppsøkende slik man vanligvis benytter dette begrepet. Det har vært brukerne eller pårørende som selv har måttet ta initiativ til å få hjelp. Noen har tatt direkte kontakt med teamet, mens andre er blitt henvist. Teamet har i stor grad fulgt opp de henvendelsene de har fått uavhengig av hvilken kanal de er kommet gjennom. Noen er blitt avvist, men de fleste er fulgt opp i alle fall for en periode. I forhold til den terskelproblematikken som vi har pekt på foran, så har Oppsøkende rusteam selv vært en terskel. Likevel ser det ut som om det har vært en terskel som i alle fall har vært lavere enn det vi ellers finner i spesialisttjenestene. I tillegg fremstår det Oppsøkende rusteamet som en kanal som for brukerne har fjernet tersklene videre inn til et mer omfattende helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Oppsøkende rusteam har i denne sammenhengen også fungert som oppsøkende ved at det i en periode har fulgt opp sine brukere også utenfor kontoret, blant annet ved ”ikke møtt” og for å gi dem støtte i kontakt med andre. I den perioden Oppsøkende rusteam har brukt til å etablere et nytt tjenestetilbud, har de også gitt brukerne oppfølging ved regelmessige individsamtaler. Slike samtaler har hatt to funksjoner. Delvis har de på denne måten gitt brukerne et behandlingsalternativ inntil det er etablert et varig tilbud, og delvis har disse samtalene gitt teammedlemmene en bedre innsikt i hva slags varig tilbud brukeren trenger.

Det Oppsøkende rusteamet har også fungert som en agent for de kommunale tjenestene inn i spesialisttjenestene og omvendt. For tjenesteyterne har denne agentfunksjonen bidratt til at det er blitt etablert kontakter som de ikke har klart å bygge opp selv.

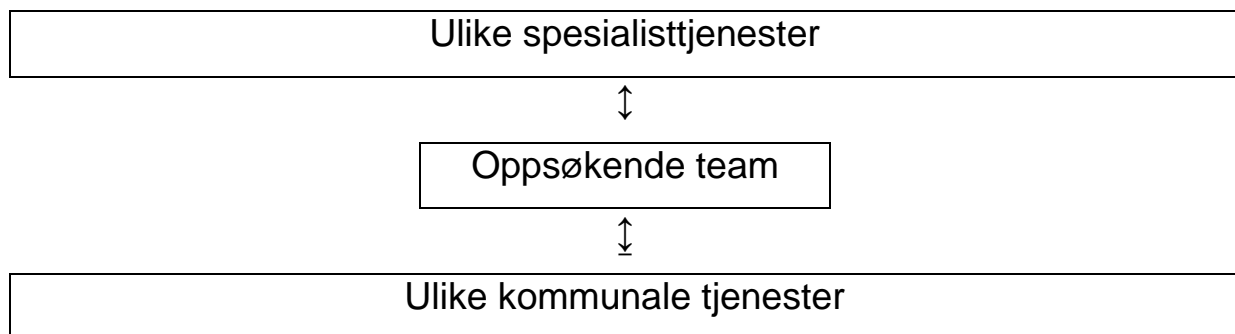
Det kan være liten tvil om at Oppsøkende rusteam er et tilbud som har hatt en funksjon. I et komplisert og uoversiktlig tjenestetilbud har ORT vært det organet som både for brukere og for andre tjenesteytere har kunnet finne frem til hensiktsmessige tilbud. Likevel mener vi at det er en del klare forbedringsmuligheter i den organiseringen som er valgt.

Først og fremst er vi usikker på om den innsatsen som gjøres har et sterkt nok fokus på å etablere nettverk rundt pasientene. Vi har brukt et utsagn fra et av medlemmene i teamet som tittel på denne rapporten ”..vi driver og rydder hver uke vi...”. Vi har gjennom vår datasamling fått et bilde av ORT som ikke bare rydder opp for brukerne, men også for en del av de andre tjenestene og tjenesteyterne. Det synes som om det i denne sektoren er et behov for å ansvarliggjøre både virksomheter og tjenesteytere i forhold til å gi helhetlige tjenestetilbud. Det fokuset ORT har på å skape et helhetlig tjenestetilbud, kan

bidra til at andre unnlater å ha et slikt fokus. ORT kan derfor med hell ha et sterkere fokus på å ansvarliggjøre andre deler av tjenestene.

Slik vi opplever målgruppen så er dette en gruppe pasienter med varierende motivasjon og behov. Vi legger derfor til grunn at det jevnlig vil være behov for å justere både omfang og innhold i de tjenestene som tilbys. Det er derfor et åpenbart behov for samarbeid mellom kommunen og SMP/spesialisttjenestene. Dette gjelder også utover det samarbeidet som foregår innad i det oppsøkende teamet. Det er en fare for at resten av tjenestene trekker seg tilbake og definerer samarbeid som teamets ansvar og ikke noe som angår resten av tjenestene.

De utfordringene vi ser i så måte kan oppsummeres i følgende modell:



Det oppsøkende teamet klarer å etablere et samlet tjenestetilbud med elementer fra begge nivåene. Det synes likevel ikke som om den innsatsen teamet gjør bedrer det generelle samarbeidet mellom nivåene. Etter at tilbudet er etablert, så har ikke vi registrert at for eksempel den kommunale rustjenesten og SMP diskuterer fremdrift og arbeidsdeling for den enkelte pasienten. Vi har heller ikke registrert noe samarbeid mellom de ulike kommunale tjenestene eller innad i spesialisttjenestene.

Oppsøkende

Den oppsøkende dimensjonen i teamets arbeidsmåte er åpenbart en styrking av tjenestetilbudet – det er tydelig et behov for at de aktuelle tjenestene er mer innstilt på å møte pasientene der de er. Vi har for eksempel sett at SMP'ene har hatt store utfordringer knyttet til ikke-møtt problematikk (Hansen & Ramsdal 2006). Samtidig som ting tyder på at suksessen til ACT-teamene blant annet kan relateres til at de for en stor del er oppsøkende (Leiphart & Barnes 2005).

