

**...”Vi er ambulante og sitter ikke på  
kontoret”...**

**Oppfølgingstjenesten, bydel Alna, Oslo  
Kommune**

**Ragnhild Fugletveit**

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 høgskolen.

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 intervjuer 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.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning.

Evalueringen av Oppfølgingstjenesten i bydel Alna, Oslo kommune, har vært gjennomført av Ragnhild Fugletveit.

Stor takk til alle informantene som har bidratt og gitt innhold til evalueringen av Oppfølgingstjenesten i bydel Alna i Oslo.

Fredrikstad, januar 2013

Gunnar Vold Hansen  
Prosjektleder

Ragnhild Fugletveit

# Innhold

Forord .....	3
Oppfølgingstjenesten i bydel Alna.....	7
Tabell 1: Bo situasjon .....	7
Datasamling.....	9
Kunnskapsstatus .....	13
Kunnskap om personer med rusproblematikk og psykiske lidelser .....	13
Betydningen av forholdet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker .....	14
Betydningen av å ha et sted å bo.....	16
Brukermedvirkning .....	17
Organiseringen innad i Oppfølgingstjenesten.....	19
Kjennetegn ved brukerne av Oppfølgingstjenesten .....	20
Tabell 2: Psykiske lidelser .....	21
Tabell 3: Rusproblematikk.....	21
Samarbeidet med pårørende.....	22
Tabell 4: Samarbeid med pårørende .....	22
Det sirkulære perspektiv .....	23
Betydningen av sosialt nettverk .....	26
Samarbeidet med andre tjenester .....	27
Tabell 5: Samarbeid med andre tjenester.....	31
Betydningen av relasjoner.....	32
...” Vi er ambulante og sitter ikke på kontoret...” .....	36

Avslutning: de virksomme faktorene i Oppfølgingstjenesten.....	39
Litteraturliste .....	41



## Oppfølgingstjenesten i bydel Alna

Oppfølgingstjenesten er et tilbud for personer med samtidig rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Tjenesten er organisert under Enhet for psykisk helsearbeid og geografisk plassert i bydel Alna i Oslo Kommune. Tjenesten ble etablert i 2005 og er forankret i Bydelens handlingsplan for psykisk helsearbeid 2004-2008, på bakgrunn av Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998-2008. I tillegg har tverretatlige og sektorvis samarbeidsavtaler, Rundskriv U-10/2002 Boligsosialt arbeid og St. melding 21 (1998-99): *Ansvar og meistring, mot einheilskapeleg rehabilitering* vært viktige dokumenter for etableringen av Oppfølgingstjenesten i bydel Alna.

Bakgrunnen for opprettelsen av Oppfølgingstjenesten var bydelens behov for en tjeneste med fokus på individuelle tilrettede og koordinerte tjenester for personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet. Målgruppen for tjenesten er personer innlagt i behandling for rusbehandling eller psykisk helsevern, med planlagt utskrivning til bydelen. Tjenesten skulle også være tilgjengelig for personer med utfordringer knyttet til psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet som allerede bodde i bydelen i kommunal-, leiet eller eid bolig.

**Tabell 1: Bo situasjon**

<b>Bo situasjon</b>	<b>Antall brukere</b>
Kommunal bolig	14
Eier bolig	5
Leier bolig	4
Institusjon	1

Pr. nov 2011

Tabellen nummer 1 viser at pr. november 2011 hadde Oppfølgingstjenesten brukere med ulike bo situasjoner. Hovedgruppen av brukere bodde i kommunal leilighet mens en liten andel eide sin egen bolig samt en mindre andel oppga at

de leide en leilighet. I tillegg var det en bruker som oppga institusjon som sin foreløpige bo situasjon.

Utgangspunktet for tjenesten er å arbeide ut i fra brukerens definerte mål og ønsker. Målgruppen for tjenesten er mennesker med både en samtidig psykisk lidelse og et rusmiddelproblem, som har eller søker bolig i bydelen. De tilbys en individuelt tilrettelagt og koordinert oppfølging med utgangspunkt i vedtak om tjenester, samarbeidsavtale og/eller individuell plan.

Målsettingen for Oppfølgingstjenestens er å gi et helhetlig og samordnet oppfølgingstilbud til brukerne i deres bolig med et langsiktig perspektiv. Brukerne skrives ikke ut og kan i prinsippet motta tjenester så lenge det er behov. Totalt har Oppfølgingstjenesten siden oppstart i 2005 fulgt opp 80 personer og i det daglige arbeidet har tjenesten fulgt opp ca. 20 – 25 brukere med vedtak. I en månedsoversikt fra november 2011 hadde Oppfølgingstjenesten 30 brukere, hvor 24 av dem ble fulgt opp med vedtak.

Bydel Alna har bevisst valgt en modell med utgangspunkt i selvstendige boliger med individuelt tilrettelagt oppfølging. Samlokaliserte boliger til denne målgruppen, bidrar erfaringsmessig til forsterkning av problemer og da særlig knyttet til rusmiddelbruk. Derfor er samarbeidet med boligkontoret i bydelen vesentlig for fremskaffelse av bolig til målgruppen.

Vilkår om oppfølging er knyttet til boforholdet og forpliktelse om å ta i mot nødvendige tjenester. Et kjennetrekke ved målgruppen er at mange har noe kontakt med hjelpeapparatet, som gjør at de er i den posisjonen at de skal ha et bosted, men trenger mer oppfølging for å beholde leiligheten. Intensjonen for tjenesten er at brukerne kan klare å ha et verdig boforhold i bydelen.

## Datasamling

Evalueringen av Oppfølgingstjenesten har foregått i perioden mars 2011 til september 2012. I denne rapporten refereres det til 4 hovedgrupper av personer; brukere av tjenesten, de ansatte i tjenesten, pårørende og deres samarbeidspartnere. Og i den videre fremstillingen vil mottakerne av tjenesten bli omtalt som brukere og tjenesteyterne som ansatte.

Intensjonen med denne evalueringen har vært å belyse de tjenester som ytes av Oppfølgingstjenesten og hvordan ansatte, brukere og samarbeidspartnere erfarer samarbeidet med hverandre. Med dette som utgangspunkt har jeg valgt å belyse hva som erfares som virksomt og utfordrende i samhandlingen innad i tjenesten, mellom samarbeidspartnere og brukere av tjenesten. I tillegg belyses hva tjenesten gjør i deres daglige arbeid med brukerne.

Evalueringen av Oppfølgingstjenesten har intensjoner utover målevaluering og er i stedet utformet på grunnlag av helsesystemevaluering. En slik form for evaluering legger også vekt på at erfaringene som presenteres kan gi andre tjenesteytere innen psykisk helsearbeid kunnskap til å utforme tilsvarende tjenestetilbud (Vedung 1998). En utfordring i psykisk helsearbeid er å vite hvordan arbeidet konkret skal gjøres. I evalueringen blir det derfor lagt til grunn en faglig analyse som innebærer både generelle og evidensbaserte tilnærminger i tillegg til individuelle erfaringer fra tjenestemottaker, tjenesteyter og samarbeidspartnere.

Datainnsamlingen for denne evalueringen har bestått av kvalitative og kvantitative data. Den kvalitative delen består av intervjuer av ledere, ansatte, brukere, pårørende og samarbeidspartnere, som til sammen utgjør 18 informanter.

Tre av intervjuene ble gjennomført som gruppeintervjuer, resten ble gjennomført individuelt og hadde et omfang på ca. 25 minutter. Alle informanter har samtykket til å delta i studiet muntlig eller skriftlig og i forkant av evalueringen ble det søkt tillatelse gjennom NSD for godkjenning.

