

## **Oppsøkende rusteam i Moss**

**Gunnar Vold Hansen  
Hilde Rossnes Jensen  
Anne Schillinger  
Jon Aasmund Sandsberg**

Online-versjon (pdf)

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.

ISBN:

ISSN:



**Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag, har på oppdrag fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) har ledet et nasjonalt temanettverk med fokus på "Mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester".**

**Denne rapporten er en av i alt 11 rapporter som er utarbeidet i forbindelse med dette oppdraget.**



# FORORD

Denne rapporten er en av flere der Høgskolen i Østfold i samarbeid med et temanettverk av tjenesteytere beskriver og dokumenterer noen av de tjenestetilbudene som gis til brukergruppen: "Mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester". Dette temanettverket ble opprettet i 2010 og har i løpet av de tre årene det har eksistert koblet forskere fra høgskolen, kommunalt ansatte med erfaring for å yte tilbud til målgruppen og brukerorganisasjoner i et nettverk med et mål om å skape grobunn for en ny type kunnskapsutvikling. Erfaringene fra dette temanettverket er nå samlet i til sammen 11 rapporter.

En viktig ambisjon med disse rapportene er å utforme de på en slik måte at andre tjenesteytere kan bruke de erfaringene som presenteres i egen tjenesteyting. I denne rapporten legges det derfor stor vekt på å beskrive hvordan tjenestene ytes. I tillegg legges det stor vekt på å synliggjøre først og fremst de forholdene som bidrar å fremme gode tjenestetilbud, i tillegg vil vi også peke på noen av de utfordringene som finnes og som hemmer mulighetene for å gi gode tjenestetilbud.

Nettverket av tjenesteytere representerer flere av landets største kommuner og er finansiert av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). NAPHA dekker utgiftene til drift av nettverket, prosjektledelse og noe forskningsarbeid.

Høgskolen i Østfold har etablert en forskergruppe som samarbeider med kommunene om å beskrive og dokumentere en del av de aktuelle tiltakene. De

faglige evalueringene som presenteres i disse rapportene er det forskerne som står bak. Innsatsen til forskerne er i hovedsak finansiert av høghskolen.

Kommunene dekket selv sine utgifter til deltakelse i nettverket. I tillegg har de aktuelle tjenesteyterne bidratt med både muntlige og skriftlige beskrivelser av tjenestetilbudene. Nettverksdeltakerne har også tatt ansvar for å legge til rette slik at forskerne har kunnet få intervjuje både samarbeidsparter, pårørende og brukere. Kommunene har på denne måten vært en viktig bidragsyter i arbeidet med å lage disse rapportene. I tillegg har en rekke brukere og pårørende stilt opp og formidlet erfaringer og synspunkter på tjenestene.

Moss kommune og Sosialmedisinsk poliklinikk i MOSS (SMP) har i lang tid samarbeidet om å yte tjenester til mennesker med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser (ROP-lidelser). Dette resulterte i at man i 2007 opprettet Oppsøkende rusteam i Moss (ORT). Teamet har siden inkludert også Rygge kommune. Dette teamet ble evaluert i 2010 (Hansen & Fugletveit 2010). Delvis på grunn av denne rapporten og delvis på grunn av erfaringer som teamet selv hadde gjort, endret teamet i 2010 sine arbeidsformer og noen av de organisatoriske rammene.

Denne rapporten har derfor fokus på hvordan disse endringene har bidratt til å endre og fornye tjenestetilbudet.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning.

Fredrikstad, januar 2013

Gunnar Vold Hansen

Prosjektleder

## **Innhold**

|                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| FORORD .....                                                                               | 3  |
| Innledning.....                                                                            | 9  |
| Bakgrunn.....                                                                              | 9  |
| Faglig utgangspunkt.....                                                                   | 11 |
| Del 1 – Om Oppsøkende Rusteam – bakgrunn og konklusjoner fra den første evalueringen ..... | 15 |
| Innledning .....                                                                           | 16 |
| Arbeidsmetoden og rekrutteringsgrunnlaget for Oppsøkende rusteam.....                      | 17 |
| Oppsummering og konklusjoner.....                                                          | 21 |
| Oppsøkende .....                                                                           | 24 |
| Del 2 – beskrivelse av oppgaver og arbeidsformer i Oppsøkende Rusteam.....                 | 27 |
| Bakgrunn.....                                                                              | 28 |
| Utvikling av samhandlingskompetanse.....                                                   | 32 |
| Nytt oppsøkende rusteam - organisering .....                                               | 33 |
| Hva er det teamet konkret skal gjøre? .....                                                | 35 |
| Oppsummering .....                                                                         | 37 |
| Det faglige grunnlaget, arbeidsprinsippene i ORT .....                                     | 37 |
| Arbeidsdeling internt i teamet .....                                                       | 38 |
| Samtidighet.....                                                                           | 38 |
| Dokumentasjon.....                                                                         | 39 |
| Forankring i kommunen .....                                                                | 39 |
| Systemkunnskap .....                                                                       | 40 |
| Tidsrammen – 3 måneder .....                                                               | 41 |

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| Samtykke .....                                                            | 42 |
| Ukentlige møter .....                                                     | 42 |
| Henvendelse .....                                                         | 43 |
| Inntak .....                                                              | 43 |
| Målarbeid/bestilling.....                                                 | 44 |
| Avtale.....                                                               | 44 |
| Kartleggingmeny/utredningsarbeidet .....                                  | 45 |
| Individuell Plan .....                                                    | 46 |
| Halvveiseevaluering .....                                                 | 46 |
| Rapporten.....                                                            | 47 |
| Oppsummering .....                                                        | 47 |
| Avsluttende kommentarer.....                                              | 47 |
| Modell:.....                                                              | 48 |
| Metode:.....                                                              | 48 |
| Del 3 – Vurdering og analyse av arbeidsform og organisering av Oppsøkende |    |
| Rusteam (ORT) .....                                                       | 51 |
| Datasamling .....                                                         | 52 |
| Brukergruppen .....                                                       | 55 |
| Individuelt tilpasset tjenestetilbud .....                                | 56 |
| Terskelproblematikken .....                                               | 63 |
| Terskel .....                                                             | 64 |
| Kø .....                                                                  | 65 |
| Skranke .....                                                             | 65 |
| Siloproblematikk .....                                                    | 66 |



|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| Tilgang til brukerne.....     | 68  |
| Skape kontakt .....           | 71  |
| Relasjon .....                | 71  |
| Data og analyse.....          | 72  |
| Tilpasning av hjelpen .....   | 73  |
| Ressursutnyttelse.....        | 74  |
| Samarbeid innad i teamet..... | 87  |
| Utfordringer .....            | 92  |
| Individuelle relasjoner ..... | 94  |
| Oppsummering.....             | 96  |
| Litteratur .....              | 102 |



# **Innledning**

Høgskolen i Østfold har på oppdrag fra NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) ledet et nasjonalt temanettverk for mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester. Arbeidet i nettverket foregikk i tre år frem til utløpet av 2012. Deltakere i nettverket representerte kommuner, spesialisttjenestene og brukererfaringer.

Målsettingen med nettverket var å få frem eksempler på god praksis i forhold til målgruppen. Nettverket skulle være en arena der deltakerne kunne presentere sine erfaringer og få tilbakemeldinger med sikte på å videreutvikle sine tilbud. Nettverket skulle også være utgangspunkt for en skriftlig dokumentasjon av organisering og resultater av de ulike tilbudene.

## ***Bakgrunn***

Dette temanettverket ble opprettet av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. NAPHA's oppgave er å samle, strukturere og formidle kunnskap om psykisk helsearbeid. Målsettingen med et nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid er å styrke fagfeltet og jobbe for bedre samhandling. Dette skal gjøres ved blant annet å løfte frem nyttig kunnskap og gode eksempler som kan bidra til bedre tjenester for brukerne. Viktige måter å jobbe på vil være å samle kommunene i lokale kompetansenettverk, å opprette nasjonale temanettverk og å utvikle en nettbasert kunnskapsbase.

Oppsøkende Rusteam (ORT) har fokus på mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester. Denne målgruppen er nærmere beskrevet i IS-1554. Målgruppen er likevel ikke en homogen gruppe og både utfordringene og individene kjennetegnes ved at de er ulike fra person til person. Følgende

beskrivelser er derfor ikke en uttømmende liste, men representerer eksempler på hvem målgruppen kan omfatte:

- Problemer med egenomsorg, står i fare for å forfalle fysisk og psykisk.
- Har omfattende funksjonsnedsettelse, vanskeligheter med å mestre daglige aktiviteter som innkjøp, matlaging, renhold og økonomi.
- Tendens til isolasjon, nedsatt evne til involvering og relasjonsbygging. Avviser ofte kontakt.
- Manglende samhandling om avtalt behandling.
- Store konsekvenser ved tilbakefall, f.eks. psykosegjennombrudd.
- Utagerende eller truende atferd.
- Hyppige og ikke planlagte innleggelser.
- Forsinket utskrivelse på grunn av mangel på egnet bolig.
- Bostedsløshet eller problem med å opprettholde et botilbud.
- Rusmiddelmisbruk
- Problem med nabolaget
- Somatiske lidelser

Helsedirektoratet deler denne målgruppen inn i 3 grupper:

- Gruppe 1: Brukere som har tjenester hele døgnet – til sammen ca 4000 personer på landsbasis.
- Gruppe 2: Brukere som har omfattende tjenester, gjerne kommunal bolig, men ikke med døgnkontinuerlig tilsyn – til sammen ca 10000 personer på landsbasis
- Gruppe 3: Brukere med antatt underforbruk av tjenester i kommunen – til sammen ca 4000 personer på landsbasis.

Mennesker i denne målgruppen har ofte behov for tjenester både fra spesialisttjenesten og fra kommunen, men det er først og fremst kommunene som har utfordringene med å få plass et daglig og helhetlig tjenestetilbud.

### ***Faglig utgangspunkt***

Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag har i flere år prioritert forskning med fokus på psykisk helsearbeid/ rusproblematikk og organisering av samordnete tjenester til målgruppen.

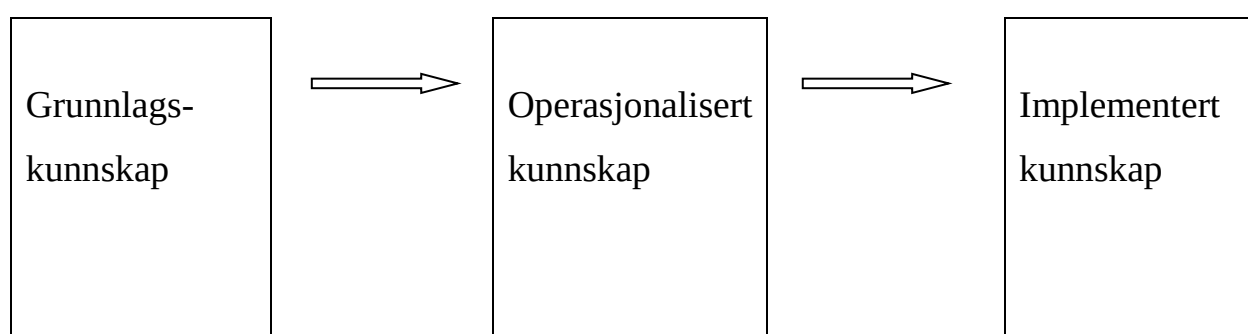
For at kunnskapsutviklingen skal kunne bidra til bedre tiltak og tjenester vil vi derfor kople prinsipper for en individuell tilnærming med kunnskaper om hvordan tiltak og tjenester virker. Ett utgangspunkt vil være at dette kan skje ved at en anvender organisasjonsteoretiske perspektiver om organisering av offentlig og privat tjenesteyting med konkrete vurderinger av individuelle behov, basert på brukererfaringer og tjenesteyternes erfaringer. Vi vil være særlig opptatt av hvilke faktorer som hemmer og fremmer samordning og samarbeid i tjenesteyting – i skjæringspunktet mellom et fragmentert tjenestefelt og den enkelte brukers komplekse behov. Et annet utgangspunkt kan være å fokusere på hvordan tjenestetilbud skal utformes med sikte på å nå den aktuelle målgruppen. De ulike delprosjektene skal deretter anvendes til å systematisere kunnskap på avgrensede empiriske felt, som rehabilitering/bedringsprosesser, boformer, oppsøkende virksomhet/håndtering uønsket atferd osv.

Vi legger opp til at erfaringene til både brukere og tjenesteyterne skal systematiseres, og koples med forskningsbasert kunnskap slik at gode eksempler ikke fremstår som en samling anekdotiske og lokale historier, men som grunnlag for generaliserte anbefalinger om hvordan gode tiltak og tjenester kan

organiseres. En viktig del av arbeidet vil være kunnskapsutvikling om hvordan en kan utvikle gode modeller for samordning og samarbeid mellom ulike instanser i forhold til målgruppen. Dette dreier seg om etablering av helhetlige behandlingsforløp for enkeltbrukere, organisatoriske virkemidler basert på analyser av faktorer som hemmer og fremmer samarbeid og samordning, med en hovedvekt på å etablere eksempler på tiltak som kan bidra til å forstå de mekanismene som skaper forutsetninger for helhetlige tjenester på system-, organisasjons- og individnivå.

Utgangspunktet for denne evalueringen er et ønske om både å dokumentere de tjenestene som ytes og å forklare hva som fremmer og hemmer den gode yrkesutøvelsen. Evalueringen bygger ikke på en ensidig kontroll av om tjenestenes mål er oppnådd, såkalt målevaluering, men ønsker i stedet å fokusere på hva slags positive og negative virkninger tiltaket samlet har, såkalt helsystemevaluering (Vedung 1998). En viktig intensjon med denne evalueringen er at de erfaringer som presenteres skal gi andre tjenesteytere grunnlag for å utforme tilsvarende tjenestetilbud.

En av de store utfordringene i psykisk helsearbeid er å vite hvordan arbeidet konkret skal gjøres (Almvik & al 2011). En forklaring på dette kan være denne modellen som viser tre stadier av kunnskap (Fremann & al 2009):



Grunnlagskunnskap er kunnskap som folk har. ”Alle” som jobber med psykisk helsearbeid vet at det er viktig å skape individuelt tilpassete, helhetlige og samordnete tjenestetilbud. Det å utforme slike tilbud har ikke vært like lett. Kunnskapen har de hatt, men de har hatt begrensede muligheter for å sette kunnskapen ut i livet.

Grunnlagskunnskapen må derfor gjennom en prosess med operasjonalisering. På en eller annen måte må det man vet, omformes til regler og hjelpemidler for hvordan man skal utføre det man vet. I spørsmålet om å få til bedre individuell tilrettelegging, samordning og helhetlige tjenestetilbud er det tatt i bruk en rekke metoder å løse dette på, for eksempel ansvarsgrupper og individuelle planer. Det er likevel tydelig at selv om ”alle” vet hvorfor man skal ha ansvarsgruppemøter og individuelle planer så er det ikke noen garanti for at man faktisk oppnår bedre individuell tilrettelegging, samordning og helhetlige tjenestetilbud (Hansen 2007).

Selv om man da har operasjonalisert kunnskapen er det fortsatt et skritt å gå. Det siste skrittet er implementert. Det vil si at den kunnskapen man har, omsettes til konkrete handlinger som skaper de resultatene man ønsker. Det vil si at tjenesteyterne for eksempel er i stand til å benytte individuelle planer og ansvarsmøter til å skape individuell tilpasning, samordning og helhet.

Utfordringen i denne sammenhengen blir da å dokumentere de ulike tiltakene på en slik måte at de som leser rapportene får et best mulig grunnlag for å implementere den kunnskapen som formidles. Denne utfordringen møter vi i denne sammenhengen blant annet ved å trekke de som yter tjenester aktivt inn i arbeidet med denne rapporten. Dette er et omstridt tema i forbindelse med evalueringer og mange hevder at tjenesteyterne er for tett på tjenestene til å

kunne bidra med innspill i en slik rapport. Vi legger til grunn at det er de som faktisk utfører tjenestenes som best kan beskrive tjenestene og at det dessuten må være et mål at tjenesteyterne i størst mulig grad selv beskriver disse tjenestene. Vi ser likevel at det knyttes store utfordringer til at de ansatte kan ønske å legitimere sine aktiviteter best mulig. Denne utfordringen har vi søkt å løse ved å dele denne rapporten i tre. Den første delen er et sammendrag fra den første evalueringen. Den andre delen er en inngående beskrivelse av hvordan teamet løser sine oppgaver og hvordan man faktisk jobber. Denne delen er skrevet av to av medlemmene i teamet og leder av prosjektgruppen. Den tredje og siste delen er en vurdering av teamets arbeidsform og organisering og er skrevet av den eksterne forskeren.



**Gunnar Vold Hansen**

**Ragnhild Fugletveit**

## **Del 1 – Om Oppsøkende Rusteam – bakgrunn og konklusjoner fra den første evalueringen**

## ***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 hjelpeinnsatser, 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 tungvint 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

19

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.

## ***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

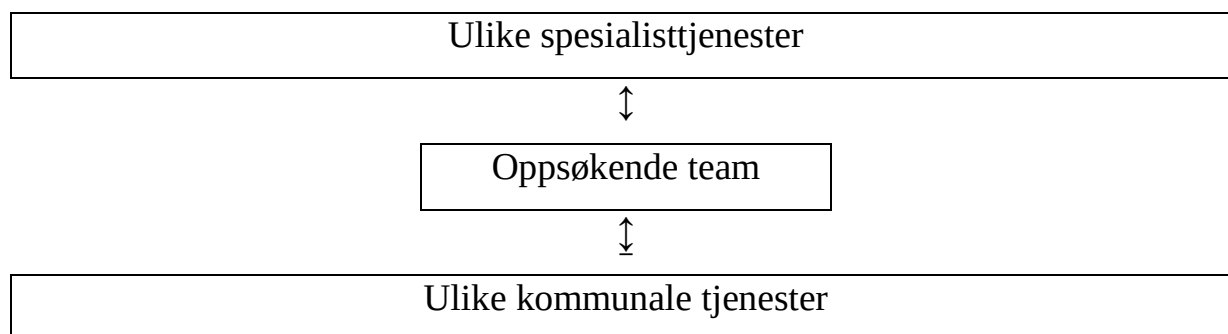


som både for brukere og for andre tjenesteytere har kunnet finne frem til hensiktsmessige tilbud. Likevel mener vi at det er en del klare forbedringsmuligheter i den organiseringen som er valgt.

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 ivaretatt 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 rusteamet 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.

Hilde Rossnes Jensen

Anne Schillinger

Jon Aasmund Sandsberg

## **Del 2 – beskrivelse av oppgaver og arbeidsformer i Oppsøkende Rusteam**

## ***Bakgrunn***

Helsetjenestetilbudet i Norge er inndelt i primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester. Disse er fordelt på to forvaltningsnivåer, der primærhelsetjenesten er kommunalt drevet og spesialisthelsetjenesten drives av de statlige helseforetakene. Hvert av tjenesteområdene er oppdelt i en rekke enheter som igjen skal samarbeide med tilstøtende fagområder som sosialtjenester, trykkesystem, arbeidsmarkedstiltak m.m. for å dekke pasientens helhetlige behov for hjelp. Dette forutsetter at aktørene samhandler både mellom og innenfor forvaltningsnivåene. Jo flere behov pasienten har, desto mer krevende blir slik samhandling fordi flere tjenesteytere er involvert samtidig og gjør ulike oppgaver. Mennesker med rus og psykisk helseproblemer (ROP) er en gruppe pasienter hvis behov krever en betydelig grad av samhandling i det samlede hjelpeapparat.

Behandlingsforskning viser at det er avgjørende at de ulike hjelpeinnsatsene integreres i behandlingen av dobbeltdiagnosepasienter (Evjen og medarbeidere, 2007; Kavanagh, 2007). Begrepet Integrert behandling (Mueser, 2006; Burns, 2004) viser til det å gi behandlingsintervensjoner mot både rus – og psykiske lidelser samtidig av samme person eller team.

