

**Ikke mine, ikke dine, men VÅRE pasienter:  
eksempler på samarbeid mellom kommune  
og DPS for mennesker med psykiske  
lidelser og omfattende behov for tjenester**

**K. Michael Thomsen**

**Høgskolen i Østfold  
Oppdragsrapport 2013:3**

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

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

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

Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2013:3

© Forfatteren/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-386-1

ISSN: 1504-5331



**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.

Innledningen og kapitlene: bakgrunn og faglig utgangspunkt er skrevet av Gunnar Vold Hansen. Resten av rapporten er skrevet av K. Michael Thomsen

Fredrikstad, januar 2013

Gunnar Vold Hansen

K. Michael Thomsen

Prosjektleder

# innhold

FORORD .....	3
Innledning.....	7
Bakgrunn .....	7
Faglig utgangspunkt .....	10
Sandnes.....	13
Litt om problemet.....	15
”Roald”. Hjelpeapparatet sett fra en bruker. ....	16
Hva kan vi lære av Roalds fortelling?.....	21
Brukermedvirkning .....	27
Mestringsenheten i Sandnes .....	31
Boliger til personer som ikke var vant til å bo. ....	33
Uenigheter kan skape vansker for samarbeidet .....	38
Uten dialog er det vanskelig å se noe fra andres perspektiv .....	40
UTPOSTEN. Om en avdeling som ble et fellesprosjekt.....	43
Kulturintegrasjon.....	45
De svakeste er ikke svake når miljøet er det rette.....	47

Kommunen stiller krav før utskrivning.....	49
Felles opplæring, felles måte å møte brukerne på.....	51
Vedtak – eller veien til å få hjelp .....	52
Felles fora for problemløsning og ide'generering. ....	54
Utenfor, innenfor.....	56
Noe av grunnlaget for et godt samarbeid i Sandnes. ....	58
Et samarbeid om felles mål – i tråd med sentrale føringer .....	62
Litteratur.....	64

---

## **Innledning**

Høgskolen i Østfold har fått i oppdrag fra NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) om å etablere et nasjonalt temanettverk for mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester. Dette nettverket skal fungere frem til slutten av 2012. Deltakere i nettverket skal representere kommuner, spesialisttjenestene og brukererfaringer.

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

## **Bakgrunn**

Dette temanettverket er opprettet av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. NAPHAs 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.

Temanettverket 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:

- 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 enkeltindivid 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 innleggelse.
- 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.

Temanettverket skal derfor ha et særlig fokus på hvordan kommunene kan organisere og yte sitt 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. Fokus i dette temanettverket er mennesker som har behov for omfattende tjenester.

Temanettverket tar utgangspunkt i egenskaper ved målgruppen, der kompleksiteten og det foranderlige i behov for tiltak og tjenester for den enkelte bruker er en hovedutfordring. 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.



## Sandnes

Sandnes er landets åttende største kommune med sine 67 000 innbyggere. Det er en by i vekst. Folketallet stiger og 43 % av befolkningen er under 30 år (Sandnes, kommunens hjemmeside). I 2011 fikk byen prisen som årets kulturkommune og byens fotballag rykket opp i eliteserien. Det er en by i medgang, og det kan utvilsomt ha gjort det lettere å ha sterke ambisjoner på byens vegne.

Kommunen har også ambisjoner og visjoner for den delen av tjenesteapparatet som tar seg av innbyggere med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester. Denne rapporten handler om hva et menneske med komplekse problemer har erfart som bruker av tjenester i Sandnes, og den handler om noen vellykte prosjekter Sandnes kommune gjennom Mestringsenheten har utviklet sammen med Sandnes DPS for den aktuelle målgruppen. Samarbeid er aldri enkelt, samtidig er det noen ganger nødvendig å samarbeide for å gi optimale tjenester.

Denne rapporten er ikke en vanlig evaluerings- eller forskningsrapport, men et forsøk på å formidle innsikter om lokale velferdssystemer sett fra en brukers ståsted, og skrive om de delene av samarbeidet Mestringsenheten og DPS i Sandnes synes fortjener å bli synliggjort, til inspirasjon og glede for andre. En viktig intensjon er at erfaringene som presenteres kan gi andre tjenesteytere grunnlag for å utforme tilsvarende tjenestetilbud (Vedung 1998).

Det er en svært sårbar gruppe mennesker vi har i fokus her, og vi skal se hjelpeapparatet og samarbeidet fra to synvinkler. Vi skal se hjelpeapparatet ”nedenfra”, slik en bruker har erfart det i sitt voksenliv gjennom flere år. Det er ment som et eksempel på hvor sammensatte og komplekse problemer og livssituasjoner ofte vil være for mennesker med psykiske lidelser som har behov

for omfattende tjenester. Denne pasientgruppen har få fortellere eller talsmenn<sup>1</sup>, så jeg er takknemlig for at ”Roald” satte av flere timer til intervju med meg. Samtidig må vi ikke glemme at personene «Roald» her representerer er unike og at livsløpene er individuelle. Likevel vil nok en del av det Roald har opplevd være gjenkjennbart for andre med liknende problemer. Hans beretning kan lære oss noe om hvordan det er å kjempe seg frem til et bedre liv, og hvor avgjørende det er at hjelpeapparatet og helperne er tilgjengelige når de trengs.

Dernest vil jeg sette fokus på ”hjelperne”, hvordan ulike instanser, statlig eller kommunal, har møtt problemer og funnet løsninger i fellesskap. Fokus blir her samarbeidet mellom den kommunale Mestringsenheten og Sandnes DPS (Distriktpsikiatrisk senter) i arbeidet med å løse floker for mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester. Vi skal se hvordan kommunen og DPS har vært i situasjoner hvor den ene parten ikke kan gjøre en optimal jobb uten samarbeid med den andre parten. Sandnes kommune har selv valgt samarbeidet med DPS som noe som er verdt å dele med andre. Innholdet i denne rapporten og konklusjonene i den står imidlertid forfatteren alene om.

Kildene er intervjuer av ledere i Mestringsenheten og DPS, og et intervju med en ung mann jeg kaller Roald, uten å røpe hans virkelige navn. I tillegg har jeg brukt sekundærkilder som evalueringsrapporten til Finnestad 2009, planer, mailkorrespondanse, kontrakter, avisoppslag og intervjuer publisert på internett, og to fagartikler som er skrevet av ansatte med ansvar for boligkollektiv i Sandnes.

---

<sup>1</sup>Et hederlig unntak fra Sandes er Finnestads rapport fra 2009: *Sammen om brukerkunnskap – psykisk helse*. „Ikke en doktoravhandling i arkiv 13“, Sandnes kommune 2009, og doktorgraden til Hanne Thommesen (2008) som har intervjuet 17 personer med dobbeltdiagnose. «Roald» er et fiktivt navn.

Korte sitater fra mine intervjuer er satt i anførselstegn, og lengre sitater er gjengitt i innrykkede avsnitt i teksten. Lengre sitater fra sekundærkilder er likeledes presentert i innrykket form. De fleste stedene vil det fremgå hvem eller hva som er kilden. Andre steder er det ikke så klart. Det er gjort bevisst fordi budskapet har vært viktigere enn hvilken person som stod bak uttalelsen.

## **Litt om problemet**

*- De har det jeg kaller uvanlige erfaringer. Det gjør at de i perioder kategoriseres som for eksempel fanger, bostedsløse, rusmisbrukere, alle disse kategoriene det finnes stigmatiserende holdninger til. Dette forteller Hanne Thommesen, forskeren og forfatteren av boken: Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer, i et intervju med Birgit Røe Mathisen i Forskning.no (2008).*

Denne rapporten handler ikke spesifikt om rus/psykiatri-problematikk, men betegnelsen: mennesker med uvanlige erfaringer, passer også for de menneskene som vi har fokus på i denne rapporten.

Noen pasientgrupper passer ikke inn i det normale bildet av den syke som trenger pleie, omsorg eller behandling. Dermed passer ikke oppskriften for hvordan den syke skal oppføre seg: om å oppsøke lege når symptomene melder seg, få diagnose, ta medisinen og høre på råd, for deretter å bli frisk igjen. Noen har fått dobbelt opp av problemer. Da blir sykerollen en litt annen, og perioden hvor du trenger hjelp blir lengre. Fremfor alt vil hjelpen måtte tunes inn etter pasientens varierende motivasjon, mestringsevne og allmenntilstand. Hjelperne må være forberedt på at pasienten ikke ønsker hjelp, eller hjelp i den form som blir tilbudt.

De pasientene vi snakker om her trenger ulike former for hjelp, og det vil variere over tid når de trenger de ulike tilbudene – og hvor omfattende hjelpen må være. De trenger hjelp av mer enn en instans for å kunne klare seg. For brukeren er det

viktig at de ulike systemene ”snakker” sammen, og har evnen til å se brukerens behov utover det de isolert selv kan bidra med.

Det er også viktig å se og ta hensyn til helheten av helse- og livsproblematikk som den enkelte bærer på. Thommesen (2008) skriver at hjelpeapparatet har lett for å rette mye oppmerksomhet mot annet enn det personene hun har intervjuet mener er hovedproblemet. Uten å ta brukerens oppfatning av egne vansker og problemer på alvor, uten å se at brukeren har med seg en hel bukett av utfordringer – da kan hjelpen bomme på behovet, eller føre til nye nederlag.

For at vi alle skal få litt mer innsikt i hvordan det er å leve med ”uvanlige erfaringer” skal vi lytte til hva en av kommunens unge menn har å fortelle, om seg selv, og om hjelpere han har møtt. Roald har i flere år vært bruker av de tjenestene i Sandnes som vi er opptatt av her. Han kan fortelle en del om hvordan det oppleves å være bruker av disse tjenestene, sett fra hans ståsted. Det passer desto bedre fordi Sandnes kommune en stund har brukt brukernes erfaringer som verdifull informasjon og korrektiv til egen tjenesteproduksjon. Rådet for psykisk helse skriver i sin rapport fra prosjektet «Sammen om brukerkunnskap i Sandnes» (KUP-rapport 2005-2008:5): «Det en bruker kan, må tjenesten ikke gå glipp av.» «En av de tingene vi er sikre på nå, er at brukernes kunnskap må brukes enda mer aktivt i tjenestetilbudet. Alt annet er ressursløsning.» Vår erfaringsleverandøren har vi kalt for Roald. Roald har erfaringer det er verdt å ta innover seg.

## **”Roald”. Hjelpeapparatet sett fra en bruker.**

*...så oppdaget jeg hasjrøyking gjennom noen kompiser- Jeg var litt sen.  
Jeg var vel passert 20 år akkurat før jeg begynte med det. ... Ja.. fikk*

*pengeproblemer til slutt. Skulle til Danmark for å kjøpe hasj. Ble tatt med noen kilo hasj, ble hevet i fengsel i Sverige, litt i Sverige, fikk to år.*

Det var mye som gikk galt med Roald etter hvert. Han bodde en periode i en leilighet med tre andre unge menn. En dag fikk de beskjed om å flytte ut. Roald flyttet hjem til mor. Det var ikke det han drømte om. Han ringte til ”Sandnes kommune”, og sa:

*- jeg har bodd sammen med noen, og blitt hevet ut. ... Nå står jeg i en knipe, og trenger et sted å bo litt kjapt. Jeg lurar på om dere kan hjelpe meg, rett og slett, eller vet om noen lure ting jeg kan gjøre.?.*

*- Jo bare vente litt, et lite øyeblikk. Jeg kan få nummeret ditt, så skal jeg ringe tilbake om en liten stund! sier stemmen fra Sandnes kommune.*

*- Ja, greit.*

*Jeg ga hjemmenummeret til mamma. Etter to minutter ringer hun tilbake.*

*- Hun spurte meg ikke om noe, liksom, om jeg var rusmisbruker eller hadde problemer eller noenting. Jeg var bare bostedsløs. Så etter to minutter ringer hun opp igjen. Jeg var liksom overrasket over at det gikk så kort tid. Så sier hun at det er noe ledig på noe som heter (STEDSNAVN). Jeg hadde aldri hørt om det. Så sier hun at det er kommunens sin oppsamlingssted, kollektiv plass for narkomane og litt forskjellige folk. Der er det ganske tung rusing, masse kriminalitet. Så jeg ble kastet inn i dette her. Så jeg sluttet å røyke hasj da jeg flyttet inn dit. Jeg holdt faktisk opp et halvt år.*

*Masse tung rus rundt meg. Vaktene var veldig klar over hvordan det var, men gjorde ikke noe. Lo litt når jeg fortalte at jeg ville være straight. Det var ofte slik med nye som kom, sa de. De spurte ikke om jeg var*

*rusmisbruker engang. De bare heiv meg inn der. De tok meg ikke til side. De spurte ikke om noe. Etter at jeg hadde prøvd så godt jeg kunne i et halvt år så ga jeg opp (å være nykter).*

Etter ca et halvt år her ”gadd” han ikke å holde ut lenger. ”Der gikk det galt til slutt”. Det lå ingen belønning i å holde seg rusfri, som den eneste på stedet. ”Det ble heroin og speed i tre år, 2002 – 2005.” Han synes fortsatt at det var merkelig at ”kommunen” ikke spurte mer, men tok det for gitt at han passet inn blant belastet klientell på stedet. Dessuten mener han at det var nesten umulig å holde seg selv rusfri i et slikt miljø. ”Jeg bodde jo midt oppi det”.