Jeg har også fått tilgang til deltakende observasjoner av Oppfølgingstjenestens arbeidsmåter i deres daglige arbeidssituasjon, ved at jeg ved flere anledninger møtte dem på deres felles kontor. Ventetiden mellom informantene resulterte i samtaler og observasjoner av de ansatte i deres arbeidshverdag. Jeg fikk også anledning til å være med på hjemmebesøk til en av brukerne. I tillegg ble jeg også invitert med på deres årlige møte med deres samarbeidspartnere. Her fikk jeg innsikt og kontakt med flere av deres samarbeidspartnere. Observasjonene har vist seg å være nyttige i forståelsen av tjenesten og hvordan den fungerer i forhold til deres målgruppe og samarbeidspartnere. I tillegg fikk jeg også et innblikk i hvordan en arbeidshverdag artet seg for Oppfølgingstjenesten og innsyn i hvordan de ansatte løste deres arbeidsoppgaver sammen med brukere og samarbeidspartnere. Gjennom observasjonene i deres daglige arbeidssituasjon fikk jeg observere intensiteten i arbeidsmengden og hvordan tjenesten håndterte akutte situasjoner med brukerne og løsningene. På denne måten ble jeg klar over at Oppfølgingstjenesten var noe mer enn en kommunal oppfølgingstjeneste. For noen av brukerne var Oppfølgingstjenesten en sosial arena som de kunne oppsøke for en uformell prat og oppdateringer av deres situasjon her og nå. Dette har vært viktig arena for brukerne og observasjonene har på denne måten vært med på å danne helhetlig bilde av Oppfølgingstjenestens arbeid i deres daglige arbeid.

De kvantitative dataene som er benyttet i denne rapporten har bestått i Oppfølgingstjenestens statusrapport av deres brukere, som er gjengitt i tabellene

utover i rapporten. Datagrunnlaget har tatt utgangspunkt i en statusrapport utført den 1. november 2011.



# Kunnskapsstatus

## Kunnskap om personer med rusproblematikk og psykiske lidelser

På bakgrunn av Stortingsmeldingen: *Åpenhet og helhet* (St. meld. Nr. 25 (1996-97)), foretok Statens Helsetilsyn en kartlegging av personer med samtidig psykiske lidelser og omfattende misbruk av rusmidler (Statens helsetilsyn 2000). Kartleggingen konkluderte med at cirka 4000 alkohol/stoffmisbrukere har psykiske lidelser av en så alvorlig karakter at de har særskilte behov for behandlingstiltak for sine psykiske problemer utover de behandlingstilbudene som fantes på kartleggingstidspunktet i 1999 (Statens helsetilsyn 2000).

Kartleggingen resulterte i 2 større grupper med utgangspunkt i hvorvidt pasientene har lidelser hvor utagering utgjør et hovedelement i atferden eller ikke. Inndelingen har i etterkant blitt et referansepunkt i den nasjonale debatten (Øverås og Fyhn 2006, Evjen et al. 2012). Dem som ikke ble definert som utagerende ble omtalt som sårbare og inkluderte personer med lidelser som; psykoser, alvorlige depresjoner, angstlidelser, spiseforstyrrelser og enkelte personlighetsforstyrrelser (Statens helsetilsyn 2000).

Målgruppen er likevel ikke en homogen gruppe og både utfordringene og individene kjennetegnes ved at de er ulike fra person til person (Drake et al. 2006, Evjen et al. 2012) Følgende beskrivelser er derfor ikke en uttømmende liste, men representerer eksempler på hvem målgruppen kan omfatte:

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser som har sonet dommer eller vært innlagt i sikkerhetsavdeling og som kan ha risiko for voldelig atferd

Mennesker med flyktning- og/eller innvandrerbakgrunn og store psykiske lidelser

Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse/ dobbeltdiagnose

Personer med ADHD og autistiske trekk med betydelige samhandlingsvansker

Personer med alvorlige spiseforstyrrelser, selvskading og suicidalitet, personlighetsforstyrrelser eller psykisk utviklingshemming kombinert med alvorlig psykisk lidelse.

Det er altså mange ulike enkeltindivider med sammensatte lidelser. På tross av store individuelle forskjeller, kjennetegnes de personene som erfaringsmessig er i behov av særlig tilretteleggelse, ofte av en livssituasjon preget av ustabilitet og at de har sammensatte behov. Det er også vanlig at disse personene har en rekke tilleggsutfordringer som: 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 av spesialisthelsetjenesten på grunn av mangel på egnet bolig, bostedsløshet eller problem med å opprettholde et botilbud, rusmiddelmisbruk, problem med nabolaget og somatiske lidelser.

### **Betydningen av forholdet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker**

De relasjonelle determinantene handler om forholdet mellom tjenestemottakeren og tjenesteyterne (San Martin-Rodriguez et al. 2005). I denne sammenheng er også relasjonen mellom tjenestemottakeren og andre deler av deres nærmiljø sentralt. Viktige elementer her er for eksempel individuelle holdninger blant tjenesteyterne. Det ser ut som om en del sentrale begreper som respekt, følelse av å bli sett er avgjørende for i hvilken grad tjenestemottakerne kan nyttiggjøre seg det tilbudet de får.



I Norge synes fokuset på forholdet mellom tjenesteyter og tjenstemottaker på kommunalt plan i stor grad å konsentrere seg om "Recovery"<sup>1</sup> (Kolstad 2005). En interessant studie i denne sammenheng er gjort av Borg et al. (2004) hvor intensjonen var å undersøke hvordan tjenstemottakerne opplevde hjelperelasjoner. Undersøkelsen hadde et intensivt design med individuelle intervjuer av 15 personer (8 kvinner og 7 menn). Informantene hadde til felles at de oppfattet at de var eller hadde vært i en bedringsprosess og opplevde at de kunne håndtere livet sitt og at offentlige eller andre tjenester de hadde mottatt, hadde bidratt til bedringsprosessen. Den mest betydningsfulle faktoren i følge informantene var at tjenesteyterne viste empati, respekt og generelt personlig engasjement (Borg et al. 2004).

En annen studie som også relaterer seg til bedringsprosesser blant personer med psykiske lidelser og hvordan de håndterte livet sitt i deres daglige utfordringer, viser at hovedutfordringene var de daglige utfordringene de møtte i samspill med andre (Borg og Davidson 2008). Informantene i studiet hadde til felles at de disponerte egen bolig, oppfattet at de var eller hadde vært i en bedringsprosess, mente at de kunne håndtere livet sitt og at offentlige og/eller andre tjenester de hadde mottatt hadde bidratt til bedringsprosessen. Historiene informantene forteller viser tydelig at de oppfatter "recovery" som en sosial prosess. Studien trekker frem fire hovedtemaer i informantenes historier: betydningen av å ha et normalt liv, innlede bedringsprosessen ved "just doing it" finne frem til måter å gjøre livet enklere på og være god mot seg selv (Borg og Davidson 2008).

Et utgangspunkt for gode bedringsprosesser er å forstå at dagliglivets små trivialiteter er langt fra trivielle. Psykiske lidelser påvirkes ikke bare av en eller annen behandling. Sentrale spørsmål som hvordan man skal få betalt regningene sine og fortsette eventuell utdanning opptar også mennesker med

---

<sup>1</sup> På norsk bedring.

psykiske lidelser. Andre problemstillinger som søvnproblemer og hvordan man skal opprettholde kontakt med vennene opptar også informantene i denne studien (Ibid).

Gode bedringsprosesser må derfor bygge på en forståelse av at også slike utfordringer må møtes. Det andre poenget forfatterne trekker frem er at selv alvorlige psykisk lidelser kan ikke forstås isolert fra personens helhetlige situasjon. Også personer som lider av alvorlige psykisk lidelser beskriver et liv fylt av personlige interesser der regelmessig trening, hagearbeid, musikk, litteratur etc. kan være sentrale elementer. Informantene gir klare eksempler på at deltakelse i slike aktiviteter kan bidra til å gjøre dagliglivet enklere for dem (Borg og Davidson 2008).

