



International Research Institute of Stavanger

www.irisresearch.no

Tone Bergljot Eikeland

**Evaluering av ambulante grupper.
Fase 3, 2005-2006.**

**Samhandling og
kompetanseoverføring i
hjelpeapparatet.**

Rapport IRIS - 2006/090

Prosjektnummer: 7201965
Prosjektets tittel: Evaluering av ambulante tjenester, fase 3
Oppdragsgiver(e): Helse Stavanger HF
Forskningsprogram:
ISBN: 82-490-0451-5
Gradering: Åpen

Stavanger, 18.06.2006

for Tone B. Eikeland
prosjektleder

Kari Aarheim
Sign.dato

Sverre Nesvåg
Sverre Nesvåg
Kvalitetssikrer

20/6-06
Sign.dato

Gottfried Heinzerling
Gottfried Heinzerling
Senterleder
(Samfunns- og næringsutvikling)

20/06-06
Sign.dato

Forord

Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helse Stavanger HF, Psykiatrisk klinikk, Avdeling for unge voksne. I rapporten presenteres resultater og analyse fra 2. fase i en evaluering av ambulante tjenester i regi av ambulante grupper i Sandnes og Stavanger. Evalueringen er en oppfølgingsstudie av undersøkelsen gjort i 2004/2005, der vi fokuserte på effekt av ambulante tiltak på dobbeltdiagnosepasienters mestringsevne. I denne fasen blir samhandling og kompetanseoverføring i hjelpeapparatet spesielt vektlagt. Videre i prosjektet skal resultatene fra disse undersøkelsene brukes i utarbeiding av opplegg for workshops, som skal arrangeres i 2006/2007. Fra 2007 og fram til prosjektavslutning i 2008 skal resultater fra evalueringene, og fra workshops samles og oppsummeres, og videre brukes i skriving av en vitenskapelig artikkel.

Begge undersøkelsene utgjør en selvstendig del av et større prosjekt: "Utvikle og evaluere effekten av ambulante tjenester". I den andre delen av prosjektet blir pasientgruppa kartlagt med ASI-intervjuer, og kartleggingen ledes av Amund Aakerholt. Prosjektet som helhet er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet.

Målsetningen med denne studien har vært å se på hvordan ulike former for samarbeid og kompetanseoverføring kan fungere i forhold til oppfølging av pasienter med rus- og psykiatriproblematikk. Vi har intervjuet pasienter, privat nettverk, personer ansatt i kommunale helse- og sosialtjenester, psykiatriske sentre, trygdekontor, Aetat og ambulante grupper for å få fram de ulike erfaringer med samhandling og kompetanseoverføring sett i forhold til oppfølging av pasientene. Til sammen er det gjennomført 18 intervjuer med 19 personer i løpet av perioden november 2005 – april 2006.

Vi vil gjerne takke alle som stilte opp til intervjuer med IRIS ved prosjektleder!

Stavanger, 1. mai 2006

Tone Bergljot Eikeland,
prosjektleder

Innhold

.....	
1 FORMÅL.....	4
2 BAKGRUNN – DE AMBULANTE GRUPPENE	5
3 PROBLEMSTILLINGER OG TEMA	7
4 METODE OG EMPIRI	9
4.1 Kriterier for utvalg av informanter.....	9
4.2 Informantene og intervjuguide	10
4.3 Etske hensyn.....	10
5 ANALYSE: SAMHANDLING OG KOMPETANSEOVERFØRING I HJELPEAPPARATET	11
5.1 Pasientene og hjelpeapparatet	11
5.2 Samarbeid i og relatert til ansvarsgrupper og individuell plan	14
5.3 Generelle erfaringer med ansvarsgrupper og individuell plan.....	17
5.4 Aktiv brukermedvirkning – ikke bare på papiret?	19
5.5 Samarbeid kommuner – annen spesialisthelsetjeneste.....	21
5.6 Samarbeid ambulant gruppe – kommuner	22
5.7 Hvilken rolle har statlige etater i arbeidet med dobbeltdiagnosepasienter?	24
5.8 Tålmodighet og motivasjon.....	27
5.9 Systemkompetanse: ressurs og barriere for samhandling	28
5.10 Kompetanseoverføring i hjelpeapparatet	32
6 SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER	35
6.1 Ansvarsgrupper, individuell plan og aktiv brukermedvirkning	35
6.2 Samhandling kommuner – trygd og Aetat - spesialisthelsetjeneste.....	36
6.3 Kompetanseoverføring - på hvilken måte?	37
7 REFERANSER.....	39

1 Formål

Målsetningen med denne studien har vært å se på hvordan ulike former for samarbeid og kompetanseoverføring kan fungere i forhold til oppfølging av pasienter med rus- og psykiatriproblematikk. Studien er en oppfølging av evalueringen som ble gjennomført i 2004/2005, der vi så på hvordan ambulante tjenester virker inn på på mestringsevnen til pasienter med samtidig rusmiddelmisbruk og alvorlig psykisk lidelse. Begge undersøkelsene skal inngå i en videreutvikling og forbedring av ambulante tjenester.

Med ambulante tjenester mener vi her tiltak i regi av ambulante grupper i Stavanger og Sandnes. Disse gruppene er organisert under Psykiatriske Ungdomsteam. Ambulant gruppe jobber oppsøkende, og med integrerte behandlingstiltak i forhold til mennesker med samtidig rusmiddelmisbruk og alvorlig psykisk lidelse.

2 Bakgrunn – de ambulante gruppene

Siden forrige evalueringsrunde har det skjedd store endringer i begge gruppene, men spesielt i ambulans gruppe Stavanger. Gruppen er nå erstattet av et utvidet ambulans team (UAT) med ansatte fra både Stavanger kommune og Helse Stavanger, Psykiatrisk klinikk. Det nye teamet er i oppstartsfase nå. Kun en av behandlerne fra tidligere ambulans gruppe blir med videre, som fagleder i UAT. En av de tidligere ansatte har fått en prosjektlederstilling i et nytt prosjekt med pasienter med rusproblemer i somatiske avdelinger. Prosessen med å få i gang den nye gruppen har bidratt til at to av de ansatte søkte seg over i poliklinisk gruppe.

UAT skal ha 8 kliniske stillinger, 6 miljøarbeiderstillinger og en merkantil stilling. Ansettelsene skal være gjort i løpet av april, med oppstart senest 1. august (Framdriftsplan for prosjekt utvidet ambulans team 2006). Ansettelsesprosessen er godt i gang, men på tross av mange velkvalifiserte søkere har de slitt med å få psykiater/psykologspesialist til å søke stilling i UAT. Også ambulans team Sandnes har i perioder hatt problemer med å rekruttere psykiater/psykologspesialist. UAT skal administrativt knyttes til Helse Stavanger HF, Psykiatrisk klinikk, Avdeling for unge voksne.

Planen er at UAT skal jobbe enda mer utadrettet enn ambulans gruppe Stavanger. For å få dette til legges det opp til turnus- og helgearbeid. I tillegg skal gruppen kunne begynne å jobbe med pasienter ut fra uklare og uformelle henvendelser, slik at de ansatte ikke er avhengige av formell henvisning og full utredning før en starter med oppfølging og behandling av en pasient (Opptappingsplanen for psykisk helse. Økt ramme til storbyene. Søknad fra Stavanger kommune, 2006).

Målgruppen skal fremdeles være personer med alvorlige og vedvarende psykiske lidelser og rusmisbruk, jf. målgruppe for ambulans gruppe Stavanger. Men det legges også mer vekt på funksjonssvikt, og sammensatte tilleggspolproblemer som omhandler fungering og problemer med å få tilbud og kunne følge opp i forhold til ordinært hjelpeapparat.

Både for UAT og ambulant gruppe Sandnes vektlegges nå integrerte behandlingstiltak i større grad enn tidligere. Fra tidligere integrert behandling med behandling rettet mot både alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer gitt samtidig av de samme behandlingsansvarlige, fokuseres nå mer på andre viktige forhold i tillegg, som boligforhold, sosial fungering og lignende.

Ambulant gruppe Sandnes er organisert på samme måte som tidligere, med 4, 5 stillingshjemler og samorganisert med PUT. De har hatt noe utskiftning i personalet, en av de ansatte sluttet i fjor. Stillingen ble stående vakant i 9 måneder før det lyktes å få ansatt en psykologspesialist i fjor høst. I tillegg er en av de ansatte langtidssykemeldt. Pr i dag består teamet av to sosionomer i 100 % stilling, 1 psykiater i 50 % stilling, 1 psykologspesialist i 50 % stilling, som i løpet av kort tid skal øke til 80 %, og 50 % stilling som sekretær.

Gruppen har deltatt i et gjennombruddsprosjekt i regi av Legeforeningen, med fokus på medisinskfaglige forhold og funksjonsnivå. Noe av bakgrunnen for deltakelse i prosjektet var få henvisninger. Målsetningene er de samme som tidligere, men kriterier for målgruppen er enda tydeligere knyttet til tre kriterier: alvorlig og vedvarende rusmisbruk, alvorlig og vedvarende psykisk lidelse, og hjelpeløshet/problemer med å nyttiggjøre seg ordinært hjelpeapparat. Av pasientene de har oppfølging med i dag er de fleste dårlig fungerende, og i en del tilfeller er den psykiske lidelsen uavklart.

Pasientgruppen som har kontakt med ambulant gruppe i Sandnes består av 44 pasienter pr i dag, 10 kvinner og 34 menn. I Stavanger kan man ikke si hvordan pasientgruppen ser ut nå, siden ambulant gruppe er i en overgangsfase, og gruppen ikke har vært i drift siden november/desember 2005. For mer inngående informasjon om dobbeltdiagnoser og forskning på feltet, se RF-rapport fase 2 (Eikeland 2005).

3 Problemstillinger og tema

I fase 2-prosjektet fokuserte vi på effekt av ambulant arbeid for pasientene, både direkte gjennom ulike tiltak, og indirekte via samhandling mellom ambulant gruppe og hjelpeapparatet ellers. I fase 3 har vi vektlagt samhandling og kompetanseoverføring i hjelpeapparatet, og sett på sammenhengen med pasientenes mestringsevne. For en mer utførlig drøfting av tematikken rundt dobbeltdiagnoser, og ambulant arbeid, se RF-rapport fase 2 (Eikeland 2005).

Hovedproblemstilling:

Hvilke former for samhandling og kompetanseoverføring har en effekt på pasientenes mestringsevne?

Delproblemstillinger:

Hvilke former for samhandling og kompetanseoverføring finner vi?

Hvilke behov for samhandling og kompetanseoverføring finner vi, og hvor er behovene/hos hvilke instanser?

Hvilke føringer legger de organisatoriske rammebetingelsene på samhandling og kompetanseoverføring?

Resultatene i rapporten fase 2 viser flere former for kompetanseoverføring og samhandling. I fase 3 vil vi se om vi finner tilsvarende samhandlings- og kompetanseoverføringsformer for et nytt utvalg pasienter, og/eller andre former.

