



International Research Institute of Stavanger

www.iris.no

Terje Lie

**OBS!**

**Evaluering av oppsøkende  
behandlingsteam i Stavanger**

**Organisering og  
samarbeidspartnere**

Rapport IRIS - 2007/025

Prosjektnummer: 7202050  
Prosjektets tittel: Evaluering av Oppsøkende behandlingsteam i Stavanger  
Oppdragsgiver(e): Stavanger Universitetssykehus  
Forskningsprogram:  
ISBN: 978-82-490-0556-7  
Gradering: Åpen fra: 03.03.08  
Stavanger, 21.02.2008

Terje Lie  
Prosjektleder

29.02.08

Sign.dato

Amund Aakerholt  
Kvalitetssikrer

21.02.08

Sign.dato

Gottfried Heinzerling  
Senterleder  
(Samfunns- og næringsutvikling)

29.02.08

Sign.dato

## Innhold

Sammendrag .....	4
1 INNLEDNING .....	7
1.1 Bakgrunn .....	7
2 PROBLEMSTILLINGER, METODE OG TEORI .....	10
2.1 Mål og problemstillinger .....	10
2.2 Teori .....	11
3 METODE .....	12
4 SYNSPUNKT OG REAKSJONER FRA ANSATTE.....	13
4.1 Behandlere – forventinger til teamarbeid .....	13
4.2 Arbeidsordning og turnus .....	14
4.3 Oppsøkende arbeid og målgruppe .....	15
4.4 Ledelse og prosesser i teamet .....	17
5 SYNSPUNKT OG REAKSJONER FRA SAMARBEIDSPARTNERE.....	18
5.1 Politiet .....	18
5.2 DPS .....	18
5.3 Samarbeid med sosialtjenesten .....	19
5.4 Psykiatrisk klinikk .....	23
6 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER.....	23
6.1 Anbefalinger .....	31
7 REFERANSER.....	32

Denne mulige ”vridningen” av tjenesteprofilen som til en viss grad kan etterspores, sett på bakgrunn av tjenestebeskrivelsen, kan skyldes de rammebetingelser teamet arbeider under.

### **Intern organisering**

Personer som ble ansatt i OBS-teamet hadde store forventninger til det å skulle jobbe i et team, arbeide tverrfaglig, med oppsøkende tjenester og delta i et utviklingsprosjekt. På mange områder er forventningene ikke innfridd. Ansatte opplever at de jobber mye alene og at det skjer liten grad av læring av hverandre og lite deling av erfaringer.

Etter påske 2007 innførte prosjektet en turnusordning som dekket arbeidstid på dag- og kveldstid til kl 2200 samt i helger, lørdag søndag. Hensikten med turnusen var å styrke det oppsøkende arbeidet på kveld og i helger. Turnusen har både fordeler og ulemper.

Flere av de ansatte peker på disse ulempene med turnusordningen:

- Hindrer muligheter til å lære av hverandres erfaringer.
- Går ut over kvalitetssikring av arbeidet.
- Vanskelig å organisere tverrfaglig utveksling.
- Vanskelig å delta i interne møter i teamet, så som behandlings- og personalmøter. Ansatte må bruke fritid for delta på møter.
- Felles møter blir for korte til å gå igjennom aktuelle saker.
- Tilgjengelighet og kontakt med samarbeidsparter, spesielt sosialtjenesten er til tider dårlig.
- Behov for konsultasjoner med pasienter i helger og på kveldsvakter er mindre enn forventet. Det meldes om mange unyttige arbeidstimer helg og kvelder.

Noen positive erfaringer med turnusordningen:

- Man kan treffe pasienter kveld og helg ved behov. Gir mulighet for å holde ved like relasjoner til pasienter.
- Imøtekommer behov blant samarbeidsparter, spesielt politiet.
- Kan gi rom for oppsøkende arbeid.

Det har vært forventninger om at man igjennom det oppsøkende arbeidet skulle oppdage personer med behandlingsbehov, men som tidligere ikke hadde vært i kontakt med hjelpeapparatet eller som hjelpeapparatet ikke hadde maktet å gi et tilfredsstillende tilbud.

Erfaringene fra teamet er at man ikke har fått kontakt med uoppdagede personer med behandlingsbehov gjennom det oppsøkende arbeidet. Oppsøkende arbeid i form av det å gå gatelangs har ikke gitt resultater. Ansatte gir imidlertid uttrykk for at de har behov for å utvikle oppsøkende arbeid som metode

Utviklingen i teamet tyder på at arbeidet med henvisninger og behandling blir høyt prioritert, noe som kan ha skjedd på bekostning av oppsøkende arbeid, bekymringsmeldinger det å jobbe i forhold til pasienter på grunnlag av uformelle og

# 1 Innledning

Oppsøkende behandlingsteam i Stavanger (OBS) ble etablert høsten 2006. Teamet er et samarbeidsprosjekt mellom Stavanger kommune og Universitetssykehuset i Stavanger ved Psykiatrisk klinikk. I tjenestebeskrivelsen står det<sup>1</sup>: *”Gjennometablering av et tverrfaglig sammensatt ambulant team skal personer med alvorlig psykisk lidelse og sammensatte tilleggsproblemer, som tidligere ikke er fanget opp av eller falt ut av hjelpeapparatet, gis et behandlings- og botilbud hvor samme behandlingsmiljø skal håndtere og gi hjelp over tid”* I tjenestebeskrivelsen presiseres at begrepet ”behandling” innebærer oppdagelse, utredning, behandlings- og rehabiliteringstilbud.