Samhandling og integrert behandling er begreper som både overlapper hverandre og utfyller hverandre. Begge omhandler behandling av pasienter som har mange samtidige behov. Grovt sett kan man si at begrepet samhandling viser til forhold som er helt nødvendige å få til for å kunne integrere helsetilbudene.

Å integrere behandlingsinnsatser er for så vidt ikke noe nytt i helsevesenet, men for problemstillingen psykiatri og rus fikk slike behandlingsmodeller først vind i

seilene gjennom prosjekter i New Hampshire mot slutten av 1980 tallet (Evjen og medarbeidere, 2007). Organisatorisk er det grovt sett to måter å gjøre dette på;

1. Enten ved å styrke samhandlingen innenfor den eksisterende organiseringen (Partnerskap, ORT, Individuell plan)
2. Opprette spesialiserte team som gir integrert behandling (f. eks ACT).

Prosjekt oppsøkende rusteam er basert på et partnerskap mellom Moss kommune (v/ Nav Moss), Rygge kommune (v/ Nav Rygge) og Sykehuset Østfold (v/ Sosialmedisinsk poliklinikk, Moss). Partnerskapet er forankret i en avtale signert av kommunenes rådmenn og klinikkdirektør for psykisk helsevern i Sykehuset Østfold. Partnerskapet med samarbeidsavtale uttrykker et ønske om - og en vilje til å ta et felles ansvar for de brukerne innenfor rus/psykisk helse som utfordrer oss mest med tanke på samhandling, og derigjennom står i fare for å få et utilstrekkelig tilbud (se Haugtomt (2003) for en kort diskusjon om partnerskapsmodeller i helsevesenet).

Samhandlingsutvalgets rapport (NOU 2005:3) var en viktig kilde og rettesnor i dette arbeidet. Utvalget etterspør hjelpetiltak i ”rommet mellom” forvaltningsnivåene.

Bakgrunnen for prosjektet var en felles erfaring av at mange pasienter med ROP problematikk ikke fikk den hjelpen de hadde behov for. Grunnen til dette var ofte at de falt ut av de hjelpetiltakene de var i (se også Gråwe og Ruud (2006). Grunner for dette kunne være at:

1. de aktivt motsetter seg dem (behov: oppsøkende virksomhet, motiverende tiltak, brukerorientering)

2. at de ikke har egne ressurser til å bidra inn i eget endringsforløp, men at hjelpetiltaket allikevel har en forventning om dette (behov: kartlegging, forventningsavklaring, kompetanseutvikling på ROP)
3. at hjelpetiltakene kommuniserer dårlig seg imellom, noe som skaper en fare for en forventning om at pasienten får hjelp et annet sted (behov: koordinering, samle informasjon, Individuell Plan)
4. at det ikke blir foretatt gode kartlegginger av situasjon, slik at de hjelpetiltakene som blir igangsatt er dårlig tilpasset (behov: bred kartlegging, IP)
5. at det ikke blir foretatt gode utredninger av problemet, slik at pasienten får hjelpetiltak knyttet til bare deler av problemstillingen (behov: systemkunnskap, utredningsarbeid, kompetanse og myndighet til å fordele ansvar/oppgaver, IP, koordinering).

Helse- og omsorgsektoren er i utstrakt grad organisert i spesialiserte enheter med egne inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette gjelder i begge forvaltningsnivåer. ROP pasienter trenger ofte tiltak fra flere av disse enhetene samtidig. For å kunne gi optimal hjelp, må en ha et helhetlig blikk på hjelpetiltakene. For å få til dette må punktene 1-5 over adresseres systematisk. Dette er vanskelig å få til for en saksbehandler/behandler alene som arbeider i en av disse instansene. Det vil ofte være mangel på systemkunnskap, kunnskap om tilstøtende fagområder, fleksibilitet i arbeidssituasjonen, osv. Dette medfører at ansvaret for det helhetlige ”blikket” må plasseres konkret.

Helse- og omsorgslovgivningen plasserer ansvaret for ”dette blikket” til blant annet Individuell plan og koordinatorrollen. Dette er potensielt gode verktøy, men krever betydelig innsats for de involverte med tanke på kompetanse, kommunikasjon, dokumentasjon. I tillegg vil koordinator ha liten formell myndighet utover egen arbeidssituasjon.



ORTs oppgave er å adressere punktene 1-5 systematisk over en 12 ukers periode. Begge forvaltningsnivåene jobber sammen i ORT. Det er lagt inn en begrenset caseload, som gir teamet fleksibilitet. Det er forventning om oppsøkende virksomhet. Teamet gjør kartleggings- og utredningsarbeid som muliggjør en realistisk og god plan for oppfølgingen. Det utarbeides individuell plan og det opprettes tidlig en koordinator for det videre behandlingsforløpet. Informasjon fra aktuell- og tidligere utredninger samles og det skrives en rapport med tydelige anbefalinger tilpasset pasientens situasjon.

På denne måten forsøker ORT å legge til rette for et planmessig, koordinert og langsiktig oppfølgingsforløp i det ordinære hjelpeapparatet. Som støtte for dette driver også ORT en kursrekke for sine samarbeidspartnere lokalt. Dette beskrives under.

Som nevnt, vil koordinatorrollen inneha liten formell myndighet utover den som vedkommende har i egen arbeidssituasjon. Dette har vært en utfordring – også i vårt prosjekt. Jo mer formell myndighet som legges til ORT, jo mer potensial vil man kunne hente ut av deres arbeid. Dette vil eksempelvis kunne være vedtaksmyndighet på kommunale tjenester, vedtaksmyndighet på sosiale støtteordninger, vurderingskompetanse i forhold til helserettigheter.

Underveis i prosjektet har det blitt tydelig at slik myndighetsoverføring ikke har latt seg gjøre. ORT forholder seg til de ”vanlige spilleregler” med tanke på søknader og henvisninger. Det har derfor vært et poeng å utvikle høy samhandlingskompetanse i teamet. Samhandlingskompetanse defineres her som:

1. God systemkunnskap; hvem gjør hva i den respektive organisasjon, hvordan spesifikke hjelpetiltak utløses, hvilke lovverk/retningslinjer gjelder, osv

2. God fagspesifikk basiskunnskap
3. Personlig kjennskap i samarbeidsnettverket
4. Gode avtaler og rutinebeskrivelser

## **Utvikling av samhandlingskompetanse**

ORT er ikke et spesialtiltak som overtar de vanskeligste sakene, slik ACT er. ORT er en spesialisert samhandlingsfunksjon som skal sikre et planmessig, samlet og integrert tjenestetilbud til de vanskeligste sakene – i det ordinære tjenesteapparat.

Det ligger altså en forventning i prosjektet om at kompetansen i de ordinære tjenestene er tilstrekkelig til å ivareta brukerens behov på lang sikt. Vår modell forutsetter et betydelig fokus på det som allerede finnes av hjelpetiltak. Det er der langsiktigheten i behandlingsforløpet ligger. Det er der samhandlingen skal utøves. Derfor har prosjektet lagt vekt på å bygge samhandlingskompetanse i disse tjenestene. Det er en fordel i det å bygge kompetanse i de ordinære tjenestene fremfor å flytte kompetanse ut av dem.

ORT har gjennom hele prosjektperioden arrangert en kursrekke for utvalgte samarbeidspartnere. Omlag 70 fagpersoner fra instanser i kommune og sykehus møtes fire ganger i året til en hel fagdag. Vi har understreket ønsket om at de samme fagpersonene deltar hver gang. På denne måten sikrer vi at det etableres et visst personlig kjennskap. I tillegg til dette er formålet med kursrekken å utvikle felles basiskompetanse som er kritisk i arbeidet med denne pasientgruppen. En av de fire kursdagene i året handler om systemkompetanse.

Samlet sett definerer vi dette som utvikling av samhandlingskompetanse i det samlede behandlingsnettverket lokalt, noe som er avgjørende viktig for å sikre den langsiktige oppfølgingen etter ORTs innsats.

Temaer i kursrekken har vært blant annet:

- Relevante lover og retningslinjer og anvendelse av disse
- Motiverende intervju
- Kartlegging- og utredningsverktøy
- Temaer knyttet til enkelte rusmidler/psykisk helseproblematikk/somatisk helseproblematikk
- Presentasjon av ulike hjelpetiltak lokalt

### ***Nytt oppsøkende rusteam - organisering***

Gjennom partnerskapet, etablerte vi et team – oppsøkende rusteam (ORT). Teamet består av medarbeidere fra de tre organisasjonene. Medarbeiderne beholder sine respektive ansettelsesforhold, men arbeidsoppgavene knyttes an til ORT. Hver enkelt medarbeider har ansvar for å tilby tiltak fra egen organisasjon (kommunen/sykehuset) i den enkelte sak, holde seg informert om egen organisasjon (endringer, kompetansebehov, tiltaksrepertoar osv), informere om prosjektet i egen organisasjon. Teamet skal gjøre utredningsarbeid, planlegge hjelpetiltak gjennom Individuell plan, og koordinere disse. Teamet er inne i en sak i tre måneder og overfører tilbake til det ordinære hjelpeapparatet med en utredningsrapport med anbefalinger og individuell plan. Gjennom en teamorganisering sikrer vi at tiltakene samles og integreres samt at det er samtidighet og koordinering av tjenesteytingen.

Prosjektet har gjennomgående vært knyttet til utvikling av samhandling. Dette har påvirket de valgene vi har tatt underveis. Ved oppstart av prosjektet, ønsket

vi å ha færrest mulig begrensninger knyttet til henvendelser til teamet. Alle kunne ta kontakt. Det ble lagt stor vekt på at kommune og sykehus som organisasjoner, skulle oppleve tiltaket som nyttig – noe å bygge videre på, noe å ha et aktivt eierforhold til.

Teamet fikk mange henvendelser fra flere aktører som barnevern, politi, legevakt, fastlege mfl. Teamet opplevde raskt at de fikk for mye å gjøre. Samtidig så de at det ble vanskelig å føre sakene tilbake til det ordinære hjelpeapparatet etter 12 uker. Det lå nok en forventning hos henviser om at teamet skulle ”ta over” saken. Prosjektets ønske om at organisasjonenes behov skulle styre teamets arbeid, var ikke godt nok forberedt. Den enkelte saksbehandler/behandler/leges behov for hjelp/avlastning ble styrende. Når i tillegg ORT ikke hadde blitt delegert myndighet til å beslutte videre oppfølging i det ordinære hjelpeapparatet, ble overføringen tilbake en flaskehals. I mangel på delegert myndighet foreslo prosjektet en aktiv ledelsesinvolvering i enkeltsaker slik at overordnet ledelsesnivå i sykehus og kommune utøvet aktiv prioritering/styring for prosjektet. Dette var nok en naiv forventning fra prosjektet og lite realistisk å få til.

Dette medførte at vi måtte begrense prosjektet.

Vi begrenset henvisere til:

NAV kontorene, kommunal rustjeneste, SMP, Akuttpsykiatrisk seksjon

Vi begrenset teamets caseload:

Til enhver tid 9 pasienter/brukere under oppfølging; 3 fra henholdsvis Moss kommune, Rygge kommune og Sykehuset Østfold.

Dette var nok en helt nødvendig korrigering som førte til at vi begrenset ledelsesspenet. De samhandlingsutfordringene ORT skal håndtere, må ikke

være større enn det den reelle ledelsesforankringen kan løse. Det skaper på sikt en slitasje som vil være ødeleggende.

Begrensningene gjorde at prosjektet legger mindre vekt på instanser som skole/barneverntjeneste/DPS m.fl. Ved en bredere reell ledelsesforankring, kan imidlertid disse instansene aktivt inviteres med.

De prosessene vi har hatt knyttet til ledelsesforankring/aktivt eierskap, er på mange måter en naturlig følge av den (begrensede) graden vi har på partnerskapet. En større grad av partnerskap (som f. eks ACT) vil medføre andre typer diskusjoner eierne imellom. Prosessene vi har hatt, har imidlertid ført til utvikling i prosjektet og utvikling av samarbeid/samhandling lokalt.

### **Hva er det teamet konkret skal gjøre?**

Dette spørsmålet har vært sentralt og har på mange måter fulgt den samme prosessen som over. Som nevnt har prosjektet fra starten hatt en vektlegging på kartlegging/diagnostisering av behandlingsbehov og planlegging/koordinering opp mot Individuell plan. Vi har hatt utfordringer knyttet til det å føre tilbake til det ordinære hjelpeapparatet etter 12 uker. Vi har gjennomgående ønsket å la oss styre av hvilke behov den som henvender seg til ORT har ved henvendelsestidspunktet. Vi hadde tenkt mindre gjennom det faktum at behovene vil endre seg i løpet av teamets innsatsperiode, mye som resultat av den kartleggingen som gjøres. For eksempel vil utredning kunne vise at pasientens naturlige forankringspunkt i kommunen ved oppstart (f. eks. rustjenesten) er et annet ved avslutning (f.eks. omsorgstjenesten). Dette krever en betydelig grad av fleksibilitet og ”hands on” fra kommunen, slik at ORT kan spille på den til enhver tid nødvendige instans.

Videre erfarte vi at det var knyttet mange ulike forventninger til teamet og hva de skulle befatte seg med. Behovet for å samle informasjon i sakene, systematisere den og dokumentere den ble viktig. Behovet for å tydeliggjøre ORTs oppgave og derigjennom styre forventningene til dem ble også sentralt.

Dette ble kommunisert til styringsgruppen i flere omganger. Teamet fikk da i oppdrag å komme med forslag til en konkret metodikk.

I denne prosessen ble særlig to forhold viktig:

1. I hvilken utstrekning skal ORT være et team?
2. Hva er teamoppgaver og hva er prosjektoppgaver?

Ad 1. Det ble lagt frem forslag for styringsgruppa om en konkret metodikk.

Behovet for en omforent metode ble begrunnet i det følgende:

- Ledelsesverktøy
- ORT må kunne evalueres. Faglig nytte
- ORT må kunne evalueres. Bruk av ressurser
- Teamdeltakerne må kunne være utbyttbare
- Andre bør kunne prøve ut modellen

Forutsetning for å kunne arbeide etter denne metodebeskrivelsen er at ORT er et team og at medarbeiderens innsats og arbeidstid prioriteres inn i dette teamet.

Dette ble besluttet i styringsgruppen og har vært gjeldende praksis fra

01.01.2011. Metoden styrer nå følgende forhold:

1. Målgruppe
2. Henvisende instanser
3. Inntak og avslutning
4. Kartleggingsverktøy

5. Systematikk i forhold til møter og møtestruktur
6. Funksjonsbeskrivelse for teamleder og teammedarbeider

Ad 2. Organiseringen ble endret:

- a) Styringsgruppen ble mindre.
- b) Prosjektgruppen ble utvidet, både i antall, mandat og møtehyppighet.
- c) Teamets fokus ble besluttet å være hovedsakelig klientorientert.

Gjennom dette har prosjektet blitt tydeligere i formen. Teamet har en metodikk i forhold til den enkelte sak og har fått en tydeligere struktur å jobbe i. Gjennom prosjektgruppen har vi en tydeligere involvering fra de tre organisasjonene, teamets arbeid blir løpende monitorert og teamet blir støttet i forhold til konkrete problemstillinger som oppstår.

## **Oppsummering**

Som nevnt er ORT et tiltak som tre organisasjoner eier sammen i et partnerskap. Tiltaket er plassert mellom forvaltningsnivåene. Ansettelsesforhold beholdes. Teammedlemmene har ansvar for tiltak innenfor egen organisasjon. Herigjennom søkes å sikre et samlet tjenestetilbud til pasienter med flere behov samtidig. Tjenestene gis integrert i teamet og søkes integrert langsiktig gjennom Individuell plan og ansvarsgrupper i det ordinære tjenesteapparat.

## ***Det faglige grunnlaget, arbeidsprinsippene i ORT***

Når ORT velger å gå inn er det ingen selvfølge at pasienten forstår at vi kan gjøre en forskjell, og i så fall hva vi kan by på. Hva er det som er annerledes, ut over alt det som allerede blir gjort?

Det unike med metoden er at man gjør et grundig og tidsavgrenset ”dypdykk” i en sak. Underveis i prosessen anbefaler man og iverksetter tiltak i samarbeid med alle involverte. Ved avslutning leverer ORT normalt en grundig dokumentert vurdering og anbefaling mht videre behandling og oppfølging. Slik får de som skal bistå pasienten et bedre grunnlag for å tilpasse tilbudet og vedkommende får forhåpentligvis en bedring i sin situasjon.

## **Arbeidsdeling internt i teamet**

Ved oppstart av ny sak går teamet som regel alltid inn med to personer, en ansatt fra sykehusnivå v/SMP og en fra kommunen. Teamet avtaler arbeidsdeling i samarbeidsavtale og fortløpende. Det faller vanligvis naturlig at dokumentasjon, erklæringer og rapporter innhentes til - og kommer fra sykehusnivå. Dette blir derfor en betydelig del av jobben til SMP-ansatt i ORT. Mer praktiske oppgaver som følge til lege, institusjon, søknad om kommunale tjenester, kontakt med Nav m.m. ivaretas av kommunal ansatt. Kartlegging og utredning avtales etter kompetanse og behov. Kontakten med pasienten kan man ta felles med begge parter eller bare med den ene, avhengig av behov/vurderinger.

## **Samtidighet**

Teamet går inn samtidig og tverrfaglig og utreder og kartlegger bredt. Hele veien med utgangspunkt i pasientens målsetning og samtykke.

Samtidig med kartlegging og utredning, får pasienten hjelp med å løse her-og-nå-problemer. Slik jobbes det parallelt og ut fra pasientens helhetlige behov med fokus på kortsiktig og langsiktig perspektiv.



## **Dokumentasjon**

Teammedlemmene er ansatt i tre ulike organisasjoner, Moss kommune, Rygge kommune og Sykehuset Østfold. Her representeres to ulike forvaltningsnivåer kommune og stat. De forvaltningsmessige krav og rammer for egen virksomhet ivaretas av den enkelte der man er ansatt. Det stilles store krav til den enkeltes faglige og juridiske kompetanse med hensyn til taushetsplikt og dokumentasjonsarbeid når man inngår i et team med felles ansvar for en avklart pasientgruppe.

I ORT-metoden er det besluttet at alle aktuelle pasienter skal henvises og gis pasientrettigheter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (SMP). Mye av dokumentasjonen fra arbeidsprosessen samles i sykehusets dokumentasjonssystem. Dette har vært en pragmatisk og nødvendig løsning fordi alle tre parter i ORT har sine respektive dokumentasjons- og fagsystemer. Disse kommuniserer ikke med hverandre.

IKT er en utfordring når det kommer til samhandling. Prosjekt ORT tok kontakt med Norsk Helsenet for hjelp til å møte disse utfordringene gjennom utvikling av en felles arbeidsflate. Dette er imidlertid en utfordring også på nasjonalt nivå, og denne oppgaven måtte vi legge bort.

Dokumentasjonshåndteringen og kommunikasjon knyttet til dette har derfor til stor grad vært håndtert manuelt.

## **Forankring i kommunen**

Tidlig forankring blir et mål, for å sikre at stafettpinnen kan leveres videre i god tid før avslutning. Slik sikrer man kontinuitet i oppfølgingen. Det er generelt en

fordel om pasienten allerede har en koordinator i kommunen parallelt med ORT-innsatsen, men erfaringsmessig er dette heller unntaket enn regelen.

