

SÅRBARE OVERGANGER – «Tricky Transitions»

**Gunnar Vold Hansen
Catharina Bjørkquist
Guro Øyen Huby
Lasse Johnsen**

**Høgskolen i Østfold
Oppdragsrapport 2016:1**

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 gis ut i Høgskolens Rapport- og Arbeidsrapportserier.

Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2016:1

© Forfatterne/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-445-5

ISSN: 1504-5331

FORORD

Denne rapporten danner avslutningen på første del av et prosjekt. Prosjektet er et samarbeid mellom Høgskolen i Østfold, Sykehuset i Østfold, Fredrikstad kommune og bruker- og pårørendeorganisasjoner på rus- og psykiatrifeltet. Målet med prosjektet var å identifisere og analysere 3-5 sårbare overganger i tjenestetilbud for ROP-pasienter, et tjenestetilbud som skal være helhetlig og samordnet. Dette vil danne grunnlag for videre arbeid med tiltak for hvordan de utvalgte overgangene kan forbedres.

Prosjektets bidrag vil være flere. For det første er det snakk om en empirisk beskrivelse av utvalgte sårbare overganger for ROP-pasienter. For det andre vil studien gi en analytisk forståelse av hva utfordringene består i, ut fra henholdsvis individuelle eller organisatoriske rammebetingelser. Det legges til grunn at slik kunnskap vil kunne fremme mulighetene for å tilby helhetlige og samordnede tjenester.

Følgende deltakere var aktive i prosjektet:

- Intresseorganisasjoner; Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RiO) og Landsforeningen for pårørende Innen psykisk helse (LPP)
- Sykehuset Østfold HF; Distriktpsikiatrisk senter (DPS) i Fredrikstad, Sosialmedisinsk poliklinikk (SMP) i Fredrikstad,
- Fredrikstad kommune; Friskliv og mestring, Tildelingskontoret
- Høgskolen i Østfold; ansatte og studenter

Gjennom den datasamlingen som er blitt gjennomført ved å samle brukere, pårørende og tjenesteytere til en workshop der i alt omlag 30 personer deltok og bidro med innspill og beskrivelser av de utfordringene man mente å ha sett, har vi fått et omfattende bilde av tjenestetilbudet. Dette bildet viser at i mange tilfeller så ytes det gode tjenester og at de ulike virksomhetene i tillegg arbeider kontinuerlig med å bedre tilbudet. Vi har likevel sett at i enkelte tilfeller så svikter samarbeidet på vesentlige områder. I denne prosessen har både brukere, pårørende og tjenesteytere vært villige til å stille opp og bidra med sine erfaringer og sine vurderinger. Brukerorganisasjonene og virksomhetene har også bidratt med innspill og vært diskusjonspartnere gjennom hele prosessen. For oss har de innspillende vi på denne måten har fått vært uvurderlige. Vi takker derfor alle som har deltatt og håper at denne rapporten kan være til hjelp for dem i det videre arbeidet med å forbedre tjenestetilbudet.

Prosjektet er finansiert av høgskolens samhandlingsmidler.

Fredrikstad, desember 2015

Catharina Bjørkquist

Guro Øyen Huby

Lasse Johnsen

Gunnar Vold Hansen

Prosjektleder

Innhold

FORORD.....	1
SAMMENDRAG	9
Utgangspunkt	9
Metode	10
Resultater	11
Sårbare overganger.....	11
Forløp.....	13
Utfordringer.....	14
Løsninger?.....	16
Veien videre	18
SÅRBARE OVERGANGER ‘ <i>Tricky Transitions</i> ’	22
Bakgrunn.....	22
Prosjektets målsetning og bidrag	24
Fremdriftsplan.....	25
UTFORDRINGER FOR SAMARBEID OM HELHETLIGE TJENESTETILBUD I PSYKISK HELSEARBEID	27
Hva slags problemer skal løses?	30
Hvordan skal man organisere tjenestetilbudet?	32

Hvordan påvirkes samarbeidet?	33
Makro- og mesonivå	34
Politiske prioriteringer – samfunnets aksept – krav og legitimitet	34
Struktur	35
Lover og regler	35
Mikronivå.....	36
Virkelighetsbeskrivelse	36
Integrasjon	37
Kollektivt ansvar/viktighet	38
Roller	39
Arbeidsformer og kultur	39
Tillit og respekt.....	39
Brukerorientering/-medvirkning	40
Ledelse – makt.....	40
Ressurser – tilstrekkelig og stabilitet	41
Evaluerings.....	41
Hva skal man samarbeide om?	42
Kartlegging	43
Analyse	44
Planlegging	44
Iverksetting	44

Evaluering.....	45
Brukermedvirkning	45
Hva er brukermedvirkning?.....	45
Analysemodell	49
Juridiske aspekter ved brukermedvirkning	51
Retten til tjenester.....	53
Bolig.....	54
Boligsosialt arbeid	54
Hva ønsker brukerne?	57
METODE OG DATAINNSAMLING	61
Analyse.....	64
Vurdering av datagrunnlaget.	66
Spørsmål	67
DATAPRESENTASJON	69
Forløp	69
Brukermedvirkning	71
Hvem er brukerne?	74
Pårørende som brukere	78
Bolig.....	82
Samarbeid.....	88
Ulike aktører	88

Relasjon og holdninger.....	91
Fragmentering.....	104
Krenking av ansvarsgrenser	107
Legale rammer.....	110
Helhet – en tjeneste uten sårbare overganger?	114
Ulike samhandlingsformer	114
Individuell plan som en løsning?.....	118
Betydningen av å ha en løs.....	122
DRØFTING.....	125
Brukermedvirkning	125
Tvang.....	127
Holdninger til brukermidvirkning.....	128
Bolig.....	131
Pårørende	133
Samarbeid.....	134
Ulike rammer for samarbeid.....	134
Makro- og mesonivå.....	135
Mikronivå	144
Samarbeidsformer.....	146
Løsninger	150
Veien videre	153

LITTERATUR 157

SAMMENDRAG

Denne rapporten viser resultater fra et samarbeid mellom Høgskolen i Østfold, Sykehuset i Østfold, Fredrikstad kommune og bruker- og pårørendeorganisasjoner innen rus- og psykisk helse. Målet med dette prosjektet var å identifisere sårbare overganger i tjenestetilbud for ROP-pasienter. Prosjektet er første del av et større prosjekt med opptil tre faser inndelt på følgende måte:

1. Kartlegging av sårbare overganger i tjenesten til ROP pasienter (foreliggende rapport)
2. Iverksetting av tiltak for å forbedre utvalgte overgang(er)
3. Eventuell sluttevaluering og oppfølging av fase 2.

Prosjektet i fase 1 som denne rapporten bygger på er finansiert av høgskolens samarbeidsmidler.

Utgangspunkt

Rapporten tar utgangspunkt i teori og kunnskapsstatus om brukermedvirkning, samarbeid og ulike rammebetingelser for samarbeid (strukturelle på nasjonalt nivå, organisatoriske på lokalt tjenestenivå, og individuelle på tjenestenivå) samt boligsosialt arbeid. Et viktig utgangspunkt er forståelsen av at brukergruppens problemer er uregjerlige – det vil si at kunnskapsgrunnet er uklart, ulike aktører har ulike mål og at hva som er det beste tilbudet, er diskutabelt. Det gjør at det ikke kan skisseres en riktig løsning som kan iverksettes for alle. I stedet er utfordringen i stor grad hvordan bruker og de ulike tjenestene i fellesskap kan

komme frem til en hensiktsmessig løsning for hver enkelt bruker, som må evalueres og vurderes under løpet. Dette gjelder også tjenesteendring på for å legge forholdene til rette for god samhandling generelt. Denne tilnærmingen ligger til grunn for framgangsmåten i alle delene av prosjektet.

Målsettingen for dette første delprosjektet var å:

- identifisere sårbare overganger mellom Sykehuset Østfold og Fredrikstad kommune i samarbeidet om å yte helhetlige tjenester til mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser (ROP-brukere).

Dette arbeidet vil legge grunnlaget for tiltak som fremmer mulighetene for å tilby helhetlige og samordnede tjenester.

Metode

Datamaterialet som danner grunnlaget for denne rapporten var samlet inn på en workshop. Deltakerne på workshopen var representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner, fra Sykehuset Østfold HF ved Distriktpsikiatrisk senter (DPS) i Fredrikstad og fra Sosialmedisinsk poliklinikk (SMP) i Fredrikstad, fra kommunens tildelingskontor og fra kommunens utøvende tjeneste (Friskliv og Mestring). Deltakerne i workshopen ble først satt sammen i virksomhetsspesifikke grupper og skisserte hvilke utfordringer de så fra hver gruppes synsvinkel. Etterpå satt deltakerne sammen i grupper med en representant fra hver av virksomhetene/gruppene. Gruppene skulle da beskrive et forløp gjennom de ulike tjenestene som skal samarbeide.

Workshopen var meget vellykket og avdekket et behov for tverrfaglige møteplasser hvor generelle utfordringer i samarbeid om tjenester til ROP-pasienter kunne diskuteres og løftes fram som felles læring. Spesielt verdifullt var det at brukere og pårørende var med som fullverdige partnere i begynnelsen på en slik dialog.

Data gjenspeiler et begrenset antall deltakeres erfaringer av hva som foregår i feltet, mens praksis nødvendigvis er langt mer variert. Vi må derfor være forsiktige med å trekke slutninger fra dette materialet om hvordan samarbeidet er “i virkeligheten” og “på bakken”. For eksempel har deltakerne antakelig lagt mere vekt på det som ikke fungerer enn praksis som fungerer bra og hvorfor, gitt prosjektets mål om å bidra til å avdekke sårbare overganger. En av deltakerne sa “Det er det som ikke fungerer som sitter igjen fordi det skaper problemer. Det som fungerer bra tar vi for gitt.” Vi har vært i stand til å sette erfaringer fra aktører med ulike ståsteder i systemet opp mot hverandre og dette har beriket analysen. Materialet som er smalt inn og analysen kan således avdekke noen overordnende problemstillinger som vil fungere som ledesnor i følgende faser av prosjektet.

Resultater

Sårbare overganger

Materialet antyder en rekke sårbare overganger, for eksempel:

- Henvisning fra særlig fastlege og andre tjenester, for eksempel NAV, og inn i ROP tjenesten. Henviser mangler ofte kjennskap til det komplekse tjenestetilbudet og henvisninger er ikke alltid hensiktsmessige.
- Overgang fra barne-/ungdomstjenesten og inn i tjenester for voksne. Organisering av tjenestene og personell er noe ulikt i de to systemene. Videre gjør taushetsplikten for ungdom over 18 år at pårørendes rolle endres.
- Overgangen mellom rus- og psykiatritjenester. Disse er i utgangspunktet to atskilte tjenestefelt, der kunnskapsgrunnlag og tilnæringsmåter til behandling har utviklet seg forskjellig. Der er forbedringspotensial når det gjelder samordning og enhetlig tilnærming til personer med sammensatte ROP-lidelser.
- Inn- og utskrivning fra kommune og poliklinikk til institusjon. Forberedelser til oppholdet og oppfølging etter utskrivning er ikke alltid på plass.
- Overganger mellom spesialisttjenesten og kommune tjenester, og innad i kommunen.
- Tildelingskontoret som en ekstra instans å forholde seg til

Det er imidlertid vanskelig å peke på en bestemt overgang som er sentral for et behandlingsforløp der løsninger på problemer blir funnet og sårbare personer blir fulgt opp og får støtte. Hver ROP-pasient har sitt eget løp med egne konstellasjoner av sårbare overganger. Likevel er det fellestrekk ved disse løpene.

Forløp

Arbeidet til ettermiddagsgruppene styrket det som kom fram i de virksomhetsspesifikke gruppene, særlig bruker og pårørende gruppene, når det gjelder fellestrekk ved behandlingsforløp. Få av løpene var lineære i forstand at de viste progresjon mot en langsiktig løsning. De gikk i sikksakk eller sirkel og viste mange punkter hvor brukeren lett kunne falle ut av behandling, med potensielle fatale følger. Dette mønsteret var delvis grunnet brukers problemer, men også grunnet måten systemet håndterte problemene på. Uregjerlige problemer ble gjort enda mere uregjerlige av et komplekst tjenestesystem:

- Det eksisterer et svært omfattende tjenestetilbud, men mange synes at det er vanskelig å ha oversikt over hvilke muligheter som finnes.
- En del av kommunikasjonen foregår langs formelle og gjerne skriftlige kanaler. Ressurser brukes på å skrive henvisninger og på å behandle dem i neste instans.
- Dialog og problemløsning mellom sentrale aktører i behandlingsopplegget er viktig, men de formelle kommunikasjonssystemene legger ikke til rette for dette.
- Systemet er dårlig på å håndtere ikke planlagte situasjoner og situasjoner der det skjer vesentlige endringer.
- Oppdelingen i ulike virksomheter innebærer at det foregår kartlegging av brukeren flere steder. Det at enkelte tjenesteytere bare har innsikt i deler av det sammensatte problemet som brukeren har, kan innebære at tjenestetilbudet blir delt opp i tiltak som hver for seg kan virke fornuftige, men som ikke fungerer som en helhet.

Utfordringer

Vi kom videre fram til en rekke underliggende utfordringer som bidrar til å gjøre enkelte pasientforløp mere “uregjerlige”. Vi har kategorisert disse under tre overskrifter: brukervedvirkning, bolig og samarbeid.

Brukermedvirkning

Hva betyr brukervedvirkning? Hvis brukers motivasjon for behandling og valg av tjenester er usikker og hans ansvar og rolle i behandlingen ikke er avklart er det vanskelig å legge opp et behandlingsløp mot et realistisk mål alle kan ha del i. Dette har sammenheng med brukers rett til behandling, og hvordan vi definerer brukervedvirkning. Betyr brukervedvirkning at bruker har fritt valg av tjenester? Hvilke forutsetninger har bruker i så fall for å velge, eller velge bort, tjenester, og har hun ansvar for å velge tjenester som vil hjelpe henne til å fungere selvstendig? Eller betyr “brukervedvirkning” at han har en reell rolle i beslutninger som tas i fellesskap av flere aktører og på bakgrunn av tilgjengelige ressurser?

Hva er en realistisk fordeling av ansvar og rettigheter? Brukers rettigheter til tjenester innebærer ansvar for å bruke dem, stille opp til møter og følge opp avtaler. Likevel må en i behandling av ROP - som i andre sykdommer - regne med uforutsette hendelser, nedturer og “mørke” perioder hvor ansvarstagen er vanskelig. Hva er da tjenestens ansvar for å “holde på” bruker og ta vare på hennes sikkerhet, evt. legge til rette for en tilbakevending til aktiv deltakelse i behandling?

Hva er pårørendes rolle? Pårørende er en ressurs, og støtteordninger for bruker vil ha innvirkning på deres livssituasjon, ofte negativ hvis en stor del av ansvaret faller på dem der bruker faller ut av behandling. De bør være med i beslutningstakingen, men deres rolle er tvetydig. De er ikke tjenesteytere og heller ikke utenforstående. Taushetsplikten og spørsmål rundt tvang og frivillighet former deres rolle. Hvordan kan pårørende inkluderes i samhandlingen på en tilfredsstillende måte?

Bolig

Hvordan sikrer man en tilfredsstillende boligsituasjon? Bolig er ofte en forutsetning for tilgang til et stabilt behandlingsopplegg, men bolig er en knapp ressurs. Samtidig er egen bolig en vanskelig overgang i seg selv. Et relevant boligtilbud krever samarbeid både når det gjelder tilgang på bolig og oppfølging. Selv om helsepolitiske føringer vektlegger bolig som en forutsetning for et samordnet behandlingstilbud må vi være forsiktig med å se dette som en løsning i seg selv og uten gode samarbeidsformer.

Samarbeid

Hvordan etablerer man en samhandling rundt løpet som har en balanse mellom uformelle og formelle samarbeidsformer? Personlige relasjoner mellom bruker og tjenesteytere, og mellom tjenesteytere er nødvendige for at oppfølgingen skal være effektiv. En uformell dialog og samhandling mellom aktørene må til for å sikre nok fleksibilitet til å håndtere uforutsette hendelser. Likevel må samhandlingen skje innen formelle rammer som sikrer transparens i beslutninger, og i ansvarlig samsvar med regelverk og prosedyrer. Ansvarsgrupper og Individuell plan er ment å sikre dette, men disse ordningene

omfatter ofte mange og motstridende interesser og er tungroddede i praksis. Hvordan kan man opprette samhandlings fora som håndterer denne balansen mellom formell og uformell samarbeid?

Løsninger?

Dette prosjektet tar som utgangspunkt at ROP er et eksempel på “uregjerlige problemer” der man har en rekke delproblemer som henger tett sammen og hvor det er uklart sammenheng mellom årsak og virkning. Datamaterialet beskriver et tjenestetilbud som er organisert i flere ulike virksomheter, hvor grensene er trukket opp langs strukturelle (lovverk, nasjonale føringer og statlig sektorinndeling) og organisatoriske (lokal tilpasning av nasjonale føringer, f.eks. Tildelingskontoret som en modifisert bestiller-utfører modell). Slik blir sammensatte problemer lett delt opp i delproblemer som takles i isolasjon i hver virksomhet, med det resultat at de blir enda mer uregjerlige.

Datamaterialet er grunnet på workshopdeltakeres generelle betraktninger om tjenestesystemet, og i virkeligheten er praksis “på bakken” mere variert og har flere eksempler på at samarbeidet fungerer godt. Datamaterialet inneholder noen eksempler, og i løpet av diskusjon av funnene fra denne kartleggingen i prosjektgruppen er flere eksempler kommet fram. Løsningene på en del av de utfordringene som man står overfor, er således tydeligvis allerede kjent fra praksis. En videreføring av dette prosjektet med en systematisk utvikling av nye relasjoner og rutiner bygget på de erfaringene deltakerne selv har, vil kunne skape positive resultater med bedre helhetlige og samordnede tjenestetilbud. Vi

vil her peke på noen tiltak som vi mener kan bidra til et mere helhetlig tjenestetilbud.

Vi vet i skrivende stund ikke om en tiltaksfase i dette prosjektet vil få ekstra finansiering og håper disse forslagene kan danne grunnlaget for praksisfelts videre tjenesteutvikling, uavhengig av størrelsen på midler.

- Forbedring av formelle samarbeidsrutiner som et rammeverk for dialog
- Kartlegging som fører til en felles forståelse av problemene og mulige måter å løse dem på
- Møteplasser for dialog, både i individuelle forløp og for tverrfaglig utveksling av kunnskap og erfaringer på et generelt nivå.
- Forbedring av Individuell plan, ansvarsgrupper og koordineringsrolle
- “Los” som kan hjelpe brukere og pårørende å navigere tjenestesystemet.
- Holdninger: bedre kjennskap blant tjenesteytere, brukere og pårørende om hverandres kunnskap, ressurser og forutsetninger for samarbeid. Dette forutsetter
 - En felles forståelse av hva brukermedvirkning betyr
 - En avklart rolle for pårørende.

Planlegging og iverksetting av mulige tiltak bør ta med i betraktningen spesielle trekk ved et uregjerlig problem som ROP-lidelser. Det vi vet om tjenesteforbedring rundt uregjerlige problemer er at ett eller flere konkrete tiltak i isolasjon antakelig ikke vil løse problemene. Det kan tvert imot gjøre ting vanskeligere fordi det blir flere aktiviteter og personer å forholde seg til og

samarbeide med, tjenestetilbudet blir mere uoversiktlig og vanskeligere å håndtere. Eventuelle tiltak må settes inn og vurderes ut fra et helhetsperspektiv.

Dette innebærer to hovedpunkter.

- Beslutninger om hva som skal gjøres for å bedre samhandlingen tas i fellesskap av en gruppe med sentrale aktører som kan styre og være med i alle faser av en tiltaksprosess. En slik gruppe, dvs. prosjekt/styringsgruppen, er blitt etablert gjennom denne kartleggingen og er en viktig ressurs for videreføring av prosjektet
- Fordi det er umulig å forutsi virkningen av et inngrep på forhånd er det viktig å sette opp robust evaluering som gir løpende tilbakemeldinger på hvordan inngrep virker i praksis slik at kurs kan justeres underveis.

Veien videre

Vår ambisjon er denne kartleggingen skal legge grunn til samarbeid blant brukere og tjenesteytere slik at de i fellesskap kan utvikle tjenestene videre. I det arbeidet planlegger høgskolen fortsatt å bidra med vår kompetanse og ressurser. Vi legger derfor opp til at dette bare er første del av et større prosjekt og at samarbeidet mellom brukere, pårørende, tjenesteytere og høgskolen vil fortsette. Neste fase i dette prosjektet er planlagt å ta utgangspunkt i denne kartleggingen og gå videre til å:

- etablere en prosess og struktur for tverrfaglig planlegging og prosjektledelse
- utrede konkrete tiltak rundt identifiserte overganger som kan bedre samarbeidet

- sette opp en fortløpende evaluering av tiltak og mekanismer for regelmessig tilbakemeldinger
- sette inn mekanismer for læring av disse tilbakemeldingene, og justering av inngrepene om nødvendig.
- sette opp en endelig evaluering av langsiktige resultater av prosjektet.

Underveisevaluering og sluttevalueringen vil fokusere på hvordan rammebetingelse for samhandling, strukturelle (lovverk, nasjonal forvaltning og styring), organisatoriske (lokal tjenesteorganisasjon) og individuelle (relasjoner innen og mellom tjenester) skaper rom og begrensninger for samarbeid, og hvordan disse kan utnyttes og takles.

Prosjektet i denne fasen settes opp for å produsere resultater på 3 felter.

- Forbedring og systemlæring i tjenester til ROP-pasienter: Forbedringsarbeidet forventes å skape bedre samhandling, og evalueringen er en kilde til læring på individuelt plan blant dem som er med. Denne læringen vil ha overføringsverdi til andre felter, og kan være et bidrag til systemendring.
- Undervisning: Resultater fra prosjektet vil kunne brukes i og styrke samarbeid mellom HiØ og praksisfelt i undervisning på bachelor og master nivå.
- Forskning: Artikler om samhandling rundt uregjerlige problemer i sammensatte tjenester, og strukturelle, organisatoriske og individuelle rammebetingelser som former samarbeidet.

Denne fasen er allerede begynt og skal styres av praksisfelt ved prosjekt og styringsgruppe, med prosjektledelse og støtte fra forskerteamet. En søknad er sendt til Forskningsrådets PraksisVel program om midler til studie av samarbeid og faktorer som former samarbeid, i to norske kommuner og fire sammenlignbare case prosjekter i Skottland. Vi er også i ferd med å søke samarbeidsmidler.

SÅRBARE OVERGANGER *'Tricky Transitions'*

Dette prosjektet bygger på en søknad om penger fra høgskolens samhandlingsmidler. Dette er midler som skal brukes blant annet til å styrke tjenesteutøvelsen i virksomheter som høgskolen samarbeider med. Søknaden danner utgangspunkt for det arbeidet som presenteres her og vi skal derfor ta med noe av det som søknaden bygget på.

Bakgrunn

En av de største utfordringer for samhandling i helse- og velferdssektoren er tjenester til personer med såkalte ROP-lidelser – det vil si både alvorlige psykiske lidelser og omfattende rusproblem (ROP = rus og psykiatri) (Helsedirektoratet, 2012; WHO, 2010). Tjenester til brukergruppen tilbys både av spesialisthelsetjenestene i rus og psykiatri, og en rekke kommunale tjenester i tillegg til NAV og fastlegene. Målgruppen har lenge vært ansett som en av de mest utfordrende (Evjen, Øiern & Kielland, 2012). Dette skyldes en rekke forhold. Delvis handler det om brukergruppen som kjennetegnes av stor variasjon i problemstillinger, ulike og sammensatte behov, ulike målsettinger og at kunnskapsgrunnlaget om årsaker til og effektive behandlingsformer for de lidelsene vi her taler om har vært ansett som usikkert og kontroversielt (Einstein, 2007; Hannigan & Coffey, 2011). Dette er utfordringer vi gjerne kaller “wicked problems” (Rittel & Webber, 1973) eller som det gjerne oversettes til på norsk uregjerlige problemer (Vabø & Vabo, 2014). Tjenestetilbudet bør derfor ifølge Roberts (2000) bygge på to prinsipper: samarbeid og brukervedvirkning. Utfordringene med brukergruppen handler også om organisering av tjenestene.

Det har blant annet vært en generell uenighet om hvorvidt ROP-brukere “hører hjemme” i rus- og/eller psykisk helsearbeid (Almvik et al., 2011). Mange av brukerne har også en rekke andre utfordringer knyttet til bolig, økonomi, sosial deltakelse og noen ganger kriminalitet. Det innebærer at det er behov for at en rekke virksomheter samarbeider. Samarbeid kan i noen tilfeller organiseres som lineære behandlingsforløp, andre ganger blir forløpene oppdelte slik at prosessen går mer i sikk-sakk (Hansen et al., 2014). Når de generelle malene i forhold til ulike forløp skal operasjonaliseres i en lokal sammenheng, oppstår dermed en rekke utfordringer (Fineide & Ramsdal, 2014:120).

For å få til et helhetlig og samordnet tjenestetilbud handler det om flere faktorer; hvem som skal samarbeide, hvordan de skal samarbeide og hvordan samarbeidet er organisert (Reeves et al., 2010). Formålet med dette delprosjektet er å analysere de beskrivelsene av sårbare overganger som blir avdekket, slik at vi kan få innsikt i hvorvidt utfordringene er knyttet til et individnivå eller til organisatoriske rammebetingelser (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Målgruppen for prosjektet er ROP-pasienter.

Problemstillingen i prosjektet var:

Hvilke sårbare overganger finnes og hvordan kan disse best håndteres?

Prosjektet er et samarbeid mellom Høgskolen i Østfold, Sykehuset i Østfold, Fredrikstad kommune og bruker- og pårørendeorganisasjoner på rus- og psykiatrifeltet.

Prosjektets målsetning og bidrag

Målet med prosjektet er å identifisere og analysere 3-5 sårbare overganger i tjenestetilbud for ROP-pasienter, et tjenestetilbud som skal være helhetlig og samordnet. Dette vil danne grunnlag for videre arbeid med tiltak for hvordan de utvalgte overgangene kan forbedres.

Prosjektets bidrag vil være flere. For det første er det snakk om en empirisk beskrivelse av utvalgte sårbare overganger for ROP-pasienter. For det andre vil studien gi en analytisk forståelse av hva utfordringene består i, ut fra henholdsvis individuelle eller organisatoriske rammebetingelser. Det legges til grunn at slik kunnskap vil kunne fremme mulighetene for å tilby helhetlige og samordnede tjenester.

Prosjektets deltakere:

Følgende deltakere var aktive i prosjektet:

- Intresseorganisasjoner; Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RiO) og Landsforeningen for pårørende Innen psykisk helse (LPP)
- Sykehuset Østfold HF; Distriktpsikiatrisk senter (DPS) i Fredrikstad, Sosialmedisinsk poliklinikk (SMP) i Fredrikstad,
- Fredrikstad kommune; Friskliv og mestring, Tildelingskontoret
- Høgskolen i Østfold; ansatte og studenter

Fremdriftsplan

Prosjektet er i utgangspunktet planlagt som et tre-årig prosjekt, men prosjektet er bygd opp slik at det hvert år skal oppnås sentrale delmål, som gjør at prosjektet kan avsluttes dersom det ikke gis videre finansiering. Så langt har vi bare finansiert første året.

- Første året skal de sårbare overgangene identifiseres, kartlegges og analyseres. Dette skal systematiseres og publiseres på en slik måte at tjenestene kan nyttiggjøre seg resultatene i sin egen interne organisasjon- og tjenesteutvikling. Dette året skal vi også etablere kontakt med skotske samarbeidsparter med sikte på å få innsikt i de strategiene og metodene som er benyttet der for å få til utvikling og forbedring av tjenestene. Kunnskapen om utfordringer og ulike metoder, skal gi grunnlag for at vi kan ta stilling til hvilke utfordringer vi ønsker å arbeide videre med og hvilke metoder som skal benyttes i andre året.
- Andre året vil vi ta i bruk noen av de verktøyene som vi har blitt presentert for i Skottland. Målsettingen er både å ta i bruk disse verktøyene for å løse noen av de utfordringene vi har avdekket første året, og å bygge opp kompetanse slik at virksomhetene selv kan benytte disse verktøyene i egne interne utviklings- og forbedringsprosesser. Oppmerksomheten dette året er derfor hovedsakelig knyttet til å gjennomføre prosesser med sikte på å forbedre tjenestene og å redusere sårbarheten i overgangene.
- Tredje året skal resultatene fra de ulike løsningsalternativene som er prøvd ut analyseres og om mulig generaliseres, med sikte på å implementeres i praksis og aktuelle utdanninger. Fokus i denne delen er å

gjøre resultatene fra prosjektet tilgjengelig for andre – tjenester og utdanninger, med sikte på å legge til rette for at erfaringene kan nyttiggjøres også andre steder enn de identifiserte sårbare overgangene.