Samhandlingstypene fra fase 2:

1. Kompetanseoverføring om overordnede, generelle spørsmål knyttet til dobbeltdiagnoseproblematikk. Typer/former:

- foredrag/forelesninger
- drøftingsmøter/veiledning. Eks: Uteseksjonen Stavanger meldte om behov for å drøfte spørsmål mht rekruttering av pasienter med ambulant gruppe.

2. Kompetanseoverføring knyttet til enkeltsaker/enkeltpasienter. Typer/former:

- veiledning/møter. Eks. tilbud fra ambulant gruppe Stavanger til sosialkontorene om drøfting av enkeltsaker anonymt.
- uformelle samtaler.

3. Kompetanseoverføring i direkte pasientarbeid/erfaringsbasert.

- ansvarsgruppejobbing, jobbing med individuelle planer.
- teamarbeid ved hjemmebesøk og oppfølging av pasienter

4 Metode og empiri

Også for fase 3-undersøkelsen ble det valgt å gjøre en casestudie med 4 case: 4 pasienter, og ansatte fra ulike instanser som hadde oppfølging av den enkelte pasient, heretter kalt hjelpere, og eventuelt pårørende. Ustrukturerte intervju ble valgt som hovedkilde. Utvalget ble gjort som nettverksutvalg, der utvalg av hjelpere og pårørende blir gjort via pasienten. For en mer utførlig drøfting av metodikk, se RF-rapport fra fase 2-undersøkelsen (Eikeland 2005).

4.1 Kriterier for utvalg av informanter

Vi ønsket også å få flest mulig berørte instanser involvert. Dette er spesielt viktig i denne fasen siden vi vil se på samhandling og kompetanseoverføring. I forrige fase så vi at ingen av de pasientene vi intervjuet hadde jevnlig kontakt med Aetat eller trygdekontor, det ble derfor viktig å få med disse instansene i denne undersøkelsen. For å få mest mulig bredde og variasjon i casene ønsket vi denne gang å få med kvinner (bare menn i fase 2), yngre pasienter (i fase 2 stort sett i 30-årene), som ofte har sammenheng med mindre avklart problematikk rundt dobbeltdiagnose (i fase 2 var klart innenfor målgruppen viktigste kriterium for utvelgelse).

Kriterier for utvalg til intervjuer:

1. Kjønn – kvinner skal være representert. I utvalget: 3 kvinner, 1 mann.
2. Alder – yngre skal være representert, 2-3 yngre i utvalget. I utvalget: 2 i begynnelsen av 20-årene, en i midten av 20-årene, en i slutten av 20-årene.
3. Kriterium 1 og 2 vil ofte henge sammen med mindre avklart problematikk i forhold til dobbeltdiagnose. I utvalget: to med klar dobbeltdiagnose, to med rus, mindre avklart på psykisk lidelse.
4. Disse pasientene (kriterium 1-3) er oftest hjemmehørende i større kommuner. En pasient bør være fra en liten kommune, uavhengig av kriteriene 1-3. I utvalget: to pasienter hjemmehørende i mindre kommuner, to i storbykommune.
5. Kan bli aktuelt å intervjuer en person fra henholdsvis trygdekontor og Aetat i tillegg, utenom nettverksutvalget. I utvalget: både trygdekontor og Aetat kom med som saksbehandlere i forhold til de utvalgte pasientene.

4.2 Informantene og intervjuguide

I presentasjon og analyse av pasientene har vi valgt å anonymisere dem gjennom fiktive navn, se under. De fire casene har følgende informanter:

1. Pasient ("Berit"), ambulant gruppe Stavanger, trygdekontor, sosialtjeneste. 4 intervju, med 4 personer.
2. Pasient ("Truls"), ambulant gruppe Sandnes, sosialtjeneste, psykiatrisk senter (to primærkontakter). 4 intervju, med 5 personer.
3. Pasient ("Kristine"), ambulant gruppe Sandnes, fadder/venn, kommunal psykiatritjeneste, sosialtjeneste, psykiatrisk senter. 6 intervju, med 6 personer.
4. Pasient ("Nina"), ambulant gruppe Stavanger, Aetat, Bufetat. 4 intervju, med 4 personer.

Til sammen ble det gjennomført 18 intervju, med 19 informanter.

I intervjuene ble det brukt en intervjuguide med følgende tema: opplevelse av pasientens situasjon, målsetninger, målgruppe og pasientgruppe, forhold til/oppfølging fra/samarbeid med ulike instanser i hjelpeapparatet, oppfølging fra/samarbeid med ambulant gruppe, erfaringer med ansvarsgrupper og individuell plan, og kompetanse, motivasjon og kompetanseoverføring.

4.3 Etiske hensyn

Også denne gang ble prosjektet vurdert og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), og Regional komite for medisinsk forskningsetikk. For flere vurderinger rundt etikk i prosjektet, se RF-rapport fra fase 2 (Eikeland 2005).

5 Analyse: samhandling og kompetanseoverføring i hjelpeapparatet

5.1 Pasientene og hjelpeapparatet

”Berit” er i begynnelsen av 20-årene. Jeg treffer henne hjemme i leiligheten hennes, som hun leier privat i Stavanger. Hun har problemer med å komme seg ut, og komme i gang med noe. ”Berit” har tidligere rust seg hovedsakelig i helgene, men lite nå. Hun er i en kartleggingsfase i forhold til psykisk lidelse, der det foreløpig er uklart om og hvilken psykisk lidelse hun har. Hun har lite nettverk, noe kontakt med familien og et par venninner. Hun har kuttet kontakten med tidligere miljø/venner. Hun har nylig fått innvilget rehabiliteringspenger fra trygdekontoret for en tidsavgrenset periode, og må søke om igjen for 2006.

”Berit” ble henvist til ambulant gruppe fra sosialtjenesten på grunn av rusproblemer og mulig psykisk lidelse. Hun har hatt kontakt med behandler i ambulant gruppe siden januar 2005. På intervjutidspunktet i november i fjor hadde hun kontakt med behandler ca to ganger i uken. Kontaktpersonen i ambulant gruppe reiser hjem til henne og har samtaler, og henter og bringer i forbindelse med avtaler hos psykolog, tannlege og eventuelt andre møter.

Hun har lite kontakt med hjelpeapparatet ellers. Behandler i ambulant team mener det blir mer aktuelt å trekke inn andre instanser senere, i en tiltaksfase. Nå jobber han mest med kartlegging, og bruker da ulike instanser i eget system. ”Berit” sier selv hun har hatt noe kontakt med sosialkontoret, men har hatt mange saksbehandlere her i løpet av ganske kort tid, og har opplevd det vanskelig å få kontakt med rette vedkommende. Også ansatt på sosialtjenesten som har hatt ansvar for ”Berits” sak fra februar til oktober/november 2005 melder om sviktende kommunikasjon, både med ”Berit” og hjelpeapparatet rundt. På trygdekontoret har hun ingen fast kontaktperson. Økonomisk har hun det aller mest nødvendige, og kontakten mot sosialkontoret oppleves vanskelig siden det er vanskelig å få tak i rette vedkommende.

Jeg treffer ”Truls” på et psykiatrisk senter i Rogaland, der han har vært i ca ½ år. ”Truls” er i midten av 20-årene. Han har søkt om kommunal bolig med oppfølging i en

mindre kommune på Jæren. Han har fått tidsavgrenset uførepensjon fra trygdekontoret, som gjør at han har rett til kommunal omsorgsbolig. Han har fått diagnose ADHD, som han også blir medisineret for, og har i følge behandler i ambulant team også tilleggsproblematikk på psykisk lidelse. Han er for tiden rusfri, men har i perioder store rusproblemer, som også kompliserer den psykiske problematikken.

Han tok selv kontakt med PUT, og har hatt kontakt med samme behandler i ambulant gruppe Sandnes siden han begynte der for 3 ½ - 4 år siden. Nå når "Truls" er i institusjon har han oppfølging fra ambulant gruppe hver 3. uke. Oppfølgingen er variert, med samtaler, gjerne i bilen eller på tur, og hjelp til praktiske ting. Han har også medisinsk oppfølging. Han har også hjulpet til med søknad til trygdekontoret, og med kontakt med DPS og psykiatrisk senter i forhold til innleggelser. Når det er et kommunalt opplegg på plass, med kommunal bolig og oppfølging fra psykiatritjenesten i kommunen, sosialtjenesten er inne, samarbeid med DPS i tilfelle innleggelser skulle bli nødvendig, og fastlegen er mer inne, ser behandler i ambulant gruppe for seg at han etter hvert kan trekke seg ut.

"Truls" har også noe kontakt med sosialkontoret, de var inne i hovedsak i forhold til å planlegge fremtidig bolig når han skulle innlegges på det psykiatriske senteret. Via saksbehandler i sosialtjenesten har han også kommet i kontakt med gjeldsrådgiver som skal hjelpe med gjennomgang og nedbetaling av gjeld. På det psykiatriske senteret der han er innlagt og bor har han en ukeplan med aktiviteter som de to primærkontaktene hjelper han å følge.

"Kristine" snakker jeg med på et kontor hos den kommunale psykiatritjenesten. Hun bor i en kommunal bolig uten personale/oppfølging i en mindre kommune på Jæren, og er i slutten av 20-årene. I følge hjelpeapparatet rundt henne har hun et alvorlig rusmisbruk med misbruk av blant annet opiater, og sammensatte og alvorlige psykiske problemer, med schizofreni, periodevis har hun reagert med psykoser, og det er også mistanke om personlighetsforstyrrelse. Hun har uføretrygd, med utbetaling en gang i måneden. Både hun selv og kommunal psykiatri fremhever at månedlig utbetaling er uheldig siden hun bruker opp pengene fort. Hun sliter med å holde avtaler, og holde orden på og klare daglige gjøremål. Hun blir av flere i hjelpeapparatet omtalt som vanskelig, mye fordi hun ikke alltid er like klar for å ta imot hjelp, har liten motivasjon til å slutte med rusmisbruket, og i liten grad vil snakke om seg selv og egne problemer. Flere nevner

større grad av struktur, styring av rutiner og dagligliv, og bolig med oppfølging/daglig kontakt med hjelper som tiltak hun hadde hatt behov for.

Hun har fast tilbud om opphold på et psykiatrisk senter i nærheten en uke i måneden. I følge ansatt på senteret bruker hun aldri hele oppholdet, men er som regel innom en til to dager. Sosialtjenesten er inne med en saksbehandler som er koordinator for ansvarsgruppa, men som ikke har så mye oppfølging med "Kristine" nå siden hun har fått innvilget uføretrygd. I tillegg er annen saksbehandler (barnevern ligger under sosialtjenesten) inne i forhold til sønnen, som er plassert i fosterhjem. "Kristine" har en avgrenset samværsordning på 8 dager i året, der en fra sosialtjenesten skal være tilstede når hun treffer sønnen. I følge en nær venn/"fadder" som har fulgt "Kristine" siden hun var liten fungerer denne ordningen dårlig. Hun har selv ordnet treff mellom "Kristine" og sønnen i samarbeid med fostermoren.

