

Ambulante team i rusomsorg og psykisk helsevern

Prosjektnavn:
Ambulante team i rusomsorg og psykisk helsevern

Oppdragsgiver:
Sosial- og helsedirektoratet,
Avdeling for kommunale velferdstjenester

Prosjektperiode:
August til oktober 2004

Prosjektleder Trulte Konsmo
Prosjektmedarbeider Ingvild Hårstad

Stiftelsen GRUK
Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial og helsetjenesten
Nedre Hjellegate 1
3724 Skien
Tlf 35 58 40 40
Gruk@gruk.no
Rapporten kan lastes ned fra www.gruk.no

Sammendrag

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Avdeling for kommunale velferdstjenester, Sosial- og Helsedirektoratet, med målsetting om å analysere i hvilken grad ambulante team kan være egnet i arbeidet med rusmisbrukere i kommunene, da både som verktøy og modell for organisering av tjenestene.

Materialet i denne rapporten bygger på telefonintervju med et utvalg av ledere for ulike ambulante team. Disse er organisert under kommuner, helseforetak og frivillige organisasjoner. Utvalget er foretatt ut fra faktorer som geografisk tilhørighet, størrelse, målgrupper, organisering, faglig profil etc. Fylkesmenn, fylkesleger, regionale helseforetak og Distrikts Psykiatriske Sentre (DPS) er rådført i dette arbeidet. Kompetansesentrene i forebyggende rusarbeid i Norge er også kontaktet, og har kommet med innspill til rapporten.

Rapporten retter et spesielt søkelys mot teamenes synspunkter og erfaringer på følgende punkter:

- Organisering/forankring av tjenesten/teamet
- Målgrupper
- Samarbeid med andre etater/behandlingsinstitusjoner/frivillige organisasjoner
- Teamets faglige sammensetning
- Teamets arbeidsmetodikk og oppgaver.

Informasjon fra det enkelte ambulante team er viet relativt stor plass i rapporten. Hensikten har vært å få fram mangfoldet og variasjonene i det arbeidet som utføres, samtidig som bidragsyterne har uttrykt ønske om å få best mulig innblikk i hverandres virksomhet.

I drøftingsdelen diskuteres om – og hvordan - ambulant virksomhet i forhold til personer med rusproblematikk og sammensatte problemer kan organiseres og utføres. Rapporten konkluderer med en relativt entydig positiv anbefaling.

Innhold

1.0. Innledning.....	1
1.1. Oppbygning av rapporten.....	2
2.0. Omfang av ambulant arbeid	3
2.1. Bakgrunn.....	3
2.2. Omfanget av kommunalt og frivillig ungdomsarbeid.....	3
2.3. Oppsøkende DPS-team.....	5
3.0. Metode og utvalg.....	6
3.1. Metode.....	6
3.2. Utvalg.....	6
3.3. Annet materiale.....	8
4.0. Oversikt over datamaterialet.....	9
4.1. Oversiktsmatriser.....	10
4.2. Beskrivelser av ulike ambulante tjenester.....	32
4.3. Beskrivelser av annet relevant datamateriale.....	93
5.0. Analyse.....	104
5.1. Hvem er det som tilbys hjelp og behandling av ambulante team?.....	104
5.2. Oppgaver og arbeidsmetodikk.....	106
5.3. Organisering og samarbeid.....	109
5.4. Ansatte og frivillige.....	111
6.0. Konklusjoner og anbefalinger.....	113

Vedlegg

1. Brev med intervjuguide
2. Prosjekt Bostedsløse

1.0. Innledning

Denne rapporten beskriver et utvalg av ulike ambulante tiltak rettet mot rusmiddelmissbrukere, mennesker med psykiske lidelser og utsatte ungdomsgrupper i Norge. Rapporten er skrevet på bestilling fra i Sosial- og helsedirektoratet, Avdeling for kommunale velferdstjenester og hensikten med rapporten er å framskaffe og presentere aktuelt bakgrunnsmateriale, slik at myndighetene skal kunne vurdere ambulerende team som framtidig modell for tiltak ovenfor disse gruppene.

Oppdraget er hjemlet i gjennomføringen og oppfølgingen av St.meld.nr.6 (2002-2003) Tiltaksplan mot fattigdom.

Det er gjort mange erfaringer med bruk av ambulante team i rusomsorg og psykiatrien i Norge, men lite har vært gjort for å samle disse erfaringene. Denne rapporten vil beskrive noe av det mangfoldet som finnes innenfor dette arbeidet og de erfaringene som gjøres. Som rapporten viser, er det store variasjoner både i forhold til hvilke målgrupper teamene har, hvilke arbeidsoppgaver de utfører, hvilke metoder de bruker og hvordan de er organisert.

Hva er et ambulant team? I overensstemmelse med oppdragsgiver har vi valgt en vid tilnærming, hvor vi har kartlagt ulike former for forebyggende og/eller behandlende oppsøkende virksomhet som foregår utenfor kontorene, gjerne på målgruppas ulike arenaer. De fleste av disse aktivitetene er klientrettet, men noen beskriver også arbeid som foregår hos samarbeidspartnere som ambulant. Begrunnelsen for denne vide tilnærmingen er at vi ønsket å få fram mangfoldet i ambulante team. Begrepene ambulant og oppsøkende brukes om hverandre.

Hva kjennetegner forebyggende arbeid? I rapporten blir begrepene primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging benyttet både for å beskrive ulike former for tiltak, og også for å skille mellom disse. Primærforebygging brukes om tiltak, prosjekter, og innsats som søker å forhindre at et problem, skade eller sykdom oppstår. Sekundærforebygging brukes om tiltak, prosjekter, og innsats som søker å begrense varighet og omfang av et problem, skade eller sykdom som er oppstått, mens tertiærforebygging brukes om tiltak, prosjekter og innsats som søker å hindre eller begrense følgetilstander av et problem, skade eller sykdom som har oppstått. ("Avklaring av forebyggingsbegrepets mange fasetter – en kunnskapsoppsummering med råd og anbefalinger" Vegard A. Schanke, Kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken. Forebyggingsseksjonen. Skriftserie – rapport 1/2003)

Hvem er målgrupper for ambulante team? I denne rapporten benytter vi begrepene ungdom, klient, pasient og brukere noe om hverandre, ut i fra hvilken kontekst teamet arbeider innenfor, og hvilken målsetting de har for sitt arbeid.

I arbeidet med å kartlegge det mangfoldet som finnes av tiltak har vi intervjuet ledere av tjenestene. Alle har vært svært positive til å fortelle om arbeidet sitt og synes det er viktig at arbeidet deres synliggjøres på denne måten. Mange har sendt oss aktuelt bakgrunnstoff som også omtales i rapporten. Vi ønsker å takke alle bidragsyterne. Flere har også gitt uttrykk for at de ønsker å lese om hva andre gjør. Etter avtale med oppdragsgiver blir denne rapporten publisert både på Sosial- og Helsedirektoratets og GRUKs hjemmesider. Vi håper at rapporten kan bidra til at både ansatte i ambulante team, politikere og andre med interesse for temaet

kan finne nyttig informasjon og inspirasjon, samt også ha mulighet til å knytte relasjoner til nye samarbeidspartnere.

1.1. Oppbygning av rapporten

I kapittel 2 beskrives kort utviklingstrekk i forhold til ambulante tjenester og hvordan disse tjenestene er organisert. Deretter presenteres omfanget av kommunalt og frivillig ambulant ungdomsarbeid.

I kapittel 3 gjennomgås kriterier for utvalget og hvordan datainnsamlingen og bearbeidingen av data er foregått.

I kapittel 4 beskrives datamaterialet. Først presenterer vi de ulike tiltakene i oversiktsmatriser. Deretter beskrives de ulike ambulante tjenestene mer detaljert. Annet relevant datamateriale vil også omtales her.

Kapittel 5 inneholder analyse av materialet, og kapittel 6 er anbefalinger og konklusjon.

2.0. Omfang av ambulant arbeid

2.1. Bakgrunn

Oppsøkende arbeid er en arbeidsform innenfor sosialt arbeid som har eksistert i Norge siden slutten av 60-tallet. Arbeidet er ofte organisert som utekontakter eller feltteam, og befinner seg for en stor del innenfor det kommunale tjenesteområdet. Arbeidet har tradisjonelt vært rettet mot risikoutsatte unge. De plasserer seg innenfor den sekundærforebyggende dimensjonen på forebyggingsaksen.

Frivillige organisasjoner som Frelsesarmeen og Kirkens Bymisjon har i mange år arbeidet ambulant i forhold til tungt belastede misbrukere som er uten fast bopel. De siste årene har det også blitt etablert offentlige, ambulante team som arbeider tertiærforebyggende. De retter arbeidet mot tungt belastede misbrukere, mange har også psykiske lidelser. Noen av disse har fått en psykiatrisk diagnose i tillegg (dobbeltdiagnoser), mens de fleste ikke har blitt undersøkt og diagnostisert. Misbrukerne er for øvrig en sammensatt gruppe, som sliter med forskjellige problemer; manglende nettverk og bolig, prostitusjon, kriminalitet, vold og somatiske sykdommer - for å nevne noen. Etter hvert har det vokst fram et mangfold av ambulante tjenester for å møte disse utfordringene.

De tertiærforebyggende tiltakene drives primært av Distrikt Psykiatriske Sentre (DPS), og Psykiatriske Ungdomsteam. De store byene tilbyr også kommunale tertiærforebyggende tjenester.

Noen enheter på ulike forvaltningsnivå har også revet ned de organisatoriske gjerdene og driver ambulant virksomhet sammen.