UTFORDRINGER FOR SAMARBEID OM HELHETLIGE TJENESTETILBUD I PSYKISK HELSEARBEID

Blant annet som følge av opptrappingsplanen for psykisk helse, har tjenestetilbudet til personer med slike lidelser endret seg betraktelig. Enkelte går så langt som til å kalle dette et paradigmeskifte (Rogan, 2008). Viktige utviklingstrekk er overgang fra sykehus til lokalbaserte tjenester og økt fokus på mestring. Paradigmeskiftet er på mange måter synliggjort i etableringen av psykisk helsearbeid som eget fagfelt. Psykisk helsearbeid fremstår derfor i dag for en stor del som et eget fagfelt i tillegg til den medisinske spesialiteten psykiatri (Karlsson & Borg, 2011). Et av de sentrale elementene i dette fagfeltet er fokus på samarbeid (Rogan, 2008). Samarbeid og samhandling er også sentrale i andre deler av samfunnets velferdstilbud, og vi fikk allerede i 2001 retten til individuelle planer for mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Likevel er det tydelig at det å skape gode og helhetlige tjenester til mennesker med psykiske lidelser er en utfordring (Hansen, 2007; Holum, 2013). En særlig utfordring knytter det seg til personer med såkalte ROP-lidelser – det vil si både alvorlige psykiske lidelser og omfattende rusproblem (ROP = rus og psykiatri) (Helsedirektoratet, 2012; WHO, 2010).

Det brukes i dag store ressurser for å utvikle gode samarbeidsmodeller, både i Norge og internasjonalt. De ulike modellene har vært gjenstand for en rekke evalueringer uten at man har kunnet konkludere med hvilken samarbeidsmodell som er best (se for eksempel Forsetlund & al, 2012). En stor del av de evalueringene som er gjennomført, bygger på en forestilling om at det finnes

samarbeidsmodeller som vil være best uansett hvilken kontekst de benyttes i og at man kan benytte kliniske resultater for brukerne som suksesskriterier for samarbeidsmodellene. Vi har en annen tilnærming. For oss er det mest nærliggende å evaluere en samarbeidsmodell i forhold til hvordan den eventuelt styrker samarbeidet mellom de aktuelle partene. I denne artikkelen skal vi derfor se på noen av de faktorene vi mener det er nødvendig å være oppmerksom på når man skal vurdere hvorvidt et samarbeid fungerer.

Det er i dag en rekke begreper som delvis benyttes som synonymer, og delvis brukes for å beskrive ulik innhold i relasjonene. Begrep som samhandling og koordinering, kan beskrive ulik grad av samarbeid i noen sammenhenger. I tillegg snakkes det blant annet om tverrfaglig samarbeid, tverrprofesjonelt samarbeid og helhetlige tjenestetilbud. Noen begrep er direkte oversatt, først og fremst fra engelsk, mens andre er mer norske konstruksjoner. Det er vanskelig å gi en presis definisjon på samarbeid (collaboration). Det er flere faktorer som struktur, prosess, roller og relasjoner som kan benyttes til å beskrive samarbeid (San Martin-Rodriguez et al., 2005; Axelsson & Axelsson, 2014). En måte å organisere de ulike elementene i et samarbeid er å lage en skala der man plasserer de ulike formene for samarbeid i stigende rekkefølge fra enkelt til komplekst samarbeid (Andersson et al., 2011):

Enkelt samarbeid



- Informasjonsutveksling
- koordinatorfunksjon
- felles møteplasser
- tverrfaglige team
- partnerskap
- felles lokalisering
- felles budsjett

Komplekst samarbeid

Informasjonsutveksling representerer da den enkleste modellen, mens felles budsjett er den mest komplekse modellen som for en stor del vil inneholde elementer fra de andre. Vårt utgangspunkt er at man ikke kan klassifisere samarbeidsmodeller som gode eller dårlige – de er bare bedre eller dårligere tilpasset den situasjonen som foreligger. Samarbeidsmodeller må etter vår mening først og fremst vurderes i forhold til hvordan disse modellene skaper grunnlag for bedre samarbeid. For å kunne gjøre en slik analyse, er det ikke nok å se ensidig på selve samarbeidsmodellen, det er også nødvendig å ha klart for seg hvordan andre faktorer enn selve modellen påvirker samarbeidet.

Vi skal derfor i dette kapitlet drøfte noen av de forholdene som må avklares for å kunne forstå hvordan samarbeidet fungerer. De forholdene vi skal trekke frem har er:

- *Hva slags problemer skal løses?*
- *Hva skal man samarbeide om – kartlegging, analyse, planlegging og tjenestetilbud/tiltak?*
- *Hvordan påvirkes samarbeidet?*

Hva slags problemer skal løses?

Vi kan beskrive problemer som kan løses med to ytterpunkter på en skala. På den ene siden har vi tamme problemer og på den andre har vi uregjerlige problemer (Rittel & Webber, 1973; Vabø 2014). Tamme problemer kjennetegnes ved at det er klar sammenheng mellom årsak og virkning, og at problemet kan isoleres og løses for seg. En rekke spørsmål som er regelstyrte, kommer inn under denne kategorien. Det gjelder for eksempel spørsmål om hvorvidt en person har rett på en del trygdeytelser som barnetrygd og alderspensjon. Her er det klare og nokså enkle kriterier for når man har rett på slike ytelser. Avgjørelsen om man skal få en slik ytelse vil også være rett eller gal, og i ettertid kan man eventuelt avsløre at det ble gjort en feil da avgjørelsen ble tatt. Uregjerlige problemer derimot er problemer der det ikke er en klar sammenheng mellom årsak og virkning, der det ikke er klare mål og der det kan være uenighet om hva som hjelper og der et gitt problem ofte er sammenvevd med andre tilsvarende problemer. En rekke av velferdsstatens utfordringer er slike uregjerlige problemer (Vabø, 2014). Kriminalomsorgen, sosialtjenesten, barnevernet, psykisk helse og rustjenesten er typiske eksempler på sektorer som arbeider med uregjerlige problemer og ofte griper de inn i hverandre. Vi vet for eksempel lite om hva som skaper kriminalitet og psykiske lidelser, og det er ikke entydig kunnskap om hvordan slike problemer skal løses. Selv om det

langsiktige målet er å fjerne problemene helt, så er det ofte uenighet om hva som skal være kortsiktige mål – er det best å integrere den kriminelle i samfunnet eller er det best å isolere vedkommende. Økt mestring er ofte et mål i psykisk helsearbeid – men er det enighet om hva det er brukeren skal mestre? Kriminelle har sjelden bare kriminalitet som et isolert problem, mange har et rusproblem og en psykisk lidelse, mange har også økonomiske problemer, mangler jobb og fast bolig (Friestad & Skog Hansen, 2004). Dette er problemer som er tett innvevd i hverandre. Det er for eksempel vanskelig å få jobb dersom du ikke har fast bolig. Rus- og/eller psykiske lidelser i tillegg gjør det ikke lettere.

Hva slags problem man skal håndtere, påvirker behovet for samarbeid. Dersom man har tamme problemer der det er en klar sammenheng mellom årsak og virkning, så er det ikke sikkert at det er behov for samarbeid. Man trenger ikke mer enn ett menneske for å konstatere hvorvidt en person oppfyller kravene til alderspensjon. Skal man derimot skape et helhetlig tjenestetilbud til en person med rus- og/eller psykisk lidelse, kan det være behov for kompetanse på rustjenester, psykisk helsearbeid, boligtilbud og sosialhjelp. Da vil behovet for samarbeid være et helt annet enn ved tamme problemer. Et av problemene i slike saker er at samarbeid er en utfordring i seg selv. Mange tenderer derfor til å dele opp uregjerlige problemer slik at man kan isolere ulike deler av problemet for seg, og dermed få et sett av tamme problemer som man kan løse hver for seg. Gjør man det på den måten, kan det vanskeliggjøre et godt samarbeid.

Hva slags problem man skal løses, er derfor med på å bestemme hva slags samarbeid man trenger. Jo mer tamt et problem er, jo mindre er behovet for

samarbeid – og motsatt jo mer uregjerlig problemet er, dess større behov for samarbeid.

Hvordan skal man organisere tjenestetilbudet?

I dag finnes det en rekke samarbeidsmodeller (Reeves & al., 2010). Det er særlig to hovedtyper av modeller: prosessmodeller og nettverksorganisering. Prosessmodeller kjennetegnes ved at man etablerer mer eller mindre standardiserte faglig funderte arbeidsprosesser gjerne beskrevet som suksessive tiltak som regulerer en form for pasientflyt (Ramsdal & Ramsdal, 2007). Det innebærer at man tenker en form for sekvensielt ansvar og tjenestetilbud. Først er det en virksomhet som har ansvar for å gi et tilbud, dernest overtar neste virksomhet og så videre helt til alle de problemstillingene som skal løses, er løst (Ramsdal & Ramsdal, 2007). Dersom de oppgavene man skal løse, kan deles opp i flere uavhengige delprosesser – slik man kan gjøre med tamme problemer – så er en prosessmodell ofte den mest effektive løsningen. Man setter da sammen elementer i linjen som man har sikker kunnskap om at har varig virkning (Vikkelsø & Vinge, 2003).

Nettverksmodeller kjenner vi blant annet fra case-management. Det vil si at man lager arenaer der personer fra ulike tjenester (psykisk helsearbeid, rustjeneste, NAV, boligkontor, etc.) møtes for å utarbeide et helhetlig og samordnet tjenestetilbud (Onyett, 1998). Hvem som skal delta i samarbeidet blir tilpasset behovene til hver enkelt bruker. Case-management kan derfor beskrives som en form for matriseorganisasjoner der man henter deltakere fra ulike virksomheter og at disse samarbeider om et tjenestetilbud rundt brukeren slik vi blant annet

finner som ansvarsgrupper for en individuell plan. Slike ansvarsgrupper kan være løst organiserte nettverk som møtes noen få ganger i året for å samarbeide om et helhetlig og samordnet tjenestetilbud (Hansen 2007; Holum 2013), eller de kan være mer faste team slik vi blant annet kjenner som ambulante team eller ACT-team (Burns, 2010). Har vi med uregjerlige problemer å gjøre, der det er ønskelig å samarbeide om å justere tjenestetilbud jevnlig, er nettverksmodeller vanligvis mer hensiktsmessige enn prosessmodeller.

Hvordan påvirkes samarbeidet?

Samarbeid påvirkes ikke bare av det som skjer innad i samarbeidsgruppen. En rekke forfattere viser hvordan eksterne forhold setter rammer for og påvirker de interne prosessene. Slike eksterne forhold beskrives på ulike måter. Noen snakker om mikro-, meso- og makronivå (Valentijn et al., 2013), andre om relasjonelle, organisatoriske og systemiske determinanter (San Martin-Rodiguez et al., 2005), mens Ødegård (2009) deler det inn i individ, gruppe og organisasjon. I vår sammenheng er det nok å snakke om gruppe og eksterne rammer. Vi vil derfor her peke på noen av de eksterne forholdene som påvirker hvordan medlemmene i en samarbeidsgruppe samarbeider. Vi understreker at slike eksterne rammebetingelser ikke nødvendigvis er et problem – i noen tilfeller fremmer de samarbeid, mens de i andre hemmer det.

Makro- og mesonivå

Vi skal først se nærmere på hvordan ulike rammebetingelser påvirker samarbeid. Vi velger i denne sammenhengen å slå sammen makro- og mesonivået og beskrive dette som eksterne rammer.

Politiske prioriteringer – samfunnets aksept – krav og legitimitet

Opptappingsplanen er en slik politisk føring som fremmer og gjør mulighetene for å gi et godt tilbud til mennesker med psykiske lidelser bedre. Dessverre er det ikke alltid at alle politiske føringer trekker i samme retning og vi ser derfor at andre føringer, for eksempel helseforetaksreformen kan bidra til å hemme utviklingen av gode tilbud i psykisk helsearbeid (Karlsson, 2005).

Vi legger også til grunn at den finansiering av det psykiske helsearbeidet som man benyttet i opptappingsplanen, har fremmet satsingen på psykisk helsearbeid. Øremerkete midler knyttet til krav om utvikling av lokalbaserte planer, har gitt kommunene klare incitamenten til å satse på psykisk helsearbeid.

En viktig ekstern faktor er hvilke holdninger de som skal yte tjenestene utsettes for. Den politiske satsingen på psykisk helse har fremmet tilbudet, men hvorvidt dette er generelt slik at det også gjelder mennesker som i tillegg til sin psykiske lidelse også har rusproblemer og/eller er kriminelle, er vi usikre på.

Struktur

Også den organisatoriske sammenhengen tjenestene skal foregå innenfor har betydning. En del av den forskningen som er gjort de siste årene (Egeberg, 2004, Holck, 2005; Møller, 2006; Hansen, 2007) viser at organisasjonsstruktur er en særlig betydningsfull rammefaktor. Offentlig forvaltning i Norge er stort sett bygd opp som hierarkiske linjeorganisasjoner. Hierarkiske linjeorganisasjoner er først og fremst bygd for å ivareta arbeidsdeling og kommunikasjon mellom over- og underordnede. For en slik organisasjon er det derfor svært utfordrende å få til et godt samarbeid på tvers både innen organisasjonen selv og mellom ulike organisasjoner.

Den samfunnsutviklingen vi har beskrevet foran med vekt på NPM-baserte verdier, blir også omsatt til konkrete organisasjonsoppskrifter. En slik oppskrift er bestiller-/utfører-modellen som innebærer blant annet at vedtak om innhold i tjenestene skal avgjøres av andre enn de som yter tjenestene. Vi har sett at dersom disse prinsippene følges, så blir tjeneste dårligere tilpasset de som har behov for sammensatte tjenester i psykisk helsearbeid. Dersom det er et samarbeid mellom bestiller og utfører er mulighetene for å få til bedre tilpasset tjenester større (Ramsdal & Hansen, 2005; Hansen, Kirchhoff & Ramsdal, 2009). Fredrikstad har valgt en slik organisering med Tildelingskontoret som egen bestillerenhet. Rustjenesten er et eksempel på utførerenhet.

Lover og regler

Dagens lovverk kjennetegnes av at de helhetlige tjenestene til den aktuelle gruppen reguleres av en rekke ulike lover med ulikt fokus og ulike målsettinger.

Dette innebærer at det blir en utfordring å utforme et tjenestetilbud med felles målsetting og basis for øvrig (Hansen, 2007). Vi ser også at den store friheten kommunene etter kommuneloven har til selv å velge organisasjonsform, bidrar til at man velger en organisasjonsform som først og fremst skal ivareta andre hensyn enn det som er viktig for psykisk helsearbeid.

Vi har også sett at ulike former for journalsystemer og begrenset adgang til opplysninger på grunn av taushetspliktsbestemmelser har gjort samarbeid om helhetlige tjenestetilbud mellom kommuner og foretak vanskelig (Hansen & Fugletveit 2009; Hansen & Fineide, 2009). Samtidig ser vi at dersom man kan få på plass bruk av felles IT- og dokumentasjonssystemer så fremmer dette mulighetene for å tilby et samordnet tjenestetilbud.

Mikronivå

Det finnes en rekke beskrivelser av hvilke faktorer som påvirker samarbeidet innad i en gruppe - det som vi foran har beskrevet som mikronivået. Ut fra den gjennomgangen vi har gjort vil vi fremheve de faktorene som vi blant annet gjennom vår egen forskning har erfart er relevante (se for eksempel Hansen, 2007; Hansen & Fugletveit, 2010; Hansen & Ramsdal, 2015).

Virkelighetsbeskrivelse

En sentral faktor i ethvert samarbeid er den virkelighetsoppfatningen gruppemedlemmene har. Dette handler om en rekke forhold. Først og fremst

handler det om at man har en felles forståelse for hva som er problemet. Er det en psykisk lidelse, et rusproblem, familieproblemer og/eller et økonomisk problem? Hvis man ikke er enige om dette, så skaper dette et dårlig grunnlag for samarbeid. På samme måte gjelder det forståelse av hva slags tiltak som gjelder. Godt samarbeid bygger derfor på en felles virkelighetsoppfattelse (Hudson, 2004).

Integrasjon

Team som oppfatter seg som et fellesskap der man utformer beslutninger og behandlingsstrategi i fellesskap, og der teammedlemmene føler seg forpliktet av de felles beslutningene og den felles strategien, samarbeider bedre enn om man har uforpliktende nettverksmøter der medlemmene møter når de kan, og hvor de mer informerer hverandre enn avklarer en felles strategi (Øvretveit, 1996). Noen ansvarsgruppemøter synes å fremstå på denne måten (Hansen 2007). Det er også mange ROP-brukere som har ansvarsgrupper, spørsmålet er hvordan de fungerer. Det er i utgangspunktet lettere å få til et samarbeid dersom medlemmene i teamet er heltidsmedlemmer i teamet. Da er det den strategien og de beslutninger som utformes i teamet som er avgjørende for hva hver enkelt skal gjøre. På den andre siden er det et problem for samarbeid dersom medlemskapet i teamet er et deltidsmedlemskap der medlemmene først og fremst er medlemmer i en linjeorganisasjon og har både lojalitet og sine forpliktelser i linjen.

Kollektivt ansvar/viktighet

En grunnleggende forutsetning for utvikling av gode helhetlige tjenestetilbud, er at de som skal samarbeide virkelig vil samarbeide (Jacobsen, 2003). Dersom man for eksempel ikke ser behovet for å etablere et samarbeid, er dette et dårlig utgangspunkt. Samhandlingsdeterminanter handler om hvordan individene i samhandlingssystemet fungerer i forhold til hverandre. En sentral faktor er vilje til samarbeid. Vi har sett (Ramsdal & Hansen, 2009), at det ikke er gitt at gode samarbeidsrutiner blir fulgt. Hvis det ikke er vilje til samarbeid og til å følge opp fastsatte rutiner, vil dette selvfølgelig svekke mulighetene for å få til et konstruktivt samarbeid. Vi ser også at det her kan utvikle seg en ond sirkel der enkelte velger å sabotere samarbeid fordi de opplever at andre ikke følger opp som forventet.

Dersom alle teammedlemmene føler seg ansvarlig for at brukerne får de tjenestene som teamet i fellesskap skal yte, så fremmer dette samarbeid, men dersom hvert teammedlem bare føler seg ansvarlig for de oppgavene som vedkommende har blitt tildelt, så hemmer dette grunnlaget for godt samarbeid

Et poeng i denne sammenhengen er hvor viktig den enkelte opplever at de andres innsats er for helheten. Har man en følelse av at det avgjørende at det man selv har ansvar for blir gjennomført, men at det ikke er så viktig om andre får på plass sine tiltak, så hemmer dette samarbeidet. Motsatt er det positivt for samarbeidet at man har forståelse av at suksess er avhengig av alle tiltakene kommer på plass.

Roller

Det er ikke heldig for prosessene innad i en samarbeidsgruppe dersom det er uklarheter i forhold til hvilken rolle de ulike deltakerne skal ha. Det er særlig to dimensjoner ved roller som er interessante. Den ene er hva slags forståelse den enkelte deltaker har av sin egen rolle. Den andre er hva slags forståelse man har av de andres rolle inn i samarbeidet. Her vil det klart fremme samarbeidet at man har en felles forståelse og at det er samsvar mellom den rollen man selv opplever og den man blir tildelt fra andre (Hudson, 2004).

Arbeidsformer og kultur

Et poeng er valg av behandlingsideologi. Vi ser at det er fundamentale forskjeller mellom en bio-medisinsk behandlingsideologi og en sosiologisk forståelse av psykiske lidelser. Det betyr ikke at vi mener at den ene ideologien er riktigere enn en annen, men vi ser at i forhold til arenaen kommune, så er den sosiologiske forståelsen av psykiske lidelser mest relevant for hvordan tjenestene ytes (Gloubermann & Mintzberg, 1999)

Tillit og respekt

Tillit er også en sentral faktor i godt samarbeid. Skal man få til et samarbeid, må man ha tillit til at de andre klarer å gjøre jobben sin. Man må dessuten ha tillit til at de andre har samme gode intensjoner med samarbeidet som det man har selv. Her synes det å være klare indikasjoner på at manglende kunnskap om andres ansvar og arbeidssituasjon hemmer samarbeidet, mens ordninger som gir innsikt i hverandres arbeid, fremmer samarbeid (San-Martin Rodriguez & al, 2005).

Brukerorientering/-medvirkning

Samarbeid påvirkes også av i hvilken grad man inkluderer brukerne. Man kan tenke seg at brukerdeltakelse kan bidra til at man får inn enda en person i samarbeidsgruppen og at det bidrar til at det legges frem enda flere synspunkter enn det man må forholde seg uten brukerdeltakelse. Det viser seg likevel at dersom samarbeidsgruppen tar brukermedvirkning på alvor og aksepterer at brukeren skal ha reell innflytelse på beslutningene, så bidrar dette til at prioriteringene blir tydeligere og at det er lettere å bli enige (Roberts, 2010).

Ledelse – makt

Hvordan samarbeidsgruppen blir ledet påvirker også samarbeidet. Dersom teamleder har full instruksjonsmyndighet overfor de andre teammedlemmene i forhold til de tjenestene som teamet skal yte, så fremmer det samarbeidet. Dette gjelder uavhengig av om medlemmene er heltids- eller deltidsmedlemmer i teamet. På den andre siden så hemmer det samarbeidet om teamleder har liten eller ingen myndighet overfor de andre medlemmene. Dersom medlemmene står fritt til å gjøre som de vil, eller som de blir instruert til av andre, for eksempel linjeledere i egen organisasjon, så kan det være vanskelig å få medlemmene i samarbeidsgruppen til å forplikte seg på de avgjørelser som tas i samarbeidsgruppen (Øvretveit, 1996). Et poeng med å lage samarbeidsgrupper, er at man samler personer med ulik innsikt og at man skal nyttiggjøre seg deltakernes ulikheter. Det innebærer vanligvis at man har ulikt syn på en rekke områder. Dersom ulikhetene skal kunne utnyttes til gode faglige diskusjoner om

hva slags tiltak som skal ytes, er det viktig at gruppen kan håndtere konflikter og løse disse på en konstruktiv måte (Hudson, 2004).

Ressurser – tilstrekkelig og stabilitet

Det er nokså innlysende at tilstrekkelig med ressurser fremmer samarbeid – det gjelder både ressurser til selve samarbeidet og ressurser til de tiltakene man ønsker å iverksette. Ressurser til tiltak for ROP-brukere synes generelt å være en utfordring både for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det er grunn til å anta at ressurser vil legge begrensninger på hvilke tiltak kommunen og spesialisthelsetjenesten vi studerer, kan tilby. Likevel er det slik at en annen relevant rammefaktor knyttet til ressurser er hvorvidt disse er stabile. Dersom ressursituasjonen er stabil er det lettere å lage et helhetlig tjenestetilbud enn om ressursituasjonen varierer (Hudson, 2004). Dette gjelder riktignok ikke dersom ressursituasjonen varierer som følge av variasjon i brukernes behov.

Evaluering

Evaluering er en stor utfordring. Vanligvis evalueres de ulike tjenesteyterne på i hvilken grad de har gjort "sin" del av jobben. Når de som samarbeider representerer ulike organisasjoner, så vil denne organisasjonen vanligvis ha systemer som gjør at den enkelte tjenesteyter skal rapportere hvordan de oppgavene som denne organisasjonen har ansvar for, er løst. Suksess for denne organisasjonen vil da være at disse oppgavene er løst best mulig. Dersom man skal samarbeide om et tamt problem, vil gjerne suksess for hvert enkelt tiltak skape suksess for helheten. Dersom man derimot skal samarbeide om uregjerlige

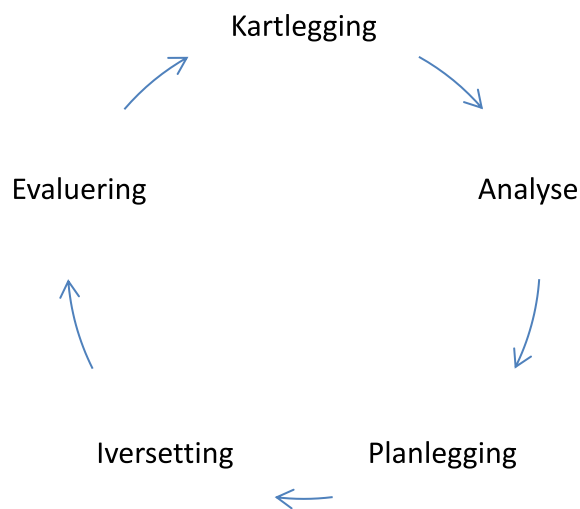
problemer er det ikke gitt at hvert enkelt tiltak skaper en tilfredsstillende helhet. Det er derfor helt nødvendig at man i slike sammenhenger evaluerer helheten i det tilbudet som man samlet har gitt (Ketelaars, 2014). I slike situasjoner er det derfor at man evaluerer i fellesskap opp mot de felles mål som man satte seg i første omgang.

Denne felles evalueringen vil så kunne danne utgangspunkt for at man diskuterer om de målene man satte seg var urealistiske, om de bør endres og hva man i stedet bør ha som ny målsetting. De erfaringene som er gjort i løpet av prosessen, vil også være nye data som er med på å danne grunnlag for en ny analyse og så videre. I realiteten er det ofte en prosess der man kontinuerlig hopper frem og tilbake om de ulike leddene i prosessen (Hansen, 2013)

Det er også viktig at medlemmene i samarbeidsgruppen evaluerer sin egen innsats i forhold til hvordan den bidrar til et helhetlig tjenestetilbud og ikke vurderer innsatsen ensidig opp mot profesjonsspesifikke suksesskriterier.

Hva skal man samarbeide om?

Hansen et al. (2014) har tidligere presentert følgende modell for utvikling av tjenestetilbud:



Kartlegging

Utgangspunktet for kartleggingen er de mål og prioriteringene man har satt seg for det tilbudet som skal utformes. En utfordring knyttet til datasamling er at hvilke data som samles inn, ofte er styrt av det tiltakspanoramaet den enkelte datasamler kjenner (Abbott, 1988). Det innebærer at hvis en kartlegging styres av hva den som kartlegger selv mener er interessant, så vil hvilke data som anses som interessante for en stor del styres av hva kartleggeren selv kjenner av mulige tiltak. Dersom man har et tamt problem så er det begrenset hvor mye data man trenger. Datasamlingen kan derfor gjerne gjennomføres etter enkle og standardiserte maler. Har man derimot et uregjerlig problem er det uklart hvilke data som er relevante. Den beste måten å håndtere et datagrunnlag preget av kompleksitet og usikkerhet, er å samarbeide og utveksle informasjon (Hudson, 2004). Dersom flere aktører samarbeider om kartleggingen, vil man kunne utveksle både formell og uformell informasjon.

Analyse

Den neste utfordringen knytter seg til analyseprosessen. Denne skal i teorien foregå ved at man vurderer hvilke ressurser, mål, behov og utfordringer den som er kartlagt har, og så analyserer seg frem til hvilke tiltak som representerer de riktige løsningene (Hansen, 2007). Så enkelt er det bare ved helt tamme problemer. Når det gjelder uregjerlige problemer så gjør uklarheter om årsak og virkning at man ikke kan finne en bestemt riktig løsning. Samarbeid med diskusjon og vurdering av ulike alternativer vil da være en måte å nyttiggjøre seg ulik kunnskap og ulik erfaring blant de som samarbeider – noen ganger er dette den eneste måten å få frem den tause kunnskapen som mange i sektoren innehar (Hudson, 2004)

Planlegging

Neste steg er planlegging. Det vil si at man må klargjøre hvem som skal gjøre hva og når av de tiltakene som man er kommet frem til i fellesskap, bør iverksettes. Også i denne prosessen er det behov for samarbeid (Mintzberg, 2004; Hansen, 2007).

Iverksetting

Dersom man kan dele ansvaret for de ulike tiltakene og det er slik at fremdriften i tilbudet er avhengig av andres innsats, er det mulig å begrense samarbeidet i denne delen av arbeidet. Er det derimot slik at de ulike tiltakene henger sammen

og påvirker hverandre, så er behovet for samarbeid vesentlig større også i denne prosessen.

Evaluering

Betydningen av å få til en helhetlig evaluering (Keetelaars, 2014), har vi beskrevet foran.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en av de store utfordringene for helse- og sosialsektoren. Askheim (2009) peker på at en av utfordringene knyttet til brukermedvirkning er personalets holdninger. Det er en forklaring som vi ser at mange tar på alvor og at det derfor gjennomføres en rekke prosjekter innenfor utdanningssektoren og ellers, med sikte på å påvirke personalets holdninger og kompetanse til å ivareta brukermedvirkning. En annen forklaring på utfordringene knyttet til brukermedvirkning er at man organiserer tjenestene på en slik måte at brukerne ikke får delta på de arenaene der de reelle beslutningene tas.

Hva er brukermedvirkning?

Brukermedvirkning er et uttalt mål, men mangler ofte en klar definisjon. Allerede Arnstein (1969) beskrev brukermedvirkning som et begrep med et glidende innhold delt inn i åtte stige-trinn. Dette har også andre gjort og Solheim & Rønning (1998, s 37) refererer til Stromberg og beskriver i alt 9 punkter på en

slik glideskala. Humerfelt (2005) har også en slik glideskala, men begrenser seg til å beskrive i alt 5 punkter.