### **Betydningen av å ha et sted å bo**

Bolig og sosialt miljø/støtte er tema som synes å ha fått en stadig større plass i den norske strategien overfor brukergruppen. Boligsosialt arbeid tar utgangspunkt i minst tre ulike tiltak (NoU 2011:15). For det første handler det om å skaffe bolig til dem som trenger det. Neste steg er å sikre beboerne økonomisk på en slik måte at de kan beholde boligen og i siste fase handler det om å gi beboerne oppfølging i hjemmet for at de skal fungere der (NoU 2011: 15).

Borg et al. (2004) viser at betydningen av å ha et sted å bo er særlig viktig i bedringsprosesser for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Artikkelen bygger på data fra forskere i fire ulike land og er hentet fra individuelle intervjuer med et begrenset antall mennesker med alvorlige psykiske lidelser. På bakgrunn av disse intervjuene kategoriserer forfatterne hjem som bidro til bedringsprosesser med følgende fire beskrivelser: hjemmet er et sted for vekst

og utvikling. I hjemmet kunne informantene selv trekke seg tilbake og ”lade batteriene”. Et sted der de hadde fred, selv om det å få og opprettholde en hyggelig bolig kunne være en utfordring med små ressurser.

For det andre er hjemmet ett sted for kontroll. Hjemmet er en plass der de selv må ta kontroll over livet sitt. Det er der de må utfordre seg selv på å få til gode rutiner, stå opp om morgenen, holde orden etc. Når man får kontroll over slike forhold får man også troen på at man kan håndtere andre utfordringer. For det tredje er hjemmet en balansering av privatliv og sosial deltakelse. I eget hjem kan man selv bestemme når man vil være for seg selv og når man vil ta kontakt med andre. Den følelsen av overvåking man kan oppleve på institusjon unngår man hvis man har egen bolig. For det fjerde representerer boliget sted man lengter etter og drømmer om – de som mangler bolig ønsker seg en. Slike ønsker bidrar til at mennesker har håp om et bedre liv og blir opptatt av å benytte de mulighetene som oppstår (Borg et al. 2005).

Konklusjonen i artikkelen er at bolig er mer enn en fysisk struktur.

Tjenestetilbud som tar sikte på å legge til rette for opptrening i eget hjem bør ha respekt for hvordan beboerne opplever boligen sin. Tjenesteyterne bør legge mer vekt på hvordan de kan fungere mer som veileder enn som instruktør. Fokus bør først og fremst være hvordan man benytte lokalmiljøet som en ressurs og hvordan man som tjenesteyter kan bistå en person i en slik strategi (Borg et al. 2005).

### **Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning var opprinnelig en form for motmakt overfor den profesjonelle kompetansen, men vi ser i dag at det å legge til rette for brukermedvirkning er blitt en del av den profesjonelle kompetansen (Hansen et al. 2009). Flertallet av tjenesteutøverne er derfor positive til brukermedvirkning

og legger i stor grad til rette for det. Problemet er mer knyttet til hvorvidt rammebetingelsene i tilstrekkeliggrad er lagt til rette for brukervedvirkning. I tillegg er brukernes manglende evne til selv å gjøre relevante valg en hindring for brukervedvirkning. Det synes dessuten at brukervedvirkningen for tjenesteyterne i stor grad begrenses av at de ikke aksepterer avgjørelser de oppfatter som utenfor akseptable rammer.

## Organiseringen innad i Oppfølgingstjenesten

Oppfølgingstjenesten ble gradvis bygd opp fra 1 ansatt i 2005 til 6 årsverk i 2009. Helt fra opprettelsen av tjenesten har det vært viktig å ha et godt samarbeid med bydelens boligkontor i forhold til søknad om bolig til bydelen, for brukere som er på institusjoner. Kartleggingsarbeidet av oppfølgingsbehov og forberedelser for innflytting i bolig har vært en sentral del av forarbeidet som tjenesten har vektlagt fra første stund i deres møte med brukerne.

Oppfølgingstjenesten er basert på turnustjeneste med dag, kveld og helgevakter, hvor 2 ansatte utgjør hvert vaktlag. De ansatte følger også turnus på helligdager. Begrunnelsen for turnustjeneste er å tilpasse brukerens behov. Brukerne har behov for tjenesten utover vanlig arbeidstid, i helgene og ikke minst på helligdager.

*... ”Det som er veldig greit her at vi som jobber her har innsikt i alle brukerne sånn at det ikke blir det er min bruker. Vi ruller her hele tiden sånn at vi får litt avlastning. Og det er jo det som gjør det så bra. Vi blir på en måte ikke så slitne da når vi ruller hele tiden og det er en kjempefordel. Men også det at vi snakker en del i lag, vi blir jo, vi har jo noen kveldvakter i uken og vi snakker jo veldig mye i lag. Og jobber veldig mye sammen. Vi går jo to og to. Så det er jo en kjempefordel... ”(ansatt)*

Alle ansatte har tidligere arbeidserfaring innenfor feltet:

rusproblematikk/psykisk helsearbeid. Deres utdanningsbakgrunn er hovedsakelig innenfor sosialfag. Ingen av de ansatte har helse- eller medisinskfaglig utdanningsbakgrunn, noe som betyr at tjenesten ikke deler ut eller har ansvar for medisinbruken til sine brukere. Dette er likevel ikke hovedårsaken til at medisinutdeling ikke gjøres av oppfølgingstjenesten. Det er

et bevisst valg av hensyn til relasjonsbyggingen at oppfølgingstjenestens rolle er avgrenset fra medisiner.

De ansatte i tjenesten har primæransvar for utvalgte brukere men de rullerer likevel på brukerne slik at alle kjenner alle. Dette er virksomt på flere områder, ikke minst med hensyn til at de ansatte har turnusarbeid med dag- og kveldsvakter. Denne arbeidssituasjonen resulterer i at alle i tjenesten må kjenne til planer og avtaler for den enkelte bruker. Dette har Oppfølgingstjenesten løst på en virksom måte ved at alle skriver inn planer og avtaler som blir etablert gjennom arbeidsøkten, i en felles avtaleboken som alltid er tilgjengelig på kontoret. Denne organiseringen av planer og avtaler gjør at alle til enhver tid har innsyn i hverandres avtaler med brukere slik at neste vaktlag kan overta videreføre det som er planlagt. Avtaleboken sikrer kontinuiteten både for brukerne og de ansatte.

I tillegg til å kjenne sine brukere har det vært viktig for de ansatte i Oppfølgingstjenesten å ha tid til hverandre som kollegaer.

*”... Jeg tror også det er viktig å ta seg tid til hverandre som kollegaer. Veldig viktig med kollegaer at vi er veldig åpne og snakker ut om alt. Oss kollegaer imellom har veldig mye å si. Og det der med å være to, det er en fordel. Vi har støttepersoner rundt oss hele tiden. Jeg tror at uansett hvilken person man er så kan man ikke alltid være så sterk innenfor dette arbeidsområdet...” (ansatt)*

## **Kjennetegn ved brukerne av Oppfølgingstjenesten**

Kjønnsfordelingen blant brukerne av tjenesten viste seg å være 8 kvinner og 16 menn i november 2011. Denne fordelingen, hvor kvinner utgjør ca 1/3 viser seg

å være lik andre hjelpe- eller behandlingstiltak rettet mot personer med psykiske lidelser og rusproblematikk (Taksdal 1997, Skutle et al. 2005, Øverås og Fyhn 2006, Duckert et al. 2008). Menn dominerer også i hjelpe- og oppfølgingstiltak rettet mot personer med rusproblematikk og psykiske lidelser utenfor spesialisthelsetjenesten (Øverås og Fyhn 2006). Alderfordelingen blant brukerne var pr. november 2011 mellom 22 og 67 år og indikerer at Oppfølgingstjenesten når ut til en bred alders sammensatt gruppe mennesker i bydel Alna.