IRIS har fått i oppdrag av styret for prosjektet Oppsøkende behandlingsteam i Stavanger å evaluere teamet. Evalueringen er planlagt gjennomført i to faser. I denne fasen evalueres struktur og organisering av OBS teamet. Vi har også intervjuet teamet samarbeidspartnere om deres syn på tjenestene fra OBS teamet. I neste fase er det planen å legge mer vekt på evaluering av nytten av teamet for pasientene og å undersøke i hvilken utstrekning målene for pasientbehandlingen blir nådd.

## 1.1 Bakgrunn

Stavanger kommune søkte i 2005 om midler fra Storbysatsingen psykiatri til samarbeidstiltak med Helse Stavanger HF (Brev av 09.03.05 til Fylkesmannen i Rogaland). I denne fasen søkte man om midler flere tiltak bl. a. til et utvidet ambulant team, som senere ble omdøpt til ”Oppsøkende behandlingsteam i Stavanger”, forkortet OBS. Opprettelsen av ambulante team var en del av Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006, og allerede i 2002 startet Psykiatrisk klinikk prosjektet med ambulante team (Eikeland 2005).

Arbeidet i teamet skulle rettes mot personer med psykiske lidelser og dobbeltdiagnose rus/psykiatri som tidligere ikke er fanget opp eller er falt ut av hjelpeapparatet. Spesielt gjelder det pasienter hvor rusmisbruket og lavt funksjonsnivå har gjort det umulig å utrede og behandle den psykiatriske tilstanden på en tilfredsstillende måte. Pasientgruppen er beskrevet som personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser, alvorlig traumatiserte, personer med alvorlig kognitiv svikt og/eller utviklingsforstyrrelser i tillegg til psykiatriske lidelse. Det kan være pasienter som er så psykisk og mentalt skadet av langvarig rusmisbruk at de ikke greier å følge opp vanlige tiltak<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> ”Beskrivelse av tjenestetilbudet for OBS-teamet – oppsøkende behandlingsteam i Stavanger.” Udatert. Kalles ”Tjenestebeskrivelsen” i senere henvisninger.

<sup>2</sup> (Brev av 24.06.05) fra Stavanger kommune til Fylkesmannen i Rogaland. Brevet er en utredning fra kommunen om begrunnelse for den tidligere prosjektsøknaden).

drive oppsøkende virksomhet på de arenaer hvor brukerne måtte oppholde seg, f. eks. gjennom kontakt med politiet, sosialkontor, Kirkens bymisjon eller andre aktuelle arenaer/instanser. Teamet skal ta i mot henvisninger fra andre tjenesteytere og respondere på bekymringsmeldinger.

Teamet forventes å ha hyppig kontakt med brukerne og å gi hjelp tilpasset den enkelte pasient. Det skal legges vekt på å styrke brukernes evne til mestring av krav fra hjelpeapparatet så som bestilling av tid, koder for atferd i helse- og sosialtjenesten osv. Målet for kontakten med helse- og sosialtjenesten er ikke nødvendigvis rusfrihet, men også skadereduksjon.

OBS-teamet skal etter planen kunne følge opp en avgrenset gruppe brukere over så lang tid som 2-3 år og skal samarbeide med aktuelle tjenesteytere på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet kan omfatte boligtiltak, kommunale helse- og sosialtjenester, tilbud i spesialisthelsetjenesten mm. En viktig del av arbeidet er å bygge bro mellom første- og andrelinjetjenesten.

Tjenestebeskrivelsen peker på at det er viktig å ha fokus på støtte og omsorg – ikke bare behandling, bruke ansatte som brobyggere og arbeide med skadereduksjon.

I budsjetteringen av stillinger i teamet er det satt opp en innsats tilsvarende fire stillinger til det oppsøkende arbeidet og fire stillinger til å ta seg av bekymringsmeldinger, og i tillegg fire behandlingsstillinger med trygderefusjon. Arbeidsdelingen mellom de ansatte i teamet følger imidlertid ikke inndelingen nevnt ovenfor. Alle ansatte arbeider nå (høsten 07) med alle typer oppgaver og teamet har fått godkjent at alle stillingene får trygderefusjon for henviste pasienter. Produksjonskravene i Helse Stavanger HF tilsvarer imidlertid kun av fire stillingene, tilsvarende 1600 konsultasjoner årlig.

Hver ansatt i behandlingsstilling hadde i 2007 mellom 6 og 10 pasienter. I løpet av året har teamet hatt totalt 69 pasienter, tilsvarende 2811 konsultasjoner. Av pasientene var 53 menn og 15 kvinner.

Teamet har i 2007 behandlet 86 bekymringsmeldinger med 3-4 konsultasjoner per melding. Bekymringsmeldingene gjaldt 62 menn og 24 kvinner.

### **Organisering**

I forkant av søknadsprosessen om midler, ble det utarbeidet et styringsdokument for Utvidet ambulant team (senere OBS). I dette dokumentet ble det gjort rede for målet med teamet og beskrivelse av målgruppen. De ble opprettet en styringsgruppe for prosjektet med medlemmer fra Stavanger kommune og Helse Stavanger HF samt mandat for styringsgruppen. Det ble også opprettet en egen prosjektgruppe sammensatt av en prosjektleder og representanter for ulike tjenestesteder i kommunen og i Helse Stavanger HF. Også prosjektgruppen fikk et eget mandat.

Styringsgruppen arbeidet den første tiden med godkjenning av styringsdokument, definering av brukergruppen, forholdet til brukerorganisasjoner og ansettelse. Prosjektgruppen stod for framdriften av prosjektet, satte opp budsjetter og behandlet plandokumenter og søknader.

utvikling kan tenkes å være nedprioritering av oppgaver som oppsøkende virksomhet, arbeid med bekymringsmeldinger, rolle som brobygger mellom tjenestenivåene og utvikling av nye samarbeidsformer. I evalueringen vil det derfor være aktuelt å undersøke forståelsen av oppsøkende arbeid som metode i teamet, respons på og oppmuntring til bruk av bekymringsmeldinger. I evalueringen må man stille spørsmål om hvilke utviklingslinjer teamet skal følge.