Likevel er det klart at dette teamet bare til en viss grad er oppsøkende. De fanger i liten grad opp pasienter som ikke allerede har en relasjon til en eller annen form for tjeneste, men vi er usikker på om hvorvidt det er behov for en bredere tilnærming i så måte. De erfaringene som er gjort med ACT-teamene tyder på at fleksibiliteten i selve tjenesteytingen er en sentral suksessfaktor (Leiphart & Barnes 2005). Vi er derfor usikker på hvilke virkninger det får for pasientene at de i en periode til tjenestetilbudet er etablert får oppsøkende tjenester, mens dette tilbudet ikke vedvarer etter at det er etablert et stabilt tjenestetilbud.

Erfaringene viser at Oppsøkende rusteam i liten grad er oppsøkende utenfor den kommunale sektor eller helseforetaket. Dette kan bety at deres oppsøkende virksomhet i større grad må knyttes til deres arbeidsmetoder og i liten grad til klientrekrutteringen.

Det Oppsøkende rusteamet blir av både samarbeidspartnere og brukere oppfattet som fleksibelt, spesielt med tanke på den uformelle henvisningsrutinen og kontakten med brukerne. Dette har hatt en positiv virkning både på bruker – og systemnivå. På brukernivå har dette hatt stor betydning for det å bli sett og bli ivare tatt når problemer har oppstått. På systemnivå har den uformelle henvisningsrutinen resultert i mindre byråkrati for henvisning av klienter.

Tilbakemeldingene er nokså entydige på at Oppsøkende rusteam finner løsninger som er tilpasset deres brukergruppe. Oppsøkende rusteam kjenner systemet og vet godt hva de ulike tjenestene kan tilby og hva som skal til for å få disse tjenestene. Det er derfor vår konklusjon at terskelproblematikken er redusert for denne pasientgruppen gjennom det tilbudet som det Oppsøkende rusteam yter. Og dette betyr videre at en del av de løsningene som det Oppsøkende rustemaet kommer frem til er en klar avlastning av andre tjenester.

ORT er et samarbeidsprosjekt mellom SMP og kommunene Moss og Rygge. I begynnelsen hadde teamet ikke noen formell leder, etter hvert fikk en av de ansatte ved SMP ansvaret for koordinering av teamet. Slik vi ser det trengte teamet en leder og det var derfor klart et behov for å la en av deltakerne i teamet få denne rollen. Den løsningen som ble valgt var også i overensstemmelse med det interne samhandlingsmønsteret som allerede for en stor del var etablert innad i teamet. Løsningen fungerte derfor som en naturlig utvikling av teamet. Sett på bakgrunn av at SMP skal samarbeide med begge kommune, mens det ikke nødvendigvis er så mye samarbeid mellom kommunene oppfattes denne løsningen også som hensiktsmessig.

Likevel stiller vi spørsmål ved om dette prosjektet er for sterkt forankret i SMP. Erfaringene fra arbeidet med individuelle planer, er at disse normalt fungerer best dersom de er forankret i kommunene (Sh.dir. 2005). Det kan være liten tvil om at SMP har hatt en svært viktig rolle i utvikling av prosjektet og at bl.a. finansieringen av prosjektet har vært med på å underbygge den sterke forankringen til SMP. Hvorvidt man hadde kunnet finne bedre løsninger ved å forankre for eksempel pasientregistreringen i et kommunalt eller særskilt utviklet system, vil bli spekulasjoner fra vår side. Vi tror likevel at ved eventuell videre drift så bør andre løsninger prøves ut.

Litteraturliste

- Almås, R. (1990): *Evaluering på norsk*, Oslo: Universitetsforlaget
- Bang, H (1995): *Organisasjonskultur*, Oslo, Tano
- Berg, O. (1982): *Helsetjenestens logikk*, Oslo Universitet
- Bleiklie I m. fl. (1994) *Forvaltningen og den enkelte*, i Christensen T og Egeberg M *Forvaltningskunnskap*, Tano Oslo
- Christie, W. (1988): *Politikk og fag på samme lag?* Oslo Tano
- Danermark, B., Ekström M., Jacobsen, L. & Karlsson, J. C. (2003): *Att förklara samhället*, Lund: Studentlitteratur Lund
- Egeberg, M. (2003). "How bureaucratic structure matters: An organizational perspective", i Peters, B. G. og Pierre, J. (red.). *Handbook of Public Administration*, London: Sage.
- Ekeland, T-J (2004): *Autonomi og evidensbasert praksis*, Arbeidsnotat nr. 6/2004 Oslo Høgskolen i Oslo.
- Glouberman S & Mintzberg H 2001: *Managing the Care of Health and the Cure of Diseases—Part I & Part II*, i *Health Care Manage Rev*, 2001, 26(1), 56–92 2001 Aspen Publishers, Inc.
- Goffman E. (1992) *Vårt rollespill til daglig*, 2. utgave, Oslo, Pax Forlag
- Hansen, G V & Fugletveit (2008) *Det er noen dører som åpnes lettere*. Midtveisevaluering av Oppsøkende rusteam Moss. Underveiserapport. Upublisert.
- Hansen, G V & Ramsdal H (2006): "*Ikke møtt*" – *En analyse av sosialmedisinske poliklinikkens konsultasjonspraksis*, Halden, Høgskolen i Østfold, Oppdragsrapport 2006:1
- Hansen, G V (2007): *Samarbeid uten fellesskap – Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*, Doktorsavhandling, Karlstad, Karlstad University Studies 2007:15
- Holck, G. (2004): *Kommunenes styring av komplekse oppgaver*, Oslo: Ph.D. avhandling, Universitetet i Oslo
- Hubble og Duncan (1999) *The Heart and Soul of Change. What Works in therapy*. American Physiological Association.
- Jacobsen, D. I. (2000): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*, Kristiansand: Høyskoleforlaget

- Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, King M
The REACT study: randomised evaluation of assertive community
treatment in north London BMJ, doi:10.1136/bmj.38773.518322.7C
(published 16 March 2006)
- Krupa, Eastabrook, Hern, Lee, North, Percy, Von Briesen & Wing (2005) How
Do People Who Receive Assertive Community Treatment Experience This
Service? *Psychiatric Rehabilitation Journal Summer 2005—Volume 29
Number 1*
- Lang, M. A., Davidson, L., Bailey, P. & Levine, M. S. (1999). Clinician's and
clients' perspectives on the impact of Assertive Community Treatment.
Psychiatric Services, 50(10), 1331-1340.
- Leiphart & Barnes (2005): The Client Experience Of Assertive Community
Treatment: A Qualitative Study *Psychiatric Rehabilitation Journal Spring
2005—Volume 28 Number 4*
- Lipsky, M (1977): Toward a Theory of Street-Level Bureaucracy, I Hawley W
& Lipsky, M. (1977): “Toward a Theory of Street-Level Bureaucracy, I
Hawley W & Lipsky”, M: *Theoretical Perspectives on Urban Politics*, New
York: Prentice Hall
- Mintzberg, H. (1979): *The Structuring of Organizations – A Synthesis of the
Research*, New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice Hall
- Møller, G. (2006): *Evaluering av samordningsforsøkene mellom aetat,
trygdeetaten og sosialtjenesten. Sluttrapport*, Rapport 231-2006, Bø:
Telemarksforskning-Bø
- Onyett, S. (1998): *Case management in mental health*, Cheltenham
- Pamela N. Prince & Gary J. Gerber (2005) Subjective well-being and
community integration among clients of assertive community treatment,
Qual Life Res (2005) 14: 161–169. _ Springer 2005
- Ramsdal, H. (1996): *Kan psykiatrien reformeres innenfra? Evaluering av
prosjekt psykiatri*, Halden: Høgskolen i Østfold, Rapport 1996:3
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M-D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla
(2005): “The determinants of successful collaboration: A review of
theoretical and empirical studies”, *Journal of Interprofessional Care* (May
2005), Supplement 1
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Veileder for individuell plan*, Oslo: Sosial-
og helsedirektoratet
- Scheuer, J. D. (2003): *Pasientforløb i praksis – en analyse af en ides
oversættelse i mødet med praksis*, Ph.D. avhandling, København: FLOS,
Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøjskolen i
København

- Stein L, et al. *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*. W.W. Norton, 1998.
- St. meld. Nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
- Thommesen Normann, Sandvin, (2003): *Individuell plan – et sesam sesam?* Kommuneforlaget, Oslo
- Vedung, E. (1998): *Utvärdering i politik och förvaltning*, Lund: Studentlitteratur.
- Øverås og Fyhn (2006) *Fra døråpner til alibi? Evaluering av et femårig klinisk behandlingstiltak for personer med alvorlig psykiske lidelser og rusmisbruk ved Tøyen DPS (ROP-Tøyen)*. Fafo-rapport 521.
- Øvretveit J (1993): *Coordinating community care*, Open University Press, Buckingham
- Yin, R. K. (2003): *Case Study Research – Design and Methods*, (3. ed), London: Sage Publications

Kurs i regi av prosjekt Oppsøkende Rus Team – 2008/2009

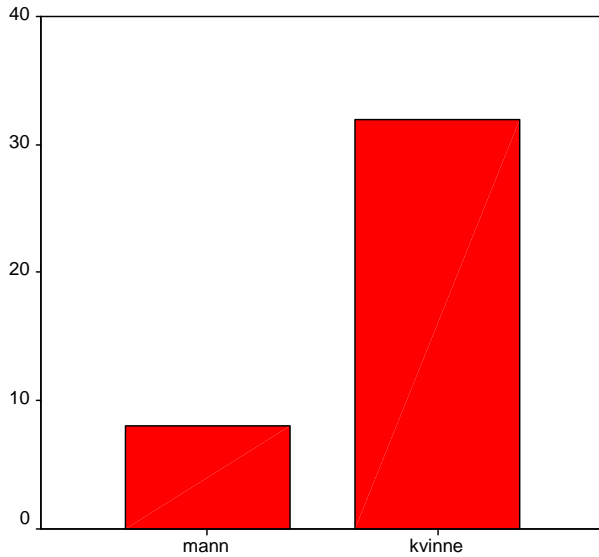
En viktig del av det oppsøkende rusteamets oppgaver er å gjennomføre en kursrekke for ansatte i russektoren. Målene med denne kursrekken er både å formidle kunnskap og å skape en arena for en mer felles og helhetlig forståelse av hvordan de ulike tjenestene kan jobbe sammen.

Vi har også gjennomført en evaluering av denne kursrekken. Evalueringen ble gjennomført ved hjelp av et spørreskjema som ble utdelt på femte samling i denne kursrekken. Spørreskjemaet er et enkelt spørreskjema der respondentene blir bedt om å gi uttrykk for i hvor stor grad de er enige i et gitt antall utsagn. Dette er en enkel måte å måle deltakernes oppfatning av det tilbudet de har fått.

Når man skal ta vurdere de svarene vi har fått inn er det viktig å ha klart for seg to forhold ved slike evalueringer. Programmet for de enkelte kursdagene var kjent på forhånd og deltakerne måtte selv melde seg på kursdagen. Det betyr at det var frivillig å delta, og at de som deltok måtte forventes å være interessert i de temaene som ble tatt opp disse kursdagene. Vi vet dessuten at generelt sett ved slike kvantitative undersøkelser så vil prosenten av de som svarer at de er fornøyd med tilbudet stort sett være rundt 80% (Hagen & al 1997). I slike undersøkelser vil vanligvis man jevnt over få en vurdering av at det tilbudet som er gitt, er bra. I vårt skjema skulle deltakerne krysse av graden av enigheten i en del positive utsagn. Skalaen gikk fra en til seks. Hva som er akseptabelt nivå på en slik skala er vanskelig å definere. Er et gjennomsnitt på 4 akseptabelt, eller bør det ligge på 5? Dette er i så fall vurderinger som de som er ansvarlige for tilbudet selv må gjøre. I hvilken grad tilbakemeldingene samsvarer med de ambisjonene arrangørene har, kan vi vanskelig vurdere.