Tabell 2 viser fordelingen av psykiske lidelser blant brukerne av tjenesten.

**Tabell 2: Psykiske lidelser**

<b>Psykiske lidelser</b>	<b>Antall brukere</b>
Schizofreni	8
Psykose	3
Depressiv lidelse/angst	4
ADHD	3
Personlighetsforstyrrelse	2
Posttraumatisk stressyndrom	3
Bipolare lidelser	1
Pr. Nov. 2011	

Fordelingen pr. november 2011 viser at 1/3 av brukerne oppgir Schizofreni som hoveddiagnose for psykiske lidelser.

Alle brukerne som Oppfølgingstjenesten fulgte opp pr. november 2011, definerte seg som rusavhengige og tabellen under gir en oversikt over hvilke typer rusmidler som ble definert som hovedrusmiddelet i november 2011.

**Tabell 3: Rusproblematikk**

<b>Rusproblematikk</b>	<b>Antall brukere</b>
Metadon	3
Amfetamin/kokain	7
Illegalt medikamentbruk	4
Alkohol	8
Hasj	3
Heroin	2
Pr. Nov. 2011	

Tabell 3 viser at alkohol og amfetamin/kokain var hovedrusmiddelene for omtrent halvparten av brukerne. Tabell 2 og 3 kan tyde på at brukerne som var aktive i Oppfølgingstjenesten i november 2011 oppga lidelser som i Stortingsmelding nr 25 (1996-97) ble definert som en av de største utfordringene i psykisk helsevern. I samme Stortingsmelding ble det hevdet at personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet ofte faller mellom to stoler, ved at rusbehandling har store problemer med å takle personer med psykiske lidelser og at psykisk helsevern ofte avviser personer med rusproblematikk. Stortingsmelding nr: 25 (1996-97) understreker derfor betydningen av å prioritere personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet med egne behandlingstiltak, både poliklinisk og ved institusjonell behandling.

## **Samarbeidet med pårørende**

Kontakten med pårørende vektlegges av Oppfølgingstjenestensom brukerne samtykker til samarbeid. Tabell 5 viser hvor mange pårørende som hadde samarbeid med Oppfølgingstjenesten pr. november 2011.

**Tabell 4: Samarbeid med pårørende**

<b>Pårørende</b>	<b>Antall brukere</b>
Samarbeid med pårørende	13
Uten samarbeid med pårørende	11
	Pr. Nov 2011

Oppfølgingstjenesten er opptatt av samarbeidet med pårørende og understreker derfor sitt ansvar for oppfølgingen i det daglige og koordineringen av tjenestene, slik at pårørende i større grad kan være familie og ikke ta ansvar for behandling og tiltak. Oppfølgingstjenesten registrerer også systematisk nærmeste pårørende for alle brukere av tjenesten slik at de kan kontaktes dersom noe skjer med brukerne. Og dette oppleves som trygt og forutsigbart for



pårørende. Flere av dem opplever at tjenesten tar ansvar og følger opp de avtaler som er avtalt. Og dette skaper trygge og forutsigbare rammer både for brukerne men også for pårørende. Gjennom forutsigbarheten skapes det trygghet for at deres slektninger blir ivaretatt. I tillegg har de pårørende muligheten til å kontakte Oppfølgingstjenesten dersom de har behov eller er bekymret for deres slektninger.

Styrken i arbeidet til Oppfølgingstjenesten vurderes også ut i fra deres tilgjengelighet. Det er lett å få tak i dem og de er tilgjengelige, både på kvelder og i helgene, når de fleste andre tjenester er stengt. Dette gjør at pårørende ikke er alene om å vurdere situasjonen. De vet at Oppfølgingstjenesten også følger opp og vurderer situasjonen til deres slektninger og ringer dem dersom noe skjer eller at de er bekymret. På denne måten ivaretar Oppfølgingstjenesten også pårørende gjennom trygghet om at deres slektninger blir ivaretatt og fulgt opp i det daglige. Flere har også fått tips om aktuelle steder for pårørende og på denne måten har de selv erfart å få hjelp av tjenesten. På denne måten tar tjenesten både brukerne og pårørende på alvor.

## **Det sirkulære perspektiv**

I det daglige arbeidet med målgruppen vektlegger Oppfølgingstjenesten at tiltaksnettverket også skal fungere i ustabile perioder og uavhengig av enkeltpersoner. Det sirkulære perspektivet innebærer at en ny innleggelse ikke er et nederlag, verken for brukerne eller tjenesten men en del av prosessen. I perioder vil det være behov for akutte innleggelser i spesialisthelsetjenesten for flere av Oppfølgingstjenestens brukere. Og i stedet for å avslutte tjenesten fortsetter samarbeidet dersom brukerne har planer om å komme tilbake til bydelen og fortsette boforholdet i etterkant.

I det miljøterapeutiske arbeidet vektlegger tjenesten selvstendighet og økt livskvalitet gjennom individuelt tilrettelagt hjelp som skal bidra til en verdig tilværelse i et varig boforhold.

*«... Det er jo miljøterapi, individuelt tilrettelagt da. Hva er det du ønsker at vi kan gjøre for deg? Og så ta utgangspunkt i det. Folk må få velge selv hva de trenger. Jeg tror det er mye det å fokusere på det som faktisk fungerer da. Det er faktisk noe som fungerer. Jeg tror også det handler om koordineringen. Trua på at den koordineringen er med på å stabilisere. At det er det som er stabilt i tilværelsen også, til folk som lever så ustabilt...»(ansatt)*

Oppfølgingstjenesten vektlegger rehabilitering som en individuell prosess:

*...”Utgangspunktet er den enkeltes individuelle mål og behov for tjenester, ikke målene eller behovene til en gruppe, diagnosegruppe. Heller ikke de med såkalte ”dobbeltdiagnose”. Betydningen av begrepet mestring eller empowerment i definisjonen av rehabilitering, peker mot det å ta makt og myndighet over eget liv. En verdig bosituasjon er grunnleggende for å kunne oppnå makt og myndighet over eget liv! Også for denne målgruppen..”.*  
(Statusrapport for Oppfølgingstjenesten 2005-2009).

Hovedpoenget for Oppfølgingstjenesten er å ta utgangspunkt i brukerne i deres hjem og ikke nødvendigvis et mål om fremtidig behandling i spesialisthelsetjeneste. Dette skiller Oppfølgingstjenesten fra andre oppsøkende virksomheter hvor det endelige målet ofte er behandling. Evalueringen av ROP Tøyen viser at hovedvekten av brukerne ble overført til andre behandlingstiltak i spesialisthelsetjenesten etter utskrivelse fra prosjektet (Øverås og Fyhn 2006). Oppfølgingstjenesten målsetting er i stedet å være tilgjengelige i brukernes hverdag.

*... ”Noen greier å bo men trenger hjelp til behandlingstimer. Andre trenger hjelp til aktiviteter for å unngå alkohol og rusmidler. Da prøver vi å tilrettelegge med aktiviteter som kan passe. Prøve å få dem som drikker alkohol til flere ikke drikke perioder. Men disse som bruker Amfetamin er det kjempevanskelig å få gjort noe med. Det må jeg bare innrømme. Men så har vi klart å få dem til å bo!!... ”.(ansatt)*

Rusmiddelbruken som flere av brukerne sliter med kan være utfordrende å forholde seg til og vanskelig å håndtere for de ansatte. Det gjør at det i enkelte perioder kan være vanskelig å få gjennomført de planlagte aktivitetene med brukerne.