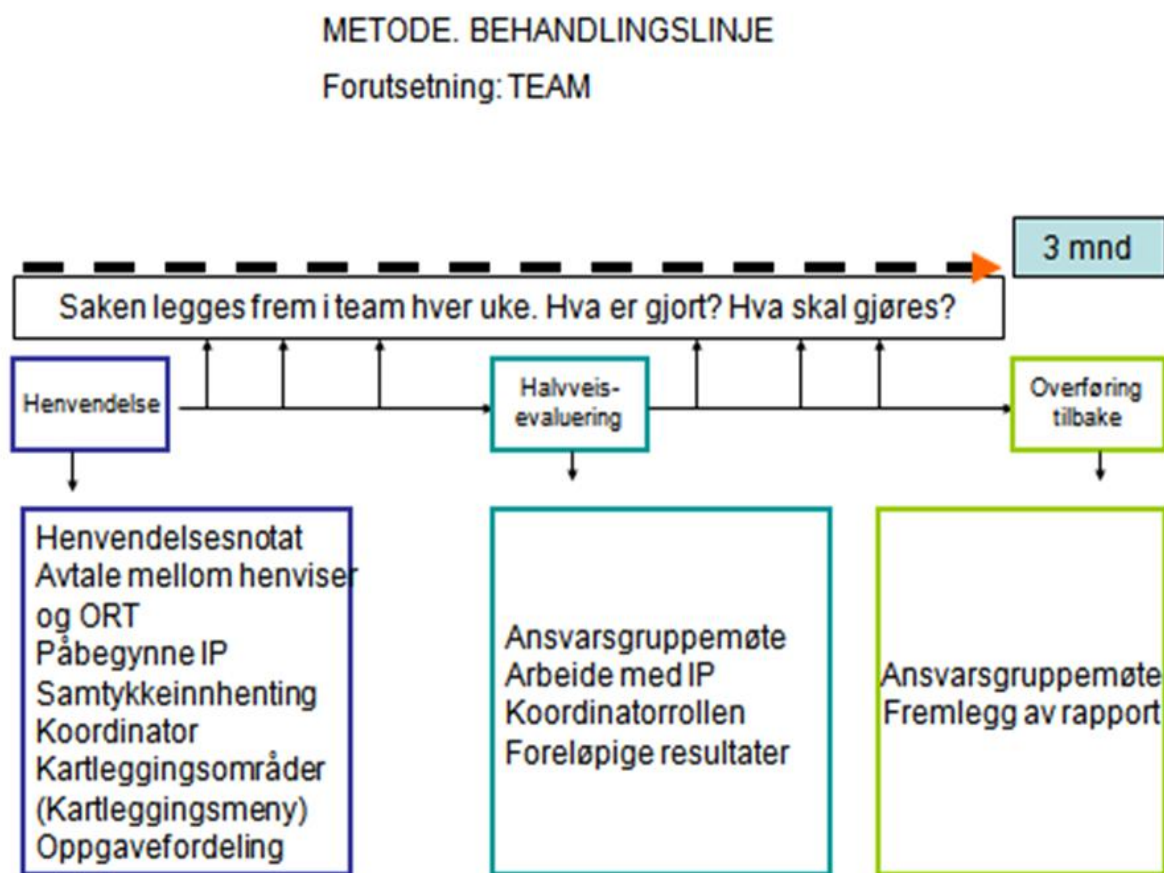
Kommunen kan ofte ønske omfattende dokumentasjon og beskrivelser av behov og funksjonsnivå for å kunne vurdere en søknad om tjenester. Vanligvis tar det en viss tid før ORT har tilstrekkelig oversikt i en sak. Ikke sjelden står man overfor tilstander og funksjonsnivå hvor det oppstår behov for tjenester fra flere kommunale virksomheter. Det kan være ved mistanke om kognitiv svikt, lett psykisk utviklingshemming, utviklingsforstyrrelser og alvorlig psykisk lidelse. Her kan det bli en utfordring å sikre at søknaden er godt nok dokumentert. Man ser at kommunen i enkelte saker kan bruke tid på å tildele tjenester langt ut over de tre månedene ORT skal være inne. Derved risikerer man å måtte avslutte uten å ha noen å levere stafettpinnen til. Teamet har da valgt å utvide tre-måneders-perioden for å sikre at det man har igangsatt blir gjennomført.

## **Systemkunnskap**

ORT-medarbeiderens oppgave er også å orientere seg inn i hverandres lovmessige, organisatoriske og strukturelle rammevilkår. Dette er en styrke. Hver enkelt representerer sitt eget forvaltningsnivå og organisasjon, men samtidig skal man representere ORT som team. Et team som skal ha en egen identitet med ansvar for felles klienter/pasienter. Ved henvendelse til en i teamet henvender man seg til ORT i sin helhet. Mandat er begrenset til egen stilling i egen organisasjon, men man plikter å sørge for å opptre på vegne av hverandre så langt det formelle tillater dette. Systemkunnskap utvikles gjennom felles og god praksis i den enkelte sak og den utvikles gjennom rutinemessige samarbeidsmøter med de ulike instansene.

ORT tilegner seg systemkunnskap som gir mulighet for råd og veiledning utover eget kompetanseområde, og kan bistå ved å være guide i et uoversiktlig og komplisert behandlingsapparat.

Arbeidsformen bygger på følgende modell:



## Tidsrammen – 3 måneder

Metoden bygger på at teamet skal jobbe med kartlegging og utredning over en tre måneders periode. Tremåneders perspektivet er viktig med hensyn til å informere pasienten om at det er en kortvarig intervensjon, noe som naturlig påvirker tilknytning og relasjonsmessige forhold mellom pasienten og kontaktpersonene i teamet. Tidsrammen er også betydningsfull ved at man gir

sine samarbeidsparter en klar forventning om at pasienten skal tilbakeføres etter kort tid. I komplekse og sammensatte saker kan tidsrammen utvides ytterligere.

## **Samtykke**

Skriftlig samtykke innhentes så tidlig som mulig fra pasienten. ORT har utarbeidet et eget samtykkeskjema. Det er viktig å informere pasienten om at et inntak i ORT innebærer at pasientens opplysninger utveksles mellom teammedlemmene i faste ukentlige møter. Pasienten samtykker samtidig til at kontaktpersonene i ORT samarbeider med aktuelle hjelpetiltak. Utrednings -og kartleggingsarbeidet bygger også på omfattende innhenting av tidligere dokumentasjon fra andre utredningsinstanser som PP tjeneste, BUPP, fastlege og andre. Dette avklares med pasienten og innhentes i henhold til vanlig praksis.

## **Ukentlige møter**

ORT har ukentlig saksgjennomgang der man gjennomgår de løpende sakene og vurderer nye henvendelser til teamet. Alle saker gjennomgås og det gis tilbakemelding fra hvert enkelt teammedlem på oppgaver som er utført den siste uken. Faglige problemstillinger drøftes, og det legges en videre plan for oppfølgingen. Drøftingen tydeliggjøres og konkluderes i referat. Nye saker gjennomgås og videre oppfølging avklares mellom teammedlemmene. Dersom pasienten har en etablert kontakt i kommunen/SMP inviterer ORT kontaktpersonen til disse ukentlige møtene.

ORT har også mulighet for å trekke inn poliklinikkens lege og psykologer for å belyse og vurdere sakene best mulig. I de ukentlige møtene lages en skisse for avtale mellom ORT og henvender i saken, der man avklarer forventningene til hverandre og hva pasienten selv ønsker å få hjelp til. ORT har en egen sjekkliste

som har til hensikt å ivareta formelle krav som teammedarbeiderne har i egen virksomhet. Videre har sjekklisten til hensikt å sikre at metoden følges.

## **Henvendelse**

ORT mottar muntlige henvendelser fra definerte samarbeidsparter i prosjektet. ORT kan motta henvendelser fra veiledere i Nav, ruskonsulenter, psykisk helsearbeidere i kommunene, behandlere ved SMP, og fra akuttpsykiatriske seksjoner ved Sykehuset Østfold. En muntlig henvendelse kan rettes til alle i teamet. Ved samtykke fra pasienten kan saken forelegges i sin helhet til teamet. Saker kan også drøftes anonymt. Terskelen for henvendelser er lav. Henvendelser fra akuttpsykiatrisk seksjon skjer som regel ved telefonkontakt og det inngås avtale med ORT om et besøk mens pasienten fortsatt er innlagt.

## **Inntak**

Vurdering av nye saker drøftes i teamet, og ansvar for videre oppfølging avklares mellom teammedlemmene. Pasienten følges opp av to kontaktpersoner i ORT, en kommunalt ansatt og en fra SMP. Ved inntak av saker skal det foreligge et skriftlig samtykke fra pasient/klient og formell henvisning til SMP. I kraft av dette sikres pasienten en tverrfaglig vurdering på lik linje med andre henvisninger til SMP. Pasientsakene følger ordinær rutinemessig oppfølging av rettighetsvurdering, suicidrisikovurdering, barnefaglig vurdering og plan for utredning og behandling innen TSB.

ORT har en caseload på 9 saker. Sakene fordeles slik at man til en hver tid kan ha tre saker fra hver virksomhet. I perioder vil antall aktive saker kunne være flere enn 9 da noen er i en avsluttende fase, og andre i en oppstartsfase.

Oppfølging fra ORT gis både i direkte kontakt med pasienten, men også gjennom indirekte pasientarbeid rettet mot annet hjelpepersonell i et systemperspektiv. Pasientens sårbarhet for nye og kortvarige relasjoner blir her vurdert sammen med de som kjenner vedkommende best.

## **Målarbeid/bestilling**

ORT forsøker å kartlegge pasientens ønsker og motivasjon for hjelp. Ved å tenke praktisk og konkret på kortsiktige og langsiktige mål for pasienten, arbeider man for å komme i posisjon. Hvilke forhold er det ORT kan hjelpe til med i den vanskelige situasjonen pasienten befinner seg i? Hva kan hjelpen bidra med på sikt? Sammen med pasienten lages det et problemkart (IP) – og det utformes konkrete avtaler om hva og hvem som skal ta ansvar for løse disse. Det er ofte den konkrete og synlige hjelpen som innledningsvis utgjør en viktig motivasjonsfaktor.

Eksempler på dette kan være tannhelse, økonomi, bolig, helsesjekk, osv. Kontakten med pasienten er fleksibel, både med tanke på arena og bruk av telefon, SMS, mail osv.

## **Avtale**

ORT lager en avtale med den som henvender seg til teamet. Avtalen har til hensikt å formalisere et samarbeid mellom henvender og ORT. Ut fra en kartleggingsmeny lager man en ramme for det som ønskes gjennomført, med utgangspunkt i pasientens ønske og samtykke.

Innholdet i en avtale kan f.eks. være utredning og diagnostikk, kartlegging av hjelpebehov, hjelp til uføresøknad (spesialisterklæring), bistand i å søke

behandling i TSB (viderehenvisning), søke kommunale helse- og sosialtjenester, etablere ansvarsgruppe, eller søke hjelpeverge. I avtalen avklares ansvarsdeling mellom ORT og henvender i saken. Avtalen inneholder tidsperspektivet på tre måneder, dato for halvveisevaluering og avslutningsdato. Det avklares at teamets samlede arbeid gjennom perioden oppsummeres i en egen rapport og gjennomgås i overføringsmøte sammen med henvender og pasienten.

Det er ikke alltid mulig å få til en grundig avklaring i forkant. Det kan for eksempel være en akutt innleggelse på psykiatrisk eller somatisk sykehus hvor ORT blir kontaktet før utskriving. Dette fordrer den samme tilnærmingen, i tillegg må man drive aktiv kartlegging av hvilket tilbud pasienten allerede har, om det er tilstrekkelig og hva ORT i så fall kan bidra med.

## **Kartleggingmeny/utredningsarbeidet**

Sammen med pasienten avklarer vi behov og målsetning for kontakten. Vi legger en plan for kartlegging og utredning. Ofte står vi overfor et uklart bilde, med sammensatte behov og lang historikk, og det kan være krevende å få oversikt.

Innledningsvis kan saken være preget av behov for brannsløkking og man må prioritere her og nå-situasjonen. For eksempel har mange av våre pasienter store vansker med å skrive søknader, forstå innhold i vedtak etc. Det å løse opp i slike ”floker” kan være helt nødvendig for å komme videre.

Med mindre det allerede er gjort (og avhengig av problemstilling/behov) vil ORT prioritere å sette opp en grundig anamnese. Her beskrives livshistorie, rushistorie, jobb/skole, tidligere behandlingserfaringer/innleggelser, kriminalitet,

fysisk og psykisk helse, familieforhold osv. ORT innhenter og gjennomgår opplysninger fra tidligere oppfølginger.

Utredning og diagnostikk kan i noen saker være mangelfull og dermed mangler pasienten i mange tilfeller inngangsbilletten til rettigheter og hjelp. På bakgrunn av utredningsarbeidet vil ORT kunne sikre pasienten videre utredning.

All tilgjengelig informasjon blir samlet og systematisert i et dokument som igjen kan benyttes som bakgrunn for aktuelle henvisninger, søknader og senere ORT-rapport.

## **Individuell Plan**

ORT har utarbeidet en forenklet IP-mal med kulepunkter. Vi har gode erfaringer med dette verktøyet spesielt i startfasen av kontakten.

Her identifiseres hvilke områder pasienten tenker er sentrale. I løpet av prosessen identifiseres mål og tiltak. Om pasienten ikke ønsker en IP må man uansett ha en skriftlig plan (avtale) om arbeidet som utføres.

## **Halvveisevaluering**

I sakene er det som regel tett kontakt mellom ORT og henvender. Samtidig er halvveisevalueringen en viktig milepel for å melde tilbake hvordan arbeidet i teamet har forløpt. Her er det muligheter for å foreta endringer og evaluere de ulike områdene som ble avtalt. Henvender har forventninger til hva rapporten fra ORT skal inneholde og da er halvveisevalueringen viktig med hensyn til å sikre at ORT - rapporten blir til hjelp og nytte for pasienten og henvender i saken.



## **Rapporten**

Det skrives ORT-rapport etter en gitt mal. Oppdraget beskrevet i avtalen evalueres/konkluderes. Denne rapporten gir vanligvis en utfyllende historikk/anamnese og en beskrivelse av hva ORT har iverksatt av tiltak og en vurdering av saken med anbefalinger for videre oppfølging/behandling.

## **Oppsummering**

ORT metoden er basert på et forsterket kartleggings- og utredningsløp over tre måneder. Oppfølging fra ORT innebærer en avgrenset og avklart bistand som bygger på pasientens samtykke og avtale med den som henvender seg med saken. Pasientens behov og ønsker skal synliggjøres gjennom en IP og overføres til en koordinator med ansvar for den videre oppfølgingen i kommunen. Da oppfølging i ORT er avgrenset i tid er det viktig at man fra starten av planlegger avslutning av kontakten med pasienten.

Halvveiseevaluering og overføring av saken må tydelig kommuniseres og formaliseres i avtalen med henvender. Ansvarsgruppen holdes løpende orientert om fremdrift og planlagt avslutning.

## ***Avsluttende kommentarer***

I etterkant av denne evalueringen har prosjektet utviklet seg videre. For å kunne avslutte prosjektet og overføre ORTs arbeid til ordinær drift, har det vært nødvendig å gjøre visse justeringer og forenklinger. I tillegg er samhandlingsreformen satt i verk og nasjonale ROP retningslinjer etablert. Det er naturlig å tilpasse seg disse rammeverkene for samhandling.

Følgende endringer (og bevaringer) foreslås overfor prosjektets styringsgruppe pr april 2013:

1. Oppsøkende rusteam opphører som prosjekt og går over i ordinær drift.
2. Samarbeidsavtalen som eksisterer opphører. Istedet lager man en ny avtale. Denne blir en underdel av den lovpålagte samarbeidsavtalen mellom kommune og helseforetak (samhandlingsreformen/HOL) og dens juridiske status (forpliktelse, oppsigelsefrist osv) reguleres der.
3. Teamstrukturen i ORT oppløses, slik at det vi lager en avtale om, er en samarbeidsform beskrevet som et behandlingsforløp/behandlingslinje.

### **Modell:**

4. Styringsgruppen og prosjektgruppen opphører og erstattes av en koordinerende gruppe bestående av teammedarbeiderne og deres nærmeste leder, samt representant fra NAV Moss. Gruppen møtes 4 ganger i året og ivaretar drøfting av spørsmål knyttet til den daglige driften samt planlegging og drift av kursrekka. Dagens styringsgruppe erstattes om nødvendig til et årlig møte for evt. beslutning om endringer eller oppsigelse av avtalen, avhengig av tidligere nevnte juridiske status.
5. Rutinebeskrivelser og samarbeidsmøter med nettverk slankes til et minimum.

### **Metode:**

6. Målgruppe er personer med ROP lidelse (psykisk lidelse, ruslidelse samtidig og lavt funksjonsnivå) avgrenset opp mot psykoselidelser (ACT).
7. ORT jobber med kartlegging/utredning og planlegging/koordineringsarbeid, med sikte på langsiktig oppfølging i ordinære tjenester
8. Tre måneders løp

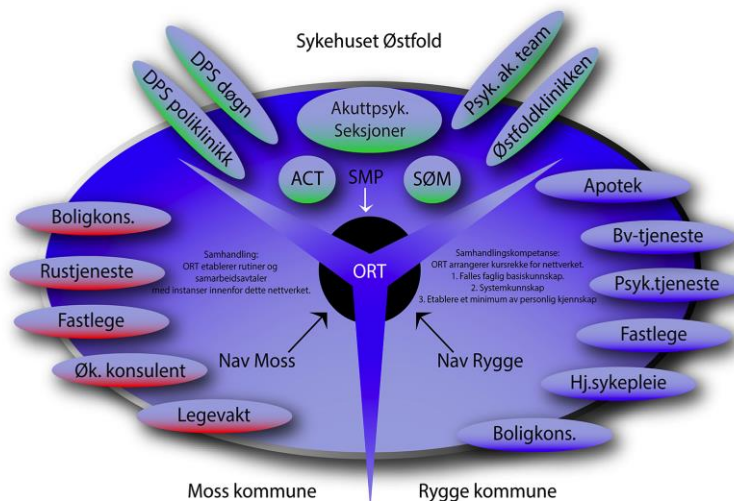
9. Caseload på 9 (3+3+3)
10. Henvendelser til ORT avklares i organisasjonen der behovet oppstår. Eksempelvis ved behov for ORT oppfølging hos pasient i SMP, ordner behandler ved SMP med henvendelsesnotat og nødvendige samtykker til ORT.
11. Samarbeidsformen består av ukentlige møter med fast avtalt struktur (oppgavefordeling, evaluering og drøfting)
12. Sluttproduktet er IP og skriftlig rapport. Konklusjoner, behovsbeskrivelser og forslag til tiltak samles i IP. Kartleggingsresultater og dokumentasjon fra disse ligger i systemet som utførte kartleggingen.
13. Ansvars- og oppgavefordeling i forhold til kartleggingsverktøy som ligger i ORT kartleggingsmeny (Rutinebeskrivelse) beskrives konkret, slik at det er avtale om hvem som utfører de ulike kartleggingsverktøyene
14. Teamkoordinatorrollen faller bort. Hver medarbeider i ORT svarer for sine forpliktelser og oppgaver i metoden.
15. Det opprettes en møteleder
16. ORT knytter seg til allerede lovpålagt ordning med koordinerende enhet i kommunene og melder behov for IP og koordinator der. Oppnevnt koordinator stiller i halvveisevaluering- og evalueringsmøte
17. Det tas sikte på å utvide samarbeidsformen ved å inkludere DPS på sykehusnivå og psykiatritjenester på kommunalt nivå



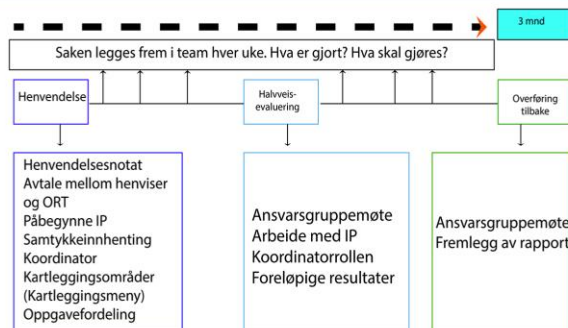
#### Vårt utgangspunkt:

Ønske om å samle og integrere tjenestetilbudet med fokus på samtidighet, allsidighet, fleksibilitet og langsiktighet.