Vi skal her ta utgangspunkt i en slik skala med fire trinn. De ulike trinnene i denne skalaen kan kort beskrives slik:

- Brukerperspektiv – tjenestemottakernes interesser blir ivaretatt av hjelpeapparatet uten at brukerne deltar aktivt i selve beslutningsprosessen.
- Brukerdeltakelse – tjenestemottakerne får delta i beslutningsprosessene, men har ikke nødvendigvis innflytelse over tiltakene som iverksettes.
- Brukerinnflytelse – tjenestemottakerne får delta i beslutningsprosessene og har innflytelse over tiltakene som iverksettes.
- Brukerstyring – tjenestemottakerne deltar i beslutningsprosessen og har avgjørende innflytelse over hva som vedtas.

Vårt utgangspunkt er også at brukermedvirkning handler om beslutningsprosesser og mulighetene til å påvirke disse. På denne skalaen blir derfor reell brukermedvirkning noe man oppnår først når det foreligger brukerinnflytelse.

Beslutningsprosesser påvirkes av problemstillinger, løsningsalternativer, deltakere og at det foreligger en beslutningsarena (March, 1994). En forutsetning for brukerinnflytelse er deltakelse på de ulike beslutningsarenaene, der det blant annet handler om å velge hvilke problemstillinger som skal tas opp og å velge mellom aktuelle løsningsalternativer (Askheim, 2007). Beslutningsprosesser styres også av hvor klare målene er, at man kjenner

aktuelle løsningsalternativer og at man ser konsekvensene av de løsningsalternativene som foreligger (March, 1994).

Det er også viktig å skille mellom brukermedvirkning på individnivå og gruppenivå (Hansen, 2007). På gruppenivå ser vi at brukerorganisasjonene representerer sin målgruppe og at man bidrar med innspill både på hvordan tjenestene skal organiseres og hvilke prinsipper som bør vektlegges i utforming av tjenestetilbudet. Dette er en viktig funksjon, men man kan ikke på denne måten erstatte den enkelte brukers deltakelse i beslutningsprosesser knyttet til eget tjenestetilbud.

Arnsteins modell er siden blitt kritisert for å fokusere ensidig på resultatene av brukernes medvirkning og i for liten grad ta hensyn til prosesser (se for eksempel Tritter & McCallum, 2006). Man har derfor blitt mer opptatt av beslutningsprosesser og at disse skal bygge på et partnerskap mellom tjenesteytere og brukere (Coulter, 1999). Et begrep som illustrerer denne formen for partnerskap er "Shared Decision-Making" (delt beslutningstaking). Storm & Edvards (2013) peker på at en slik prosess krever blant annet aktiv deltakelse fra både bruker og tjenesteyter og en prosess der informasjonsdeling og reelle valg av løsninger er sentrale elementer.

"Shared Decision-making" bygger på ideen at både bruker og tjenesteyter er ekspert på en sykdom, men at kunnskapsgrunnlaget er ulikt. Tidlig forskning fokuserte på en til en konsultasjoner mellom en lege og pasient. En nøkkelt tekst her er Charles et al. (1997) som beskriver en prosess med delt beslutningstaking i tre faser: utveksling av erfaringer og kunnskap, syntetisering av evidens for hvordan problemet kan løses, og forhandling om videre tiltak. Et senere tekst

utvider denne modellen til å ta med i betraktning hvordan et sykdomsbilde endrer seg over tid og krever justering av beslutninger underveis.

Senere forskning har utvidet begrepet til å gjelde også en pasient eller brukers interaksjon med et tverrfaglig team, for eksempel et primærhelsetejeteteam (Legare et al., 2010). Delt beslutningstaking i tverrfaglige kontekster er mer krevende enn en-til-en møter mellom en lege og en pasient. Det forutsetter at tjenesteytere i teamet kommuniserer og samarbeider godt. Det er særlig viktig å håndtere profesjongrensener når det gjelder kunnskap og kompetanse, og å respektere og anerkjenne ulik kompetanse, også brukes slik at mulighetene til å spille på flere registre utnyttes fullt ut (Legare et al., 2010).

Videre er fokus utvidet fra et møte mellom bruker og tjenesteyter isolert sett, til den strukturelle (makronivå) og organisatoriske (mesonivå) konteksten som former interaksjonen i møtet på mikronivå (Legare et al., 2010). Denne sammenhengen er viktig for forståelsen av beslutninger som tas og de videre følgene av dem. Huby et al. (2004) studerte beslutningstaking ved utskrivning av eldre pasienter fra sykehus i Skottland og fant at standardiserte risikovurderinger for å unngå reinnleggelser og ulykker styrte prosessen. Situasjoner der en klar risikovurdering var vanskelig å formulere, resulterte i utsettelse av utskrivning eller henvisning til en annen tjenesteyter for ny vurdering, med det resultat at pasientens sykdom eller hjemmesituasjon forverret seg og utskrivning var mere risikofyllt eller umulig. Pasienters egne ønsker om å få komme hjem og deres vurderinger av risikoen ble fremsagt i et språk som tjenesteytere oppfattet som upresist og løst begrunnet. Forskerne fulgte opp pasienter etter utskrivning og fant at deres vurderinger var ulike profesjonelle tjenesteytere, men ikke urealistiske, og at de hadde grunn i ressurser de hadde til rådighet. Pasienters innspill ble

imidlertid oversett og muligheter for en felles vurdering og løsning på utfordringene gikk tapt.

Vi legger derfor til grunn at dersom man skal oppnå brukerinnflytelse må brukerne delta på de arenaene der de reelle beslutningene tas. Dessuten må de målene som legges til grunn formuleres av brukere og tjenesteytere i fellesskap og det må være en felles innsikt i aktuelle løsningsalternativer og konsekvensene av disse som utvikles og håndteres over tid. Videre krever reell brukermedvirkning en systemforståelse med hensyn til hvordan strukturelle og organisatoriske betingelser skaper hindringer og muligheter for beslutninger samt hvordan brukere og tjenesteytere i fellesskap kan håndtere dem.

Analysemodell

Et sentralt spørsmål i denne sammenhengen er hvordan vi kan måle brukermedvirkning. Den mest innlysende måten er selvfølgelig å spørre tjenestemottakerne. Et sentralt poeng med brukermedvirkning, er å overlate til tjenestemottakerne selv å definere situasjonen (se for eksempel Vatne 1998). Ut fra en slik argumentasjon, må det da også være naturlig å overlate til tjenestemottakerne selv å definere hva brukermedvirkning er og når dette er oppnådd. Det er denne tilnærmingen Normann, Sandvin & Thommesen (2004) velger å benytte. I dette prosjektet har vi lagt opp til å gjøre dette både ved å spørre brukere og pårørende.

Likevel kan det også være hensiktsmessig å ha en viss form for standardisert analysemodell for å kunne vurdere om det også er etablert en struktur der brukerne kan ivareta sine interesser. En som har sett på hvordan man kan

analysere brukermedvirkning i individuelle prosesser er Skivenes (2005). Hun tar utgangspunkt i diskursteori og beskriver fire forutsetninger for å få til brukermedvirkning. I en annen artikkel (Skivenes & Willumsen, 2005) viser de hvordan denne metoden kan brukes.

De fire forutsetningene hun tar utgangspunkt i er:

- Berørte parter må inkluderes
- Det må etableres møteplasser
- Det trengs strukturer for maktbalansering
- Det kreves offentlighet rundt drøftingene.

At alle berørte må inkluderes handler om å få frem alle interesser, behov og synspunkter i en sak. Dette er opplysninger som skaper grunnlaget for beslutningene som tas og det er derfor nødvendig at også tjenestemottakerne som andre deltakere har oversikt over disse.

Møteplasser er nødvendige, etter Skivenes' (2005) vurdering, fordi disse medfører at tjenesteyterne må argumentere for sine standpunkter og fordi man da får meningsutveksling slik at standpunktene både til tjenesteyterne og til tjenestemottakerne kan testes og eventuelt endres.

Kunnskap er et viktig grunnlag for makt. Vanligvis er det tjenesteyterne som representerer kunnskapen. Den kunnskapen som ligger til grunn for eventuelle beslutninger, må derfor gjøres tilgjengelig for tjenestemottakerne. I tillegg er det viktig å ha ordninger slik at tjenestemottakerne også gis muligheter til å fremme sine synspunkter på samme grunnlag som tjenesteyterne. Bruk av fullmektig og

likemannsordninger kan bidra til dette. Det kan også være nødvendig med en nøytral ordstyrer som kan bidra til at alle synspunkter kommer frem og gis like stor vekt i den endelige beslutningen.

Skivenes (2005) legger også til grunn at beslutningsprosessene skal være offentlige. I noen tilfeller innebærer dette at både drøftinger og beslutninger er offentlige, andre ganger er det bare beslutningene som er offentlige. I noen tilfeller er det av hensyn til personvernet, bare vilkårene for beslutningene som kan være offentlige. Det viktige i denne sammenhengen er at enten den enkelte beslutning eller grunnlaget for den, kan danne grunnlag for demokratisk meningsutveksling.

Juridiske aspekter ved brukermedvirkning

Brukermedvirkning (og rett til informasjon) er regulert i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 i det samme kapittelet som reglene om pasienter og brukers rett til informasjon. Det er en nær sammenheng mellom disse reglene i loven, blant annet slik at reell juridisk brukermedvirkning forutsetter adekvat informasjon fra helse- og omsorgstjenesten og helsepersonellet.

Brukermedvirkning i juridisk forstand innebærer at pasienten/brukeren blir tatt med ved utformingen og gjennomføringen av tjenestetilbudet. En absolutt skranke for brukermedvirkning er kravet om faglig forsvarlighet nedfelt i Helsepersonelloven § 4 og § 16. Dette innebærer at man ikke kan velge tjenestetilbud som i henhold til kravet om faglig forsvarlighet vil være uforsvarlige, ettersom det ville sette helsepersonellet i en umulig situasjon.

Hensynet til brukermedvirkning er også juridisk sett helt fundamentalt ved utforming av individuelle planer for pasienter og brukere jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

Retten til informasjon er nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 følgende, og gir pasienter og brukere en ubetinget rett til å få den informasjon “som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen”. Dette handler om alle aspekter ved pasienten og brukerens “helsetilstand”. Det skal juridisk sett svært mye til for at man kan holde tilbake informasjon om diagnoser eller andre sider ved pasienten/brukerens helse- og eller sosiale problemer – overfor pasienten/brukeren selv. Pasienten kan på den andre siden frasi seg retten til å bli informert (med enkelte forbehold) jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 2. ledd.

Kravene til informasjon om “innholdet i helsehjelpen”, går lengre enn å informere om innholdet i den helsehjelpen kommunen eller sykehuset tenker det er relevant å yte. Man skal informere på en slik måte at pasienten/brukeren blir satt i stand til å utøve reell brukermedvirkning. I Rundskriv IS/8-2015 – Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer (s. 17), er dette uttrykt slik: “informasjonen må videre være tilstrekkelig for at pasienten kan benytte sin rett til medvirkning, herunder medvirke ved valg av helsehjelp der det er mer enn ett alternativ”.

I Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1 2. ledd har man videreført regler om brukermedvirkning som var hjemlet i den tidligere lov om sosiale tjenester av

1991 (loven er opphevet fra 1. januar 2012). Det fremkommer blant annet at man ved utforming av denne type tjenester skal legge stor vekt på hensynet til bruker. Det er imidlertid verdt å merke seg det som fremkommer om dette avslutningsvis i Rundskriv IS/8-2015: "Det er kommunen som i utgangspunktet utformer tjenestetilbudet og velger hjelpeform".

Retten til tjenester

Det at kommunen er den som skal utforme tilbudet, har sammenheng med at retten til tjenester fra kommune og spesialisthelsetjenesten er nedfelt i henholdsvis Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a og § 2-1b. Når det gjelder retten til nødvendige helse- og omsorgs tjenester fra kommunen § 2-1a, har prinsippet om at kommunen i utgangspunktet utformer tjenestetilbudet og (velger hjelpeform) juridisk sett stått sterkt. Dette har blant annet sammenheng med det overordnede prinsippet om hensynet til kommunalt selvstyre, herunder hensynet til kommunens økonomistyring.

I forarbeidene til den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester (Prop. 91 L (2010-2011), s. 346) kommer dette til uttrykk som "Selv om en person har et rettskrav på nødvendige helse- og omsorgstjenester betyr ikke det at vedkommende i utgangspunktet har krav på en bestemt type tjeneste fra kommunen".

Hensynet til brukermedvirkning (i betydningen innflytelse over tjenestetilbudet), og hensynet til kommunens rett til å velge tjeneste står helt klart mot hverandre juridisk, og må avveies mot hverandre juridisk. Hovedregelen er nok fortsatt at

kommunens rett til å velge tjeneste har forrang, men hensynet til brukermedvirkning skal alltid tas med i betraktning, og veies inn i vurderingen. Det kan godt tenkes situasjoner hvor individuelle forhold i den enkelte sak vil veie så tungt at brukermedvirkning slår igjennom, på en slik måte at kommunen må respektere brukeren/pasientens valg.

Noen av de samme prinsippene vedrørende brukermedvirkning og rett til tjenester, vil også gjelde ved tildeling av nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Bolig

Boligsosialt arbeid

Med boligsosialt arbeid menes det minst tre ulike tiltak. Først handler det om å skaffe bolig til dem som trenger det. Dernest handler det om å sikre beboerne økonomisk på en slik måte at de kan beholde boligen og i siste omgang handler det om å gi beboerne oppfølging i hjemmet for at de skal kunne fungere der (NOU 2011: 15).

Det er gjennomført en rekke undersøkelser knyttet til hvordan det boligsosiale arbeidet bør gjennomføres. Mange av disse er ikke særlig relevante for vår målgruppe. Vi skal derfor her bare kort trekke frem Barlindhaug et al. (2011) som gjennom ulike scenarioer synliggjør at et langsiktig og aktiv boligsosialt tilbud som samordnes med andre tjenester i en del tilfeller vil være mer kostnadseffektivt enn kort og ad-hoc pregete løsninger. Ut fra

samfunnsøkonomiske betraktninger er derfor godt velforankrete og planlagte løsninger en fornuftig måte å bruke offentlige midler på.

Holm (2012) har gjort en omfattende gjennomgang av kommunenes boligtilbud til mennesker med psykiske lidelser. Undersøkelsen viser at det tilbys en rekke ulike former for boligtilbud. Det ser likevel ut som om de mest vanlige formene er leiligheter i ordinær boligmasse eller særskilt tilrettelagte bofellesskap. I utgangspunktet har mange kommunene ambisjoner om at disse boligene skal være tidsbegrensete tilbud til brukerne før de som ledd i sin egen rehabiliteringsprosess kan skaffe seg sin egen bolig. Erfaringene tyder på at slik tidsbegrensingen er for ambisiøs og fordi det er lite utflytting fra boligene, så øker behovet for nye boligtilbud hele tiden (ibid).

I tråd med at stadig større del av tjenestene som ytes til denne målgruppen, så blir bolig en basis for de ulike tjenestetilbudene (Smith, 2005). Utfordringen er derfor hvordan boligtilbudet blir integrert i et samlet tjenestetilbud (Duffin, 2007). Dette er en tilnærming som tar utgangspunkt i at bolig er sentralt i et hvert menneskes liv, enten man har en psykisk lidelse eller ikke. I vår sammenheng er en slik tilnærming gjerne knyttet sammen med begrepet "Housing First".

Grant & Westhues (2010) har gjort en undersøkelse der de sammenlignet virkningen av tilrettelagte felles boligtilbud (bofellesskap) med omfattende tjenesteoppfølging med uavhengige boliger (i ordinær boligmasse) med begrenset ambulant tjenestetilbud. Undersøkelsen viser at beboerne etter 6 og 12 måneder har fått det gradvis bedre, men at det ikke er noen forskjell mellom bofellesskap og uavhengige boliger. Det er to mulige forklaringer på dette.

Den ene forklaringen er at det ikke er av betydning hva slags boligtilbud som gis. Bare en eller annen bolig er på plass er det andre forhold som avgjør om brukeren blir bedre. En slik tolkning kan underbygges med den omfattende forskningen som viser at det ikke er innhold og form på tjenestetilbudet som er det avgjørende for om tilbudet fungerer. I stedet tyder forskningen (se for eksempel Horvath, 2006; Redko et al., 2007; Topor et al., 2011) på at relasjonen mellom brukeren og en eller flere av tjenesteyterne er av avgjørende betydning.

Det er likevel viktig å understreke at i dette prosjektet var det ikke tilfeldig hvem som fikk tilbud om de ulike bo-alternativene. Hvilket botilbud brukerne skulle få, ble avgjort etter at bruker og tjenesteyter i fellesskap hadde vurdert hva som var det mest hensiktsmessige tilbudet.

Den andre forklaringen er derfor at de positive resultatene var en konsekvens av at hver enkelt bruker fikk et individuelt tilpasset tjenestetilbud. Dette er en forklaring som vi vil bruke som utgangspunkt for den videre fremstillingen av to grunner. Først og fremst fordi denne tolkningen underbygger betydningen av å ta brukervedvirkning på alvor. Dernest fordi dette understreker hvor viktig det er at faglige vurderinger søker å tilrettelegge for individuelt tilpassete tjenester.

Tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser bygger i dag først og fremst på at boligen skal være utgangspunktet for tjenestene. I tråd med sentrale prinsipper som normalisering og deltakelse i samfunnet, så legges det stor vekt på at mennesker med psykiske lidelser på lik linje med andre deler av befolkningen skal ha sin egen bolig som er basis både for deres deltakelse i samfunnet og for de tjenestene de har behov for. Det innebærer at de tjenestene som ytes enten ytes som kortvarige innleggelses i institusjon, poliklinisk eller ambulant i brukerens hjem.

Hva ønsker brukerne?

En stor utfordring i forhold til slike tjenestetilbud er formidling av brukernes egne erfaringer med tjenestetilbudene. En spennende tilnærming til denne problemstillingen har Forchuk et al. (2006). De gjennomførte omfattende fokussamtaler med brukere (til sammen 133 personer) i Ontario (i Canada) for å få svar på hvilke utfordringer de ser og hva som er viktig for dem? Undersøkelsen kan oppsummeres i fem temaer:

- Mange av brukerne opplever at de blir stigmatiserte, de utsettes for diskriminering og forskjellsbehandling på en slik måte at de opplever seg undertrykt i samfunnet. De ønsker derfor større grad av aksept for at de er i en vanskelig situasjon og ser gjerne at noen fremmer deres synspunkter.
- Et annet problem som brukerne trekker frem er mangel på sosialt nettverk og ikke minst på tilstrekkelig hjelp. Mange av boligløsningene de tilbys er slik at de må velge mellom sosialt nettverk og ulike former for støtte og uavhengighet. Her ønsker brukerne en bedre balanse mellom hjelp og uavhengighet.
- Standarden på boligene de tilbys, oppleves også problematisk. Her er det klart at brukerne legger stor vekt på at også de skal ha et hjem som er de kan vise frem til andre. En av brukerne sier direkte: *“Det er viktig å kunne være stolt av det stedet du lever i”*.
- Et fjerde problem er tilgang til tjenester. Dess større grad av selvstendighet brukerne har, dess større problemer er det å få hjelp dersom

det oppstår en krisesituasjon. Det er derfor ønskelig med ambulante tjenester som er tilgjengelige døgnet rundt. I tillegg er det viktig med tilrettelagte transporttjenester som ikke koster brukerne mer enn de har råd til å betale.

- Det siste poenget som trekkes frem i denne undersøkelsen er – ikke overraskende – en tilfredsstillende økonomi.

Disse holdningene bekreftes også av andre som har undersøkt hva brukerne legger vekt på. Duffin (2006) finner at brukerne er opptatt av gode boligtilbud, men at midlertidige boliger med mye rusmisbruk som hospits etc – egner seg dårlig som utgangspunkt for å bli rusfrie. Brukerne legger også stor vekt på at de har behov for ambulante og tverrfaglige tjenester. På samme måte finner Browne & Courtney (2005) at for brukerne er det viktig å ha en tilfredsstillende bolig – opplevelsen av eget hjem. I tillegg legger brukerne i denne undersøkelsen vekt på relasjoner – å bli akseptert og forstått av andre, og å ha noen å bo sammen med.

Det er ikke uten videre gitt at tilrettelagte boligtilbud med omfattende tjenester alltid oppfattes positivt av brukerne. Vi har allerede pekt på at det kan være en konflikt mellom mye hjelp og opplevelse av selvstendighet (Forchuk & al 2006). Også norske brukere er opptatt av det samme og i en undersøkelse som Brønne (2007a & 2007b) har gjort av boligtilbud i regi av Frelsesarmeen og Kirkens Sosialtjeneste, pekte en del av brukerne nettopp på denne konflikten. Likevel var konklusjonen på disse to evalueringene positive. Begge tilbudene var bygget opp rundt tilrettelagte boenheter der tjenestemottakerne fikk en omfattende oppfølging fra en boveileder. I tillegg til de tjenestene som boveilederen ytet, så

fikk også mange av beboerne ytelse fra kommunale tjenester. Rapportene fremhevet ellers en del faktorer som representanter for alle de intervjuete gruppene peker på. En av disse faktorene er relasjoner. Særlig beboerne gir klart uttrykk for at de etablerer gode relasjoner til biveilederne slik at disse fungerer både som støtte i forhold til daglige utfordringer og som koordinatorene overfor resten av tjenestene. I denne sammenhengen fremheves også fleksibiliteten til biveilederne – de er fleksible både i forhold til hvilke oppgaver de løser og i forhold til arbeidstid. Det siste bidrar også til at tilgjengeligheten oppleves som stor både fra beboerne og fra samarbeidspartene.

METODE OG DATAINNSAMLING

Dette delprosjektet skal identifisere og analysere sårbare overganger i tjenestetilbud for ROP-pasienter, et tjenestetilbud som skal være helhetlig og samordnet. I prinsippet var det ikke forskerne som skulle definere hva som var en sårbar overgang, det var først og fremst brukere og ansatte som skulle gjøre dette. Det var viktig å få frem at beskrivelsen av sårbare overganger ikke bare handlet om strukturelle forhold, men også om opplevelser. Vi tok derfor utgangspunkt i deltakernes erfaringer og virkelighetsoppfatninger var sentrale deler av beskrivelsene av sårbare overganger.

Vi ville vite noe om hvem som skal samarbeide, hvordan de skal samarbeide og hvordan samarbeidet er organisert (Reeves et al., 2010). Spørsmålet er også hvordan disse sårbare overgangene som avdekkes kan håndteres. Formålet er å analysere de beskrivelsene av erfaringer rundt sårbare overganger som blir avdekket, slik at vi kan få innsikt i hvorvidt utfordringene er knyttet til et individnivå eller til organisatoriske rammebetingelser (San Martin-Rodriguez et al., 2005) og hva utfordringene består. Det legges til grunn at slik kunnskap vil kunne fremme mulighetene for å tilby helhetlige og samordnede tjenester.

En deltakerorientert forskningsstrategi har stått sentralt i datainnsamlingen. Det betyr at spørsmålene som styrer datainnsamling og analyse utarbeidet med utgangspunkt i den teoretiske tilnærmingen presentert foran, så ble de diskutert med tjenesteytere, bruker- og pårørenderepresentanter i prosjektgruppen. Alle parter har også sentrale funksjoner i analysedelen. Slik sikres høy relevans for praksis (se f. eks. Minkler, 2000; Kemmis, 2009). Systematisering og analyser

av funn, her sårbare overganger slik de fremkommer på bakgrunn av deltakernes erfaringer, publiseres slik at tjenestene kan nyttiggjøre seg resultatene i sin egen interne organisasjons- og tjenesteutvikling.

Vi var i denne omgang interessert i deltakeres erfaringer og valgte derfor å forankre datasamlingen i en kvalitativ metode og organiserte en workshop med bruker- og pårørenderepresentanter og ansatte fra de ulike tjenestene.

Selve workshopen ble organisert på følgende måte:

Følgende deltok:

10 deltakere fra bruker- og pårørendeorganisasjonene

5 deltakere fra DPS

5 deltakere fra SMP

5 deltakere fra kommunens tildelingskontor

5 deltakere fra kommunens tjenesteytere (Friskliv og mestring)

Utvelgingen av deltakere ble gjort av virksomhetene og organisasjonene selv. Kriterier og prinsipper for deltakelse ble diskutert i prosjektgruppen og det ble lagt vekt på å få med ansatte fra ulike deler av gjeldende virksomhet. For brukerrepresentantene var det viktig å ha fleksibilitet med hensyn til hvor store deler av dagen de måtte delta på. Det ble derfor ikke overlapp mellom de som deltok på første og andre del av workshop.

I tillegg ble studenter ved høgskolens masterstudium engasjert som intervjuere.

Datainnsamlingen ble gjennomført som en workshop en hel dag på følgende måte. Vi startet opp med en innledning der alle deltakerne ble informert om hvordan dagen var lagt opp og der viktige begreper som hva vi la i "sårbare overganger" ble avklart.

Dernest ble alle deltakerne fordelt i fem grupper, slik at alle fra en virksomhet (DPS, SMP, Tildelingskontoret, Friskliv og mestring, brukerne og pårørende) gikk i sin gruppe. I tillegg deltok det en forsker og noen studenter i hver gruppe. Målsettingen var at vi på denne måten skulle få frem hvordan de ulike virksomhetene oppfattet samarbeidet og sårbare overganger. Denne tilnærmingen bygget på en antakelse om at hvilket behov for samarbeid man hadde og hvilke sårbare overganger man så, var påvirket av hvor man jobbet og hvilken rolle man hadde.

Hver gruppe måtte lage et referat der man skisserte de tre viktigste sårbare overgangene og forklare hvorfor disse var plukket ut. Dette referatet ble etterpå presentert for de andre gruppene etterpå og dannet grunnlag for en plenumsdiskusjon der alle deltakerne kunne delta.

Etter dette gikk deltakeren igjen i grupper, men denne gangen var gruppene satt sammen slik at hver gruppe bare hadde et medlem fra hver virksomhet. I tillegg var det med to bruker-/pårørenderepresentanter i hver av gruppene. I denne omgangen var gruppens oppgave å beskrive et aktuelt pasientløp gjennom ulike virksomheter og hvordan ulike aktører og virksomheter er involvert. Oppgaven inkluderte dermed å skissere hvilke utfordringer pasientene møter i overgangene

mellom de ulike tjenestene og hvordan det jobbes med å avdekke utfordringer, vurdere ulike tiltak og hvordan brukervedvirkning skjer. Disse pasientforløpene ble så tegnet opp på store papirflater og de ulike utfordringene ble beskrevet ved bruk av post-it lapper.

Hver gruppe presenterte så tre hovedutfordringer og tre forhold som fungerer godt. Dette dannet utgangspunkt for en plenumsdiskusjon tilslutt.

Analyse

Intervjuene i de fem gruppene ble tatt opp med digital opptaker og transkribert. Transkriberingene danner grunnlag for videre analyser og sitatene brukt i rapporten. For å redusere risikoen for feiltolkninger av datamateriale som følge av egen forforståelse, har forskergruppen diskutert funnene grundig gjennom analyseprosessen (Malterud, 2001).

Materialet er analysert i henhold til deltakernes beskrivelser av sårbare overganger for ROP-brukere. Den videre analysen bygger på prinsippene for systematisk tekstkondensering. Analysen av de fem gruppeintervjuene er følgelig basert på 1) å skape et helhetsinntrykk, 2) identifisering og sortering av meningsenheter, 3) kondensering og 4) syntetisering (Malterud, 2012). For å få et helhetsinntrykk av datamaterialet leste, forskergruppen det transkriberte datamaterialet flere ganger. Hver av forskerne dannet seg et generelt inntrykk av helheten og presenterte noen foreløpige temaer for de andre forskerne. Forskergruppen diskuterte sammenfallende og avvikende temaer og hvordan disse forholdt seg til den overordnede problemstillingen om hvilke sårbare

overganger finnes og hvordan kan disse best håndteres. Vi kom frem til følgende kategorier som var gjennomgående i materialet: bolig, brukermedvirkning, relasjon/tillit, taushetsplikt, samarbeid og kunnskap/kompetanse. Disse kategoriene og forståelsen av dem ble videre drøftet med prosjektgruppen for å prøve ut om forskergruppens inntrykk samsvarte med det som praksisfeltet og deres representanter brakte med seg til gruppeintervjuene. Videre ville vi på denne måten også sikre at vi hadde fanget opp viktige utfordringer og overganger. Diskusjonen omfattet også noen foreløpige undergruppene til disse overordnede kategoriene som vi jobbet frem gjennom den tredje fasen, kondenseringen. Syntetisering innebærer å sette delene – kategorier og undergrupper – sammen til en helhet igjen. Her har vi lagt vekt på utvikle beskrivelser av sårbare overganger med analytisk distanse for på denne måten forskernes ansvar for fortolkningene av datamaterialet (Malterud, 2012). Gjennom hele prosessen med å samle og analysere data, har forskergruppens medlemmer fulgt hverandres fortolkninger for å maksimere validiteten i resultatene våre.