"Kristine" har også mye hjelp fra en ansatt i den kommunale psykiatritjenesten. Hun hjelper henne med en del praktiske ting, som å handle, passe på at hun kommer seg til undersøkelser og lege, og kjøre til ulike avtaler. Det fungerer dårlig med rene samtaler, derfor kan også slike kjøreturer bli en anledning til å snakke mer uformelt. Hun har hatt tre ulike behandlere i ambulant gruppe Sandnes i løpet av ca 2 ½ år, på grunn av skifte i personalet. Hennes behandler nå begynte i ambulant gruppe i høst. Han har hatt en del møter med henne, der han kommer hjem til henne. Han opplever at hun har sitt eget prosjekt, der hun raskt ønsker hjelp til å få treffe sønnen oftere, og få mer B-preparater, mens han må jobbe med å komme i posisjon i forhold til henne for å kunne forhandle fram et felles prosjekt og felles målsetninger.

Jeg besøker "Nina" i rekkehuset som hun og samboeren leier privat i Stavanger. "Nina" er i begynnelsen av 20-årene. Hun går på VK1 omsorgsarbeider på videregående skole, og er inne i et opplegg med yrkesrettet attføring fra Aetat. Hun har oppfølging og samtaler med behandler i ambulant gruppe en gang pr uke. Hun er i dag helt rusfri, og hun og samboeren er i en prosess med å få tilbakeført sønnen fra fosterhjemmet. Han ble fratatt "Nina" fra fødselen på grunn av hennes alvorlige rusmisbruk. I forbindelse med kontakt med sønnen, og nå med tilbakeføring, har kommunal barnevernstjeneste, og bufetat hatt en del oppfølging med "Nina" og samboeren.

Oppfølgingen fra behandler i ambulans gruppe er nå mest i form av samtaler, og hun kommer til faste avtaler på kontoret. Siden behandler har skiftet jobb, og nå er i poliklinisk gruppe, kan han fremdeles følge henne opp siden hun fint klarer å komme til de faste avtalene. Nå når hun er rusfri blir de psykiske problemene relatert til angst og spiseforstyrrelser mer synlige. ”Nina” er i følge behandler svært motivert, og jobber reflektert og målbevisst med seg selv.

5.2 Samarbeid i og relatert til ansvarsgrupper og individuell plan

”Berit” har ikke ansvarsgruppe. I følge behandler i ambulans gruppe er det foreløpig ikke nødvendig å trekke inn førstelinjen, hun klarer seg økonomisk og bor bra, og de er ikke i tiltaksfase ennå.

”Truls” forteller at de har hatt ansvarsgruppe omtrent så lenge han har vært i systemet, fra han kom inn på det psykiatriske senteret første gang. Han sier det har vært de samme personene i gruppa hele tiden, bare saksbehandler fra sosialkontoret har skiftet. I følge behandler i ambulans gruppe deltar pasienten, psykiatrisk senter, psykiatritjenesten fra kommunen, sosialtjenesten og han selv fast i ansvarsgruppa. Fastlegen er også en del av nettverket rundt ”Truls”, men er ikke med i ansvarsgruppa nå. ”Truls” har så langt ikke ønsket det. Saksbehandler fra sosialtjenesten har hatt kontakt med ”Truls” siden høsten 2005, og vært med på to ansvarsgruppemøter. Hun sier deltakerne er kontaktperson og gjerne også miljøterapeut fra psykiatrisk senter, pasienten selv, lege og sosialkontor. Ved behov blir også andre instanser kalt inn, for eks DPS når han har vært innlagt der.

Fra ”Truls” selv, behandler i ambulans gruppe, primærkontakter på psykiatrisk senter, og sosialtjenesten, meldes om en godt fungerende ansvarsgruppe. Fra ambulans gruppe legges vekt på at det var enkelt å få folk med i ansvarsgruppa. Sosialtjenesten forteller om en ansvarsgruppe med regelmessige møter og et fast opplegg med grundige avtaler på hva som skal følges opp fra gang til gang. ”Truls” har individuell plan som de jobber med og følger opp i hvert ansvarsgruppemøte. ”Truls” leder selv møtene ut fra planen, og det psykiatriske senteret har ansvar for å justere planen underveis ut fra hva de kommer fram til i møtene. Den individuelle planen er også grunnlag for referat fra møtene. Planen ble utarbeidet på initiativ fra behandler i ambulans gruppe når ”Truls”

var på det psykiatriske senteret sist. Koordinator for ansvarsgruppa og planen er ansatt på senteret.

I ansvarsgruppa rundt "Kristine" deltar pasienten selv, sosialtjenesten (koordinator), psykiatritjenesten fra kommunen, fastlege, behandler fra ambulans gruppe, og ansatte fra psykiatrisk senter. Tidligere deltok også en nær venn/"fadder" fast i gruppa, men hun måtte trekke seg ut da møtetidene ikke passet lenger. Ved behov har også andre instanser vært inne, for eks ved innleggelser på DPS/Psykiatrisk klinikk, og trygdekontor når hun søkte om uføretrygd. Psykiatritjenesten i kommunen sier de har 3 møter i året. Ansatt ved det psykiatriske senteret poengterer at det til tider er mange på møtene, de reiser som regel to sammen fra institusjonen. Når blir det for mange i en ansvarsgruppe? De har hatt ansvarsgruppa siden høsten 2003, og den ble etablert når "Kristine" ble utskrevet fra DPS og skulle over i kommunal bolig.

Behandler i ambulans gruppe mener ansvarsgruppa her er viktigere enn for mange andre, både for motivasjonen til deltakerne, og for å sikre felles forståelse og god faglighet i det som skal gjøres. Han forteller om en episode i den forbindelse, som har skjedd etter at jeg snakket med "Kristine". Psykiatritjenesten i kommunen følte det gikk dårlig med "Kristine", og at de ikke kom videre. Sammen med sosialtjenesten fant hun ut at de skulle sende henne på avrusning. Beslutningen ble gjort uten å konferere med behandler i ambulans gruppe, og det ble heller ikke tatt opp på ansvarsgruppemøte. De ringte behandler i ambulans gruppe i etterkant og fortalte at "Kristine" nå var på avrusning. Samtidig uttrykte de usikkerhet rundt hvor lenge hun kom til å være der, og hvordan det ville gå. "Kristine" skrev seg ut selv etter nedtrapping, reiste hjem, og ved et uhell tok hun en overdose og havnet på akuttavdelingen på DPS.

I følge behandler i ambulans gruppe kunne dette skjedd uansett, men det kan bli verre å takle for de involverte når tiltaket ikke var kvalitetssikret og hadde blitt diskutert i ansvarsgruppa. Nå blir hendelsen mest av alt eksempel på et mislykket tiltak, som gir dårlig samvittighet både i hjelpeapparatet og hos pasienten. Dersom tiltaket var drøftet i ansvarsgruppa på forhånd, og var noe alle stod inne for, kunne de også brukt gruppa i etterkant for å minne hverandre på hvorfor de tok beslutningen, og søkt felles støtte der.

Her ligger også en motsetning mellom tiltak som må eller av ulike grunner settes raskt ut i praksis, og ansvarsgruppa som en "seigere" struktur med møter på det meste en gang i måneden.

"Kristine" har en individuell plan som blir kontinuerlig jobbet med og oppdatert i ansvarsgruppemøtene. Planen ble utarbeidet av psykiatritjenesten i kommunen i samarbeid med "Kristine" og ansatt på psykiatrisk senter.

"Nina" har hatt ansvarsgruppe tidligere. Gruppa ble etablert etter at "Nina", som da var gravid, ble tvangsinnlagt til avrusning etter § 6-2a i Sosialtjenesteloven. "Nina", behandler fra ambulant gruppe, og barnevernsansatt var faste deltakere i gruppa. "Nina" har tydelig dårlige minner fra møtene, hun opplevde at barnevernsansatt ikke svarte på hennes spørsmål og ikke fulgte opp det som ble sagt. Hun hadde derfor med advokat på møtene etter hvert. Behandler i ambulant gruppe har spurt om å ta opp igjen ansvarsgruppemøtene nå, men "Nina" ønsker ikke det, hun sier hun har den oppfølging som trengs med ambulant gruppe og Bufetat, og at hun heller ikke ønsker å blande inn barnevernet mer enn nødvendig.

Behandler i ambulant gruppe sier det aldri ble skikkelig gang på ansvarsgruppejobbingen. Tidligere var det flere folk inne i gruppa, i en periode da "Nina" var veldig ustabil, og de hadde problemer med å finne passende institusjoner/tiltak som kunne håndtere hennes problematikk. Han opplevde at gruppa og eventuelle tiltak ble vanskelige å koordinere, og mener de kanskje ikke var tydelige nok, og hadde nok struktur på arbeidet. Men samtidig mener han det hadde vært enklere å samarbeide nå hvis de involverte instanser kunne møttes og hatt ansvarsgruppemøter. Fra Aetat sier ansatt her at hun regner med hun blir kalt inn til ansvarsgruppemøte etter hvert, behandler i ambulant gruppe har nevnt at det ville vært ønskelig at hun var med. Ellers oppgir hun at hun ikke har samarbeid med noen rundt Nina. Hun har bare vært i kontakt med behandler i ambulant gruppe for å etterspørre uttalelse i forbindelse med søknaden om yrkesrettet attføring.

5.3 Generelle erfaringer med ansvarsgrupper og individuell plan

Er det alltid nødvendig med ansvarsgruppe rundt pasienter med rus og psykiatriproblematikk? Behandler i ambulant gruppe Sandnes mener det alltid vil være nødvendig, siden deres pasienter nettopp kjennetegnes av at *en* instans ikke kan håndtere alt de trenger hjelp og støtte til. Fra de ambulante gruppene får vi vite at de fleste av pasientene deres har ansvarsgruppe. De opplever stort sett en høy grad av aksept for å delta i ansvarsgrupper blant involverte i hjelpeapparatet ellers. Blant annet fra ansatt i Aetat får vi vite at hun er med i flere ansvarsgrupper rundt pasienter med rus- og psykiatriproblematikk. Aetat kommer som regel inn i ansvarsgrupper når det er snakk om jobb/arbeidstrening/attføring. For ansatt her blir det viktig å samarbeide med andre instanser for å gjøre riktige vurderinger rundt når den enkelte kan klare å gå ut i jobb eller tiltak.

Hvem/hvilke instanser som skal ha ansvar for å etablere og lede ansvarsgrupper er ikke lovregulert. Koordinatoransvaret blir ofte ivaretatt av de ambulante gruppene i følge behandler i ambulant gruppe Stavanger. Han mener det er naturlig at den som kjenner pasienten best blir koordinator, og i mange tilfeller vil det være ambulant gruppe. Og som han sier: "Vi er koordinører i oss selv". Det å koordinere blir ofte en vesentlig del av å jobbe ambulant med denne pasientgruppen. Behandler i ambulant gruppe Sandnes mener det er deres ansvar å etablere ansvarsgrupper hvis ingen andre har tatt tak i det.