Vi «samlar» alle aktørene og etablerer nedenstående skjematisk modell



Vi arbeidet oss fram til ORT-metoden som kort kan beskrives som vist nedenfor



#### Underveis erfarer vi at:

1. Teamets posisjon er avhengig av situasjonen i de respektive organisasjoner
2. Overføringen av myndighet er vanskelig å få gjennom og krevende å følge opp
3. De kulturelle ulikhetene i forvaltningsnivåene er betydelige
4. Ledelse på tvers av nivåene er kronglete

#### Samtidig ser vi at:

1. Vi samlet sett har gjennomført en betydelig kompetanseøkning i de samlede hjelpetjenestene for våre brukere
2. Vi har utviklet en annen og bedre måte å samarbeide på
3. Kvaliteten på oppfølgingen er hevet
4. Mange brukere har fått god hjelp, at samarbeidspartnere gir oss gode skussmål og at evalueringen er god

#### Status Quo:

Vi er "hentet inn" av samhandlingsreformen og ROP retningslinjene. Dette gir oss ytterligere gode grunner til å implementere samhandlingsmodellen med visse justeringer:

ORTs arbeid finner sitt mandat i en samhandlingsavtale i tråd med samhandlingsreformen

Dette er en avtale om å samarbeide etter den metoden vi har utviklet

ORT er mer å anse som en samarbeidsform enn som et konkret team

Gunnar Vold Hansen

## **Del 3 – Vurdering og analyse av arbeidsform og organisering av Oppsøkende Rusteam (ORT)**

## ***Datasamling***

Utgangspunktet for denne evalueringen er et ønske om både å dokumentere de tjenestene som ytes og å forklare hva som fremmer og hemmer den gode yrkesutøvelsen. Evalueringen bygger ikke på en ensidig kontroll av om tjenestenes mål er oppnådd, såkalt målevaluering, men ønsker i stedet å fokusere på hva slags positive og negative virkninger tiltaket samlet har, såkalt helsystemevaluering (Vedung 1998). En viktig intensjon med denne evalueringen er at de erfaringer som presenteres skal gi andre tjenesteytere grunnlag for å utforme tilsvarende tjenestetilbud.

En del av de organisasjonsmodellene som tas i bruk for å organisere tjenester blant annet overfor mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser (ROP-lidelser) evalueres i forhold til hvilke virkninger de har på pasientrelaterte parametere som liggetid i institusjon, reduksjon i antall innleggelser etc. Det er klart dokumentert at andre faktorer enn organisasjonsmodeller er med på å avgjøre hvordan det tjenestetilbudet som ytes virker inn på pasientene. Blant annet er det nå blitt stadig større fokus på at uansett hvilke organisasjonsformer eller hvilke behandlingsmetoder som benyttes så er den sentrale suksessfaktoren knyttet til den terapeutiske relasjonen mellom pasient og behandler (Hovrath 2007, Topor & al 2011). Det er derfor svært vanskelig å si hvorvidt det er organiseringen av tjenestene som gir suksess i forhold til de pasientrelaterte parameterne som benyttes eller om det er andre faktorer. Vi har for eksempel sett hvordan ACT-team allerede i 1998 ble vurdert til å være en suksess på bakgrunn av den virkningen disse hadde på slike parametere (Marshall & Lockwood 1998), mens andre sammenlignende tilnærminger ikke ble vurdert å fungere. Det man med slike data likevel ikke kunne gi svar på, var **hvorfor** ACT ga bedre resultater (i forhold til de utvalgte parameterne) enn andre tjenestetilbud. Heldigvis har forskere etter hvert fokusert mer på hva som er

suksessfaktoren med ACT-team enn på rendyrkede pasientparametere (Burns & al, 2006 var en av de første artiklene som så nærmere på hvorfor ACT-team virker).

Et annet problem med en del slike evalueringer er hva man definerer som suksesskriterier. Svært ofte knyttes suksess til redusert behov for tjenester. Ut fra tankegangen om at målsettingen for de fleste av oss er å være mest mulig uavhengig og selvhjulpne så er dette en naturlig tilnærming. I denne sammenhengen er, som vi skal komme mer tilbake til, brukergruppen for en stor del kjennetegnet ved at den har et underforbruk av tjenester. Suksess for denne gruppen er derfor verken økt eller redusert tjenestetilbud, men at den får best mulig tilpassete tjenester. Det innebærer blant annet at tjenestene må være individuelt tilpasset.

Den arbeidsformen som ORT har lagt opp til handler ikke først og fremst om å yte tjenester til pasientene, men om å legge forholdene til rette for at andre tjenester kan yte et mest mulig individuelt tilpasset tjenestetilbud. Denne evalueringen kunne selvfølgelig ha fokusert på hvorvidt de tjenestetilbudene som pasientene får er individuelt tilpasset og i tråd med brukernes behov. Det gjør den ikke, og det er to grunner til det. Den ene grunnen er at det er en rekke andre faktorer enn innsatsen fra ORT som avgjør om hvorvidt brukerne oppfatter det tjenestetilbudet de får som individuelt tilpasset og i tråd med deres behov. Den andre begrunnelsen handler om egenskaper ved brukergruppen. Dette er som vi skal komme tilbake til, mennesker som av ulike grunner har vansker med å kommunisere med andre. Det ble derfor vurdert slik at for eksempel intervjuer av brukerne, ville medføre en unødig belastning for disse brukerne.

Fokus i denne evalueringen er derfor om den arbeidsformen ORT benytter og de oppgavene som teamet løser, gjør at de som skal yte tjenester får et bedre grunnlag for å yte individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det sentrale forskningsspørsmålet i denne evalueringen er derfor: *Bidrar ORT til at ansatte i de aktuelle tjenestene får et bedre grunnlag for å yte tjenester spesielt tilpasset den enkelte brukers behov?*

Datasamlingen har derfor konsentrert seg om hva andre tjenesteytere som har hatt kontakt med ORT mener om det tilbudet ORT har bidratt med.

Vurderingene som gjøres i denne rapporten bygger likevel på flere ulike datasett. Først og fremst er beskrivelsen av hvordan arbeidet foregår et viktig utgangspunkt. I tillegg til den beskrivelsen som foreligger er det samlet inn en del data spesifikt for denne rapporten. Disse dataene er følgende:

- Individuelle intervjuer med de tre medlemmene i teamet.
- Intervju med samarbeidsparter – i alt 6 intervjuer
- Observasjon av ett internt samarbeidsmøte i teamet
- Observasjon av ett samarbeidsmøte med kommunen

Intervjuene var åpne og semistrukturerte. Utgangspunktet for intervjuene med andre tjenesteytere var spørsmålet: *Hvilke erfaringer har du med samarbeid med ORT og hvordan har dette samarbeidet fungert?* Oppfølgingsspørsmålene bygget i stor grad på hva informantene svarte på det første spørsmålet, men det sentrale med disse oppfølgingsspørsmålene var å få frem om, og i så fall, hvordan den innsatsen ORT hadde gjort hadde påvirket informantens muligheter til å gi et bedre individuelt tilrettelagt tjenestetilbud. Alle intervjuene er tatt opp med digital opptaker. Det har gitt grunnlag for å analysere intervjuene fra en lydfil som man kan arbeide seg gjennom på ulike måter. Ved en første gjennomlytting ble de ulike temaene det snakkes om registrert i et tidsskjema. Neste steg var å lytte til hva som ble sagt i hvert enkelt intervju om de ulike



temaene slik at jeg fikk en oversikt over felles og divergerende synspunkter på hvert enkelt tema. Tilslutt ble en del uttalelser som representerte interessante synspunkter skrevet ut. Ved å analysere direkte fra lydfiler, får man en unik mulighet til å registrere andre elementer ved både intervjusituasjonen og ved selve uttalelsene enn det man kan ved å ta utgangspunkt i et dokument der man bare har de ordene skrevet ned å ta utgangspunkt i.

## ***Brukergruppen***

ORT hadde opprinnelig klart definert en brukergruppe. I praksis viste det seg at brukergruppen ble noe annerledes i løpet av den første perioden enn det som var planlagt. Etter hvert synes det som om ORT har fokusert mer på sin metode og først og fremst rekrutterer deltakere som forventes å ha utbytte av den metoden ORT benytter. Slik sett skiller ORT seg fra en del av de andre særskilt organiserte teamene som gjerne tar utgangspunkt i en bestemt diagnose, for eksempel ACT-team. ORT synes derfor å være mer opptatt av hvem brukerne er og hva slags faglig tilnærming de trenger. Det synes derfor å være særlig to kjennetegn på brukerne som medfører at de blir tatt inn i ORT.

Først og fremst er brukergruppen kjennetegnet av at de har en mengde negative erfaringer med hjelpere og hjelp som de har fått før. Noen av dem har allerede i tidlig barneår hatt negative opplevelser med velmenende hjelpere både i skole og barnevern. Andre har møtt slike opplevelser siden i livet. Mange av dem har også opplevd at andre viktige omsorgspersoner (for eksempel familie, samboere, etc) på ulike måter har sviktet. Dette innebærer at mange av dem plages med angst og vansker med å bygge opp relasjoner og tillit til hjelpere. Målgruppen har derfor store problemer med å kommunisere med hjelpeapparatet. Det betyr at den både har problemer med å formidle sine behov og å ta i mot tilbud om hjelp.

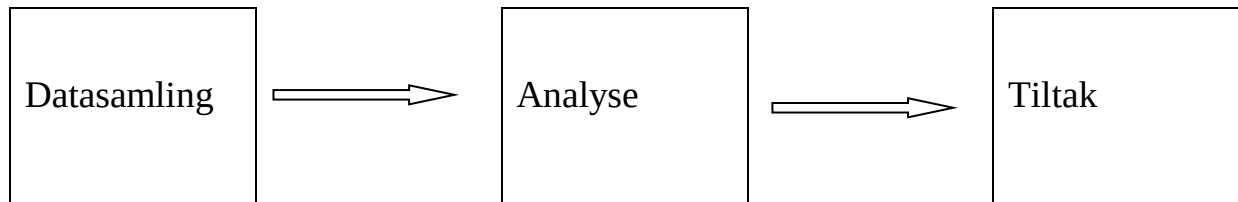
Det andre kjennetegnet på målgruppen er at man ikke har klart å finne frem til brukbare tjenestetilbud tidligere og at det derfor er et behov for en mer omfattende datasamling enn det som man har gjennomført tidligere. En del av brukerne har vært kjent for tjenesteyterne i lang tid og etter hvert som man har sett at de tilbudene som har vært gitt, ikke har hatt ønsket effekt har man satt inn nye tiltak som heller ikke har hatt ønsket effekt. Tjenestene ser derfor et stort behov for å få frem alternative forslag til hvordan man kan hjelpe.

I tillegg er det selvfølgelig et viktig kjennetegn at omverden oppfatter brukerne som syke, mennesker med en eller annen form for ROP-lidelse. Flere av brukerne mangler noen form for diagnose, rett og slett fordi ingen noen gang har kommet i posisjon til å sette noen diagnose på dem. Enkelt sagt kan vi derfor konkludere med at brukergruppen først og fremst kjennetegnes ved at omverden identifiserer et stort behov for tjenester, men mangler tilstrekkelig innsikt i hva som er utfordringene og hvordan disse kan møtes.

### ***Individuelt tilpasset tjenestetilbud***

Det sentrale i ORT's arbeidsform er å få frem et tjenestetilbud som er mest mulig tilpasset den enkelte brukes individuelle behov. De benytter derfor en arbeidsform som legger stor vekt på å være i tråd med faglig forsvarlige prinsipper. Slike faglig forsvarlige prinsipper knyttes vanligvis til utformingen av profesjonelt arbeid.

Abbott (1988) deler profesjonelt arbeid inn i tre faser. Første fasen er datasamling, dernest analyse og tilslutt tiltak:



Datasamlingen er basis for de andre fasene. I teorien så skal den profesjonelle samle inn alle relevante data om brukerens bakgrunn slik at man kan analysere seg frem til hva som er de mest hensiktsmessige tiltakene. I praksis er det ikke like lett som i teorien. For det første så er psykisk helsearbeid/rusarbeid et fagområde der sammenhengen mellom årsak og virkning kan være nokså utydelig (Ramsdal & Hansen, 2005). Innenfor noen fagområder vil sammenhengen mellom årsak og virkning være tydelig og følge entydige naturlover. Slik er det ikke i psykisk helsearbeid/ rusarbeid. Det er vanskelig å si både hva som er årsaken til at en person har en psykisk lidelse/rusavhengighet og hvordan sammenhengen mellom de ulike tiltakene som iverksettes og de virkningene som kan registreres er (Hovrath 2006). Uansett hvor god datasamling som foreligger er det derfor ikke sikkert at man har fått frem de dataene som faktisk er viktig for å kunne velge tiltak som hjelper brukeren.

Et annet problem er at profesjonell virksomhet ofte organiseres med utgangspunkt i hva virksomheten har ansvar for og hva tjenesteyterne gjør (Hansen 2007). Det innebærer at mange tjenesteytere først og fremst samler inn data for å avklare om de tjenestene de yter, er relevante i forhold til den konkrete brukeren. Fokus blir dermed hva vedkommende tjenesteyter ordinært yter av tjenester, ikke hvilke behov brukeren samlet har. Med et slikt utgangspunkt er det bare en begrenset del av brukerens bakgrunnsopplysninger som anses som relevante.

En generell utfordring i all beslutningsteori, er spørsmålet om når en sak er tilfredsstillende belyst. Hvor mye data må samles inn for å finne ut hva som er de ”riktige” tiltakene overfor den gitte brukeren? Allerede Simon (1956) konkluderte med at vanligvis så samler man inn data bare til man finner en akseptabel løsning. I denne sammenhengen vil det innebærer at tjenesteyterne samler inn bakgrunnsdata helt til de føler at de har nok data til å kunne skissere et akseptabelt tjenestetilbud. Likevel vet vi at selv om man har samlet inn data og utformet et tjenestetilbud på bakgrunn av det man vet i utgangspunktet, så opplever tjenesteyterne som arbeider med rus og psykisk helse at etter hvert som man blir mer kjent med brukeren, så blir det behov for å endre tjenestetilbudet (Ramsdal & Hansen, 2005). Årsakene til dette er trolig noe sammensatt, blant annet kan det handle om endringer i brukerens lidelse og motivasjon, men det er også grunn til å tro at først etter hvert som man blir kjent med brukerne, får tilgang til relevante data som ikke kom frem i første omgang.

En ikke ubetydelig utfordring for de som jobber med rus og psykisk helse i kommunene er ressurser, blant annet i form av tid. Tjenesteyterne i Moss kommune rapporterer at de stort sett har mellom 20 og 30 brukere de skal følge opp til enhver tid. Det sier seg selv at det i en slik situasjon er begrenset med ressurser man kan benytte på datasamling. I en sektor som preges av et visst handlingsimperativ, er det liten aksept for at det brukes omfattende ressurser på datasamling. En av informantene hevdet også at deler av spesialisttjenesten ikke alltid var like villig til å dele sine data med kommunalt ansatte, selv om det forelå samtykke fra brukeren. Omfattende datasamling er derfor en ressurskrevende oppgave, som det av ulike grunner ikke er gitt at kommunale tjenesteytere kan prioritere.

Datasamling kan derfor være en utfordring. Jo mer og uoversiktlig datagrunnlaget er, jo vanskeligere er det å få det til. Utfordringen er derfor størst i forhold til de brukerne som det er vanskeligst å finne adekvate tjenestetilbud til.

Den arbeidsformen ORT har lagt opp til gjør at man samler inn data som er mye mer omfattende enn det man vanligvis gjør. ORT legger ikke inn begrensninger i forhold til hvilke tjenester man representerer fordi ORT ikke representerer noen av de tjenestene som skal følge opp brukeren siden. En av informantene beskrev dette på følgende måte:

*ORT legger ikke grenser for hva de skal jobbe med, slik mange av de andre instansene gjør. Det betyr at de gjør en mye videre kartlegging enn det de andre gjør. Slik kartlegging får vi ikke andre steder i fra.*

ORT kan dessuten operere med en annen og mer omfattende definisjon på hva som er ”akseptabelt” datagrunnlag. Dette kan de gjøre fordi de har en helt annen ressurssituasjon og fordi de allerede i utgangspunktet har bestemt seg for at de er på jakt etter mest mulig data, ikke bare de dataene som er nødvendige for å få frem for eksempel et vedtak om tjenester. Den koblingen som ORT har både til kommunene og til helseforetaket, gir dessuten ORT lettere tilgang til et bredt datagrunnlag enn særlig det kommunene kan få tilgang til. Selv i psykisk helsearbeid er det i dag vanlig at kommunene etter en kort vurdering av brukeren gjør et vedtak om hvilke tjenester brukeren skal ha. Dette blir gjerne justert etter en tid etter hvert som tjenestene får bedre innsikt i brukerens situasjon, men det bygger på erfaringer med det tjenestetilbudet som er tilbudt, ikke på innsamling av nye bakgrunnsdata.

ORT's arbeidsform skiller seg derfor vesentlig fra den arbeidsformen som ellers er vanlig og gir dermed et bredere datagrunnlag for å utforme et helhetlig tjenestetilbud enn det som er vanlig i andre sammenhenger.

Neste fase i Abbott's modell er analysen. En god analyse skal være forankret i datagrunnlaget og bygge både på teoretisk kunnskap og praktisk erfaring. Ved å koble sin teoretiske bakgrunn/utdanning og sitt erfaringsgrunnlag, skal den profesjonelle tjenesteyter være i stand til å analysere seg frem til hva som er hensiktsmessig oppfølging av den konkrete brukeren. Av ulike grunner, blant annet begrenset tid, har mange profesjonelle en tendens til å velge mellom ulike standardiserte løsninger (Lipsky 1977, March 1999). Det er likevel grunn til å tro at dersom man i denne analysefasen samarbeider med andre, gjerne med ulik bakgrunn, så får man tilgang både til ulikt kunnskapsgrunnlag og ulike erfaringer. I teorien skal derfor analysefasen kunne bli bedre dersom man både har tilstrekkelig tidsressurser og samarbeider med andre personer med annen bakgrunn enn en selv. I praksis viser det seg at det er krevende å organisere et slikt samarbeid slik at man klarer å utnytte den samlede kompetansen til de som samarbeider (Hansen 2007).

Hvor godt samarbeidet mellom deltakerne i en slik analysefase fungerer, påvirkes av en rekke forhold, men kommunikasjon er en sentral faktor. Et element i kommunikasjonen er selvfølgelig de ordene man benytter. Ulik fagterminologi er derfor en utfordring, men det er en problemstilling som ikke synes relevant her. Derimot kan kommunikasjonen begrenses fordi deltakerne ikke tør å være åpne om hva de mener. Dette kan for eksempel skyldes ulik status mellom spesialisttjenesten og kommunehelsetjenesten, manglende kjennskap til hverandre og manglende tillit (Glouberman & Mintzberg, 2001).