*”... Planlagte dager blir jo sjelden slik vi tror. Og det er helt greit å gå utover det som vi setter opp som en plan for dagen og så blir det prata godt når vi kommer inn på kontoret her. Så jeg føler faktisk at jeg står i en jobb hvor jeg kan gå litt utover det som liksom er fastsatt, for å klare å trives i egen bolig...”*  
*(ansatt).*

Fleksibiliteten som illustreres i sitatet ovenfor peker på minst to viktige forhold ved Oppfølgingstjenesten. På den ene siden muliggjør en slik arbeidsmetode at man tar hensyn til hvilken tilstand og motivasjon brukerne har i situasjonen og på den andre siden kan et slikt utgangspunkt åpne opp for nye innfallsvinkler enn det som var planlagt. ”Recovery” forskningen har vært veldig opptatt av dette fokuset i deres forskning på hva som hjelper i psykisk helsearbeid. Borg & al. (2004) vektlegger betydningen av at tjenestemottakerne var tilgjengelige, særlig i de periodene tjenestemottakerne opplevde de største utfordringene, for eksempel på grunn av ekstrem angst. I slike sammenhenger ble det opplevd som sentralt at tjenesteyterne kunne være åpen på å forholde seg til tjenestemottakernes egne prioriteringer (Borg & al. 2004).

Bedringspotensialet til brukerne blir av de ansatte vurdert på følgende måter:

*... ”Når man har jobbet en stund i dette feltet så er man jo glad bare de gjør noen små fremskritt. Så er man jo kjempeglad for det. Man gjør det beste ut av hverdagen og håper på endringer. Og at de har det best mulig da. Så jeg føler at vi mange ganger får til veldig mye. Og setter litt pris på at ja, dette er på grunn av oss de har kommet seg et steg videre. ..” (ansatt)*

Tjenesten er flink til å understreke de små fremskritt og fastholde det sirkulære perspektivet i deres daglige arbeid med brukerne. Perspektivet hjelper de ansatte til å vektlegge de små prosessene av endringer blant deres brukere og jobber videre med dem uten å gi opp de fremtidige målsettingene som brukerne sammen med tjenesten og deres samarbeidspartnere har planlagt.

## **Betydningen av sosialt nettverk**

Oppfølgingstjenesten drar ofte på besøk til tidligere brukere som ønsker sosial kontakt med dem under deres opphold andre steder, som eksempelvis institusjonsbehandling. Dette utgjør en viktig del av deres arbeid til en gruppe mennesker som ofte har marginale nettverk utover destruktive rusmiljøer.

Tjenesten strekker seg langt for å bevare kontakten med brukere som ønsker det på tross av at de ikke alltid befinner seg i bydelen.

I deres daglig arbeid, vektlegger Oppfølgingstjenesten på ikke å bidra til at brukernes nettverk med andre rusmiddelavhengige utvides ved at de mottar hjelp fra tjenesten. Det organiseres derfor ikke felles sosiale treffpunkt som samler alle brukerne av Oppfølgingstjenesten. Alle miljøterapeutiske tiltak utføres individuelt mellom brukeren og tjenesten. Det legges ikke opp til sosiale

sammenkomster mellom brukerne av tjenestene. Og noe av begrunnelsen for at Oppfølgingstjenesten har valgt et individuelt perspektiv har sammenheng med tidligere jobberfaringer innen dette feltet.

*”...Min tidligere jobberfaring tilsier at det er bedre å jobbe med brukerne spredt enn å samle dem. Og utsagn som: jammen dere gjorde det jo sånn at jeg ble kjent med han og han. Det blir jo meningsløst. Det er jo dette som er problemet når brukerne er innlagt på institusjon, de får seg nye nettverk, som de bruker når de kommer ut. Og det trenger jo ikke vi å legge opp til. De får heller bruke oss som et nettverk...”*

Som påpekt i metodekapittelet fikk jeg tilgang til en rekke deltagende observasjoner av teamet og innblikk i deres arbeidshverdag. Dette betydde også innblikk i brukernes tilgang til tjenesten. Ved flere anledninger kom brukere uoppfordret på besøk til Oppfølgingstjenesten på deres kontor. Brukerne hadde ingen avtale men ønsket bare å stikke innom for en kopp kaffe. Det bemerkelsesverdige med besøkene var at dette var brukere som i utgangspunktet var engstelige for å være sosiale utenfor deres leilighet. Oppfølgingstjenesten har i denne sammenheng etablert relasjoner som gjør at brukerne aktivt oppsøker dem for en uformell prat utenfor de formelle avtalene. Dette kan tyde på at brukerne definerer tjenesten som noe mer enn profesjonelle hjelpere og mer som et slags nettverk.

## **Samarbeidet med andre tjenester**

Utfordringene i samarbeidet med parter utenfor Oppfølgingstjenesten viser seg på det systemiske nivået i akutte situasjoner. Flere av brukerne har alvorlige lidelser som i perioder medfører akutte innleggelse. Oppfølgingstjenesten har

ingen henvisningsrett til spesialisthelsetjenester og dermed kan det oppstå utfordringer i akutte medisinske situasjoner. Utfordringen er ikke unik for Oppfølgingstjenesten. Andre norske og internasjonale studier viser til samme utfordringer. For Oppfølgingstjenesten handler slike situasjoner om ventetid og utfordringer i forhold til å få tak i medisinsk personal med henvisningsmuligheter til akuttinnleggelse. Ettersom Oppfølgingstjenesten kjenner sine brukere godt er slike akutte situasjoner ofte preget av store utfordringer med hensyn til tiden det tar å få nødvendig helsehjelp. Et virksomt element som Oppfølgingstjenesten har vektlagt i slike situasjoner, har vært å knytte kontakter med denne delen av hjelpeapparatet. Dette har vært utfordrende ettersom tjenestene har endret seg, både i forhold til geografi og tiltak. En stor endring i denne sammenheng har vært bytte av sykehus. Tidligere tilhørte Oppfølgingstjenesten Aker sykehus i Oslo men etter 1. januar 2010 ble de overflyttet til Akershus sykehus (A-hus). Det har resultert i nye samarbeidspartnere å forholde seg til i akutte situasjoner. Overgangen har foreløpig fungert godt fordi Oppfølgingstjenesten har hatt fokus på å etablere kontakt med de mest aktuelle avdelingene på A-hus.

Oppfølgingstjenesten legger stor vekt på å ha godt kjennskap til sine samarbeidspartnere og NAV har også vært en sentral aktør.

*”... En stor del av brukergruppa har noen få saksbehandlere på NAV som vi kjenner og det er bra. Og de er det jo veldig lett å samarbeide med. De hører på hva vi har og si. Det hele handler om tillit. Det er spesielt to som man forholder seg veldig mye til. Det som er vanskelig er når andre brukere ikke har disse to i NAV og driver og bytter saksbehandlere hele tiden. Da må vi begynne på nytt igjen og igjen..”(ansatt).*

Beskrivelsen Oppfølgingstjenestens vurderinger av hva et godt samarbeid er inneholder høy grad av kjennskap og tillit til hverandres kunnskap.

På spørsmål om hva som kjennetegnet et dårlig samarbeid vurderte en av de ansatte det på følgende måte:

*”...Noen har en lei tendens til å love brukere noe de ikke kan holde. De lover for mye. Ja, dette skal jeg ordne. Så skjer det ikke. Dette er mest NAV. Vanskelig å få tak i dem. Opplever at noen svarer men ikke alle svarer på mail. Vi har 3 saksbehandlere på NAV som vi har veldig god kommunikasjon med. Så jeg tenker at det burde vært delt inn mer etter faste saksbehandlere. Savner litt mer informasjon om hva de ulike samarbeidspartene gjør med klientene. Gjør vi det samme eller? Vi snakker jo også med brukerne våre men snakker vi om det samme...”(ansatt).*

Beskrivelsen kan tyde på at det i enkelte samarbeidsrelasjoner kan være usikkerhet knyttet til hva de enkelte partene jobber med i forhold til brukerne. Sitatet tyder på at godt samarbeid har sammenheng med en åpen dialog med partene slik at alle vet hva som er blitt gjort og hva planene er videre i forhold til den enkelte bruker. Kommunikasjonen med samarbeidspartene vurderes som viktig og helt avgjørende for godt samarbeid og dette kan variere også innenfor samme tjeneste.