To av de ansatte i sosialtjenesten opplever at det ofte blir nærmest forutsatt at de skal være koordinator. En av saksbehandlerne tror grunnen til at de ofte blir tillagt koordinatoransvar at de sitter nærmest det kommunale apparat og ulike tiltak her.

Alle de tre ansatte fra ulike sosialkontor og kommuner framhever ansvar som avgjørende for å få ansvarsgrupper til å fungere: at ansvaret blir fordelt, og at det er avklart hvem som har ansvar for hva. De har alle utstrakt erfaring med ansvarsgruppejobbing. Fra en av de ansatte i sosialtjenesten fortelles om erfaring fra ansvarsgruppemøter når PUT, LAR eller institusjoner er inne i forhold til klienten. LAR-gruppene blir fremhevet som godt fungerende på grunn av fast struktur. Fra trygdekontoret framheves deres gode samarbeid med sosialtjenesten som avgjørende for å få ansvarsgruppene til å fungere.

Behandler i ambulant gruppe Stavanger mener at fungering har en klar sammenheng med struktur, de som ikke fungerer så godt har til felles at de er for løse i strukturen. Som viktige suksessfaktorer for god fungering nevner han: god møteledelse, oppsummeringer, gode referater, og at alle forplikter seg til å gjøre sine oppgaver til neste gang. Behandler i Sandnes legger vekt på åpenhet, trygghet og kommunikasjon i gruppa som viktig for god fungering. Også kvalitetssikring av tiltak gjennom å samle kompetansen i en ansvarsgruppe blir viktig for å få til gode tiltak for pasienten.

At noen ikke mener det er viktig å delta, og/eller ikke stiller, vil også ha betydning for om gruppa fungerer eller ikke. Fra behandler i Stavanger framheves også hvordan synet på pasienten blir avgjørende for å få til godt ansvarsgruppesamarbeid. Innsikt i hva som er hensiktsmessig for pasienten, og tro på at deres virkemidler har noe for seg blir viktig for å få til god jobbing i gruppa.

En av saksbehandlerne i sosialtjenesten opplever at de av og til er i en utsatt posisjon i ansvarsgruppene, siden de ikke alltid kan innfri forventninger om ulike tiltak som bør settes i verk.

En utfordring med ansvarsgruppejobbing som meldes fra begge behandlerne i ambulant gruppe i Sandnes kan også være det som skjer utenom ansvarsgruppene – når enkeltmedlemmer ikke forholder seg til det gruppa har blitt enige om, eller setter i gang med tiltak uavhengig av ansvarsgruppa, jamfør hendelsen med ”Kristine”. Her kan forhold ved kommunikasjonen i gruppa muligens spille inn, og at informasjonen til enhver tid formidles til alle. En av behandlerne forteller også om en annen ansvarsgruppe der det ble tatt beslutninger utenom gruppa, og møtene ofte ble brukt til å luften trustringer rundt beslutninger som allerede var tatt. Men her fungerer samarbeidet nå svært godt, de avgjørelser som tidligere ble tatt utenom gruppa har hatt en oppdragende effekt og har vist hvor viktig det er at ansvarsgruppa blir forumet for alle avgjørelser. Vi ser her hvor viktig det er at ansvarsgruppa er, og blir forstått som, et beslutningsorgan, og ikke bare et diskusjonsforum.

Trygdekontoret er i liten grad involvert i arbeid med individuelle planer, men det hender de spør etter dem ved behov. Ansatt her mener det skyldes at de har få klienter med rus. Sosialtjenesten har en god del erfaring med utarbeiding av individuelle planer. En av saksbehandlerne mener det er et nyttig verktøy som gir god oversikt, og der ansvar blir

synliggjort og definert, også for klient. Fra en annen sosialtjeneste i en mindre kommune har en ansatt erfaring med at 2. linjen venter vel lenge med å komme i gang med individuell plan for pasienter som er innlagt. Det kan se ut til at de vegrer seg, og gjerne vil kommunen skal ta tak i det.

Ikke alle er like begeistret for individuell plan. Både fra ambulant gruppe i Sandnes og Stavanger meldes om liten tro på denne type av verktøy, det blir lett en pliktoppgave å lage planen, og etterpå blir den liggende. De opplever det vanskelig å få pasienten med, og å bruke planen som et aktivt redskap. Planen blir verdiløs uten at pasienten selv kan bruke den. Behandler i Stavanger sier de alltid har hatt og bruker behandlingsplan. Fra behandler for "Truls" får vi et eksempel på en god erfaring med individuell plan, der planen brukes aktivt av både hjelpeapparat og pasienten selv. Blir individuell plan likevel en plan for mye?

5.4 Aktiv brukermedvirkning – ikke bare på papiret?

"Truls" er fornøyd med egen innvirkning på det som skjer i ansvarsgruppa. Også de andre deltakerne forteller om en aktiv pasient. Behandler i ambulant gruppe forteller at Truls opplever at den individuelle planen er hans plan, han eier det som skjer i ansvarsgruppa. Slik var det ikke sist, før siste tilbakefall. Da hadde han sin egen agenda på siden av det som skjedde i ansvarsgruppa. "Truls" har denne gangen måttet gjøre mer selv: "Jeg var med mer aktivt før siste tilbakefall, denne gangen har han selv gått først, jeg har ligget lenger bak (Ambulant gruppe 2)".

I "Kristines" ansvarsgruppe har deltakerne et mer problematisk forhold til medvirkning. De forteller om en pasient som ikke klarer å følge strukturen i møtet, og hopper fram og tilbake. Det er vanskelig å få henne med på å diskutere individuell plan, enten er alt greit og hun sier hun ikke trenger hjelp til noe, eller hun går tilbake på uttalelser hun har hatt tidligere. "Det er ikke lett når du har masse tilbud, men hun ikke vil ta imot noe. Men vi må bare fortsette å motivere til hun finner den motivasjonen selv (Psykiatrisk senter 3)". De må ofte forhandle med "Kristine" for å få ting gjennom, hun går lett i forsvar, og det blir konfrontasjoner. "Det oppleves som å tvinge på henne et demokratisk beslutningsorgan som hun ikke fungerer i forhold til, og ikke klarer å dra nytte av (Ambulant gruppe 3)".

For "Kristine" er kanskje ikke ansvarsgruppemøter den rette formen for medvirkning – i dette tilfellet er medvirkningsformen lite tilpasset pasienten. Også individuell plan kan oppleves som et lite hensiktsmessig verktøy for denne gruppa av pasienter. Fra de ambulante gruppene mener en behandler i Sandnes og en i Stavanger at det er vanskelig å få til reell medvirkning i planarbeidet, og planene blir sjelden brukt.

Kan aktiv brukermedvirkning ivaretas uten at pasienten er tilstede? Behandler i ambulant gruppe Sandnes sier de har behov for å ha møter i forhold til ulike saker som involverer "Kristine" også uten at hun er med. Han forteller også om en annen ansvarsgruppe han er med i som nå fungerer svært godt, og der de har fått til bra tiltak for pasienten. Moren er med i gruppa, men ikke pasienten selv. En ansatt i sosialtjenesten sier hennes erfaring med ansvarsgrupper er at de kan fungere bra selv om ikke pasienten er med.

Flere stiller spørsmålstegn ved hva som ligger i aktiv brukermedvirkning. En ansatt i sosialtjenesten sier klientens deltakelse i møter etc er en del av brukermedvirkningen, og denne delen fungerer som regel – men mer uklart hva mer som ligger i det.

Den rigide og ekstreme varianten av brukermedvirkning har lite for seg for pasienter med rus- og psykiatriproblematikk mener behandler i ambulant gruppe Stavanger. Han har flere ganger opplevd instanser som krever at pasienten skal gjøre alt selv, for eksempel levere papirer i forbindelse med søknad til trygdekontoret, og der han må rettferdiggjøre sin rolle når han skal hjelpe pasienten.

Fra de ambulante gruppene fremheves at aktiv medvirkning er et bra ideal. Men samtidig må en forholde seg til en virkelig og kompleks verden, og ta hensyn til hva som faktisk fungerer. Fra ambulant gruppe Stavanger legges vekt på at brukermedvirkning ikke bare handler om brukerens deltakelse, men også om behandlerens evne til å sette pasienten i stand til å bidra og forstå, slik at de har en reell mulighet til medvirkning. For eksempel kan brukermedvirkning i noen tilfeller handle om ansvarsgrupper der behandlerens rolle blir å sette pasienten i stand til å ta egne valg. "Brukermedvirkningen må tilpasses den enkelte person. Vi må se på pasientens muligheter og begrensninger, og se på vår rolle i forhold til pasienten (Ambulant gruppe 4)."

5.5 Samarbeid kommuner – annen spesialisthelsetjeneste

Fra sosialtjenesten i en av de mindre kommunene får vi vite at de har utstrakt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. De tar ofte kontakt i forhold til enkeltpasienter som er innlagt eller til poliklinisk behandling. I forbindelse med enkeltpasienter som går til poliklinisk behandling tar sosialtjenesten kontakt for å sjekke at pasienten følger opp og møter til avtalene. De har også stadig henvisninger til PUT og Blåkors. Siden de er mye i kontakt med psykiatrien i spesialisthelsetjenesten har de også god oversikt over tilbudene, og kjennskap til systemet.

Ansatt i sosialtjenesten i en annen kommune sier de bare har ansvar for økonomisk sosialhjelp i denne kommunen. Rusvernet er organisert under psykiatrien. De får ikke melding når pasienter skrives ut, slike meldinger går til leger og/eller kommunal psykiatri. Derfor har de ikke mye samarbeid med 2. linje, kun i forhold til økonomi og gjeld for enkeltpasienter. Men fra tidligere finnes eksempler på at de ikke har blitt varslet selv om de har hatt samtykke til at de skulle varsles når pasienten ble skrevet ut fra sengepost. I disse tilfellene har manglende varsling skapt problemer for tilstrekkelig oppfølging av pasienten som plutselig står på døra like før stengetid.

Psykiatritjenesten i en kommune på Jæren har gode erfaringer fra samarbeid med spesialisthelsetjenesten, men det har tatt tid å opparbeide et godt forhold. ”Tidligere var DPS organisert slik at hver avdeling hadde sin kommune. Når du er hjelpepleier og sitter der med mange profesjoner er det ikke alltid like lett. Men etter hvert som en blir kjent og hver og en får bruke sine sider uten å se på hvilken utdanning en har, så har det vært lett å samarbeide og ta kontakt med dem, spesielt ”vår” avdeling”.

Fra de psykiatriske sentrene meldes at samarbeid med kommunene stort sett foregår i ansvarsgruppene rundt enkeltpasienter. På det ene senteret forteller de at samarbeid stort sett foregår ved utskrivning og planlegging av egen bolig for pasienter. Det er ikke alltid det fungerer, noen ganger er de ikke enige om ansvarsdelingen og hvem som skal gjøre hva. De har også noe samarbeid i forhold til at pasienter kan komme hit i kortere perioder hvis de er dårlige.