Diskusjonene i de tverrsektorielle gruppene ble tatt opp med digital opptaker. Diskusjonene fungerte som læring og erfaringsutveksling mellom deltakere fra ulike virksomheter. Mange hadde ikke truffet hverandre tidligere og workshopen ga da dem en anledning til å bli kjent. For deltakerne og for forskergruppen ble det en måte å få informasjon om hvordan de ulike virksomhetene og bruker- og pårørendeorganisasjonene argumenterte for sine erfaringer med og synspunkter på sårbare overganger i møtet med de andre virksomhetene. I analysen har diskusjonene fungert som et bakteppe for arbeidet med de første virksomhetsspesifikke gruppeintervjuene. I tillegg ble diskusjonene også

analysert med utgangspunkt i den samme tilnærmingen som ble brukt på gruppeintervjuene, systematisk tekstkondensering (Malterud, 2012) og er brukt i deler av analysen for å fremheve noen poenger.

Det analyserte materialet, som utkast til rapport, ble så drøftet med deltakerne i prosjekt- og styringsgruppen slik at de sårbare overgangene som virksomhetene, bruker- og pårørende organisasjoner velger å gå videre med er godt forankret i praksis og i en felles overenskomst om hva utfordringene består i.

Vurdering av datagrunnlaget.

Enhver studie krever vurdering av datagrunnlaget slik at vi er sikre på at de slutninger vi drar er kunnskapsmessig forsvarlig forankret. Kartleggingen fokuserer på erfaringer om samarbeid hos et begrenset antall deltakere og reflekterer bare i begrenset grad variasjonen i praksis. Dette betyr muligens at det som kommer fram er mere negativt om samarbeid enn virkeligheten på bakken tilsier. Som en deltaker sa “det som sitter igjen i hodet er de dårlige erfaringene, for dem tenker vi mye på for å få til løsninger. De gode eksemplene der ting fungerer av seg selv tenker vi ikke så mye på.” Videre er det som kommer fram subjektive betraktninger om en meget komplisert virkelighet. Vi har bygget opp en en god forståelse av denne kompleksiteten ved å sette sammen utsagnene fra grupper med ulike erfaringer fra ulike ståsteder i systemet, og med ulike interesser og forutsetninger til deltakelse i samarbeidet. Likevel er det viktig å huske på at våre funn bare i begrenset grad reflekterer det som “virkelig” foregår. De gir en viktig ledesnor inn til problemstillinger som

må takles i arbeidet med å forbedre overganger og de kan si mye om hvilke overganger som er viktige å fokusere på. Men det er mere å si om hva de konkrete utfordringene og særlig mulighetene er når det gjelder de overgangene vi velger å arbeide videre med. Neste fase må ta dette med i betraktingen.

Spørsmål

Formålet med kartleggingen var å identifisere sårbare overganger. Med sårbare overganger mener vi endringer i hvem brukeren skal forholde seg til. Det kan være på det individuelle planet – skifte av person, eller personer – det kan være endringer knyttet til overgang fra individuelle relasjoner til gruppe, eller omvendt – eller det kan være overganger mellom ulike virksomheter.

Med grunnlag i en litteraturoversikt har vi utredet et teoretisk rammeverk for studiet av overganger. Med utgangspunkt i dette teoretiske rammeverket har vi utledet spørsmål som har ledet studien.

Brukermedvirkning

- Hvilke former for samarbeid finner vi i tjenestesystemet for ROP pasienter i Fredrikstad?
- Hvordan oppleves disse formene for brukere, pårørende og ytere?
- Hvordan oppleves og praktiseres brukermedvirkning?

Bolig

- Hvordan påvirker den lokale tilgang på bolig mulighet til behandlings og støtteløsninger for ROP pasienter?

Betingelser for samarbeid

- Hvordan formes samarbeidet av strukturelle og organisatoriske forhold?
- Samarbeidsformer
- Hvilke former tar samarbeidet om behandling og støtte til ROP pasienter, og med hvilke følger?

Løsninger

- Hvilke løsninger finnes til utfordringer rundt samarbeid om uregjerlige problemer?

DATAPRESENTASJON

Denne datapresentasjonen bygger først og fremst på det som ble sagt i gruppene før lunsj. Vi skal likevel trekke frem noen av de innspillene som vi fikk gjennom at gruppene etter lunsj skulle beskrive et forløp gjennom de ulike tjenestetilbudene.

Forløp

Gjennomgangen av arbeidet til ettermiddagsgruppene, viste at veien inn i systemet ofte begynte hos fastlegen, men at det også var eksempler på at kontakten først ble etablert med NAV-sosial eller kommunens rustjeneste. Beskrivelsene av hvordan tilbudet så utviklet seg hadde noen fellestrekk. For det første var det tydelig at det eksisterer et svært omfattende tjenestetilbud, men at mange synes at det er vanskelig å ha oversikt over hvilke muligheter som finnes. Dette gjelder for mange fastleger og i enda større grad for brukere og pårørende. Mange etterlyste derfor en person som kunne informere, støtte og motivere bruker og pårørende videre i systemet. Videre var få av løpene lineære i forstand at de viste progresjon mot en endelig løsning. De gikk i sikksakk eller sirkel, Dette mønsteret var av og til grunnet brukers problemer, men også grunnet måten systemet håndterte problemene på.

En annen utfordring handler om at en del av kommunikasjonen foregår langs formelle og gjerne skriftlige kanaler. Det innebærer at ressurser brukes på å skrive henvisninger og på å behandle dem i neste instans. Beskrivelsene som særlig brukerne gir viser at ventetid oppleves som en stor belastning og at

motivasjonen til å gjøre noe med sin situasjon kan forsvinne. Ventetid er åpenbart en kritisk faktor og hva som er lang tid, oppfattes annerledes av brukere enn av tjenesteyterne.

Både kommune og brukere opplever at deler av spesialisttjenestene ikke tar ansvar for helhetene, men bare fokuserer på sin del. Hvis det er ventetid på et tilbud fra spesialisttjenesten, så overlater man gjerne til kommunen å finne en midlertidig løsning mens man venter på ledig plass. Kommunen finner da løsninger som ikke er tilfredsstillende og som i noen tilfeller gjør at en motivert bruker mister motivasjonen for behandling.

En særskilt utfordring knytter seg til endt institusjonsopphold, enten det er en opphold i en behandlingsinstitusjon, i fengsel eller somatisk avdeling. Avslutning av et institusjonsopphold er en særlig sårbar overgang der risikoen er stor. Det er flere forhold som oppleves utfordrende. Det ene er at de tjenestene som skal følge opp etterpå ikke blir informert på en slik måte at det er mulig å få på plass et tilfredsstillende tilbud i tide. Det andre er at det i noen tilfeller er vanskelig for kommunale og polikliniske tjenester å opprettholde kontakten med den som er i institusjon. I tillegg kommer et tredje punkt som handler om at kommunale og polikliniske tjenester ikke blir informert om vesentlige endringer som at personer i fengsel er blitt løslatt før tiden eller at pasienter i behandlingsinstitusjoner er blitt kastet ut av institusjonen på grunn av mislighold av interne husordensregler.

De beskrivelsene gruppene gir av et forløp, viser at det er store utfordringer dersom det oppstår situasjoner som ikke er planlagte og situasjoner der det skjer vesentlige endringer. Det kan gjelde ved at det skjer endringer med brukeren og vedkommende medisinske situasjon, for eksempel en overdose eller et delir. Det kan også skje ved at det skjer vesentlige endringer i brukerens livssituasjon, for eksempel ved at vedkommende blir kastet ut av sin bolig.

I det følgende avsnittet presenterer vi resultater fra studien. Vi har disponert analysen slik at vi først gir en oversikt over ulike aspekter ved brukermedvirkning etterfulgt av erfaringer med overgang knyttet til bolig. Deretter følger en lengre analyse av ulike sider ved samarbeid i tjenesteyting til ROP-brukere. Avsnittet avsluttes med hva som fungerer i dag – hva vi har omtalt som ‘Helhet – en tjeneste uten sårbare overganger’.

Brukermedvirkning

Denne brukergruppen kjennetegnes av store individuelle variasjoner og ulike reaksjoner på de tiltakene som iverksettes. Det er derfor vanskelig å benytte standardiserte tjenester. For de som skal utforme tjenestetilbudet er det følgelig en utfordring å tilpasse ressurser til det man vurderer som brukernes behov. Tildelingskontoret beskrev hvordan de prøver både å forholde seg til brukerne og andre kommunale tjenester på følgende måte:

Vi finner ut hva vi tenker brukeren trenger. Og hvis vi er litt usikre, så samarbeider vi og spør med avdeling rus og psykisk helse, men det er hos

oss vedtaket fattes og det er hos oss bestemmelsen tas om hvilken hjelp som skal gis.

Den første utfordringen er derfor å finne frem til hvilke tiltak man tror at brukeren er tjent med. Likevel er det ikke alltid samsvar med de behovene man avdekker hos brukeren, og de tiltakene kommunen kan tilby.

For noen klarer vi ikke å finne riktige tiltak kanskje, og ikke klarer å finne godt nok tilbud da, eller at det ikke er tilgjengelige nå.

Ja. eller at noen mener at det er ikke deres business å gi den tjenesten, eller ja... at de mener at det er ikke den tjenesteporteføljen vi har, eller kan tilby nå, av forskjellige årsaker.

Noen ganger mangler kommunen et adekvat tilbud, eller de som skal yte tjenestene mener at det ikke er en tjeneste man skal yte. Særlig problematisk er det at en del tjenester ikke ytes annet enn i en gitt åpningstid.

For det er jo synliggjort at ROP-pasienter trenger jo hjelp, ikke bare fra 08.00 til 15.30. De trenger jo hjelp hele døgnet. Også er ikke den tjenesten rigga sånn i dag.

Det er heller ikke gitt at man kan utforme et vedtak som er tilpasset de variasjonene som kjennetegner brukergruppen.

Det blir et vedtak som på en måte forteller noe om hva du faktisk trenger hjelp til og får og ikke X antall timer med 30 minutter her og halvannen time og sånn. Det har vi ikke. Det funker ikke bra for dem. For de trenger veldig mange timer en uke også trenger de veldig lite en annen uke.

Likevel er ressurser alltid en utfordring:

Det skal være forsvarlige tjenester og vi skal forholde oss til de rammene som er gitt oss. Sånn at vi må ha to tanker i hodet samtidig og det kan jo være utfordrende mange ganger. Kommunen har jo en viss ramme som de må gi tjenester ut fra, men vi skal ikke gi uforsvarlige tjenester, vi skal gi gode nok tjenester. Så det er utfordrende det, altså.

Noen ganger kan brukervedvirkningen gå for langt – tenker brukerne.

Altså jeg tror at det siste året når han begynte med sånne skadereduserende tiltak og sånt, så man har gått mye bort fra den her liksom at... eller man har rett og slett gått altfor langt bort fra det her med tanken på at noen skulle ønske å bli rusfri, ikke sant,

For kommunen er det derfor en utfordring å balansere mellom tilgjengelige ressurser og det som er definert som brukerens behov. I tillegg skal kommunen også forholde seg til brukervedvirkning. Hvordan brukeren ble definert, særlig med hensyn til de ressursene og forutsetningene de har til medvirkning kom frem som et viktig tema. Vi fant mangler på samsvar mellom måten brukerne og deres forhold til tjenesteapparatet blir definert av tjenesteytere, og måten

brukerne ser på seg selv, sine behov og måten de forholder seg til tjenesteapparatet.

Hvem er brukerne?

For tjenesteytere er det ikke bare omfanget på tjenestebehov som gjør at det kan være vanskelig å ta tilstrekkelig hensyn til brukermedvirkningen.

Noen saker er spesielt krevende. Når de... brukeren endrer standpunkt stadig vekk. Og det også balansere sånn som noen gjør... Altså vi vet ikke om de lever i morgen. Det er en stor utfordring synes jeg. Og da tenker jeg noen ganger at de velger å leve det livet de lever. Sånn må jeg tenke da; at vi kan jo på en måte ikke redde dem, vi på Tildelingskontoret. Vi kan prøve å sette inn ulike tiltak, men de takker nei, de drar derfra, de lever som de vil da og så kommer de tilbake og så må vi vurdere på nytt. Men det er hele den der balansen. Det er så ustabil og lever de i morgen, eller gjør dem det ikke. Avhengig av hva vi tar stilling til. Det er ikke enkelt.

Behovene til brukerne endres hele tiden og det avspeiles også i hvilke ønsker om tjenester de formulerer. Fleksible vedtak er som pekt på foran, er en mulig måte å håndtere slike utfordringer.

Ja, det er alltid brukerhenvisning. Det er kjempeviktig at brukeren får lov til å mene noe selv om hva han ønsker hjelp til og hva han har behov av. Og det er fortløpende underveis både i evaluering og vurdering videre for hva man skal få.

Noen ganger er det mange meninger om hva brukeren egentlig trenger, men det er ikke alltid samsvar mellom de vurderingene tjenesteyterne gjør og de vurderingene brukeren selv gjør.

Men i forhold til brukermedvirkning på den gruppa her; rus og psykisk helse, så er det jo også ganske viktig at vi snakker med brukerne for det er veldig mange gode hjelpere der ute, som vil dem vel. Men det er ikke alltid brukerne er helt enig

Brukermedvirkning handler om å la brukerne selv få definere hva som er viktig. For tjenesteyterne handler det da om å respektere at andre tar andre valg enn det man selv anser som naturlig.

Vi synes jo at vår livskvalitet vil vi kanskje liksom tenke at alle andre skal ha en sånn livskvalitet og leve livet sitt akkurat sånn og sånn, men noen brukere har ikke... Altså de vil ikke leve sånn. De er fornøyd med langt lavere standard eller de vil ha livet sitt på en annen måte. Og da må vi på en måte prøve å respektere det.

Brukerne som hadde møtt opp på workshopen, så på sin side på seg selv som motiverte til å endre livsstil til "et normalt liv" og være ansvarlige og aktive brukere av tjenester. For dem var et uoversiktlig hjelpeapparat imidlertid et problem.

.... Men når vi kommer inn i tjenestene så er det vi som holder orden på de forskjellige ytelsene vi får og de forskjellige behandlere vi ...for de

aner jo ikke noen ting om hverandre... Så vi må liksom holde orden på det det her, så vi må gjenta historien vår på nytt hver gang vi treffer en ny en...

For brukerne var mangel på samordning en grunn til at motivasjonen kan svikte.

Men så ... greia er, motiverer. Du søker deg inn på behandling. Du får behandlingsplass om 3 måneder. Da burde du hatt et tilbud om skjerma bolig for eksempel ... til spesiell oppfølging i den perioden. ... forvern rett og slett... og så kommer du jo inn da på hele prosessen så skal jo NAV og rustjenesten og legen din og alle disse menneskene som representerer tjenester skal sitte rundt deg, følge deg på veien, følge deg inn i behandling

Det som skjer ifølge disse brukerne, er at mange kommer ut av behandling "med en plastpose i handa" og uten annen oppfølging enn det han eller hun ordner selv.

For tjenesteytere kan det i noen tilfeller være galt å gi for mye hjelp fordi det kan gå imot andre målsettinger som man jobber mot. En av de ansatte peker på følgende:

Og så bygge oppunder brukerens ressurser ... At vi har liksom fokuset på mestring og ikke alltid hva man ikke får til hele tiden og må hjelpe. Det er liksom noe med det at vi gjør dem hjelpeløse og det har jeg tenkt mye på.

Vi må liksom besinne oss litt, på en måte, da. Og det spiller en rolle tror jeg. Det at man skal få lov til å klare ting sjøl.

Målsettingen for de fleste tjenestene er at brukeren etter hvert skal klare seg mest mulig selv. Det kan derfor være vanskelig å finne balanse mellom hjelp og egenmestring. Brukerne på seminaret hadde et sammenfallende syn. For dem var det imidlertid et poeng at de ikke ble sett på som ressurssterke.

Altså er vi stempla litt sånn hjelpesløse og håpløse ut på sida der... Vi blir ikke sett på som ressurser i det hele tatt, vi blir sett på som narkomane...

Både tjenesteytere og brukere var således enige om at det er vanskelig å finne gode tjenestetilbud til den aktuelle målgruppen. De to gruppene hadde ulike syn på hvorfor; tjenesteyterne forklarte det med brukernes holdninger og livsstil, mens brukeren forklarte det med et fragmentert tjenesteapparatet med dårlig samordning, samt holdninger de blir møtt med. På et punkt var de enige; at personlige relasjoner er en nøkkel til å håndtere utfordringene både med hensyn til livsstil og gliper i tjenesteapparatet, for eksempel når Tildelingskontoret trenger tid til å få på plass et tilbud som både er individuelt tilpasset og bygget på brukervedvirkning.

Brukerne er viktige i planleggingen av overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen og ansatte fra DPS var tydelige på hvordan de forholdt seg til brukernes ønsker.

... for vår del så er pasienten i sentrum og pasienten må jo være med på dette her og det er så lite individuelle forskjeller i forhold til ----- vi skal inngå med dem, så det er utgangspunktet.

Det er viktig å ivareta pasientens rettigheter og ønsker. Om tjenesteutøvere har andre ideer og tenker annerledes enn pasienten, kan det også være behov for å motivere pasienten ut fra et faglig synspunkt eller ståsted.

Brukerne gir uttrykk for at det vil være individuelt i hvilken grad man bør involvere pårørende i prosessen. Brukerne er klart skeptiske til pårørende som koordinator.

Ja, det er jo veldig individuelt. Men det er ikke... Det er ikke mora di som skal være koordinatoren din. Hvis du ønsker å ha med mora di, eller altså en nær pårørende inne i ansvarsgruppa di, så er det du som ønsker det, og da er det din jobb som hjelper å være sikker på at dette er noe bruker ønsker og ikke noe mamma ønsker.

Pårørende som brukere

Det er ikke bare brukeren selv som representerer brukerinteresser. En av utfordringene er at mange pårørende blir engasjert i oppfølgingen av den som er syk. Det innebærer at pårørende delvis blir en del av brukergruppen, uten at det nødvendigvis innebærer at de har sammenfallende interesser med den syke.

Medlemmene i pårørendegruppen var bevisst ansvaret for et sårbart familiemedlem.

Altså, overgangene er sårbare og det er klart det trigger jo noe i meg når hun nå skal planlegges ut, men samtidig så føler jeg at mer trygghet enn vi kan få nå, eller enn det vi har fått, det tror jeg kanskje ikke noen kan gi oss. For jeg skjønner jo jeg og at vi ikke kan låse henne inne og kaste nøkkelen. Selv om jeg hadde sagt ja takk.

Ansvaret ble imidlertid ofte overveldende fra et pårørendeperspektiv.

... Han blir gående hjemme sammen med meg, så jeg er sykmeldt fra min jobb, for her er det uutholdelig. Og han går sammen med meg hele tiden. Det er ikke noen andre tilbud han har.

Deltakerne i pårørendegruppen gir uttrykk for at pårørenderollen blir tung fordi de føler det blir nødvendig å plukke opp bitene som systemet ikke greier å fange opp og håndtere.

Og liksom dette var gjort i samarbeid med lege og politi, for han ville jo ikke dit, så jeg måtte jo lure han på en måte da og ringe til politi. Også liksom tenker du; endelig får vi puste lite grann. Også dagen etterpå så ringer avdelingsoverlegen og sier: Ja, vil bare informere om at nå slipper vi han ut, for han er ikke suicidal. Han er ikke suicidal sier jeg, men han dreper seg jo langsomt uansett. Han trenger hvile. Han blir bare sluppet ut og tre måneder etterpå så er han borte (begikk selvmord).

Historien om pårørende som må “plukke opp bitene” fra tjenestesystemet og derfor må gjøre mer av koordineringsjobben enn de ønsker, eller har krefter til, gikk som en rød tråd gjennom gruppedemlemmenes utsagn og gjenspeilet seg i de ulike temaer som kom frem. Disse erfaringene er relevante i forhold til brukernes syn på pårørendes plass i hjelpeapparatet.

Ofte er familieforhold en medvirkende faktor i et sykdomsbilde og i tilfriskningsprosess. Det er viktig å holde pårørende utenfor i slike tilfeller.

Det blir mye følelser, ikke sant... Det har vært veldig viktig for meg i alle fall, i min tilfriskning har det vært veldig viktig for meg ikke å bære på den dårlige samvittigheten til mora mi. Og det er viktig ... at hun blir ferdig med min historie også...

Videre var det en bruker som mente at i rusfeltet er man klarere på behovet for et slikt skille enn man er i psykiatrien.

Medlemmer av pårørendegruppen følte at de måtte dytte på for å få tjenester på plass for å støtte familiemedlemmer med problemer og avgrense sine egne ansvarsområder. De følte at de ble sett på som vanskelige og vrangvillige.

Han har ikke fått sett på noen tilbud. Når han er på poliklinikken så snakker han med en psykolog. Jeg fikk krangla opp til tre kvarter i uka. Han skulle egentlig være hver 14. dag, men som jeg sier, jeg orker ikke det ansvaret å gå med så psykotisk person. Jeg vet ikke hva han kan finne på.

Jeg ble også veldig ubehagelig i det møtet fordi det var en fra kommunens rustjeneste som da egentlig angrep meg litt fordi at jeg begynner å mase på kommunen min i forhold til innsyn av dokumenter for da å hjelpe sønnen min, og fordi jeg forstyrrer arbeidet med --- Ja, det fikk jeg rett i fleisen i møtet. ‘At hadde ikke du holdt på sånn, så hadde det vært lettere for oss å jobbe med sønnen din.’ Også tenkte jeg, hadde ikke jeg holdt på sånn så

Kompetanse var et gjennomgående tema for de pårørende og reflekteres i alle de øvrige temaene som kom frem. Pårørende har mye viktig informasjon om den sykes tilstand og situasjon, men føler at de aldri blir spurt og at deres kunnskap og kompetanse ikke blir brukt i behandling. Dette mener de gjør behandlingen mindre effektiv, noe de pårørende må ta følgene av idet de må “plukke opp bitene”. Det var også eksempler på at de må bli vanskelige og vrang for å få sin kunnskap og kompetanse brukt.

Og midt oppi det var det jeg som skjønnte hva som hadde vært prøvd, hva som hadde ikke virket, hva som hadde fungert, men ble jeg spurt? Nei. Så fikk jeg endelig gøts til å klage til fylkeslegen. Så fylkeslegen brukte over et år fordi saken var så stor. Og jeg klaget igjen og igjen.

En av årsakene til at pårørende får en så sentral rolle i forhold til brukerne, er at mange av dem bor sammen med pårørende. Bolig er derfor en sentral utfordring som innebærer at dersom brukeren ikke har et selvstendig tilbud, så får pårørende en sentral oppgave i oppfølging av brukeren enten de er innstilt på det eller ikke.

Bolig

Både primær- og spesialisthelsetjenester ytes i dag med basis i brukerens bolig. Vi har allerede vært inne på at det kan være en stor utfordring for de pårørende. Det legges derfor betydelig vekt på å finne en løsning på boligutfordringene for dem som ikke har et tilfredsstillende tilbud. Det er først og fremst kommunen som har ansvar på vegne av det offentlige for å finne en løsning.

Vi ser jo at det er ofte de som er uten bolig til enhver tid, så er det de som sliter med rus og psykiatri. De trenger tett oppfølging. Sånn at hvis ikke vi har noe sted å tilby den tjenesten så er det vanskelig.

Denne uttalelsen understreker det som er poenget i “Housing First” – bolig må på plass fra første stund, ellers er det vanskelig å gi relevante tjenester. Hvor avgjørende bolig er, understrekes med denne uttalelsen:

Jeg tror i utgangspunktet at alle blir hjulpet i den boligen de får hvis de setter inn nok bistand.

Her hevdes det i praksis at hvis tilfredsstillende bolig er på plass, så er det bare et spørsmål om tilstrekkelig ressurser for å gi brukerne et skikkelig tilbud.

Denne tilnærmingen ser ut til å være bredt forankret. Også spesialisttjenestene understreker at bolig er sentral i deres tjenestetilbud. DPS jobber for eksempel

mye i hjemmet til pasientene og bolig er derfor viktig for å ha utbytte av de tjenestene som de tilbyr.

... kan vi prøve å krangle oss fram en bolig på tildelingskontoret sammen med pasienten.

Men samtidig påpeker andre ansatte at det ikke er spesialisthelsetjenestens oppdrag

å stå i boligkø sammen med pasienten, det håndterer de fint på andre nivåer egentlig, på NAV og på kommunen.

De poengene understrekes av ansatte i SMP. Bolig er nødvendig for å yte de andre tjenestene brukerne trenger når de kommer fra opphold på institusjon og har vært rusfrie en lengre periode. Det blir vanskelig å jobbe med andre områder rundt bruker når de ikke har fast bolig og ofte sover ute. Det å ikke ha bolig, gjør det for eksempel vanskelig å ta imot terapi for traumer eller jobbe med mestringsstrategier for å være rusfri. Mange av brukerne vet ikke hvordan de skal skaffe seg bolig. Overgangen fra institusjon til det som skulle være en bolig, kan beskrives som

At da har spesialisthelsetjenesten jobbet veldig intensivt med vedkommende og gitt et veldig omfattende tilbud og så åpner vi døren også er det liksom ikke noe utenfor den døren.

Brukerne oppfatter også bolig som et helt sentralt element ved overgang fra institusjon tilbake til kommune.

Ja, de tradisjonelle på en måte, som vi alle kjenner til, spesielt mellom fengsel og tilbake til kommunen, behandling, tilbake til kommunen.

Veldig sårbar periode fra du søker behandling, å få behandlingsdato. Når du blir bostedsløs. Når du skal inn i bolig.

Det blir fremhevet at en stor del av rusbehandlingen inkluderer det å bo og pasientene skal kunne reise hjem og trene på å bo mens de har plass på institusjon. Men i stedet bruker pasientene mye av sitt fokus på skaffe seg bolig, for eksempel gjennom finn.no. Det blir dermed lite rom for andre ting når brukerne generelt har utfordringer med å orientere seg i samfunnet for øvrig.

Det skal etableres akuttboliger i Fredrikstad, men det er stort behov for boliger med bistand. Sett fra SMPs side er det et problem at det er boliger uten bemanning og uten tilsyn fra vektere.

Bolig er derfor en av de store utfordringene som kommunen må håndtere. Dette er en utfordring som har flere dimensjoner. Den første er akuttbolig – hva skal kommunen gjøre dersom det er en person som kommer direkte fra fengsel eller behandlingsinstitusjon og ikke har en bolig. Her synes det som om det er et problem med å avklare ansvarsforhold.

Det er NAV som har ansvar for akuttbolig, mens det er tildelingskontoret som har ansvar for varige boligtilbud. Problemet sett fra tildelingskontorets side, er at for det første at det ikke er klart hva som er akuttbolig. Det er derfor nå satt ned et samarbeidsforum med blant annet NAV for å gjøre de aktuelle

grenseoppgangene. Derneft er et problem at det tilbudet NAV kan gi, ikke anses som tilstrekkelig godt nok. En sa det slik:

NAV har en avtale med XXX Camping, også er det kanskje de som er veldig dårlike som ikke kan bo der da – altså vi anbefaler ikke XXX Camping og da tar de kontakt med oss og hva gjør vi da?

Slik tildelingskontoret ser det, er det ikke akseptabelt å plassere personer som er i en sårbar situasjon direkte etter et behandlings- eller fengselsopphold på en campingplass. I tillegg er det for deler av den aktuelle målgruppen, et problem at de ikke uten videre klarer seg på egen hånd i en bolig. Delvis handler det om at de ikke er i stand til å løse alminnelige oppgaver innen huset, og delvis handler det om at de har en atferd som har gjort at de provoserer naboer eller er blitt kastet ut av et ordinært boligtilbud av andre grunner.

Sånn at det er vel det som er den største utfordringen da med å få tildelt bolig til rop-pasienter, at de har utfordrende atferd i et sånt nabolag. Noen av disse folka er jo kasta ut fra forskjellige valgtilbud ved at de har rasert. Altså, de klarer ikke å bo. Derfor har de ikke fått den hjelpen da kanskje heller, til å bo.

I noen tilfeller har derfor løsningen blitt at brukere ikke har blitt skrevet ut fra institusjon før man har fått på plass et boligtilbud. I andre saker har kommunen i stedet vært nødt til å kjøpe private omsorgsplasser inntil de har kunnet gi et eget boligtilbud.

Hvis vi ikke mener at vi kan gi et godt nok kommunalt tilbud så kjøper vi omsorgsplass.

Bolig er også en utfordring for de pårørende. Delvis gjelder dette i forhold til barn under myndighetsalder, men det er ikke gitt at ansvaret for de pårørende endres selv om brukeren blir myndig. En av de pårørende beskriver følgende situasjon.

Og så kommer den dagen han ble 18 år også sier jeg til kommunen der hvor vi bor, at nå får dere min sønn inn til kommunen for han trenger et sted å bo. Han trenger oppfølging. Nei, han kunne bo hjemme hos meg. Han er 18 år, han er voksen. Han må dere finne et sted til. Masse fram og tilbake og ting måtte skje fort og sånn. Så får han da en kommunal leilighet og det er da hjemmebaserte tjenester som da skal følge opp han, med besøk og lære han ting.