*Sakte og sikkert ble det verre. Det ble sprøyte, og det ble heroin. Speed. Psyken ble dårlig. Fikk i ikke sove. Speed eller ikke, det hadde liksom ikke så mye å si. I tre år bodde jeg på (stedsnavn). Det skjedde ingenting!*

*Så bodde jeg på gaten i et halvt års tid. Jeg sov i trappeoppganger, i høyblokker. Det var bare styr. Jeg sov under en trapp, og så snekret de igjen alt, slik at det ikke gikk å komme dit. Hardt var det, lå på bakken, men ikke kjempekaldt. Det var jo inne.*

Livet som uteligger tok omsider slutt da ”sosialen hjalp meg å få en leilighet i Sandnes sentrum”. ”Leiligheten” var et hospits i et gammelt hus, men ”mye bedre” ifølge Roald enn det han hadde bodd i tidligere. Han bodde her i et par år. På denne tiden kom han i kontakt med en lege som ville hjelpe han med rusproblemet, og ga han TMG-stikk (”Det likner på subutex, men er svakere, 0,4 mg, 20 ganger svakere”).

*Men jeg fant aldri roen før ... på slutten av tiden i hybelen der (i hospisset), da jeg brukte å gå til noen kompiser som bodde i et kollektiv drevet av et rus- og psykiatriteam i Sandnes. Der var det dagvakter, som*

*var der hele tiden, og som jeg ble kjent med. De fortalte.. ting jeg kunne gjøre.. og sånn. Så det jeg gjorde var å gå til sjefen deres igjen. Hun var sjef for det teamet. Jeg ønsket av alt i verden å komme ut av det, og om hun kunne finne en boplass der jeg kunne prøve å bo, der det var litt normale omstendigheter.*

*På den tiden var det bare et slikt hus, kollektivhus. Men hun undersøkte, og da var det ett til hus som de fikk tilbud om å kjøpe. Så hun fikk styre to slike kollektive hus. Hun hadde noen andre hus også, men der var det ikke noe rus. Det var bare to hus med rus og psykiatri. Så jeg var den som startet kjøp av hus nr. to kan du si. Så da jeg fikk flytte inn der, da var det ting begynte å snu.*

Da Roald flyttet inn i kollektivhuset - ”da var det ting begynte å snu”.

Hva er det som snudde for Roald? Han har ikke fortalt særlig nøye om det, men jeg tro det dreier seg om to ting. Hospitset var bare en midlertidig boligløsning. Slik Roald formidler det hadde hjelpeapparatet ennå ikke forstått alt han gikk og bar på. Ingenting skjedde med andre problemer som Roald hadde, bortsett fra at han fikk hjelp med rusproblemet sitt. Hans psykiske lidelse, som enda ikke var diagnostisert, gjorde Roald ekstra sårbar for krav og forventninger i stoffmiljøet. I kollektivet ”drevet av et rus- og psykiatriteam i Sandnes” møtte han ”straighte” folk som kunne fortelle han om et annet liv, og om muligheter han hadde dersom han ville selv. Sømme og Thorbjørnsen (2006) skriver om arbeidet ved det første bokollektivet for mennesker med dobbeltdiagnose at de så det som en viktig oppgave å hjelpe personer i beboernes nettverk som kom på besøk og ønsket samtale eller hjelp. Roald var en av de heldige som var en slik besøkende, og som gjennom det fikk ambisjoner og perspektiver med håp i. Det

var starten på at ”ting begynte å snu.” Etter hvert fikk han selv flytte inn i et bokollektiv med ansvarsbevisste ansatte på dagtid.

Året er 2009. Roar har bodd i kollektivet i et par år. Han har det bedre, men klarer ikke å holde seg helt rusfri. De andre i kollektivet har ingen planer om å kutte ut rus. ”Det ble ødelagt nattesøvn, litt fester og bråk,” forteller Roald. Men Roald vil noe annet. Han har mennesker rundt seg han stoler på, ikke minst hans faste kontaktperson. Denne dagen skulle han delta på et ansvarsgruppemøte. Og han hadde bestemt seg.

*Eg sa, jeg gidder ikke ruse meg mer, jeg vil levere rene prøver, hvis dere kan hjelpe meg med å skaffe meg en kommunal leilighet.*

Roald skulle få sin helt egen leilighet. ”det gikk de med på”.

*Jeg var så lei av alt som het stoff, miljø, folk, kriminalitet. Jeg hadde alt langt opp i halsen. Og jeg tror det kom fra... jeg var ikke interessert i dette miljøet. Jeg synes ikke det var noe kjekt eller spennende.*

*Lykken for meg var da ..... (navn på en ansatt i kommunen) sa til meg, ja hun var interessert i å hjelpe meg. ...Hvis ingen gjør noe for deg er det ingen grunn for å vise noe tilbake. Det betydde mye for meg. Det tok litt tid, men .. det betydde mye. (Jeg) fortalte henne veldig lite egentlig. At jeg ikke fikk sove, at jeg hadde det pyton og bare ville vekk. Så sier hun, jo – det vil hun prøve å gjøre noe med.*

Roald prøvde så godt han kunne. Han fikk en fast kontaktperson som han traff nesten daglig. Han deltok daglig i LAR-opplegg. Og endelig hadde han fått sin store drøm om egen bolig oppfylt. Han hadde ikke rusvenner i huset som han kunne legge skylden på. Men selv om det gikk i riktig retning så fikk Roald noen tilbakefall. ”...det var veldig vanskelig for jeg hadde ikke bestemt meg

helt, hvordan det skulle foregå videre. Så det var mye småtulling i begynnelsen, helt til, ja, liksom at jeg fant ut at det ga meg ingenting, jeg ville mer enn dette.”

*Da jeg skulle bli stoffri, ja da sa jeg det til alle rundt meg. Og av en eller annen grunn så fikk jeg veldig god respons. De holdt avstand (rusvenner og doplangere). De skrøt av meg, de hadde forståelse. Godt at jeg ikke har vært en jævel mot en masse folk. Nå fikk jeg igjen for liksom å prøve å være snill. Når jeg endelig ville noe så lot de meg prøve om jeg klarte meg, og det gjorde jeg jo.*

På mitt spørsmål om det er andre ting som har hatt avgjørende betydning for at det går bra med han nå, svarer Roald:

*Hun (...) er den som jeg snakker med hver dag når jeg skal hente medisiner. Hun er kontaktpersonen min. Det er hun som har vært med på alle ansvarsgruppemøtene mine, ja.. helt siden jeg var helt på bønn. Hun har vært med hele tiden, skrytt av meg, kjeftet..*

*Jeg: Hun har vært som en slags reservemor?*

*Roald: Ja. Jeg har tenkt tanken mange ganger. En gang i blant for mye.. Det er bare sånn hun er av natur...*

## **Hva kan vi lære av Roalds fortelling?**

Blant de erfaringene Roald har delt med oss gjennom et to-timers intervju vil jeg spesielt fremheve noen poenger som sentrale:

Roalds rutsjetur utfor er ikke et solo-prosjekt, men noe som skjer innenfor et sosialt miljø. Jevnaldrende eller litt eldre ”venner” er med på å forme Roalds

holdninger og handlinger: *så oppdaget jeg hasjrøyking gjennom noen kompiser.* Han drar eller blir sendt på smuglertur, blir tatt og satt i fengsel. Han får i fortsettelsen rikelig input på å velge feil, lite som oppmuntrer i omvendt retning. Det som opprører ham, nå flere år senere, er at ”kommunen” gjør ham en bjørnetjeneste når han ber dem om hjelp til å skaffe bolig. Han flytter inn i et bomiljø som er mer belastet enn han noensinne har sett. Ingen spør noe særlig om hvem han er og hva han strever med, så han antar at ”kommunen” tar for gitt at han er en erfaren rusmisbruker. Det stemmer ikke med det selvbildet han har. Når han forteller ansatte hjelpearbeidere (”vakter”) at han vil holde seg rusfri, virker det som om de ikke tror på han, og han gir opp prosjektet sitt med å holde seg rusfri.

Mange mener at egen bolig er en menneskerett nær sagt uavhengig av den enkeltes helse, atferd og økonomi. Noen av oss må få hjelp til å skaffe tak over hodet. Samtidig er det ikke likegyldig hvilken boligløsning du får, hvilket miljø som er rundt, og hvilken type støtte og oppfølging du får. Sandnes kommune var kjapp og effektiv i å imøtekomme Roalds boligbehov. Likevel var den første kommunale boligen Roald fikk en dårlig løsning, slik han bedømmer det.

Nedoverbakken blir brattere. Roald ruser seg, blir uvenner med mor, ødelegger ting, får flere dommer, sover under en trapp, blir en hjemløs person.

Han forteller at oppturen kom etter at han hadde snakket med noen ansatte på Sandnes første boligkollektiv: ”jeg brukte å gå til noen kompiser som bodde i et kollektiv drevet av et rus- og psykiatriteam i Sandnes. Der var det dagvakter, som var der hele tiden, og som jeg ble kjent med. De fortalte.. ting jeg kunne gjøre.. og sånn. Så det jeg gjorde var å gå til sjefen deres igjen”. Veien inn i hjelpeapparatet ble tilsynelatende litt tilfeldig, og likevel var det ikke tilfeldig. De to prosjektansatte som har skrevet om erfaringene med det første kollektivet

skriver også at de får kontakt med flere av venner og bekjente av de som bodde der, og at de snakket med dem og hjalp dem på ulikt vis (Sømme og Thorbjørnsen 2006). Roald var en av de som fikk opplysninger og litt nye perspektiver på livet og hjelpeapparatet gjennom ”dagvaktene” her. Fordi de ansatte gjorde mer enn mandatet deres krevde ble Roald involvert i uformelle samtaler her. Gjennom det ble han gjort oppmerksom på noen muligheter han hadde, og han ble motivert for å søke hjelp. Han møtte en leder for ”dagvaktene” som lovet å prøve å hjelpe han. Han fikk kontakt med en lege. Og han så at det fantes muligheter for slike som han til å få tak over hodet, og hjelp til å mestre en bosituasjon. ”Så det beste som skjedde meg det var at (saksbehandler) sa, ja, vi vil hjelpe deg. Da ville jeg vise noe tilbake. Det har mye å si. Hvis ingen gjør noe for deg er det ingen grunn for å vise noe tilbake. Det betydde mye for meg”.

Roald blir nå møtt av ansatte i kommunen som viser tillit til at han skal klare å forandre seg og sin situasjon, de er villige til å investere tid og ressurser på at han skal lykkes. Samtidig er det en tilsynelatende koordinert tjeneste fra flere instanser: Roald får diagnostisert sin psykiske lidelse, han bli LAR-pasient. Han får bolig ganske fort etter at han har lansert sin slagplan for sin egen fremtid. Han føler han blir tatt på alvor, han får en fast koordinator som følger han i mange år, og fremdeles er med han. Diagnosen han får gjør at han får rett til trygdeytelser.

Likevel er det karakteristisk i noen år at planene til Roald løper noen meter foran det han faktisk får utrettet. Med alle problemer, hvorav den psykiske lidelsen er en av dem, gjør at han ikke alltid oppfører seg som en A-4 pasient. Han mestrer det ikke. Hjelpeapparatet tar hensyn til hva Roald i øyeblikket faktisk klarer å gjøre. Det blir å ta Roalds behov på alvor. Det innebærer ikke at brukeren eller pasienten skal få leve i komfortsonen, uten utfordringer. Men forventningene fra

hjelpeapparatet ligger innenfor det som kan være realistisk mulig å få til. Roald får flytte inn i et boligkollektiv.