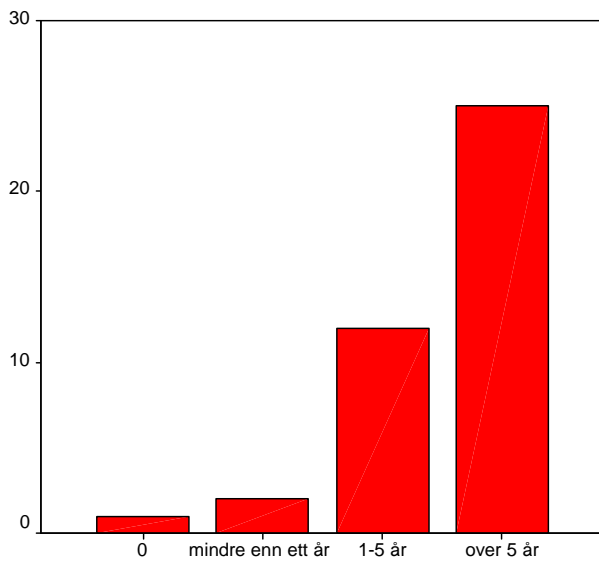
Vi som forskere er derfor ikke så opptatt av de absolutte tallene, men vil likevel understreke at de resultatene vi har fått frem tyder på at kurstilbudet i stor grad har vært i samsvar med de forventningene som deltakerne hadde. Selv om vi ikke kan komme med noen presise vurderinger av hva som er tilfredsstillende og hva som ikke er tilfredsstillende, kan vi på bakgrunn av å sammenligne de utsagnene som har fått høyest score med de som har fått lavere score, si noe om hvordan deltakerne har rangert de ulike temaene. Ved å se på en slik innbyrdes rangering får vi da frem en vurdering av hva som har vært viktigst og mest vellykket sett med deltakernes øyne. Denne vurderingen kan vi så bruke som utgangspunkt for vår egen analyse av hva man har oppnådd og hvilke utfordringer som man har i det videre arbeidet. I forbindelse med daværende Sosial- og helsedirektorats kvalitetsreform på begynnelsen av 2000-tallet, lanserte man slagordet: ”Man trenger ikke være dårlig for å kunne bli bedre”. Vi legger derfor til grunn at slike evalueringer først og fremst har som målsetting å gi innsikt i hvor det er et forbedringspotensial, ikke om man skal være tilfreds med det som er gjort. Fokus her er derfor hva som kan og bør videreutvikles – dette må ikke oppfattes som en kritikk av det som er gjort.

Kjønnsfordelingen



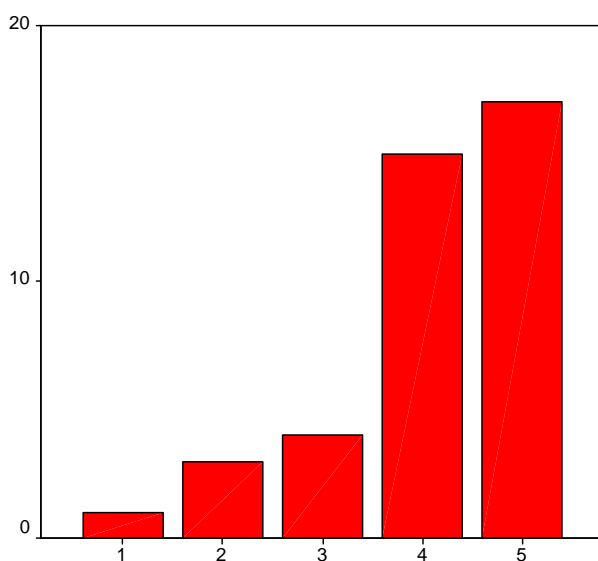
Kjønn

Fordelingen mellom menn og kvinner viser at deltakergruppen avspeilet stort sett den samme fordelingen som vi finner i helse- og sosialsektoren generelt.



Hvor lenge har du jobbet med rus/psykiatri

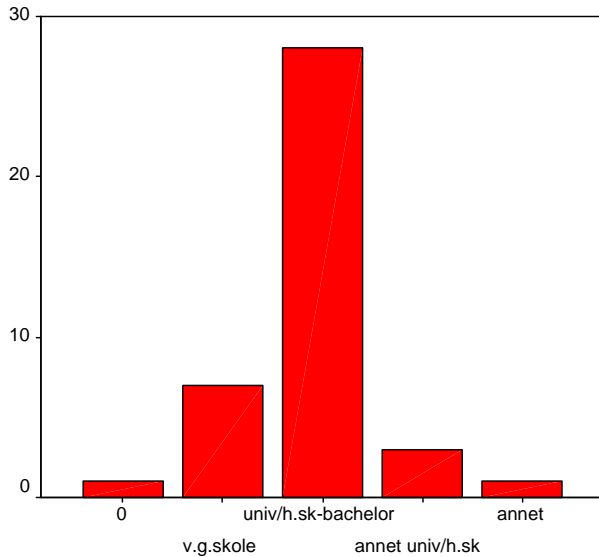
Denne oversikten viser at deltakerne for en stor del må sies å være rutinerte. Flertallet av deltakerne hadde mer enn 5 års yrkeserfaring fra sektoren. Det er altså ikke de unge og uerfarne som prøver å sette seg inn i et nytt arbeidsfelt. Det er i stedet folk med forholdsvis lang fartstid fra sektoren som ønsker seg faglig oppdatering. Det viser både at det er et reelt behov for et slikt tilbud og at man åpnbart har truffet målgruppen med de temaene som man har valgt for samlingene.