Et sentralt tema i evalueringen, som har sammenheng med det foregående avsnittet, er om teamet som et prosjekt kan finne fram til en god rolle/funksjon som dekker behovet for samhandling mellom de to forvaltningsnivåene. Et spørsmål i denne forbindelsen er om teamets rolle vil kunne utvikle et nytt praksisfelt med felles ideologi, etikk, forståelse av oppgaver og en tydelig tjenesteprofil.

OBS-teamet er inne i en prosjektfase, og det er viktig å undersøke i hvilken grad man i praksis har nådd den planlagte målgruppen, hvilke utfordringer som er knyttet til kriterier for inntak i teamet og eventuelt hvilke justeringer som bør diskuteres.

Teamorganiseringen innebærer samarbeid mellom fagfolk med ulik, men antakelig komplementær kompetanse innen områder som diagnostisering, behandling, omsorg og rehabilitering. I den situasjonen er det et mål at teamet skal stimulere til gjensidig læring og kompetanseflyt mellom tjenestenivåene. I evalueringen vil det være av interesse å se i hvilken grad teamet bidrar til innovasjon i ordinære tjenestene. I dette ligger også spørsmål om utvikling av arbeidsmetoder, holdninger og verdier i teamet, utvikling av kunnskap og det å skape en felles forståelse av teamets oppgaver.

### **Evalueringen i to faser**

Evalueringen planlegges gjennomført i to faser. I denne første fasen prioriteres organisatoriske forhold mens konsekvenser for pasienter skal være hovedtemaet i den andre fasen.

## **2.2 Teori**

Det foreligger mye forskning knyttet til tjenester til den aktuelle målgruppen for OBS-teamet. I den internasjonale litteraturen omtales tiltaket "Assertive Community Treatment" (ACT), men også "Community Mental Health Teams" (CMHT) er brukt. På norsk har man brukt oversettelser som "oppsøkende team-tjenester utenfor sykehus" eller som i Stavanger "Oppsøkende behandlingsteam". I Danmark er betegnelsen "oppsøgende psykoseteam" bruk (Notat fra Sykehuset Østfold og etablering av ACT-team i Mossregionen).

En oppsummerende artikkel i Cochrane (Marshall og Lockwood 1998) konkludere med at pasienter henvist til ACT behandling klarer seg bedre enn pasienter/brukere som bare får standard tjenester fra kommunen eller sykehusbasert rehabilitering på mange områder. I planleggingen av OBS teamet ble det gjennomført litteratursøk i Cochrane, og flere av de nevnte kildene ble brukt som bakgrunnsmateriale for utformingen av teamet.

- Lege tilknyttet Oppsøkende behandlingsteam i Stavanger
- 10 heltidsansatte behandlere ved Oppsøkende behandlingsteam i Stavanger; sosionomer, psykiatriske sykepleiere og psykolog. Ansatte ved OBS er intervjuet personlig med evaluator.
- Intervju med sosialtjenesten i Stavanger kommune er gjennomført med sosialleder og en eller flere saksbehandlere til stede. Ved rehabiliteringsseksjonen deltok leder og to saksbehandlere. Ved rus- og psykoseposten Helse Stavanger HF deltok sosionom og oversykepleier. Ved de andre samarbeidspartnere deltok en ansvarlig person for kontakten med OBS.

### **Deltaking og observasjon**

Evaluator har deltatt i ulike møter med ansatte i OBS teamet:

#### Personalmøter

- Behandlingsmøter
- Prosessveiledning med ekstern veileder
- Faglig veiledning med ekstern veileder

#### Dokumenter

- Søknads- og plandokumenter
- Møtereferater og notater

## **4 Synspunkt og reaksjoner fra ansatte**

Dette kapitlet bygger på intervju med ansatte behandlere, daglig leder for teamet, prosjektleder og evaluators egne observasjoner gjennom deltaking i møter, se kapittel 2.

### **4.1 Behandlere – forventinger til teamarbeid**

Behandlerne gir uttrykk for at de hadde store forventninger til å begynne i teamet. Ansatte som kom fra førstelinjetjenesten så fram til å begynne i spesialisthelsetjenesten med nye utfordringer og et spennende arbeidsfelt. Alle hadde store forventninger til det å jobbe i team, tverrfaglig, jobbe med oppsøkende arbeid og delta i et utviklingsprosjekt.

De første som ble ansatt oppdaget imidlertid at mye var uavklart når det gjaldt organisering og det var mye usikkerhet om arbeidstider og turnus. Lite var klarlagt om hvordan man skulle jobbe, og metoder og mål for det oppsøkende arbeidet var ikke på plass. På mange områder ble forventningene til den nye jobben ikke innfridd.

Mange opplever at det ikke er blitt noe av teamarbeidet. Ansatte jobber mye alene og i høyden sammen med en annen kollega. Det skjer lite læring av hverandre og lite deling og gjennomdrøfting av erfaringer, er en vanlig oppfatning blant de ansatte. En av de

Et annet problem er kontakten med samarbeidspartnere. Samarbeidspartnere som selv ikke arbeider i turnus, som for eksempel sosialkontorene, er avhengig av møter på vanlig dagtid. Ansatte som går i turnus, vil derfor få problemer med å følge opp møter i ansvarsgrupper på sosialkontorene og ellers være tilgjengelige i saker som angår felles klienter.

Turnusen har uheldige konsekvenser for kontakten med pasientene. Selv om ansatte dekker helge- og kveldsvakter, dekkes ikke alltid behovet for kontakt på dagtid. Konsultasjoner med pasienter på kvelds- og helgevakter er mindre etterspurt enn forventet. En ansatt melder kun å ha hatt en person med problemer innen rus og psykiatri på kveldstid. Flere rapporterer at det er mange unyttige arbeidstimer kvelder og helger.