Ansatt ved det andre senteret sier hun har noe kontakt med kommunal psykiatri i forhold til ”Kristine”, for å utveksle nødvendig informasjon før og etter opphold der. Men hun sier det er behov for mer kontakt, de vet ingenting om hvordan det går med

”Kristine” de tre ukene hun ikke er på senteret. Hun kan ha hatt en positiv utvikling, og da hadde det vært greit om de kunne backet henne opp på det.

Ikke alle kommuner har like mye samarbeid med psykiatridelen av spesialisthelsetjenesten (eksklusiv de ambulante gruppene), spesielt gjelder dette sosialtjeneste som kun har ansvar for økonomi. Erfaringene med samarbeidet varierer, for noen fungerer det svært bra, andre har noen gode og noen dårlige erfaringer. Generelt synes samarbeidet med spesialisthelsetjenesten å bli bedre over tid, når vedkommende i kommunen opparbeider større systemkompetanse og trygghet. Samarbeidet skjer mye organisert i ansvarsgrupper. Fra psykiatriske sentra i spesialisthelsetjenesten har de tilsvarende varierende erfaringer i samarbeid med kommunene. I noen tilfeller er de ueinge om hvem som skal ha ansvar for hva i forhold til enkeltpasienter. Av og til kan det også være behov for en tettere samhandling rundt enkeltpasienter.

5.6 Samarbeid ambulant gruppe – kommuner

Ambulant gruppe har i flere tilfeller tett samarbeid med kommunal psykiatri, men vi fant at det var mer og tettere samarbeid mellom ambulant gruppe og kommunal psykiatri rundt pasientene i fase 2, enn for de pasientene vi har snakket med denne gang. I oppfølgingen av ”Kristine” er ansatt i kommunal psykiatritjeneste den som har mest kontakt med pasienten. Behandler i ambulant gruppe har også mest samarbeid med ansatt her av de instansene som er involvert. Samarbeidet har bestått mye i avklaringer: har du sagt etc, psykiatrisk sykepleier har luftet frustrasjoner, behandler i ambulant gruppe spør hvordan det går med ”Kristine”. En annen behandler i Sandnes mener det er tydelig at kommunene ved psykiatritjenesten nå har tatt inn over seg problemstilling med dobbeltdiagnose. Kommunene har etter hvert god kompetanse innen psykiatri, man treffer igjen folk som har vært ansatt i spesialisthelsetjenesten ute i kommunene, da har de fått lært og føler seg tryggere.

Behandler i Stavanger har variert erfaring med pleie og omsorg/psykiske helsearbeidere/bestillerkontoret. ”Når du ansvarliggjør dem er de der, men de tar ikke initiativ selv (Ambulant gruppe4)”. De stiller i ansvarsgruppene, og er som regel svært engasjert i pasienten.

Men fremdeles kan rus være et problem i psykiatrien. Behandler i ambulant gruppe Stavanger ser at samarbeidspartnere både internt og eksternt ikke vil ha pasienter som er rusa, de blir bedt om å komme igjen når de er rusfri for utredning og behandling av psykiske problemer. De kan også bli kastet ut av boligen hvis de ruser seg.

En saksbehandler i sosialtjenesten i Stavanger har godt kjennskap til ambulant gruppe, og opplever tilbudet som positivt, men har hatt lite samarbeid med dem. Tilsvarende finner vi hos sosialtjenesten i en av de mindre kommunene.

Behandler i ambulant gruppe Stavanger har god erfaring med samarbeid med sosialtjenesten. Han mener det er enkelt å få til samarbeid med dem rundt enkeltpasienter, ikke minst fordi de er så avhengige av hverandre i dette arbeidet. Samarbeidet fungerer best der de også har faste samarbeidsmøter, samarbeid på generelt grunnlag bidrar positivt også i arbeidet med enkeltpasienter. Behandler i ambulant gruppe Sandnes mener kommunene er flinke til å bruke ressurser på, og prioritere bolig og bistand i bolig.

Når "Nina" fødte sønnen sin, overtok barnevernet omsorgen for han umiddelbart. Behandler i ambulant gruppe var i denne situasjonen bekymret for hva som ville skje med henne, og hadde i den forbindelse lite positiv erfaring med sosialtjenesten. Han var forundret over at ikke sosialtjenesten hadde tatt kontakt med han i forkant for å høre hva de skulle gjøre når hun ble fratatt barnet. Han tok selv kontakt med sosialtjenesten, men de mente de ikke hadde noe spesielt ansvar i denne situasjonen, og hadde ikke tenkt å foreta seg noe. Også senere i samarbeid med barnevernet har det vært mye uklarheter som "Nina" selv har opplevd som svært belastende. Barnevernsansatt ba etter hvert behandler i ambulant gruppe utrede og uttale seg i forhold til "Ninas" omsorgsevne, noe han mener var utenfor hans ansvarsområde og rolle i saken.

I samarbeid med fastleger ser vi store variasjoner i hvor bra samarbeidet fungerer, avhengig av hvor mye den enkelte lege engasjerer seg i sin pasient, og hvorvidt de stiller i ansvarsgruppen. Slik sett er bildet av samarbeid med legene mye det samme som i forrige rapport (Eikeland 2005). Behandler i ambulant team Stavanger forteller for eksempel om en ansvarsgruppe der han har hørt om legen siden 1993, men ennå ikke har truffet han, selv om legen blir innkalt og får referat fra hver gang de har møter. Andre leger er svært engasjerte, og stiller i ansvarsgruppen. "Når det gjelder leger så

kan vi tenke hvem som er hensiktsmessig å få som fastlege for en pasient. Er den legen god? Stiller han opp? (Ambulant gruppe4)''.

Generelt er inntrykket at samarbeidet mellom ambulante grupper og kommuner fungerer bra. Men ansatte jeg snakket med i sosialtjenesten har begrenset samarbeid med ambulante grupper, stort sett er samarbeidet avgrenset til ansvarsgruppene. Behandlere i de ambulante gruppene har stort sett positiv erfaring fra samarbeid med kommunene, noe varierende erfaringer i forhold til fastleger.

5.7 Hvilken rolle har statlige etater i arbeidet med dobbeltdiagnosepasienter?

De fleste av behandlerne jeg har snakket med i ambulante grupper i år og i fjor (8 personer til sammen) har erfaring med samarbeid med Aetat og trygdekontor, som regel via ansvarsgrupper eller søknader/skriftlig dokumentasjon. En av behandlerne i ambulant gruppe Stavanger sier kontakten med Aetat og trygdekontor er mer sekundært sammenlignet med samarbeid med andre instanser, og ofte dreier seg om økonomi. De er sjelden mye involvert, og kontakten opprettholdes stort sett via brevkontakt.

Behandler i ambulant gruppe Stavanger har varierende erfaringer med saksbehandlere på trygdekontoret og hos Aetat. Noen oppleves som paragrafryttere: "skulle nesten tro de satt og skulle betale ut penger fra sin egen lommebok". Men han mener det har skjedd en positiv utvikling i samarbeidet med Aetat. Når pasienten først er innenfor har de god oppfølging av pasientene, med brukertilpassede og fleksible ordninger. Likevel kan nettopp det å komme innenfor være vanskelig: behandler forteller blant annet om en pasient han hadde som hadde hemmende angst og var datakyndig. For han var det ikke lett å komme innenfor med registrering og å stå i kø. "Du skal over noen terskler som jeg tror ikke er tilrettelagt for folk med psykiske problemer (Ambulant gruppe4)". Aetat har flere rutiner og praktiske ting som skal følges opp enn Trygdekontoret. Når en først har fått innvilget en skriftlig søknad på trygdekontoret, og de har fått nødvendig informasjon, går ordningen av seg selv. Hos Aetat er det alltid noe som skal følges opp, for eksempel å levere meldekort hver 14. dag.

Fra et av de psykiatriske sentrene får vi vite at de har en del samarbeid med Aetat og trygd i arbeidet med enkeltpasienter. De blir med pasientene på arbeidskontoret, og er involvert i saker i forhold til rehabiliteringspenger og yrkesrettet attføring. Samarbeidet

med Aetat er også avhengig av hvordan arbeidsmarkedet er, nå når arbeidsmarkedet er bra merker de at Aetat tar kontakt med dem. De ansatte jeg snakket med på det psykiatriske senteret synes generelt samarbeidet med trygd og Aetat fungerer greit, men det er ikke alltid disse instansene har noe å tilby.

Ansatt på trygdekontoret vektlegger at de er et forvaltningsorgan, som jobber etter faste maler med vurdering av den enkeltes rett til en ytelse. Som regel får de nødvendige opplysninger om en enkeltpasient fra fastlegen, og i noen grad fra andre behandlere. Kontakten mot hjelpeapparatet foregår i stor grad skriftlig. De har sjelden kontakt med pasienten selv. Dermed har de heller ikke erfaring fra samarbeid med ambulante grupper i særlig grad. De har basismøter på trygdekontoret i noen saker, da er behandler som kjenner pasienten best med, som regel fastlegen.

Hun sier videre at de gjerne skulle hatt bedre samarbeid med legene. Hun opplever at legene sitter i en dobbeltrolle, de skal forholde seg til 2.linjen, og ofte fungerer de også som pasientenes advokater. Samarbeidet dreier seg om økonomi, og de stønader pasientene kan ha rett på fra trygdekontoret. Medisinske vurderinger ligger til grunn for hvorvidt en pasient har rett på en ytelse eller ikke, og disse vurderingene vil også være avhengig av hvordan legene dokumenterer. Trygdekontoret prøver å kalle legene inn til samarbeidsmøter, noen stiller, mens andre ikke stiller. Denne erfaringen med samarbeid med legene samsvarer med erfaringer fra de ambulante gruppene.

Saksbehandler i Aetat forteller at "Nina" nettopp har fått innvilget yrkesrettet attføring, men at det tok lang tid fra de mottok søknaden til den ble innvilget. Vanligvis tar det bare tre uker å behandle en slik søknad, men her ventet de lenge på nødvendig informasjon fra lege og behandler i ambulant gruppe, derfor ble behandlingstiden på ca et halvt år. Hun opplever ofte at behandling av søknader forsinkes fordi de ikke får nødvendig dokumentasjon fra lege og behandlere. Videre planer for oppfølging av "Nina" er en trekantsamtale angående yrkesvalg, med psykolog fra ARK (intern avdeling i Aetat).

I tillegg til intern avdeling med psykologer har Aetat en ordning som kalles IO, individuell oppfølging, spesielt for personer med psykiske lidelser, der personen er klar for å gå ut i jobb. IO innebærer at personen får tett oppfølging med en ansatt i Aetat i

forhold til å komme ut i jobb, kontakt med arbeidsgiver, intervju, og blir innkalt til faste samtaler.