ORT sine hovedoppgaver er datasamling og utvikling av et relevant tjenestetilbud. Det betyr at teamet i liten grad kommer i konflikt mellom datasamling og analyse på den ene siden og oppfølging av brukere på den andre siden. Det betyr at man kan bruke tid til å gjøre en omfattende analyse av de data som foreligger. Analysen foregår i prinsippet i fellesskap mellom medlemmene i teamet slik at man får belyst ulike perspektiver og vurdert ulike løsninger. I praksis er analyseprosessene enda mer omfattende enn dette fordi teamet trekker også inn andre, særlig fra spesialisttjenesten, i disse vurderingene. Organiseringen av teamet med medlemmer både fra kommuner og spesialisttjenesten, gjør at muligheten for å trekke inn andre er mye bedre enn for rene kommunale team. Vi har tidligere sett at bestiller-/utførermodellen som mange kommuner benytter, skaper utfordringer fordi man det er andre som står for utredning og bestilling, enn de som skal utføre tjenestene (Hansen & Ramsdal 2005). I denne situasjonen ser vi likevel at forskjellen i ressursituasjonen mellom ORT og de som skal utføre tjenestene gjør at denne delingen sikrer at det blir brukt nok ressurser på datasamling og analyse.

Siste fasen i denne prosessen er iverksetting av tiltak. Dette krever at man både avklarer hva som skal gjøres, når og av hvem. Dersom det er flere ulike tiltak og flere tjenesteytere som yter tjenester, så må de også prioriteres og koordineres. I praksis innebærer dette at man både må ha en vurdering av hvilke tiltak som skal iverksettes først og hvilke som skal komme siden. En åpenbar utfordring for denne målgruppen er at de aktuelle brukerne stort sett har behov for omfattende tjenester, men at det kan være uhensiktsmessig å tilby for mye tjenester og kontakt med for mange ulike personer samtidig. Selv om det er et åpenbart behov for å sette i gang en rekke tjenestetilbud, så kan det være behov for å etablere ulike relasjoner over tid og bygge opp tjenestetilbudet over tid slik at brukerne og de aktuelle tjenesteyterne kan etablere trygge relasjoner.

For den aktuelle målgruppen er det derfor ikke nok å bli enige om hvilke tiltak som bør iverksettes. Det må også avklares hvordan man skal bygge opp et helhetlig tjenestetilbud på en slik måte at brukeren klarer å forholde seg til hvert av tiltakene som blir tilbudt. I praksis innebærer det at man både må avklare i hvilken rekkefølge tiltakene skal tilbys og hvordan man skal bygge opp relasjoner med stadig flere tjenesteytere.

ORT sine vurderinger ender ikke bare med en beskrivelse av hva som er relevante tjenester. Teamet gir også råd om hvordan et tjenestetilbud kan bygges opp slik at man både får ivaretatt en fornuftig progresjon og en tilstrekkelig oppbygging av tillit mellom bruker og tjenesteyterne.

Den beskrivelsen jeg så langt har gitt av den profesjonelle arbeidsprosessen er en teoretisk og til en viss grad ideell modell. I praksis er det sjelden at en slik modell følges. Mer vanlig er det at ansatte i disse tjenestene følger en såkalt inkrementell modell. Det vil si at man prøver seg frem med ulike tiltak etter hvert som man blir kjent med brukeren og ser hva som virker. Det vil si at ser man (helst bruker og tjenesteyter i fellesskap) at et tiltak virker, så prøver man mer av det og reduserer eller fjerner tiltak som man mener ikke virker slik som forutsatt (Einstein 2007).

Dette er en strategi som forutsetter at bruker responderer på en adekvat måte på de ulike tiltakene som iverksettes. Flere av de brukerne som ORT nå har fulgt opp er nettopp kjennetegnet ved at de i stedet for å prøve ut nye tiltak når noen ikke oppleves om positive, så trekker de seg tilbake og nekter å opprettholde kontakt med tjenesteyterne. Mulighetene for å prøve og å feile seg frem til et godt tjenestetilbud er derfor svært begrenset overfor denne målgruppen. Sjansen for at en slik strategi i stedet medfører tilbaketrekking og nye vansker med å bygge opp tilliten mellom bruker og tjenesteyter er stor. Selv om ORT derfor har

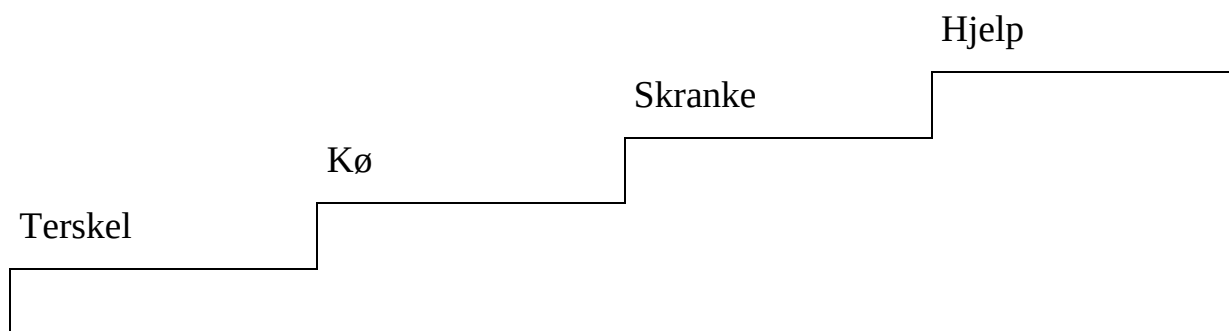


utviklet sin metode med målsetting om å bygge opp gode relasjoner til brukeren er det også eksempler på at heller ikke de har klart å komme i posisjon til å gi brukere et tilbud.

## ***Terskelproblematikken***

Utgangspunktet vi beskrev i den første evalueringen var hvordan ORT hjalp brukerne gjennom i forhold til den såkalte terskelproblematikken. Det gjør teamet fortsatt.

Vi fremstilte denne prosessen som en trapp der hvert av trinnene er et trappetrinn man må bestige for å nå opp til hjelpen:



Det første problemet en bruker må overkomme er terskelen. Bare det å akseptere at man har et behov for hjelp kan være en terskel, en annen er å komme fysisk i kontakt med hjelpeapparatet.

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.

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 hjelpes.

## **Terskel**

Den målgruppen ORT nå retter seg mot kjennetegnes som vi har pekt på flere ganger, av store problemer både med å ta kontakt med hjelperne og å akseptere at de trenger hjelp. ORT arbeider derfor systematisk for å kunne komme i posisjon til å etablere en tillitsfull relasjon med de aktuelle brukerne. Denne tilliten etableres gjennom ulike tiltak, blant annet ved å tilby brukerne bistand til ulike oppgaver som å handle inn mat, gå i banken, ta kontakt med offentlige kontorer eller tannlege. Slik praktisk bistand har to virkninger. Først og fremst så bidrar den til at oppgaver som brukeren opplever at er vanskelig å løse, blir løst. Det kan ta lang tid før en bruker opplever positive virkninger av et behandlingsopplegg, men en del slike praktiske oppgaver kan man se umiddelbare resultater av. Slik sett synliggjør ORT at innsatsen deres faktisk hjelper og dette er derfor med på å bygge opp tillit til at ORT faktisk kan bidra med verdifull hjelp.

Hjelp til å løse praktiske oppgaver har også en annen virkning. Almvik & al (2011) refererer en bruker som beskriver hvor forskjellig den beskrivelsen vedkommende gir av sin situasjon på et kontor, er fra den vedkommende gir i en uformell samtale for eksempel i en bil på vei til et tjenestetilbud. Når de ansatte i ORT bistår beboerne med praktisk hjelp, kan de oppnå samme form for åpen kommunikasjon som det Almvik & al (2011) beskriver. De ansatte får dermed en helt annen innsikt i beboernes situasjon, tanker og behov enn det en tjenesteyter som bare har en avgrenset og formell relasjon til beboeren kan oppnå, for eksempel fordi vedkommende bare samler inn bakgrunnsdata gjennom samtaler på et kontor.

ORT bistår dermed de aktuelle brukerne å komme seg over terskelen for å få hjelp.

## **Kø**

Ressursbegrensninger innebærer at både kommunale tjenester og spesialisttjenestene må prioritere hvem som skal få tjenester og hvem som skal få tjenester først. Det er særlig to forhold som bidrar til at dette er et underordnet problem for brukerne i ORT. ORT bygger på en samarbeidsavtale mellom kommunene og helseforetaket. Både kommunen og helseforetaket har derfor på generell basis forpliktet seg til å følge opp brukerne på forhånd. I tillegg prøver ORT så langt det på forhånd er mulig, å få de aktuelle tjenesteyterne til å forplikte seg til følge opp de behovene som avdekkes. Der er riktig nok noen utfordringer knyttet til hvordan man avgjør hvilke kommunale tjenester eller deler av helseforetaket som skal delta med tjenester, dette skal vi utdype noe siden. Den andre grunnen til kø problematikken er underordnet for brukerne i ORT er at det ofte er de ulike tjenestene selv som har bedt om de aktuelle utredningene.

## **Skranke**

Skranken handler i stor grad om kommunikasjon. For disse beboerne er det ikke alltid like lett å få formidlet hva slags behov de har og for tjenesteyterne å se hvilke tjenester som kan gi best effekt. Her kommer derfor den omfattende utredningen som ORT gjør/får gjort inn. For det første innebærer det at det ikke er brukeren selv som må kommunisere behovene – det gjør ORT. De ansatte i ORT formidler både sine egne vurderinger og vurderinger som er gjort særlig av helseforetakets spesialister, til de som skal yte tjenestene. Formidlingen skjer

både i ansvarsgruppemøter der brukerne er til stede og i direkte møter med tjenesteytere uten at brukerne deltar. Særlig i de møtene der brukerne ikke deltar virker det som om ansatte i ORT formidler veldig tydelig hva som er den enkelte brukers utfordringer og hvordan man bør møte disse utfordringene. Denne formidlingen foregår både skriftlig som en rapport etter at utredningen er avsluttet, og muntlig i form av formidling av hovedpunktene i rapporten og utdyping og forklaring av ulike sider ved de anbefalinger som er gitt. ORT bidrar på denne måten til at de hindringene som skranken beskriver, blir brutt ned for disse brukerne.

En av de brukerne som ble utredet av ORT hadde en spesiell historie. Etter hvert som ORT fikk samlet inn ulike bakgrunnsdokumenter og dokumentasjon på tidligere diagnoser og behandling, ble det tydelig at vedkommende hadde rett både på økonomisk erstatning og varige trygdeytelser. Dokumentasjonen som var nødvendig for å søke om disse ytelsene hadde brukeren selv trolig aldri klart å fremskaffe på egen hånd og den utredningen som ORT gjennomførte var dermed helt avgjørende for at vedkommende skulle få ivaretatt sine rettigheter.

## **Siloproblematikk**

Siloproblematikken er en annen utfordring. Denne beskriver hvordan tjenestene er organisert i forhold til oppgaver og ikke i forhold til brukere. Det medfører at personer med behov for sammensatte tjenester må få tjenester fra en rekke ulike tjenester som i utgangspunktet ikke samarbeider. Den løsningen på denne utfordringen som myndighetene har ordinert, er bruk av individuelle planer og en koordinator som har ansvar for å koordinere tjenestene beskrevet i den individuelle planen (Hansen 2007). Vi vet at koordinatorene for individuelle planer har en svært sentral oppgave (Thommesen & al 2003, Hansen 2007). De

tar både et ansvar overfor andre tjenester og de får en sentral funksjon overfor brukerne når brukerne opplever at her er det en de kan stole på.

ORT starter opp arbeidet med en individuell plan, allerede mens utredningen foregår. (Riktignok velger de en annen og mindre mal enn det blant annet Moss kommune normalt bruker, men slik jeg ser det er det i samsvar med anbefalinger fra Helsedirektoratet, jfr. veiledningen ”Gjør det enkelt”). I tråd med anbefalinger fra den første evalueringen, legger ORT nå stor vekt på å få etablert både en IP og å identifisere hvem som skal yte tjenester til brukeren, i god tid før ORT trekker seg ut. Det innebærer at det allerede før ORT trekker seg ut er laget en plan som synliggjør både hva som skal gjøres, når det skal gjøres og hvem som skal gjøre det.

Denne koblingen til tjenesteyterne som skal følge opp etter at ORT har gjort sin del av jobben, har også en annen dimensjon. En sentral utfordring for disse brukerne er manglende tillit og relasjon til tjenesteytere. ORT bruker mye tid og ulike tilnærminger for å bygge opp en relasjon til brukerne. Dette er en relasjon som normalt er tidsavgrenset til 3 måneder. Samtidig vet vi at dette er en målgruppe der gode relasjoner er et sentralt element i brukerens bedringsprosess (Horvath 2006, Redko & al 2007, Topor & al 2011). ORT legger derfor stor vekt på å klargjøre overfor brukeren at kontakten med ORT er tidsavgrenset og at den mer langvarige oppfølgingen er det andre som skal ha ansvar for.

Koblingen til de som skal følge opp senere foregår etter to modeller. Den ene modellen er å trekke inn andre tjenesteytere på et tidlig tidspunkt og la dem ta på seg oppgaver som de ellers ikke gjør, men som kan bidra til at man har etablert en brukbar relasjon før de ordinære tjenestene tilbys.

Den andre strategien handler om at ORT følger opp brukeren på et avgrenset område selv om andre tjenester har overtatt hovedansvaret.

## ***Tilgang til brukerne***

Beskrivelsen av terskler og utfordringene for brukerne bygger på en forståelse av helse- og sosialsektoren som klassiske byråkratier. Et byråkrati i original weberiansk beskrivelse kjennetegnes bl.a. av følgende:

- I en byråkratisk organisasjon har man faste kompetanseområder og en formalisert arbeidsdeling
- Man har en klar hierarkisk organisasjon, slik at man alltid vet hvem som er over- og underordnet og slik at de overordnede skal kontrollere de underordnede.
- Saksbehandlingen er formell og skriftlig, og dokumentene som blir utarbeidet skal arkiveres for ettertiden
- Saksbehandlingen bygger på skrevne regler og retningslinjer
- De ansatte skal være nøytrale og uavhengige og skal ta avgjørelser uavhengig av brukernes status etc.
- Spesialisering

(Weber 1971:107-115).

Denne styringsformen søker å ivareta viktige prinsipper som rettssikkerhet, likebehandling og demokratisk styring. Når en avgjørelse følger bestemte regler og beslutningsprosessen er skriftliggjort, kan man i ettertid vurdere i hvilken grad reglene er fulgt eller om utenforliggende hensyn er lagt til grunn for avgjørelsen. Dette innebærer at den enkelte i ettertid kan klage og eventuelt dokumentere grunnlaget for sin klage fordi grunnlaget for avgjørelsen er skrevet ned. Dette er viktige prinsipper i forhold til rettssikkerheten. En byråkratisk avgjørelsesprosess bidrar til at forholdet mellom brukerne og ansatte blir formalisert og at ikke sym- eller antipatier påvirker avgjørelsene. Det er reglene

som bestemmer hvilke tilbud brukerne skal ha – ikke personlige vurderinger fra den som yter tjenestene.

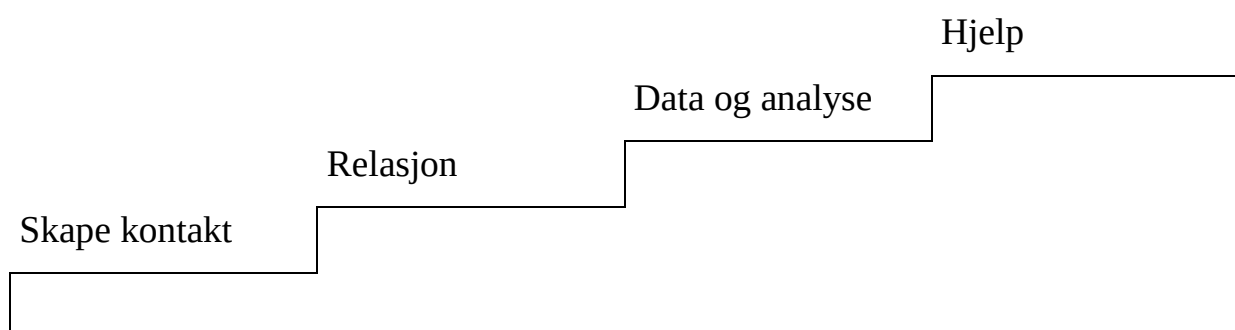
Det klassiske byråkratiet bygger på at det er innbyggerne som må være aktive og etterspørre eventuelle ytelser fra det offentlige. Dette gjelder særlig ytelser som er rettighetsforankrete, slik en vesentlig del av ytelsen fra NAV-trygd er. Der legger man nå mer og mer av ansvaret for å samle inn dokumentasjon for at man har rett til en ytelse over på søkerne selv. For brukerne i ORT er det å samle inn dokumentasjon og argumentere for sine rettigheter et problem. Den datasamlingen som ORT gjorde for en av brukerne viste at vedkommende var berettiget til uføretrygd og trolig også hadde rett på økonomiske erstatninger. Den viktigste jobben ORT gjorde, var dermed å dokumentere bakgrunnen slik at vedkommende fikk de ytelsene som vedkommende hadde krav på.

I realiteten fremstår dagens velferdssamfunn som en mye mer aktiv forvaltning enn den passiviteten som vanligvis kjennetegner byråkratier. Mange tjenester både oppsøkende og ambulante. Tjenester som ellers fremstår som passive kontorlokaliserte tjenester er dessuten opptatt av å sørge for at brukere får den oppfølging som de har rett på. ”Ikke møtt” er derfor en situasjon som resulterer i aktiviteter med sikte på å etablere ny kontakt med brukeren (Hansen & Ramsdal 2006). En stor del av velferdstjenestene rettet mot ORTs målgruppe er derfor mer opptatt av å avdekke behov og tilfredsstille disse uavhengig av om brukerne selv tar initiativ for å få hjelp. I den opprinnelige søknaden om midler til opprettelse av ORT var målgruppen beskrevet med blant annet følgende kjennetegn:

- *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*

Dette koblet med betegnelsen ”Oppsøkende rusteam” ga et inntrykk av at ORT skulle være aktivt i selv å finne frem til de som trengte hjelp. I realiteten viste det seg at det i Moss, som andre steder i landet (Myrvold & al 2009) er svært få personer i målgruppen som man ikke kjenner til, men at det finnes en gruppe som man ikke klarer å komme i posisjon til å gi hjelp. Selv om ORT ikke er oppsøkende i forståelse at man drar ut på byen og leter etter brukere, så er de oppsøkende i den grad at de leter opp personer man vet trenger hjelp, men som andre tjenester ikke får gitt hjelp. I realiteten er det derfor i disse tilfellene ikke et spørsmål om å gi brukerne bistand slik at de får den hjelpen de trenger, men derimot å gi tjenesteyterne bistand slik at de får gitt den hjelpen de mener brukerne trenger. En trapp med terskler, kø og skranke er derfor en lite relevant beskrivelse av den situasjonen man har i disse tilfellene.

I stedet kan man tenke seg en tilsvarende trapp der det ikke er brukeren som må gå trinn for trinn for å få hjelp, men derimot tjenestene som må gå trinn for trinn for å komme i posisjon til å gi adekvat hjelp. En slik trapp kan vi beskrive på følgende måte:





## **Skape kontakt**

Den første utfordringen tjenestene har i forhold til denne gruppe er å etablere kontakt. Noen av disse personene er kjent fra tidligere, men på grunn av manglende oppfølging så er de falt ut av systemet. Andre blir registrert i systemet fordi noen gir beskjed, for eksempel at en strømlleverandør rapporterer om beboere som ikke klarer å forholde seg til strømrregningen og har unnlatt å betale denne over lang tid. Ulike tjenester blir på denne måten klar over at det finnes noen som trenger hjelp men til tross for at det sendes brev eller ringes i telefoner, så får man ikke kontakt med vedkommende. Når ORT engasjeres i slike saker tar de hjemmebesøk, flere ganger dersom det er nødvendig, for eksempel fordi beboeren ikke vil åpne døren i første omgang.

Ressurssituasjonen gjør at ORT har anledning til å bruke tid på å etablere kontakt og slik sett er deres muligheter for å komme inn på første trinnet i denne trappen bedre enn de fleste andre.