Denne uttalelsen illustrerer to ting. For det første viser den at det å få på plass et kommunalt boligtilbud verken er en selvfølgelighet eller er noe som kan løses raskt. I tillegg peker den at kommunale boliger krever for en del av disse boligene en tett oppfølging med trening av ADL-ferdigheter.

I de tilfellene der det ikke er mulig å få på plass en kommunal bolig, opplever de pårørende i stor grad at det er de som må ta det største ansvaret.

Fordi alt falt på oss pårørende. Vi har vært tjeneste 24 timer i døgnet. Der hvor det offentlige ikke stiller opp, der er det oss som må stille opp. Han

har fått forskjellige tjenester, men han har en psykoselidelse som gjør at han trekker seg tilbake og takker nei til alt, også så er det sånn at: Ja bruker sier at... Vi avslutter tjenesten for bruker har takket nei. Ja, der har vi vært på døra i 4-5 uker da og han takket nei, så vi avslutter tjenesten.

Uten et særskilt tilbud opplever de pårørende seg som ansvarlige døgnet rundt. Dette blir jo en stor utfordring dersom brukeren ikke har selvinnsikt og forstår at han eller hun har behov for hjelp. Avvisning av kommunal hjelp kan også være et resultat av at brukeren har en bedre relasjon til pårørende enn til eksterne hjelpere og at det derfor oppleves tryggere å forholde seg til pårørende enn til andre.

For pårørende er det ikke nødvendigvis slik at de opplever tett kontakt med brukeren som en holdbar situasjon.

Han blir gående hjemme sammen med meg, så jeg er sykmeldt fra min jobb, for her er det uutholdelig. Og han går sammen med meg hele tiden. Det er ikke noen andre tilbud han har. Han har ikke fått sett på noen tilbud.

Manglende adekvat boligtilbud og oppfølging forøvrig synes i dette tilfellet til å skape en ekstra sykemelding. Det vil si at hvis samfunnet sparer ressurser på å begrense tilbudet til brukeren, så kan det fører til økte kostnader i andre sammenhenger. Gode, helhetlige og tilrettelagte tjenester kan derfor løse utfordringene for flere enn brukeren.

Noen ganger klarer enkeltpersoner å finne løsninger.

Psykologen ville holde han inne for å hjelpe oss, for han så hvor slitne vi var.

Den pårørende i dette eksempelet oppfatter det slik at brukeren får utvidet slitt institusjonsopphold av hensyn til de pårørende.

For andre løses utfordringene akkurat slik man ønsker det.

Nå har hun fått bolig, splitter ny, rett i nærheten av oss, med døgnbemanning.

Samarbeid

Ulike aktører

Det er nokså tydelig at de ulike tjenestene både legger vekt på samarbeid og at de faktisk har en del aktive samarbeidsrelasjoner.

SMP samarbeider med en rekke andre virksomheter, som NAV, fastlege, psykiatriavdelingen SØ, DPS, kommunale rustjenesten og apotek. I utgangspunktet er det slik at jo dårligere fungering brukerne har, jo større er behovet for samarbeid rundt brukeren. Henvisninger til SMP kommer i stor grad fra fastlege, men noen kommer også fra kommuns rustjeneste. Selv henviser SMP til mange instanser og samarbeider med disse.

Ansatte i DSP har et bredt samarbeid både internt og med andre instanser når brukeren har behov for mer tjenester. Det samarbeides internt i tilknytning til pasienter som trenger bistand fra andre yrkesgrupper enn det som er koblet på pasienten i utgangspunktet. På døgnavdelingen i DPS tar de imot pasienter fra både primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er behov for samarbeid fra det tidspunkt bruker blir henvist, men samtidig samarbeider virksomhetene minst med henviser som ofte er fastlegen.

Friskliv og mestring har kontakt med mange, men godt samarbeid er det ikke like lett å oppnå.

Det er mange vi har et samarbeid med, men det er litt tungrodd så det kunne gjerne vært satt i bedre system – i alle fall at det hadde vært etablert en bedre kontakt. Det er mange instanser vi kunne tenkt oss et bedre og mer tettere samarbeid med, for eksempel bup og barnevernet – og også somatikken – fordi vi har jo mange som har innleggelser både med overdoser og andre fysiske utfordringer og der vi ikke får noen tilbakemelding på det. Det at vi ikke får tilbakemelding fra andre er ofte en utfordring for oss.

Denne uttalelsen synliggjør noen av de utfordringene som mange kommer tilbake til. Man har et en del kontakt med andre virksomheter, men dette samarbeidet er til en viss grad tilfeldig og uformelt. Spørsmålet er om slik kontakt bør i større grad formaliseres og settes inn i et fast system.

Likevel oppleves det i noen tilfeller også som om det allerede i noen sammenhenger er mer enn nok regler og systemer. Disse oppleves i en del tilfeller som hemmende. Det gjelder blant annet rutiner for hvordan brukeren kan samtykke til utveksling av informasjon.

Tildelingskontoret er en virksomhet som først og fremst legger rammer for hvilket tilbud brukerne skal få. Det innebærer at de må samarbeide både med spesialisthelsetjenestene og andre kommunale virksomheter. Mange av brukerne er også i perioder innlagt i behandlingsinstitusjon eller soner en fengselsstraff. I slike tilfeller er det ønskelig å få etablert et samarbeid med brukerne allerede mens de er i institusjon. En forklarer det slik.

Vi prøver å få på plass en avtale mens de er innlagt. For da vet vi at de er tilgjengelige. De er ikke rusa

Den ideelle løsningen er at man allerede mens de er innlagt, kan jobbe med en individuell plan for de av brukerne som ønsker det.

For å kvalitetssikre hvem gjør hva så skrives individuell plan mange ganger, ikke sant, sånn at en vet hvem som har ansvar for hva og når og til hvilken tid. Men der trenger vi å bli mye bedre for å si det sånn, altså vi trenger å bli bedre på det med individuell plan.

Noen brukere har både hatt et kommunalt tilbud og en individuell plan før de ble lagt inn. Da er det lettere å følge opp vedkommende enn om det er en som ikke er kjent for kommunen fra før. Likevel så opplever man at kontakten med

spesialisthelsetjenestene er bra, men frykter at det kan bli endringer dersom det blir samme krav som i somatikken om rask gjennomstrømming av pasienter:

Men vi snakker jo sammen, så når brukeren, eller når vi får meldt pasienter ut, så da skjer jo det gjerne i god tid, enn så lenge.

Relasjon og holdninger

Et sentralt element i en samhandlingsprosess handler om relasjoner. I vår sammenheng er vi opptatt av relasjonene til brukere, pårørende og andre tjenesteytere.

Brukere

For brukerne handler kvaliteten på tjenesten i stor grad om kvaliteten på relasjoner med tjenesteyterne. Også holdningene de blir møtt med, er viktige for brukerne. Uttrykk som “Tillitt”, “tro på meg”, “at jeg skal klare dette” viser hva som var viktig for brukerne i gruppen og noe de mener mangler i forhold til tjenesteyterne. Manglende tro på brukeren har en innvirkning på kontinuiteten i hjelpeapparatet. En bruker uttrykker det slik:

... alle disse tjenestene funker ikke hvis ikke vi har troen på brukeren inni deg. ...troen på brukeren ikke sant, hele veien. Kjører det inn som en sånn overordnet... da begynner kanskje den tjenesten å fungere, fordi det er naturlig at når du drar på avrusning at du har bestemt på forhånd og snakket om hva som skjer når du kommer ut....

Brukerne opplever de blir møtt med fordommer og mistenkelighet fordi man er tidligere narkoman. Men samtidig viser noen av brukerne også en viss forståelse for slike holdninger.

Så den dagen du skal ut derfra, så møter du en ekstremt tungrodd offentlig da, så ser du dem kommer ----- Du er jo narkoman, ikke sant skeptisk da, med en gang. Ja, det jeg tenker er at du møter noen som har tro på deg. Jeg skjønner veldig godt at folk støkker jeg -----

Brukerne er opptatt av at behandlingsapparatet må ha tillit til og tro på brukeren. De opplever at stemplet som narkoman følger dem i lang tid etter at de har avsluttet sin rustilværelse. Det er med andre ord vanskelig å snakke med behandlingsapparatet om fortiden og sin historie fordi man opplever å ikke bli hørt eller forstått. For brukerne er ikke bare tillit viktig, men også respekt er et sentralt tema under intervjuet.

----- bli møtt med bare skepsis da. At de ser på meg som et offer, da.

Jeg trengte noen til å ha trua på meg. Selv i dag står det jo at... i journalen til NAV lege psykiatrisk så står det på meg at jeg er narkoman. Jeg ser ikke på meg sjøl som narkoman.

Følgende dialog understreker det samme poenget.

Men det å snakke med systemet i det hele tatt om så alvorlige ting, det er helt som å snakke til veggen, altså. Dem sier ja og ha inntil et visst punkt, også kapitulerer dem.

Hva er det som gjør at det er som å snakke til veggen da, tror du?

Fordi at historiene våre er så sterke. De er så dype. De inneholder så mye svar. Det er så mye greier.

Ansatte i SMP trekker også frem at de ser noen negative holdninger til brukere med rusproblemer. Det knyttes særlig til saksbehandlere i NAV. Man snakker om at noen har holdninger som gjør det veldig vanskelig for saksbehandler å hjelpe brukerne, mens andre har god kontakt. En sier

Altså de sier det ikke, men som jeg faktisk merker i holdningene til de rusavhengige som ikke vi har i det hele tatt, og som er ja, slitsomt.

For brukerne er forholdet til barn en vanskelig relasjon og oppfattes som en sårbar overgang

Og det å være mamma og ikke ta ansvar for barnet sitt. Og det skulle liksom starte denne jobben med å få tilbake tillit, eller det å begynne å få tillit. Utrolig skremmende. Så det er sånne viktige... Det er liksom en helt eget kapittel om sårbar overgang, for å si det sånn.

De kommer senere tilbake med en personlig refleksjon om tema.

Jobbe for å slippe å la dem gå i dine fotspor, så de slipper å dø som mine barn gjorde ... Tre av mine barn er død av overdose. ----- Når du vet at de gikk i dine fotspor.

Tema er viktig og brukerne er opptatt av at man bør kunne snakke om dette uten at det går utover relasjon mellom behandler og bruker.

Også, men bare på det med barna og, at... Jeg tenker det er en regel som alltid må gjelde, det er; barnet først. Og det tullet som fagpersoner holder på med, med at man ikke våger å ta opp barneproblematikk fordi man er redd for å ødelegge relasjonen, det er helt uaktuelt. Det er liksom "skam dere" typen, med at du tar deg av barn som du er bekymra for, da uavhengig av om jeg går ut og setter meg en overdose etterpå, så gjør du riktig når du tar deg av det barnet.

Avhengighet av andre var også et tema for brukerne, men for dem gikk avhengigheten begge veier – ofte var tjenesteytere like avhengige av brukeren som omvendt. De mente dette hadde mye å gjøre med holdninger til rusmisbrukere generelt, at de var på mange måter spesielle på grunn av sin livsstil og ofte har "sterke historier" om hvordan de var endt opp der de var: vold i hjemmet som barn, seksuelt misbruk, hjemløshet, familiebrudd og småbarn med en forelder på rus. Denne "fascinasjonen" var ofte forbundet med et ønske om å bli den hjelperen som "frelser" en rusmisbruker, noe som fører til en følelse hos brukeren at mange eier ham eller henne og ikke kan møte brukeren som et vanlig menneske.

En deltaker i tildelingskontorgruppen sa:

Og det her handler veldig mye om relasjoner. Det gjør jo det. Om vi klarer å skape gode relasjoner og begynne å jobbe med pasientene allerede mens han er inne for overgangen ut, liksom. Og får vi til det, så er det ofte... Da

blir det jo IP og da vet man hvem som er ruskonsulenten og han har gjerne kanskje hilst på dem til og med, før han blir skrevet ut. Det er... De pasientgruppene har veldig behov for gode relasjoner ellers så blir det utrygt for dem om det blir ustabilt. Da fikser du ikke livet. Det må være noen på plass.

Bytte av saksbehandlere trekkes også frem som en hindring for å bygge relasjoner som kan være viktig for å gi tjenester til bruker. NAV blir her brukt som eksempel hvor dette skjer ofte.

En av brukerne konkluderte diskusjonen om relasjoner med følgende utsagn:

Alle som er kommet videre kan peke på den personen som man skjønnte brydde seg.

En slik opplevelse av å bli særskilt ivaretatt er tydelig sentral i mange av brukernes positive opplevelser.

Pårørende

Også pårørende er opptatt av å ha gode relasjoner og bli inkludert i de prosessene som foregår. Noen følte at de ble utelukket som en viktig kilde til informasjon om brukerens tilstand. Det er ikke nødvendigvis samsvar mellom hva pasienten sier og hvordan det fungerer hjemme med pårørende.

...jeg forstår liksom ikke at de tar alt for god fisk hvis pasienten sier: Nei, dette ordner jeg sjøl, jeg trenger ikke det. Jeg er på tur hver dag. Så tar de

det som sant. De etterprøver ikke. Også avslutter på en måte vedtak heves. Nei vedkommende trenger ikke oppfølging. Han sier han klarer seg bra.

Så jeg tenker: Hvor er forståelsen deres av sykdommen på personen. Har de faktisk forstått hele spekteret av sykdommen. Og det tror jeg ikke de forstår for de vil ikke egentlig ha disse lange samtalenes pårørende som kan gi dem detaljbeskrivelsene for best å kunne forstå dette bildet av hvordan det fungerer i det daglige. Vi som er sammen med de mye.

De følte også at deres behov og situasjon som omsorgsyter ikke var tilstrekkelig ivaretatt.

Vi som pårørende opplever at vi... På Kalnes ble han tatt veldig godt hånd om og de ivaretok oss for de så hvor slitne vi var etter å ha levd med han. Men nå i overgangen mot DPS døgn så får vi.... Og når de da har samtale med oss så får vi det liksom; ja, han må fortsette, han går på tvang uten døgnopphold nå, men vi opplever at han blir skrevet ut til DPS døgn hvor han kan være frivillig.

Også tjenesteytere mener at pårørende er en viktig ressurs i psykiatrisk behandling generelt og i den tilnærmingen som DPS har spesielt. Tidligere ble pårørende tatt med i første og siste samtale i et behandlingsforløp. Men når presset på tjenestene nå har blitt større, og man må ta inn flere pasienter, sammen med et krav om suicidalitetsvurdering, blir kontakten med pårørende nedprioritert. En av de ansatte uttrykker at

De som er rundt [bruker], altså de er jo der som ressurser på godt og vondt, men de er jo der og de er ressurser i en eller annen sammenheng.

Mellom tjenestene

Personlige relasjoner fremheves av mange som viktig for å få et samarbeid til å fungere godt. Det er da både snakk om å ha kjennskap til hverandre og til hverandres behandlingstilbud samt hvilke funksjoner andre har. Videre vektlegger flere betydningen av å ha god kommunikasjon, noe som også innebærer at ansatte må

finne kanaler til hverandre som fungerer.

Samtidig mener flere det kan være vanskelig å finne disse kanalene. Hvem man har kontakt med og hvor god den kontakten er, blir avhengig av og opp til den enkelte. Når det kommer nye ansatte, er det viktig å etablere kontakt og vise at man vil snakke sammen. Utsagnet nedenfor får støtte i gruppen.

Jeg tror på det med visualisert forhold og å snakke med hverandre istedenfor å korrespondere.

Det blir da viktig å ha et stort nettverk av kontakter utenfor egen virksomhet. Felles fagdager og samlinger med andre virksomheter blir sentralt for å bygge nettverk og etablere relasjoner med tjenesteutøvere som jobber innenfor andre virksomheter eller avdelinger enn ens egen. I tillegg til å kjenne hverandre er det viktig å ha

ydmykhet for det andre kan og vil og ikke sitte på den høye hesten og tenke at, hadde bare dere gjort sånn så hadde dette gått bra.

Tro på hverandre var noe brukerne mente personer innad i tjenesten også måtte ha, men som de ikke nødvendigvis har.

..og jeg tror egentlig ikke at de egentlig har noe tro på hverandre heller, innad i systemet

Vi har tatt utgangspunkt i at samarbeid påvirkes blant annet av relasjoner, eksterne rammer og samarbeidsformer. En av de mest åpenbare rammene er oppdelingen mellom spesialisthelsetjenestene og kommunen. Flere peker på at dette fremstår som en utfordring.

Særlig når det gjelder samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om brukere i LAR. Her oppstår det en rekke situasjoner hvor man jobber i gråsonen av det man skal gjøre. Det skjer i forbindelse med at søknad om kommunale tjenester tar tid å behandle og det tar følgelig tid før bruker får svar. Da hevder SMP at de gjør mye av det kommunene skulle ha gjort, blant annet ut fra at

Det er vi som har best relasjon til dem [brukerne] ... det er vi som får frustrasjonen.

Ansatte i spesialisthelsetjenesten argumenterer med at de var bedre før etableringen av Tildelingskontoret når man kunne ta direkte kontakt med

ruskonsulent i kommunene. Nå tar det lengre tid fordi man skal søke, det skal fattes vedtak og evaluere og drøfte og så skal det sendes ruskonsulenten. Det kan være opp til tre måneders ventetid og under den tiden sitter (her) SMP med pasienten uten samarbeid med noen fra kommunen. Det er ikke uvanlig at spesialisthelsetjenesten har mange brukere i samme situasjon, noe som bidrar til at ansatte opplever det som slitsomt.

Når spesialisthelsetjenesten planlegge brukernes overgang til kommunen, sender de en melding til kommunen ved Tildelingskontoret. Selv om man krysser av for at man ønsker tilbakemelding, og faktisk ber om, får man det i for liten grad fra Tildelingskontoret. SMP er opptatt av informasjonsstrømmen mellom dem selv og Tildelingskontoret. Etter etableringen av Tildelingskontoret, er behandlingstiden lengre og det oppleves som det er flere ledd i saksbehandlingen.

En annen ramme som mange er opptatt er den oppdelingen mellom rus- og psykiatritjenester som synes å være særlig tydelig i spesialisttjenestene generelt og mellom SMP og DPS spesielt. Her er det en del diskusjon om hva som skal behandles først – rus eller psykiatri. Brukere med samtidig rus og anoreksi nevnes som eksempel. Det er krav om samtidig behandling, men det er vanskelig eller nesten umulig å få til. Grunnen til det, er kravet om at bruker skal være rusfri for å få psykiatrisk behandling for anoreksi.

Spesialisttjenestene er også selv opptatt av disse utfordringene knyttet til forholdet rus-psykiatri. Det blir sagt at noen avdelinger i spesialisthelsetjenesten

mangler kunnskap om rusavhengighet og om hva som er viktig for å få til god døgninnleggelse.

[det] er vel at det kan virke noen ganger som om rusutløst psykose er en liksom hyppig diagnose som vi tenker kanskje blir stilt for fort.

Men at man nå bør tenke i retning av diagnoser og [...] at pasienten er i en tilstand uten å ta hensyn til at det kan ha vært rus som har forsterket eller...

Det er etablert et definert samarbeid mellom SMP og DPS i forhold til inntaksarbeid og inngangsfasen. Tiltaksmøte er opprettet som en felles møtearena.

Det er en trend at vurderinger blir mer sentraliserte. Det er også snakk om å etablere inntakstjeneste for hele fylket til SMP for på denne måten å få likere vurderinger uavhengig av hvor bruker bor.

Det er forhåndsdefinert at det er psykiatrien som skal ta hånd om rusutløste psykoser. Men man stiller også spørsmål ved om det i alle tilfeller er snakk om rusutløste psykoser eller om det er andre årsaker til psykosen. En gruppe argumenterer for

at det er behov for at spesialisthelsetjeneste med ruskompetanse blir trukket inn når det er behov, men at det er variabelt i hvilken grad det skjer. Noen virksomheter oppfattes som mer egenrådig enn andre.

Personal med psykiatrikompetanse i bolig trekkes frem som et eksempel hvor man er raske med å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten og spørre om råd og eventuelt om de kan komme ut til boligen. Fastlege på den annen side er et eksempel på gruppe tjenesteytere som mangler kompetanse om rus. SMP viser til at her har ledelse og overleger vært ute og drevet informasjonsarbeid rettet mot fastlegene. Det er også etablert en ny ordning hvor fastlegene kan møte opp hos SMP til faste tider hvor man kan gå gjennom spesielt kompliserte saker. Det vil da kunne fungere både som en form for veiledning på avhengighetsaspekter og som en form for kompetanseheving.

Også fra ansatte i kommunene så man de utfordringene de hadde. En utfordring handler om hva som skal gjøres og hvem som skal gjøre det.

Det er i dag lite samkjøring av tjenestene, så det kan godt være at det tilbudet vi gir ligner veldig på noe som andre også yter. Det er et spørsmål om hvor mange brukerne skal forholde seg til. Her kunne vi nok samordnet bedre – relasjon er en viktig faktor i alt dette her. Det er viktig å ha noen fast å forholde seg til – noen man kjenner.

Også pårørende opplever en slik oppdeling mellom de ulike tjenestene.

Når de behandler sønnen min for rus, så ser ikke psykiatrien dem og derfor så klarer de ikke å gi ham et adekvat tilbud for de ser ikke psykiatrien som egentlig er hele grunnlaget hans. De ser... Når de ser det er rus, så det tar rustjenesten seg av og de snakker hele tiden om nytt

lovverk i rustjenesten. De snakker hele tiden om; Mitt lovverk sier, mitt lovverk sier.

Samarbeid innad i kommunen kan også være en utfordring. Tildelingskontoret har en sentral rolle i utforming av tjenestene, men de opplever ikke at alle deler i kommunen spiller på samme laget. Den kommunale sosialtjenesten er nå en del av NAV, men det oppleves som om den der har endret innhold.

Det er akkurat som den sosiale tjeneste fra NAV blir borte. Også skyves den på en måte litt over til kommunen for øvrig, selv om NAV er en del av kommunen, jeg mener ikke det, men det er liksom den sosiale tjenesten som drev oppsøkende virksomhet som var... Altså de gjorde mye sånn boligsosial formidling, altså de jobba på en litt annen måte i NAV tidligere.

I tillegg er det klart at organisering av NAV og tjenestene her ikke bare berører NAV selv, men også de ulike samarbeidspartene:

De skifter saksbehandlere veldig ofte og, sånn at det er veldig vanskelig å få en kontinuitet i samarbeidet med NAV egentlig. For det er stadig nye grupper og mye omorganisering på saken.

Dette er en utfordring som rammer både brukerne og andre tjenesteytere. Utskifting av saksbehandlere, spesielt i NAV-tjenestene, oppleves som et stort problem. Det medfører at den enkelte saksbehandler ikke rekker blir kjent med bruker og de tar seg sjelden tid til å komme på ansvarsgruppemøter.

En viktig samarbeidspart er fastlegen. Fastlegen er en viktig ressurs og fungerer både som avgiver og mottaker av pasienten eller informasjon om pasienten, men mange sier det også er en part det er vanskelig å få tak i og å komme i dialog med. Når man tar utgangspunkt i et vanlig poliklinisk behandlingsløp, sendes pasienten tilbake til fastlegen med epikrise når man har foretatt en faglig vurdering på slutten av forløpet. I tillegg er det behov for samarbeid underveis i behandlingen. Erfaringsmessig er det en utfordring å finne tid for samarbeidsmøter som passer fastlegen og man mener det er vanskelig for dem å prioritere samarbeidsmøter og det å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Så vi bruker mye tid på samarbeid, spesielt der pasienten er veldig, veldig dårlig. Og det er jo klart at det er en kjempeutfordring for fastlegen altså, så får vi stort press fra pårørende, spesielt der det er barn inne i bildet. [...] Og det å få satt i gang rammer rundt hele familien egentlig og ikke bare pasienten, også ta med det som er rundt. Vi bruker mye tid på det.

Noen overganger synes å være mer problematisk enn andre.

De jeg synes er vanskeligst å samarbeide med er fengselet og... sykehuset (somatikken). Der blir vi ikke tatt med og der er det ofte viktig informasjon som vi ikke får.

En annen slik overgang som flere var opptatt av, var overgangen fra barn til voksen. I praksis når det gjelder tjenester – overgangen fra barnevern og BUP.

Her er det åpenbart noen gråsoner hvor det ikke er klart og tydelig ansvar for hvordan man skal informere hverandre.

Fragmentering

Pårørende opplevde tjenestesystemet som fragmentert. Et gjennomgående tema her var ulike tilnærminger blant ulike behandlere og i ulike fagfelt, uten at tiltakene ble samordnet.

Ja, særlig på DPS. Hele poliklinikken, de hadde skrevet 7 klager på DPS poliklinikk fordi at legene har vært... De kommer og går og så sier en lege en ting, at jeg skal trappe ned medisiner og en annen sier at jeg skal trappe opp medisinene. Så han har nå gått på... Det er det 9. medikamentet han prøver ut nå, tror jeg. Og det er ingen helhetlig plan.

På Veum ble hun behandlet så forskjellig og jeg opplever at alle terapeutene, legene, psykologene er opptatt av visse fagområder og hun har vært innom alle diagnosene som er. Den ene sier det og den andre sier det og de er mer opptatt av hva de sjøl leter etter, opplever jeg mange er. Ikke alle.

Mangel på samordning mellom rus- og psykiatritjenester var en viktig del av opplevelsen de pårørende hadde av fragmentering.

Altså nå er det slutt på det der... sånn som de første månedene når hun ble sendt rundt, ble hun sendt til rusbehandling. Da var man opptatt av

rusbehandlingen. Da så man ikke den psykiske lidelsen. Da jobbet man etter prinsippene i rusen, som ikke ligner helt på de i psykiatrien. Så var hun syk så ble hun sendt tilbake til psykiatrien. For da var hun for dårlig til å være i rusen. Og da kunne de jo ikke iverksette noen psykiatrisk behandling annet selvfølgelig, de puttet jo flere titalls forskjellige medikamenter uten plan, og... eller evaluering eller noen ting.

Dette tyder på at de ulike virksomhetene ikke har klart for seg hva de andre aktørene gjør og hvilken kompetanse de har. Manglende innsikt i hverandres kompetanse, kan igjen skape utfordringer knyttet til hva som skal gjøres og hvem som skal bestemme.

Et problem er der de ulike tjenestene ikke tenker likt og er uenige om veien videre. Dette tror jeg er frustrerende for brukerne...

En annen uttalelse understreker dette poenget.

Et eksempel på dette kan være når det er uenighet mellom fastlege og DPS om hva som skal til – kanskje uenighet om medisinerings – eller hovedproblemet – er det rus eller psykisk helse som er hovedfaktoren.

Et av kjennetegnene på den aktuelle målgruppen, er nettopp at det ikke er fasitsvar verken på årsaker og løsninger. At det er en viss uenighet mellom de ulike tjenestene, er derfor ikke overraskende. Spørsmålet er om det finnes noen mulighet for å løse slike utfordringer.

Akkurat i slike saker som det der hadde det vært kjempeinteressant å kunne sitte i samme rom og vurdert i lag.

Det synes som om det er stor enighet om at det i noen tilfeller er hensiktsmessig med en arena der virksomhetene kan diskutere en del faglige spørsmål uten at brukeren er tilstede. Argumentasjonen bak det er delvis også et ønske om å skjerme brukeren selv.

Det skal kanskje være ansvarsgruppen, men kanskje inne mellom kunne det være greit å ha et forum der man kunne vurdere slike saker uten brukerne. Ikke for å ta avgjørelser, men for å skjerme dem fra alt dette hypotetiske snikk snakket – der man diskuterer en rekke løsninger som ikke er mulig å gjennomføre.

Pårørende mente at samordning mellom kommune og spesialisthelsetjeneste var et problem som også hang sammen med frivillighetsprinsippet.

Kommunen har nå samarbeidet med dem så kommunen er nå koblet på, men han har tidligere takket nei til kommunale tjenester for det er jo frivillig. Og når sønnen min da ikke synes han selv er syk, så trenger jo ikke han kommunale... Han trenger jo egentlig ikke noe psykiatri i det hele tatt, men de blir koblet på igjen nå. Så får vi se om han tar imot tjenestene fra kommunen. Men vi har ikke noen erfaring med det, så langt enda vi.

Det at brukerne avlyser avtaler eller ikke møter til avtaler med tjenesteyter, er en utfordring som pårørende mener tjenesteapparatet ikke tar tilstrekkelig på alvor.

...fortsatt at han får ikke behandlingsplasser. Han snakker folk rund. De tenker enten rus eller psykiatri. Det er ikke kompetanse på ROP lidelser i kommunen, det må jeg si. Det finnes de som sier at de har det, men de har det ikke. De har en veldig god på SMP men SMP er sånn at hvis ikke brukerne kommer til oss, så er de ikke motivert for behandling. Sånn at... Og sønnen min han kommer ikke til SMP. Han avlyser avtale på avtale. Da gjør ikke SMP noe. De tenker ikke at de kan reise ut til brukeren. Jeg mener at det er et sårbart punkt. Når folk er så syke som de er og det er viktig å få en tidlig behandling for han blir sykere for hver dag. Hvorfor kan ikke tjenesten reise ut til brukerne, gå hjem og banke på døra. I de fleste tilfellene ville de ikke kommet, undrer jeg, hvis de... Men for sønnen min vil ha hjelp, men han har altså ikke initiativet til å få i gang hjelpen. Også er det sånn: Nei, bruker må vise ansvar.