Turnusen går ut over kvalitetssikring av arbeidet. I mange saker der det behov for kontakt med kolleger, fordi ansatte representerer ulike kompetanse og har ulik erfaringsbakgrunn. Det oppstår situasjoner der man har behov for å drøfte ting med kolleger, men turnusen gjør det vanskelig å treffe kolleger.

En ansatt kommenterer at kollegene bare møtes en gang i uka, og at man da ikke rekker å få lagt fram problemer og saker man er opptatt av.

Enkelte ansatte har erfaringer med at arbeid i helger kan være nyttige for å ta vare på relasjoner til pasienter, mens andre mener at pasienter ikke ønsker å treffe behandlere i helger.

### 4.3 Oppsøkende arbeid og målgruppe

Oppsøkende arbeid er en sentral arbeidsmetode i teamet. Grunnlaget for opprettelsen av teamet var å gi et tilbud til personer med alvorlige plager og sosiale problemer som av ulike grunner falt utenfor det ordinære hjelpeapparatet. Personer i målgruppa kan være lite tilgjengelige for det ordinære hjelpeapparatet og i liten grad innordne seg under behandlingsregimer eller motsette seg kontakt og behandling. Nettopp fordi en forventet at personer i målgruppa ville ha vansker med å møte til avtaler på rette tider og følge alle instruksjoner, la man forholdene til rette for at teamansatte skulle oppsøke pasientene der de måtte befinne seg, i hjemmet eller andre steder.

Oppsøkende arbeid som metode skulle sette behandlerne i posisjon overfor pasienten, skape tillit til og motivere for fortsatt kontakt og behandling.

Et annet og like viktig mål med det oppsøkende arbeidet var å fange opp personer med behandlingsbehov, men som var ukjente for de ordinære helse- og sosialtjenestene.

Erfaringene fra teamet er at man ikke har fått kontakt med uoppdagede personer med behandlingsbehov gjennom det oppsøkende arbeidet. Oppsøkende arbeid i form av det å gå gatelangs har ikke gitt resultater, mener mange av de ansatte. Bruk av turnus på kveld og i helger har ikke ført til rekruttering av uoppdagede hjelpetrequende. *“Det er ikke mange uoppdaga pasienter i Stavanger”* mener en ansatt.



tilbud fra hjelpeapparatet, både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Noen ganger opplever ansatte i teamet at de tar på seg oppgaver som andre kunne ha gjort. Det er eksempler på at teamet blir kontaktet av psykiatrisk klinikk med forespørsel om å følge pasienter til tannlegen eller andre steder. Ansatte ser det ikke som sin oppgave å være transporthjelp for andre instanser, men tjenestebeskrivelsen åpner opp for dette (sitat): ”Team-medlemmer følger gjerne også personer når de skal benyttet seg av andre tjenester”. Det å følge pasienter til andre tjenester er i samsvar med retningslinjene for teamet som en del av det å bli kjent med eller komme i posisjon i forhold til pasienten. Ansatte mener åpenbart at de overtar forpliktelser som andre instanser skulle ha tatt seg av. Når en person er innlagt på Psykiatrisk klinikk, er det klinikkens ansvar å sørge for slike ting, er oppfatningen blant ansatte.

Ansatte kommenterer at kontakt med teamet har en stabiliserende virkning på pasientene, at det for eksempel blir mindre rusing, at man får mer ordna boligforhold og ryddigere økonomi.

Det kan være vanskelig å avslutte saker, kommenterer ansatte. En sak kan synes å gå mot sin avslutning, men så kan det oppstå nye kriser for pasienten, og behandlingen må fortsette.

#### 4.4 Ledelse og prosesser i teamet

Blant mange ansatte er det stor misnøye med arbeidsprosesser i teamet. Ansatte har en oppfatning om at teamet ikke er ledet på en tilfresstillende måte med hensyn til daglige rutiner og personalpolitikk. Det er mangel på struktur og rutiner i forhold til møtevirksomhet, samhandling i teamet, kommunikasjon utad til andre instanser og felles forståelse av mål og oppgaver, hevdes det. Ansatte opplever at teamet ikke har noen felles *ideologi* eller eierforhold til verken målgruppe, arbeidsmetode eller behandling. System for veiledning etterlyses.

Ansatte har uttalt at det er en tilfeldig struktur på felles møter og dårlig tidsbruk. Tiden på møtene forsvinner uten at de ansatte får tatt opp saker de ønsker. Noe tid går vekk ved at folk ikke møter til fastsatte tider og at det kan bli for mye forstyrrelser ved bruk av mobiltelefoner. Ansatte er imidlertid enige om at det er et felles ansvar å stramme inn på disse ”utglidningene”.

Teamet som støttespiller i pasientarbeidet blir mindre og mindre, hevder ansatte. Det blir liten tid til å drøfte pasientsaker og faglige samtaler kolleger imellom, når det bare er 2-3 personer på jobb samtidig. Det hevdes også at det er vanskelig å få tid til å ta opp saker med teamleder. Ansatte ser en tendens til at de glir inn i et ”sololøp” i forhold til egne pasienter og at det blir vanskelig å få i stand noen form for fellesskap omkring pasientbehandling.

En ansatt sier: *”Jeg jobber mye alene, arbeidsdagen blir ensformig og jeg opplever ikke å være del av et team”.*

En annen sier: *”Turnus gjør teamarbeidet vanskelig. Den nåværende organiseringen er ikke hensiktsmessig i forhold til mandatet”.*

Lassahagen har erfart at OBS-teamet fyller et behov for pasienter som kan glippe ut av behandling og hjelpe til med å få struktur på økonomi og kosthold og gi praktisk hjelp. OBS-teamet hjelper også pasienten med å etablere kontakt med sosialkontor, psykisk helsevern, psykisk helsearbeid og med kartlegging.