Hvor mange av de tidligere kursdagene i denne kursrekken har du deltatt i

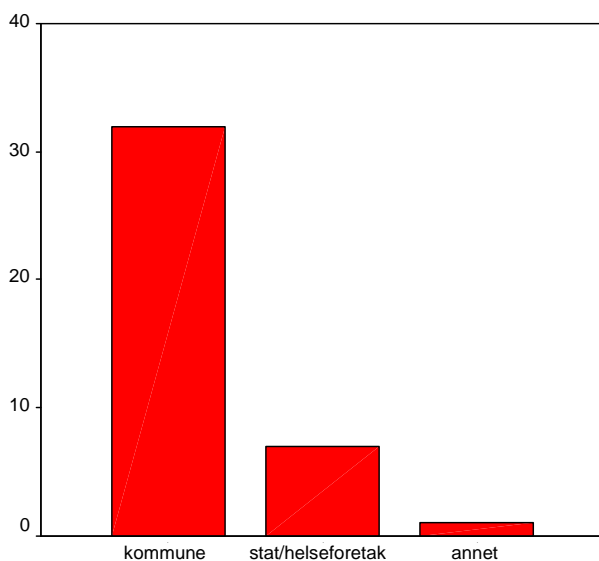
Vi ser her at deltakergruppen har vært noenlunde stabil. Mange av deltakerne har vært på alle, eller nesten alle de tidligere samlingene. Dette understreker det vi var inne på foran, at når det er frivillig deltakelse så er det de som faktisk mener at de får noe igjen for deltakelsen som møter opp. Et annet poeng som også er viktig, er at den stabile deltakelsen bidrar til muligheter for at det skapes

et fellesskap mellom de ulike deltakerne. Det er derfor lagt godt til rette for at målsettingen om at kursrekken skal bidra til bedre samarbeid kan realiseres.



Hva er din utdanningsbakgrunn?

Denne oversikten viser at kursrekken er de tre-årige bachelor-gruppenes arena. Egentlig er det ikke så overraskende, men vi registrerer likevel at det ikke er noen deltakere som har utdanning på master-nivå. Det betyr at psykologer og leger ikke er deltakere i kursrekken. Det er mulig at dette skyldes at innholdet i kursrekken er slik at det som formidles er kjent stoff for disse gruppene. En annen og mer bekymringsfull forklaring er at leger og psykologer ikke ser behovet for å delta i slike felles samarbeidsarenaer mellom kommunale tjenester og spesialisttjenestene. Uansett er det et problem at de gruppene som sitter med størst innflytelse i sektoren ikke deltar på samlinger som har som målsetting å styrke samarbeidet mellom nivåene. Det kan derfor være hensiktsmessig å undersøke nærmere om det er mulig å tilpasse innholdet i kursrekken slik at også leger og psykologer finner kursrekken interessant.



Hvor jobber du?

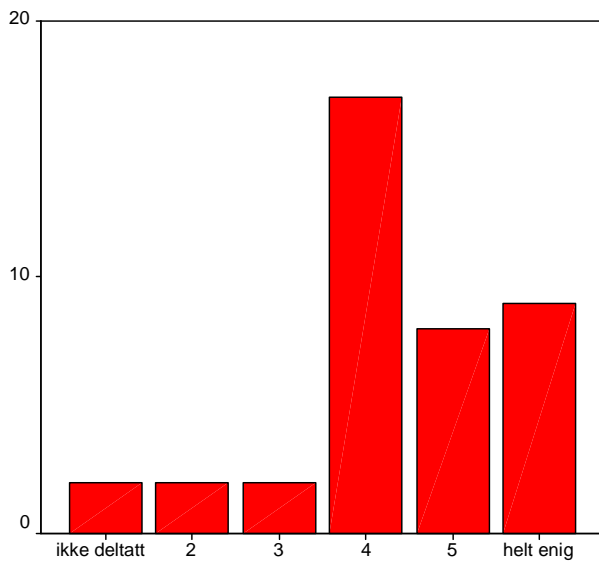
Vi ser her den samme utfordringen som foran. Kursrekken rekrutterer først og fremst deltakere fra kommunene. Spesialisttjenestene er dårligere representert. Dette kan selvfølgelig avspeile at kommunene har et større ansvar for tjenestene til denne målgruppen enn spesialisttjenestene. Likevel er det fortsatt et problem dersom man skal oppnå målsettingen om å bedre samarbeidet mellom generalist- og spesialisttjenestene at deltakelsen fra spesialisttjenestene er så begrenset.

Gjennom andre undersøkelser (Hansen 2007, Ramsdal & Hansen 2009) har vi sett at det eksisterer en tendens til storebror – lillebror relasjon mellom spesialisttjenestene og kommunene i Østfold. En slik relasjon skaper et dårlig grunnlag for samarbeid og tanken om at denne kursrekken skulle skape en arena der representantene fra de ulike nivåene kunne møtes og utvikle samarbeidsrelasjoner, var derfor svært fornuftig. Følgelig synes vi det er tilsvarende skuffende å se at de fornuftige ambisjonene man hadde, synes vanskelig å realisere.

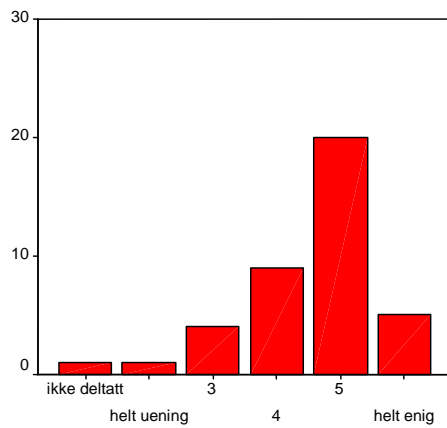
Vi ser dessverre at det er tegn på at det er et generelt problem at tiltak som opprettes for å skape bedre forståelse for hverandres arbeid, benyttes i vesentlig mindre grad av spesialisttjenestene enn av kommunene. Det er for eksempel etablert en generell ordning med hospiteringsordninger der ansatte i enten spesialisthelsetjenesten eller kommunene kan hospitere hos hverandre. Denne ordningen brukes i dag av ansatte i kommunene, mens det hører til sjeldenhetene at noen fra spesialisttjenesten benytter seg av denne ordningen (Ramsdal & Hansen 2009)

Vurderingene av selve kursrekken har vi delt inn i tre hovedbolker. Den første bolken handler om hvordan deltakerne vurderer innholdet i de ulike temaene som er blitt presentert. Den andre bolken handler om i hvilken grad deltakerne har utviklet samarbeidskompetanse. Den tredje bolken handler om hvordan deltakerne har opplevd den tekniske gjennomføringen av kursrekken.