Noen år senere er Roald fortsatt ikke helt der han ville. Han lover rene prøver hvis han bare kan få et sted helt for seg selv. Rusenheten, og senere mestringsenheten, ser at Roald stadig klarer seg bedre, med noen tilbakefall, kanskje slik Roalds hjelpere ventet, men uten at disse forventningene ble gjort uttalt. Faktum er at Roald selv opplever å bli tatt på alvor: Når han forteller om sine ønsker og planer, ja, så støttes han på de endringene han vil gjøre med livet, og han får konkret respons uten å måtte stå i kø i månedsvis. Han får sin egen bolig.

Det har gått bra med Roald. Det flere faktorer som har medvirket til det. At han kom med i et LAR-program, hvor han fortsatt er med, er kanskje en selvsagt faktor. Men i tillegg er det faktorer som ikke er like åpenbare. For det første blir Roald møtt med respekt, av hjelpere som tar han på alvor, og som peker på alternativer til livet Roald har. For det andre så er det Roald selv som kommer frem til de valgene om endring som han gjør. Han presses ikke til disse valgene, og for Roald er det viktig at han er den som tar beslutningene. Fordi han blir møtt med velvillighet føler han at han står i gjeld til kommunen, en gjeld som forplikter. Det er med på å holde motivasjonen oppe. For det tredje har det nok betydning at hjelpeapparatet har toleranse for ikke-planlagte hendelser og ikke gir opp når Roald skjærer ut fra den planlagte kursen. Og til slutt er det to faktorer som har hatt avgjørende betydning: at Roald kjapt får hjelp når han ber om det, selv om det er så ”trege” hjelpetiltak som en ny boligløsning. Og uten Roalds ”skygge”, hans trofaste støttespiller og kontaktperson, som har fulgt han i alle år og faser mens Roald jobbet seg opp og fremover, så er det ikke sikkert at Roald hadde klart seg så bra i dag. Hun har bygget opp tillit, skapt trygghet i

relasjonen og utvist tålmodighet og toleranse også når det buttet imot for Roald. Roalds koordinator kjenner ham godt, og om det sier Roald:

*Det betyr vannvittig mye. Det betyr alt. Men det kan være noe dårlig med det også. Hun får vite mye, hun bygger jo opp en database, mer og mer og mer hver dag. Det kan være skremmende hvor mye hun vet. Men jeg tror det er viktig. Du ser jo de tre årene på ... (sted), da hadde jeg ikke noen kontaktperson. Og det skjedde jo ingenting. Så det er nok veldig viktig med den oppfølgingen.*

I tillegg så er det faktorer som ligger utenfor hjelpeapparatets kontroll, og det handler om relasjoner og utestående fordringer i forhold til rusmiljøet. Men Roald sier fra til alle at han vil kutte ut rus og handling, og fordi han har vært ”snill” så blir utmeldingen tilgitt uten videre.

Hjemløse, psykisk syke, gjerne med et rusproblem har vært en gruppe hjelptrengende som har stått langt nede på prioriteringslistene til velferds-Norge, eller som har vært utsatt for en nedverdiggende og urealistisk krav for å kvalifisere seg til et liv under eget tak. For Roald var det avgjørende at noen trodde på ham og viste det i praksis når han ville noe annet med livet sitt. I Roalds tilfelle var det også slik, etter hvert, at alle personene og instansene i det lokale hjelpeapparatet støttet opp om det Roald ville og prøvde å få til. I tillegg hadde de tålmodighet til å tåle at det ikke gikk entydig i riktig retning hver dag.

Roald har begynt å selge bladet for og av rusmisbrukere. Han forteller villig om fremtidsplanene sine, at han sparer penger og vil kjøpe en liten stue langt ute på landet, få seg hund, når han har spart lenge nok. ”Sa jeg det at jeg ville ha to km til nærmeste nabo? Jeg trives godt i mitt eget selskap.” Det har tatt noen år å komme dit han er nå, at han har kontroll over hverdagen sin, og livet ligner mer på det han ønsker for seg selv enn det gjorde for noen år siden.

Roalds beretning er et subjektivt vitnesbyrd. Samtidig illustrerer det hvor sammensatte problemene kan være, og fra ett ståsted forteller historien hans kanskje også om et lokalt hjelpeapparat i utvikling: Tilbudene samsvarer etter hvert så godt med de reelle behovene at historien ender godt. Det kan være at en slik forklaring i beste fall er ufullstendig: Roald har i løpet av disse årene fått flere erfaringer, modnet og fått en klarere formening om hva han egentlig ville med livet sitt. Likevel: Uten samtaler med kyndige personer i hjelpeapparatet vet vi ikke hva han i dag hadde sett på som egne muligheter.

## Brukermedvirkning

En av de faktorene som Roald selv legger vekt på er at han blir hørt, han blir tatt på alvor. Vi som leser beretningen hans legger merke til at hjelpeapparatet yter i hans tempo. Det han mener blir tatt på alvor, selv om han ikke lykkes med alle sine planer så fort som han tror at han skal klare det..

Sømme og Thorbjørnsen (2006 og 2007) målbærer et sterkt og entydig vitnesbyrd i fagartiklene sine om å respektere individets rett til å velge for seg selv. De skriver om beboere med dobbeltdiagnoser i et nystartet boligkollektiv. Jeg har senere fått en mail av Sømme, som er avdelingsleder i DD-teamet. Teamet har nå ansvar for å gi individuelt tilpassede tjenester til mennesker med samtidig rus og psykiske lidelser, i flere bokollektiver, og til 20 brukere som bor i egne leiligheter ute i kommunen. Hun skriver om situasjonen i 2012, der budskapet er like klart og tydelig som før:

*Vi streber etter minimalt av paternalisme. Vi tenker likeverd og at brukeren har råderett over eget liv. Ved å gi ansvar over til brukeren (der det hører hjemme), må vi gi tapt på kontrollen. Jeg tenker at ved å vise tillit og være åpen kan vi på en god måte styre mot endring, men det går i brukerens tempo.*

Finnestad 2009 er også et eksempel på at brukernes stemme tas på alvor: Rapporten er et overflødigshorn av hva brukere mener om tjenestetilbudet. Hanne Thommesen har et interaksjonistisk perspektiv på identiteten til de 17 individene hun intervjuet til sin doktorgrad (2008). Hennes funn gjelder generelt: Det innebærer at ethvert møte med andre mennesker også blir et møte med seg selv. Brukerne ser seg selv i den andres øyner, gjennom måten de blir møtt på og snakket til, om de og meningene deres blir respektert eller ikke. Det vil også gjelde alle møter med hjelpeapparatet: styrker den individets tro på eget

selvverd, eller opplever vedkommende at det bare er sykdommen eller den sosiale hjelpeløsheten som blir lagt merke til? Vår egen Roald understreker betydningen av dette: Når han ble møtt med tillit kom han i gjeld, positivt sett, i forhold hjelperne sine. Brukermedvirkning er en måte å vise respekt på og ta individuelle hensyn.

I St meld nr 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2001 skiller mellom den avanserte formen for innflytelse, brukerstyring, og den mer tradisjonelle brukermedvirkningen. ”*Brukermedvirkning vil seie at dei som blir påverka av eit vedtak, eller er brukar av tenester, får delta i prosessen før avgjerda blir teken. Brukarstyring inneber at brukarrepresentantane har fleirtal i dei organ som tek avgjerd.*”

Brukermedvirkning blir gjerne avgrenset i forhold til tjenesteleverandørens vilje til å dele på makten. Sandnes har kommet et stykke på vei her. Da Plan for psykisk helsearbeid 2011-2019 i Sandnes ble utarbeidet var Mental Helse Sandnes og lokallaget av ADHD Norge representert i ressursgruppen som uttalte seg om udekkede behov i Sandnes (s. 4 i Planen). Og samtidig er det interessant å legge merke til at det diskuteres løsninger som går lengre, der brukerstyring blir den riktige benevnelsen, hvis løsningene, foreløpig på ideplanet, lar seg realisere.

Sandnes DPS har også innført såkalt ”brukerstyrte senger”, dvs at brukere som har fått en slik rettighet kan bestemme seg for å overnatte og bli på DPS uten at noen overprøver dette, så sant en av de sengene som er reservert for dette formålet er ledig. Dette ble vedtatt av Helse Stavanger, og rutiner ble utarbeidet i 2010. (Samarbeidsrutiner april 2010, elektronisk vedlegg). Formålet med det var blant annet å gi tidligere hjelp, øke brukermedvirkning, forebygge sykdomsforverring og hindre akutte innleggelses og tvangsinnleggelses.

Pårørende trekkes også aktivt med når brukeren har flyttet inn i et bokollektiv. Pårørende er for eksempel med i ansvarsgrupper. ”Pårørende kan ringe oss eller stikke innom på kontoret for en prat. Personalet i bokollektivene oppmuntrer beboerne til å ha kontakt med familien. Vi tilbyr oss å kjøre og hente dersom de skal på besøk. Noen ganger ber pårørende om ikke bli kontaktet for en periode, fordi de er trøtte og slitne” (Sømme intervjuet av Kvaal 2010).



## Mestringsenheten i Sandnes

Denne rapporten handler om samarbeid om en helhetlig tilnærming, det vil si at flere sider av tilværelsen hos målgruppen blir ivaretatt. Helse, omsorg og hverdagsliv til mennesker med psykiske lidelser og omfattende hjelpebehov i Sandnes er bakgrunnen for det apparatet som er laget for å dekke akutte eller mer permanente behov. Noen ganger kan det være aktuelt med et behandlingstiltak, andre ganger handler det mer om rehabilitering eller om omsorgstiltak. Men først og fremst er det tale om en samlet innsats for å kunne imøtekomme et variert **og varierende** behov for en gruppe mennesker som ikke klarer seg selv. En sentral aktør i denne sammenhengen er Mestringsenheten i Sandnes kommune. En annen sentral aktør er DPS Sandnes.

Sandnes kommune er organisert administrativt på følgende måte: Under administrasjonssjefen (rådmannen) er det 83 selvstendige resultatenheter som er fordelt på følgende 4 tjenesteområder: Administrative tjenester, oppvekst, levekår og kultur og byutvikling. Plassert under ”**levkår**” finner vi Mestringsenheten fra 2010, som et resultat av sammenslåing av ”rus” og ”psykisk helse”. Mestringsenheten rådet etter sammenslåingen over 111 årsverk. ”Mestringsenheten er en resultatenhet i Levekår. Enheten er organisert som en bydekkende tjeneste som gir tjenester til voksne innen psykisk helse og rusvern.” ”Enheten gir tjenester fra ulike lokaliseringer i kommunen fordelt på 8 underavdelinger/seksjoner. Det er i tillegg tilknyttet flere prosjekter til enheten”. (Fra Sandnes kommune, hjemmeside, 28.09.2011)

”Målet (med sammenslåing til en enhet) var å bidra til at brukerne får mer helhetlige tjenester” (Plan for psykisk helsearbeid 2011-2019). De følgende kapitlene skal handle om Mestringsenhetens innsats for og samarbeid med andre

for mennesker med psykiske lidelser med omfattende og langvarige hjelpebehov.

Hjelpen fra mestringsenheten er avhengig av samarbeid med ulike kommuneinterne instanser og samarbeid med ”ytre” instanser som 2. linjetjenesten, husbanken og NAV. I tillegg kommer 3. sektor, brukerorganisasjoner som Mental Helse og RIO, fastleger og pårørende. I rapporten har vi begrenset oss til et lite antall konkrete samarbeidstiltak mellom Mestringsenheten og DPS. Hva blir løsningen for eksempel når kommunale ressurser og kompetanse ikke holder mål i forhold til en bruker som blir psykotisk? Den speilvendte siden av dette: hva gjør Mestringsenheten i kommunen når sykehuset, her: DPS sier fra om en pasient som er ferdigbehandlet, men som ikke har bolig? **Enkelt sagt vil jeg konsentrere meg om eksempler på situasjoner der problemløsningen for brukergruppen krever samarbeid mellom flere instanser, og der Mestringsenheten er den ene parten.** Hva har blitt gjort i slike situasjoner, hvor gode var løsningene, og hvordan fikk de det til?