### **5.3 Samarbeid med sosialtjenesten**

OBS-teamet har flere pasienter/brukere felles med sosialtjenesten i Stavanger. Erfaringene fra sosialtjenesten varierer en del. Vi gjengir her erfaringer fra tre sosialtjenester.

#### **Sosialkontor 1**

Kontoret har ulike erfaringer med OBS teamet. Kontorleder mener det som går igjen er at terskelen for å bli tatt opp i teamet er for høy og at kriteriene for opptak er uklare. Det foreligger en brosjyre om teamet, men saksbehandlere ved kontoret mener at inntakspraksis ikke alltid stemmer overens med opplysninger i brosjyren. Ansatte ved sosialkontoret mener at de er feilinformert og at brosjyren skaper feil forventninger. Det er mye tvil på kontoret om psykiatri som henvisningsgrunn.

Saksbehandlere ved sosialkontoret opplever at klienter som er henvist til OBS er blitt avvist med den begrunnelsen om at klienten ikke har en psykisk lidelse. Saksbehandlere ved sosialkontoret har ikke vært enig i den begrunnelsen, men opplever at de står svakt, fordi man ikke kan stille diagnoser. Andre ansatte, mener derimot at henvisninger kan foregå smidig og at man gjennom telefonkontakt kan avklare kriterier for inntak.

Sett fra de ansattes side er likevel det største problemet uenigheten om målgrupper for OBS, og sosialtjenesten opplever at de ikke får den hjelpen de hadde forventet, selv om erfaringen kan være litt forskjellige blant de ansatte. Oppfølgingen av klienter av klienter i OBS er imidlertid god, mener saksbehandlere ved kontoret. OBS kan ta tett oppfølging av klienter og få i gang prosesser, noe man ved kontoret mener er viktig. OBS er gode til å skape kontakt med klienter og er flinke til å komme i posisjon overfor klientene, sier saksbehandlere ved kontoret. OBS følger opp klientene på en god måte, og støtter sosialkontoret i vanskelige saker. Leder for kontoret mener at det er et stort behov for tjenestene fra OBS.

Saksbehandlere ved kontoret er imidlertid ikke fullt oppmerksom på muligheten for å sende bekymringsmeldinger til OBS. Informasjonen fra OBS teamet ser ikke ut til å ha vært tilstrekkelig om bruken av bekymringsmeldinger.

Sett fra sosialkontorets ståsted oppfattes OBS teamet som en ren spesialisthelsetjeneste og man ser ingen spesiell nytte av at noen av behandlerne i teamet er kommunalt ansatt, men det er en fordel at de kommunalt ansatte har god kjennskap til det kommunale systemet.

Ved sosialkontoret mener man at turnusordningen i OBS kan være en fordel for den aktuelle klientgruppen og ser det som nyttig at klienter kan møte behandlere i teamet om kveldene. Ansatte er mer usikre på verdien av tjenester i helgene.

Saksbehandlere ved sosialkontoret erfarer også at OBS er et nyttig bindeledd mot kriminalomsorgen. OBS deltar i ansvarsgrupper, med løslatte personer og kan gå inn med støttetilbud. Erfaringene ved kontoret er at når OBS først har gått inn i en sak, slipper de ikke taket.

### **Sosialkontor III**

Ansatte ved dette sosialkontoret gir uttrykk for blandede erfaringer med OBS-teamet. Man ser at OBS kan bidra med oppfølging ute i feltet, at de kan hente og bringe kliner til ulike ærend, yte praktisk bistand til daglige gjøremål ellers, delta i ansvarsgrupper, stabilisere bolig og hjelpe til med medisiner.

Saksbehandlere har imidlertid enkelte dårlige erfaringer fra konkrete saker de har samarbeidet om med OBS.

I ett tilfelle fulgte OBS ikke opp en pasient som var utskrevet fra institusjon, på tross av avtale med sosialkontoret. I et annet tilfelle skulle OBS skifte kontaktperson for en meget syk, bostedsløs person, men planlagt oppfølgingen fra OBS ble oppfattet som mangelfull og sosialkontoret hadde store problemer med å få tak i den nye kontaktpersonen. Det ble også gjort avtale med miljøarbeidertjenesten i kommunen, noe som krevde koordinering mellom partene, men OBS teamet fulgte ikke opp som forventet. Sosialkontoret påpeker også at representanter for OBS teamet ikke stilte opp på flere planlagte møter på sosialkontoret. *"Det ser ut til at OBS velger seg vekk fra oppfølging"* kommenterer kontorlederen.

Tilgjengeligheten til OBS teamet oppleves generelt som vanskelig, og saksbehandlere på kontoret har erfart at det kan være vanskelig å få kontakt med OBS teamet i enkeltsaker.

Ansatte ved sosialkontoret mener at OBS teamet praktiserer taushetsplikten på feil måte i enkelte saker. I et tilfelle blir det vist til en konkret sak med en klient som ble oppfattet som meget vanskelig og aggressiv. Sosialkontoret hadde behov for opplysninger fra OBS, men dette ble avvist med henvisning til taushetsplikten.

Saksbehandlere har erfart at de tar veldig lang tid fra en henvisning er sendt til OBS til kontoret får noe reaksjon, og kontoret har måttet purre flere ganger.

Kontoret har i liten grad nyttet seg bekymringsmeldinger, i ett tilfelle det gikk flere uker før kontoret fikk reaksjon på en melding.

På den positive siden har man ved sosialkontoret gode erfaringer med OBS teamet når oppfølging av pasienter først er kommet i gang og kontaktperson er på plass. I noen saker har kontoret sett en god utvikling for pasienten, og sosialkontoret har kunnet trekke seg tilbake i sakene.