Krenking av ansvarsgrenser

Utfordringene knyttet til samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene kan for kommunen i noen tilfeller oppleves som en faglig krenkelse.

Og så er det noen ganger er det sånn at vi opplever at sykehuset har en mening om behovet, også har vi en annen mening om behovet. Altså, vi får beskjed om at her er det bemannet omsorgsbolig. Det har ikke vi så mange av. Og vi tenker sånn at vi må hjelpe dem der de bor og hva skal til

for at de skal ha et all right liv der de er. For det er det på en måte at vi har ikke noe å tilby. Det er ikke boliger nok. Og det opplever jeg som vanskelig da, når det på en måte kommer psykiatere og sånne som er gode på ting da, ikke sant, som forteller oss hva vi skal gjøre, også tenker de kanskje litt annerledes også... Det er ikke så lett. Men de er jo ikke gode på det kommunale tilbudet. Hva brukeren trenger når han kommer hjem til kommunens ----- tror jeg nesten vi vet best rett og slett. Vi må jo lytte til det, jeg mener ikke det, men jeg tror ikke bemannede omsorgsboliger er det eneste saliggjørende. Jeg tror i utgangspunktet at alle blir hjulpet i den boligen de får hvis de setter inn nok bistand; det brukerne har behov for.

Det at spesialisthelsetjenestene lover mer enn det kommunen kan holde, skaper problemer både for brukerne og for kommunen. I tillegg oppleves det som et problem at spesialisthelsetjenestene legger føringer for innholdet i de kommunale tjenestene. Særlig gjelder det der hvor bruker utskrives fra sykehus og trenger videre behandling og tilsyn fra primærhelsetjenesten.

Og så har vi og noen saker hvor folk blir skrevet ut fra sykehuset og så blir det sagt at de er for syke til å være alene. Så bor de alene. Så kom de ut i går. Også er de kanskje suicidale også Altså hva er sykehuset sitt ansvar og hva er vårt ansvar i kommunen. Det er ikke ordentlig klart for meg. Det er ikke det. Og det er vel ofte sånn at vi føler at sykehuset mener at kommunen har mye ansvar her, sånn at de... De er ferdigbehandlet her, men han kan ikke være alene. Han er suicidal. Men skal du sendes hjem da, liksom, hvis du er suicidal? Men du er ikke suicidal nok til å være

innlagt på Psykiatrisk. Du er for frisk, men du er for syk til å være alene der du bor. Du trenger omsorgsbolig. Vi har ikke det. Prøv med innom hvert tiende minutt var det en som sa.

Kommunen legger stor vekt på å klargjøre hvilket ansvar den anser at den har:

Det er derfor vi har fått de tjenestebeskrivelsene. Rett og slett for å avspenne forventningene litt. Også tror jeg det er viktig å være veldig tydelig i møte med både samarbeidspartnerne og søkere da hva som kommunen faktisk kan tilby.

Disse tjenestebeskrivelsene som det vises til her, er nå lagt ut på kommunens hjemmeside der de skal gi publikum et tydelig bilde av hva kommunen kan tilby av tjenester.

Utfordringen her er både at spesialisthelsetjenestene legger føring, og at det er uklare ansvarsforhold. Utviklingen med færre sengeplasser og mer ambulante og polikliniske tjenester skaper en ny situasjon for kommunen.

Det er mer press nå. Det er på psykisk helse allerede. Vi skal ha ut veldig syke pasienter som vi kanskje må kjøpe enebolig til hvor man har tre til en bemanning og det tar av. Altså, det er veldig tøft.

Brukerne på sin side er opptatt av at det har blitt for stort fokus på sykdom i behandlingen.

Men det som er problemet, det er jo at det har blitt altfor mye sykdomsproblematikk. Det har blitt sykdomsfokus også er det et sosialfaglig arbeide. Det har kommet i bakgrunnen igjen.

Legale rammer

Taushetsplikt

Taushetsplikten kan svekke viljen til samarbeid og snevre inn opplevd handlingsrom for samarbeid fordi mange er redde for å ikke holde seg innenfor lovens rammer med hensyn til hva man har lov til å dele av informasjon. Konsekvensen blir at man holder tilbake informasjon om brukeren som kan være viktig for hvordan andre virksomheter og behandlere skal og kan forholde seg samme bruker. Det er vanskelig å få til et samarbeid når man ikke får svar på spørsmål når man snakker med andre som man vet bruker er i kontakt med.

Da skal ikke jeg si at lovverk hindrer samarbeid nødvendigvis, men det kan komme som en hemsko det med taushetsplikt.

Spørsmål om taushetsplikt kommer ofte opp samarbeid mellom SMP og fengsel. Det er særlig informasjon knyttet til hvorvidt brukere sitter i fengsel eller ikke, eventuelt skal løslates om kort tid som etterspørres fra SMPs side. Man påpeker at det er en fordel å komme inn for å kartlegge brukerne mens de sitter i fengsel fordi de da ofte ikke ruser seg like mye som ute når de er ute. Samtidig er det en måte å få tilgang til brukerne på og ideelt sett ville det gi større grad av overlapp hvis utredning og kartlegging kunne foregå i fengsel heller enn når brukerne kommer ut.

Det er enklere å få informasjon om brukere som er i LAR, siden man har avtaler som innebærer at SMP kan kontakte apotek eller kommune og snakke om de sakene de har når de har behov for det.

Pårørende er en viktig kilde til informasjon, men taushetsplikten gjør at man nesten aldri kan gi informasjon tilbake med mindre bruker har gitt samtykke til dette.

Informasjon går begge veier, og de pårørende føler også at de blir stengt ute fra mye viktig informasjon om den sykes tilstand. Mange av problemene for pårørende oppstår rundt taushetsplikten når bruker fyller 18 år.

Men det at jeg fikk lagt han inn, det var jo mer fare for hans eget liv fordi jeg traff på han og han var så ekstremt rusa og han var rett og slett i fare for seg sjøl. Og da fikk jeg med fastlegen på det. Og det var også et problem, 18 år. Hvorfor er du her, liksom. Nei jeg er pappaen hans. Så enkelt er det..... Engasjementet mitt det er jo dette her med taushetsplikten og som også var her og hva skal du gjøre når du ikke får beskjed om hva som er gjort sånn og sånn.

Noen hadde opplevd at informasjonsplikt overfor mindreåriges pårørende sviktet.

Og litt av overskriften når runden startet var vel det her med taushetsplikt og sånn i tillegg til overganger. Og jeg opplever at det sviktet hver eneste dag da hun begynte å bli dårlig og begynte å ruse seg som 16 åring. Loven sier tydelig at foreldre skal få informasjon som gjør at vi kan ivareta

foreldreansvaret vårt. Der opplevde jeg første svikt. Så ble hun så dårlig at hun ble innlagt som 18 åring, ble sendt rundt på 8 forskjellige avdelinger bare i Østfold, ble flyttet ut i bolig i Fetsund,

En pårørende erfarte at oppnevnelsen av en verge hadde løst informasjonsproblemene for henne. Det at hun fikk relevant informasjon som ikke griper inn i familiemedlemmets selvstendighet, var viktig.

Vi har fått en veldig dyktig og engasjert verge og den som ringer til oss når datteren min ligger på intensiv eller har rømt og sier; jeg har snakket med henne og vet hvor hun er. Hun er på vei tilbake i kveld eller hun... Altså... Hun sier jo ikke personlige opplysninger, men sier nok til ikke å skape unødig engstelse hos oss, som ikke får vite noen ting.

Tvang

Et viktig forhold som kom frem i intervjuene, er motsetningen mellom brukers rett til å bestemme over egen behandling, og pårørendes behov for kontroll over omsorgsansvaret. Bruk av tvang var et gjennomgående tema.

Jeg blir oppgitt. Også er det de som sitter der hele tiden og trækker på; nei, bruker vil ikke. Jeg mener at tvang skulle vært brukt mye, mye mer.

Terskelen for tvang er så høy at det er nesten umulig for tvangsbehandling. Så det er sinne og frustrasjon som har drevet meg i 16 – 18 år nå for sønnen min så langt ikke det offentlige tar det ansvaret de gjør og for at jeg som pårørende må ta alt. Og jeg selv, som pårørende; skal jeg ha dette til jeg går i grava. Det er altså mitt dilemma. Nå er jeg

over 60 år skal jeg holde på med dette til pensjonistalderen. Skal ikke det offentlige ta ansvaret...

Synes på tvang vs. frivillighet i forhold til å ta imot behandling viser at det er motstridende interesser mellom bruker og pårørende. Det er også eksempler på at tjenester avsluttes fordi tjenesteyter ikke anser tilbudet som passende – uten at alternativer kommer på plass.

Han har fått forskjellige tjenester, men han har en psykoselidelse som gjør at han trekker seg tilbake og takker nei til alt, også så er det sånn at: Ja bruker sier at... Vi avslutter tjenesten for bruker har takket nei. Ja, der har vi vært på døra i 4-5 uker da og han takket nei, så vi avslutter tjenesten...altså brukeren passer ikke inn i våre tjenester ergo så avslutter de tjenestene. Sånn har det vært i veldig mange år, og det er jo... og hvem er det det faller tilbake på? Jo, det er oss pårørende.

I slike tilfeller blir det ofte pårørende som må påta seg ansvaret og belastningen.

Dette ble også diskutert i flere av ettermiddagsgruppene og brukerne var stort sett skeptiske til bruk av tvang. Dette fikk de også til en viss grad støtte på fra en del av tjenesteyterne. En gjorde det klart hvordan vedkommende tenkte om bruken av tvang med denne uttalelsen:

Tvang er ikke en løsning – det er vanskelig å behandle noen som ikke vil bli behandlet.

Dette er en holdning som tilsynelatende deles av en stor del av de ansatte.

Helhet – en tjeneste uten sårbare overganger?

Ulike samhandlingsformer

Samhandling er ikke bare en utfordring. Det finnes også en rekke eksempler på hvordan de ulike tjenestene samarbeider om å motvirke sårbare overganger.

Samarbeidet med NAV er svært forskjellig avhengig av hvilket NAV det gjelder. NAV arbeid har vært samlokalisert med SMP noen måneder. NAV-konsulenten er på SMP fire dager i uken og man har i tillegg klientmøter hver uke. NAV-konsulenten jobber med Individual Replacement and Support (IRS) hvor formålet er at brukerne skal rett ut i ordinært arbeid, men med mye oppbakking rundt seg. Det er behandlere på SMP eller DPS som skal følge brukerne tett i prosessen, men det er NAV-konsulenten som kartlegger brukerne først. Saksbehandleren skal bruke all sin tid på arbeid med IRS.

Ansatte i SMP fremhever at det å være samlokalisert gir et bedre samarbeid. Det er lett å møtes uformelt, stikke innom kontoret og hilse. I tillegg er det mer formaliserte møter, som ukentlige klientmøter. Ansatte påpeker at fysiske rammer hindrer og avstand samarbeid –som uansett krever mye tilrettelegging.

Tjenesteutøverne sier det virker hemmende på samarbeidet at det er vanskelig å få tak i folk. Særlig vanskelig er det å få tak i de riktige folkene til rett tid. Utfordringen er å finne kommunikasjons- og samarbeidskanaler som fungerer. Noen har erfaring fra andre måter å nærme seg møter med fastlegen på og viser

til at de har klart å få til avtaler når ansatte i spesialisthelsetjenesten møter hos fastlegen.

Min erfaring, altså akkurat det med fastlege får man til hvis man er villig til å bevege seg ut av eget hus og ut til fastlegen. Da er det lettere.

Det å ha fått på plass en egen koordinator i fengsel kan det virke som det har bidratt til bedre samarbeidet mellom SMP og fengsel. Men koordinator er ansatte som jobber i SMP – samme avdeling som intervjupersonene,

... Så det skulle bare mangle hvis ikke det fungerer, ikke sant.

I noen tilfeller, der hvor det er snakk om sammenfallende problemstillinger, har spesialisthelsetjenesten rutiner på å invitere til ansvarsgruppemøter eller samarbeidsmøter. Man ser at man får gjort mye ved å treffes og snakke om brukeren det gjelder.

... erfaring med pasient som er sammensatt; sammenfallende problemstillinger så er vi veldig flinke til å innkalle til særlig ansvarsgruppe eller samarbeidsmøte med alle de som er rundt pasienten ellers. Så det er en rutine som vi holder veldig fast ved. Og det er mye som det går an å få til når man bare treffer de andre og snakker om personen.

Ansatte i DPS mener de samarbeider best med de kommunale tjenestene. Begrunnelsen er at det er lett å få tak i personer å forholde seg til. En sier også at

Det er kortreist.

Det synes som om det er den delen av tjenestene som de samarbeider mest med, det er lettest å samarbeide med. Noen har derfor også gode erfaringer med å samarbeide med andre og hvor erfaringene skaper forventninger om videre samarbeid.

Hvor er det vi unngår det de sårbare overgangene – jo det er jo der vi har den personen som tar den telefonen og varsler i god tid her kommer det til å skje følgende... det som også fungerer er jo dersom man kan være litt proaktiv – at man kan dra til institusjonen, eller i fengsel – og å ha noen treff med brukeren først slik at når vi treffes her i kommunen så er vi kjent allerede.

Dette skaper også en viss tro på at gode personlige relasjoner faktisk kan bidra til godt samarbeid.

Jeg tror at det for en stor del handler om å bli mindre formelle – det er for mye byråkrati – jeg tror at dersom man har for mye byråkrati så stopper den naturlige dynamikken i kommunikasjonen mellom mennesker opp. Vi trenger gode systemer som i varetar uformell kontakt.

Utfordringen med en slik uttalelse er som det ble pekt på foran, at hvis man ikke har gode rutiner, så kan dette være en ordning som blir veldig personavhengig. Likevel er det tydelig at noen rutiner oppleves for rigide.

Normalt er det jo tildelingskontoret som skal ta seg av henvendelser fra institusjoner, men vi skal nå få en stilling som skal yte tjenester ved akutte behov uten at det foreligger et vedtak om tildeling av tjenester.

Her har kommunen tatt konsekvensen av at noen brukere ikke kan vente til det foreligger et vedtak. Dette løses da ved at man oppretter en stilling som yter tjenester til de som ikke ennå har fått et vedtak. Ordningen er ny, så om den virkelig kommer til å fungere i tråd med intensjonene gjenstår å se.

De ansatte i Friskliv og mestring jobber ofte tett på brukerne og møter dem i en rekke ulike situasjoner. De observerer derfor hvor vanskelig det kan være for brukerne å forholde seg til en rekke ulike virksomheter og tjenesteytere. Noen av utfordringen skisseres på følgende måter:

Er det noen som tar ansvar for helheten – jeg savner at det er en helhetlig plan – mer helhetlige løp. ER du på avgiftning i tre uker, så kommer du tilbake til en situasjon der du fortsatt står i boligkø. Det trengs en plan som ikke bare fokuserer på behandling men også på sosial deltakelse.

Behovet er kanskje å redusere fokus på friskhetsfaktorene og i større grad være opptatt av mestringsfaktorene. Jeg tror også at det er viktig at de ulike virksomhetene har innsikt og forståelse for hverandres perspektiver, slik at for eksempel DPS sier det er bra at du engasjerer deg og kommer deg på fotballkamp – hver og en må være opptatt av mer enn den lille biten vedkommende selv har ansvar for.

I stedet for å sitte på ansvarsgruppemøte og diskutere hvem som er hovedbehandler, så burde man kanskje prøve å diskutere hvordan kan vi alle i fellesskap bidra til en helhet.

På mange måter gir disse uttalelsene en tydelig beskrivelse av hvilke utfordringer man står overfor i sektoren. For det første synes det som om tjenestene legger stor vekt på behandling – sentrale begrep knyttet til mestring og brukermedvirkning som recovery synes ikke å være en felles ramme for de tjenestene som ytes. I stedet ser det ut som om det er stor oppmerksomhet på å avgrense og fordele ansvar. En del av tjenesteyterne oppleves om tenker oppdelelige tjenester og ikke helhetlige.

Individuell plan som en løsning?

Når det gjelder bruk av individuelle planer, er det flere brukere som har en slik plan, og mange mener det er fornuftig og at den kan være et nyttig redskap for den enkelte. Det forutsetter at arbeidet følges opp sammen med den enkelte bruker. Men flere mener at det er sjelden den fungerer etter hensikten, eller i det hele tatt blir tatt i bruk.

Altså hvis man er så heldig at man har en plan. Hvis man er så heldig at man har en ansvarsgruppe. En individuell plan. Har en plan som kan følge med, hvor alle må møte opp.

Fungerer det i dag?

Det fungerer veldig, veldig dårlig. Hvis man er så heldig at man har det så er det mange som er veldig positive, som har positive opplevelser på det, og det er en rettighet. Og de har ikke tenkt å ta det bort.

Det er viktigere å fokusere på koordinere arbeidet rundt den enkelte enn ha å være opptatt av det å ha en IP. En av tjenesteutøverne uttrykker det slik.

Det kryr av individuelle planer rundt i de tusen skuffer og ingen har sett dem siden 2006 omtrent, ja. Også er det noe litt i retning av at man begynner å glemme det begrepet. Altså ikke glemme, men det nedprioriteres til fordel for koordinator og koordinering og “da snakkær vi da” som de sier i enkelte sammenhenger. Får du tak i en pasient, en klient og en tett samarbeidspartner så kan du være i gang med å få til noe som fungerer bra.

Det er likevel ikke til å komme utenom at både IP og ansvarsgrupper oppleves av noen som sentrale arenaer for samarbeid.

Vi har gjerne ansvarsgrupper rundt de ulike brukerne.

Dette tyder på at IP og ansvarsgrupper er blitt en vanlig arena for samarbeid, men det betyr ikke nødvendigvis at de fungerer slik som forventet eller tiltenkt. Følgende sitater kan illustrere dette.

Vi har ansvarsgrupper, men det er brukernes grupper. Det er veldig mange instanser som yter tjenester og når brukerne har bare en flyktig relasjon til noen av disse – så vil de gjerne ikke ha dem med i en ansvarsgruppe.

Ansvarsgruppen er den arena der dette skulle kunne løses. Jeg tenker dessuten at det er brukeren som skal eie det, men det er ikke alltid mulig for vedkommende kan være for syk.

Mens en annen peker på at holdningen til IP nok har endret seg over tid.

Da IP kom så var det en stor skepsis, og det henger fortsatt litt igjen – mange mente at vi samarbeidet godt nok uten den. Men nå tror jeg vi trenger å gå opp noen veier for å få dette til å fungere.

Denne uttalelsen tyder på at man etter hvert ser et behov for å fornye rutiner og arbeidsformen knyttet til IP og ansvarsgrupper. Dette er det flere som også er innom.

Det er viktig at brukeren har en person som kan følge dem gjennom alle de ulike tjenestene

Noen ganger er det bra om vi kunne ha en felles oversikt over hvilke avtaler man hadde med brukeren – noen ganger trenger de påminnelser, noen ganger trenger de at vi kan følge dem.

Mener du koordinator for en individuell plan?

Ja, kanskje men en person som er oppdatert og har lov til å bli oppdatert på alle de ulike tjenestene. Det er vanskelig å være koordinator også vet man ikke helt hva som skjer der og der – man kan ikke alltid invitere til ansvarsgruppemøte og spørre.

Denne dialogen viser at en individuell plan slik den fungerer her, bare til en viss grad gir den oversikten som man ønsker. Ansvarsgrupper er en arena for samarbeid, men det er ressurskrevende både å innkalle og å gjennomføre et ansvarsgruppemøte bare for å utveksle informasjon. Den digitale virkeligheten innebærer at det er mulig å finne løsninger på slike utfordringer og en bidro med følgende hjertesukk:

Det hadde vært fantastisk med et felles fagsystem... Vi trenger et system slik at vi kan utveksle sensitiv informasjon på en sikker og enklere måte enn i dag. Vi har jo lov til å kommunisere – særlig hvis brukeren har samtykket – vi må finne metoder slik at vi kan kommunisere uten å måtte sitte i samme rom.

Dette er vel en av de største utfordringene i dag. Hvis all kommunikasjon innebærer at alle må møtes fysisk, så kan det gå mye tid og andre ressurser med til møtevirksomhet.

Individuell plan var også et viktig tema for de pårørende.

Ja, oss ville det nok hjulpet fordi alle hjelpetiltak ville bli satt ned på papiret. Man ville få mer oversikt, man ville ha et fysisk dokument som det sto hva som skjer, hva man tenker rundt.

De pårørende opplevde imidlertid at planene sjelden fungerte.

Ja, det har vært skrevet opp til flere som ikke er verdt papiret det er skrevet på en gang. De snakker om at sønnen min skal formulere mål og hvordan i all verden skal du kunne formulere mål når du er drit sjuk i hue. Hvordan skulle vi gi mål.

Flere pårørende fortalte de hadde tatt initiativ til og var aktivt med for å få en plan. Følgende utsagn kan illustrere dette.

Grunnen til at jeg ønsker å være verge var jo nettopp å få på plass planer. Så for meg har det vært å få på plass en IP... (for en bror med autisme. Søsteren er også ufør). Jeg tok initiativ. Så de skulle jo for lenge, lenge siden ha gitt han en individuell plan. Men den individuelle planen til NN bror så er det... I det kommunale da, så er det en sykepleier, en vernepleier. Legen hans, det er en lege også er det jobben hans. Også sitter vi hver gang og rører, kan du si da, Så han i spesialisthelsetjenesten som har vært der og fortalt de nå og bekreftet det som jeg har prøvd å si i ansvarsgruppemøtene.

Betydningen av å ha en los

Brukerne registrerer at det foregår en differensiering av tjenesteapparatet og at kompleksiteten derfor øker – det er vanskelig å ta seg frem i denne verdenen på egen hånd.

Det blir bare flere tjenester og det blir større virvar. Det blir liksom bare en enda større labyrint. Det er jo det som er problemet. Så det er enkeltmennesket, det er enkeltinstanser. Altså det er veldig mye gode

mennesker. Veldig mye gode tjenester også aleine, men vi er nå avhengig av at det på en måte er en slags rød tråd mellom tjenestene også.

Bruk av en veileder eller los med egenerfaring lanseres her forslag til en måte skape oversikt eller hjelp til å finne frem i et mangfold av tjenester.

... så tror jeg at erfaringskonsulenter, likemannsarbeidere, altså folk med egenerfaring, flere av dem inn i systemet som kunne hatt sånne losfunksjoner i systemet.

Man kommer stadig tilbake til kompleksitet og organisering av hjelpeapparatet, og til behovet for å finne frem i terrenget.

... Og det er klart at man trenger jo noen som kan... som kjenner løypa. Fordi at når man kommer inn i eller kommer i kontakt med hjelpesystemet og trenger hjelp, da trenger du hjelp, du er sliten. Du er... Man er sliten, man er skrøpelig og man trenger noen som kan veien, liksom.

Brukerne er opptatt av at det å ha en los eller en veiviser gjennom systemene kan bidra til å finne fra. I tillegg understrekes også betydningen av at losen er med fra første stund. I møtet med tjenesteapparatet, trenger brukerne ikke bare tilbud om tjenester, men også til det å møte tjenesteytere og hjelp til å ta seg frem. Følgelig må personen som skal følge deg gjennom et system av tilbud og tjenester og mellom tjenesteytere tilhørende ulike virksomheter, kjenne systemet og erfaring med det å møte dette systemet.

DRØFTING

Våre data viser at i prinsippet kan enhver endring være en sårbar overgang. Pårørende peker på at forverring av brukerens sykdom kan være en sårbar overgang hvis den ikke blir fanget opp av tjenestene og de pårørende ikke blir hørt. Brukerne har en rekke beskrivelser av hvordan manglende oppfølging og støtte oppleves som sårbare overganger og hvordan endringer i tjenestetilbud kan bli det samme. Tjenesteyterne peker på at overganger mellom ulike tjenester ikke er godt nok planlagt og ventetid gjør at slike overganger blir sårbare. Det er derfor vanskelig å identifisere tre til fem særskilte overganger som er mer utfordrende enn andre. Planen er at dette prosjektet skal videreføres ved at deltakerne i fellesskap skal finne frem til hvilke sårbare overganger de vil jobbe videre med. En slik beslutning vil påvirkes både av hvilke sårbare overganger man ser og hvilke løsninger som man anser som realistiske. I denne delen av rapporten skal vi koble noen av de dataene vi har fått inn med en faglig vurdering. Målsettingen er at vi på denne måten kan bidra med en utvidet forståelse av de utfordringene som foreligger og slik sett bidra til en god diskusjon om hvordan prosjektet skal videreføres. Med utgangspunkt i spørsmålene vi utledet av vårt teoretiske rammeverk har vi kategorisert de utfordringene som er skissert under tre overskrifter: Brukermedvirkning, bolig og samarbeid.

Brukermedvirkning

Vi har tatt utgangspunkt i at brukermidvirkning kan oppfattes på flere måter. Vi har lagt oss på at brukermidvirkning innebærer at brukeren får delta i

beslutningsprosessene og at de har innflytelse på hvordan tjenestetilbudet utformes – det vi foran har kalt brukerinnflytelse (Hansen, 2007). Vi har også pekt på at en beslutningsprosess påvirkes av faktorer som problemer, løsninger, deltakere og beslutningssituasjoner/arenaer (March, 1994). Vi ser at det i disse situasjonene er en utfordring å klargjøre hvilke problemer som skal løses. De beskrivelsene som gis både av brukerne og av tjenesteyterne, er at det ofte er nødvendig å etablere en god relasjon bygget på tillit, før brukeren tør å åpne seg helt om sin situasjon og sine behov (Redko et al, 2007). Det vil derfor i en rekke sammenhenger ta tid før tjenestene får et helhetlig bilde av hvilke behov brukeren har.

Våre data viser også tydelig at det er en utfordring å få oversikt over hvilke løsninger og tilbud som finnes. For brukerne er det derfor svært vanskelig å få et tilfredsstillende bilde av hva som finnes av tilbud og innholdet i disse. Som vi skal komme tilbake til, savner brukerne derfor en person som kan veilede dem for det første i forhold til å søke om tiltak, dernest trenger brukerne også hjelp til å påvirke utformingen av tjenestene der søknadene innvilges.

Brukerne rapporterer også om at tjenestetilbudet oppfattes som fragmentert. Det innebærer at en stor del av beslutningene foregår i den enkelte tjeneste og uten at de ulike tjenesteyterne møtes og diskuterer seg frem til et helhetlig tjenestetilbud. I slike situasjoner overlates det for en stor del til brukerne selv å tilpasse de ulike tjenestetilbudene til hverandre. Det synes derfor som om det finnes for få beslutningsarenaer der alle aktørene møtes og diskuterer helheten. I prinsippet skal en ansvarsgruppe med ansvar for å utarbeide og følge opp en individuell plan være en slik arena (Hansen, 2007). Utfordringene for disse

ansvarsgruppene synes delvis å være at de ikke møtes ofte nok til å kunne justere seg i tråd med brukerens situasjon, og delvis at når de møtes så evner man ikke å komme frem til gode helhetlige tjenestetilbud. Prinsippene om å skape en «felles beslutningstaking» synes i liten grad å være ivaretatt (Storm & Edwards, 2013)

En annen utfordring knytter seg til at både brukere og pårørende dersom de deltar gjerne føler seg alene i slike ansvarsgrupper. For brukeren kan da dette oppleves som alle mot en. Selv om ansvarsgruppe er en arena der det kan utøves brukermedvirkning, ser det ut som om brukerne på en eller annen måte trenger hjelp til å fremme sine interesser. Det Skivenes (2005) beskriver som «strukturer for maktbalansering».

Tvang

En særlig utfordring knyttet til brukermedvirkning er bruk av tvang. Det er i dag en rekke ulike lovregler som regulerer bruk av tvang og myndigheten til å bruke disse bestemmelsene er tillagt ulike virksomheter. I visse situasjoner ønsker pårørende at mulighetene for tvangsmidler brukes mer aktivt enn det som faktisk gjøres. Vi registrerer også at tjenesteyterne synes å kvie seg for å bruke denne løsningen og at hvis de anser det ønskelig at det benyttes tvang, så foretrekker de at andre bruker «sin» lovhjemmel. Vi legger til grunn at det skal være en høy terskel for å ta i bruk tvang. Nettopp derfor synes vi at det er viktig at slike spørsmål blir tatt opp og diskutert mellom de ulike tjenestene. Samarbeid skal bidra til at man samlet representerer et større kunnskapsgrunnlag enn hver for

seg (Hudson, 2004). Sjansen for at man faktisk har vurdert et bredt spekter med alternativer før tvang benyttes, er derfor større ved et samarbeid enn uten.

Holdninger til brukermedvirkning

Målsettingen med denne rapporten er å identifisere utfordringer, ikke å generalisere omfanget av disse utfordringene. Vi registrerer likevel at det kan være interessant å spekulere noe i hva de ulike måtene man snakker om hverandre kan bety. Vi vet ikke hvordan de meninger og oppfatninger vi har identifisert, reflekterer det som faktisk foregår “på bakken”. Imidlertid vet vi at måten vi snakker om praksis på, nødvendigvis må innebære en del forenklinger, og praksis vil være langt mere variert med hensyn til brukermedvirkning enn det som kommer fram her. Likevel er det trekk ved måten deltakerne snakket om brukermedvirkning som er slående og interessant.