Hos Aetat kreves at personen som er i tiltak møter opp og kommer til samtaler, ringer og gir beskjed om vedkommende ikke kan komme, og en må være i stand til å være i et tiltak. Saksbehandler forteller at de ikke avslutter ved en glipp, for eksempel at personen faller ut og ruser seg i en uke. Men dersom en faller ut over lengre tid vil de avslutte, og heller ta opp igjen saken senere. Selv om Aetat vektlegger å tilpasse tiltak og arbeid til personen som trenger hjelp, og har tiltak spesielt beregnet på personer med psykiske lidelser, kan hovedmålsetningen om å komme ut i jobb være et for ambisiøst mål for en del pasienter med rus- og psykiatriproblematikk. Samtidig kan det være for krevende å følge opp i de tiltak som tilbys, med oppmøte til faste tider. For noen kan det være til hjelp å ha oppfølging fra en annen person for å klare å gjennomføre et tiltak i Aetat, for eksempel fra kommunen eller ambulant gruppe.

Saksbehandler i Aetat forteller om varierende erfaringer fra samarbeid med andre instanser. Hun har jobbet tett med PUT i forhold til flere pasienter, og har gode erfaringer fra samarbeid med dem, også fra samarbeid med andre deler av spesialisthelsetjenesten, og her nevner hun spesielt en avdeling for pasienter med rus/psykiatriproblematikk. I en sak der hun samarbeidet med PUT hadde de problemer med å få bestillerkontoret på banen, etter henvendelse om en psykiatrisk sykepleier som kunne ha tett oppfølging med den aktuelle pasienten. Hun har også lignende erfaringer fra tidligere saker, der hun må stå på og mase for å få tilbakemelding fra bestillerkontoret, mens andre ganger kan de komme raskt på banen.

Både fra Aetat og trygdekontoret fortelles om gode erfaringer fra sosialtjenesten, de jobber tett med dem. Også fra noen av sosialkontorene fortelles om en god del samarbeid med Aetat og trygdekontor. Fra sosialtjenesten i en mindre kommune på Jæren sier ansatt her at de kaller inn Aetat og trygdekontor til ansvarsgruppemøter når det er snakk om rehabilitering eller attføring. De har også et fast samarbeidsopplegg med trygd og Aetat ved deres kontor, med trekantmøter ca annen hver måned, der de tar opp felles saker/pasienter, som en del av den nye velferdstjenesten NAV. De har også daglig kontakt.

Ansatt i Aetat sier de har samarbeidsmøter med trygdekontoret når personer søker attføring, er på attføring og må over på rehabilitering, og søknader om uføretrygd. Dette bekreftes av trygdekontoret, som forteller at de har samarbeidsmøter og trekantsamtaler med Aetat, og faste samarbeidsavtaler.

Det utstrakte og dels systematiske samarbeidet mellom Aetat og trygdekontoret, og dels sosialtjeneste, er del av en pågående omorganisering mot en ny velferdstjeneste: NAV-etat. Her vil Aetat og trygdekontor bli slått sammen til en etat, og sosialtjenesten skal samlokaliseres med, og ha mer fast samarbeid med denne nye etaten. Trygdekontorer og Aetat, og til dels også sosialtjenesten, er allerede samlokalisert flere steder. Blant annet var disse etatene samlokalisert der jeg snakket med ansatt på trygdekontor. Hun forteller at samlokaliseringen gjør samarbeidet enklere, at de løser mer nå enn før, er flinkere å stille på møter hos hverandre, og ta samtaler i forkant. Hun ser fram mot endringen med ny NAV-etat, og mener de skulle hatt felles møter og felles planer på alle klienter fra starten. De vil pålegges å jobbe tettere mot bruker med ny organisering. Hun har tro på felles møter med bruker, der alle impliserte parter er med, og at en der og da kan få avklart hva og hvordan, og slippe kasteballeffekten som en har sett en del av tidligere.

5.8 Tålmodighet og motivasjon

Å jobbe langsiktig med relasjonsbygging i forhold til enkeltpasienter oppleves som givende ved ambulant arbeid, men kan samtidig være utmattende når synlige framskritt er vanskelige å finne. I Stavanger ble det gjort et valg om å integrere ambulant og poliklinisk gruppe i større grad fra høsten 2005, blant annet for å hindre utbrenthet blant de ambulante tilsatte. De har nå felles internundervisning, felles behandlingsmøter, felles konsultasjoner med psykiater og felles inntak. Men hvordan vil det ambulante arbeidet påvirkes av en slik felles organisering? I Sandnes forteller en av behandlerne at han har delt stilling, med 50 % i ambulant gruppe, og 30 % i poliklinisk gruppe. Men han bruker mer enn 30 % på poliklinisk behandling, det er lett for at den polikliniske stillingen spiser av den ambulante. Han sier det er lettere å prioritere de som står på døra og ringer deg, mens de ambulante pasientene forsvinner lett, følger ikke opp og tar ikke kontakt. Slik sett er det langt fra ideelt å ha en delt stilling. Også en annen behandler i ambulant gruppe har delt stilling, der han har en 50 % stilling som privatpraktiserende, og jobber mer mot psykiske lidelser. For ham blir denne variasjonen viktig for fortsatt motivasjon i ambulant arbeid.

Faren for utbrenthet er til stede i langvarig arbeid med pasienter med rus- og psykiatriproblematikk. På spørsmål om hva som motiverer i jobben kommer flere inn på at det til tider kan være vanskelig å jobbe med denne pasientgruppa. For å holde motivasjonen oppe blir godt arbeidsmiljø vektlagt av flere. Flere forhold ved arbeidsmiljøet fremheves: støtte, faglig fellesskap, bli hørt av ledelsen, tilbakemeldinger fra kolleger, lav terskel for å spørre, og personalmøter og medarbeidersamtaler.

En annen viktig motivasjonsfaktor ligger i å jobbe med mennesker, og det å kunne hjelpe. En av behandlerne i ambulant gruppe Sandnes sier det virker motiverende å jobbe med enkeltpasienter over lang tid, slik at en kan følge den enkelte tett, og se de prosessene personen går gjennom. Også fra et av sosialkontorene blir det å jobbe over lang tid med pasienter/klienter vektlagt, for å kunne se de små framskrittene, og se at en person kan få det bedre over lang tid, ”kanskje vi lykkes den 14. gangen vi prøver (Sosialtjeneste3)”. Flere nevner det å se at en får til noe som viktig. Også tilbakemeldinger fra pasientene blir framhevet. I pasientarbeid kan det også virke motiverende å jobbe to sammen i et team, spesielt er dette viktig når arbeidet er tungt.

Den tredje motivasjonsfaktoren som flere er opptatt av er forholdet til andre instanser i hjelpeapparatet. Flere sier at gode samarbeidsforhold og gode tilbakemeldinger fra andre som er involvert er viktig for motivasjonen. Også tverrfaglighet, og positiv utvikling i kommunene med hensyn til å jobbe med rus- og psykiatrispasienter blir vektlagt.

Motivasjon for jobben og tålmodighet blir viktig når en jobber med pasienter med rus- og psykiatriproblematikk. For noen kan det å variere med en annen jobb bidra til at en holder motivasjonen oppe i arbeidet med denne pasientgruppa. Andre faktorer som blir viktige for motivasjon er godt arbeidsmiljø, å kunne hjelpe mennesker, og et godt samarbeid med andre instanser i hjelpeapparatet. Tverrfaglighet og relasjoner mot andre ansatte i hjelpeapparatet blir ikke bare nødvendig for å få til tiltak og oppfølging av pasientene, men kan også virke motiverende i seg selv.

5.9 Systemkompetanse: ressurs og barriere for samhandling

På spørsmål om egen kompetanse svarer de fleste at de gjerne skulle visst mer. Fra et av de psykiatriske sentrene nevnes rus som et felt de gjerne skulle hatt mer kompetanse på.

På spørsmål om hvilken pasientgruppe som er på senteret kommer noe av bakgrunnen for opplevd manglende kjennskap til rus fram: de sier psykose er årsaken til at pasienter kommer til senteret, men at hvis de ruser seg for mye kan de ikke være hos dem.

Samtidig framheves muligheten for å bruke andre i hjelpeapparatet. Blant annet poengterer en av behandlerne i ambulant team Stavanger at de er privilegerte som har mye nødvendig kompetanse på huset. Han sier også at de kjenner godt rusvernet, og bruker dem en del.

Systemkompetanse blir sentralt, og også lagt vekt på av flere instanser. Fra sosialtjenesten i Stavanger mener den ansatte jeg snakker med at det er viktig å kjenne til hvilke tilbud som finnes og som de kan benytte. Men de kunne gjerne hatt ennå mer kjennskap til de tilbud som finnes, og det kunne vært nyttig og fått inn ulike instanser som kunne fortelle om sine tjenester, for eksempel rehabiliteringstjenesten i kommunen. På trygdekontoret blir det sagt at de selv ikke har fagkompetanse innen rus og psykiatri, de jobber slik at de får informasjon om hva og hvordan av andre instanser rundt pasienten. De er derfor helt avhengige av nødvendig systemkompetanse om hvor de skal henvende seg for å få informasjon.

I hvilken grad har andre instanser i hjelpeapparatet kjennskap til ambulante grupper?

De ansatte jeg snakket med fra sosialkontorene har noe kjennskap til dem, men har ikke mye erfaring fra samarbeid med ambulante grupper. De vet at de ambulante gruppene jobber oppsøkende, og at deres målgruppe er pasienter med rus- og psykiatriproblematikk. Fra sosialtjenesten i Stavanger får jeg vite at ambulant gruppe har møter fast på kontoret hos dem en gang i måneden, og at de generelt har positiv erfaring med dem. Hun har hatt noe kontakt med behandler for Berit, og noe med en annen behandler tidligere. Hun har også ringt dem for støtte og veiledning angående en pasient for en stund siden. Fra sosialtjenesten i to mindre kommuner på Jæren sier de at ambulant gruppe har vært og informert om hvordan de jobber. Saksbehandler i den ene kommunen sier hun ikke har eller har hatt noe direkte samarbeid med dem, heller ikke i ansvarsgrupper. Samme person sitter faktisk i ansvarsgruppe sammen med behandler i ambulant gruppe rundt Truls.

Fra den andre jærkommunen forteller ansatt i sosialtjenesten at de hadde store forventninger etter at ambulant gruppe i oppstarten var og informerte hos dem. Hun

mener de desverre ikke har innfridd disse forventningene, de blir for anonyme og ikke veldig synlige. Hun har selv god erfaring fra samarbeid med to tidligere behandlere for Kristine, og har til nå ikke truffet hennes nye behandler i ambulans gruppe.