2.2. Omfanget av kommunalt og frivillig ambulant ungdomsarbeid

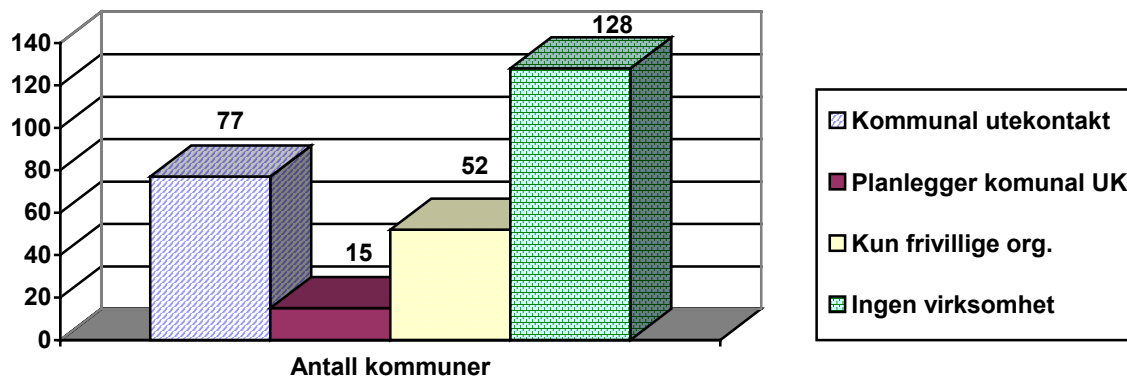
Rusmiddelstatens Kompetansesenter (RKS) i Oslo har nylig undersøkt utbredelse, omfang og innholdet i det oppsøkende ungdomsarbeidet som utføres i kommunene.¹ De har også undersøkt omfanget av slikt arbeid som utføres av frivillige organisasjoner.

Stolpediagrammet i tabell 1 viser fordelingen for alle landets kommuner som har besvart kartleggingen. Diagrammet viser fire kategorier for kommunens rapportering om utekontaktarbeid.

- 77 kommuner rapporterer at de selv driver kommunal utekontakt virksomhet. I tillegg rapporterer 39 av disse kommunene at også andre (frivillige organisasjoner) driver oppsøkende ungdomsarbeid i deres kommune.
- 15 kommuner vurderer eller planlegger oppstart av kommunal utekontakt. 7 av disse kommunene rapporterer at det fra før drives oppsøkende ungdomsarbeid av frivillige organisasjoner i kommunen.
- 52 kommuner driver ikke selv oppsøkende ungdomsarbeid, men kommunen rapporterer at andre frivillige organisasjoner driver oppsøkende ungdomsarbeid i deres kommune. Dette dreier seg oftest om ulike typer natteravn/ nattugle ordninger og i noe mindre grad oppsøkende virksomhet organisert av religiøse organisasjoner.
- 128 kommuner rapporterer at det ikke planlegges eller drives noen form for oppsøkende ungdomsarbeid i deres kommune.

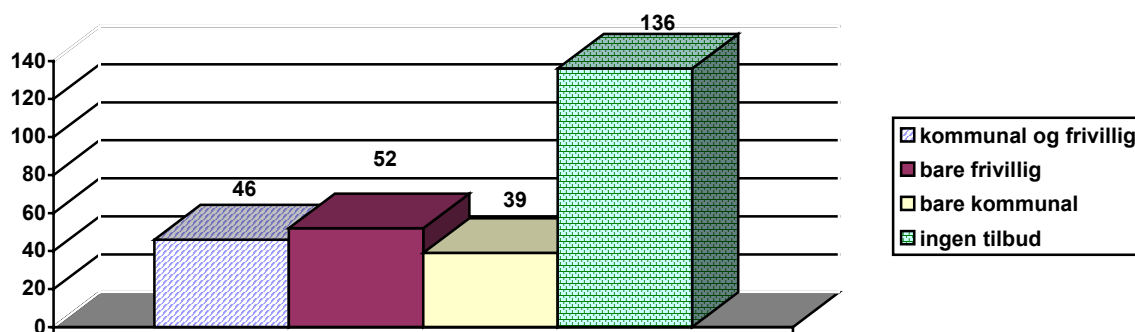
¹ Henning Pedersen på Rusmiddelstatens Kompetansesenter i Oslo har sendt oss disse tallene. De er en del av et omfattende materiale som vil bli publisert på deres hjemmeside snart.

Tabell 1: Kommunenes rapportering om utekontaktarbeid i 2004.



Oslo med sine 15 bydeler og Rusmiddeletatens tilbud er ikke tatt med i denne oversikten. Dersom vi legger til Oslo kommune - som har utekontaktvirksomhet i 12 bydeler i tillegg til Rusmiddeletatens Uteseksjon og Oppsøkende og Koordinerende Tjeneste - har vi samlet i Norge omtrent 90 enheter som arbeider med ulike former for oppsøkende ungdomsarbeid. Oslo er på topp i Europa når det gjelder kommunalt ansatte utekontakter, spesielt hvis man ser på ansatte med fagbakgrunn.

Tabell 2: Kommunenes rapportering om oppsøkende ungdomsarbeid i regi av frivillige organisasjoner.



Denne oversikten viser at det legges ned mye frivillig innsats på oppsøkende forebyggende ungdomsarbeid. Den frivillige innsatsen skiller seg tydelig fra den kommunale virksomhetene ved at den i mindre grad foregår regelmessig, det er ingen krav om formell utdanning og det arbeides sjelden målrettet og langsiktig i forhold til enkelt ungdom eller grupper av utsatt ungdom. Likevel utgjør den frivillige innsatsen en betydelig ressurs i lokalsamfunnene. Om lag 100 kommuner rapporterer at de kjenner til at det drives oppsøkende ungdomsarbeid av andre i deres kommune. Det ser ut til at det er større innslag av frivillig virksomhet i de kommunene som har kommunal utekontakt.

2.3. Oppsøkende DPS-team

Så vidt oss bekjent er det ikke gjort en tilsvarende kartlegging av omfanget av ambulante team som er organisert under DPSene. Kompetansesenteret ved Region Øst på Sannerud sykehus har ansvar for å ha en oversikt over hvilke tilbud som finnes for personer med dobbeltdiagnoser. Ut fra deres oversikt finnes det egne ambulante team som arbeider med dobbeltdiagnoser på følgende DPS:

- Tøyen DPS, Lovisenberg Diakonale sykehus
- Sykehuset Innlandet HF, Sanderud
- PUT Sandnes
- PUT Stavanger
- Tromsø / Universitetssykehuset i Nord-Norge

I tillegg er det mange DPSer som arbeider oppsøkende, uten at teamene begrenser seg til å arbeide med pasienter med dobbeltdiagnoser.

Som tidligere nevnt er det også noen ambulante tilbud som drives i samarbeid mellom DPSer, kommuner, frivillige organisasjoner eller andre aktører.

3.0. Metode og utvalg

3.1. Metode

Med utgangspunkt i oppdraget har vi valgt å benytte en kvalitativ tilnærming i denne rapporten. I følge Kari Malterud ("Kvalitative metoder i medisinsk forskning") fremmer denne metoden dybdeforståelse framfor representativitet. Videre mener hun at en kvalitativ tilnærming er egnet når en skal utforske et tema som ikke er tilstrekkelig belyst, og hvor det er behov for å utvikle flere hypoteser.

Datainnsamlingen har i hovedsak foregått som telefonintervju av lederne av de ambulante team. Vi hadde på forhånd utarbeidet en intervjuguide med relativt åpne spørsmålsstillinger i samarbeid med Sosial og Helsedirektoratet. Utskriften av intervjuene ble så returnert til informantene for supplement/korrigerings og godkjenning. Mange sendte oss prosjektsøknader og rapporter, samt ulike skriftlige dokumenter som beskriver tjenesten deres. Dette materialet er tatt inn i utskriften fra intervjuet.

Noen informanter valgte å beskrive tjenesten sin skriftlig framfor å bli intervjuet. Disse fikk tilsendt spørsmålsstillingene pr brev (Vedlegg 1) og returnerte svarene til oss.

Materialet representerer mye praktisk kunnskap. Marit Kirkevold² definerer praktisk kunnskap som

"konkret, kontekst-bundet, normativ og hensiktsmessig. Den er knyttet til handlinger eller en bestemt praksis, og den har til hensikt å forklare (...) handlinger og løse tilknyttede praksisproblemer. Den er også i stor grad implisitt og vunnet gjennom personlig engasjement og erfaring"

Materialet bærer følgelig preg av en muntlig fremstillingsform og av de ulike informantenes stemmer, og avspeiler også det store mangfoldet i temaet. Det store spennet i et utvalg som favner alt fra små kommuner, hvor det er en person som arbeider oppsøkende, til Oslos mange og omfattende tjenester, gjør det også umulig å fremstille materialet på en enhetlig måte.

For å lette oversikten over materialet, blir informasjonen fra intervjuene først presentert i matriser, før hvert enkelt intervju presenteres. Matrisene er strukturert i kolonner med stikkord fra intervjuguiden. Hvert tjenestested har fått en bokstav som går igjen i matrisene og intervjuene (se kapittel 4.0). Informantenes navn og kontaktinformasjon er oppgitt, slik at de eventuelt kan kontaktes for ytterligere informasjon, ønske om samarbeid, eller lignende.

3.2. Utvalg

For å finne fram til et best mulig representativt utvalg av ambulante team, har vi lagt momenter som geografisk tilhørighet, størrelse, målgrupper, organisering, faglig profil m.m til grunn for utvalget. Fylkesmenn og fylkesleger, regionale helseforetak og Distrikts Psykiatriske Sentre (DPS) ble kontaktet og rådført. Videre har vi også rådført oss med flere kommuner og private organisasjoner. Vi har også fortløpende fått mange tips fra informantene om andre aktuelle bidragsytere. Søk på Internett har også vært nyttig.