Et sentralt ankepunkt mot OBS teamet fra sosialkontoret er manglende tilgjengelighet til teamet. Ved sosialkontoret har man en mistanke om at turnusen i teamet kan være en mulig forklaring på dårlig tilgjengelighet. Sett fra sosialkontorets ståsted er det viktigst med tilgjengelighet på dagtid fram til kl 15:00, kontoret har ikke behov for kontakt etter det.

Rehabiliteringsseksjonen har forsøkt å bruke bekymringsmelding til OBS, men kom ingen vei, fordi OBS ikke ville ta saken.

### Oppsummering

- Viktig å avklare roller, fordeling av ansvar og oppgaver med seksjonen og OBS.
- Har blitt bedre å jobbe med psykisk syke pasienter etter at OBS startet.
- OBS kommer i god kontakt med klienter og gjør en god jobb når kontakt først er etablert.
- Vanskelig å få etablert kontakt om pasienter.
- Generelt mye mas, for å få kontakt.
- Dårlig erfaring med bekymringsmelding.

## 5.4 Psykiatrisk klinikk

Representanter for Psykiatrisk klinikk opplever at OBS teamet skaper nye rammer for kontakt og behandling av pasienter. Rus og psykiatriposten kan stabilisere pasientene psykisk, men har problemer med å behandle rusavhengigheten, kommenterer ansatte ved klinikken. Her kommer tjenesten fra OBS inn; de kan hjelpe brukerne på lang sikt med motivasjonsarbeid på en annen måte enn psykiatrisk klinikk. Det er en styrke at OBS kan drive oppsøkende arbeid og tilby pasientkontakt. Tjenestene fra OBS utfyller tjenester fra klinikken, sier ansatte.

Ansatte ved posten oppfatter at OBS gjør et godt arbeid for de aller tyngste pasientene; de som ellers ikke møter opp noen plass. For denne pasientgruppen er OBS et unikt tilbud. Sett fra psykiatriens synspunkt, er den en fordel at OBS er tilknyttet psykisk helsevern. Det gjør det lett å få tak i ansatte i teamet og det er enklere for ansatte i teamet å holde kontakt med innlagte pasienter.

Ved akuttposten har man ikke merket noen effekt av OBS i helger og på kvelder. Hittil er ingen pasienter innlagt via OBS.

## 6 Konklusjoner og anbefalinger

Målet for oppsøkende behandlingsteam i Stavanger er å yte tjenester til brukergrupper med alvorlig og vedvarende psykisk lidelse, rusmiddelmisbruk og andre tilleggsproblemer. Teamet skal spesielt ta seg av personer som faller utenfor det ordinære hjelpeapparatet helt eller delvis, av ulike grunner. Teamet har nå fungert i noe over et år. Denne rapporten dokumenterer erfaringer fra samarbeidspartene til teamet og erfaringer med organisering og prosesser i teamet. Erfaringene er innhentet sent på høsten 2007 som en del av evalueringen av teamet.

Noen av de mest aktuelle samarbeidspartnerne for teamet er politiet, sosialtjenesten i bydelene i Stavanger, psykiatrisk klinikk og rehabiliteringsseksjonen i kommunen.

praksisen ikke blir fulgt opp i forventet grad. Teamet kan likevel dokumentere at de vanligvis har en del saker til observasjon og vurdering på et uformelt grunnlag. Det ser ut til å være et enn viss avstand mellom erfaringer fra samarbeidspartnere og teamet egne erfaringer, når det gjelder slike saker. Forklaringer er trolig at praksis i teamet kan variere og at samarbeidsparter ikke får god nok begrunnelse for at teamet ikke vil gå inn i en sak.

### **Prioritering av arbeidsoppgaver**

Som beskrevet i avsnitt 1.1 er temaet budsjettert med en innsats tilsvarende fire stillinger til det oppsøkende arbeidet og fire stillinger til å ta seg av bekymringsmeldinger, og i tillegg fire behandlingsstillinger med trygderefusjon. I praksis fikk alle stillingene trygderefusjon for henvisninger. De budsjetterte stillingene er etter vårt syn en god modell for utøvelsen tjenester og mål for OBS teamet. Oppgavefordelingen burde kunne representere tilstrekkelig ressurser til å dekke de ulike oppgavene. I praksis utfører teamet langt flere konsultasjoner med trygderefusjon enn budsjettert. Dette er en konsekvens av langsiktig oppfølging av pasienter, slik at hver pasient representerer mange konsultasjoner, i gjennomsnitt drøyt 40 konsultasjoner per pasient eller rundt 255 konsultasjoner per ansatt, gitt 11 ansatte i hel stilling. Dette viser at de ansatte avsetter mye tid til konsultasjoner med trygderefusjon.

I tillegg har teamet arbeidet med 86 bekymringsmeldinger i løpet av 2007 med et gjennomsnitt på 3 til 4 konsultasjoner per melding. Trukket fra ferier med mer vil det si at temaet behandler om lag 10 bekymringsmeldinger per måned.

Utviklingen i teamet tyder på at arbeidet med henvisninger og behandling blir høyt prioritert, noe som kan ha skjedd på bekostning av oppgaver uten trygderefusjon så som oppsøkende virksomhet, arbeid med bekymringsmeldinger, det å jobbe i forhold til pasienter på grunnlag av uformelle og uklare henvendelser. Det er særlig denne delen av teamets virksomhet (med unntak av oppsøkende virksomhet) som samarbeidsparter har kommentert og hvor man har etterlyst bedre tjenester fra teamet.