## **Boliger til personer som ikke var vant til å bo.**

Psykisk helsearbeid i Sandnes kommune fikk 6.8 millioner i øremerkede midler i 2000. Det var knapt 19 årsverk til å gjøre jobben. Åtte år senere fikk kommunen vel 39 millioner i øremerkede midler, og antall årsverk hadde økt til 74 (Rogaland Revisjon 2010). Ekspansjonen gjorde det mulig å gi tilbud til flere. Finnestad 2009 skriver at den største ekspansjonen i antall ansatte som følge av opptrappingsplanen skjedde i forhold til de som jobbet i boliger. En leder i Sandnes kommune forteller dette:

*Etter vært tvang det seg frem, vi fikk to kollektiver, to hus, med tre menn i hvert, og med dobbeltdiagnoser. De var tunge både på rus og psykiatri. De ble nærmest hentet inn fra gaten. Ingen av dem hadde fast bopel. Og den ene brukte nærmest to år på flytte inn i kollektivet. ....det tok nesten to år før han kalte det et hjem.*

”Omsorg” som blant annet har hjemmetjenester, ble styrket med psykiatrimidler. Tanken var at ”omsorg” skulle gå på faste ”hjemmebesøk” til kollektivene på nattetid. Men ”omsorgsansatte” følte seg utrygge, og hadde heller ikke en faglig bakgrunn eller erfaringer som kunne forberede dem for denne typen oppgaver. Kommunen hadde ikke hatt nattevakter i kommunale bofellesskap før. De som jobbet i ”omsorg” var ikke trent i å arbeide med den problematikken de møtte i de nye kollektivene.

*... i den forbindelsen måtte vi ha nattevakter. Og da ansatte vi tre personer på deltid i ”omsorg” – og vi ber ”omsorg” om å gå inn i kollektivene og sjekke på natt, og det var ikke lett, for de var redde. De*

*var vant til å gå på sykehjemmene og hjem til somatisk syke folk, og plutselig stod de i problemstillinger som kunne være ganske tøffe.*

På forhånd var det flere som ventet at kollektivene skulle tiltrekke seg personer, men det viste seg å være en ubegrunnet frykt. Nattevaktene fikk beskjed om at det ikke var deres jobb å hive ut eventuelle ubudne gjester. Dersom de oppdaget husbråk skulle politiet tilkalles. Likevel var starten på dette ikke helt vellykket.

*Så jeg måtte ta beina fatt opp til lederen på DPS for å høre om vi kunne få til et samarbeid. Og det ble tatt opp på DPSet, og kort etter fikk jeg tilbakemelding om at dette ville de prøve. Mye frem og tilbake med personalgruppen, nattevaktene, for de måtte jo også overtales til å jobbe på DPS.*

Tre stillinger ble regelrett omplassert fra omsorg/kommunen inn i 2. linjen. ”De får lønn fra kommunen, men har altså sin arbeidsplass inne på DPSet”.

Fordelene var flere: Kommunen hadde ressursene, men ikke nok personell med trygghet og riktig kompetanse. DPS hadde kompetansen og kunne dele med de nyansatte, samtidig som de fikk styrket bemanningen sin på natten. I 2004 ble en felles nattevakttjeneste dannet for døgninstitusjonene, enten de var kommunale eller statlige.

*Så det ble da et større faglig miljø, og medarbeideren kunne reise rundt til kollektivene. Sandnes kommune har foreløpig innrettet seg så viselig at bofellesskapene ligger i rimelig nærhet av sentrum de fleste. Så det er ikke store avstandene, maks 5-10 min å kjøre mellom.*

*De som faktisk skulle gjøre jobben og innfinne seg i et nytt arbeidsmiljø, var skeptisk i starten. Det var en tøff prosess, vi hadde tillitsvalgte, for de vegret seg, hadde tilhørighet i kommunen, i omsorg. Og samtidig så*

*hadde vi nattevakter i 2. linjetjenesten, og de vegret seg også, for å gå ut. Så det var en prosess i seg selv å overtale ....*

*Nattevaktene på DPS, med fire sengeposter, hadde ikke tidligere hatt oppgaver med oppsøkende hjemmebesøk. De falt ikke umiddelbart for de nye oppgavene som ble stilt i sikte. Etter hvert fikk ledelsen ved DPS og lederen for bofellesskapene overbevist de ansatte om at det var verdt å prøve. Det ble et større fagmiljø på DPS, sponset av kommunale midler. Oppgavene ble utvidet, og gjaldt ikke lenger bare inneliggende pasienter. Alle lærte noe nytt.*

*Men det var litt av historien om nattevaktene, og historien er jo veldig kjekk for nattevaktene inne på DPS vegrer seg for å gå ut, og de ute vegrer seg for å gå på avdelingene. Men de lærte jo veldig mye av dette. De lærte jo å jobbe inni 2. linjen. Alle lærte alt på tvers, og det endte jo med at alle likte det...*

Når samarbeidsløsninger klekkes ut er det ikke ledere uten kjennskap til hverandre som møtes. Det er heller ikke personer med diametralt forskjellig faglig syn som møtes, eller som tenker mer på egen organisasjon enn på brukerne av tjenestene de leverer. I tillegg har de som møtes erfaringer fra tidligere om at de sammen har lyktes ved andre korsveier. Den personlige kontakten, at lederne kjenner hverandre, og har evnen til å se problemet fra brukerens ståsted, er to viktige forutsetninger for å finne rasjonelle og felles løsninger. Det at personene kjenner hverandre innebærer at personene har utvekslet synspunkter tidligere, og har fått tillit til hverandres dømmekraft og perspektiver.

*Og dette er jo en del av forklaringen på hvorfor det har gått sånn som det har gått: Ikke fordi det var (navn), men fordi vi kjenner hverandre, vi*

*omgås. Både i formelle sammenhenger, men også at vi er praktisk når vi skal løse vanskelige ting, kompliserte saker. Så har vi lagt vekt på at vi skal omgås hverandre på kryss og tvers, formelt og uformelt. Det tror jeg er ganske vesentlig.*

*Og svært sjeldent er det snakk om penger. Selvsagt trenger dette med penger seg på av og til. Vi merker jo det. Men altså, så langt som mulig skal ikke dette med penger avgjøre om pasienten får hjelp eller ikke. Om pasienten får hjelp av 2. linjetjenesten eller kommunen er sånn sett ikke så viktig for pasienten å vite. Det som er viktig for pasienten er at vedkommende skal vite at jeg får hjelp når jeg henvender meg.*

Felles nattevakter fikk DPS og Sandnes kommune i 2004. Siden, når det ble bygget flere bofellesskap og kollektiver, har nattevaktene flyttet ut til bofellesskapene. Fordi kommunalt og statlig ansatte fikk en slik felles historie bygges det opp en stor grad av felles perspektiv: ”da har vi jo begynt å si litt at det er jo VÅRE pasienter”.

Personlige nettverk har en betydning som gjør at et følt behov for samarbeid blir kommunisert, drøftet, for deretter å munne ut i konstruktive tiltak. Både den statlige og den kommunale parten i tiltakene er kompetente innenfor sine områder, og de vet det. Eksemplene på yrkes- eller organisasjonsstolthet er flere: En leder fra mestringsenheten nevner at hun og en til skal ha foredrag for en annen kommune. En leder på DPS forteller om det internasjonale nettverket de er med i. Tryggheten og stoltheten over egen kompetanse gjør at det ikke er noe behov for å være ”flinkest”. Hovedsaken blir å få gjort noe med problemene, og kan man best få det til i fellesskap, er viljen der. Nettverket er en viktig forutsetning for at oppdagelsen av et behov relativt hurtig kan bli omsatt i problemløsende handling.

En like viktig forutsetning er opparbeidelsen av et noenlunde felles perspektiv på den virkeligheten den kommunale og statlige instansen forholder seg til: alt fra synet på problemer som pasientene strever med til hvem som kan gi hjelp og hvordan pasienten best kan få hjelp, og hva slags hjelp det kan være snakk om. Her vet vi at personer, profesjoner, behandlingsideologier og organisatoriske tilhørighet kan være kilde til ulike og konkurrerende oppfatninger, både om hvordan problemer skal forstås, og hvilke tiltak som er nødvendig.

Slike forhold har vi mange eksempler på kan virke konfliktskapende og hindre at brukere eller pasienter får den hjelpen de trenger. Derfor er det langt fra noen selvfølge at man i Sandnes i flere tilfeller klarer å bli enige om strategier og handlingsvalg når det dukker opp problemer. Også her er det ulike mennesker, ulike profesjoner og ulike organisasjoner og nivåer som samhandler: Kildene til uenigheter er altså rikelig til stede.

Uenighetene dukker også opp i Sandnes, men noen ganger klarer ledere og ansatte i ulike organisasjoner å sette fokus på noe som er overordnet: at det finnes brukere som trenger hjelp fra mer enn en instans. Noen ganger skapes den beste hjelpen gjennom samarbeid. Fokuset på brukerne, hvordan virkeligheten ser ut fra brukerens ståsted, virker som en brobygger. Brukeren trenger hjelp til mer enn det poliklinikken eller hjemmetjenestene kan gi alene. Et helhetsblikk på brukerens situasjon gjør at egne krefter, metoder og muligheter blir justert: på samme tid vil en se behovet for innsats fra samarbeidende instanser.

Nattevaktene holder ikke til på DPS nå, men har sitt utgangspunkt i fra bofellesskapene. ”Nå, etter at vi fikk det siste bofellesskapet er nattevaktene tatt ut av DPS og plassert på bofellesskapene, så rundene (går) ut fra bofellesskapene.”

DPS har fortsatt en funksjon, men nå ved at en fagmann herfra fungerer som veileder for nattevaktene. Dette er også et eksempel på at samarbeidet justeres etter de behovene som oppstår. Meningene fra mestringsenheten er klare når det gjelder kravet til kompetanse hos de som arbeider i boliger for den målgruppen vi er opptatt av her.

*Hos oss, altså de som er (ansatt) i bofellesskapene, de må ha spesialkompetanse... Det må være fagfolk. Du skal vite hva du gjør når du går inn i de leilighetene. Og du skal være så faglig dyktig at du ser at nå er det ikke rette tiden å komme inn og gjøre dette, og trekke seg ut. Og det kan du ikke forvente av en vanlig hjemmehjelper.*

## **Uenigheter kan skape vansker for samarbeidet**

Personer med psykiske lidelser som også har et rusproblem hører til de tjenestemottakerne som det har vært vanskelig å etablere en felles holdning til om hvordan behovene deres best kan imøtekommes.

Thorbjørnsen, Nina og Sømme, Dagrunn (2006 og 2007) var pionerer i et treårig prosjekt i Sandnes der tre personer med dobbeltdiagnose skulle prøve å bo, med oppfølging på dagtid, i et lite kollektiv. Ved siden av oppgaven med å få kollektivet til å fungere som et hjem for beboerne, foregikk det også en kamp om å få aksept for holdningene de ansatte hadde til beboerne, og hva oppfølgingen skulle bestå av. Flere ganger fikk de to forfatterne høre at de måtte ta mer ansvar for atferden til beboerne. Personene fra bolig tjenesten følte at de måtte sloss for et ståsted der beboernes autonomi og brukermedvirkning i sitt eget hjem blir overordnet behovet fra omgivelsene om kontroll og styring. Toleransen for avvikende atferd innen kollektivets vegger er derfor større hos

boligarbeiderne enn samarbeidende instanser synes er ideelt. De to skriver i sin siste artikkel fra 2007:

*To klager på tre år er ikke grunnlag for å true beboerne med utkastelse. Beboerne som største delen av sitt liv har hatt utkastelsestrussel i ryggen. Vi tenker at beboerne bor i et glasshus og at vi er blitt en del av glasshuset. Et hus som blir overvåket og fulgt med på av våre samarbeidspartnere. Det blir kommentert når plenen burde vært klippet og ikke når den er blitt klippet. Eller når blomstene skjules av ugress. Kommentarer som «Narkomane gidder ingenting, de bare ruser seg», høres. Vi arbeider for å styrke beboernes selvrespekt og legge til rette for at de får anledning til å presentere seg på andre måter overfor omgivelsene. Ved å være ute i hagen og snakkes over hekken. Eller å prate ved bossdunkene eller når posten blir hentet.*

*Fagfolks språk og virkelighetsoppfatning kan bidra til å sette mennesker i båser. Virkeligheten vår preges av språket. Det vi sier, blir sannheten vår. Det kan lett skape unødvendige skiller mellom den som søker hjelp, og den som skal hjelpe (Lemvik, 2006). Våre kollegaer blir frustrerte over at vi ikke tar mer kontroll over bokollektivet. At vi lar beboerne styre dagene slik som de selv ønsker. At vi stadig forsvarer beboerne. At vi ikke konfronterer dem mer i forhold til deres rusmisbruk. De blir frustrerte når vi sier at det er beboerne sitt hjem, ikke vårt. Hva er det våre kollegaer fokuserer på? Hva er det fagfolk ser etter når de møter beboerne i kollektivet? Vår oppgave er å være stabil og forutsigbar for beboerne, og bygge en god og sterk samarbeidsrelasjon (Thorbjørnsen, Nina og Sømme, Dagrunn 2007: 334-5).*

## **Uten dialog er det vanskelig å se noe fra andres perspektiv**

Jeg skal her beskrive et eksempel på hvor lett det kan være å se behovet fra sitt eget perspektiv, hvordan det kan skape misnøye med beslutninger hos ”naboen”, dvs en av de andre organisasjonene som jobber med samme målgruppe, og der bedre løsninger for pasienten finnes når de involverte organisasjonene samarbeider. Kilden er et fellesintervju med en leder fra DPS og en leder fra Mestringsenheten.