3.2.1. Kortfattet oversikt over utvalget

Det er som sagt store forskjeller på de utfordringene de store byene, mindre byer, store distrikter og små tettsteder opplever. Vi har prøvd å dekke dette spennet både når det gjelder

² Kirkevold Marit: "Praktisk kunnskap i sykepleievitenskap", publikasjonsserie 3/ 1989, Institutt for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo

kommunale tilbud og team organisert under DPS. Arbeid som utføres av private organisasjoner beskrives også. Flere av tiltakene i utvalget utføres i samarbeid mellom ulike tjenestesteder; både på tvers av tjenestelinjer og private og offentlige tjenester. Utvalget rommer også et stort mangfold når det gjelder hvilke målgrupper de ambulante teamene har; både når det gjelder aldersgrupper, sekundær- og tertiærforebygging. Vi har videre beskrevet ambulante tiltak som retter seg mot ulike problemområder misbrukerne sliter med.

Oslo står i en særstilling med hensynet til omfanget av rusproblemer. De har ca 6000 intravenøse misbrukere, i tillegg til andre misbrukere. Dette gjenspeiles i at Oslo har en rekke ambulante tiltak. Seksjon Oppsøkende er en del av Rusmiddeletaten i Oslo kommune, og består av Uteseksjonen og Oppsøkende og Koordinerende tjenester. Begge disse tjenestene består igjen av flere ambulante team med ulike funksjoner. Det eksisterer også ulike private organisasjoner som arbeider ambulant med rusmisbrukere, og Frelsesarmeens arbeid blir beskrevet som et eksempel på dette. Videre foregår det ambulant arbeid i 12 av de 15 bydelene, og vi har valgt å beskrive arbeidet i Grünerløkka bydel.

I Bergen har Utekontakten tre oppsøkende team med ulike fokus, som spenner over gateprostitusjon, ungdom i faresonen og ungdom som er rusbelastet, samt arbeid rettet mot utviklingstrekk i ungdomskulturen. På Ytrebygda sosialkontor i Bergen driver de tett oppfølging av de tyngste rusmisbrukerne. Vi har også beskrevet samarbeidsprogrammet *Fra fengsel til kommune*, hvor man hjelper tunge rusmisbrukere i overgangen fra fengsel til kommune. Også i Bergen foregår det mye frivillig ambulant arbeid, og her er Kirkens Bymisjons omsorgsbasis for gateprostituerte kvinner valgt ut.

Prosjekt Bostedsløse er et nasjonalt prosjekt med mange lokale prosjekter i de største byene.

Ambulerende boteam i Drammen beskrives som ett eksempel på ambulant arbeid hvor fokus er å kvalifisere bostedsløse til både å skaffe seg og beholde egen bolig.

Aktiv Kontakt med Stoffavhengige i Tønsberg er et samarbeid mellom Kirkens Bymisjon og Tønsberg kommune, som retter seg mot å redusere antall overdoser og bedre livskvaliteten for mennesker med tungt rusmisbruk.

I Arendal drives BRU-prosjektet av sykehuset og barnevernet i felleskap. De arbeider med ungdom som er i ferd med å utvikle eller har et rusproblem. De driver også med forebyggende arbeid i skolen.

Fra Trondheim har vi beskrevet *Flipover-metoden*, som de har utviklet ved Nettverksteamet på ressurscenteret for barn og ungdom.

I Tromsø kommune er rus og psykiatritjenesten slått sammen, og de driver ulike ambulante tiltak rettet mot dobbeltdiagnoser, klienter på metadon-tiltak, samt oppsøkende ungdomsarbeid. Flere av disse tiltakene drives i samarbeid med Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Også i mange små kommuner driver det oppsøkende virksomhet, og som representanter for disse beskrives arbeidet som utføres i Løten og Modum kommuner.

Utvalget omfatter også ambulant virksomhet som drives fra de Distrikts Psykiatriske Sentre. Her har vi beskrevet Prosjekt Rus og Psykisk lidelse (ROP) ved Tøyen DPS i Oslo som retter seg mot pasienter med dobbeltdiagnoser (rus og psykisk lidelse).

Rehabiliteringsteamet ved Salten DPS i Bodø arbeider med å hjelpe personer med alvorlige psykiske lidelser til å mestre det å leve med en langvarig lidelse og oppleve best mulig livskvalitet. Noen av deres pasienter har rusproblematikk i tillegg til psykisk lidelse.

I Finnmark preges arbeidet av de store avstandene. Ambulant arbeid fra alle de tre DPSene beskrives.

Øst-Finnmark DPS samarbeider tett med Vardø kommune om brukere med sammensatte behov i alle aldersgrupper.

Vest-Finnmark DPS reiser til Loppa og Havik kommuner en gang i måneden for bl.a å behandle pasienter med alvorlige sinnslidelser. De planlegger også et samarbeidsprosjekt for å hjelpe Alta med de store rusproblemene som de sliter med.

Psykiatrisk ungdomsteam fra Midt-Finnmark DPS er det eneste psykiatriske ungdomsteamet nord for Trøndelag, og de jobber mest med rus og selvmordsproblematikk. Felles for alle DPSene er at de ikke bare arbeider med rusproblematikk, men også psykiatri. Mye av deres ambulante virksomhet retter seg mot å veilede ansatte i kommunene.

3.3. Annet materiale

Alle de 7 kompetansesentrene i forebyggende rusarbeid er også kontaktet. De fleste av disse hadde ingen prosjekter rettet mot ambulant virksomhet.

Kompetansesenteret i Oslo har et særskilt ansvar for oppsøkende ungdomsarbeid. De har gjennomført et prosjekt om å avdekke taus kunnskap i ambulant arbeid som omtales i rapporten. Videre har de nylig startet opp en videreutdanning i utekontaktarbeid som beskrives. De er også i gang med å skrive en lærebok i tilknytning til denne videreutdanningen.

Kompetansesenteret på Borgestadklinikken leder et prosjekt hvor man lærer opp frivillige til å være nettverk for misbrukere som skrives ut etter behandling. De holder også på å utarbeide planer for ambulant avgiftning som også er tatt med i rapporten. Oppdragsgiver har ønsket at utvalget også skal omfatte planlagte tiltak / prosjekter.

Bergensklinikken har tidligere utarbeidet planer for et samarbeidsprosjekt med Bergenhus bydel ift omsorg og behandling av tyngre rusmisbrukere. Selv om dette prosjektet ikke har fått midler, er det vurdert interessant i denne sammenhengen og er følgelig med i utvalget.

Landsforeningen for utekontakter er også omtalt i rapporten.

4.0. Datamaterialet

Oversikt over ulike tjenestestedene som er med i undersøkelsen og hvor matriser og beskrivelser finnes.

Kap.	Tjenestested	4.1.	4.2.
A	Uteseksjonen i Oslo kommune	10	32
B	Oppsøkende og koordinerende tjenester i Oslo kommune	12	38
C	Frelsesarmeen i Oslo	13	42
D	Grünerløkka bydel i Oslo kommune	14	44
E	Utekontakten i Bergen kommune	15	46
F	Ytrebygda sosialkontor i Bergen kommune	16	51
G	Fra fengsel til kommune – et samarbeidsprogram	17	53
H	Kirkens Bymisjons Omsorgsbasis for gateprostituerte kvinner i Bergen	18	57
I	Ambulerende boteam i Drammen kommune	19	59
J	Aktiv Kontakt med Stoffavhengige (AKS) i Tønsberg	20	61
K	BRU-prosjektet i Arendal	21	64
L	Flipover-metoden, Nettverksteamet på Ressurssenteret for barn og ungdom i Trondheim kommune	22	68
M	Rus- og psykiatritjenesten i Tromsø kommune	23	71
N	Ungdomskontakten i Løten kommune	24	74
O	Modum kommune	25	76
P	Prosjekt Rus og Psykisk lidelse (ROP),Tøyen DPS i Oslo	26	78
Q	Rehabiliteringsteamet, Salten Psykiatriske Senter (DPS) i Bodø	27	82
R	Gruppe for psykisk helse i lokalsamfunnet: Vardø kommune og Øst-Finnmark DPS	28	85
S	Vest-Finnmark DPS	29	88
T	Planlagt samarbeidsprosjekt mellom DPS Vest-Finnmark og Alta kommune	30	89
U	Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT), Midt Finnmark DPS	31	91

Oversikt over annet relevant materiale

V	Taus kunnskap	93
W	Videreutdanning i utekontaktarbeid	95
X	Prosjekt Rusfritt Nettverk	97
Y	Planer om poliklinisk/ambulant avgifting i Telemark	99
Z	Skisse til samarbeidsprosjekt mellom Stiftelsen Bergensklinikkene og Bergenhus bydel	100
Æ	Landsforeningen for utekontakter	103

4.1. Oversiktsmatriser

A. (forts.) Uteseksjonen i Oslo kommune.

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p>3: Ung i byen: Målgrupper: Ungdom mellom 13 år og 18 år. Målsettinger:</p> <p>4: Arena: Målgruppe: Ungdom i ”Hip Hop” miljøet. Målsetting: Nyttiggjøre seg av ressursene og samarbeide med i Hip Hop miljøet Samarbeid: Utelivsteamet og Frontlaget samarbeider for å knytte kontakter i hip-hop-miljøet.</p> <p>5: Futurekoordinatorene: Målgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ungdom i faresonen/ brukere av sentralstimulerende stoffer og hasj, og/eller som i liten grad klarer å nyttiggjøre seg av eksisterende tilbud. • Foreldre og fagfolk. <p>Målsetting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere selvhjelpsgrupper, alternative rusfrie aktiviteter og rusfrie nettverk. • Samarbeid med utelivsbransjen i Oslo for å være i forkant av nye rustrender. Informere og forebygge et tyngre rusmisbruk. • 	<p>5 medarbeidere</p> <p>5 medarbeidere</p> <p>2 sosialfaglig ansatte</p>	<p>3. Oppgaver / arbeidsmetodikk Ung i Byen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • To dager i uken har dagpatroljene et generelt fokus, mens de andre dagene har laget fokus på de yngste ungdommene. • Utvikler metoder for oppsøkende arbeid.¹ <p>Erfaringer Ung i Byen: <i>Oppsøkende på nett</i> er relevant i forhold til tjenesten, men pr. i dag har man ikke kapasitet eller utstyr nok til å få jevnlige treff med ungdommene. Hvis forutsetningene legges til rette i tiden framover, har man her betydelige muligheter til å kunne nå nye, store grupper ungdommer som uteseksjonen ikke får tak i på andre måter.</p> <p>4. Oppgaver/arbeidsmetodikk Arena:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere et utgangspunkt for videre arbeid med Hip-Hop-miljøet gjennom bl.a tilstedeværelse på gata, klientarbeid, kartlegging/samarbeid med sterkt rusbelastede utesteder, ”stands” og tilstedeværelse på disse. • Kurstilbud for målgruppa. <p>Erfaringer Arena:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er mange ressurser i HIP HOP miljøet som Uteseksjonen vil dra nytte av å samarbeide med, sannsynligvis knyttet opp mot FUTURE konseptet <p>5. Oppgaver/arbeidsmetodikk FUTUREkoordinatorene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ulike kursarrangement i målgruppas interesse. • Er støttespillere og inspiratorer for institusjonen og de andre teamene. <p>Erfaringer FUTUREkoordinatorene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ca. 100 ungdommer deltar årlig på kursene og/eller aktivitetene, 30 møtes jevnlig på Futuremøtene. Disse får tilbud om flere andre kurs, temakvelder og aktivitetsdager/-kvelder. I tillegg nås mange ungdommer ved standjobbing på utesteder.