Fleksibilitet og tillit er sentrale nøkkelord når samarbeidspartnere skal beskrive deres samarbeidserfaringer med Oppfølgingstjenesten.

*” ...De tar alltid telefonen, de gjør det de sier de skal gjøre. De sier det de skal si. Hvis en har vilkår f. eks så kan de ringe og si nå har vi den dokumentasjonen... De er allsidige. Når du lager en avtale med dem så vet du at det blir gjort. Det er det som er så enkelt med dem..” (samarbeidspartner).*

Denne samarbeidspartneren vektlegger tillitten til at Oppfølgingstjenesten gjør det de sier at de skal gjøre i de sakene som de samarbeider om.

*”...Det som skiller Oppfølgingstjenesten fra andre tjenester er at de følger opp sine brukere under innleggelser i spesialisthelsetjenesten...”*

(samarbeidspartner).

Beskrivelsen ovenfor sier noe om fleksibiliteten i forhold til oppfølgingen av brukeren også når de er innlagt i spesialisthelsetjenesten. Brukerne blir fulgt opp gjennom besøk og telefonkontakt.

*”...Og de er jo veldig raske altså. Jeg tror også de har telefon på hele tiden så pasientene kan ringe når de er innlagt her i spesialisthelsetjenesten. Og vi kan kontakte dem hvis det er noe i helgene, så kommer de gjerne. Og det er jo veldig bra. Og det at de jobber i helgene er jo helt unikt. Fordi da er jo alt stengt...”*

(samarbeidspartner).

Samarbeidet med Oppfølgingstjenesten handler også om at tjenesten er tilgjengelig når alle andre tjenester er stengt. Denne fleksibiliteten gjennom turnus og helgevakter vurderes som unik og positivt både for samarbeidspartnere og ikke minst brukerne som jeg skal komme tilbake til i neste kapittel.

Fleksibiliteten og det ”å være rask” dreier seg også om å være praktisk tilgjengelige og i denne sammenheng har bilen som Oppfølgingstjenesten disponerer også en viktig rolle. Ikke bare bringer bilen som Oppfølgingstjenesten benytter, de ansatte rundt i bydelen, men den er også virksom for samarbeidspartnere og brukere av tjenesten. Oppfølgingstjenesten blir derfor et viktig bindeledd mellom alle partene også når det gjelder å få organisert ansvarsgruppemøter. I tillegg er bydel Alna er en bydel med store



avstander samt at samarbeidspartnerne er spredt utover Oslo og Akershus. Og med bilen som fremkomstmiddel blir tjenesten både fleksibel og ambulant. De kan være raskt på plass ved akutte behov både for brukere og deres samarbeidstjenester.

Tabell 4 viser hvilke tjenester brukerne benyttet utover Oppfølgingstjenesten og NAV i november 2011.

**Tabell 5: Samarbeid med andre tjenester**

Tjeneste	Antall brukere
DPS rehabiliteringsenhet	11
DPS poliklinikk	1
Psykolog, privat	1
Innlagt, rusbehandling, korttid	2
Psykolog, LAR	1
Uten behandlingskontakt	8
	Pr Nov. 2011

Tabell 4 viser at DPS ble brukt av flest antall brukere i november 2011. Av dem uten behandlingskontakt, ca 1/3 av brukerne, så hadde flere søkt eller hadde planer om å søke hjelp på spesialistnivå. Samarbeidet med andre tjenester er i hovedsak koplet til spesialiserte behandlingstjenester som Oppfølgingstjenesten ikke selv kan utføre. Dette skiller Oppfølgingstjenesten fra ACT teamene hvor medisinsk og psykologisk kompetanse er integrert i modellen (Mueseret al 2006, Øverås et al. 2006, Econ Rapport 2011: 013). Og her er det en viktig begrensning for Oppfølgingstjenesten som av de ansatte oppfattes som både en fordel og en utfordring. På den ene siden betyr dette at de slipper å bli forbundet med det medisinske ansvar som utsagnet nedenfor illustrerer.

*”Veldig glad for at vi ikke har noe med medisiner å gjøre. Det ville vært helt forferdelig. Det ville ødelagt relasjonen og da hadde vi nok blitt ”de derre” som*

*deler ut medisinerne. Helt hysteriske på telefonen og jeg skal ha medisinerne... ”(ansatt)*

På den andre siden har den sosialfaglige forrankringen noen utfordringer i forhold til deres brukergrupper.

*”...Vi har jo ikke psykologer eller leger i våre tjenester. Ikke at vi skal ha det, men det å bli hørt, vi kan vurdere, mange av oss kjenner brukerne veldig godt, og bør kanskje ikke få beskjed om at du bør dra til fastlegen din først. Veldig tungvindt og først måtte til fastlege så tilbake til ny vurdering før det eventuelt blir en innleggelse. Men dette er litt personavhengig... ”(ansatt).*

Flere av de ansatte påpeker utfordringene knyttet til det å få lagt inn brukerne i spesialisthelsetjenesten. Utfordringene er ofte knyttet til at de ansatte ikke har den medisinske kompetansen og dermed ikke henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten. Dette er et dilemma som på den ene siden styrker deres relasjon til brukerne mens på den andre siden kan skape utfordringer i forhold til akutte innleggelser.

## **Betydningen av relasjoner**

Etablering av sosialt nettverk er også en utfordring for brukerne av tjenesten. Mange av brukerne mangler et rusfritt nettverk og opplever det som vanskelig å komme i en posisjon hvor relasjoner kan etableres. En av brukerne uttrykker savnet etter et sosialt nettverk på følgende måte:

*”...Et sosialt nettverk vil være 90 % av et godt liv for meg men jeg er redd for å få venner som ikke er der når jeg trenger dem. Jeg kan ikke huske at jeg noen*

*gang har hatt venner. Og det er vanskelig å finne noen som er ålreite. Hvor skal jeg finne dem? ”...(bruker)*

Dette er et område som er vanskelig for Oppfølgingstjenesten å hjelpe til med. Deres muligheter for å bistå med etablering av sosiale relasjoner er ikke en prioritert oppgave utover å foreslå aktiviteter hvor sosiale relasjoner kan etableres men dette er ingen forutsetning for aktivitetene som organiseres av Oppfølgingstjenesten. De individuelle hensynene blir tatt men Oppfølgingstjenesten er avhengig av bydelens aktivitetstilbud som ikke nødvendigvis er tilpasset Oppfølgingstjenestens brukere. I tillegg er flere aktiviteter dyre og vanskelige å gjennomføre uten bistand fra Oppfølgingstjenesten. Flere av brukerne etterlyser steder eller aktiviteter som ikke er veldig dyre og tilrettelagt for personer under pensjonsalder. Uten sosiale væresteder er det vanskelig å endre livsstil eller etablere nye sosiale relasjoner. Dette er en utfordring som ligger utenfor rammene til Oppfølgingstjenesten men er likevel noe brukerne beskriver som viktig og utfordrende i deres hverdag. Det å finne et alternativt nettverk oppleves som vanskelig.