Hjemmetjenestene i Sandnes har pågang, og må prioritere hvem skal få og hvor mye av en etterspurt tjeneste. Det skjer etter overveielser om behovet ut fra de informasjonene beslutningstakerne har. Det lokale sykehuset strever på sin side med kapasitetsproblemer og med myke overganger for pasientene til kommunale tjenester og boliger.

*Poliklinikken: ...når slike episoder oppstår... så har vi telefon, vi har e-post, vi snakker sammen. Og for å ta poliklinikken, så var det litt misnøye fordi det var en behandler som hadde søkt om individuelle tjenester og fått avslag. Og de kunne ikke forstå hvorfor avslaget kom. Så møttes vi da for noen uker siden for å snakke sammen om dette, og ble enige om et system for å ivareta og møtes med jevne mellomrom eller tar kontakt. Så det virker som det går bedre nå. Men det er klart frustrasjonene kommer når behandlerne på poliklinikken har fulle timebøker, og ikke får ned antall pasienter. Det er da det kommer...*

*Fra kommunen: og så sitter vi på vårt inntaksmøte. Og vi har jo også køer. Og så sier vi, jammen, han eller hun får jo tilbud på poliklinikken. Det får holde det! Vi må heller ta den, som ikke får noenting!*

*Poliklinikken: ....da vi først satt sammen, så var det greit.*

Om situasjonen nå konkluderer lederen fra kommunen om at de har blitt enige om å møtes når poliklinikken vil levere en søknad. ”så vet vi at vi tar kontakt med poliklinikken og så tar vi et overgangsmøte, får høre hva poliklinikken tenker. Det skulle ikke mer til”.

For å få til smidige overganger mellom ulike organisasjoner og forvaltningsnivå vil klare ansvarsbeskrivelser og rutiner noen ganger være nok, men ikke alltid. Kravene til systemet vil noen ganger tvert imot være maksimal lydhørhet og elastisitet, det vil si at fokus rettes mot brukerens individuelle behov og situasjon der og da. Når pasientens tilstand er uforutsigbar, varierende fra dag til dag, når motivasjon er noe som kommer og går, eller angsten innimellom tar kontroll, da vil bare et fleksibelt system kunne hjelpe. Sandnes har avtale med Helse Stavanger, Psykiatrisk divisjon, om blant annet inn- og utskriving og samarbeid. Selv det er ikke alltid nok: Det trengs dialog underveis i tillegg. Og da har det vist seg at de faste møtepunktene, de samarbeidsforaene som har blitt etablert, kan være de som redder situasjonen fra å utvikle seg til en konflikt eller en dypere uenighet.

Det gjør det ikke enklere at det totale hjelpesystemet består av ulike organisasjoner, av ulike faggrupper, av ulikt lovgrunnlag og med forskjellige lokaliteter. For pasienten er det kanskje ikke så tydelig hvilken del av systemet som reagerer når det trengs. Det er antagelig ikke så viktig for vedkommende. Men for systemet er det viktig at partene eller delene av systemet kan samarbeide om å levere det pasienten trenger, der og da. En enkelt organisasjon, for eksempel Sandnes DPS, kan løse mange akutte og langvarige problemer den aktuelle pasientgruppen har, men ikke alle. Og det er da det stilles krav til kreativt samarbeid, romslighet og evne til tilpasning.

Innen psykisk helsearbeid har Sandnes kommune planlagt 1-2 årlige møter på ledernivå med viktige samarbeidspartnere i 2012. Dessuten har Mestringsenheten faste møter med Mental Helse Sandnes, og med RiO i det som kalles Brukerforum. Et annet forum er avdelingsledermøtet for klientsaker en gang pr måned (Sandnes DPS og Mestringsenheten). Samordningsenheten, AUV, NAV kan møte når aktuelle saker dukker opp og etter samtykke. Blant de vedtatte prinsippene for samarbeid nevner jeg:

*Der det er naturlig må vi alle (ulike avdelinger/enheter) invitere hverandre inn til samarbeid når vi skal utvikle nye tiltak, utarbeide planer og evaluere og forbedre praksis.*

Brukermedvirkning og brukerperspektivet skal være sentralt i alt arbeid og samarbeid.

(Kilde: Samarbeidsrutiner innen psykisk helse- og rusfeltet i Sandnes. 31.1.2012)

Innen psykisk helsevern har Sandnes hatt faste samarbeidsrutiner med blant annet Sandes DPS siden 2009. Dessuten har ansatte i mestringsenheten hospitert på Sandnes DPS, avdeling Varatun:

*Vi har fått snakket om frustrasjoner og sett at det av og til handler om at vi ikke kjenner hverandres hverdag, ansvar og rammer godt nok. Vi har redusert misforståelser fordi vi har møttes ansikt til ansikt og ikke bygd våre meninger om hverandre på antagelser. Vi tenker og snakker gjerne på en litt annen måte om hverandre når vi har møtt hverandre og sett hverandres hverdag. Vi har skapt nettverk og tenker det blir lettere å samhandle i fortsettelsen. ("Sammen om", internettside på Sandnes kommunes hjemmeside).*

Ordningen med hospitering i 14 dager mellom kommuner og enheter ved Stavanger sykehus har eksistert siden 2008.

## **UTPOSTEN. Om en avdeling som ble et fellesprosjekt.**

Det tar tid å bygge nytt. Det tar kortere tid å ansette folk. Sandnes hadde fått midler til nytt bofellesskap for brukere med et langvarig behov for hjelp, og til mannskapet som skulle drive det. Igjen åpnet det seg muligheter til å samarbeide, denne gangen om de sykehuspasientene som man tenkte skulle få plasser i bofellesskapet. Lederen for bofellesskapene oppdaget mulighetene og:

*..når vi skulle bygge det siste bofellesskapet vårt, så ble det utsatt i to år... pga finanskrisen og alt dette her. Så den ble satt på vent. Men kommunen hadde jo fått årsverkene, så det stod 8 årsverk som jeg kunne ansette. Og da tok jeg atter en gang en tur opp til (navn)..på DPSet. For det var jo for dumt å si at de får jo ikke flytte ut pga bofellesskapet ikke er ferdig før om to år. .... Men jeg har jo årsverk: kan vi gjøre noe sammen i disse to årene? Og for å gjøre en lang historie kort, så rensket dere en avdeling, der vi plukket ut de som vi hadde tenkt oss inn i bofellesskapet om to år, plasserte de åtte årsverkene som kommunen hadde der, og dere satte inn de årsverkene dere hadde inn i avdelingen..*

Og dermed hadde kommune og stat fått en avdeling på DPS. Jeg vet ikke om det noensinne noe sted har blitt gjort et bedre og grundigere arbeid for å gjøre overgangen fra institusjon til bolig så trygg og skånsom som her. Avdelingen, eller posten, fikk også et nytt navn, og hva annet kunne det bli enn:

UTPOSTEN. ”De døpte den selv”. I prosessen med å forberede pasienter til utflytting fikk man et solid grunnlag for å bedømme om den enkelte var i stand til et slikt skritt, og justerte gruppen etter det.

*Og så jobbet vi med planleggingen av utflyttingen til bofellesskap - på den måten kunne vi starte på treningen for å bo ute, og vi kunne også se hvem som ikke kom til å klare det og fikk silt de ut. Og etter to år så flyttet de ut, og en vi fikk med en psykiater fra DPSet som fulgte disse brukerne ut, og han gjør det til dels i dag. Han gir veiledning til bofellesskapet, og vi fikk med personalet fra DPSet som kjente beboerne for å trygge beboerne i oppstarten.*

*.. vi drev jo dette sammen, ... i nærmere to år. Det var en hel del formaliteter og slikt som måtte komme i orden, men det gikk nokså bra akkurat. Det.. Psykiateren vår, en av psykiaterne som er tilknyttet DPS, gir fremdeles, etter vel 1 år senere, fremdeles veiledning med nokså faste intervaller...*

Det var tre gode effekter av dette fellesprosjektet: Det grundige forarbeidet med det samme personalet som fulgte beboerne ut skapte realisme og trygghet for beboerne. Den andre effekten var at personalet fikk lære å kjenne beboerne som de skulle jobbe med fremover, samtidig som de fikk trygghet og ny kompetanse underveis gjennom samarbeidet med personalet på sykehuset.

”Kommunepersonalet” fikk kort og godt økt sine evner til å mestre utfordringer når de i neste omgang skulle ha omsorg og legge rammer for brukerne på egen hånd i kommunale bofellesskap. Og helt til slutt lærte kommunalt ansatte noe om forhold og kultur til de som jobbet inne på institusjon, og omvendt: grunnlaget for gjensidig respekt og forståelse ble lagt.

*... og det er jo også for å trygge beboerne...og personalet. Og slik kan vi klare å holde dem ute i kommunen og slippe å legge dem inn. Så det er liksom en vinn-vinn situasjon..*

Hindringene for å få dette til lå på flere plan:

Det kunne vært en hindring at kommunale midler ble brukt til å lønne personer som jobbet inne på en statlig institusjon. Det ble det ikke. Sannsynligvis fordi de involverte lederne hadde så vide fullmakter at de kunne gjøre det de gjorde.

Litt mer hodebry skapte spørsmålet om hvilket lovverk som skulle gjelde for de kommunalt ansatte på avdelingen. ”Vi hadde jo først tenkt at vi skulle jobbe etter det kommunale lovverket, men det ble for komplisert å ha to lovverk på den samme arbeidsplassen journalmessig og ansvarsmessig sett.” Resultatet ble at alle arbeidet etter det statlige regelverket.

Og endelig måtte man finne en løsning avtalemessig med fagforeningene: Situasjonen var jo ganske uortodoks, og uten klare forbilder. ”Vi hadde drøftingsmøte hvor vi skrev protokoll der vi ble enige om hvordan det skulle være. Så det var litt frem og tilbake, men når vi fikk det til så tror jeg vel at alle ble fornøyd.”

## **Kulturintegrasjon**

Nettverk, kontakt og praktisk tilrettelegging er viktig. Bare noe slikt som individuell plan kan skape samarbeidsvansker, til tross for at det egentlig også er et instrument for å bedre samarbeidet rundt personer med sammensatte vansker (Finnestad 2009). Dersom sykehuset har en mal eller ett dataprogram for dette, og kommunen har et annet, blir det straks vanskeligere å få til smidige

overføringer. I en rapport fra Agder skrives dette: ”På sykehuset utarbeides det egne individuelle planer som ikke enkelt lar seg forene med kommunens planer, blant annet på grunn av dataverktøyet som brukes” (Nilsen red. 2011: 5). Men det er ikke bare dataprogrammer som ikke taler sammen – uten oversettelser. Når personer skal kommunisere med hverandre er det en fordel at man deler visse verdier og har noen felles perspektiver, eller i det minste innsikt i og forståelse for hverandres verdier og faglige ståsted. Vi snakker om en viss overlapping av delkulturer, knyttet til profesjoner og til arbeidsplasser. Kultur betyr i denne sammenhengen: ”den ballast av ideer og normer som en person bærer med seg ut fra hva personen har lært og erfart” (Barth 1994). En delkultur innebærer at visse verdier og meninger er like eller overlappende, for eksempel i en organisasjon eller i en avgrenset faggruppe.