¹ som f.eks ”Oppsøkende på nett”, oppsøkende virksomhet på internetts chattekanaler, samt en spørreundersøkelse i blant homofile om bevissthet rundt eget rusbruk

B. Oppsøkende og Koordinerende Tjenester (OKT) i Oslo kommune

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p>Målgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klienter med rusproblematikk og tung sosial og helsemessig tilleggsproblematikk. <p>Målsetting: Tærtsiærførebygging</p> <p>Organisering:</p> <ul style="list-style-type: none"> Arbeidet er en byomfattende tjeneste som drives og betales av rusmiddeletaten i Oslo kommune. <p><u>Team 1: Mottaket:</u></p> <p><u>Team 2: Akutt avdelingen</u></p> <p><u>Team 3: Oppfølgingsgruppa</u></p> <p><u>Team 4: Kartleggings og dokumentasjonsgruppa:</u></p> <p><u>Deltagelse i prosjekter:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Prosjekt hjemreise Prosjekt ift muslimske menn 	<p>Institusjonssjef (sosionom), ass. institusjonssjef (barnevernspedagog), samt en merkantil person. 26,5 årsverk fordelt på 30 stillingshjemler.</p> <p>3 personer; sykepleier, sosionom og en med lang realkompetanse</p> <p>14 personer, 6 sykepleiere, 2 sosionomer og 6 med lang realkompetanse.</p> <p>4 personer, 3 sosionomer og 1 barnevernspedagog</p> <p>4 personer: sosionom, sykepleier, statsviter og en verneassistent</p>	<p>Oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> Oppsøkende virksomhet med hjemmebesøk Tilsyn med byens rusmiljø <p>Arbeidsmetodikk:</p> <ul style="list-style-type: none"> De ansatte er organisert i flere "lag", med to ansatte, 2 av disse er alltid ute Lagene har noe ulik faglig profil for best mulig å møte ulike oppdrag <p>Erfaringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tjenesten er tilgjengelig på gatenivå og dette bidrar til en ubyråkratisk tjeneste som gjør det mulig å ta seg av de som faller gjennom i de øvrige hjelpeapparatene og yte rask hjelp OKT bruker mye tid på å prøve å skyve ansvaret over på dem som egentlig har det. Dette oppleves som etiske dilemmaer, siden de ser at OKT er den eneste hjelpen klientene har. Hjemmebesøktjenesten er underrapportert. Ensomhet og rusing i hjemmet er et stort, skjult problem. Denne tjenesten bør bygges ut, - gjerne av bydelene. <p>1. Oppgaver Mottaket:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tar imot henvendelser på telefon, screener alle henvendelser og bestemmer hvilke oppdrag som skal taes. Ivaretar sikkerheten. <p>2. Oppgaver Akuttavdelingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hjemmebesøk, kartlegging, råd og veiledning. Formidling av avrusningsplasser Oppfølging etter overdoser <p>3. Oppgaver Oppfølgingsgruppa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Oppfølging av enkeltklienter og etablering av samarbeid rundt dem i inntil 3 mnd. Rådgivning og saksveiledning til samarbeidspartnere og klienten <p>4. Oppgaver Kartleggings og dokumentasjonsgruppa:</p> <ul style="list-style-type: none"> "Telling", hypoteseutprøving, gjennomføring av brukerhøringer og brukertilbakemeldinger. leverer en rapport hver 3.måned, i tillegg til årlige statistikker.

C. Frelsesarmeen i Oslo

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p>Målgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bostedløse personer med problematikk som rusmisbruk, psykiske lidelser med mer <p>Mål:</p> <p>Tærtsiærforebygging</p> <p>Organisering:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tjenesten drives dels med økonomisk støtte av kommunen, dels av private gaver. <p>Samarbeid:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lederen av tjenestene sitter i et samarbeidsteam med representanter fra Fagerborg akuttinstitusjon (også drevet av Frelsesarmeen), andre kommunale boinstitusjoner, Bymisjonen, Møtestedet cafe, Oppsøkende og Koordinerende Tjenester og Uteseksjonen. De møtes hver måned for å utveksle erfaringer. Lederen sitter også i en nettverksgruppe med representanter fra bymisjonen, Proseneteret, Martitastiftelsen, Uteseksjonen, Prosjekt ROP (rus og psykiatri). Dette samarbeidet vurderes som meget viktig. 	<p>2 lærere, 1 sosionom, 1 kokk, 1 miljøterapeut/sosionom, og 4 miljøarbeidere uten formell utdanning, 4 sykepleiere, en sekretær, og en lege i 20% stilling. 2 kapellaner.</p> <p>I tillegg har de ca 70-80 frivillige, bla en hudlege hver annen uke.</p>	<p>Oppgaver:</p> <p><u>1: Drift av Suppebussen.</u> Utdeling av suppe 2 kvelder 2 timer i uka fra september – mai. Bussen fungerer også som en kartleggende og oppsøkende varmestue.</p> <p><u>2: Oppsøkende arbeid med tilbud om overnatting</u> De ansatte oppsøker steder de erfaringsmessig vet at bostedløse oppholder seg om natta. Ved behov kontakter de Ila Hospice som har oversikt over tilgjengelige ledige senger i byen (både kommunale plasser og steder Frelsesarmeen driver) og kjører vedkommende dit.</p> <p><u>3: Kontaktsenter</u> Et senter med varierte praktiske, helse/omsorgsmessige og psykososialt tilbud. Gjennomsnittelig benytter ca 270 personer seg av dette tilbudet daglig.</p> <p>Arbeidsmetodikk:</p> <ul style="list-style-type: none"> De arbeider etter mottoet ”Suppe, såpe og frelse” og sørger for å dekke folks grunnleggende behov på ulike måter, samt å hjelpe dem til å få orden på livet sitt. De benytter en empowerment tilnærming², med bevisstgjøring, ansvarliggjøring, og individuell tilnærming, der de møter folk der de er og stille krav ut fra det. Alt de gjør er målrettet og de er opptatt av å lære folk å grunnleggende ferdigheter når det gjelder kosthold, hygiene med mer.

² Empowerment handler om å mobilisere og styrke folks egne krefter, samt å nøytralisere krefter som bevirker avmakt. Dette er nødvendig for at pasienter skal bli friske og beholde helsen, og ofte for å motvirke effekten av samfunnsbetinget undertrykking, som fra tid til annen videreføres i medisinsk praksis. (Tidsskr Norsk Lægeforening 2001; 121: 1624-8, Malterud/Thesen)

D. Grünerløkka bydel i Oslo

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p>Målgruppe: Rusmisbrukere ved bydelens sosialkontor. Til enhver tid er ca. 100 personer i rusmiddeletatens tilbud og i tillegg er over 100 personer i legemiddel assistert behandling</p> <p>Organisering/samarbeid: Bydelen har ikke rene ambulante tjenester på gateplan.³ Arbeidet har en flat organisering og er godt forankret både politisk og administrativt.</p> <p><u>1: Forebyggende arbeid</u> Målsetting: Målet er at klientene skal bli rusfrie. Målgrupper: Personer med rusmisbruk</p> <p><u>2: Oppfølging av tunge misbrukere:</u> Målsetting: Å få en mer ordnet hverdag, - ikke å bli rusfrie. Målgrupper: Personer som ofte har psykiske lidelser i kombinasjon med tungt misbruk.</p> <p><u>3: Bo-oppfølging</u> Målgruppe: Bostedsløse, samt også personer som trenger hjelp til å beholde den boligen de har. Mange har rusproblemer. Samarbeid: Saksbehandlerne på sosialkontoret, bydelens boligkontor, barnevernet, jobbsenter og med styrene i gårdene / borettslagene⁴.</p>	<p>Ansatte fra de tre områdene under samarbeider mye, slik at skillene ikke er så klare som de her fremstilles. Samlet utgjør disse en viktig ressurs i sosialtjenestens oppfølgingsarbeid.</p> <p>1. 3 stillinger som ruskonsulenter; to sosionomer og en samfunnsviter</p> <p>2. To stillinger; den ene besatt av sosionom med videreutdanning i psykisk helsearbeid, den andre ubesatt pga permisjon</p> <p>3. 6 stillinger; hjelpepleier, sosiolog, sosionomer, administrativt ansatt.</p>	<p>Generelle erfaringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tid, tillit, tilgjengelighet og ressursfokus må vektlegges. Det er ikke er mulig å planlegge alt, tjenesten må bygges opp over tid. Alle kan hjelpes, det trengs mye ressurser og tålmodighet. <p>1. Oppgaver/arbeidsmetodikk Forebyggende arbeid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjemme/institusjonsbesøk der rusproblemet kartlegges. Innsøking til ulike behandlingstiltak/rehabilitering/legemiddelassistert rehabilitering • Videre hjelp til botilbud etter behandling • Samarbeid knyttet til kvalifisering og sysselsetning. <p>2. Oppgaver/arbeidsmetodikk Oppfølging av tunge misbrukere :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bidra til at klientene mestrer sitt boforhold • Følge opp klientene i samarbeid med øvrige tjenester. <p>3. Oppgaver/arbeidsmetodikk Bo-oppfølging:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Framskaffe boliger med all praktisk bistand. • Bygger tjenesten rundt brukeren i dennes bolig, og unngår tunge tiltakskjeder. Brukermedvirkning står sentralt i arbeidet. Individuell plan utarbeides for enkelte <p>Erfaringer Bo-oppfølging</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fokus på at diagnoser skal nedtones, tiltak og oppfølging skal bestemmes ut fra brukers behov – ikke omvent. • Bruken av hospits har blitt betydelig redusert, arbeidet har også hatt en klar økonomisk effekt gjennom økt formidling av boliger, færre utkastelser og bedre økonomistyring hos klienter som får booppfølging

³ Dette utføres av Oppsøkende og koordinerende tjenester og Uteseksjonen. Samarbeidet med disse er ikke formalisert, og dette etterlyses

⁴ Bydelen deltar også sammen med Namsmannen i Oslo og to andre bydeler i et prosjekt hvor formålet er å redusere antall utkastelser.