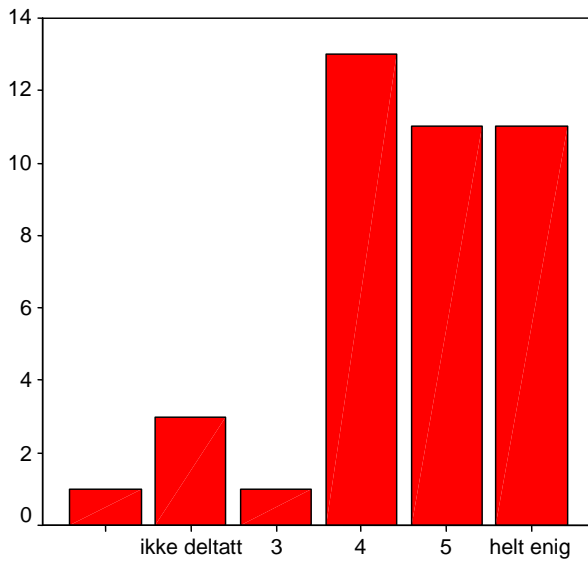
Resultatene fra spørsmålene i første bolken er som følger:



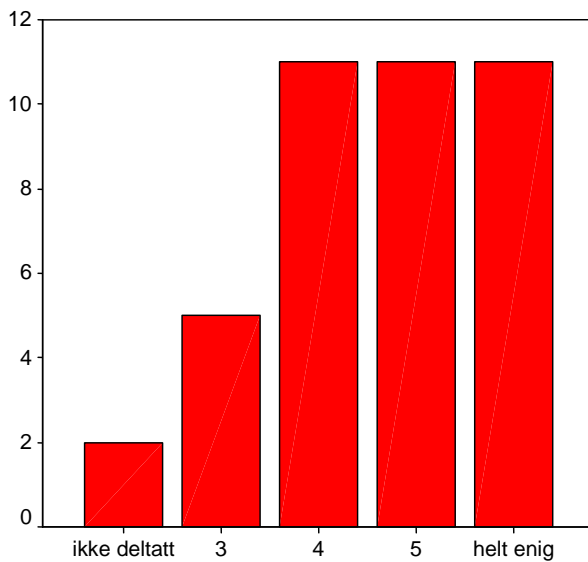
Har fått ny kunnskap om problemstillinger knyttet til unge/voksne med rusproblemer



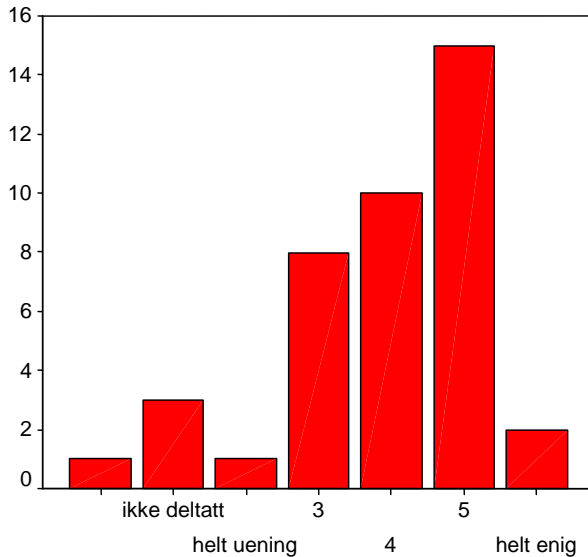
Har fått bedre innsikt i hvordan å jobbe med mennesker i kriser



Har fått bedre innsikt i problemstillinger knyttet til fysisk og psykisk helse hos rusmisbrukere



Har fått bedre innsikt i konsekvenser av rusmisbruk i et nevrologisk perspektiv



Har fått bedre innsikt i stadietilpasset behandling

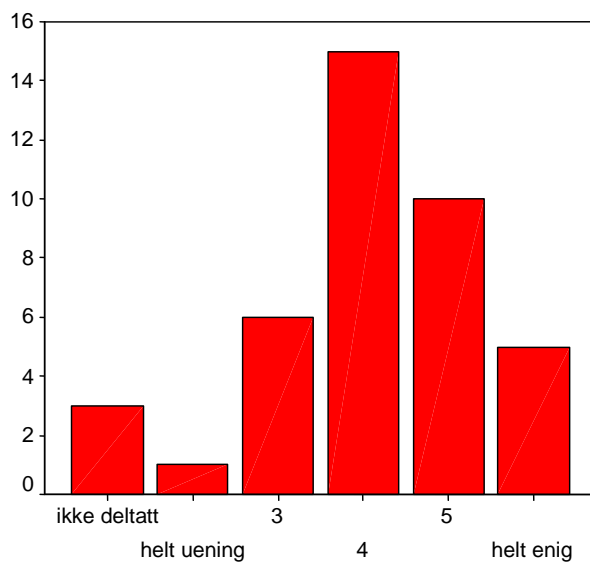
Resultatene fra denne første bolken viser en jevnt god tilfredshet med den kunnskapen som er formidlet gjennom denne kursrekken. Hvis vi samler scoren fra alle disse spørsmålene får vi et gjennomsnitt på 4,6. Vår umiddelbare reaksjon er at man tydeligvis har imøtekommet deltakernes forventninger.