I eksempelet ovenfor ble kommunalt ansatte plutselig kollegaer med sykehusansatte. De skulle jobbe sammen. En leder fra kommunen var med på personalmøter, og observerte hvordan fagfolkene fra kommunen, med sin kultur, fikk bryne seg mot oppfatninger som hadde vokst frem og blitt gyldige ”sannheter” på DPS. En av de tingene kommunalt ansatte reagerte på var det de oppfattet som mindre tilbakeholdenhet enn de var vant til i forhold til pasientenes rom og privatliv. De forstod at det fantes en meningsforskjell om hva dørene inn til beboer-rommene symboliserte.

*De fra kommunen var jo vant til å tenke kommunalt: banke på døren før de gikk inn, ikke åpne dører uten at noen sier KOM INN! Og så har du 2. linjen sin kultur, som banker på og så går de inn, ikke sant.. det var også interessant å se, og så ble det diskusjoner: men sånn kan vi ikke gjøre ute i kommunen ...*

## **De svakeste er ikke svake når miljøet er det rette.**

Selv om en person fungerer godt i ett miljø er det ikke gitt at den samme personen har det bra og fungerer godt i et annet og kanskje mindre trygt miljø. I Sandnes skjer det, i likhet med andre steder, at ansvarlig instans overvurderer eller undervurderer hvordan brukere vil klare nye situasjoner i forbindelse med utflytting fra sykehus. Det vil alltid være et usikkerhetsmoment når en person skal flytte. Da er det bra at de som var med på avgjørelsen kan gjøre om på den. Eksempelet her dreier seg om en person som ble vurdert som ferdigbehandlet, og som derfor skulle utskrives. Etter en tid viste det seg som en lite vellykket utflytting. Vedkommende hadde det ikke bra i den nye situasjonen.

*Han klarte det ikke fordi det ble for tett. Det ble for mange mennesker. Men så har kommunen noen leiligheter (som lå like ved sykehuset hvor vedkommende var innlagt), og så ble vi enig om at senteret kunne leie en slik leilighet, som fremleie. Den ble da en treningsleilighet. For å se om brukeren kunne klare dette. Og da brukte de lovverket sitt og gikk inn og ut og fulgte (...) opp. Og det går jo så bra!*

Det omvendte skjedde ved et annet tilfelle. Antagelig er dette et eksempel på det som skjer med jevne mellomrom i de fleste kommunene i landet. Sykehuset forteller at pasienten er ferdigbehandlet, kommunen er ikke klar for oppgaven. ”Jeg husker, og jeg glemmer det aldri, jeg var oppe og fikk høre: At nå har vi behandlet han så langt som vi klarer det. Nå må kommunen ta ansvar. Han har egen leilighet, og han kan egentlig flytte ut”.

Det er kommunen som må overta ansvaret for veien videre, mener sykehuset. Kommunen føler ikke at de har apparatet, mannskap og muligheter til overta. Der står de to partene og er uenige om hvem som skal ha ansvaret. Det blir gjerne pasienten som må lide dersom partene ikke kan bli enige og finne

løsninger som fungerer. ”Det vi snakker om nå dreide seg veldig mye om svært dårlige pasienter som trengte døgnkontinuerlig oppfølging.”

*Hva vil han kreve da, spurte jeg. Jo, det var nærmest to til en! Så der satt jeg! Og da: Kan vi gjøre noe sammen!!... og det kunne vi selvfølgelig, og gjorde vi.*

Lederen i kommunen henvendte seg direkte til en person med videreutdanning i psykisk helsearbeid, og som jobbet i et bokollektiv i Sandnes som var relativt godt bemannet. Denne personen kjente forholdene på den avdelingen hvor pasienten var.

*Du er kjent på .....posten. .... og jeg spurte om han kunne tenke seg å jobbe inne på .....posten, og bli kjent med denne pasienten før pasienten flytter ut. Og det gjorde han, og ble pussig nok overfalt første dagen. Men det gikk seg til. Og etter hvert kunne vi flytte pasienten og denne mannen fra kommunen inn i en treningsleilighet ... og denne treningsleiligheten lå like ved denne ”UTposten”, så da drev vi dette sammen, og han går det utrolig greit med.*

Treningsleiligheten var bemannet døgnet rundt med personalet som pasienten kjente fra avdelingen. Noen av dem kom fra 2. linjetjenesten, lånt ut til kommunen for den vanskelige startperioden. ...”det gjelder jo, jo fortere vi kan trygge, jo fortere vil det gå, så derfor pøste vi på med bemanning. Derfor lånte vi personale fra DPSet”.

Selv om dette var en pasient hvor tilpasningsvanskene heller ble overvurdert enn omvendt, så var modellen i prinsippet den samme for alle de ”problematisk” utflyttingene: at pasient og personale skal lære hverandre å kjenne ved lengre tids ”sameksistens” på sykehuset, for å skape trygghet og gode relasjoner for

alle parter. Dernest følger noen av personalet med ut i tilværelsen utenfor sykehuset. Innsatsen trappes ned når brukeren finner seg til rette. ”..det var jo heller ikke slik at vi flyttet alle ut samtidig... Så noen ble flyttet ut med noe av personalet, mens de andre ble igjen med resten av personalet. Og så sluste vi de ut.. forsiktig.”

## **Kommunen stiller krav før utskriving**

Lærdommen fra etableringen av det første bofellesskapet i Sandnes var blant annet at personalet som skulle jobbe her visste for lite om brukerne som flyttet inn. Det førte til at kommunen stilte krav til DPS.

*For 2. linjen sa ikke noe om det (som manglet), de var bare interessert i å få pasienten utskrevet. Så vi utarbeidet faktisk en liste, som vi ga til 2. linjetjenesten: Dette vil vi ha plass før brukeren kommer ute. Dere kjenner ham eller henne. Dere kan gå inn og mye lettere få dette på plass enn for oss som er ukjente med bruker.*

Den utfordringen har 2. linjetjenesten tatt. Så nå kartlegges pasientene etter kommunens mal (se nedenfor), og kommunen blir bedre rustet til å ta individuelle hensyn til den enkelte fra dag 1. Overgangen fra sykehus til bolig blir mindre belastende for pasienten. Både kommunen og DPS mener at en hel del reinnleggelser har blitt unngått takket være det tette samarbeidet forut for og i forbindelse med utskrivinger, når det gjelder den målgruppen vi er opptatt av her.

*.. og så er det jo en erkjennelse, i hvert fall i 2. linjetjenesten, om at vi er avhengig av dette samarbeidet for å få dette til. Skal DPS kunne ha plass til nye pasienter som lider nød, så må kommunen ta imot pasienter som vi*

*vet at de kan klare å ta imot. Så må vi hjelpe hverandre for å få det til, på en grei måte. I verste tilfelle kan vi jo forvente at DPSet gradvis fylles opp av pasienter som er ferdigbehandlet eller utskrivningsklare.*

Fra samarbeidsavtalen gjengir vi følgende, som illustrasjon på den formaliseringen av rutiner som etter hvert har skjedd, som et svar på de problemene som samarbeidet har vært med på å avdekke:

### **Vilkår for utskrivningsklar pasient**

Spesialisthelsetjenesten avgjør når en pasient er utskrivningsklar. Dato for antatt utskrivningsklar status (plan ut dato), som kommunen på forhånd er gjort kjent med, danner grunnlag for videre dialog med kommunehelsetjenesten om fastsettelse av utskrivningsdato.

En pasient er utskrivningsklar når følgende punkter er vurdert og konklusjonen dokumentert i pasientjournalen:

1. Problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege/henvisende instans skal være avklarte.
2. Øvrige problemstillinger som har fremkommet under oppholdet skal som hovedregel være avklarte.
3. Dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette gjøres rede for.
4. Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r) og videre behandlingsopplegg inkludert individuell plan der det er aktuelt.
5. Pasienten sitt funksjonsnivå, endring fra forut innleggelse og forventet utvikling framover skal være vurdert.
6. Dersom pasienten etter utskriving har behov for spesialisthelsetjenester, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives i epikrise/sluttrapport. For noen betyr relevant kontakt at pasienten/brukeren mottar behandling/tjenester samtidig, over tid både fra kommunen og psykiatrisk divisjon
7. Individuell plan skal ved utskrivelse være oppdatert
8. Melding om at pasienten er utskrivningsklar meldes kommunen den dagen pasienten er utskrivningsklar.

**Ansvar:** Pasientansvarlig behandler i samarbeid med pasientansvarlig miljøterapeut/primærkontakt.

Kilde: Avtale om inn- / utskrivning, samarbeid og ansvarsdeling innen psykisk helsearbeid/psykisk helsevern mellom Helse Stavanger HF, Psykiatrisk divisjon, og kommunene. November 2008.

## **Felles opplæring, felles måte å møte brukerne på.**

Når DPS oppdager at de har et problem eller noe de trenger å bli bedre på, ja, da vil det noen ganger også være noe mestringsenheten og kommunalt ansatte strever med. Noen ganger kan kompetanseheving eller nye metoder og trening i å bruke dem være det som fungerer som problemløser. Da kan ansatte i både 1. og 2. linjetjeneste få utbytte av den samme opplæringen gjennom felles kurs. Og selv om det er noen år siden at man hadde felles kurs var det noen fordeler med det som bør nevnes. Aggresjonsutbrudd forekommer både i og utenfor sykehuset. Kommunalt ansatte og statlig ansatte gikk på det samme kurset i 2002 for å møte slike situasjoner på best mulig måte. En fordel med det var at sykehusansatte og kommunalt ansatte møtte uønsket atferd fra brukeren på omtrent samme måte. For pasienten har det antagelig gjort at ansattes reaksjoner har blitt mer forutsigbare, og dermed kan det ha skapt noe mer trygghet enn om de møtte ulike typer reaksjoner ute og innenfor institusjonen.

*...vi (spesialisthelsetjenesten) har drevet felles opplæring og utvikling, og hvis vi tenker på det at pasienten skal møtes på samme måte i kommunen som i 2. linje felles håndtering av.. så .. For noen år siden hadde vi felles kurs for håndtering og behandling av utagerende personer.*

*Så hvis en pasient blir aggressiv, urolig eller dårlig så blir pasienten sannsynligvis møtt på samme måte på DPS som i kommunen. Samme*

*tankegang, samme måte å møte aggresjon på, samme teknikker, måter å holde på, hvis det skulle være nødvendig. Det har vært vellykket, tror jeg.*

Kommune og institusjon har fått den samme forståelsen av aggresjon. Felles undervisning i måter å møte aggresjon på finnes ikke lengre, men fokuset på dette er fortsatt det samme. ”Vi har en gruppe i kommunen som går rundt både i helse og i omsorg, og som er spesialister på dette og som underviser.”

*...på sykehuset så kaller vi det Terapeutisk Mestring av pasienter med aggresjonsproblematikk. .... der vi setter aggresjon og vold inn i en ramme. Alle ansatte på sykehuset har tre dagers obligatorisk kurs i dette, pluss jevnlig vedlikehold i sengeposter, da. Så det er en systematisk måte å møte uro aggresjon og vold på som, kort fortalt, uansett hvor dårlig pasienten er, hvor lite kontroll pasienten har eller hvor sterke virkemidler vi må sette inn, i verste fall med bruk av belte som, da er det sånn at metodene vi bruker ikke er smertefulle. De skal ikke gi verken fysisk eller psykisk smerte for pasienten å bli ivaretatt på vår måte.*

***Vi sier vel enkelt fortalt at vi skal kunne sette oss ned og spise middag med pasienten etterpå, at vi altså bevarer en god relasjon til pasienten etter at vi har måttet holde pasienten. Og resultatet er redusert bruk av tvang ved vårt sykehus. Her er beltelegging kortere episoder med beltelegging. Og generelt mindre tvang.***

## **Vedtak – eller veien til å få hjelp**

Jussen har formet noe av de beslutningene som tas i hjelpeapparatet. Det stilles krav til kommunens svar på søknader eller på opplagte behov. Formalkravene til enkeltvedtak, og rettighetene pasienter og brukere får blant annet gjennom

forvaltningsloven, gjør sitt til at hjelpen gjerne ikke kommer på dagen, og heller ikke så lett lar seg justere kjapt. I Sandnes er de flere instanser som til sammen blir vedtaksdyktige, og de trer sammen ukentlig. Det er kort vei, eller lav terskel, fra søknad om timebaserte tjenester til endelig behandling av den.