E. Utekontakten i Bergen kommune

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p><u>1: Kaiateamet</u> Målgruppe: Kvinner i gateprostitusjon og med tunge rusproblemer, dårlig fysisk/psykisk helse, ustabil bosituasjon. Målsetting: Forebygge problemutvikling, medvirke til bedring av livssituasjonen Organisering/forankring: En kommunal hjelpetjeneste. Samarbeid: Offentlig/private hjelpeapparatet.</p> <p><u>2: Oppsøkende team og prosjekt/bydelsteam – oppsøkende grupper:</u> A: For ungdom mellom 17 og 25 år definert som misbrukere m injiserende misbruk. B: For ungdom i faresonen m dårlig nettverk, psykososiale problemer med mer.</p> <p><u>3: Future:</u> Målgruppe: Ungdom mellom 13-22 år m tilknytning til/interesse for hip hop og techno/trance-kulturen. Målsetting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skape gode normsendere i rusfrie subkulturer, • Forebygge og redusere skadevirkningene av narkotika • Skape alternative ruskonkurrerende tiltak • Sette fokus på nye trender og utviklingen i subkulturene <p>Samarbeid: Offentlige og private hjelpetjenester</p>	<p>1: 4 stillinger, en sykepleier og 3 med sosialfaglig utdanning.</p> <p>2A: 3 ½ stilling; alle sosionomer</p> <p>2B: 10 ½ stilling fordelt på 2 team bestående av sosionomer, barnevernspedagoger og en vernepleier</p> <p>3: 2 stillinger; en sosionom og en barnevernspedagog</p>	<p>1: Oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppsøkende arbeid på byens prostitusjonsstrøk. • Drift av varmestue og helsestue med helsefremmende arbeid, råd og veiledning, • Gjennomført et prosjekt med kartlegging av vold <p>Arbeidsmetodikk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppsøkende lavterskeltilbud med gratis helsetilbud/veiledning. • Individuell oppfølging gjennom ansvarsgruppejobbing, støtte og oppfølging. • Etablere tillit og fortrolighet hos en gruppe som i liten grad klarer å nyttiggjøre seg av det ordinære helse og sosialtilbudet. <p>2A: Oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppsøkende på ungdommenes arenaer. • Rådgivning og veiledning. • Følge til avtaler med det øvrige hjelpeapparatet. • Paktisk hjelp og støtte. <p>2B: Oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontaktetablering, formidling av kontakt med barnevern, psykolog eller foreldre. • Gruppesamtaler med ungdommer med sammenfallende behov/problemer. <p>3. Arbeidsmetodikk: ”Ung-til-ung formidling”,⁵</p> <p>Oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ivaretagelse/skolering av ”Dozerne”. • Arrangementet av ”parties” og DJ- og breakekurs for målgruppen. <p>Erfaringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulante tjenester er mye mer virksomme enn stasjonære tjenester for disse brukerne. • Arbeidsformen stiller spesielle krav til den enkelte feltarbeider – og til tjenesten som helhet, derfor prioriteres metodeutvikling og forbedringsarbeid. • Viktig å ivareta og videreutvikle erfaringsbasert kunnskap.

⁵ Ansatte har knyttet til seg en gruppe ungdommer i alderen 16-22 år som arbeider frivillig i Future (kalt Dozerne) Disse er håndplukket på bakgrunn av egenskaper, holdninger og posisjon i ungdomsmiljøene.

F. Ytrebygda sosialkontor i Bergen

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p>Målgruppe: 20 bostedløse rusmisbrukere med omfattende problematikk både sosialt og rusmessig.</p> <p>Målsetting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Et bedre liv for den enkelte rusmisbruker • Reduserte offentlige utgifter. <p>Organisering/forankring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Et prosjekt innenfor sosialtjenesten, Ytrebygda sosialkontor, Bergen kommune • I videreføringen av prosjektet blir ruskonsulentene knyttet opp mot hvert sitt resultatteam for kartlegging av nye klienter, og førstegangssamtalen med nye søkere til institusjon. • Fra teamene og nykartleggingene vil så konsulentene velge ut videre hvem som skal prioriteres for tett oppfølging. <p>Samarbeid: Samarbeidskontrakt med Stiftelsen Bergensklinikkene, kompetansesenter og utredningsavdeling.</p>	<p>2 sosionomer med videreutdanning i rus.</p>	<p>Oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontaktetablering med og tett oppfølging av klientene. • En kombinasjon av miljøarbeid, oppsøkende virksomhet og tradisjonell kuratortjeneste bak pulten på sosialkontoret. • Flere tiltak for å sikre tiggengeligheten til tjenestene. <p>Arbeidsmetodikk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modellen tar utgangspunkt i systemteori⁶ og interaksjonisme⁷ med fokus på dysfunksjonelle relasjoner, der det å bygge opp gode og funksjonelle relasjoner er viktig. • Videre legges det opp til oppfølging innenfor og utenfor institusjon og hvor ruskonsulentene i samarbeid med 2.linjen foretar en vesentlig del av kartleggingen. • Kuratorene benytter seg av forskjellige kartleggingsinstrumenter (bl.a. ”rusens funksjon”, ”MAR – S”) og ulike sjekklister for psykiske lidelser. De har utarbeidet et nyttig kartleggingsverktøy som også bidrar til at kartleggingen blir en viktig intervensjon i seg selv. <p>Erfaringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Av 19 bostedløse pr august 2002 er det d.d. ingen igjen som bor i midlertidig botilbud. Dette har ført til en vesentlig nedgang i utgifter. • Det er søkt og innvilget trygdeytelser for flere som er i aktive attføringsopplegg • 2 er kommet i inntektsgivende arbeid • Det er for noen bygget nye nettverk eller gamle nettverk har gitt klienten nye sjanser. • Flere har rapportert om mindre rusinntak enn tidligere • Flere benytter seg av/er søkt til ulike behandlingstilbud/utredning. • Endelig evaluering vil bli presentert høsten 2004.

⁶ Systemteorien definerer hele eller deler av en organisasjon som system og subsystemer Disse er gjensidig avhengig av og påvirker hverandre, samtidig som de også står i et åpent og gjensidig påvirkningsforhold til omgivelsene (Gregory Bateson 1972)

⁷ George Herbert Mead (1934) hevder i sin teori om symbolsk interaksjonisme at selvoppfatningen dannes på grunnlag av andres vurderinger av oss. Videre hvordan sosiale situasjoner og samhandling skaper mening for mennesker

G. Fra Fengsel til Kommune - et samarbeidsprogram

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p>Målgruppe: Løslatte, tunge rusmisbrukere med hjemkommune i Hordaland. 15 deltagere. De må gjennomgå div tester og intervju, samt ha deltatt i <i>Rusprogram i fengsel</i>.</p> <p>Målsetting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sosial reintegrering i overgangen fra fengsel til kommune. • Koordinere hjelpe- og behandlingstjenestene rundt deltagerne. <p>Organisering/forankring: Oppfølgingsprogrammet er et femårig prosjekt finansiert av Shdir. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Stiftelsen Bergensklinikkene, Kompetansesenteret ved Bergen Psykiatriske Universitetssykehus, Bergen Fengsel, Friomsorgen og de deltagende kommunene. Prosjektets koordinerende ansvar ligger hos Kriminalomsorgen region Vest.</p>	<p>4 stillingsressurser som innehas av 6 personer. Teamets sammensetning er tverrfaglig og er besatt med fem personer med helse/sosialfaglig bakgrunn, og en person med bakgrunn fra kriminalomsorgen.</p>	<p>Oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere ansvarsgrupper. Individuell plan. • Forpliktende rusbehandling individuelt / i grupper • Syssestettingstiltak • Bo-oppfølging • Nettverksbygging • Samarbeid og veiledning etter behov til de involverte instanser. • Veiledning • Dokumentasjon/evaluering av prosjektet. <p>Arbeidsmetodikk: Forpliktende kontrakt mellom alle parter. Selvbyggingsprinsipp; styrke brukeren til å ta ansvar for eget liv.</p> <p>Erfaringer: Det er for tidlig å si noe om resultatene. Prosjektet skal evalueres av forskningsavdelingen ved Stiftelsen Bergensklinikkene i samarbeid med Kriminalomsorgen Region Vest.</p>