I intervjuene med brukerne ble relasjonen til de ansatte i Oppfølgingstjenesten vurdert som betydningsfull. Mange av brukerne fremhevdde at de hadde brukt lang tid på å etablere en god kontakt med tjenesten ettersom de fleste hadde mange negative erfaringer med hjelpeapparatet tidligere. Av tidligere dårlige erfaringer nevner brukerne frustrasjoner over høy grad av utskiftninger av ansatte og dårlig tid til å imøtekomme deres innspill til ønsker og behov for hjelp. Oppfølgingstjenesten utmerker seg i denne sammenheng med lav utskiftning av personal i løpet av den tiden tjenesten har eksistert. Dette har hatt stor betydning for kontinuiteten og stabiliteten i tjenesten både innad og utad. De ansatte kjenner deres brukere og vet hva som kan hjelpe i vanskelige perioder.

*”...Når jeg ikke har hatt noen andre så har de stilt opp for meg. Jeg har ringt til dem og de har kommet til meg. Vi har vært og bowla sammen. De har handla for meg, så jeg er i hvert fall veldig fornøyd med tilbudet som jeg har fått, de 2-3 årene jeg har vært en del av tjenesten...”(bruker).*

Beskrivelsen fra brukeren sier noe om betydningen som Oppfølgingstjenesten har hatt også i perioder med mye ensomhet.

*”...Ingen har gjort så mye for meg som disse her. De er verken leger eller psykiatere men de har lang erfaring...”(bruker)*

Beskrivelsen fra informanten sier noe om hvilken betydning kunnskapen og erfaringen de ansatte besitter i møtet med den enkelte bruker.

*”...Av ukjente årsaker greier jeg ikke å be om hjelp lengre og det fine med Oppfølgingstjenesten er at ringer og følger meg opp uten at jeg må be om det. Og det er jo helt utrolig og noe jeg ikke kan forvente”...(bruker)*

Beskrivelsen sier noe om relasjonen mellom brukeren og tjenesten.

Oppfølgingstjenesten kjenner sine brukere godt og har god oversikt over deres behov for oppfølging underveis.

*”...De kommer hjem en gang i uken til meg og da får jeg lufta ting pluss at jeg har avtaler på søndager, dra på kafe eller andre ting som tar vekk fokuset på alle problemene da...”(bruker)*

Sitatene fra brukerne kan tyde på at Oppfølgingstjenesten vektlegger relasjonen som et viktig utgangspunkt for deres samspill med brukerne. Relasjonen mellom brukerne og personalet tar tid å etablere. I denne sammenheng har

Oppfølgingstjenesten har en stor fordel ved at tjenesten ikke er tidsbestemt. Brukerne kan i prinsippet motta tjenester så lenge det er et behov for det. Fordelen virker også positivt for de ansatte.

*”.... Det er jo noe med kontinuiteten i dette her også. Det er ingen begrensning i tid, de kan være så lenge de trenger tjenesten. Vi har jo vedtak, som evalueres og revurderes. Det tar lang tid før vi kommer i en relasjon til brukerne og de skjønner hva vi er. Men vi kan ikke gi oss. Det går opp og ned...” (ansatt).*

Dette er en fordel som andre tjenestetiltak for samme målgruppe har påpekt som en utfordring (Øverås og Fyhn 2006 og Hansen og Fugletveit 2010). I evalueringen av ROP-Tøyen prosjektet, hvor tilbudet hadde en varighet på inntil 2 år, ble tidsavgrensningen vurdert som en utfordring fordi det tok tid å etablere en virksom relasjon mellom bruker og tjenesteapparat (Øverås og Fyhn 2006). Dette kan også koples til Borg og Davidson (2008) sin konklusjon av deres studie av hva som har skapt bedringsprosesser hos personer med psykiske lidelser. De som driver rehabilitering og behandlingsprogrammer gjør lurt i å forholde seg til menneskenes dagligliv. Personer med alvorlige psykiske lidelser er ikke bare kjennetegnet av deres diagnoser og symptomer. De tradisjonelle psykiatriske behandlingstilbud man kan tilby vil derfor vanligvis bare være en del av effektivt tjenestetilbud. Gode bedringsprosesser vil i stor grad være avhengige av at man også tar hensyn til de behov menneskene har for deltakelse i dagliglivets gjøremål, og legger til rette for helhetlige tjenestetilbud der behovet for bolig, inntekt, aktivitet etc. også blir ivaretatt (Borg & Davidson 2008).

**...” Vi er ambulante og sitter ikke på kontoret...”**

Rammene for Oppfølgingstjenestens oppgaver ovenfor brukerne er vide. De yter hjelp og bistand på mange ulike måter. De ansatte vektlegger deres arbeidsområder og oppgaver på følgende måter:

*”...For noen er Oppfølgingstjenesten en form for nettverk og støttekontakt. Noen er jo veldig opptatt av å være ute i friluft. Så det er jo en veldig fleksibel miljøterapeutfunksjon kan man si. Den dekker veldig mye. Og brukerne kan ringe oss dersom de har vanskelig så kommer vi og tar en prat. Det er faktisk en funksjon for flere av våre brukere. Tilgjengeligheten er jo der hver eneste dag, alle har hverandres mobil telefonnummer og kan ringes og få kontakt. Og det tror jeg er en kjempeviktig ting. Har en såpass stor grad av tilgjengelighet. Og med såpass stor hyppighet på avtaler, særlig med de vi vet har behov, har vi ikke tid i dag så prøver vi å møte dem i morgen. ..” (ansatt)*

*...” Vi er ambulante og sitter ikke på kontoret. Men det er ikke alle som umiddelbart slipper oss inn. Og da må vi starte opp et annet sted. Og se hva er det vi kan gjøre for å få det til. Vi får det stort sett til men vi har en sak nå hvor vi ikke får det til og tror ikke vi får det til...” (ansatt)*

*...”Vi har lagt et veldig lavt nivå. Da er det en suksess at de får til dette over tid. Hvis vi ser at de (brukerne) ikke betaler husleie så følger vi dem til sosialkontoret som innvilger frivillig forvaltning. Vi følger bokstavlig talt regningen fra postkassen. Den må ut og fram i dagen og så må den opp dit (sosialkontoret). Det er liksom den veien for å betalt regningen så er det å unngå abonnementer her og der. Så vi unngår sanne gjeldsfeller, alt fra Omega 3 til abonnementer og sanne ting. Så er det et veldig samarbeid på forvaltning*

*for de regningene som ligger. Den største utfordringen er mobilabonnement. Økonomien må være på plass og det er jo det helt grunnleggende. ..”(ansatt)*

Hjelpen er sammensatt og individuelt tilrettelagt ut i fra brukernes behov. Beskrivelsene ovenfor sier noe om fleksibiliteten og at tjenesten er brukerorientert på et individuelt nivå.

Oppfølgingstjenesten har god oversikt over brukerne og hvor de befinner seg. Dette blir verdsatt av brukerne også i akutte situasjoner.

*”...Jeg ble innlagt på sykehuset for en stund tilbake og hadde ligget der alene i mange timer og så plutselig uten at jeg hadde fått beskjed så dukket en av de ansatte i Oppfølgingstjenesten opp! Jeg ble så glad at jeg begynte å grine, jeg...”*

For mange av dem betyr tjenesten at de kommer seg til viktige behandlingstimer som de ellers ikke ville greid å møte opp til. Dette har bidratt til viktige bedringsprosesser for flere av brukerne. En av brukerne som har lang erfaring med tjenesteapparatet understreker viktigheten av denne muligheten for hjelp som han aldri tidligere har opplevd. Han skryter av tjenesten til andre brukere og føler seg veldig heldig som mottar hjelp fra dem. Brukeren mener at tjenesten hadde reddet livet og gitt muligheten til å bevare et bo forhold som betyr mye. Brukerne understreker at hjelpen som Oppfølgingstjenesten bidrar med er allsidig og omfatter alt fra å bli kjørt til viktige behandlingstimer til å motta gratis fotballbilletter slik at brukeren kan gjøre noe sosialt med andre. Hjelpen har bidratt til bedring på flere områder i brukerens liv. Oppfølgingstjenesten har hatt stor betydning for brukernes sosiale liv og bidrar til nye interesser som ikke nødvendigvis innebærer destruktive handlingsmønstre som skadelig rusinntak.