*Vi har inntaksmøter hver mandag halv ni til halv tolv. Og på det møtet får vi inn søknader fra byens befolkning, fra leger, det er lavterskel, så hvemsomhelst kan sende søknad til oss. Så når vi søknaden og så blir den sendt ut på vurdering. Da er det en av fagpersonene her som vurderer den som søker. Så kommer fagpersonen tilbake med vurderingen til inntaksmøtet. Så får vi også høre hvorfor de vurderer sånn og sånn. Og de vil og komme med en begrunnelse, også når det blir avslag. Men som regel vurderer de det slik at vedkommende skal få timebaserte tjenester, og da er det mengden av timebaserte tjenester og innholdet i de tjenestene. Og så får de det i fra 3 måneder, 6 måneder eller ett år ut ifra hvor syke de er. Når det går ut skal situasjonen vurderes på nytt og evalueres før det eventuelt kommer en ny bestilling.*

Det er først og fremst de sykeste som får de lange vedtakene. Når det gjelder boligproblemer er saksgangen litt annerledes.

*..når det gjelder søknad om å bo, så går jeg og en av lederne av bofellesskapet rundt og vurderer de. Skal de til bofellesskap eller til vanlig kommunal bolig? De som ikke er gode til å bo, de går til bofellesskapet. Og der lærer de å bo. De får også timebaserte tjenester, men det er en helt annen størrelse enn de individuelle. I bofellesskap har vi jo ansatte med opptil 40 timer i uken. Fra 1 – 40 timer i uken, det er så individuelt. .... Ser vi at det blir for lite timer, så må vi inn å evaluere vedtaket på nytt. - Fagpersonene i fellesskapet melder inn. Så kommer det*

*til inntaksmøtet. Jeg tror vi er ganske ryddige blitt der. Inntaksmøtet er ukentlig.*

Når det gjelder tildelinger av boliger til vanskeligstilte er tildelingsgruppen sammensatt av en person fra seksjon rusvern, to fra boligkontoret, en fra samordningsenheten og en fra NAV.

*Og der må jo vi være veldig edruelige når vi skal fordele fire leiligheter – en gang i måneden, ikke sant. Noen ganger er vi heldige. Av fem leiligheter sist fikk vi i rusvernet to eller tre. Vi samarbeider veldig godt. Det er stor forståelse for hverandre.*

## **Felles forum for problemløsning og ide'generering.**

Mestringsenheten har gjort det til en form for leveregel at samarbeidet går lettere dersom personer og instanser får muligheter til å møtes. Møtene skal ikke være begrenset til de gangene da det er krise eller store problemer: ved å møtes uten kriser forebygger man også at kriser og konflikter får utvikle seg. ...”**noe av det som er viktig er at vi kjenner hverandre.**”

*Fra DPS: Vi kjenner hverandre. Vi vet at vi kan hjelpe hverandre på en god måte. Som du sa ..., når kommunen kommer og ber om hjelp, da vet vi at det er nødvendig. Det er ingen som ber om hjelp hvis ikke det er nødvendig. Så disse uformelle måtene å arbeide på ser jeg som viktig.*

*Vi har en arbeidslunsj en gang i måneden der vi snakker om løst og fast, der vi lanserer nye ideer, og dersom de er gode nok så er det noen som griper fatt i dem og jobber videre med dem. Men det er ikke slik at det dreier seg om kjennskap og vennskap, det er ikke det. Men det går på at vi*

*liker å komme sammen og drøfte gode ideer og komme frem til forslag til løsninger, og så er det slik at noen av oss er beslutningstakere, slik som både du og jeg, det kan være med å sette i verk disse løsningene hvis vi får nødvendig støtte fra de over oss.*

De uformelle arbeidslunsjene en gang i måneden har normalt 10-15 deltakere: ledere, avdelingsledere fra bofellesskapene i kommunen og fra DPS, inkludert ledere fra sengepostene på DPS. ”Det er ikke alle som kommer hver gang. Men vi møtes i hvert fall. Og så blir vi kjent. Der har vi virkelig fått til ting. Og personalet vet jo om disse arbeidslunsjene og melder saker inn til avdelingslederne. De tar sakene videre.”

Det ble slutt på de uformelle arbeidslunsjene i 2010, uten at jeg har fått klarhet i årsaken til det. Til gjengjeld har et nytt forum blitt sparket i gang. En leder og to avdelingsledere fra DPS og tilsvarende fra kommunen kommer sammen en gang i måneden for å drøfte vanskelige saker.

*Og da kan de respektive avdelingslederne komme inn i forumet og drøfte den vanskelige saken.. Dette lille forumet er mer et forum for vanskelige saker, folk med dobbeltdiagnose, rus, de vi ikke får til i kommunen, de DPS kanskje ser i et annet lys – så får vi lagt det fram....*

*Ofte kan de oppføre seg så forskjellig, brukerne. Ute er de utrygge, de har ikke de rammene rundt seg. Med en gang de kommer inn på DPS og får rammer og nøkler og struktur inne på DPSet så endrer de seg.*

Erfaringer med å møtes når den ene eller andre møter et problem gir en form for metalæring: Sammen kan vi løse de fleste problemer.

Det hender at kommunen blir kritisert av ansatte på sengepostene på DPS når pasienten er blitt ”for frisk” til å oppta en plass der.

*DPS: ...det er god ordretilgang for å si det sånn, til poliklinikken. Vi har ikke noen problemer med å skaffe oss arbeid. Og når vi skal ta inn pasienter til behandling må vi også ta ut noen. Vi kan ikke bare ta imot og imot. ... altså det er jo disse pasientene som vi har hatt inne i lengre tid og som er klare for utskrivning og der vi er utålmodige og gjerne vil gjerne ha dem ut. ... Hvis ikke vi (lederne) er tilstede der og fanger opp den frustrasjonen som er blant medarbeiderne på sengeposten, så kanaliseres det fort ut og går til medarbeidere for individuelle tjenester eller bofellesskapene. Men hvis vi ... kan forklare sammenhengen, at det ikke handler om kommunal motvilje. Det handler om at det ikke er kapasitet, at det ikke er mulighet, at vi må være tålmodige.*

Mestringsenheten i Sandnes har ikke bare sørget for faste møtepunkter der det trengs, løsninger med jobbing ”hos den andre”, men arrangerer i tillegg en årlig stor konferanse med aktuelle temaer innenfor psykisk helse. Også dette er med på den faglige og personlige relasjonsbyggingen. Relasjonstenkningen og relasjonsarbeidet på tvers av organisasjoner og fag er sannsynligvis en katalysator for samarbeidet, kanskje også en nødvendig forutsetning for å få til et vellykket samarbeid i Sandnes.

## **Utenfor, innenfor.**

*Det er mange uten fast bopel, og det er noe som bekymrer både folk i kommunen og i 2. linjetjenesten. Og dette er vi sammen – altså vi vet om dette. Tak over hodet løser ikke alle livets problemer, men vi vet at en god plass å bo for våre pasienter har en veldig stor helsemessig gevinst. Og det gir stabile rammer og langt større forutsetninger for at behandlingen skal lykkes enn om de ikke har et sted å bo.*

*Nye personer med problemer dukker opp. Barnevernet slipper taket på sine klienter når de blir voksne, og flere av dem har diagnoser og rusproblemer. Ellers er det andre voksne hvor problemene blir avdekket, men hvor kommunen ikke har nok boligressurser til å gi et fullgodt tilbud. Noen får bare de mest akutte behovene tilfredsstilt, for eksempel med en hospitsplass.*

Sandnes har gjort en betydelig innsats gjennom flere år for å løse boligproblemet for de svakeste på boligmarkedet. I 2008 var Sandnes den kommunen som hadde dårligst tilbud for bostedsløse utfra registrerte boligløse i forhold til folketallet, med 186 innbyggere, eller nesten 3 av 1000 som manglet bolig (Dyb og Johannessen 2009). I 2011 får kommunen ros av Stavanger Aftenblad for alle millionene de har brukt på nybygg for akkurat denne gruppen. På tre år har Sandnes bygget vel 150 boliger for vanskeligstilte boligsøkere, det vil si personer som ikke er i stand til å løse boligproblemet sitt på egen hånd. (Stavanger Aftenblad - 22.07.2011)

Det er fortsatt mennesker som trenger hjelp til å få en permanent boligløsning. Det er også et problem med tilsiget av nye klienter, blant annet fra barnevernet (Barn med psykiske lidelser som fyller 18 år). Løsningene passer ikke alltid til livssituasjonen lenger. Enkelte av de som har fått hjelp til bolig og til å lære å bo blir eldre, får tilleggsproblemer, og dermed endres behovene. Dette snakker fagfolkene om uten at de ser noen umiddelbar løsning. Og da kan vi jo stille spørsmålet om arbeidet med personer som er ”innenfor”, som får et godt tilbud av hjelpeapparatet, delvis skjer på bekostning av de som nå eller i morgen banker på en eller annen dør inn til hjelpeapparatet?

*Vi har en lang vei å gå. Eks. bosituasjonen, glidende overganger ut og inn (av sykehus). Noen vil gjerne slutte å ruse seg. Vi har kanskje*

*prosjektmidler til behandlingsstart, men vi kan jo ikke begynne å behandle før de har en bolig. ... Der har vi utfordringer.. Det største problemet er bolig. Kan vi få bolig kan vi gjøre veldig mye bare med det. Boligmangelen er det verste.*

## **Noe av grunnlaget for et godt samarbeid i Sandnes.**

Distriktet har relativt dype tradisjoner med å ta seg av psykisk syke. Sandnes hadde et psykiatrisk sykehus, men var blant de første som avvirket det da den nye trenden med å nedbygge institusjonene startet. Sandnes fikk forløperen til DPS før noen andre, mitt i sentrum. I tillegg etablerte kommunen flere sentrale sykehjem for psykiatriske pasienter. Sandnes har rett og slett vært i forkant ved flere reformer, fra avinstitusjonalisering til brukermedvirkning og samhandlingsreformen. Det har blitt en del av identiteten, noe kommunal og statlig psykiatri er stolte av.

*...noe av styrken vår er det er at vi har vært i stand til å lese oppdragsdokumentene fra våre eiere helsevesenet og kommunen. Vi har vært i stand til å lese oppdragsdokumentene, så vi har ligget et hestehode foran, vi har ikke ventet på at det skulle komme en beskjed fra våre oppdragsgivere før vi setter noe i verk. Vi har vært like tidlig ute som opptrappingsplanen, hvis ikke før. Altså, vi har alt gjort det opptrappingsplanen skisserer. Før det på en måte er kommet i oppdragsdokumentet fra departementet.*

Sandnes var også den første kommunen i landet som ansatte en psykiatrisk sykepleier. Og det har fortsatt. Sandnes innretter seg etter nye styringssignaler eller ideer om forbedringer av tjenestetilbudet innenfor psykisk helsevern.

Opptrappingsplanen førte til en økning av årsverkene innen psykisk helsearbeid på ca 300 %, og det har fortsatt å stige etter 2008. Rogaland Revisjon skriver i sin rapport fra mai 2010 at gjennomgangen deres viser at psykisk helsearbeid ” har vært et prioritert område de siste årene.” I 2005-2008 deltok Sandnes i et kvalitetsutviklingsprosjekt med fokus på brukerne (Sammen om brukerkunnskap), og er i øyeblikket involvert i ”Sammen om”, et prosjekt som også inkluderer Mental Helse og psykiatrisk divisjon av Stavanger universitetssykehus (SUS). Dette er bare eksempler på en kommune med vilje og ressurser til å utvikle tjenestene sine i forhold til psykisk helse- og rusfeltet. DPS i Sandnes kan også vise til en tilsvarende innsats og samarbeid om å utvikle sine tjenester.