H. Kirkens Bymisjons Omsorgsbase for kvinner i Bergen

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p>Målgruppe: Kvinner i rus og prostitusjonsmiljøet uten bolig / med utrygg bolig</p> <p>Mål: Omsorg, samt reduksjon av skader fra prostitusjon og rusmisbruk</p> <p>Organisering/forankring: Tiltak under virksomhetsområdet rus/ prostitusjon i Bymisjonen i Bergen.</p> <p>Samarbeid: Prosjekt bostedsløse, Utekontaktens Kaia-team, Staks-huset, mfl i Kirkens bymisjon.</p>	<p>6 ansatte; en sosionom, en sosionom/jurist, en vernepleier, en sykepleier og to hjelpepleiere.</p> <p>15 stabile, kompetente frivillige medarbeidere er tilstede 50% av nettene.</p> <p>Prosjekt: 1,5 stilling; En jurist og en vernepleier. I tillegg deltar frivillige i ca 40 % av det oppsøkende arbeidet</p>	<p>Oppgaver /arbeidsmetodikk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Driver natthjem med 6 plasser + 2 ekstra akutt plasser som brukes ved overdoser voldtekter eller mishandling. Tilbudet er gratis, med nytt inntak hver kveld. • Kvinnene oppsøker selv natthjemmet og ber om plass, noen blir henvist dit fra andre. • Praktisk og sosial hjelp og støtte • Krisehåndtering ved behov. • Leder og nestleder driver oppfølging på dagtid, hvor de tilbyr kvinnene følge til det øvrige behandlingsapparatet + gir noe samtaleterapi. Basen har ikke har fått noe formelt mandat eller økonomiske midler denne aktiviteten, bakgrunnen er en moralsk forpliktelse ut fra observert behov. • Noen av kvinnene får låne natthjemmet om dagen til å ha samvær med barna sine. • 3-årig prosjekt hvor de kartlegger helsa til prostituerte som arbeider innendørs eller på gata. Prosjektet er finansiert av Helse og Rehabilitering • Oppsøkende virksomhet 3 kvelder i uka, der de både kartlegger og informerer kvinnene om helsebyggende tiltak. • Kvinnene tilbys også preventiver og noe mat/drikke i et egnet lokale <p>Erfaringer: Kun 4 av 250 kvinner har blitt rusfrie på 7 år. Behandlingsapparatet er for oppsplittet og ser ikke helheten i disse kvinnenes liv.</p>

I: Prosjekt Bostedsløse⁸ i Drammen

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p>Målgruppe: Bostedsløse klienter med en kombinasjon av langvarige, alvorlige rusproblemer og psykiske lidelser. Ca 50 deltar til enhver tid i prosjektet.</p> <p>Mål: Hjelpe folk til å bo, samt redusere rusemisbruk</p> <p>Organisering/forankring: Prosjektorganisasjonen er etablert på tvers av de kommunale tjenestetilbudene. Kostnadene og finansieringen av prosjektet har vært delt mellom Drammen kommune og tilskudd fra Husbanken /Shdir. Ambulerende boteam er organisert under senter for rusforebygging. Senteret har også flere andre funksjoner som ikke omtales her.</p> <p>Samarbeid: Styrene i boretteslagene</p>	<p>1 psykiatrisk sykepleier, 2 sosionomer, 1 vernepleier og 1 med økonomiutdannelse.</p> <p>Hver av de 5 har ansvar for 10 klienter hver. Man er ikke spesielt opptatt av de ansattes fagbakgrunn ved fordeling av klientene, men den psykiatriske sykepleieren kan trekkes inn ved psykisk sykdom.</p>	<p>Oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bidra til å tilrettelegge forholdene i bosituasjonen og i forhold til omgivelser og nærmiljø • Hjemmebesøk fra en gang i uka til flere ganger daglig etter behov, der klientene får hjelp med praktiske, sosiale, økonomiske og personlige problemstillinger • Arrangement av flere ulike aktiviteter der målet er å integrere klienten i nærmiljøet <p>Arbeidsmetodikk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeidet er inspirert av <u>New Hampshire-modellen</u>,⁹ og <u>Normalitetsmodellen</u>¹⁰ • Å kvalifisere bostedsløse til å få en bolig, begynner med å gi de bostedsløse en bolig og hjelper dem til å bo der. Klientene blir ikke kastet ut selv om de ruser seg, men man arbeider for at de skal ruse seg minst mulig. • Helt sentralt i arbeidet er den bostedsløses individuelle plan som søkes ivaretatt av "case-management" tenkning, samtidig med samhandling på tvers av vedkommendes nettverk. <p>Erfaringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomgående gode, antall bostedsløse i Drammen er halvert fra 160 til 80 gjennom prosjektet • Samarbeidet mellom etatene oppleves enda dårligere enn før, det etterlyses gode samarbeidslinjer, rus og psykiatri burde hatt felles ambulerende team. • Økt fokus på økonomi og omorganisering i kommunen går på bekostning av faglig arbeid. • Underveis i prosjektet har behandlingsaspektet blitt nedtonet, mens tilstedeværelse og tilsyn i boliger og etablering av oppgangsfellesskap og satsing på baser har blitt oppprioritert.

⁸ Prosjekt Bostedsløse er et nasjonalt prosjekt, drevet av Sosial og Helsedepartementet, Kommunal og regionaldepartementet, Husbanken, Kirkens Bymisjon, Frelsesarmeen og Kirkens SOS. Det drives flere lokale prosjekt i hele landet.

⁹ Metoden fokuserer på relasjonsbygging over tid gjennom aktivt oppsøkende virksomhet og en helhetlig koordinert og individuelt tilpasset oppfølging. Metoden har vist seg å være den mest effektive oppfølging/behandlingsmetode ovenfor personer med rus/psykiatri problematikk.

¹⁰ Metoden fokuserer på å gi den enkelte klient et tilbud som er basert på deres individuelle behov, og som også er tilrettelagt gjennom utvikling av samhandlende og troverdige relasjoner.

J: Aktiv kontakt med stoffavhengige (AKS) i Tønsberg

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p>Målgruppe: Mennesker med tungt rusmisbruk og deres pårørende i Tønsberg kommune</p> <p>Mål: Bedre livskvalitet og redusere overdoser</p> <p>Organisering/forankring: Et fast tiltak som drives av Tønsberg kommune og Kirkens Bymisjon.¹¹</p> <p>Samarbeid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sosialtjenesten • Vestfoldklinikken • Kirkens Bymisjon • Fengelet • LAR • RUPO /PUT • Behandlingsinstitusjoner • Evangeliesentra • Landsforeningen Mot Stoffmisbruk. 	<p>2 personer. En sosionom fra bymisjonen og en sykepleier/diakon fra Tønsberg kommune</p>	<p>Oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Et lavterskeltilbud og et bindeledd mellom gata og hjelpeapparatet, direkte arbeid med enkeltklienter og pårørende • Videreformidler erfaringer til administrasjonen i kommunen og fylket og påpeker flaskehalsene slik brukerne ser det og AKS opplever det. <p>Arbeidsmetodikk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fokuserer på målgruppas egen opplevelse . • Henter kunnskap gjennom brukernes erfaringer, og ta dette videre med inn i hjelpeapparatet. • Er lett tilgjengelige og har en fleksibel og byråkratisk arbeidsform. • Driver oppsøkende virksomhet i byen og på Kafeen til Kirkens Bymisjon. • Foretar institusjonsbesøk og hjemmebesøk utenfor ordinær arbeidstid ved behov. • Er samtalepartnere som den rusavhengige kan tenke høyt med, som kan lytte til tvilen og bidra til rydding i tankekaoset. Tid til refleksjoner og se på konsekvenser av valg og muligheter til endring står sentralt i samtalen. <p>Erfaringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilbakemeldingene fra evaluering har vært svært positive. • Tid, respekt, tilgjengelighet, fleksibilitet, omsorg og kontakt over tid ble fremhevet som de viktigste kjennetegnene på deres arbeid. • Hjelpetilbudet for rusavhengige er for dårlig både i 1. og 2.linjetjenesten, og koordineringen mellom etatene mangelfull. • Samarbeidet mellom bymisjonen og kommunen gir et bedre samordnet tilbud

¹¹ Fra 1.10.04 startet AKS opp et nytt prosjekt; *Oppfølgende boligteam*. Her er det ansatt en prosjektleder og to miljøarbeidere. Midlene til dette prosjektet kommer fra Sosial- og Helsedirektoratet og er en del av det nasjonale, statlige *Prosjekt bostedsløse* som beskrives fra Drammen kommune i denne rapporten.

K: BRU-prosjektet (Barnevern, Rus og Ungdom) i Arendal

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p><u>1: Tilbud til ungdom mellom 13 og 25 år som har / er i ferd med å utvikle et rusproblem. (75 % av tidsressurs)</u> Målgruppe: 20 ungdommer i ovennevnte gruppe, alle med dobbeltdiagnoser Mål: Varierer fra rusfrihet til bedre livskvalitet</p> <p><u>2: Tilbud til videregående skole. (25% av tidsressurs)</u> En av de videregående skolene i Vest Agder veiledning fra BRU til å flytte fokus fra rus til adferd og stille større krav til orden og oppførsel.</p> <p>Organisering/forankring: Prosjektet ble startet i 2003 av Vest Agder fylkeskommune og skal vare i 3 år. Eies av Helse Sør RF, Sykehuset Arendal, avd. for rus og avh. og barne, ungd. og fam.etaten i Region Sør (staten)</p> <p>Samarbeidspartnere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A-etat og skolesjefens oppfølgingstjeneste • BUP og Friomsorgen 	<p>4 terapeuter: Barnevernspedagog, pedagog, psykiatrisk sykepleier/helsesøster, Sosiolog/økonom. Sekretær i halv stilling</p>	<p>Oppgaver: Driver oppsøkende og koordinerende virksomhet i deres hjem</p> <p>Arbeidsmetodikk: Følgende prinsipper vektlegges:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilgjengelig, pågående og fleksibel. • Familie og nettverksarbeid. • Tidlig tiltaksorientering og kontinuitet i oppfølgingen. • Forpliktende handlingsplaner som utarbeides sammen med ungdommen. • Må disponere mobiltelefon og bil. <p>Erfaringer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Av de 20 er det kun to som ikke har et tilfredsstillende bo tilbud, det er 9 som har et skole/arbeidstilbud. • Ungdommene gir uttrykk for at de blir møtt med respekt og at det er fint at noen stiller krav til dem. • De ungdommene som er på tiltak ville ellers enten ikke fått noe tilbud eller blitt søkt inn på institusjon. • Finansiering av hjelp til de under 18 år er problematisk • Overføringen fra barnevern til sosialomsorgen er for brå. • Taushetsplikten i skolen - og da spesielt mellom grunnskole og videregående - er en stor utfordring.