Dette perspektivet støttes også i studiet gjort av Borg et al. (2004). Informantene i dette studiet var opptatt av at behandlingen hadde vært viktig, men de beskriver sjelden samme behandlingssituasjon. I stedet ser det ut som om tjenestemottakerne er mer opptatt av behandlerens rolle og hvordan relasjonen fungerer. Det sentrale synes å være at man oppfatter et terapeutisk partnerskap bygget på likeverd. "Gode hjelpere" ble ofte beskrevet med egenskaper som snillhet, tålmodighet, humoristisk sans etc. I tillegg var det viktig at de "gode hjelpere" var i stand til å gjøre uventete ting, at de kunne avvike fra "reglene" dersom dette ble oppfattet som nødvendig (Borg et al. 2004).

En tilnærming til psykisk helsearbeid som innebærer at man tror at det er en ensidig prosess der den profesjonelle gjør tjenestemottakeren "frisk" er i følge Borg et al. 2004 foreldet. I stedet konkluderer de med at både deres egne og andres arbeid viser at det ikke er egenskaper verken ved tjenesteyter eller tjenestemottaker som er avgjørende, men derimot det som skapes mellom dem. Profesjonell opplæring er en viktig bakgrunn for de som skal yte tjenester men er likevel ikke en tilstrekkelig faktor for å skape gode bedringsprosesser (Borg et al 2004).



## **Avslutning: de virksomme faktorene i**

### **Oppfølgingstjenesten**

Oppfølgingstjenesten balanserer mellom brukernes behov for tett oppfølging som gir trygghet og mestring av hverdagens utfordringer, samtidig som brukerens selvstendighet og privatliv skal ivaretas. Og dette kan være utfordrende for tjenesten ettersom brukerne kan ha behov for mye hjelp i vanskelige overgangsfaser i livet. I slike situasjoner kan det også være vanskelig å gi et tilstrekkelig tilbud, spesielt i forhold til sosiale aktiviteter som er tilpasset brukergruppen og som kan gi et sosialt utbytte over tid. Her er Oppfølgingstjenesten avhengig av bydelens tilbud og aktiviteter som ikke nødvendigvis er tilpasset alle brukerne av tjenesten. Likevel strekker Oppfølgingstjenesten seg langt for å finne tilbud og aktiviteter som kan passe de enkelte brukerne. Dette betyr mye for brukerne i faser hvor livet oppleves som vanskelig.

Samarbeidet innad i teamet fungerer godt. De har etablert gode rutiner for oppdateringer av hverandres avtaler og planer for dagen gjennom avtaleboken. I tillegg viser temaet en stor tillit til hverandre og har hyppige samtaler om status til brukergruppen og videre planer. Stabiliteten blant de ansatte er også et viktig element i denne sammenhengen. ”Turnoveren” blant de ansatte er lav og kan indikere at trivselen er høy. Tillitten og de virksomme samarbeidsrutinene innad i tjenesten kan skyldes et godt forankret lederskap og et godt arbeidsmiljø. Lederne har bygd opp tjenesten på erfaringer fra lignende tjenester tidligere og har derfor godt kjennskap til målgruppene og tjenestene. Erfaringene fra lederne har bidratt til å skape et godt og trygt arbeidsmiljø i en travel og stressende hverdag.

Et annet virksomt element for brukergruppen, er tjenestens faglige utgangspunkt. Gjennom den sirkulære forståelsen av brukerne har tjenesten fokus på at endring tar tid og at de små endringene har stor betydning i brukernes hverdagsliv.

Oppfølgingstjenesten har en god oversikt over sine brukere og kjenner deres samarbeidspartnere godt. Dette gjør at Oppfølgingstjenesten kan iverksette tiltak på effektive måter uten lang byråkratisk saksbehandlingstid. Flexibiliteten og tillitten til Oppfølgingstjenesten har resultert i gode samarbeidsforhold til deres samarbeidspartnere. De oppleves som ubyråkratiske og uproblematisk å samarbeide med. Dette har resultert i virksomme samarbeidsrelasjoner.

## Litteraturliste

- Borg, M og K. Kristiansen (2008) Recovery- oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, October 2004; 13 (5): 493-505.
- Borg M & Davidson L (2008): The nature of recovery as lived in everyday experience; *Journal of mental health*, April 2008; 17 (2): 129 – 140
- Borg M; Sells D; Topor A; Mezzina R; Marin I; Davidson L (2005): What Makes a House a Home: The Role of Material Resources in Recovery from Severe Mental Illness; *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8: 243 – 256
- Borg M & Kristiansen K (2004): Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services; *Journal of Mental Health*, October 2004; 13(5): 493-505
- Borg, M. og Topor, A. (2003) *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser.* Kommuneforlaget.
- Duckert, Lossius og Ravndal (2008) *Kvinner og alkohol.* Universitetsforlaget.
- EconPoyry 2011:013: *Oppsøkende virksomhet er bra for utsatte grupper. Evalueringen av forsøk med ACT i Mosseregionen.*
- Evjen, R.Øiern, T. og Boe Kielland (2012) *Dobbelt opp.* Om psykiske lidelser og rusmisbruk. Universitetsforlaget.
- Hansen, Gunnar Vold og Ragnhild Fugletveit (2010) ”...Vi driver og rydder hver uke vi...” *Evaluering av Oppsøkende rusteam i Moss/Rygge.* Høgskolen i Østfold, Oppdragsrapport 2010:2.
- Hansen, Gunnar Vold, Ragnhild Fugletveit og Petter Arvesen (2010) ”Pedalen”: *sykkelverksted og sykkelparkering.* Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2010:4.
- Hansen, Ramsdal, Feiring og Helgesen (2009) *Norway, mental health and WHO.* Know&Pol, [www.knowandpol.eu](http://www.knowandpol.eu)
- Mueser, Douglas, Noordsy, Drake og Fox (2006) *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser.* Universitetsforlaget.
- NoU 2011:15: *Rom for alle- en sosial boligpolitikk for framtiden.* Kommunal- og regionaldepartementet.
- San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D`Amourog Ferrada-Videla (2005) The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1:132-147.

Skutle og Wormnes (2005) *Pandoras boks: Kvinner, kjærlighet til rus og håpet*. Stiftelsen Bergensklinikkene.

Statens helsetilsyn (2000) *Personer med samtidig alvorlige psykiske lidelser og omfattende rusmisbruk*. Utredningsserie 10: 2000. IK 2727.

Statusrapport for Oppfølgingstjenesten, Bydel Alna 2005-09. Upublisert.

St.prpnr: 63 (1997-98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2008*. Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsmelding nr: 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsmelding nr: 21 (1998-99) *Ansvar og meistring*. Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsmelding nr: 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Taksdal (1997) *Kvinnerettet rusbehandling*. Rusmiddeldirektoratet. Sosial- og helsedepartementet.

Thommesen, Hanne (2012) *Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer*. Gyldendal Akademiske.

Ulvestad, Asbjørn K., Arne Kristian Henriksen, Anne Grethe Tuseth og Tor Fjeldstad (2007) *Klienten- den glemte terapeut*. Gyldendal Akademiske

Vedung (1998) *Utvärdering i politikochförvaltning*. Lund: Studentlitteratur.

Øverås, Siv og Anders B. Fyhn (2006) *Fra døråpner til alibi. Evaluering av et femårig klinisk behandlingstiltak for personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk ved Tøyen DPS (ROP-Tøyen) Fafo – rapport 521*.