Hun fremhever metodikken og forholdet til pasientene som spesielt bra: at de er pågående og stadig prøver igjen. ”Mange pasienter i denne gruppa kan være skeptiske og ha mistillit. Å bygge en relasjon krever ikke bare at pasienten yter litt, en må yte en del tilbake for å komme i posisjon, ha noe å by dem som kan være nyttig (Sosialtjeneste3)”. Hun sammenligner ambulans gruppe med poliklinikken, der en får brev at pasienten har vært henvist, men har uteblitt fra samtale, og saken henlegges. ”Det er et problem med henvisninger her, når en for eksempel henviser folk med stor depresjon som nesten ikke orker å gå ut. En kan ikke alltid forvente at de kan gjøre det. Dumt når sakene blir henlagt på grunn av det vi mener er problemet. Vi har høye forventninger til 2. linjen som skal være spesialister at de kanskje kunne tenkt ut det selv (Sosialtjeneste3)”.

I deres kommune har de organisert rusvernet under psykiatritjenesten. Som regel er det legen som henviser til videre behandling i kommunen, og ikke sosialtjenesten. Den ansatte er usikker på hvor mange i kommunen som kjenner til ambulans gruppe. Manglende kjennskap kan gjøre at en ikke henviser i det hele tatt hvis en for eksempel tenker at denne personen ikke klarer å følge opp poliklinisk behandling.

Selv om ansatt i sosialtjenesten har godt kjennskap til hvordan ambulans gruppe jobber, og har gode erfaringer fra tidligere samarbeid, sier hun at hun ikke hadde ringt dem i dag. Terskelen for å ringe er ganske høy, blant annet fordi hun har inntrykk av at de er mye opptatt. Samtidig ser hun klart behov for mer støtte fra dem i de spesielle sakene, og hjelp til hvordan de kan jobbe. Det kunne også vært nyttig å samarbeidet om hvordan de i kommunen skal jobbe i forhold til ambulans gruppe.

Fra psykiatritjenesten i en mindre jærkommune sier en av de ansatte at hun oppfatter målgruppa for ambulans gruppe å være pasienter med dobbeltdiagnose, opp til en viss alder. Her blandes målgruppa for ambulans gruppe og PUT sammen, slik vi også så i forrige rapport. I hennes oppfølging av ”Kristine” blir dette spesielt viktig: ””Kristine er snart 30, det er mulig hun snart er over aldersgrensen (Kommunal psykiatritjeneste3)”. Hun fikk kjennskap til ambulans team fra arbeidet med ”Kristine”, og har bare erfaring

med dem fra denne saken. Hun har positiv erfaring fra samarbeidet med forrige behandler. Hun sier at behandler i ambulans gruppe jobbet mot 2. linjen blant annet i forhold til å få dekket egenandel til nevroleptiker, tok aktivt opp rettigheter, skrev brev, og samarbeidet med DPS, og bidro med råd og veiledning blant annet i forhold til rus. Ansatt i psykiatritjenesten sier det var godt å ha noen som kjente Kristine og så henne i de ulike fasene, det har slik sett vært trygt å ha samarbeid med ambulans gruppe. Hun er nå i bli-kjent-fase med ny behandler.

Fra annen spesialisthelsetjeneste, her representert ved ansatte fra to psykiatriske sentre, får vi vite at de ikke har mye kjennskap til ambulante grupper, og de er usikre på hva som er målgruppa. Ansatt på det ene senteret har knapt hørt om dem, og lurte på om de hører til under Gauselskogen. Også hun sitter i ansvarsgruppe sammen med behandler fra ambulans gruppe. Fra det andre senteret har de noe erfaring med ambulante grupper, og mener de er en del av PUT, at de jobber oppsøkende, og at pasientene må ville ta imot hjelp. De har samarbeid med dem i ansvarsgrupper og i noen tilfeller i forbindelse med at pasienter skal flytte ut, og har gode erfaringer fra dette samarbeidet.

Både fra trygdekontor og Aetat sier de at de har lite kjennskap til ambulans gruppe. Ansatt på trygdekontoret sier de generelt i trygdesystemet har lite kjennskap til behandlingsapparatet og ikke har behov for det som forvaltningsorgan. Hun har likevel hørt en del om ambulans gruppe gjennom sin deltakelse i psykososialt team, og mener de tilbyr akutt hjelp for veldig syke som isolerer seg hjemme og ikke kommer seg til behandler. Ansatt på Aetat har hørt om dem, men vet ikke hva jobben deres består i. Hun kjenner til at de er samlokalisert med PUT. Hun har en del erfaring fra samarbeid med psykolog på PUT, der hun har hatt samtaler med pasient og psykolog, men hun vet ikke om psykologen var en del av ambulans gruppe eller ikke.

Vi ser her at systemkompetanse ikke alltid er nok for å innlede samarbeid. I den ene sosialtjenesten var de personlige relasjonene som tidligere var utviklet gjennom samarbeid brutt siden disse behandlerne ikke lenger var i ambulans gruppe. Det kan se ut til at den personlige relasjonen ikke bare er viktig i forhold til pasienten, men også står sentralt i samhandling mellom ambulans gruppe og annet hjelpeapparat. Men det mangler også en del systemkompetanse i forhold til hvem de ambulante gruppene er, hvem de jobber med, og hvordan de jobber. Sosialtjenestene er de som har best

kjennskap til dem av de jeg har snakket med her, men få har erfaring fra samarbeid med dem og har opparbeidet en relasjon til en eller flere av behandlerne i ambulante gruppe.

5.10 Kompetanseoverføring i hjelpeapparatet

Ingen av de jeg snakket med hadde personlig erfaring fra organisert kompetanseutvikling eller teamarbeid med ambulante grupper. En del hadde kjennskap til dem fra ansvarsgrupper. Ingen hadde tenkt i særlig grad over at de kunne bidra med kompetanse utenom direkte i pasientarbeid. Flere nevnte planer om eller pågående videreutdanning innen rus og psykiatri på spørsmål om nyttige former for kompetanseoverføring, og ulike kurs de hadde vært på.

Ansatte i hjelpeapparatet har erfaring fra ulike former for kompetanseoverføring:

Undervisning

Flere av behandlerne i ambulante grupper har erfaring fra ulike former for undervisning. En av behandlerne i Stavanger har undervist ved videreutdanningen på UiS, sykehusposter, og for brukerforeninger. En behandler i Sandnes har blitt spurt om å undervise fastlegene i Sandnes og Time på bakgrunn av kompetansen innen dobbeltdiagnoser. Han har også undervist om rus på sykehuset, og på videreutdanningen på UiS.

Faste samarbeidsmøter og grupper

Ambulant gruppe Stavanger har faste samarbeidsmøter med to av fire sosialdistrikter i Stavanger. Møtene holdes hver 5. eller 6. uke, der de ansatte i sosialtjenesten kan ta opp saker anonymt, og drøfte mer generelle problemer relatert til denne pasientgruppen. Intensjonen var å få med alle sosialdistriktene. Ambulant gruppe får mest spørsmål om rus, og i forhold til henvisninger. Møtene virker også som kanal for henvisninger til ambulante gruppe. Fra ambulante gruppe er erfaringen at samarbeidsmøtene prioriteres, og at begge parter synes det er nyttig.

Fra det ene psykiatriske senteret får vi vite at en av de ansatte er med i en kompetansegruppe som jobber med dobbeltdiagnoser, satt i gang av ledelsen i Stavanger. Målet for gruppa er å tilegne seg mer fagkunnskap.

Den ansatte jeg snakker med på trygdekontoret er med i psykososialt team. Teamet jobber med saker som meldes fra sosialkontoret, oftest psykiatri. I gruppa deltar sosialkontor, 1 kommunelege, overlege Psykiatrisk klinikk, 1 avdelingssykepleier, og trygdekontoret har blitt trukket med i den siste tiden. De involverer også de som kjenner personen som diskuteres, ofte fastlegen, med det er også tilfeller der ambulant gruppe koples inn.

I ansvarsgrupper

To av behandlerne i ambulante grupper fremhever den kompetanseoverføring som skjer i ansvarsgruppene, spesielt ut til kommunene. Fra et av sosialkontorene fremheves også ansvarsgruppejobbing som viktig for kompetanseoverføring. Men ikke alle mener ansvarsgruppene har en slik rolle: fra et psykiatrisk senter, og en annen sosialtjeneste mener de ansvarsgruppene gir liten grad av kompetanseoverføring, og ansatt på det psykiatriske senteret ser ansvarsgruppa mer som et forum for oppgavefordeling etter den enkeltes kompetanse.

Ekstern veiledning og bistand ut fra kompetanse

Ansatt i Aetat mener samhandling med og informasjon fra andre instanser generelt gir større trygghet i eget arbeid og øker egen kompetanse. Av organiserte former for ekstern bistand finner vi noen som har erfaring med veiledning, men ingen vi snakket med i denne omgang har eller har hatt systematisk veiledning med ambulante grupper. Fra en av behandlerne i ambulant gruppe Sandnes får vi vite at han har veiledning av kommunalt ansatte sammen med en kollega i gruppa. Også en annen behandler i Sandnes har blitt spurt om å veilede og drive kompetanseutvikling for en psykiatritjeneste og en sosialtjeneste, men har ikke kommet i gang ennå. Han opplever at ledelsen er positive til arbeid med kompetanseutvikling i kommunene, og at de mener det hører til under ambulant arbeid.

Kun fra kommunal psykiatritjeneste har de erfaring fra jevnlig ekstern veiledning, og da med DPS. De har veiledning fra dem en gang i måneden, og ansatt i psykiatritjenesten sier det ligger i ansvarsområdet til DPS'ene å veilede kommunene.

Internt

En av behandlerne i ambulant gruppe Sandnes forteller om erfaringer med intern kompetanseoverføring gjennom samarbeid med de andre behandlerne på PUT og i

ambulant gruppe rundt enkeltpasienter, og i saker der han har vært med i ansvarsgrupper rundt andres pasienter og bidratt med utredning og oppstart av medisinerer. Fra de psykiatriske sentrene fortelles om gode erfaringer med intern veiledning i grupper. Likevel fremheves behov for mer veiledning fra det ene senteret, og da personlig veiledning som de ikke har i dag. Fra kommunen der rusvernet er organisert sammen med psykiatritjenesten framheves råd og kompetanse fra rusvernkonsulent som nyttig.

Erfaringskompetanse – teamarbeid - motivasjonsarbeid

Spesielt teamarbeid framheves som en god metode for å få til kompetanseoverføring og ikke minst for å holde motivasjonen i arbeidet med enkeltpasienter. Behandler i ambulant gruppe Stavanger mener han lærer mest fra de konkrete sakene med pasienter over tid, der han kan jobbe i team med ansatt fra annen del av hjelpeapparatet. Han har også en del erfaring med teamarbeid med hjemmehjelp og miljøarbeidertjeneste fra kommunen, instanser som også jobber oppsøkende. ”Vi er ikke verdt noe uten at vi jobber i team, det ligger i stillingen vår (Ambulant gruppe1)”. Han fremhever også at det er enklere å få til teamarbeid i samarbeid med små kommuner enn med store.