## **Relasjon**

Kontakten må i neste omgang utvikles videre til en god relasjon til den aktuelle brukeren. Denne brukergruppen synes å ha en viss mistillit og skepsis til tjenesteapparatet generelt sett. Hva slags problemer og behov de virkelig har er det ikke alltid like lett å finne frem til. Dette trinnet handler derfor om å etablere en god relasjon til brukeren. Denne relasjonen handler om blant annet å overbevise dem om at ORT vil dem noe godt. Vi vet fra før at brukerne mange ganger tilpasser beskrivelsen av sin situasjon og sine problemer til de forventninger de tror at mottakeren har (Goffman 1992, Almvik & al. 2011). Dersom man skal få frem et realistisk bilde av brukerens situasjon så er det avgjørende at man får en god relasjon til brukeren. En av informantene pekte på følgende:

*De i ORT bygger opp en relasjon bygget på tillit. Det gjør at brukerne er mer positive til å åpne seg og fortelle om ting i bakgrunnen som er vanskelig. Det er ikke alltid like lett for en som sitter for eksempel i NAV for de har dette med penger – det betyr at de både skal kontrollere og hjelpe.*

Vi har pekt på at datasamlingen ikke bare handler om hva brukeren selv forteller, men at ORT legger vekt både på å få frem data gjennom å snakke med pårørende og ved å hente inn journaler etc. fra tidligere kontakt med hjelpeapparatet. En god relasjon er derfor avgjørende av flere grunner. Først er det for å få frem en god beskrivelse fra brukeren selv, dernest er det viktig for å kunne få tillatelse til å ta kontakt med pårørende og andre relevante informanter og til slutt er det viktig for å få både bruker og pårørende til å fortelle hvor det kan finnes skriftlig informasjon (for eksempel journaler) om brukerens bakgrunn.

## **Data og analyse**

Denne prosessen har vi allerede beskrevet omfattende foran og vi skal her derfor bare understreke at ORT, i motsetning til for eksempel deler av NAV, ikke overlater til brukerne selv å samle inn data. ORT legger til grunn at denne brukergruppen i stor grad sliter med å etablere kontakt med relevante tjenester. ORT må derfor ta ansvar både for å ta de kontakter som er nødvendige for å samle inn data og for å få på plass samarbeid med andre om en helhetlig analyse av brukerens situasjon.

Denne tilnærmingen innebærer blant annet at ORT tar ansvar for å få gjennomført ulike former for tester og utredninger som man tror kan være

relevante. ORT sørger i slike tilfeller for at brukeren får eventuell hjelp til å oppfylle slike avtaler, blant annet ved å hente dem hjemme og bringe dem til den aktuelle tjenesten. Slik praktisk bistand er også viktig av andre grunner. Almvik & al 2011 beskriver hvordan den kontakten som bygges opp gjennom samtaler for eksempel ved kjøring av brukere fra et tjenestetilbud til et annet, er med på å skape en relasjon der brukerne blir trygg på hva de kan si og formulering av ønsker. Dette er med på å bygge opp en relasjon til beboerne som bidrar til at de blir mer åpne for å formidle sine prioriteringer.

## **Tilpasning av hjelpen**

Mange av brukerne til ORT er skeptiske til de tjenestetilbudene som blir tilbudt, eller av andre grunner uten evne til å nyttiggjøre seg tilbudet. Neste trinn er derfor tilpasning av tjenestetilbudene. En ting er å avdekke beboernes behov. Hva slags tilbud som kan og bør ytes er ikke nødvendigvis gitt av hva som oppfattes som behov av tjenesteyterne. Her er det utfordringer knyttet til at brukerne har andre preferanser enn det tjenesteyterne oppfatter som naturlig. På mange måter kommer derfor tjenesteyterne på tilbudssiden – de må skissere mulig tjenestetilbud som brukerne kan forholde seg til. ORT legger i denne prosessen stor vekt på å bygge opp et tilbud som er tilpasset og avklart med brukerne. De strategiene som man kommer frem til på denne måten blir forankret både i ansvarsgruppe/IP og i direkte kommunikasjon med de ulike tjenestene. For at man skal klare å bygge gode relasjoner og tillit hos brukerne, kan det være nødvendig å gå suksessivt frem med de ulike tiltakene. Hvordan en slik strategi skal bygges opp og hva som skal prioriteres, skisseres klart fra ORTs side. At man ikke overlater utviklingen av en slik strategi til forhandling mellom de aktuelle tjenestene synes å fungere bra og bidra til at det ikke skapes konflikter mellom de som skal samarbeide om det videre tjenestetilbudet.

## ***Ressursutnyttelse***

ORT er et kostbart tiltak. Et av de spørsmålene man derfor må kunne stille seg er om det er riktig å bruke så mye ressurser på blant annet å avdekke manglende relevant oppfølging i fortiden fremfor å yte tjenester for fremtiden. Det er ikke lett å gi et entydig svar på et slikt spørsmål.

Utgangspunktet for ORT er å finne frem til et hensiktsmessig tjenestetilbud til en gruppe som ikke klarer å nyttiggjøre seg de tjenestene de har fått tilbud om – de som faller utenfor de ordinære tjenestene. De beskrivelsene som enkelte av informantene kommer med, viser at det også brukes mye ressurser på å ”ordne opp” for mennesker som man egentlig ikke klarer å hjelpe. Dette er mennesker som ikke får noe aktivt tjenestetilbud, men som i perioder må få akutt helsehjelp og/eller akutte hjelpetiltak fordi de for eksempel er blitt kastet ut av boligen sin. Sektoren bruker i perioder store ressurser på slik hjelp, selv om man ikke kommer i en posisjon til å gi vedkommende langsiktig hjelp og støtte.

Det synes derfor å være relevant å ha to perspektiver på ressursbruken til ORT. Det ene perspektivet er bevisstheten på hvem som skal få et tilbud gjennom ORT. Utfordringen er her tosidig. Det ene er å være bevisste på hvem ORT skal engasjere seg i. ORT bør nok tydeliggjøre noen utvelgelseskriterier, og kanskje like viktig – formidle disse kriteriene videre til andre på en effektiv måte. Det er også viktig at man allerede i utgangspunktet har en viss trygghet for at tjenestene kommer til å benytte de opplysningene som ORT samler inn. En generell utfordring i disse tjenestene er ressursituasjonen. Det innebærer blant annet at man har en tendens til å standardisere tjenestetilbudet (Lipsky 1977). Hvis de som skal yte tjenestene i ettertid ikke er villig til å utvikle spesielt tilpassete tjenestetilbud, men insisterer på at aktuelle brukere må klare seg med samme tilbud som andre, så fremstår innsatsen til ORT lett som bortkastet. ORT

har prøvd å løse denne utfordringen ved å lage noen formelle avtaler med en del av tjenestene, men som vi skal komme tilbake til fungerer disse ikke helt etter intensjonene.

Det er også viktig å ha klart for seg at det ligger i sakens natur at innsatsen til ORT har en stor sjanse for å fremstå som bortkastet. Det skyldes flere forhold. Det mest åpenbare er at man selvfølgelig ikke vet hva det er av bakgrunnsopplysninger før de er samlet inn. Først i ettertid vet man om noen av disse opplysningene er relevant for fremtidig tjenestetilbud. Noen henvises også til ORT fordi at andre tjenesteytere ikke klarer å få skikkelig kontakt med dem. Hvis brukerne ikke ønsker kontakt, kan de også avvise ORT, selv om ORT bruker mer ressurser på å bygge opp en relasjon enn det andre har anledning til å bruke. Det er heller ikke noen garanti for at selv om ORT har klart å gjøre avtaler om et relevant tjenestetilbud med brukeren og tjenesteyterne, så vil brukeren opprettholde denne kontakten siden. Denne brukergruppen er en særlig utfordring - det er derfor de er henvist til ORT.

I hvilken grad man kan forsvare ressursbruken til ORT, bør derfor ikke ensidig vurderes opp mot om man har kommet frem til et relevant tjenestetilbud. Det er også en form for suksess å ha en klar konklusjon om at selv om brukeren ikke vil ha noe hjelp, så har man gjort et omfattende arbeid for å prøve å hjelpe vedkommende. Ressursene som brukes på ORT, bør derfor vurderes opp mot at ORT er et spesielt tiltak rettet mot en spesiell gruppe. En tydelig konklusjon på om ressursbruken er forsvarlig er derfor vanskelig å gi. En av informantene var likevel ikke i tvil og svarte slik på spørsmålet om kan ressursbruken forsvares?:

*Dette er mennesker som har krav på hjelp, men som vi ikke klarer å gi den riktige hjelpen. Vi kommer ikke i skikkelig posisjon til å hjelpe disse og blir nærmest stående å trække vannet, mens de koster oss store summer i*

*ulike hjelpetiltak som ikke virker. Vi har en gruppe som trenger omfattende hjelp, men som mer eller mindre unndrar seg kontakt med hjelpeapparatet. Det er en gruppe det ikke er lett å jobbe med. Selv om de har en eller annen form for tilskuddsordning fra NAV, så klarer de ikke å forholde seg til husleie, strømudgifter, skatt etc. – men vi klarer ikke å få kontakt med dem. Utfordringen er å få ORT i posisjon – men det er også eksempler at heller ikke ORT klarer dette. Likevel, dette er et problem som vi må prøve å løse. Hovedutfordringen er å komme i kontakt og bygge opp relasjoner slik at vi kommer i posisjon til å hjelpe dem. Dette er folk med et åpenbart hjelpebehov – mennesker som man uansett må rydde opp for siden.*

## **Samarbeid**

Offentlige utredninger har siden begynnelsen av 1970-tallet understreket behovet for å styrke samarbeidet mellom ulike tjenester. Mange av disse utredningene la i begynnelsen ansvaret for å få til bedre samarbeid på den enkelte tjenesteutøver. Etter hvert er det likevel blitt forståelse for at manglende samarbeid handler om begrenset kompetanse og vilje hos de ulike aktørene. Denne utviklingen har nå kulminert i samhandlingsreformen som legger mer eller mindre ensidig vekt på organisering av tjenestene. Vi legger til grunn at det er en rekke ulike faktorer som påvirker mulighetene for godt samarbeid (San Martin-Rodriguez & al 2005).

ORT er et team som i seg selv er et samarbeidsprosjekt. I tillegg er ambisjonene til ORT å bidra til at kommunen og helseforetaket samarbeider om et helhetlig tjenestetilbud til de aktuelle brukerne. Det betyr at vi kan se på samarbeid og ORT på to nivåer – samarbeid innad i teamet og ORT's bidrag til å skape

samarbeid mellom de ordinære tjenestene. Her ser vi først nærmere på hvordan ORT påvirker samarbeidet mellom de ordinære tjenestene.

Vi kan dele de ulike determinantene som påvirker samarbeid inn under tre hovedbolker:

- Systemiske determinanter
- Organisatoriske determinanter
- Samhandlings determinanter

Denne inndelingen skal vi presentere nærmere og knyttet den sammen med noen konkrete eksempler på hvordan ORT påvirker disse determinantene.

### **Systemiske determinanter**

De systemiske determinantene deles inn i flere elementer. Først har vi det sosiale systemet. Det sosiale systemet påvirker samarbeid på flere måter. Særlig er det to forhold som er viktig i denne sammenhengen. Ulik status mellom de som skal samarbeide kan bidra til vansker med å få til et godt samarbeid (Erichsen 1998). Status er ikke bare knyttet til profesjoner, men også til stillinger. Dersom de som skal samarbeide har ulik plassering i et kommunalt hierarki, så vil det også kunne påvirke et samarbeid. Vanligvis er det en forutsetning at også brukeren skal delta i samarbeidet og da oppstår det en utfordring knyttet til makt. Uansett hva den enkelte tjenesteyter måtte mene om sin egen situasjon, så er brukeren i en slik avhengighetssituasjon at vedkommende alltid vil oppleve at det er tjenesteyterne som sitter med makten. Denne opplevelsen av ulikhet i makt kan skape problemer for samarbeidet dersom man ikke er bevisst på den (Rønning og Solheim 1997).

ORT representerer både spesialisttjenesten og kommunene. Slik sett blir teamet en arena for samarbeid mellom nivåene – en arena der deltakerne kjenner hverandre godt og hvor kommunikasjonen normalt er åpen og god. I tillegg har ORT gode kontakter i både kommuner og helseforetaket, slik at ORT fungerer som formidlingsagenter mellom de ulike tjenestene (Glouberman & MINtzberg 2001). ORT bidrar på denne måten til å redusere betydningen av ulik status mellom nivåer og profesjoner.

Jeg registrerer likevel at teamet etter hvert synes å bli mer forankret i spesialisttjenesten enn i kommunen. Det skyldes flere forhold. Et forhold som er viktig i denne sammenhengen er arbeidsformen. Utredning er normalt spesialisttjenestenes oppgave. Selv om ORT tar ansvar for å samle inn andre data enn det som vanligvis beskrives som utredninger, så er arbeidsformen mer lik den deler av spesialisttjenestene gjør enn den kommunene vanligvis gjør. Når vi kobler dette med at den kommunale deltakelsen i teamet i en periode har vært redusert, så gir dette et bilde av en tettere forankring i spesialisttjenestene enn i kommunene. Dette er en utfordring som teamet nok bør arbeide videre med.

En del ansatte i kommunale tjenester opplever det som et problem når de føler at spesialisttjenestene forteller dem hva de skal gjøre med en gitt bruker (Ramsdal & Hansen, 2007). ORT oppleves ikke på denne måten. En av de kommunalt ansatte uttalte seg slik:

*Jeg har jobbet andre steder hvor føringer fra spesialisttjenesten oppfattes som en rød klut, men her finnes det ingen slike reaksjoner i forhold til ORT.*

En av de andre kommunal ansatte forklarte dette slik:



*Jeg opplever at det er helt ok at ORT forteller hva som skal gjøres for jeg kjenner ikke den aktuelle brukeren ennå.*

*Ved å få frem bakgrunnen og historien til brukerne i så omfattende grad som ORT gjør, så gir det oss et mye bedre bilde av hva slags problematikk disse brukerne har og hvordan de fungerer. I tillegg får vi vite hva som har vært prøvd av tiltak og hva som har virket og hva som ikke har virket. Det å få med seg historien til disse brukerne er viktig. Det er noe helt annet å møte en bruker på 20 år og tro at vedkommende har hatt problemer de siste to årene, når den faktisk har hatt problemer siden han var barn.*

En annen systemisk determinant er kulturen. I vår sammenheng knyttes det både til ulikheter i kultur mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester, i ulikheter mellom rus- og psykiatritjenester og i samfunnets syn på rus og psykiatri.

En av oppgavene som ORT har holdt på med siden begynnelsen er en kursrekke for ansatte i både kommuner og spesialisttjenestene. Innholdet i denne kursrekken er tidligere vurdert positivt av deltakerne (Hansen & Fugletveit 2010). En av informantene pekte nettopp på denne kursrekken som begrunnelse for at samarbeidet mellom kommuner og spesialisttjenestene er så lite preget av konflikter. Kursrekken har bidratt til to viktige forhold. Det ene er at den har gitt de ansatte på begge nivåer et felles faglig ståsted og en felles oppfatning av hva som er sentralt i arbeidet med den aktuelle målgruppen. Det andre er at den arbeidsformen man etter hvert har tatt i bruk med en utstrakt bruk av gruppearbeid, har bidratt til at ansatte i ulike tjenester er blitt kjent med hverandre. En av informantene peker på følgende:

*Kursrekken har vært svært viktig – både fordi vi har fått innsikt i hvordan behandlingen i spesialisttjenesten legges opp og hvordan de tenker. I tillegg har vi fått mye relevant kunnskap på disse kurssamlingene. Når vi har hatt gruppearbeid har vi sittet sammen og blitt kjent med andre på tvers av arbeidssted - det har vært positivt.*

Denne kursrekken har derfor påvirket kulturen i sektoren slik at det både er større enighet om hvilke faglige tilnærminger som er relevante og at grunnlaget for samarbeid mellom ulike tjenester er blitt bedre.

Innen offentlig forvaltning tilbys en stor del av tjenestene av ulike profesjoner. Profesjoner kjennetegnes blant annet av at de gjerne ønsker å forsvare et bestemt arbeidsmarked eller bestemte arbeidsoppgaver for seg selv. Konsekvensen av dette kan være at de verken vil samarbeide med andre om å løse slike oppgaver eller at de vil akseptere at andre har meninger om hvordan disse oppgavene skal løses.

Gjennom utviklingen av et felles faglig ståsted som kursrekken til ORT har bidratt til, er også ulike profesjonelle tilnærminger blitt nedtonet. Vår registrering i den første evalueringen om at man i sektoren ser ut til å utvikle en felles faglig identitet, nærmest egen rusprofesjon, ser fortsatt ut å være relevant.

Det gode forholdet mellom ORT og resten av tjenestene kan også forklares med at det er utviklet positive holdninger til ORT også på grunnlag av dette kurstilbudet.

## **Organisatoriske determinanter**

Også 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 2003, 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.

ORT har som sagt foran en tydelig rolle som formidlingsagenter. Teamet bidrar på den måten til at det blir en kommunikasjon mellom ulike aktører også innen helseforetaket og innen kommunene. ORT tar initiativ til å få opprettet ansvarsgrupper og individuelle planer. Det vil si at de hjelpemidlene som eksisterer, tas i bruk. ORT ønsker og har ressurser til å prioritere å få plass både ansvarsgrupper og en form for individuell plan. Dette skal være på plass før ORT trekker seg ut. ORT sørger derfor for at noen av de organisatoriske rammebetingelsene er på plass før de ulike tjenestene selv skal ta ansvar for samarbeidet.

ORT har lagt vekt på å få til forpliktende avtaler mellom dem som er ansvarlige for prosjektet. Intensjonen med dette er å sikre seg at brukerne får det tilbudet de trenger etter at ORT har trukket seg ut. Det ser ut som om avtaler ikke bidrar til en tilstrekkelig forpliktelse på utøvernivå. Ansatte i de aktuelle tjenestene har en stor grad av profesjonell frihet. Hva som skal gjøres og når styres i stor grad av den enkeltes faglige vurderinger. Dette er et generelt kjennetegn ved profesjonelle organisasjoner (Mintzberg 1979). Det har derfor vært overraskende at ingen av de som er blitt intervjuet har hatt innsigelser til at ORT

så tydelig beskriver hvordan tjenestetilbudet skal være etter at ORT har trukket seg ut. En av informantene sa likevel tydelig at:

*Når du har jobbet en stund i denne sektoren så vet du at bakgrunnsdata ikke er objektive – man er nødt til å være åpen for at situasjonen er annerledes enn det som er beskrevet. Det kan godt være at man finner at brukeren har mer ressurser enn det som blir beskrevet, eller at noe som har vært vanskelig før, skyldes dårlig relasjon og kommunikasjon med en hjelper.*

Det som ikke ble sagt i denne samtalen, men som kom tydelig frem i de fleste intervjuene, er at ressursene særlig i kommunen, er begrenset. Det betyr at de faglige vurderingene også handler om ressursprioriteringer. En rekke av de brukerne som ORT har utredet er krevende brukere, og hvis de da på ulike måter trekker seg unna ved enten å avlyse avtaler, ikke møter opp, eller lar være å åpne når tjenesteyterne kommer på døren, blir det et betimelig spørsmål om hvor mye ressurser man skal bruke på personer som tilsynelatende ikke vil ha hjelp. En av de som ble intervjuet understreket at: *det er jo mennesker med selvbestemmelse – de har full rett til å nekte å ta imot hjelp*. Terskelen for å gi opp å tilby mer hjelp er nok lavere når man har en anstrengt ressursituasjon.