Vi vil igjen peke på den problemstillingen vi reiste innledningsvis. Evalueringen ble gjennomført i den femte samlingen. Vi har ingen oversikt over hvor mange som har deltatt på en eller flere av tidligere samlinger og som ikke meldte seg på denne fordi de var misfornøyd med innholdet. Likevel er det viktig å understreke at man har gitt et tilbud til en gruppe. Deltakerantallet har vært noenlunde stabilt og heller vært økende enn blitt redusert. Vi så dessuten foran at en stor del av deltakerne hadde vært med de fleste gangene. Det er derfor god

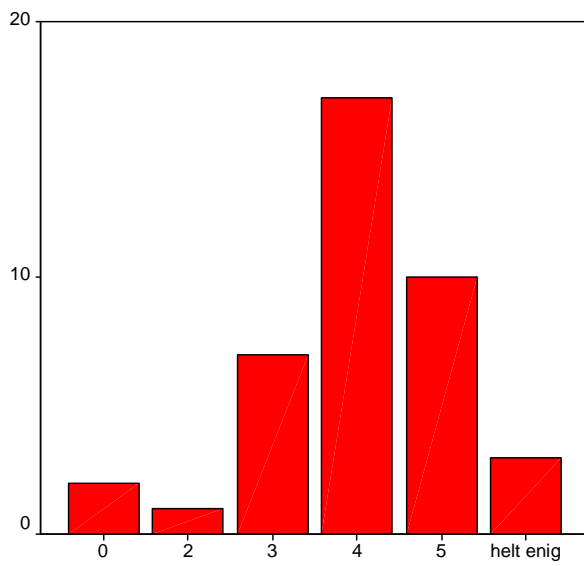
grunn for å konkludere med at man har gitt et tilbud til en gruppe som stort sett har satt pris på dette tilbudet.

Dersom den begrensede deltakelsen fra spesialisttjenestene skyldes at innholdet i kursrekken ikke ivaretar denne gruppens behov, kan vi ikke fange det opp ved å spørre de som deltok. I fremtiden kan det derfor være hensiktsmessig å undersøke nærmere hva slags tema som vil være interessante for eventuelle deltakere fra spesialisttjenestene.

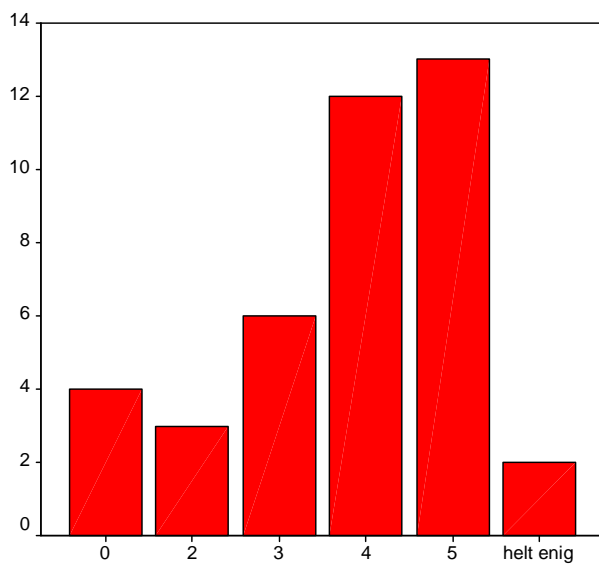
I den andre bolken finner vi følgende resultater



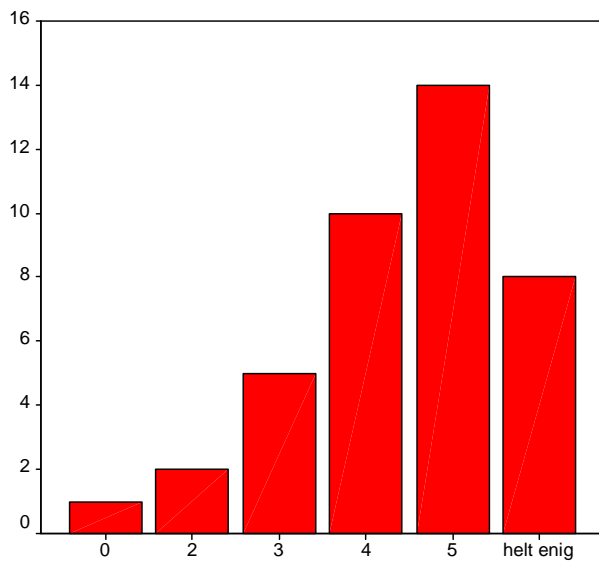
Har fått bedre innsikt i systemkunnskap



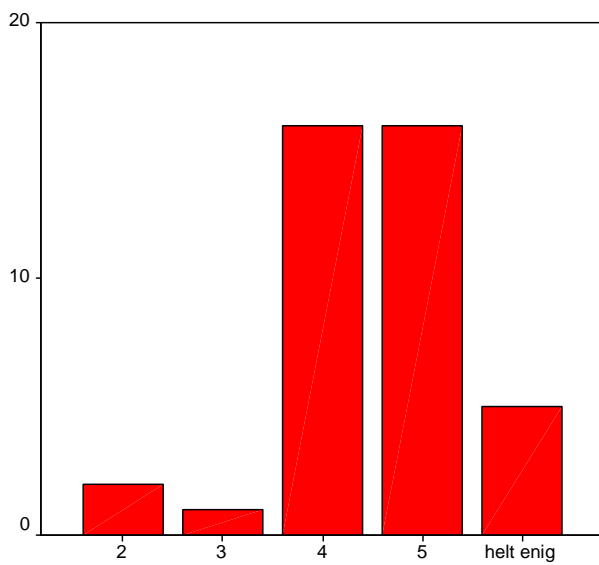
Har utviklet en felles forståelse med aktuelle samarbeidsparter