Ofte er støtte og tro på at det nytter å hjelpe vel så viktig som den rene fagkompetansen. En behandler i ambulant gruppe Sandnes forteller at han får mye telefoner fra primærleger, psykiatritjeneste, og foreldre, der de formidler et sterkt ønske og håp om at han som behandler nå kan hjelpe. Det er mye frustrasjon i nettverkene rundt den enkelte pasient.

Av de erfaringer som er presentert her ser vi at det ikke pågår noen systematisk kompetanseoverføring fra ambulante grupper til kommuner eller annen spesialisthelsetjeneste. Behandlerne i ambulante grupper er fleksible, og kan bidra både i kommuner og andre steder etter forespørsel. Men samtidig kan dette gi en noe ujevn fordeling, der de som kjenner godt til ambulante grupper får et fortrinn. Vi kan si at nødvendig systemkompetanse blir en forutsetning for å få tak i annen kompetanse.

6 Sammendrag og konklusjoner

6.1 Ansvarsgrupper, individuell plan og aktiv brukermedvirkning

Erfaringene fra de ulike instansene i hjelpeapparatet viser utstrakt bruk av ansvarsgruppejobbing. For å få ansvarsgruppene til å fungere er det noen kritiske faktorer som går igjen: ansvarsdeling og ansvarsavklaring, struktur, at alle møter, åpenhet og trygghet, og at viktige beslutninger angående pasienten blir tatt i gruppa. Færre har erfaring med utabeiding og bruk av individuell plan. Mens ansvarsgrupper ser ut til å være allment akseptert, er det atskillig mer skepsis til individuelle planer. Skepsisen går spesielt på at IP bare blir nok en plan som blir liggende – utfordringen er å få den i bruk og få pasienten med på å bruke IP. Også ansvarsgrupper som beslutningsfora i forhold til andre beslutningsfora bør avklares og drøftes – hvilke beslutningsfora vil være riktige ved kriser? Er ansvarsgruppestrukturen tilpasset å kunne håndtere beslutninger og tiltak som trenger rask avklaring?

Erfaringene fra ”Truls” og ”Kristines” ansvarsgrupper og individuelle planer viser hvor forskjellig disse verktøyene kan fungere. Erfaringene her viser at det blir vanskelig å ha en bestemt oppfatning om ansvarsgrupper og individuell plan fungerer som verktøy for å få til en god oppfølging av pasienter med dobbeltdiagnose. Hvorvidt disse verktøyene fungerer vil variere med pasientens situasjon.

Disse eksemplene viser også viktigheten av å drøfte hvordan ansvarsgruppe og individuell plan som rammer best kan tilrettelegges og tilpasses den aktuelle pasienten. Videre kan det være nyttig å drøfte hva som skal og bør ligge i aktiv brukermedvirkning – og tilpasse medvirkningsformen til den enkelte pasienten. Er det akseptabelt at medvirkning kan foregå uten at pasienten er til stede? Handler medvirkning mest om fysisk tilstedeværelse, eller er tilrettelegging for reell medbestemmelse viktigere? Hvor langt skal brukermedvirkningen strekkes: vil det være ønskelig med brukerstyring i ansvarsgrupper og individuelle planer, eller vil dette underkjenne fagkompetansen hjelpeapparatet sitter med?

6.2 Samhandling kommuner – trygd og Aetat - spesialisthelsetjeneste

De fleste fra kommunene har noe erfaring fra samarbeid med annen spesialisthelsetjeneste (psykiatri), men ikke alle har like mye samarbeid. Fra både kommuner og psykiatriske sentra meldes om varierende erfaringer med samarbeidet. Generelt ser vi at de stort sett samhandler organisert gjennom ansvarsgrupper. Fra kommunenes side ser samarbeidet ut til å bli bedre med større systemkompetanse og økt trygghet i eget arbeid.

De ansatte jeg snakket med fra kommunene har heller ikke utstrakt erfaring fra samarbeid med ambulante grupper, også behandlere her treffer de stort sett i ansvarsgruppene. Fra de ambulante gruppene har de stort sett positive erfaringer fra sitt samarbeid med kommunene, om enn noe varierende erfaringer med hvor mye fastlegene engasjerer seg.

Trygdekontoret og Aetat har hatt en noe perifer rolle i forhold til pasienter med rus- og psykiatriproblematikk, de er inne i forhold til avgrensede tiltak som økonomi og jobb/arbeidstrening. Spesielt trygdekontoret har som regel ingen kontakt med pasient/klient som søker om en ytelse fra dem. I Aetatsystemet ser vi at personer som kommer innenfor, får tettere oppfølging. Men for mange blir det for vanskelig og krevende å ha en målsetning om arbeid, og det å følge opp i et tiltak fra Aetat. Noen kan klare å følge opp med ekstra støtte fra kommunen eller ambulant gruppe. Med en ny NAV-etat vil samarbeidet mellom trygdekontor/Aetat og sosialtjeneste blir mer forpliktende, og gjennom dette kan flere saker avklares i samarbeid med pasienten istedet for at pasienten må gå fra en etat til en annen. Men samtidig blir det mer press på klienter om å komme seg ut i jobb, som er en klar politisk målsetning for den nye etaten.

Så hva gjør vi med dem som bare klarer å jobbe i to-tre timer pr uke? Er det mulig å få til noe tiltak og aktivitet for dem? I et oppsummeringsinnlegg på konferansen "Terapi på hjul. Nordisk konferanse om erfaringer med bruk av Assertive Outreach" på Lillehammer 28.04.06 presenterer Amund Aakerholt og Lars Linderoth en modell som viser hvordan pasienter med dobbeltdiagnoseproblematikk ofte blir en restkategori i et kommunalt system, der sosialetat og arbeids- og velferdsetat tilbyr avgrensede tjenester på den ene siden, og pleie og omsorg med vekt på somatikk tilbyr dels avgrensede tjenester på den andre siden. Ofte havner pasienter med rusproblemer og psykisk lidelse

mellom disse tjenesteområdene, de trenger både rehabilitering og omsorg, i et relasjonsperspektiv og over lang tid. Her kommer ambulante grupper inn som et nødvendig supplement til det eksisterende systemet, og kan fange opp disse pasientene.

Heller ikke systemet med deling i 1. og 2. linjetjenester er tilpasset denne pasientgruppas behov, fremfor alt kan et slikt system ikke tilby samtidighet i tjenester. Igjen blir ambulante gruppers metodikk preget av integrert og samtidig behandling tilpasset pasientenes behov svært viktig i et system som ellers ikke har de nødvendige forutsetninger for å nå fram med hjelp til pasienter med dobbeltdiagnoseproblematikk.

6.3 Kompetanseoverføring - på hvilken måte?

Kompetanse er et bredt sammensatt begrep. I denne sammenheng blir de faktorer ved kompetanse som går på motivasjon, tålmodighet og engasjement for jobben viktige. Av motiverende faktorer er godt arbeidsmiljø, det å kunne hjelpe folk, og godt samarbeid med hjelpeapparatet de som går igjen. Fagkompetanse blir ofte fremhevet når de ansatte snakker om egen kompetanse, og kompetanseoverføring. Systemkompetanse blir også vektlagt av flere: ansatte sier de har eller har behov for slik kompetanse for å finne fram til nødvendige tiltak for pasientene, og samarbeidspartnere for å få til tiltak.

Så hvor godt kjenner ansatte i andre deler av hjelpeapparatet til ambulante grupper? Sosialtjenestene kjenner rimelig godt til dem, men for de andre er kjennskapet begrenset, selv om alle deltar i ansvarsgruppe sammen med behandler fra ambulans gruppe. Faktisk ser vi at kjennskap til ambulans gruppe denne gangen ser ut til å være bedre i kommunene enn i annen spesialisthelsetjeneste. Men ingen tenker seg at de kan ta kontakt uten videre, og en slik barriere kan skyldes manglende personlige relasjoner og kontakter i de ambulante gruppene. Systemkompetanse er altså ikke nødvendigvis nok for å ta kontakt, i tillegg må den ansatte helst ha en relasjon i forkant som gjør det naturlig å ta kontakt.

Mye av pasientarbeidet i de ambulante gruppene handler om relasjonsbygging, og behandlerne her har gjennom erfaring lært mye om hvordan relasjoner utvikles og opprettholdes over tid. Ambulans arbeid handler også om relasjoner til hjelpeapparatet ellers. Blant de ulike instansene ser det ut for å være et udekket behov for relasjoner til

behandlere i ambulante grupper, og her kan kompetansen fra pasientarbeidet komme til nytte i bygging av relasjoner og kontakter mot annet hjelpeapparat, spesielt i kommunene.

For å få til en kompetanseheving i kommunene vil det kanskje være nødvendig med en mer systematisk tilnærming fra de ambulante gruppene. Et eksempel på en organisert og systematisk kontaktform, som både gir samhandling og kompetanseoverføring, i forhold til enkeltpasienter og i mer generelle spørsmål, er de samarbeidsmøter som ambulante gruppe Stavanger har med to av sosialdistriktene i Stavanger.

Vi ser at ambulante grupper bidrar med et fleksibelt tilbud, der de stort sett stiller opp der de er etterspurt. I tillegg tilbyr de et variert utvalg kompetanseoverføringsformer, som undervisning, informasjonsmøter, samarbeidsmøter, veiledning eksternt og internt, deltakelse i ansvarsgrupper, bidra med støtte og råd i forhold til enkeltpasienter, og delta i team i direkte pasientarbeid. Ambulante grupper bidrar med sin kompetanse flere steder, men har ikke en systematisk tilnærming til kompetanseutvikling og veiledning av kommunene. Kanskje er det slik at de som har tryggheten og relasjonen i forhold til ambulante grupper dermed oppnår et fortrinn i forhold til andre kommuner? Og kanskje er det ikke disse kommunene som har mest behov for kompetanse og støtte? Samtidig må vi her se på hvilke rammer helseforetakene legger for ambulante arbeid, med for eksempel målinger av antall konsultasjoner. Å telle antall konsultasjoner er lite tilpasset en ambulante metodikk, og i hvilken grad gir et slikt system rom og tid til å drive systematisk kompetanseutvikling mot kommunene og eventuelt andre?

7 Referanser

Ambulant gruppe Sandnes, 2006: *"Fokus på medisinskfaglige forhold og funksjonsnivå gir bedre rusbehandling"*. Presentasjon.

Eikeland, Tone B. 2005: *"Dobbeltdiagnosepasienters mestringsevne. Evaluering av ambulante grupper i Sandnes og Stavanger"*. Rapport RF – 2005/086.

Aakerholt, Amund og Lars Linderoth 28.04.06: *"Hvilke modeller for integrert behandling og oppsøkende arbeid kan vi tenke oss i et kommune-/DPS-perspektiv?"*. Oppsummeringsinnlegg på konferansen "Terapi på hjul. Nordisk konferanse om erfaringer med bruk av Assertive Outreach", Lillehammer.

2006: *"Opptrappingsplanen for psykisk helse. Økt ramme til storbyene. Søknad fra Stavanger kommune"*.