I hvilken grad de avtalene som inngås faktisk oppleves som forpliktende for hver enkelt tjenesteyter, er derfor usikkert. I tillegg så er utgangspunktet for ORT at man skal lete etter bakgrunnsopplysninger om brukerne som ikke er allment kjent fra før. Det betyr at det av og til er aktuelt å få tjenester fra andre virksomheter enn de som man opprinnelig har gjort avtale med. Dette betyr at selv om det foreligger forpliktende avtaler når man starter opp, så er det begrenset i hvilken grad de faktisk forplikter aktørene til å yte de tjenestene som

ORT har foreslått. Dette er en utfordring som vi kommer nærmere tilbake til siden.

I den første ORT-rapporten trakk vi frem de vanskene som ble skapt av at ansatte i helseforetak og kommune ikke hadde samme data- og journalsystem, og at de systemene som fantes, ikke kunne kommunisere med hverandre (Hansen & Fugletveit 2010). Innad i teamet har man fått til ordninger som gjør at vanskene er kraftig redusert i forhold til intern kommunikasjon i teamet. Det ser likevel ikke ut som om det gjør det lettere å utveksle informasjon og samarbeide med andre tjenester. Dette er en utfordring som ikke gjelder ORT spesielt, men som er en generell utfordring i forhold til samarbeid i hele helse- og sosialsektoren. Det finnes i dag noen tekniske løsninger som kan løse slike utfordringer, men de forutsetter at brukerne deltar aktivt og selv kan styre informasjonsstrømmen mellom de ulike aktørene. Det er i liten grad den situasjonen som er aktuell for ORT's målgruppe. Å få til en helhetlig og sømløs dokumentasjons- og kommunikasjonskanal, er derfor noe som må løses på et annet plan. Det arbeidet ORT har gjort for å få til en intern løsning viser likevel hvor problematisk dette er. De må altså selv finne frem en løsning for å få til en brukbar felles dokumentasjon og kommunikasjon innad i teamet, men den løsningen de kommer frem til kan ikke brukes i samarbeid med andre. Sett på bakgrunn av at ORT bare er en midlertidig samarbeidsarena og at det er andre aktører som skal samarbeide om tjenestene i fortsettelsen, så er slike begrensede interne løsninger liten hjelp for å få til en varig felles og helhetlig dokumentasjons og kommunikasjonsarena.

Rammen for ORT er tre måneder. Dette er en tidsramme som i de fleste tilfeller er tilstrekkelig for å gjøre den omfattende datasamlingen og utredningen som ORT har tatt ansvar for. I den perioden som ORT jobber med en sak er det normalt nokså tett kontakt med brukeren. De brukerne ORT utreder er ikke en

entydig gruppe. For noen av dem er det bare et spørsmål om å finne det rette tilbudet, og å få realisert dette. De dataene som er samlet inn i denne omgangen tyder likevel at en stor del av brukergruppen er kjennetegnet av angst, manglende tillit til tjenesteapparatet, ensomhet og at de gjerne unndrar seg den hjelpen de blir tilbudt. Det høres ut som ORT i løpet av de tre månedene klarer å bygge opp en god relasjon også til den delen av brukerne. Ansatte i rus-/psykiatri sektoren legger stor vekt på å prøve å holde en profesjonell avstand til brukerne, men det er ikke sikkert at brukerne er like flinke til å holde en profesjonell avstand. Vi vet at i en del vellykkete recovery-prosesser så fremhever brukerne opplevelsen av vennskap og nærhet til tjenesteytere som en viktig faktor i deres bedringsprosess (Topor & al 2011). Det er en viss risiko at brukerne legger mer i den tette kontakten med ORT enn det de ansatte gjør. At relasjonen blir brutt etter forholdsvis kort tid kan derfor oppleves av brukerne som et nytt svik. Selv om ORT legger stor vekt på at det skal være en overgangsfase der både ORT og de som skal følge opp senere er inne samtidig for å bygge opp nye relasjoner før de gamle forsvinner, er det et spørsmål om dette er tilstrekkelig.

Det bør derfor vurderes om ORT sitt tilbud bør ytes i to faser. Fase 1 vil da være en utrednings- og datasamlingsperiode som avgrenses til 3 måneder som til nå. Fase 2 kan da være en periode på inntil 9 måneder der ORT fortsatt deltar både med kontakt og oppfølging av brukeren, både for å holde en kontinuitet med brukeren og for å kunne bidra med vurderinger dersom det er behov for å endre det planlagte tjenestetilbudet. Dette er selvfølgelig et spørsmål om ressurser, men mer og lengre oppfølging fra ORT, gir redusert behov for blant annet en del kommunale tjenester. En løsning kan derfor være å styrke ORT med flere ressurser fra kommunen. Hvis man da hadde flere kommunale deltakere i teamet, kunne disse ta ansvar for å yte tjenester over en lengre periode. Dersom man lot to personer, en fra kommunens rustjeneste og en fra psykisk helsearbeid

ha kombinerte stillinger der de delvis (for eksempel i halv stilling) jobbet i ORT og delvis i den aktuelle kommunale tjenesten. Kunne man lettere følge opp brukerne både i utredningsfasen og senere gjennom et ordinært tjenestetilbud.

### **Samhandlings determinanter**

I denne sammenhengen er det en del viktige faktorer. 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.

Det er tydelig at ansatte i kommunen ser verdien av den innsatsen som ORT gjør. I noen av sakene er det initiativ fra kommunen som gjør at ORT engasjerer seg. Viljen til samarbeid er derfor stor. Kommunalt ansatte er dessuten fornøyd med den dokumentasjonen som ORT bidrar med, slik at man oppfatter ORT sin innsats som en reell hjelp i det daglige arbeidet. ORT krever heller ikke noen ekstra innsats tilbake fra ansatte i kommunen - utover at de gjør jobben sin, noe de åpenbart er innstilt på å gjøre uansett. Kommunen er også tvilende til at de selv kunne gjort den jobben ORT gjør. En av de ansatte beskrev følgende utfordring for kommunen:

*Vi er ikke spesialisttjeneste og vi har ofte store vansker med å få ut epikriser, vi har vanskeligheter med å få ut opplysninger, ofte får vi fra spesialisttjenesten en sykepleierrapport – ikke noe fra legen. Jeg tror derfor at det har med det nivået vi jobber på – vi vil ha vanskeligheter med å få ut relevante opplysninger.*

Kommunen opplever derfor at ORT gjør en jobb de ser behov for å få gjort og som de ikke selv har tro på at de klarer å få gjort. Viljen til samarbeid synes derfor stor blant kommunens ansatte.

Den uttalelsen som ble sitert ovenfor viser dessuten et annet poeng. Det ser ut som om spesialisttjenestens vilje til samarbeid med ORT er sterkere enn dens vilje til å samarbeid med kommunen. Tilbakemeldingene fra teamet selv tyder på at det har få vanskeligheter med å få til samarbeid med de ulike spesialisttjenestene, men at de av og til opplever en uhensiktsmessig ventetid.

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.

Kommunens ansatte har klart stor tillit til ORT. Dette er en generell holdning som både er begrunnet i den jobben som gjøres i konkrete saker og i positive erfaringer med den kursrekken som teamet har gjennomført. Tilliten man har til teamet generelt gjør derfor at de kommunalt ansatte er positive til den innsatsen som teamet gjør. Ansatte i ORT har også stor tillit til at kommunens ansatte kan gjøre de oppgavene som teamet mener de bør utføre. Dessverre ser det ut som om deler av teamet ikke har like stor tillit til at kommunen har tilstrekkelig vilje til å gjøre det man mener at kommunen bør gjøre. I hvilken grad denne holdningen er forankret i realiteter, er det vanskelig å si, men denne holdningen kan i det lange løp bidra til at samarbeidet med kommunen blir vanskeligere.

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



av at det er lite vansker med å kommunisere med spesialisttjenestene, særlig lett er tilgangen til kompetansen i SMP-Moss. Også kommunikasjonen med kommunen er god og åpen. Denne kommunikasjonen skjer blant annet i samarbeidsmøter og selv om hovedmålsettingen er å overføre de data og vurderinger som ORT har samlet inn til kommunalt ansatte, så fungerte ikke det møtet jeg overvar som en ensidig formidling, men også som en arena for utveksling av faglige synspunkter.

### ***Samarbeid innad i teamet***

I tillegg til at ORT skal skape et samarbeid mellom teamet og andre deler av helse- og sosialsektoren, så er teamet i seg selv en samarbeidsarena mellom kommunen og SMP-Moss. Vi skal derfor også se nærmere på hvordan samarbeidet innad i teamet fungerer.

Et grunnleggende krav til et team er at det bygger på klare mål og har en klar og tydelig ledelse. Hva som er teamets oppgaver, hva det skal gjøre og hva det skal oppnå må være tydelig formulert. Alle deltakerne må ha forståelse og respekt for disse målene. Målene må dessuten følges opp av en leder som både er bevisst på hva teamet skal oppnå og som har evner og autoritet nok til å sørge for at teamet følger opp disse målene.

I den første evalueringen av ORT pekte vi på at teamet manglet en formell leder. Dette er nå løst og det er oppnevnt en leder som også reelt sett leder møtene og teamets arbeid. Målene med virksomheten har vært tydelig hele tiden. Etter omorganiseringen er dessuten mål og oppgaver blitt tydeligere avgrenset og det synes ikke som om det er verken noen uenighet om hva som er målene eller hvordan disse målene konkret skal løses.

Likevel er det tydelig at teammedlemmene av og til utfører oppgaver som det i utgangspunktet ikke er meningen at de skal gjøre, men som bruker trenger hjelp til. Begrunnelsen for å løse slike oppgaver er delvis knyttet til teamets klare brukerorientering – problemer som brukeren har bør løses, og delvis er begrunnelsen knyttet til at slik hjelp er med på å bygge opp gode relasjoner og tillit hos brukeren. Dette er argumenter som åpenbart er faglig relevante (Topor & al, 2011). Virkningen av dette blir riktignok at teamet i noen tilfeller er nødt til å bistå brukeren ut over 3 måneder for å følge opp de oppgavene man har tatt på seg. Så lenge dette teamet har ressurser nok til å påta seg slike oppgaver og det gjøres på grunnlag av en samlet beslutning i teamet synes det ikke å være noe problematisk med en slik praksis.

Team kan ha ulik fokus. Noen team er oppgaveorienterte. Det vil si at teammedlemmene avgrenser sitt fokus til hva som er vedkommendes oppgaver og først og fremst er opptatt av om hvorvidt disse oppgavene blir løst tilfredsstillende. Brukerorienterte team har derimot sterkere fokus på hva som er brukerens behov og at hvert enkelt teammedlem opplever et ansvar for å imøtekomme disse behovene uavhengig av hvem som egentlig er ansvarlig for å yte det enkelte tilbudet. Vi ser klart at team som er brukerorientert er mer samarbeidsorienterte enn team som er oppgaveorienterte.

I den første evalueringen konkluderte vi med at fokus på å yte et helhetlig tilbud til brukerne var en av suksessfaktorene for ORT. Fortsatt er den virksomheten som ORT driver klart brukerorientert. Teamet er likevel blitt mer fokusert på å avgrense sine egne ytelser og bruke mer tid på selve utredningen. I praksis innebærer dette at ORT nå, i større grad enn før, involverer andre tjenester mer eller mindre fra første stund. Sett på bakgrunn av at ORT bare skal involvere seg i 3 måneder synes dette å være en fornuftig tilnærming. Det ser likevel ut som

om ORT tar et helhetlig ansvar og sørger for at andre følger opp. Noen tjenestetilbud (for eksempel bolig) kan ORT uansett ikke tilby.

Siden denne evalueringen ikke bygger på data fra brukerne selv er det vanskelig å si hvordan dette oppleves av dem. Det synes likevel som om en løsning der ORT legger vekt på å sørge for at brukerne får et helhetlig tjenestetilbud, uten at de selv tar ansvar for å utføre alle tjenestene, er en hensiktsmessig løsning. På denne måten kan man sørge for kontinuitet i tjenestene ved å trekke inn de som skal følge opp tjenestetilbudet etterpå, tidligst mulig.

Det er likevel viktig at medlemmene i teamet er bevisst hva som i utgangspunktet er deres oppgaver og ansvar. Team settes sammen nettopp fordi medlemmene forventes å ha ulik kompetanse og ansvar. Team som er bevisste på hva som er hver enkelts kompetanse og sterke sider, har bedre muligheter til å utnytte hverandres særpreg enn andre team.

ORT er et team der det er få faglige uenigheter. I den første evalueringen stilte vi derfor spørsmål om det etter hvert var utviklet seg en rusprofesjon med tydelige faglige prinsipper og felles revir. Likevel er det tydelig at medlemmene i ORT har ulike faglige styrker. Dette er teamet også nokså klar på, og man sørger derfor i hovedsak for å fordele arbeidsoppgaver slik at den enkeltes kompetanse utnyttes best mulig. Det er likevel antydninger om at det over tid på denne måten har utviklet seg visse revirer som skaper gnisninger dersom de blir utfordret.

Et tjenestetilbud kan organiseres slik at de ulike tjenestene ytes etter prinsippet om negativ samordning. Det vil si at hver tjeneste, eller teammedlem yter tjenester mer eller mindre uavhengig av hverandre, men tilpasser seg slik at hvert enkelt tjenestetilbud ikke kolliderer på noen måte. Vi ser likevel at dersom

man legger vekt på å få til en integrasjon av de ulike tjenestetilbudene så bidrar dette normalt til større effektivitet. Det innebærer at man designer tjenestetilbudet på en slik måte at tjenestene griper inn i hverandre og at hvert enkelt teammedlem prøver å yte sine tjenester slik at de støtter opp om de tjenestene andre yter. Målsettingen er å få alle tjenestene til å fremstå som et helhetlig og integrert tjenestetilbud.

Tjenestetilbudet fra ORT er helt tydelig integrert. Hver uke gjennomgår teamet situasjonen for alle brukerne. Hva teammedlemmene skal gjøre og hva andre skal bidra med blir vurdert for hver enkelt bruker.

Deltakerne i et team kan enten være mest mulig uavhengig av hverandre eller de kan ha stor grad av gjensidighet slik at de støtter opp om hverandre og eventuelt overtar andres oppgaver dersom det er nødvendig for å gi et helhetlig tilbud slik som planlagt.

Viktige dimensjoner i alle team er medlemskap og identifikasjon. Medlemskap i et team kan være heltidsbeskjeftigelse, eller det kan være en deltidsoppgave. Team kan bygge på såkalt matriseorganisering. Det vil si at medlemmene i utgangspunktet er en del av forskjellige linjeorganisasjoner, og at de deltar i teamet gjerne som representant for denne linjeorganisasjonen. En alternativ modell er at teamet består av medlemmer som i hovedsak har deltakelse i teamet som heltidsbeskjeftigelse, slik vi blant annet kjenner fra organisering av ACT-team. I en matrisemodell må deltakerne dele sin oppmerksomhet mellom aktiviteter i linjen og i teamet. Man kan da komme i et krysspress mellom oppgaver og ansvar man har i linjen og som man får i teamet. Teammedlemmer kan da komme i en lojalitetskonflikt. Hva er viktigst – teamet eller linjen? Hvilke oppgaver skal prioriteres - de som venter i linjen eller de som teamet

ønsker å få gjort. Dette oppstår ikke på samme måte som et problem for medlemmer som har teamet som heltidsbeskjeftigelse.

Medlemmene i ORT har alle sammen sin hovedbeskjeftigelse som teammedlemmer. De møter derfor i liten grad noen konflikter i forhold til oppgaver i linjen som de skal løse. Selv om utgangspunktet er at to medlemmer kommer fra SMP og to fra kommunene, så har ingen av medlemmene oppgaver i linjen som kolliderer med oppgavene i teamet. Riktignok har medlemmene i teamet noen ganger oppgaver knyttet til deres forankring i respektive linjer, men dette synes å være oppgaver som man bare påtar seg dersom det er ledig kapasitet i teamet. Det er derfor ingen konflikter mellom team og linje i ORT

I denne sammenhengen er også den individuelle identifikasjonen viktig. Selv om man er i en matriseorganisasjon, kan man ha en sterk identifikasjon med teamet. Jo sterkere identifikasjon man føler med teamet og de oppgavene som skal løses der, jo lettere er det å få til et godt samarbeid. Motsatt er det slik at dersom man i størst grad identifiserer seg med tjenester utenfor teamet og de oppgavene som skal løses der, er det mest sannsynlig at man også vil prioritere disse oppgavene frem for det som er teamets ansvarsområder.

ORT består av medlemmer fra to kommuner og SMP. Det er tydelig at medlemmene er bevisste på hvem de representerer. Selv om de to representantene fra SMP har lang fartstid fra kommunale tjenester, så er det klart at de representerer og identifiserer seg med helseforetaket. Over tid har teamet erfart at det er vanskeligere å få kommunene til å følge opp på den måten teamet ønsker enn helseforetaket. Hvorvidt det kan forklares med at den største delen av det langsiktige tjenestetilbudet er kommunens ansvar, skal ikke problematiseres her. Det som er viktig i denne sammenhengen er at denne situasjonen gjør at kritikk mot kommunene blir mer uttalt enn kritikk mot

helseforetaket. At noen teammedlemmer på denne måten kan ta på seg kritikerrollen, mens andre føler en forpliktelse til å ta på seg en forsvarerrolle, kan skape en viss intern slitasje i teamet.

Et annet poeng er hvordan teammedlemmene opplever at de er gjensidig avhengig av hverandre. Dersom kommunikasjonen foregår slik at medlemmene gir innspill til hverandre om hvordan oppgavene skal løses gir dette vanligvis et bedre grunnlag for samarbeid enn hvis det ikke er slik. Den arbeidsformen som ORT har lagt opp til med gjennomgang av alle sakene en gang i uken, gir gode muligheter for å komme med innspill til hva som bør skje videre.

## ***Utfordringer***

Den største utfordringen for den metoden som ORT har utviklet er når ORT trekker seg ut. Denne utfordringen er både på et organisatorisk plan og et individuelt og relasjonelt plan. Organisatorisk synes det som om diskrepansen mellom den ressursituasjonen som ORT lever i og ressursituasjonen i de kommunale tjenestene er så ulik at dette kan skape problemer. I utgangspunktet har kommunen forpliktet seg til å følge opp de brukerne som overføres fra ORT. Selv om det er eksempler på at det har vært intern uenighet i kommunen om hvem som skal ha ansvar for å følge opp brukere på et bestemt område, så er hovedinntrykket at kommunens ansatte innstilt på å følge opp de anbefalinger som ORT kommer med. Problemet er derfor ikke den grunnleggende innstillingen til tjenesteyterne i kommunen. En del av de aktuelle brukerne kjennetegnes av at de unndrar seg kontakt og oppfølging. I praksis betyr det at tjenesteyterne både må være ambulante og innstilt på å møte lukkede dører med jevne mellomrom. Det synes da å være klart at de kommunale tjenestene har en ressursituasjon som gjør at kommunalt ansatte har en lavere terskel enn ORT,

for å gi opp når de har møtt stengte dører noen ganger. Sett på bakgrunn av at dette er en av årsakene til at ORT har vært inne i saken, så er det problematisk at kommunale tjenesteytere ikke har like store ressurser til å følge opp brukere som jevnlig avviser dem og unndrar seg hjelp.