Har fått bedre innsikt i hvordan samarbeidende tjenester er organisert



Har fått større respekt for den innsatsen samarbeidende parter gjør

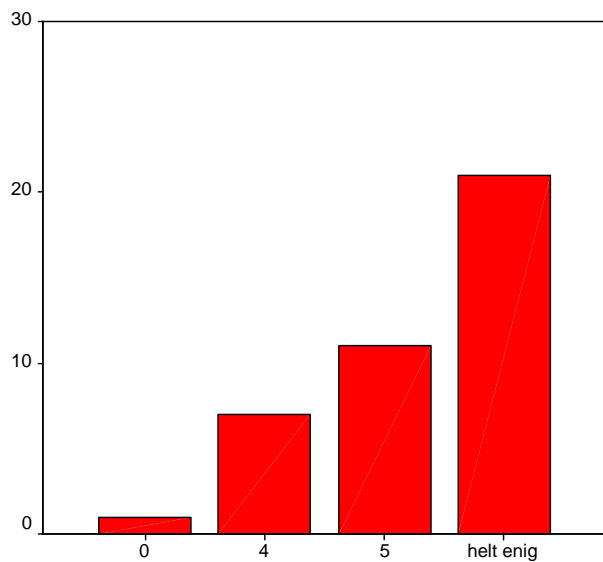


Føler meg bedre skikket til å bidra til å yte et helhetlig tilbud i samarbeid med andre

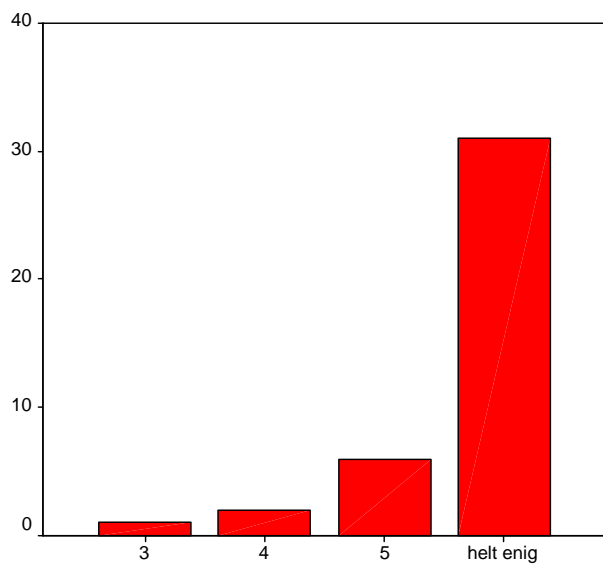
Resultatene fra denne bolken viser en lavere score (litt under 4,3 i gjennomsnitt) enn for den forrige bolken. Dette viser at målsettingen om å skape bedre samarbeid i sektoren ikke er oppnådd i samme grad som i forhold til kunnskapsformidlingen. Hvorvidt dette er et resultat av det vi har pekt på tidligere, en skeivdeling av deltakergruppene, eller om det er andre forhold ved kursrekken, gir ikke våre data oss svar på. I forhold til ambisjonene man hadde med denne kursrekken er det likevel klart at utfordringen videre særlig knytter seg til mulighetene for å styrke samarbeidet.

Disse resultatene ble raskt formidlet tilbake til ORT. På slutten av prosjektperioden har derfor kurssamlingene blitt organisert slik at det blir større grad av samarbeid mellom deltakerne. Om denne endringen har hatt den ønskete virkningen har vi ikke hatt anledning til å samle inn data om.

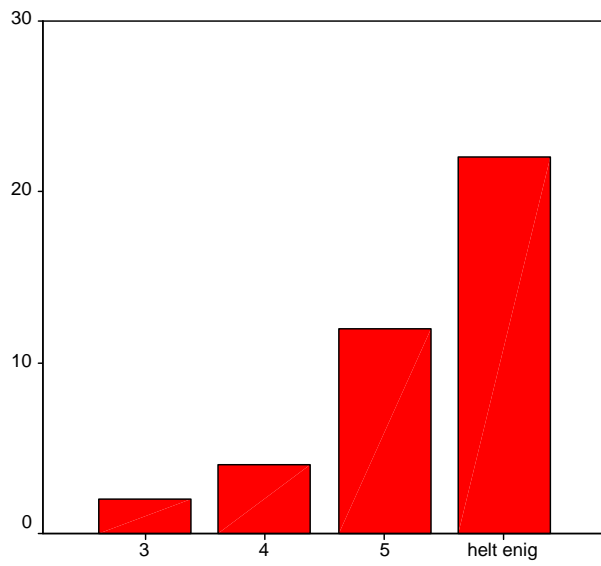
Den tredje bolken gir oss følgende svar:



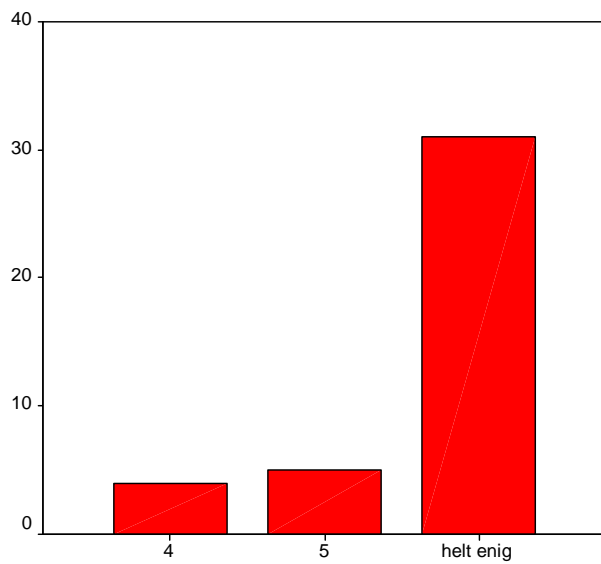
Foreleserne har generelt sett vært gode



Det er viktig at vi som jobber i denne sektoren får slike tilbud



Organiseringen av kursrekken har vært bra



Deltakelse i kursrekken har vært vel anvendt tid

Disse resultatene viser at deltakerne er svært fornøyd med den tekniske gjennomføringen av kursrekken. Det kan være liten tvil om at de som har deltatt i kursrekken har opplevd den som svært givende. Gjennom den kontakten vi som har evaluert prosjektet har hatt med deltakerne (mange av dem har vært informanter i intervjuene) så har vi flere ganger fått uoppfordrete kommentarer om at kursrekken har vært viktig for dem.

Uansett om vi hadde sett at måloppnåelsen, først og fremst knyttet til bedret samarbeid, kunne vært bedre, er det åpenbart at kursrekken har dekket et opplevd behov hos deltakerne.