L. "Flipover-metoden" ved Nettverksteamet, Ressurssenteret for barn og ungdom i Trondheim kommune

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p>Målgruppe: Ungdom mellom 13 – 18 år som henvises til nettverksteamet via en forvaltningsenhet i barnevernstjenesten. Mange av sakene er relatert til rus og kriminalitet.</p> <p>Mål: Forebygge rusmisbruk og kriminalitet</p> <p>Organisering/forankring: Nettverksteamet er et av teamene i en nystartet enhet for hele Trondheim kommune. Teamet er organisert under Ressurssenteret for barn og unge, som er byomfattende enhet</p> <p>Samarbeid: Ungdommenes private nettverk, samt ungdomsbasen, barnevernet, politi, Chatarinasenteret og skolen</p>	<p>3 stillinger: 2 barnevernspedagoger og en psykolog</p>	<p>Oppgaver: Mobilisere et privat og offentlig nettverk for å støtte ungdommen i å løse problemene sine. Skape et strukturert og forpliktende samarbeid. Metodeutvikling Opplæring og veiledning i Flipover-metoden til andre tiltaksenheter innen barnevernet i flere bydeler i Trondheim.</p> <p>Arbeidsmetodikk: Flipover-metoden er teoretisk forankret i Urie Bronfenbrenners modell.¹² Sentralt i metoden er at det er viktig å få rask kontakt med ungdommen, mobilisere et offentlig og privat hjelpeapparat og ha regelmessige møter hvor man måler hva som skjer. Brukermedvirkning, løsningsfokus, anerkjennelse og mestring er også sentralt. I møtene brukes flipover-ark systematisk, derav navnet på metoden. Nettverksteamet arbeider over alt hvor ungdommene ønsker å treffe dem; skole, hjemme, ute eller på kontoret. De bruker flipover-metoden i alle saker som er rus og kriminalitetsrelatert</p> <p>Erfaringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Både ungdom og foreldrene gir positive tilbakemeldinger. De synes de blir tatt på alvor, at det er godt at noe skjer så raskt og at det oppleves godt å ha et lag rundt seg som bidrar til å skape endring og positiv utvikling. • Man kommer raskere i gang, får en mer offensiv posisjon ift familie og nettverk enn man tradisjonelt har, og bidrar til å skape positive sirkler i familien hvor de lykkes med noe. • Behandlingen er billig og antall tvangsinnleggelse er redusert. • Nettverksteamet har også gode erfaringer med metoden overfor grupper av ungdom med samme problematikk, med skoleklasser hvor læringsmiljøet er dårlig, i alle faser i barnevernsaker og ved inn- og utflytting av institusjon.

¹² En økologisk utviklingsmodell.. Metoden er også inspirert av LØFT (løsningsfokusert tilnærming) og Marte Meo (veiledningsmetodikk for å øke foreldres kompetanse).

M: Rus/psykiatritjenesten i Tromsø kommune¹³

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p><u>1: Oppsøkende og koordinerende virksomhet ift metadontiltak</u> Målgruppe: 30 klienter som får metadon. Det er ca 50 personer på venteliste Mål: Bedre livskvalitet Organisering/forankring: Et kommunalt tiltak under rus/psykiatritjenesten</p> <p><u>2: Oppsøkende Team</u> Målgruppe: Personer med alvorlig dobbeldiagnose Mål: Stabilisere og forbedre den enkelte situasjon og livskvalitet. Forebygge reinnleggelser</p> <p>Organisering/forankring: Et tverretattlig samarbeidsprosjekt mellom UNN og Tromsø kommune.</p> <p><u>3: Utekontakten</u> Målgruppe: Ungdom mellom 13 - 25 år, Problemområder er alt fra rus, konflikter i hjemmet, skole, jobb, psykiske problemer eller helse Organisering/forankring: Samarbeidsprosjekt mellom UNN og Tromsø kommune. Samarbeid: Det samarbeides med andre instanser når det er nødvendig</p>	<p>1. 9 årsverk: Barnevernspedagoger, vernepleier, sosionomer, sykepleier, hjelpepleier og assistent.</p> <p>2. 4 årsverk: Sykepleier, omsorgsarbeider, sosionom og barnevernspedagog. Ønsker å utvide teamet med to stillinger til. Nødvendig med kompetanse både på rus og psykiatri</p> <p>3. 7 årsverk; Psykolog, sosionomer, barnevernspedagoger og medarbeidere med cand.mag. hovedfag i pedagogikk</p>	<p>1. Oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppsøkende og koordinerende virksomhet i klientenes hjem/ute i byen. • Oppfølgingen er døgkontinuerlig i etablerte boligtiltak, for de som har behov for det. <p>Arbeidsmetodikk: ”<u>Case Management</u>”¹⁴ med elementer fra både den koordinerende og kliniske modell.</p> <p>Erfaringer: Betydelig bedring av livskvalitet og nedgang i kriminalitet og ordensforstyrrelser</p> <p>2. Oppgaver: Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset oppfølging Hjelp den enkelte til å dekke grunnleggende basale behov</p> <p>Arbeidsmetodikk: <u>New Hampshire-modellen</u>; relasjonsbygging over tid gjennom aktivt oppsøkende arbeid av få stabile personer</p> <p>Erfaringer: Betydelig bedre livskvalitet for brukerne.</p> <p>3. Oppgaver/ Arbeidsmetodikk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppsøkende virksomhet, inkludert rådgivning, veiledning praktisk hjelp • Drift av eget hus for ungdommen i sentrum av Tromsø. • Observasjon og kartlegging av ungdomsmiljøene.

¹³ De driver også Prosjekt bostedsløse, og i løpet av 2005 regner men med at alle de 150 bostedsløse rusmisbrukere har fått et sted å bo!

¹⁴ Case Management: Helhetlig behandlingsopplegg som integrerer psykiatrisk behandling, medisinerer, psykososial rehabilitering og støtte fra omgivelsene” (Kanter 1989)

N. Ungdomskontakten i Løten kommune

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p>Målgruppe: Alle kommunens ungdommer</p> <p>Målsetting: Å forbygge rusadferd/annen uønsket adferd hos ungdommer</p> <p>Organisering/forankring: P.t organisert under kommunens avdeling for kultur, informasjon og service, vil senere bli organisert under barn-, ungdom- og familietjenesten.</p> <p>Samarbeid: Pårørende, psykiatrisk sykepleier, sognepresten, barnevernet, helsesøster, arbeidstreningsgruppa på sosialkontoret, lensmann, flyktningkontoret, kriminalomsorg i frihet og tilpasset yrkesopplæring på A-etat. Næringslivet / handlestanden i kommunen som bidrar ifm utplasseringer.</p> <p>Senteret har nylig inngått et partnerskap med Løten Lions, Røde Kors, helsesøster og idrettsrådet. Kommunen og Lions betaler 40 000.- hver for å mobilisere foreldre, lærere og andre i det forebyggende arbeidet.</p>	<p>En senterleder, utdannet barne – og ungdomsarbeider. 3 medarbeidere uten formell utdanning som til sammen fyller en stilling.</p>	<p>Oppgaver:</p> <p>1: Oppsøkende arbeid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppsøker ungdommens arenaer, og inviterer til å komme på senteret • Kartlegge behov og hjelpetiltak, eventuelt søke hjelpeapparatet der det er nødvendig <p>2: Miljøsenderet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drift av senteret som er det eneste faste holdepunktet en del av ungdommene har. • Rådgivning/praktisk hjelp i forhold til varierte problemer/spørsmål • Trekker inn ressurspersoner som kan bidra positivt for ungdommene <p>Arbeidsmetodikk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontakt og tillitsetablering. • Nettverksarbeid. • Familiararbeid • Prioriterer forebyggende arbeid framfor det etablerte misbrukmiljø. • Etablerer og vedlikeholder en arena alle ungdommer kan benytte <p>Erfaringer: Senterleder arbeider alene i det oppsøkende arbeidet. Det medfører at tjenesten blir svært personavhengig, og hun savner noen å rådføre seg med. Det kan videre oppleves vanskelig å sette grenser og det medfører arbeidsbelastningen kan bli stor. Ser videre nytten av arbeidet, det oppleves positivt. Hun strever ift en somalisk ungdomsgruppe og ungdom med psykiske lidelser.</p>

O. Modum kommune

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p>Målgruppe: Personer mellom 16 og 25 år som har problemer i forhold til rus/psykiske lidelser. De henvises i hovedsak fra sosialavdelingen, barnevernet og psykiatritjenesten. Foreldre og andre i ungdommens nettverk kan henvende seg for å be om hjelp. 15 ungdommer har i gjennomsnitt vært inne i prosjektet til en hver tid.</p> <p>Mål: Redusere / avslutte rusmisbruk Forbedre livskvalitet</p> <p>Organisering/forankring: Prosjektet startet i oktober 2002 og varte i 2 år. Det er nå besluttet å videreføre tilbudet som en fast tjeneste under sosialkontoret. Arbeidet foregår på tvers av sosialtjenesten, barneverntjenesten og pleie- og omsorgstjenesten.</p> <p>Samarbeid: Psykiatritjenesten, lensmannen, sosial og barnevernstjenesten, arbeidskontoret, skolen, legene, trygdekontoret, Landsforbundet mot stoffmisbruk og foreldregrupper i Vikersund</p>	<p>En person ansatt, utdannet barnevernspedagog og familieterapeut.</p>	<p>Oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppsøkende virksomhet sammen med ungdommen, foreldre eller samarbeidspartnere, - hjemme eller ute på gata • Kontaktetablering med ungdommen på forskjellige måter; handling, matlaging, turer og kino, praktisk hjelp i leiligheten, følge til avtaler med helse/sosialpersonell med mer. • Være en voksen person de kan stole på og rådføre seg med. <p>Arbeidsmetodikk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uanmeldte og avtalte besøk • Etterstreber mest mulig tilgjengelighet, og benytter i den sammenheng SMS og mobiltelefon, også for å bruke ungdommens språk, • En ærlig, åpen og tilstedeværende holdning til ungdommen. • Fokuserer mest på de positive opplevelsene til den enkelte og hva som skal skje fremover, ikke hva som skjedde i går. <p>Erfaringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foreldre og samarbeidspartnere har evaluert tilbudet som positivt, og ønsker at det skal fortsette. • Svært nyttig å ha fleksibel arbeidstid og mobiltelefon i tjenesten. • Det fungerer greit å drive oppsøkende virksomhet alene, men det understrekes at det er helt nødvendig å få veiledning for å ikke bli utbrent. • Opprinnelig var det planer om at det skulle lages skriftlige kontrakter (tiltaksplan) med brukerne, men dette viste seg også å være vanskelig å gjennomføre.