En annen utfordring er innholdet i tjenestetilbudet. Gloubermann & Mintzberg (2001) deler tjenestetilbud inn i cure og care. Cure er behandling og forankres i spesialisttjenestene. Care er omsorg og rehabilitering og forankres i kommunene. Gloubermann & Mintzberg legger til grunn at det er behov for begge tilnærmingene i et helhetlig tjenestetilbud. De siste årene er fokus på care blitt stadig større. Det er selvfølgelig delvis en følge av psykisk helse reformen, men i tillegg er det også utviklet nye faglige tilnærminger knyttet til hjemmeboende tjenestemottakere. Vi ser i dag at det er en rekke ulike behandlingsstrategier legger mer vekt på mestring av dagliglivets gjøremål enn å kurere den underliggende lidelsen. I praksis blir fokus på cure redusert, mens man øker fokus på care. Det innebærer at de tilnærmingene som vanligvis forbindes med spesialisttjenesten, ikke blir like viktige som de var tidligere, og at det tilbudet som kommunen skal ha ansvar for får en mer sentral plass i et helhetlig tjenestetilbud. For ORT blir det da en utfordring å tilpasse de rådene de gir til en slik bred faglig tilnærming. Det ser ut som om dette prosjektet er bedre forankret i spesialisttjenesten og cure-tankegangen enn i care og de kommunale tjenestene. I praksis innebærer dette at ORT i stor grad representerer spesialisttjenestenes fokus på utredning og behandling og i mindre grad legger vekt på brukernes mulighet for å utvikle mestring og deltakelse i samfunnet. Dette er langt på vei et bevisst valg som bygger på den tidsavgrensningen som det er på ORTs innsats.

En strategi som ORT synes å ha lagt opp til er å bygge opp et tjenestetilbud over tid slik at brukerne kan få tid til å venne seg til både tjenestene og nye

tjenesteytere. Begrunnelsen for en slik strategi fremstår som vel faglig forankret, men jeg er ikke sikker på at den er like godt forankret i de organisatoriske realitetene. Det innebærer at noen må ta ansvar for å få til en opptrapping av tjenestetilbudet. En slik opptrapping skal normalt skje på grunnlag av en IP og med utgangspunkt i den omfattende rapporten som ORT har utarbeidet. Samtidig er det viktig å forholde seg både til hvorvidt situasjonen for brukeren utvikler seg som forventet og om den strategien som er skissert i planen bør justeres. ORT gjennomgår alle sine aktive saker en gang i uken. Ansvarsmøter i forbindelse med IP'er skjer sjelden oftere enn et par ganger i året. Denne ukentlige oppdateringen av hver enkelt brukes situasjon, er en arbeidsform som vi også kjenner fra ACT-teamene. Vi vet at dette er en av suksessfaktorene ved ACT-teamene. Det er derfor grunn til å være noe redd for at de som skal overta ansvaret for å yte tjeneste til de aktuelle brukerne ikke har samme muligheten som ORT til å fange opp endringer i brukerens situasjon og til å tilpasse tjenestetilbudet til de endringene som skjer.

En annen utfordring handler om det kommunale tilbudet. Den omfattende datasamlingen som ORT foretar og analysen som gjøres på bakgrunn av denne, kan gjerne synliggjøre at brukeren har behov som ikke kan dekkes av det ordinære kommunale tilbudet. Dersom kommunen ikke har et tilpasset tilbud om tilrettelagte aktiviteter, hjelper det ikke om ORT avdekker at brukeren har behov for et slikt tilbud. Slik sett er det ingen automatikk i at en god datasamling og analyse av hva som er hensiktsmessige tiltak medfører at brukeren får et adekvat tilbud om tjenester.

## **Individuelle relasjoner**

ORT legger vekt på å bygge opp en god relasjon til brukerne slik at de får frem både brukernes ønsker og hvilke behov de har. Man legger også vekt på å



klargjøre at ORT bare skal gi et midlertidig tilbud. Likevel er det grunn til å være oppmerksom på at dette er en utfordring som kan være vanskelig å håndtere. God relasjon mellom bruker og hjelper er i dag ansett som et av de viktigste elementene i en effektiv bedringsprosess (Horvath 2006). Det samme er Topor & al (2011) inne på og peker på at et sentralt element i gode bedringsprosesser for mennesker med psykiske lidelser, er å ha gode og gjensidige relasjoner til minst en av de profesjonelle hjelperne. Brukerne er selv opptatt av å finne tjenesteytere de kan identifisere seg med og skape gode relasjoner til. Redko & al fant i sine intervjuer av rusmisbrukere at: *”Being a good listener, demonstrating understanding, and maintaining a nonjudgmental attitude were the personal qualities that clients valued most..”* (Redko & al, 2007:267).

Den beskrivelsen av positive tjenesteytere som er beskrevet over, er i tråd med den tilnærmingen ORT ønsker å representere. Selv om det allerede fra første stund er klargjort at kontakten med teamet er tidsavgrenset, så er det grunn til å frykte at brukerne likevel prøver å knytte god kontakt med teammedlemmene i ORT. Når denne kontakten avsluttes, kan da brukeren oppleve dette som et nytt svik – noe som vanskeliggjør videre oppfølging for andre tjenesteytere. Dersom kontakten mellom ORT og brukeren har vært omfattende i en periode, og den oppfølgingen de får i ettertid ikke er like intens, så kan det forsterke opplevelsen av svik.

En sentral utfordring for ORT er derfor å sørge for at overgangen mellom ORTs tilbud og et varig tilbud for fremtiden også ivaretar brukerens behov for å opprettholde gode relasjoner. En av brukerne ble overført til ACT-teamet. Den overføringen ble beskrevet slik:

*Samarbeidet har vært viktig. Denne pasienten har en lang historie med å unndra seg kontakt med hjelpeapparatet. Det har vært vanskelig å komme i posisjon til vedkommende. ORT var kommet i en posisjon der det var bygget opp en forholdsvis god relasjon. Det var derfor viktig å ha med ORT på de første samtalene, slik at ACT ble sluset inn. I tillegg har ORT opprettholdt kontakten med brukeren for å få på plass en del uavklarte praktiske problemer. Det ble på denne måten mye lettere å etablere en god kontakt med denne pasienten enn det vi ofte opplever med andre pasienter som kommer inn i ACT. I dag fungerer denne pasienten fint innenfor ACT. ORT hjalp oss med å komme i posisjon til denne pasienten.*

Dette var altså en overføring som fungerte bra. Dette forklares blant annet med at ORT hadde en aktiv rolle overfor brukeren etter at ACT-teamet hadde overtatt. I tillegg er det viktig å ha klart for seg at den oppfølgingen ACT-teamene gir, er mer intensiv enn det kommunen vanligvis har ressurser til.

Målsettingen må være å få til en best mulig overgang mellom ORTs tilbud og det etterfølgende tilbudet. I historien over ble dette løst ved at ORT fulgte opp etter at ACT-teamet hadde overtatt. En annen mulig løsning er at man trekker inn flere kommunale ressurser i ORT slik at disse kan følge opp brukerne også i ettertid.

## **Oppsummering**

Dette er den andre evalueringsrapporten for prosjektet ”Oppsøkende team i Moss og Rygge” (ORT). Den første rapporten avslørte at det fortsatt var ønskelig å utvikle samarbeidet mellom den sosialmedisinske poliklinikken (SMP) og de aktuelle kommunene. Etter at den første rapporten kom, valgte man å omorganisere tilbudet noe, delvis med utgangspunkt i evalueringsrapporten og

delvis som et resultat av en intern evaluering. To hovedstrategier lå til grunn for de endringene som er gjort. Den ene er å utvikle og dokumentere arbeidsmetoden i teamet bedre, den andre er å styrke samarbeidet med kommunene og å forplikte dem sterkere i forhold til videre oppfølging av de aktuelle brukerne.

Denne rapporten inneholder en omfattende beskrivelse og dokumentasjon av arbeidsmetoden til ORT. Denne beskrivelsen bør kunne danne et utgangspunkt for at også andre kan ta i bruk en slik metode i arbeidet med å utforme gode, helhetlige og samordnete tjenestetilbud til en gruppe brukere med tunge psykiske lidelser og tilleggslidelser som for eksempel rusavhengighet. Evalueringen viser også at det er behov for en slik systematisk datainnsamling og omfattende ressursinnsats over en periode for å få til et godt tilbud til den aktuelle brukergruppen.

Rapporten viser også at ORT nå har utviklet et samarbeid med kommunen som innebærer at så vel brukere som kommunen fra første stund er klar over at ORTs engasjement er avgrenset til tre måneder. Det ser ut som om dette er rammer som kommunen stort sett er innstilt på å forholde seg til og som de gjennom deltakelse i arbeidet med individuell plan (IP) er med på å legge til rette for. Likevel ser det ut som om overføringen av hovedansvaret for brukerne fra ORT til kommunen er et ”kritisk øyeblikk”. Dette er en problemstilling som er relevant også i andre sammenhenger. I rapporten antydes det ulike tilnærminger til hvordan dette kan løses. Det er derfor ønskelig at prosjektet videreføres med ambisjoner om å utvikle samarbeidsmønstre som sikrer at de relasjonene og den kjennskapen til brukerens situasjon som ORT har opparbeidet, danner basis for det videre tjenestetilbudet.

I Norge er det i dag to hovedtilnærminger til utvikling av helhetlige tjenestetilbud til denne målgruppen – ACT-team og ansvarsgrupper med ansvar for en individuell plan. Internasjonalt finne det flere ulike løsninger. Det er trolig også i Norge behov for å utvikle nye samarbeidsmodeller tilpasset ulike brukergrupper. Det arbeidet som er gjort så langt i ORT danner et godt utgangspunkt for videre utvikling av en samarbeidsmodell.

Erfaringene så langt viser at det åpenbart er behov for en tjeneste som tar datasamling og analyse av brukerens behov på alvor. En tjeneste som også har ressurser til å bygge opp en relasjon med brukeren slik at man kommer i posisjon til å etablere et samarbeid om å utvikle et brukbart tjenestetilbud. Det kan derfor ikke være tvil om at den jobben med å utrede brukerne som ORT har gjort er viktig. Det tilbudet som gis gjennom ORT er i så måte unikt og en klar styrking av mulighetene for å gi gode tjenestetilbud til en av de svakeste gruppene i samfunnet. De metodene og den arbeidsformen som ORT bruker er åpenbart hensiktsmessige for å få frem gode data om brukerne og for å analysere seg frem til hva som er hensiktsmessig tjenestetilbud til disse personene.

De svakhetene som denne evalueringen avdekker er derfor ikke en konsekvens av at modellen for utredning av brukerne ikke er god nok. Problemet oppstår først når andre skal overta ansvaret for brukerne. Dette problemet er ikke en følge av manglende vilje eller kompetanse i kommunene. Det er dessverre ressursituasjonen i kommunene som setter de som skal følge opp brukerne etterpå under press. Ansatte i ORT har vesentlig færre brukere å forholde seg til enn ansatte i kommunen. Dette er selvfølgelig delvis en følge av at mange av brukerne av de kommunale tjenestene normalt har et forholdsvis avgrenset behov for tjenester. Det er derfor klart at kommunen har muligheter for å prioritere og å følge opp enkelte krevende brukere selv om disse har behov for vesentlig mer omfattende tilbud enn andre. Problemet er i større grad at

kommunen ikke kan prioritere å bruke ressurser på brukere som unndrar seg kontakt eller man på andre måter har vansker med å yte tjenester til.

Evalueringer av ACT-team viser at det tar opp mot to år før det er etablert en god terapeutisk kontakt mellom teamet og den enkelte bruker. Den kontakten som ORT bygger opp i løpet av tre måneder er derfor en skjør relasjon som i stor grad må etableres på nytt når kommunen overtar hovedansvaret for tjenestetilbudet. Denne overgangen mellom ORT og kommunen blir en form for ”det kritiske øyeblikket”. Det er nødvendig å ha et sterkere fokus på hvordan denne overgangen kan gjøres slik at oppfølgingen fra kommunen blir en mer integrert del av tjenestetilbudet. Målsettingen må være at man gjennom ORT allerede fra første stund er opptatt av å bygge opp en langvarig og stabil relasjon til brukerne.

En løsning kan være at man i stedet for å faste representanter på full tid fra kommunen i ORT-teamet, har personer som også har en fast stillingsandel innenfor det daglige kommunale tjenestetilbudet. Denne personen kan da allerede fra første stund gå inn som koordinator for IP og ha en sentral oppfølging av brukeren også etter at ORTs tre måneder er over.

En annen løsning er at man utvider teamet med flere representanter fra kommunen, slik at teamet har muligheter til å ta ansvar for å yte tjenester i en lengre periode.

Så langt har ORT først og fremst hatt fokus på å utvikle en metode eller arbeidsform som sikrer god utredning av brukerne. Dette arbeidet har så langt vært en suksess og det er stor enighet om at den metoden som er utviklet har gitt et godt grunnlag for å utvikle gode tjenestetilbud. I det videre arbeidet bør man i større grad ha fokus på hvordan man kan lage en god samarbeidsmodell som

ivaretar alle tre parter behov: spesialisttjenesten, kommunen og brukerne. Så langt synes det som om brukernes behov for langvarige og stabile relasjoner ikke er tilstrekkelig ivaretatt i den modellen som er utviklet. I det videre arbeidet kan det derfor være hensiktsmessig å prøve ut ulike modeller for en mer sømløs overgang fra ORT til kommunale tjenester.

Skal de omfattende ressursene som benyttes på ORT kunne forsvares, så må tjenesten organiseres på en slik måte at man gjennom det arbeidet ORT gjør, klarer å få på plass et bedre tilbud enn uten ORTs innsats. Slik situasjonen er nå kan jeg vanskelig se at kommunen i tilstrekkelig grad klarer å nyttiggjøre seg det arbeidet ORT har gjort.

Den løsningen man har valgt nå, innebærer at man legger stor vekt på datasamling og analyse, men mindre vekt på å etablere et fast og stabilt tjenestetilbud. Evalueringen viser at det finnes en gruppe brukere som har behov for den omfattende datasamlingen og analysen som ORT gjennomfører. Spørsmålet er om det er hensiktsmessig med et team som i liten grad tar ansvar for å yte de tjenestene som man synliggjør behovet for. De data som foreligger tyder på at det bør vurderes å utvikle tjenesten slik at den også, i alle fall i en periode, får ansvar for å yte tjenester. I praksis betyr det at man bør styrke de kommunale ressursene i teamet slik at kommunal tjenesteyting ivaretas av teammedlemmene. Begrunnelsen for et slikt forslag er tosidig. Den ene begrunnelsen er å sikre at tjenestetilbudet videreføres, den andre er å styrke teamets helhetlige tilnærming til et tjenestetilbud som både bygger på felles datasamling, felles analyse og felles ansvar for tjenesteytingen.

Konklusjonen på denne evalueringen er at ORT er kommet langt i å utvikle en metode som bidrar til å legge til rette for god datasamling og analyse av hvilket tjenestetilbud som bør anbefales, men at det er behov for å videreføre prosjektet

slik at man kan utvikle gode måter å sørge for at det anbefalte tjenestetilbudet blir iverksatt og opprettholdt over tid.

# Litteratur

Abbott, A (1988): *The System of Profession*, The University of Chicago Press, Chicago

Almvik, A., Sagsveen, E. , Olsø, T.M., Westerlund, H. og Norvoll, R. (2011) Å lage farger på livet til folk. Tidsskrift for psykisk helsearbeid.

Bleiklie, I., P. Bomann-Larsen, E. Falkum, T. Gran og T. Ø. Jensen (1985): *Politikkens Forvaltning*. Universitetsforlaget AS, Oslo

Burns T, Catty J, Wright C (2006). Deconstructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients? *Acta Psychiatr Scand* 2006: 113 (Suppl. 429): 33–35. \_ 2006 Blackwell Munksgaard.

Burns, T. (2004). *Community Mental Health Teams. A guide to current practices*. Oxford University Press.

EconPoyry (2011): *Oppsøkende virksomhet er bra for utsatte grupper. Evalueringen av forsøk med ACT i Mossregionen*. EconPoyry rapport 2011:013

Egeberg, M. (2003). "How bureaucratic structure matters: An organizational perspective", i Peters, B. G. og Pierre, J. (red.). *Handbook of Public Administration*, London: Sage.

Einstein S (2007): Substance Use(r) Treatment and health Disparities: Some Considerations or An Askance Look at Institutionalized Substance Use(r) Intervention Disparities, *Substance Use & Misuse*, 42:671-686

Evjen, R., Kielland, K.B., Øiern, T. (2007). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Universitetsforlaget

Forchuk, C. (ed); Macclure, S. K.; Van Beers, M.; Smith, C.; Csiernik, R.; Hoch, J. & Jensen, E. "Developing and testing an intervention to prevent homelessness among individuals discharged from psychiatric wards to shelters an "No Fixed Address" *Journal of Psychiatric Health and Mental Health Nursing*, 2008, 15, 569-575

Forchuk, C; Nelson, G & Hall, B (2006)"It's Important to be Proud of the Place You Live In": Housing Problems and Preferences of Psychiatric Survivors" *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol. 42, No. 1, February 2006

Freeman R, Smith-Merry J & Sturdy S (2009), WHO, *Mental Health and Europe*, KNOWandPOL report.



Glouberman S & Mintzberg H (2001): Managing the Care of Health and the Cure of Diseases—Part I & Part II, *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

Gråwe R.W. og Ruud T. (2006). *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF Helse, rapport STF78 A06003

Hansen, G V & Fugletveit, R (2010): ”..Vi driver og rydder hver uke vi...” – evaluering av Oppsøkende rusteam i Moss/Rygge, HiØ – oppdragsrapport 2010:2

Hansen, G V & Ramsdal H (2006): ”Ikke møtt” – En analyse av sosialmedisinske poliklinikkens konsultasjonspraksis, Halden, Høgskolen i Østfold, Oppdragsrapport 2006:1

Hansen, GV (2007): *Samarbeid uten fellesskap – om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*, Karlstad University Studies 2007:15

Haugtomt S A (2003). Samarbeid over virksomhetsgrenser – en forutsetning for god pasientbehandling. *Tidsskrift for norsk legeforening*, nr 17, 2003; 123: 2462-2465.

Holck, G. (2004): *Kommunenes styring av komplekse oppgaver*, Oslo: Ph.D. avhandling, Universitetet i Oslo

Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 258-263. doi:10.1037/0033-3204.43.3.258

Kavanagh D. J., Mueser, K. T. (2007). Current evidence on integrated treatment for serious mental disorder and substance misuse. *Journal of the Norwegian Psychological Association* 2007, 44, 618 – 637.

Kolko, J (2012): *Wicked Problems – Problems worth Solving*, Austin Center for Design

Lipsky, M. (1977): “Toward a Theory of Street-Level Bureaucracy, I Hawley W & Lipsky”, M: *Theoretical Perspectives on Urban Politics*, New York: Prentice Hall

Marshall, Gray, Lokwood & Grey (1998): *Case management for people with severe mental disorders*, The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2

Marshall, M & Lokwood A (1998): *Assertive community treatment for people with severe mental disorders*, The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2

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
- Mueser K.T., Douglas, L. N., Drake, R.E., Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Universitetsforlaget.
- Myrvold, T. M., M. K. Helgesen og L. Knudtzon (2009): *Evalueringen av storbysatsningen i psykisk helse*. NIBR-rapport 2009:24
- NOU 2005:3. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.
- Øvretveit J (1996): Five ways to describe a multidisciplinary team, *Journal Of Interprofessional Care*, Vol. 10, No. 2, 1996
- Ramsdal, H & Hansen, G V (2005): "Om sirkelens kvadratur – Psykisk helsearbeid møter bestiller- / utførerorganisasjonen", *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2/2005:134 – 148
- Redko C, Rapp RC, Elms C, Snyder M, Carlson RG (2007): Understanding the Working Alliance Between Persons with Substance Abuse Problems and Strengths-Based Case Managers, *Journal of Psychoactive Drugs*, Volum 39 (3), September 2007.
- Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M (2010): *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*, Oxford Blackwell Publishing Ltd.
- Rønning, R & Solheim, L. J. (1998) *Hjelp på egne premisser?*, Oslo: Universitetsforlaget.
- 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
- Topor, A; Borg, M; Girolamo, S Di; Davidson, L (2011) Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery *Int J Soc Psychiatry* January 2011 57: 90-99,
- Vedung (1998) *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.
- Weber, M. (1971): *Makt og byråkrati - essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*, Oslo: Pax Forlag