Denne mulige ”vridningen” av tjenesteprofilen som til en viss grad kan etterspores, sett på bakgrunn av tjenestebeskrivelsen, kan skyldes de rammebetingelser teamet arbeider under. Førings av journaler på grunnlag av bekymringsmeldinger og uklare henvendelser har vært problematisk. For å gjøre dette arbeidet lettere har man søkt om å få installert PCer med tilgang til kommunen sine datasystemer, men det er ikke innvilget. En slik ordning kunne ha blitt en god kommunikasjonsveg mellom kommune og OBS. Her kunne OBS har lagt inn bekymringsmeldinger og sjekket ut informasjon fra kommunen sine systemer. I journalsystemet i Helse Stavanger HF har det ikke vært tillatt å legge inn informasjon som ikke er knyttet til pasientopplysninger. Dette har bidratt til å gi teamet et noe ”trangt” handlingsrom for mer uformelle arbeidsmåter og å kommunisere dårligere med det kommunale nivået.

### **Utfordringer**

Enkelte sosialkontor har klaget over at representanter for OBS teamet ikke har møtt til avtalte møter og har unnlatt å følge opp avtaler om oppfølging av pasienter. Dette avspeiler at det forekommer en avvik i rutiner ved OBS teamet. Slike forhold er selvsagt uheldige og kan bidra til å gi OBS et mindre godt omdømme blant nære

2007 med leder av prosjektet "Udenfor" i København. Dette har likevel ikke vært tilstrekkelig til å dekke behovet for samhandling innen teamet. Introduksjon av turnus på dagtid, kveld og i helger, i løpet av 2007, har splittet teamet opp og ført til begrensninger i gjensidig kontakt.

Teamet har rekruttert personer både med bakgrunn i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og sosialtjeneste. For enkelte av de kommuneansatte virker spesialistrollen litt overveldende i møte med forventninger fra samarbeidspartnere og interne krav til journalføring. For ansatte med bakgrunn i sosialt arbeid og miljøarbeid skulle imidlertid teamet arbeidsmåter passe meget bra.

I tjenestebeskrivelsen for teamet heter det at *alle skal være opptatt og oppdatert på miljøterapi på pasientens hjemmearena og at alle bør ha et ansvar med tanke på utredning, samtaleterapeutisk behandling, ansvar for individuell plan, diagnostisering med mer*. Alle ansatte har ikke like mye erfaring og formell utdanning på de aktuelle fagområdene, spesielt når det gjelder diagnostisering og behandling. Så lenge det ikke er noen arbeidsdeling mellom ansatte, og alle skal delta i alle oppgaver, bør de som mener å ha behov for det, få faglig oppdatering og etterutdanning.

### **Turnus**

Etter påske 2007 innførte prosjektet en turnusordning som dekket arbeidstid på dag- og kveldstid til kl 2200 samt i helger, lørdag søndag. Hensikten med turnusen var å styrke det oppsøkende arbeidet på kveld og i helger. Turnusen har både fordeler og ulemper.

Flere av de ansatte peker på disse ulempene med turnusordningen:

- Hindrer muligheter til å lære av hverandres erfaringer.
- Går ut over kvalitetssikring av arbeidet.
- Vanskelig å organisere tverrfaglig utveksling.
- Vanskelig å delta i interne møter i teamet, så som behandlings- og personalmøter. Ansatte må bruke fritid for delta på møter.
- Felles møter blir for korte til å gå igjennom aktuelle saker.
- Tilgjengelighet og kontakt med samarbeidsparter, spesielt sosialtjenesten er til tider dårlig.
- Behov for konsultasjoner med pasienter i helger og på kveldsvakter er mindre enn forventet. Det meldes om mange unyttige arbeidstimer helg og kvelder.

Som beskrevet i avsnitt 1.1 er temaet budsjettert med en innsats tilsvarende fire stillinger til det oppsøkende arbeidet og fire stillinger til å ta seg av bekymringsmeldinger, og i tillegg fire behandlingsstillinger med trygderefusjon. I praksis fikk alle stillingene trygderefusjon for henvisninger. De budsjetterte stillingene er etter vårt syn en god modell for utøvelsen tjenester og mål for OBS teamet. Oppgavefordelingen burde kunne representere tilstrekkelig ressurser til å dekke de ulike oppgavene. I praksis utfører teamet langt flere konsultasjoner med trygderefusjon enn budsjettert. Dette er en konsekvens av langsiktig oppfølging av pasienter, slik at hver pasient representerer mange konsultasjoner, i gjennomsnitt drøyt 40 konsultasjoner per pasient eller rundt 255 konsultasjoner, gitt 11 ansatte i hel stilling. Dette tyder på at de ansatte avsetter mye tid til konsultasjoner med trygderefusjon.

I tillegg har teamet arbeidet med 86 bekymringsmeldinger i løpet av 2007 med et gjennomsnitt på 3 til 4 konsultasjoner per melding. Trukket fra ferier med mer vil det si at temaet behandler om lag 10 bekymringsmeldinger per måned.

Utviklingen i teamet tyder på at arbeidet med henvisninger og behandling blir høyt prioritert, noe som kan ha skjedd på bekostning av oppsøkende arbeid, bekymringsmeldinger det å jobbe i forhold til pasienter på grunnlag av uformelle og uklare henvendelser. Det er særlig denne delen av teamets virksomhet (med unntak av oppsøkende virksomhet) som kommunale samarbeidsparter har kommentert, og hvor man har etterlyst bedre tjenester fra teamet; fasen før en klient er henvist eller har fått rett til helsehjelp.

Den "vridningen" av tjenesteprofilen som til en viss grad har utviklet seg, sett på bakgrunn av tjenestebeskrivelsen, kan skyldes de rammebetingelser teamet arbeider under. For å gjøre dette arbeidet lettere har man søkt om å få installert PCer med tilgang til kommunen sine datasystemer, men dette er ikke innvilget. En slik ordning kunne ha blitt en god kommunikasjonsveg mellom kommune og OBS. Her kunne OBS ha lagt inn bekymringsmeldinger og sjekket ut informasjon fra kommunen sine systemer. I journalsystemet i Helse Stavanger har det ikke vært tillatt å legge inn informasjon som ikke er knyttet til pasientopplysninger. Dette har bidratt til å gi teamet et noe "trangt" handlingsrom for mer uformelle arbeidsmåter og å kommunisere dårligere med det kommunale nivået.