Det første som slår leseren er hvor ulikt tjenesteytere, brukere og pårørende oppfatter hva problemstillingene rundt “brukermedvirkning” er. I utsagn fra tjenesteytere brukes “brukermedvirkning” på ulike måter og gis ulik mening. Ett syn er at “brukeren skal bestemme”. Prinsippet om frivillighet eller det at en bruker kan komme og gå som hun vil, er en del av et slikt syn og har grunn i en tolkning av lovverket. Et annet syn er at brukers mening om behov og hva som skal til for å møte behovet, syn “skal tas med i betraktningen” når beslutninger om behandling tas eller henvisninger gjøres, men det er lite om hvordan brukers mening praktisk influerer beslutninger. Det anerkjennes at i flere sammenhenger står en brukers syn opp mot tjenestenes syn på hva som er hensiktsmessig eller

praktisk, og da bør tjenesteyter motivere bruker til å innta en mere realistisk holdning.

Brukere og pårørende på sin side føler seg utestengt fra beslutningsprosesser. Begge grupper oppfatter tjenesteapparatet som uoversiktlig og fragmentert og føler at de må holde orden på ting for å få dem til å fungere. Begge grupper gir uttrykk for at de ikke blir hørt, og at deres historier og vurderinger ikke blir tatt på alvor.

Selv om mange både brukere og tjenesteytere peker på ansvarsgrupper som en arena for felles beslutningstaking, så er det lite fokus på brukermedvirkning i betydningen “delt beslutningstaking” som vi beskrev innledningsvis: at bruker, pårørende og tjenesteyter sammen drøfter situasjonen og forhandler fram en felles løsning på problemet som kan vurderes og justeres over tid (Storm & Edwards, 2013). Dette er et område som kan utforskes videre i en videreføring av prosjektet.

Det er også et annet interessant trekk ved datamaterialet som kommer fram hvis vi setter tjenesteytere, brukere og pårørendes utsagn opp mot hverandre. Dette går på de oppfatninger aktører i et system danner om hverandre, og hvordan dette kan virke inn på samhandling og medvirkning i beslutningsprosesser. Det synes å være klar mangel på tillitt i en del av de historiene som kommer fram. Igjen er det viktig å huske på at dette materialet nødvendigvis er en forenkling av forholdene “på bakken”, hvor vi vil finne en større variasjon i interaksjonsmønstre enn det vi finner i utsagnene. Det er «standardhistorier» vi får høre her. Slike standardiserte historier oppstår gjerne under spesielle forhold,

og har ofte med organisering av et tjenesteapparat å gjøre. Noe forenklet kan vi si at aktører i et system “konstruerer” eller danner bilder av hverandre på en måte som er betinget av systemet selv. Her er det interessante dynamikker i datamaterialet som reiser viktige spørsmål.

Det bildet tjenesteytere og brukere danner av hverandre er motsetningsfullt. Ytere oppfatter brukere som uansvarlige (de møter ikke opp eller avviser tjenester) og lite motiverte til å endre livsstil. Brukere på sin side gir uttrykk for at ingen har “tro på dem”, og at noen ytere vil “eie” og kontrollere dem uten å støtte dem på brukers egne premisser og med anerkjennelse av brukers egne ressurser. Videre, noe underforstått at det er veldig krevende å være en “god bruker” som møter opp til timer og gjør det som forventes når systemet ikke fungerer og de må gjøre jobben selv. Videre vil mangel på et langtidsperspektiv og oppfølging føre til at brukere blir definert ut fra enkeltepisoder og ikke i forhold til et tilfrskningsløp over tid, med tilbakefall og framgang som er uforutsigbart.

Det er også en dynamikk på gang i forholdet mellom bruker, yter og pårørende. Problemstillinger rundt brukermedvirkning og frivillighet og taushetsplikt setter pårørende opp mot brukere i den forstand at lovverket stenger pårørende ute fra deling av informasjon og beslutninger, mens mangel på samordning fører til at en uforholdsmessig stor del av omsorgsbyrden faller på dem. For å takle rollen som koordinator og omsorgsperson beskriver pårørende hvordan de må “dytte på” for å få innpass i beslutningsprosesser, mens dette lett oppfattes som forsøk på kontroll og innblanding av bruker og utvilsomt forkludrer ofte komplekse relasjoner innen en familie som har sammenheng med både sykdomsbilde og

tilfriskningsprosess. Pårørende på sin side sier at de helst vil ha en avstand til behandlingsopplegg, men at de ikke har noe annet valg enn å involvere seg hvis deres familiemedlem skal få hjelp og den pårørende frata litt av ansvaret.

Dette reiser et annet spørsmål for videre forskning og/eller praksisutvikling. Hvis vi greier å endre systemet rundt bruker-yter og pårørende, vil da de ulike aktørers oppfatninger av hverandre endres i retning av mere tillit, og vil dette lette samhandlingen?

Bolig

Utviklingen med redusering av sengeposter og mer omfattende poliklinisk og hjemmebaserte tjenester, gjør at boligen blir stadig viktigere arena for tjenestene (Smith, 2005; Duffin, 2007). Dette har en rekke konsekvenser, både knyttet til organisering av tjenestene og til hvordan tjenestene skal ytes. Utfordringen knyttes også til hvordan man ser på bolig – ytterpunktene er på den ene siden å se bolig som en lokal behandlingsinstitusjon og på andre siden å se bolig som brukernes arena der vedkommende kan ta imot den hjelpen vedkommende ønsker (Nelsson, 2010).

Bolig er en særlig utfordring fordi gruppen ROP-brukere er overrepresentert blant de som mangler bolig. Dette skyldes delvis at en del av dem er blitt utelukket fra en tidligere bolig på grunn av utagerende atferd. For kommunen er derfor første utfordringen å få på plass et tilfredsstillende boligtilbud. Hva slags boligtilbud brukerne har behov for varierer. For noen er det snakk om et akutt-

tilbud for eksempel fordi de kommer direkte fra behandlingsinstitusjon eller fengsel. Andre trenger særskilt tilrettelagte boliger, gjerne bemannede boligkomplekser, mens noen klarer seg med et tilbud i ordinær boligmasse.

Det er en utfordring for kommunen å få på plass et godt boligtilbud. Det er også av betydning for brukerne hva slags tilbud de får. Også ROP-brukere har ønsker om å få et boligtilbud som de trives med (Forchuk et al, 2006). Det er NAV som har ansvaret for akuttbolig, men de boligene som de tilbyr i denne sammenhengen, anses ikke som tilfredsstillende blant de som ellers skal følge opp brukerne. For kommunen innebærer dette at man i stedet kjøper plass i en privat omsorgsinstitusjon. Dette er en dyr og uhensiktsmessig løsning.

Det er også en utfordring å finne varige botilbud. Til nå har kommunen hatt begrenset tilgang til særskilte boliger med bemanning, men tilbudet er nå i ferd med å bli byget ut (Prop 15S, 2015-2016). I tillegg har det vært et problem at en del av brukerne har historier med utagerende atferd – noe som gjør at det er vanskelig å finne bolig i det ordinære boligmarkedet. Vi legger likevel til grunn slik en av de ansatte på tildelingskontoret sa det – at hvis bare bolig er på plass, så er det bare et spørsmål om ressurser for å kunne hjelpe brukerne.

Utfordringen slik vi ser det, er derfor først og fremst å gi kommunen mulighet til å få på plass et boligtilbud når brukeren blir utskrevet eller løslatt. For å få til en brukbar løsning, er det åpenbart nødvendig at kommunen får noe tid på seg. Dersom man skal få til det, er det nødvendig at også andre deler av tjenesteapparatet er oppmerksom på hvor viktig bolig er for at brukeren skal få tilfredsstillende oppfølging. Ulike former for behandlingsinstitusjoner og

fengsler, må derfor så raskt som mulig i et behandlingsforløp, avklare behov for bolig etterpå. Det er også slik at det er viktig at kommunens representanter blir invitert inn slik at de kan møte brukeren og avklare tidlig hva slags tilbud som er nødvendig. Erfaring tyder på at kommunale representanter er bedre skikket til å gjøre slike vurderinger enn de som jobber i spesialisttjenestene (Sandell, 2013).

En særlig viktig rolle har de som følger opp brukerne i deres bolig. Det er disse som ser hvordan brukerne fungerer, og også der hvor både spesialisttjenestene og kommunen er inne med ulike former for tjenester, er det de som følger opp i boligen som får med seg hvordan tilbudene som helhet fører til økt mestring for brukeren. Hvordan brukerne reagerer på de ulike tjenestetilbudene og hvilken utvikling dette fører til, er det de som følger opp brukerne til daglig som gjerne registrerer best. Dersom man vil at tilbudet skal justeres i tråd med hvordan brukeren utvikler seg, er stemmene til de som følger opp brukerne i hjemmet viktig (Hansen, 2013)

Pårørende

En spesiell variant av dette forholdet har vi når brukeren bor hjemme hos pårørende – for eksempel mor og/eller far. Pårørende har ikke en formell rolle inn i et behandlingsopplegg. Tjenestene kan derfor ikke uten videre dele taushetsbelagt informasjon med de pårørende. Dette kan riktignok løses ved at brukeren samtykker til at tjenestene deler informasjon med de pårørende. En løsning som kan koble de pårørende tettere sammen med det offentlige tjenestetilbudet, kan være å gi de pårørende en formell rolle i en individuell plan.

Brukere som bor hjemme hos pårørende får en rekke uformelle tjenester fra disse. Vi har hørt historier om pårørende som føler at de får alt for stort ansvar og belastning. Dersom de pårørende får en formell rolle inn i en individuell plan og gis anledning til å delta på samarbeids- eller ansvarsgruppemøter, kan dette gi dem bedre informasjon og trolig også bidra til at pårørende blir tryggere i forhold til hvordan de skal forholde seg til brukeren.

Samarbeid

Det er åpenbart mange gode samarbeidsrelasjoner mellom de ulike aktørene i dette systemet. En del av disse er formaliserte, mens andre i større grad bygger på personlig kjennskap mellom personer i ulike posisjoner. Fokus i denne rapporten er fortsatt sårbare overganger, så når vi nå trekker frem en del av de utfordringene vi mener at eksisterer, så er det ikke uttrykk for at det ikke også finnes en mengde gode eksempler på at samarbeidet fungerer helt etter intensjonene.

Ulike rammer for samarbeid

Vi har tatt utgangspunkt i samarbeidet ikke bare handler om hvordan hver enkelt person forholder seg til andre, men også om hvilke rammer et samarbeid skal utøves innenfor (San-Martin Rodriguez & al, 2005; Ødegård, 2009; Valentijn & al, 2013). Hvis vi benytter inndelingen i mikro-, meso- og makronivå, ser vi at det på makronivået er en del rammer som både fremmer og hemmer samarbeidet.

Makro- og mesonivå

For det første har det over forholdsvis lang tid vært arbeidet med å redusere sengeplasser i spesialisttjenestene og erstatte disse med polikliniske tilbud (Erichsen 1998). En gjennomgang som Kunnskapssenteret har gjort har vist at en slik utvikling bidrar til bedre og mer effektive tjenester (Steiro et al, 2009), men samtidig innebærer denne utviklingen også til at det blir et større behov for samarbeid (Hansen, 2013). Dette innebærer at kravet til de ansatte om å samarbeide og å få til gode samarbeidsrelasjoner har økt.

Vi ser også at som følge av sentrale myndigheters økende fokus på målgruppen, så er det kommet mer ressurser først og fremst til kommunen (Prop 15S, 2015-2016). Det gjør blant annet at det har vært mulig å få til en vesentlig styrking av boligtilbudet. Det innebærer som pekt på foran at en vesentlig forutsetning for at man kan yte et samlet og helhetlig tjenestetilbud. I tillegg ser vi at kommunen stadig tilbyr nye tiltak og at man styrker tjenestene med flere ansatte og ny kompetanse som psykologer og erfaringskonsulenter. Det har en klar positiv side fordi flere tilbud i seg selv anses å være positivt, samtidig som dette gir muligheter å finne frem til mer individuelt tilpassete tjenestetilbud enn om det bare var noen få tilbud å velge mellom. Utfordringen er at jo flere tilbud man har, dess vanskeligere blir det for ulike aktører å ha oversikt over hvilke tilbud som finnes. Mange gode tilbud innebærer derfor et økt behov for veiledning av først og fremst brukere slik at disse kan få reelle muligheter til å påvirke beslutningsprosessene om hvordan et tjenestetilbud skal settes sammen (Storm & Edwards, 2013).

Historisk sett har det i Norge vært et klart skille mellom rustjenester og psykisk helse. Mens rustjenestene ble regnet som en del av sosialtjenesten, ble psykisk helse regnet som en del av helsetjenestene. Dette ble endret i 2004 da også rustjenestene ble lagt inn under helselovgivningen. En slik legal og administrativ flytting, endrer ikke uten videre på den faglige kulturen i virksomhetene (Schein 1996). Vi mener at vi fortsatt kan registrere at det er ulik kultur mellom rustjeneste og psykisk helsetjeneste. En del uttalelser om at «den/de ikke har greie på XXX», kan sees på som et resultat av at man oppfatter andre ansatte som stereotyper. At spesialisttjenesten har opprettholdt skille mellom SMP og DPS har nok gjort at ulike kulturer har kunnet bli opprettholdt. Det er også tegn som tyder på at man til en viss grad beskriver hverandre som stereotyper. Det skaper muligheter for at man ikke forholder seg til hver enkelt som selvstendige individer, men har en tendens til å forholde seg til dem ut fra bestemte rolleforventninger (Goffmann, 1992, Reeves & al, 2010). Vi legger til grunn at ulike faglige tilnærminger er viktig for å kunne få til en god diskusjon om hva som er hensiktsmessige tiltak (Hudson, 2004). Det at rustjenesten og psykisk helse representerer ulike faglige ståsteder anser vi derfor i utgangspunktet som en styrke for å kunne bringe inn flest mulige alternative løsningsforslag. Det synes derfor å være ønskelig å sette inn tiltak for å redusere tendensene til å oppfatte hverandre som stereotyper.

Også organiseringen får betydning for hvordan samarbeidet kan utøves. Økt kompetanse og spesialisering innebærer at man får fragmenterte tjenester, men det skaper også et potensial for bedre tjenester. Vårt utgangspunkt er at setter man sammen et tjenestetilbud med ansatte som er spesialister på hvert sitt felt,

så gir det grunnlag for et godt helhetlig tjenestetilbud. Det er likevel en del utfordringer knyttet til dette. Vi har allerede pekt på hvordan delingen i SMP og DPS'er kan være en utfordring. Etter hvert som kompetansen i kommunen også øker, så er det en mulighet for at det blir liten forskjell på det tilbudet spesialisttjenestene yter og det kommunen yter. Da øker behovet for samarbeid slik at man ikke risikerer å motarbeide hverandre.

Det ser også ut som om deler av spesialisttjenestene ikke føler et ansvar for helheten. Dersom spesialisttjenestene ikke umiddelbart kan yte en tjeneste, så overlater de til kommunen å finne en midlertidig løsning, selv om de peker på at brukerens behov er tilnærmet akutt. Det er mulig at dette er den beste løsningen, men slik det blir gjort opplever andre det som en ansvarsfraskrivelse og manglende forpliktelse for å bidra inn i et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Dersom man får et bilde av en part i et samarbeid som bare tar ansvar for sine oppgaver og ikke for helheten, så er det skadelig for samarbeidsklimaet også i andre sammenhenger (Reeves et al, 2010).

Vi har pekt på at det knytter seg noen klare problemer til endt institusjonsopphold, enten det er en opphold i en behandlingsinstitusjon, i fengsel eller somatisk avdeling. Avslutning av et institusjonsopphold er en særlig sårbar overgang der risikoen er stor. Undersøkelser fra Storbritannia viser for eksempel at sjansen for å dø i løpet av de to første ukene etter endt fengselsopphold er ca 30 ganger større enn normalt (Binswanger et al, 2013). Nordfjærn & Varndal (2011) peker på at i Norge er også utskrivning fra institusjon den største risikosituasjonen. Også våre informanter peker på at dette

er en spesiell sårbar overgang – særlig dersom det ikke er lagt til rette for tilfredsstillende oppfølging etter endt opphold.

En utfordring knyttet til organisering av tjenestene, er oppdelingen i tildelingskontor og utøverorganisasjon som kommunen har. På den ene siden er det klart at tildelingskontoret har en oversikt over de ulike tjenestetilbudene som finnes, og at de ansatte er svært oppsatt på å finne frem til et helhetlig kommunalt tilbud. Tildelingskontoret har også valgt en myk versjon av bestiller-utfører modellen (Hansen & Ramsdal, 2005). Dette innebærer at kommunen samarbeider tett med de delene av kommunen som skal yte tjenestene for å finne frem til et best mulig vedtak. Dersom det er nødvendig, utformes også vedtaket på en slik måte at man lett kan tilpasse tjenesteytingen til svingninger i brukerens behov. Vi ser også at tildelingskontoret prøver å være fleksible med hensyn til hva de anser som en søknad om tjenester, og setter i gang arbeidet med å finne frem til hvilke tjenester som skal ytes før man har en endelig og underskrevet søknad. Det er likevel klart at det tar noe tid før et vedtak og et helhetlig tjenestetilbud er på plass. Friskliv og mestring har derfor fått etablert noen tjenestetilbud som kan ytes omgående og uten at det foreligger et formelt vedtak fra Tildelingskontoret.

Likevel klager noen av samarbeidspartene over at Tildelingskontoret fremstår som en unødvendig omvei i forhold til tidligere da man kunne ta direkte kontakt med for eksempel en ruskonsulent i kommunen. Det er mulig dette er et resultat av at man hadde/har gode personlige relasjoner til enkelte av de ansatte på Friskliv og mestring. Det er i så fall grunn til å tro at den prosjektstillingen man nå har etablert ved Tildelingskontoret med særlig ansvar for denne

brukergruppen, kan bidra til å skape nye gode personlige relasjoner. Hvis man på denne måten skaper en fast kanal mellom spesialisttjenestene og kommunen, så kan det bidra til en styrking av samarbeidet (Gloubermann & Mintzberg, 1999).

Selv om Tildelingskontoret skal samordne kommunale tjenester, så er det ikke alle relevante tjenester som er lagt inn under Tildelingskontoret. For det første gjelder det fastlegene som er en privat tjeneste med driftsavtale med kommunen. Fastlegene har ofte en sentral rolle i det tilbudet som brukerne får. Det skyldes blant annet at fastlegen gjerne er den som brukeren først tar kontakt med. Fastlegen har derfor en oppgave med å sluse brukerne videre inn i systemet – både spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. For brukere med svært sammensatte utfordringer og behov, kan det være vanskelig for fastlegen å ha oversikt over aktuelle tjenester. I noen tilfeller ser det ut som om det innebærer at fastlegene sender henvisninger til flere tjenester – for sikkerhets skyld, mens de i andre sammenhenger ikke er klar over hvordan de best kan få på plass et helhetlig tjenestetilbud. Riktignok vet fastlegene at Tildelingskontoret er en vei inn i det kommunale tjenestetilbudet, men fordi det tar noe tid å få alt på plass så har Friskliv og Mestring en del tiltak som kan ytes omgående uten å gå veien om Tildelingskontoret. Slike tiltak synes ikke fastlegene å ha full oversikt over. Brukerne og pårørende er svært opptatt av man ofte venter til situasjonen oppleves akutt før man tar initiativ til å be om hjelp. Det innebærer at det da er behov for et tilbud nokså omgående – at det faktisk finnes slike tilbud og at bruker blir veiledet videre til disse er derfor viktig.

Fastlegen har også en viktig rolle dersom det etter hvert kommer på plass et helhetlig og samlet tjenestetilbud, men det rapporteres at fastlegene ikke synes å prioritere samarbeid så høyt som andre tjenesteytere mener de bør. Å få fastlegene til å delta på samarbeidsarenaer som ansvarsgruppemøter, er derfor ikke alltid like lett. Det er også tilbakemeldinger som tyder på at det er fastleger som har andre faglige tilnærminger til brukerne enn det mange av de andre tjenesteyterne har og som er lite innstilt på å tilpasse seg andres vurderinger av hvordan brukerens utfordringer bør møtes.

En annen utfordring knytter seg til at en del brukere blir pasienter i somatiske institusjoner, for eksempel på grunn av overdose, delir og eller alvorlig selvsykdom. Også i disse situasjonene får brukerne begrenset hjelp til å komme seg videre til relevante tjenester.

NAV, særlig sosialtjenesten har en spesiell rolle i forhold til mange av brukerne. For mange er det NAV som bidrar økonomisk enten det er ved trygdeytelser eller ved økonomisk sosialhjelp. Det innebærer at brukerne gjerne har en relasjon til NAV, uavhengig av hva slags tiltak de ellers tilbys. Erfaringene fra SMP som har eget NAV-kontor i poliklinikken, tyder på at det er gode erfaringer med å styrke samarbeidet med NAV. Vi registrerer at det er noen konflikter om grenseoppganger mellom NAV og Tildelingskontoret. Vi forutsetter at dette er utfordringer som etter hvert løses gjennom faste avtaler. Vi har i andre sammenhenger sett at dersom NAV deltar aktivt i et samarbeid om å få til et helhetlig tjenestetilbud, for eksempel i ansvarsgrupper, så oppleves NAV som en viktig og positiv bidragsyter (Hansen & Ramsdal, 2015)

Prinsippene for organisering av tjenestene synes generelt sett å være nokså uavhengig av hvilke målgrupper man skal forholde seg til. Det gjør at struktur og kommunikasjonsformer i stor grad er de samme enten det er behov for omfattende samarbeid eller ikke. I vår sammenheng ser vi at delingen spesialisttjenestene i rus og psykiatri, skaper utfordringer. Det samme synes delingen mellom tildelingskontoret og utøvende tjenester i kommunen å gjøre. I tillegg er det en utfordring at så godt som alle andre tjenester er organisert ut fra hvilke oppgaver man skal utføre, ikke hvilke brukere man skal hjelpe (Head & Alford, 2013).

Vi ser likevel at det finnes mange eksempler på hvordan dette kan løses. En del av informantene understreker at de har etablert gode uformelle samarbeidsrelasjoner. Det er selvfølgelig bra at det skapes gode uformelle relasjoner – normalt styrker det mulighetene for samarbeid (San Martin-Rodriguez et al, 2005), men vi vil peke på at det alltid er en fare for at saker som trenger en løsning ikke blir løst fordi alle tror at de er løst innenfor et uformelt system. Et sentralt element i et kvalitetssystem er å sikre at informasjonsutveksling foregår uavhengig av om relasjoner er gode eller dårlige (Hovlid, 2014). Hvis det er mulig, bør det derfor være et system som gjør at det alltid er klart hvordan saker skal løses og at dersom uformell og direkte kontakt benyttes, så dokumenteres dette på en tilfredsstillende måte. I tillegg må man ha et system som sikrer at man samarbeider også der det ikke er etablert gode uformelle relasjoner.

Vi registrer at det er eksempler på at samarbeidet knirker. En av årsakene til dette finner vi i skillet mellom uregjerlige og tamme problemer. Tamme

problemer er som vi har pekt på foran problemer som blant annet er oppdelelige og hvor det er klar sammenheng mellom årsak og virkning og der man kan finne frem til en bestemt og riktig løsning. Uregjerlige problemer derimot er problemer der man blant annet har en rekke delproblemer som henger tett sammen og hvor det er uklar sammenheng mellom årsak og virkning og der det for en stor grad handler om å forhandle seg frem til en løsning som er akseptabel for alle parter (Rittel & Webber, 1973; Vabø 2014). Når tjenestetilbudet er organisert i flere ulike virksomheter, gjør det at man i noen tilfeller ser at enkelte ansatte forholder seg til utfordringene som om de var tamme problemer. I stedet for å diskutere med andre virksomheter om et felles opplegg, velger de en strategi for å løse sitt delproblem, og skisserer hvordan de mener andre skal løse sine. Dersom brukeren for en tid er innlagt institusjon er mulighetene for å isolere et problem fra de andre stort og det er da eksempler på at tjenesteytere tenker at først gjør jeg mitt, så får andre overta og gjøre sitt. Det er vanligvis en forutsetning for at slike suksessive behandlingsopplegg skal fungere at neste steg er planlagt i god tid før forrige er avsluttet (Fineide & Ramsdal, 2014).

Vi ser også at oppdelingen i ulike virksomheter innebærer at det foregår kartlegging av brukeren flere steder. En slik fragmentert kartlegging skaper utfordringer på flere plan. For det første gjør den at man ikke får frem en helhetlig beskrivelse av brukeren og behovene til vedkommende. For det andre er det stor enighet om at dette er en brukergruppe som først synliggjør sin situasjon fullt ut når det er etablert en tilfredsstillende relasjon (Redko et al, 2005; Hansen et al, 2013). Det tar normalt tid å etablere en slik relasjon og det er ikke gitt at alle tjenesteyterne klarer det. Det at enkelte tjenesteytere bare har innsikt i deler av det sammensatte og uregjerlige problemet som brukeren har,

kan innebære at tjenestetilbudet blir delt opp i tiltak som hver for seg kan virke fornuftige, men som ikke fungerer som en helhet. utfordringen er derfor å få på plass en arena der de ulike tjenesteyterne kan utveksle erfaringer og bidra med sine ulike bilder slik at man kan få et helhetlig bilde av brukeren (Hansen et al, 2014).

Det ser også ut som om det er vanskelig å finne frem til gode arenaer der de ulike tjenestene kan drøfte ulike tiltak og planlegge et helhetlig tjenestetilbud i fellesskap. En del av brukerne får på plass både en ansvarsgruppe og en individuell plan. I teorien har man da en slik arena der relevante tiltak kan drøftes og videre tilbud kan planlegges. Dessverre er det en rekke eksempler på at disse ordningene ikke fungerer (Hansen, 2007; Holum, 2012). Våre informanter gir eksempler både på ansvarsgrupper og individuelle planer de mener fungerer. Men det er også eksempler på at ansvarsgrupper i stedet for å bli en løsningsarena blir en konfliktarena der ulike faglige standpunkter ikke er mulig å forene. Vi stiller derfor spørsmål med om hvorvidt alle tjenesteyterne har forstått hva en ansvarsgruppe er og hvordan man skal oppføre seg slik at man kommer frem til et samlet og helhetlig tjenestetilbud.

En annen utfordring er at det tar noe tid før en slik ansvarsgruppe og IP er på plass. Det kan medføre at de ulike tjenesteyterne allerede har satt i gang tiltak som de synes det er vanskelig å avslutte selv om andre mener at andre tiltak bør prioriteres.

Mikronivå

Beskrivelsene som gis av hvordan samarbeidet i noen tilfeller svikter på felles arenaer som ansvarsgrupper, er dessverre representative (Hansen, 2007). For det første synes det som om det er en utfordring i en del tilfeller å bli enige om en virkelighetsbeskrivelse, noe som bør være basis for et samarbeid (Hudson, 2004). Er brukers utfordringer først og fremst knyttet til rus eller til en psykisk lidelse, synes å være et klassisk spørsmål uten et entydig eller felles svar. Videre er det behov for felles mål og strategier (Hansen, 2007). Også her synes det å være vanskelig å bli enige. Beskrivelsen av individuelle planer som lever et bortgjemt liv i en eller annen skuff, tyder også på at man har et uklart forhold til skillet mellom en plan og en planleggingsprosess (Thommessen et al, 2003). En individuell plan skal først og fremst være en dokumentasjon på en planleggingsprosess (Hansen, 2007). Det er av og til vanskelig å planlegge hvis brukeren endrer sine mål og prioriteringer underveis, men nettopp da er det viktig at man har bygget planleggingen på en prosess der det er vurdert både hva som er hovedstrategi og hva som er eventuelle alternative strategier dersom hovedstrategien ikke lar seg gjennomføre.

En særlig utfordring knytter seg til hvordan man skal løse uenighet på samarbeidsarenaer som ansvarsgrupper (Reeves et al, 2010). Dersom man ikke har rutiner for hvordan man løser uenighet, så kan slike samarbeidsarenaer lett bli til konfliktarenaer der ulike aktører ikke klarer å finne en felles strategi. Konsekvensen av dette kan da bli at hver og en gjør som vedkommende vil, uten å ta hensyn til hva de andre gjør. At dette er ineffektivt og ressursløsende er en ting, noe annet er at det i siste instans er brukeren som blir skadelidende av at

det ikke er mulig å finne frem til et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Det synes derfor å være behov for å etablere rutiner for hvordan man skal håndtere uenighet. Vi registrerer at det i noen tilfeller er etablert slike ordninger, gjerne i form av ledermøter, men tilbakemeldingene vi har fått tyder på at slike ordninger ikke er omfattende nok.