Samtidig er jeg usikker på om stolte tradisjoner alene er god nok forklaring på hvorfor de har fått det til i Sandnes. Det er ingen tvil om at det har hjulpet, men skal andre kommuner ha glede av ”Sandnes-modellen” må vi speide etter andre faktorer som kan ha hatt betydning, og som det er letter å kopiere enn Sandnes høyst spesielle historikk. I det følgende skal vi lete etter påvirkning fra en samarbeidsvennlig kultur: *Det er jo våre pasienter.*

Med psykiatireformen fulgte det med penger. Kommunene fikk et økonomisk grunnlag for å realisere og implementere tiltak og planer som de ikke tidligere hadde funnet muligheter til i konkurransen med andre og høyere prioriterte oppgaver. I Sandnes skapte det også en form for ”slack”, eller kanskje bedre sagt: noen muligheter til å være fleksibel med hensyn til personellressurser. At disse ressursene ble brukt til beste for brukerne uavhengig av om det var spesialisthelsetjenesten eller kommunen som akkurat da hadde ansvaret for vedkommende kan tilskrives det gode samarbeidsklimaet som eksisterte. Det var en vilje til å la ressursene gå dit behovet var størst i øyeblikket. Det betød at personellet i større grad kunne følge brukerne/pasientene enn

ansettelseskontrakten fortalte, slik at kriser eller flaskehals ble løst uansett hvilket system eller regime pasientene/brukerne befant seg i. Dette lyktes til tross for en forståelig tidvis motstand og protester fra ansatte som ble flyttet på.

Etter opptrappingsplanen for psykisk helse, 1998-2008 har rammene blitt trangere økonomisk sett, noe som merkes tydeligst i kommunen. Etterspørselen etter tjenester og boliger har ikke sunket. Statsbudsjettet for 2011 indikerer at ambisjonene er de samme som tidligere når det gjelder psykisk helsearbeid: ”De overordnede målene og verdigrunnlaget fra Opptrappingsplanen vil fortsatt ligge til grunn for regjeringens politikk.” Forskjellen er først og fremst at midlene til Sandnes kommune ikke er øremerket nå, slik at utfallet for sektorens budsjett blir mer usikkert. Boliger blir nå nevnt som en av de alvorligste flaskehalsene i Sandnes. Riktignok har Husbanken vært en solid samarbeidspartner også etter Opptrappingsplanen. Banken og Sandnes kommune har laget en samarbeidsavtale for boligsosial plan. Husbanken blir derfor en vedvarende statlig kilde til å løse behovet for boliger til de som trenger det mest, blant annet gjennom startlån. Samtidig overstiger behovet ressurstilgangen. Kommunerevisjonen, Rogaland Revisjon, sier i sin rapport fra mai 2010 at boliger til psykisk syke var den delen av Opptrappingsplanen som var mest vellykket i Sandnes, samtidig som det var et felt som var minst vellykket. Fra 1999 til 2010 økte antall plasser i bofellesskap/omsorgsboliger for personer med psykiske lidelser fra 0 til 62. Behovet har likevel oversteget økningen i boligtilbudet, ifølge rapporten fra Rogaland Revisjon fra 2010.

*”Det er ikke sikkert at behandlingen de får hos oss har effekt når de skrives ut uten bolig og uten oppfølging. En risikerer at hele behandlingsløpet er bortkastet”, sier leder Randi Mobæk i Seksjon Unge Voksne ved psykiatrien i Helse Stavanger (Viggen 2012).*

Opptrappingsplanen for psykisk helse har vist at fleksibilitet er en nødvendighet med de problemene man står overfor når man skal lage et godt tilbud til mennesker med psykiske lidelser og omfattende hjelpebehov. Spørsmålet fremover blir kanskje: Hvordan få til et fleksibelt samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten når det ikke finnes noen overskuddsressurser, økonomiske eller personellmessige, som skaper mulighetene for fleksibilitet?

Sandnes har bygget opp en personalressurs av ansatte som kan feltet, kjenner problemene, og vet hvordan sårbarhet, utagering, rus og isolasjonstrang hos målgruppen skal håndteres. De vet hva respekt er, hvor viktig det er med kontinuitet når det gjelder sentrale relasjoner, og de har en type kompetanse som ingen skole eller kurs kan gi alene. I så måte er kommunen godt rustet til fremtidige utfordringer. På samme måte som man ikke kan ta tilbake et budskap som har nådd en tilhører, kan man ikke ta tilbake erfaringene, de positive erfaringene, man har skapt i et tett og modig felleskap på tvers av nivåer og organisatoriske grenser. Det umulige har blitt mulig gjennom samarbeid. Det er usannsynlig at det stopper med det som hittil er oppnådd.

*Fra en leder på DPS om nåsituasjonen: ...vi har vel i psykiatrisk divisjon sluppet lettere unna, altså vi har et mer beskyttet liv enn det kommunen har. Kommunen har et mye større press, et større ansvarsområde enn vi har som bare skal utrede, diagnostisere og behandle. Likevel vet vi at vi skal samarbeide, og mye fremover vi må jobbe sammen om. Men nå er vi kommet såpass langt at nå er det ikke mer penger som kan løse problemene, nå er det mer samarbeid, mer samhandling. Og god husholdning av de ressursene vi har fått tildelt veier tungt.*

Vi skal heller ikke glemme de tversgående organisatoriske møteplassene og faste samarbeidsrutiner som er etablert, og det man har lært om betydningen av å

etablere fora for formelle og uformelle diskusjoner om fag, mennesker, problemer og løsninger. Samarbeidende instanser har funnet løsninger når det oppstår mer eller mindre akutte problemer. Partene har satset på dialog: lager lunsjmøte og lignende for å danne nettverk, for å fange opp frustrasjoner og drøfte løsninger. Den tradisjonen tror jeg heller ikke vil dø hen med det første.

## **Et samarbeid om felles mål – i tråd med sentrale føringer**

For å forstå handlemåter til organisasjonsmedlemmene må en gå via den felles forståelseshorisonten som er etablert, og som hendelser blir fortolket gjennom.

Ideen om at samarbeid både er nødvendig og fornuftig eksisterer også utenom rus- og psykiatrisektoren. Samhandlingsreformen er et kraftfullt bidrag til å sette samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten generelt på dagsorden. Stavanger universitetssykehus målbærer også idealet om samarbeid på sin hjemmeside (lesedato: 27.02.2012):

*En av de store utfordringene i helsetjenesten i dag er å sikre pasienter med kroniske og alvorlige sykdommer en sammenhengende og helhetlig helsetjeneste - uavhengig av om tjenesten blir gitt fra primærhelsetjenesten eller fra sykehusene.*

*Sentrale helsepolitiske føringer krever at sykehus og primærhelsetjenesten samarbeider slik at pasientene i større grad opplever samordning, kontinuitet og faglig god kvalitet gjennom hele pasientforløpet.*

Det er derfor liten tvil om hva føringene fra overordnede myndigheter er. I eksemplene vi har sett på illustrerer hvordan Sandnes kommune og DPS kan jobbe i tråd med helsepolitiske signaler og føringer.

Eksemplene på godt samarbeid i Sandnes viser at det er mulig å skreddersy løsninger til problemene, i stedet for at problemene skulle omformuleres eller omdannes til noe annet enn de virkelig var. Man har prøvd å realisere noen mål med de felles ressursene man hadde, selv om man formelt overskred grensene for den opprinnelige organisasjonen.

Etter hvert burde suksessen med disse samarbeidsløsningene styrke motet og motivasjonen til å søke sammen for å finne originale løsninger når nye problemer oppstår. Men uten et noenlunde felles perspektiv på hva problemene er, hvordan løsningene kan se ut, og et romslig forhold til økonomiske, ressursmessige og organisatoriske rammer og begrensninger, så kan man neppe skapeløsninger slik man skapte dem i Sandnes. Fremtiden vil vise om samarbeidsånden kan smitte over på andre områder og til andre samarbeidsprosjekter både i og utenfor Sandnes.

## Litteratur

Avtale om inn- / utskrivning, samarbeid og ansvarsdeling innen psykisk helsearbeid/psykisk helsevern mellom Helse Stavanger HF, Psykiatrisk divisjon, og kommunene. November 2008.

Barth, Fredrik 1994: Manifestasjon og prosess. Universitetsforlaget.

Christoffersen, H (1992): Borgeren og de offentlige serviceydelser. AKF Nytt nr. 5, Amternes og Kommunernes Forskningsinstitutt. AKF-forlaget, København.

Dyb, Evelyn og Johannessen, Katja: Bostedsløse i Norge 2008 - en kartlegging. NIBR-rapport: 2009:17

Finnestad, Hilde: Prosjektrapport. Sammen om brukerkunnskap – psykisk helse. „Ikke en doktoravhandling i arkiv 13“. Sandnes kommune 2009

Helsedirektoratet 2011: Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelse, desember 2011.

Lemvik, B. (2006). *Å skape gode livsvilkår, psykisk helsearbeid i kommunen*. Oslo: Kommuneforlaget.

Kielland, Knut Boe. "Udekket behov for skjermede boliger for alvorlig psykisk syke med rusmisbruk", Tidsskrift for Norsk Lægeforening no 25, 2002.

Tilgjengelig fra: <http://pclf.tidsskriftet.no/tsPdf.php?pdf=pdf2002%7C2458-60.pdf> (lest 09.04.2011) (4 sider)

Kvaal, Bjørn 2010: – Bare ta medisinen og slutt å ruse deg. Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og psykisk lidelse.

[http://www.dobbeldiagnose.no/index.php/dobbeldiagnose/Artikler/Etter\\_dato/Bare\\_ta\\_medi-sinen\\_og\\_slutt\\_aa\\_ruse\\_deg](http://www.dobbeldiagnose.no/index.php/dobbeldiagnose/Artikler/Etter_dato/Bare_ta_medi-sinen_og_slutt_aa_ruse_deg) Lesedato: 24.03.2012

Mathisen, Birgit Røe, 2008: Ser bare rusproblemene. Forskning.no.

<http://www.forskning.no/artikler/2008/mai/182108> - lesedato: 01.04.2012

Nilsen Ann Christin Eklund, red. 2011, og Vareberg, Iversen, Madsen, Elle, Vagle, Ekberg: *Kompetanseutvikling om samarbeid og samordning på tvers – En samlet rapport med publikasjoner fra delprosjekt 1 i HUSK-Agder* Rapport FoU-rapport nr. 5/2011

Ramsdal, H & Hansen, G V (2005): ”Om sirkelens kvadratur – Psykisk helsearbeid møter bestiller- / utførerorganisasjonen”, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2/2005:134 – 148

Rogaland Revisjon IKS Forvaltningsrevisjon av Rusvern - 29 - Stavanger kommune. Januar 2011

Samarbeidsrutiner innen psykisk helse- og rusfeltet i Sandnes. 31.1.2012

”Sammen om”, Sandnes kommunes hjemmeside.

<https://www.sandnes.kommune.no/Globalmeny/Om-Sandnes/Om-kommunen/Virksomheter/Levekar/Mestringsenheten/Sammen-om/Plan-for-psykisk-helsearbeid6/Hospitering/> Lesedato: 22.04.2012

Stavanger Aftenblad - 22.07.2011 - Seksjon: Sandnes/Gjesdal

Stavanger Aftenblad 5.1.2012.

St meld nr 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001

Sømme og Thorbjørnsen (2011) i: Thomas Owren og Sølvi Linde(red.):

Vernepleiefaglig teori og praksis, - sosialfaglige perspektiver.

Universitetsforlaget 2011

Thorbjørnsen N., & Sømme, D. (2006). Mittbu, min heim, min keiserdom, mitt rike her på jord. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3(3), 246–254.

Thorbjørnsen, Nina og Sømme, Dagrunn 2007: Er 1. og 2. linjetjenesten mer opptatt av kontroll enn behandling? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid / 2007 / Nr 4*

Thommesen, Hanne (2008): Hverdagsliv, selvforståelse og dobbeltdiagnose -om mennesker med uvanlige erfaringer. Doktoravhandling, Bodø, Høgskolen i Bodø

Thommesen, Hanne, 2012: Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer. Gyldendal akademisk.

Vedung, Evert (1998) *Utvärdering i politikochförvaltning*, Sverige, Lund, Studentlitteratur.

Viggen 2012: Boligmangel punkterer rusbehandling. Sandnes har ikke bolig til sine rusavhengige. Da kan hele sykehusbehandlingen være bortkastet. Fontene, hjemmeside. <http://www.fontene.no/nyheter/article5939137.ece> - lesedato: 28.02.2012