Ansatte har uttrykt behov for ytterligere kvalifisering i metoder for oppsøkende arbeid, og det er et arbeid som bør fortsette, utover den avtalen teamet har med prosjektet "Udenfor" i København. I denne forbindelse kan en tenke på erfaringer fra England, Tøyen prosjektet, ACT-teamet i Mosseregionen og andre storbyprosjekter.

### **Ledelse og prosesser i teamet**

Ansatte har en oppfatning om at teamet ikke er ledet på en tilfresstillende måte med hensyn til daglige rutiner og personalledelse. Det er mangel på struktur og rutiner i forhold til møtevirksomhet, samhandling i teamet, kommunikasjon utad til andre instanser og felles forståelse av mål og oppgaver. Ansatte hevder at teamet ikke har noen felles *ideologi* eller eierforhold til verken målgruppe, arbeidsmetode eller behandling. Ansatte har uttalt at det er en tilfeldig struktur på møtene, dårlig tidsbruk, tiden forsvinner og folk får ikke tatt opp saker de ønsker. Flere ansatte opplever at de

PUT har fremdeles oppgaven som inntaksteam for OBS pasienter. Det var derfor klart fra starten av at OBS ville bli underlagt administrative rammer og rutiner knyttet til spesialisthelsetjenesten. Krav til dokumentasjon og integrering i organisasjonen i spesialisthelsetjenesten har likevel vært en utfordring for teamet. Som vist i kapittel 4 har spesielt de kommunalt ansatte følt seg ubekvemme med rollen som ”behandler” og ”spesialist” i en psykiatrisk klinikk.

Styrken ved å være tilknyttet psykiatrisk klinikk er nærhet til et profesjonelt fagmiljø, og god kontakt med rus- og psykiatriposten på klinikken. Selv om det er et etterutdanningsbehov i teamet og behov for mer faglig veiledning, er slike tilbud bedre enn i kommunen, har ansatte erfart.

Teamet arbeider med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk, begge deler tjenesteområder i spesialisthelsetjenesten. Boligforhold, utvikling av sosialt nettverk, mestring av daglige gjøremål og sosialt arbeid er i større grad tjenester i den kommunale helse- og sosialtjeneste. Kompetansemessig er dette løst ved at halvparten av behandlerne er kommunalt ansatte og har bakgrunn i sosialt arbeid og miljøarbeid. Det er også denne gruppen som er noe mindre komfortabel med rollen som ”speisialist” og kravene til journalføring i spesialisthelsetjenesten.

Samarbeidspartnerne oppfatter OBS som en spesialisthelsetjeneste og synes å foretrekke denne tilknytningen. Et unntak er rehabiliteringsseksjonen som ser fordel av en sterkere integrering av de to tjenestene, siden de har mange felles klienter og arbeidsmåter.

Så langt vil vi anbefale at OBS-teamet forsetter som en del av spesialisthelsetjenesten, under forutsetning av at følgende områder styrkes: oppsøkende arbeid som metode, jobbing på et mer uformelt grunnlag overfor pasientene, mulighet for kontakt på grunnlag av mer uformelle henvendelser, arbeidet med bekymringsmeldinger og samhandling med kommunale tjenestesteder.

OBS skal jobbe i grenseflaten mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten. I spesialisthelsetjenesten har de distriktpspsykiatriske sentra fått et spesielt ansvar for samarbeid med kommunene (Sosial- og helsedirektoratet: Distriktpspsykiatriske sentre, 2006). En tilknytning til DPS kan derfor være en løsning for den organisatoriske tilknytningen til teamet.

## 6.1 Anbefalinger

Den nåværende turnusordningen justeres. Tilgjengelighet på dagtid prioriteres sterkere, men ulike hensyn tilsier at teamet bør være tilgjengelig på kveldstid fram til kl 20:00. Erfaringer så langt, tyder på at helgevakter kan nedprioriteres.

Teamet har et faglig utfordrende arbeid og må utforske nye veier i behandling av meget syke personer. Teamet har derfor behov for et utvidet tilbud om faglig utvikling, veiledning og faglig oppdatering.

Det er behov for å legge forholdene til rette for å styrke teamarbeidet og samhandlingen mellom ansatte, i tråd med tjenestebeskrivelsen for teamet.



Eikeland, Tone, B. (2006). Evaluering av ambulante grupper Fase 3, 2005-2006. Samhandling og kompetanseoverføring i hjelpeapparatet. Rapport IRIS – 2006/90.

Helsetilsynet (2007). Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Rapport fra Helsetilsynet 8/2007.

Lie, T. og S. M. Nesvåg (2006). Betydningen av ulike psykososiale tiltak i rehabiliteringen av opioidavhengige i substitusjonsbehandling – en kunnskapsoppsummering. IRIS rapport 2006/161.

Lilleeng, S. (2007). Pasienter med rusmiddelmissbruk og samtidige psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. Rapport SINTEF Helse A1159.

Marshall A. & A. Lockwood (2007). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998 Issue 2.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Distrikopsykiatriske sentre. IS-1388.

Sosial- og helsedirektoratet. Veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. IS-1332.

Steinberg, Sissel og Mitch Loeb (2007). De ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid – samhandling og organisering. Rapport SINTEF A1367.

Stein, L. I. (År?). Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness.

St prp nr 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.

Sykehuset i Østfold (2006). Etablering av et ACT-team i Moss, Rygge, Råde og Våler.

Østnorsk kompetansesenter. (2007) Tiltak for personer med alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmiddelproblem. Oversikt.