Tillit og respekt handler ikke bare om hvordan man forholder seg til andre ansatte, men også hvordan brukere og eventuelt pårørende inkluderes i samarbeidet. Både brukere og pårørende understreker at de representerer viktige ressurser – de vet mye om brukeren. Brukeren vet hva vedkommende anser som viktig og har gjerne erfaring med hvordan ulike tiltak fungerer. Pårørende har også mange ganger en unik innsikt i brukerens bakgrunn. Felles for begge gruppene i dette tilfellet at brukerdeltakelse ikke handler om brukermedvirkning – det handler ikke først og fremst om å få innflytelse på en beslutningsprosess. Derimot handler det om å gi tjenesteyterne en best mulig innsikt og forståelse for brukeren. Dette er data som bør være helt sentrale i de vurderingene som fagfolkene skal gjøre, fortrinnsvis i dialog med brukerne. Skal man frem til et helhetlig og samordnet tilbud, så er det nødvendig med en bred datasamling og dialog (Hansen et al, 2014). Da er brukernes deltakelse viktig.

Våre data viser ikke noe om hvordan de ulike tjenestene blir evaluert. Vi forutsetter likevel at virksomhetene i tråd med vanlig forvaltningspraksis har sine mål som de blir vurdert opp mot. Det vi likevel etterlyser er en form for evaluering som ser på helheten i tjenestetilbudet – har man i fellesskap skapt et godt nok tilbud. Individuelle planer skal evalueres, men hvordan det foregår, er ikke klart for oss. Keetelaars (2014) peker på at skal et helhetlig og samordnet

tjenestetilbud fungere, så er det nødvendig å gjennomføre evaluering av om tjenestetilbudet faktisk har vært helhetlig og samordnet. Det er ikke nok å evaluere hvert enkelt tiltak hver for seg. En slik evaluering av om et tjenestetilbud har vært vellykket eller ikke har to funksjoner. For det første skal det klargjøre om den samlede innsatsen har fungert som en helhet, dernest skal det bidra til at tjenestene kan få et grunnlag for å videreutvikle samarbeidet om tjenester til andre.

Samarbeidsformer

Samarbeid er ikke en entydig praksis. Vi har tatt utgangspunkt i følgende skala (Andersson et al, 2011):

- Informasjonsutveksling
- koordinatorfunksjon
- felles møteplasser
- tverrfaglige team
- partnerskap
- felles lokalisering
- felles budsjett

Der informasjonsutveksling er den enkleste formen for samarbeid og der felles budsjett er den mest avanserte som for en stor del også inneholder de mindre avanserte formene. Det ser ut som om en stor del av samarbeidet

Når virksomhetene sender henvisninger, epikriser og vedtak mellom hverandre så er dette samarbeid, men ikke særlig avansert samarbeid. Sentrale myndigheter

jobber i dag med å finne frem til gode og sikre elektroniske kommunikasjonskanaler mellom ulike virksomheter. Det arbeidet er ikke sluttført, men det er allerede etablert systemer som E-link, og det er muligheter for å utveksle elektroniske journaler. Hvorvidt potensialet i slike ordninger er fullt ut utnyttet er vi ikke sikker på, men det bør nok vurderes hvorvidt det er mulig å styrke kommunikasjonen ved å utnytte de mulighetene som foreligger bedre. Vi registrerer uansett at det er mange tilbakemeldinger som peker på at man ikke er flinke nok til å informere hverandre. Det virker som om utveksling av informasjon i stor grad handler om gode personlige relasjoner. Det vil si at dersom tjenesteytere i ulike virksomheter kjenner hverandre så virker det som om mulighetene for informasjonsutveksling er bedre enn ellers. Vi har vanskelig for å forstå at behovet for informasjonsutveksling styres av hvorvidt tjenesteyterne kjenner hverandre. Vi legger heller til grunn at det er manglende faste rutiner og usikkerhet om hvem man skal henvende seg til som gjør at informasjonsutvekslingen blir dårligere når det ikke er gode uformelle relasjoner.

I forbindelse med at det utarbeides en individuell plan, skal det oppnevnes en koordinator. En slik koordinator har ofte oppgaven med å opprette en ansvarsgruppe og å lede denne, men det er ikke noen forutsetning for å ha en individuell plan og en koordinator at det etableres en ansvarsgruppe (Hansen, 2007). Det kan godt etableres en koordinator som tar ansvar for å koordinere de ulike tjenestene, uten at tjenesteyterne møter hverandre. Mange brukere hevder at de selv må ta en slik rolle og sørge både for å «bestille» de ulike tjenestene og å planlegge når de ulike tjenestene skal ytes. Dersom koordinatorrollen overtas av en ansvarlig tjenesteyter som fungerer som en «agent» for brukeren, kan dette

både gi muligheter for å planlegge et helhetlig tjenestetilbud og for å legge til rette for at brukeren får en minst en tjenesteyter som vedkommende kommer tett på og kan få en god relasjon bygget på tillit (Redko et al, 2007). Det er klar dokumentasjon på at opplevelsen av å ha en hjelper som tar et særlig ansvar for å ivareta brukerens interesser, har positiv innvirkning på vedkommendes bedringsprosess (Topor et al, 2011). Svakheten med en slik ordning er at man ikke skaper en felles arena der de ulike tjenesteyterne kan drøfte ulike faglige perspektiver og på den måten utnytte hverandres kompetanse til å skape et best mulig helhetlig tjenestetilbud (Hudson, 2004)

Ansvarsgrupper er ment å være en slik felles møteplass der tjenesteyterne og brukeren i fellesskap kan diskutere seg frem til den beste løsningen. Ansvarsgrupper fremstår som en formell møteplass. Det kan også tenkes at man etablerer andre og mer uformelle møteplasser. Vi har tidligere sett at tilbud om felles opplæring og kurs skaper grunnlag for å uformelle relasjoner (Hansen & Fineide, 2009; Hansen & Fugletveit, 2010). Mange ansvarsgrupper møter bare et par ganger i året (Holck, 2004; Hansen, 2007). Hvis det er den eneste kontakten de ulike tjenesteyterne har, så kan det være en utfordring for deltakerne å skape grunnlag for respekt og tillit mellom hverandre (Reeves et al, 2010). Dersom man har en situasjon der de som skal samarbeide i formelle fora som ansvarsgrupper også møter hverandre i uformelle fora, så styrker det mulighetene for å få til bedre formelt samarbeid (Head & Alford, 2014).

Noen steder har man etablert faste team som skal ta seg av helhetlig oppfølging av brukerne. Mest kjent er trolig Assertive coordination team (ACT-team) (Burns, 2010). Dette er team som særlig i USA har vist seg effektive i å yte gode

tjenester. Problemet er at i Norge så har vi et mer avansert offentlig tjenestetilbud enn i USA. Det kan derfor ikke dokumenteres at ACT-team fungerer bedre enn andre samarbeidsformer i Norge (Ruud et al, 2014) Dette underbygger en antakelse om at mulighetene for å etablere faste team som fanger opp hele tjenestebehovet til den aktuelle gruppen trolig er små.

Vi registrerer derimot at erfaringene med å lokalisere en NAV-ansatt hos SMP er positive. Dette er i tråd med erfaringene med å lokalisere NAV-kontorer i fengsler (Schafft et al, 2013). Tilbakemeldingene fra våre informanter tyder på at den NAV-ansatte bidrar til bedre samarbeid med de ansatte i SMP fordi de omgås dem til daglig og derfor blir kjent med dem også utenfor de formelle sammenhengene (Head & Alford, 2014). Samtidig virker det som om den NAV-ansatte også virker som en kanal inn i resten av NAV for de ansatte på SMP. Den NAV-ansatte bidrar dermed til å gjøre kontakten lettere å etablere og til å redusere usikkerheten om hvem man skal kontakte enten det er ansatte i SMP som skal kontakte NAV eller NAV-ansatte som skal kontakte SMP (Gloubermann & Mintzberg, 2001).

Vi har allerede flere ganger pekt på hvordan formelle møteplasser styrkes av at det også finnes uformelle møteplasser og omvendt (Head & Alford, 2014). Det har en sammenheng med at samarbeid påvirkes av personlige relasjoner. I de dataene vi har er det klare indikasjoner på at man i de ulike virksomhetene oppfatter ansatte i andre virksomheter som stereotypier, det vil si at de tillegger dem bestemte felles kjennetegn (Reeves et al, 2010). En slik tilnærming til andre medfører at man har klare forventninger til hvordan andre vil agere og hvilke argumenter de vil fremføre. Skal man få til et konstruktivt samarbeid, er det stor

enighet om at en av forutsetningene for å få til det, er at man bygger samarbeidet på tillit og respekt for andre (San Martin-Rodriguez et al, 2005).

Når ansatte i en virksomhet forteller brukeren hvilke tiltak en annen virksomhet må yte, så oppfattes dette av ansatte i den virksomheten som skal yte tjenestene som om man ikke har tillit til at de kan gjøre slike vurderinger selv. Den tendensen vi ser til at noen forteller brukeren hvilke tjenester de bør få fra andre, kan være et forsøk på å hjelpe brukeren videre, men det oppfattes i stedet som krenking av ansvarsgrenser. Når en virksomhet har identifisert behovet for at andre virksomheter også bør yte tjenester, bør man heller sørge for å etablere kontakt med de som forventes å følge opp. Tilbakemeldingene vi har fått viser tydelig at jo tidligere de ulike virksomhetene får beskjed om mulig tjenestebehov, jo større muligheter har virksomhetene for å få på plass et tilbud når det blir aktuelt.

Løsninger

En målsetting med en videreføring av prosjektet er at prosjektdeltakerne selv i fellesskap skal finne frem til aktuelle løsninger. Hvorvidt det blir tildelt midler til videreføring av prosjektet er i skrivende stund ikke klart. Vi skal derfor peke på noen av de mulighetene for å redusere noen av de sårbare overgangene som er avdekket, uavhengig av om prosjektet blir videreført.

På mange måter synes det som om løsningene på en del av de utfordringene som man stor overfor allerede er kjent. Deltakerne på workshopen bidro med mange gode og positive innspill. Slik vi ser det, kan en videreføring av dette prosjektet

med en systematisk utvikling av nye relasjoner og rutiner bygget på de erfaringene deltakerne selv har, skape positive resultater med bedre helhetlige og samordnete tjenestetilbud. Vi vil likevel allerede nå peke på noen tiltak som vi mener vil bidra til en slik utvikling.

For det første synes det å være behov for å få på plass bedre formelle samarbeidsrutiner. Dette kan gjøres på en rekke områder. Det er blant annet behov for klare rutiner for hvordan og når man skal kontakte andre virksomheter, dersom man ser at det er behov for at andre virksomheter også bør bidra. I den forbindelse synes det å være et behov for å klargjøre hvilke muligheter man har for å ta i bruk ulike former for elektronisk kommunikasjon. Vi har også pekt på at det er behov for rutiner for hvordan uenighet mellom ulike virksomheter skal løses.

En del av de beskrivelsene vi har hørt som går på hvordan individuelle planer brukes og hvordan man samarbeider i ansvarsgrupper, gjør at vi mener det er gode grunner til å klargjøre hvordan slike hjelpemidler kan nyttiggjøres. Målsettingen må være at der man ser behov for individuelle planer og ansvarsgrupper, der benyttes disse til å planlegge gode, helhetlige og samordnete tjenestetilbud.

I tillegg til slike formelle samarbeidsarenaer, ser vi også et behov for å skape uformelle treffpunkter (Head & Alford, 2014). Felles opplæringstilbud, veiledningsgrupper på tvers av virksomhetene og andre former for møteplasser der man både har ambisjoner om faglig påfyll og sosial omgang på tvers av virksomhetene, kan være slike uformelle treffpunkter.

Vi ser også at ulike former for «agenter» inn i hverandres virksomheter kan styrke det generelle samarbeidsklimaet (Gloubermann & Mintzberg, 2001). NAV-kontor hos SMP er et eksempel. En annen mulighet er å legge til rette for at en eller flere ansatte i en virksomhet, skal fungere som en kanal mellom virksomheten og andre. Vedkommende får da et særlig ansvar for å koble sammen de tjenesteyterne som har behov for å samarbeide.

En annen form for agent er bruken av en veiviser, los eller koordinator – en som kan hjelpe brukerne i arbeidet med å finne frem til de beste tjenestetilbudene. Det er selvfølgelig positivt at det i dag er en rekke ulike tilbud til brukergruppen. Likevel så skaper et stadig mer komplekst tjenestetilbud utfordringer for både brukere, pårørende og også for noen tjenesteytere når de skal prøve å få oversikt over hav som finnes av tilbud. En form for hjelper som kan veilede og motivere brukerne inn i de ulike tiltakene synes derfor å være et savn. En slik rolle kan i prinsippet fylles av frivillige, erfaringskonsulenter eller ansatte. Vi minner om at det etter «Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator» §§ 21 & 22, så er både kommune og spesialisthelsetjenesten pliktig til å tilby en koordinator, uavhengig av om brukeren ønsker en individuell plan og/eller en ansvarsgruppe. Det er et spørsmål om ikke en slik koordinator bør oppnevnes umiddelbart etter at man har indentifisert at brukeren har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

En del av de utfordringene man står overfor handler også om holdninger. Det handler delvis om holdninger mellom ansatte i ulike virksomheter – bedre formelle og uformelle treffpunkter kan påvirke dette. Også holdningene til

brukerne kan være en utfordring. Både brukere og pårørende ønsker å bli oppfattet som en ressurs – en som kjenner brukeren godt og som kan bidra med gode erfaringer av hvordan ulike tiltak fungerer for vedkommende.

Planlegging og iverksetting av mulige tiltak bør ta med i betraktningen spesielle trekk ved et uregjerlig problem som ROP lidelser. Det vi vet om tjenesteforbedring rundt uregjerlige problemer er at ett eller flere konkrete tiltak i isolasjon antakelig ikke vil løse problemene. Det kan tvert imot gjøre ting vanskeligere fordi det blir flere aktiviteter og personer å forholde seg til og samarbeide med, tjenestetilbudet blir mere uoversiktlig og vanskeligere å håndtere. Eventuelle tiltak må settes inn og vurderes ut fra et helhetsperspektiv.

Dette innebærer to hovedpunkter.

- Beslutninger om hva som skal gjøres for å bedre samhandlingen tas i fellesskap av en gruppe med sentrale aktører som kan styre og være med i alle faser av en tiltaksprosess. En slik gruppe, dvs. prosjekt/styringsgruppen, er blitt etablert gjennom denne kartleggingen og er en viktig ressurs for videreføring av prosjektet
- Fordi det er umulig å forutsi virkningen av et inngrep på forhånd er det viktig å sette opp robust evaluering som gir løpende tilbakemeldinger på hvordan inngrep virker i praksis slik at kurs kan justeres underveis.

Veien videre

Formålet med denne rapporten var å avdekke sårbare overganger og å analysere disse. Vi har i denne rapporten avdekket at Sykehuset Østfold HF og Fredrikstad

kommune fortsatt har en del utfordringer knyttet til å utvikle gode helhetlige og samordnete tjenestetilbud til brukere med samtidige rus- og psykiske lidelser (ROP-brukere). Vi har også inntrykk at det allerede er på plass godt samarbeid mange steder, men at slike gode erfaringer ofte bygger på gode personlige relasjoner og at det derfor er et potensial for å utvikle bedre samarbeidsstrukturer.

I rapporten er en del av de utfordringene som er avdekket, analysert med sikte på å øke forståelsen for hvorfor dette er blitt utfordringer. Vår ambisjon er at de data som presenteres og de vurderinger som er gjort skal bidra til at brukere og tjenesteytere i fellesskap kan utvikle tjenestene videre. I det arbeidet planlegger høgskolen fortsatt å bidra med vår kompetanse og ressurser i å forbedre tjenestetilbud. Vi legger derfor opp til at dette bare er første del av et større prosjekt og at samarbeidet mellom brukere, pårørende, tjenesteytere og høgskolen vil fortsette.

Neste fase i dette prosjektet er planlagt å ta utgangspunkt i denne kartleggingen og gå videre til å:

- etablere en prosess og struktur for tverrfaglig planlegging og prosjektledelse
- utrede konkrete inngrep rundt identifiserte overganger som kan bedre samarbeidet
- sette opp en fortløpende evaluering av inngrep for regelmessig tilbakemeldinger
- sette inn mekanismer for læring av disse tilbakemeldingene, og justering av inngrepene om nødvendig.

- sette opp en endelig evaluering av langsiktige resultater av prosjektet.

Underveisevaluering og sluttevalueringen vil fokusere på hvordan rammebetingelse for samhandling, strukturelle (lovverk, nasjonal forvaltning og styring), organisatoriske (lokal tjenesteorganisasjon) og individuelle (relasjoner innen og mellom tjenester) skaper rom og begrensninger for samarbeide, og hvordan disse kan utnyttes og takles.

LITTERATUR

- Abbott, A. (1988). *The System of Profession*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Almvik, A., Sagsveen, E., Olsø, T.M., Westerlund, H. og Norvoll, R. (2011). Å lage farger på livet til folk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 154 – 162.
- Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, S. B., Eriksson, A., og Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation—an international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 11.
- Argyris, C. & Schön, D.A. (1974). *Theory in practice: increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Argyris, C. (1980). *Inner contradictions of rigorous research*. New York: Academic Press.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of planners*, 35(4), 216–224.
- Askheim, O. P. (2009). Brukermedvirkning – kun for verdige trengende? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6 (01), 52-59
- Askheim, O. P., & Starrin, B. (2007). Empowerment i teori og praksis Axelsson og Axelsson, (2014).
- Barlindhaug, R. m.fl. (2011): Kommunal- og samfunnsøkonomiske effekter av boligsosial politikk, NIBR-rapport 2011:8.
- Binswanger, I. A., Blatchford, P. J., Mueller, S. R., & Stern, M. F. (2013). Mortality after prison release: opioid overdose and other causes of death, risk factors, and time trends from 1999 to 2009. *Annals of internal medicine*, 159(9), 592-600.
- Borg M; Sells D; Topor A; Mezzina R; Marin I; Davidson L (2005). What Makes a House a Home? The Role of Material Resources in Recovery from Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8 (3) 243 – 256.
- Borg, M, & Karlsson, B (2011) "Recovery–og hva så? Om erfaringsbasert kunnskaps vilkår og muligheter." *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 8.04 314-323.

- Browne, G & Courtney, M (2005). Housing, social support and people with schizophrenia. A grounded theory study. *Issues in Mental Health Nursing*, 26 (3) 311-326.
- Brønne I-H (2007 a). BoSatt – gode bortespillere på andes hjemmebane – evaluering av prosjekt Bosatt Satellitt, Diakonhjemmets høgskole, Rapport nr. 3/2007.
- Brønne I-H (2007 b). *Boligsosialt arbeid som helhet, samarbeid og individuell oppfølging – evaluering av prosjekt Bolig med nogo attåt*, Diakonhjemmets høgskole, Rapport nr. 7/2007.
- Burns, T. (2010). The rise and fall of assertive community treatment? *International Review of Psychiatry*, 22 (2): 130–137.
- Charles C., Gafni A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*, 44(5), 681-92.
- Coulter A (1999). Paternalism or partnership? *British Medical Journal*. 319(7212):719–720, 1999
- Danermark, B., Ekström M., Jacobsen, L., & Karlsson, J. C. (2003). *Att förklara samhället*, Lund: Studentlitteratur Lund.
- Duffin, Michele (2007). "Barriers and Gaps in current housing provision for drug and alcohol users", *Housing Care and support*, 10 (2) 4 – 8.
- Egeberg, M. (2004). How bureaucratic structure matters: An organizational perspective, i Peters, B. G. og Pierre, J. (red.). *Handbook of Public Administration*, London: Sage.
- Einstein, S. (2007). Substance Use(r) Treatment and health Disparities. Some Considerations or An Askance Look at Institutionalized Substance Use(r) Intervention Disparities, *Substance Use & Misuse*, 42, 671-686.
- Erichsen, V. (1996): *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. TANO, Oslo
- Evjen, R. Øiern, T. & Kielland, B. (2012). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fineide, M.J. & Ramsdal, H. (2014). Prosesstenkning – utvikling av standardiserte pasientforløp. I: Vabø, M. & Vabo, S.I. (red.) *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Forchuk & al (2006). "It's Important to be Proud of the Place You Live In": Housing Problems and Preferences of Psychiatric Survivors. I: *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol. 42, No. 1.
- Forsetlund L, Lidal IB, Austvoll-Dahlgren A. (2012). *Effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern*, Rapport fra Kunnskapssenteret nr 05–2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Friestad, C., & Skog Hansen, I.L. (2004). *Levekår blant innsatte*. Fafo-rapport 429, Oslo. Fafo
- Glouberman, S. og Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Diseases—Part I & Part II, *Health Care Manage Rev*, 26(1), 56–92.
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig: en studie i hverdagslivets dramatik*. Pax Forlag a/s.
- Grant, J. G., & Westhues, A. (2010). Choice and outcome in mental health supported housing. *Psychiatric rehabilitation journal*, 33(3), 232.
- Hannigan, B. og Coffey, M. (2011). Where the wicked problems are: The case of mental health. *Health Policy*, 101, 220–227.
- Hansen, G V og Fugletveit, R (2010). "„Vi driver og rydder hver uke vi..." – evaluering av Oppsøkende rusteam i Moss/Rygge, HiØ – oppdragsrapport 2010:2.
- Hansen, G V, & H Ramsdal (2015) *Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike («Romeriksprosjektet»)-Sluttevaluering*, Oppdragsrapport 2015:2, Høgskolen i Østfold, Halden.
- Hansen, G. V. (2013). Hjemmet som basis for psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(2), 129-137.
- Hansen, G. V., Jensen, H. R., Schillinger, A., Sandsberg, J. A., & Fugletveit, R. (2013). *Oppsøkende rusteam i Moss*. Høgskolen i Østfold, Oppdragsrapport 2013:13
- Hansen, G.V. (2007). *Samarbeid uten fellesskap – om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*, Karlstad University Studies 2007.15
- Hansen, G.V., Dahl, U. og Samuelsen, F. (2014). *EVALUERING AV BRIK – Behovs- og ressurskartlegging i kriminalomsorgen*. Oppdragsrapport 2014:2. Høgskolen i Østfold

- Hansen, G.V., Kirchhoff, J. og Ramsdal, H (2009). Bestiller/utførermodellen – økt fleksibilitet i den kommunale helse- og sosialtjenesten? i Karlsson & Claussen (2009) *Den sköra balansen: arbetslivet och flexibilitetens tvetydigheter*, i skriftserien Arbetsliv i Omvandling Växjö Universitet.
- Head, B. W., & Alford, J. (2013). Wicked problems: implications for public policy and management. *Administration & Society*, 0095399713481601.
- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. IS-1948 Rapport.
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v.
- Holck, G. (2004): *Kommunenes styring av komplekse oppgaver*, Oslo: Ph.D. avhandling, Universitetet i Oslo.
- Holm, A (2012): *En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid - Om boliger, tjenester og kapasitet innenfor kommunenes arbeid for personer med psykiske vansker*, NIBR-rapport: 2012:2.
- Holum L. C. (2012). “It is a good idea, but...” A qualitative study of implementation of “Individual Plan” in Norwegian mental health care, *International Journal of Integrated Care*, 12(15).
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 258-263. doi:10.1037/0033-3204.43.3.258
- Huby G., Stewart J., Tierney A. og Rogers, W. (2004). Planning older people's discharge from acute hospital care: linking risk management and patient participation in decision-making. *Health, risk & society*, 6(2), 115-13.
- Hudson, B. (2004). Analysing network partnerships: Benson re-visited. *Public Management Review*, 6(1), 75-94.
- Humerfelt, K. (2005): “Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv – honnørord med lavt presisjonsnivå”, i Willumsen, E. (red) *Brukermedvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*, Oslo: Universitetsforlaget
- Jacobsen, D. I. (2003): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*, Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Kemmis, S. (2009). Action research as a practice-based practice. *Educational Action Research* 17(3), 463-474.

- Ketelaars, C. (2011). Integrated care requires integrated supervision. *International journal of integrated care*, 11(1).
- Legare F., Stacey D., Pouliot S., Gauvin F-P. og Desroche S. (2011) Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. *Journal of Interprofessional Care*, 25(1), 18-25.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *The Lancet* 358(9280), 483-488.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805.
- March, J. G. (1994). *A Primer on Decision Making. How Decisions Happen*. New York: Free Press.
- Minkler, M. (2000). Using Participatory Action Research to build Healthy Communities. *Public Health Rep. Mar-Jun; 115(2-3)*, 191-197.
- Mintzberg, H. (1994): *Rise and Fall of Strategic Planning* New York: Free Press
- Møller, G. (2006): *Evaluering av samordningsforsøkene mellom aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten. Sluttrapport, Rapport 231-2006*, Bø: Telemarksforskning-Bø.
- Nelson, G., & Laurier, W. (2010). Housing for people with serious mental illness. Approaches, evidence, and transformative change. *J. Soc. & Soc. Welfare*, 37, 123.
- Nordfjærn, T., & Varmdal, T. (2011). Perspektiver på SUKSESSKRITERIER. *Rus & Samfunn*, 5(05), 32-34.
- NOU 2011: 15, *Rom for alle- en sosial boligpolitikk for framtiden*. Kommunal- og regionaldepartementet.
- Onyett, S. (1998) *Case management in Mental Health*. Cheltenham: Stanly Thornes (Publishers) ltd.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter.
- Prop. 91 L (2010-2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ramsdal, H. & GV Hansen (2005): Om sirkelens kvadratur: Psykisk helsearbeid møter bestiller-utfører-organisasjonen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2, 134 – 148.

- Ramsdal, H., & Ramsdal, K. (2007). *Organisatoriske innovasjoner i helsesektoren. Prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert praksis og behandlingslinjer*. Høgskolen i Østfold.
- Redko C, Rapp RC, Elms C, Snyder M, Carlson RG (2007). Understanding the Working Alliance Between Persons with Substance Abuse Problems and Strengths-Based Case Managers, *Journal of Psychoactive Drugs*, 39 (3) 241- 250.
- Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*, Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Rittel, H. & Webber, M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences* 4 (2), 155-169.
- Roberts, N. C. (2000). Wicked Problems and Network Approaches to Resolution. *The International Public Management Review*, 1(1).
- Rogan, T (2008). Et felles løft, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 5, 2, 104-111
- Rundskriv IS/8-2015 Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter. Oslo: Helsedirektoratet.
- Ruud, T. & Landheim, A. (2014). *Utprøving av ACT--team i Norge. Hva viser resultatene?* Akershus Universitetssykehus & Nasjonal kompetansetjeneste ROP.
- Rønning, R. & Solheim, L. J. (1998) *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren*, Oslo: Universitetsforlaget
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M-D., D'Amour, D. og Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1:132-147.
- Sandell, O (2013). *Østbyen helsehus, avdeling Leistad*, Halden, Høgskolen i Østfold, Oppdragsrapport 2013:11
- Schein, E. H. (1996). Three Cultures of Management: The Key to Organizational Learning, *Sloan Management Review*. 38,1, 9-21
- Skivenes, M. (2005) Forvaltning og politikk – om den nødvendige forbindelsen mellom brukermedvirkning og borgermedvirkning. I Willumsen, E. (red.) *Brukernes medvirkning! - kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget. 34-48.

- Smith, J (2005): "Housing, Homelessness and Mental Health in Great Britain" *International Journal of Mental Health*, vol 34, no.2, Summer 2005, pp 22-46.
- Steiro, A. K., Dalsbø, T. K., Smedslund, G., Hammerstrøm, K. T., & Samdal, K. (2009). *Hva er effekten av langtidsbehandling i institusjon for rusavhengige sammenlignet med poliklinisk kortidsbehandling?* Rapport fra Kunnskapscenteret nr 20 - 2009.
- Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of User Involvement in Mental Health. *Patient-Centred Health Care: Achieving Co-ordination, Communication and Innovation*, 214.
- Sykehuset i Østfold, Sarpsborg Kommune (2012). Samhandling om tjenestetilbudet til psykisk syke med behov for akutte tjenester (SPAT). Rapport. Sykehuset i Østfold og Sarpsborg Kommune.
- Thommesen, H. Normann, T., Sandvin, J. T. (2003): *Individuell plan – et sesam sesam?* Oslo: Kommuneforlaget,
- Topor, A; Borg, M; Girolamo, S Di; Davidson, L (2011) Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery, *Int J Soc Psychiatry* 57 (1) 90-99.
- Tritter, J. Q., & McCallum, A. (2006). The snakes and ladders of user involvement: moving beyond Arnstein. *Health Policy*, 76(2), 156-168.
- Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering, i Vabø, M. og Vabo, S.I. (red), *Velferdens organisering*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Vabø, M., og Vabo, S.I. (red) (2014). *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Valentijn, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W., og Bruijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13.
- Vatne, S. (1998). *Pasienten først?: om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Fakkbokforlaget.
- Vikkelsø, S., og Vinge, S. (2004). *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet*. København: Handelshøjskolens forlag
- WTO (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*, World Health Organisation Press, Department of

Human Resources for Health resource centre, WHO/HRH/HPN/10.3, Geneva.

Ødegård, A (2009): Konstruksjoner av samarbeid. I: E. Willumsen (red). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget, s.52-63.

Øvretveit, J. (1996). Five ways to describe a multidisciplinary team, *Journal Of Interprofessional Care*, 10(2).