P. Prosjekt Rus og Psykisk Lidelse (ROP) Tøyen DPS, Oslo

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p>Målgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personer fra 18 år med tilhørighet i Oslo, som ikke er i stand til å nyttiggjøre seg et offentlige behandlingstilbud. Pasientene har ofte vært innlagt i psykisk helsevern, har dårlig boevne og er ofte uten fast bosted. • Personen må ha et alvorlig rusavhengighetsproblem, samt grunnlag for å anta at det foreligger en alvorlig psykisk lidelse. Ett av kriteriene ved inntak er at de skal ha gjort flere forsøk på endring gjennom ordinære behandlingstiltak. <p>Målsetting: Stabilisere situasjonen og bedre livskvaliteten.</p> <p>Organisering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosjektet er en del av Tøyen Distriktpsikiatriske Senter, Lovisenberg Diakonale Sykehus. • Prosjektet startet opp ved Tøyen DPS 1. januar 2001 og varer ut desember 2005. Man regner med at teamet da blir et fast tilbud. <p>Samarbeid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ulike offentlige og private instanser innen rus og psykisk helsevern. • Pårørende. 	<p>9 medarbeidere; sykepleiere, psykologer, sosionomer, en psykiater i 20 % og en administrasjonskonsulent. Alle har erfaring både fra psykisk helsevern og rusomsorg.</p> <p>Ett og samme behandlingsmiljø må møte både de rusrelaterte og de psykisk relaterte problemstillingene.</p>	<p>Oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensivt oppsøkende arbeid med flere kontakter pr. uke v behov i inntil 2 år • Kartlegging, utredning, diagnostisering og forebygge tilbakefall • Individuelle planer og etablering av ansvarsgrupper • Samarbeid med det ordinære hjelpeapparatet. • Arbeider innad i psykisk helsevern, institusjoner og tiltak innen rusomsorgen for å høyne toleranse/ forståelse for pasientgruppen og øke kompetanse innen feltet, samt utvikle vilje og mulighet til å overta og arbeide videre med disse klientene. • Videreføre/utvikle samarbeidet med den allmenne helse- og sosialtjenesten. <p>Arbeidsmetodikk: Den faglige tilnærmingen er inspirert av New Hampshire modellen. Opptatt av å tenke muligheter framfor hindringer, styrke håpet og motvirke håpløshet, vise hverandre respekt og unngå vold, arbeide for en tilværelse der det er mulig å mestre livets vanskeligheter uten å måtte frykte å stå alene.</p> <p>Erfaringer: De fleste pasientene har et bedret funksjonsnivå ved utskrivning og uttrykker stor tilfredshet med den mottatte hjelpen. Samtidig uttrykker de stor usikkerhet om hvordan det skal gå med dem etter utskrivning. Alt er tillatt i dette arbeidet, bare det virker. Hjemmebesøk er en forutsetning for å lykkes, klienten må bestemme tempoet. Spesielt personer fra andre kulturer med dobbeltdiagnoser trenger sårt slik hjelp. Arbeidet krever stor grad av fleksibilitet, samt godt teamarbeid og veiledning</p>

Q. Rehabiliteringsteamet ved Salten psykiatriske senter (DPS)

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p>Målgruppe: Mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Tilleggsproblematikk er ofte rusmisbruk/annen form av selvd destruktiv atferd. Snittalder i 2003 var 37 år, og teamet hadde i 2003 kontakt med ca 80 personer.</p> <p>Mål: Klientene skal mestre det å leve med en langvarig lidelse og oppleve best mulig livskvalitet. Brukermedvirkning og koordinerte tjenester er sentralt.</p> <p>Organisering/forankring: En del av voksenpsykiatrisk poliklinikk ved Salten Psykiatriske Senter, som igjen er en del av helseforetaket Nordlandssykehuset.</p> <p>Samarbeid: De betjener 11 kommuner i et stort geografisk område. Dette medfører at de jobber direkte klientrettet i de kommunene som ligger nærmest senteret. I de øvrige kommunene jobbes det via det lokale hjelpeapparatet, ved veiledning, konsultasjon etc.</p>	<p>8 stillinger : Daglig leder, en miljøarbeider, samt 6 stillinger som fagkonsulenter. Stillingene er i dag besatt av 2 sosionomer/ kliniske sosionomer, 5 psykiatriske sykepleiere (hvorav en som daglig leder) samt en hjelpepleier. Konsultativ bistand fra psykiater månedlig, eller ved særlig behov.</p>	<p>Oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faglig vurdering • Koordinering og veiledning av klientene. • Hjemmebesøk • Sosial trening • Ulike former for undervisning, samt aktivisering /arbeid <p>Arbeidsmetodikk: Teamet benytter <u>Klinisk Case Management</u>. Tid, kontinuitet og stabilitet er sentralt.</p> <p>Erfaringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfaringene med ambulant virksomhet har vært udelt positive. Aktivt oppsøkende virksomhet har vært en forutsetning for å komme i kontakt med klienter som i utgangspunktet har hatt stor motstand mot kontakt med hjelpeapparatet. • God oppfølging reduserer bruk av tvunget psykisk helsevern. • Den økende andelen rusmisbrukende klienter representerer en utfordring sikkerhetsmessig, bl.a. p.g.a. større grad av uforutsigbarhet i de situasjonene teamet kommer opp i. • Tilbakemeldingene fra samarbeidspartnere i kommunene har vært positive. Opplevelsen av å ha støtte fra spesialisthelsetjenesten i oppfølgingen av særlig krevende klienter, gjør at de også ser det mulig å stå i relasjonen over tid, noe som igjen skaper større stabilitet i oppfølgingen.

R. Gruppe for psykisk helse i lokalsamfunnet: Vardø kommune og Øst-Finnmark DPS

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p>Målgruppe: Personer med omfattende psykiske lidelser i Vardø kommune, hvorav en del også har rusproblematikk. Man arbeider med både barn, unge og voksne.</p> <p>Målsetting: Målet med arbeidet er å gi personer med psykiske problemer helhetlig, tverrfaglig bistand og rehabilitering lokalt. Man ønsker å styrke brukermedvirkningen. Forebygge kriser - ha katastrofeberedskap.</p> <p>Organisering: Videreføring av et samarbeidsprosjekt mellom DPS Øst-Finnmark og Vardø kommune igangsatt 2001. Tilbudet er nå permanent. Kommunen har nylig fått midler fra SHDir til opprettelse av et nytt lavterskeltilbud, hvor pasienter kan få hjelp til ulike offentlige tjenester.</p> <p>Samarbeid: Øst – Finnmark DPS og Vardø Kommune Rusinstitusjoner, som bl.a. Finnmarksklinikken og Universitetssykehuset i Tromsø, Avdeling for rus og psykiatri.</p>	<p>Kommunelegetjenesten, psykiatritjenesten, sosialtjenesten, barnevern og helsesøstertjenesten. DPS deltar også i denne gruppen. Det arbeides med å få med BUP.¹⁵</p> <p>Stor gjennomtrekk av fagpersoner i Finnmark gjør at arbeidet er knyttet til stillinger og ikke personer.</p>	<p>Oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Være faglig ansvarlig for utvikling, iverksetting og drift av ulike tiltak og tjenester for brukergruppen totalt sett. • Gjøre arbeidet innenfor det psykiske helsevernet lokalt til en mer synlig del av helse- og sosialtjenesten i kommunen. • Gjennomføre tverrfaglige drøftinger om enkeltbrukere og deres bistandsbehov ift bolig, medisiner, individuell oppfølging, kartelling av misbruk med mer • Forebyggende + oppsøkende arbeid i skolen <p>Arbeidsmetodikk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relasjons og nettverksbygging, bruker en tilpasset versjon av KPA-modellen¹⁶ • Arena og nettverksbygging der deltagerne samarbeider omkring arbeidet med psykisk helse i kommunen. Arbeidet foregår både på pasientnivå, forebyggende nivå, samt på systemnivå (eks. utarbeidelse av felles rutiner) <p>Erfaringer: Positive resultater på flere områder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Samarbeidet mellom DPS og kommune er blitt mer planlagt, informasjonsflyten er bedret, og henvisninger og ulike tiltak skjer raskere. 2. Brukerne er tilfreds fordi de har opplevd at tjenestene er koordinert. De har fått utarbeidet individuell planer og ellers fått de rettigheter de har hatt krav på. 3. Hensiktsmessig at prosjektet er forankret i kommunen ved helse- og sosialtjenestens administrasjon. Dette har gjort at prosjektet har gått videre, selv om noen fagpersoner har sluttet. 4. Kompetanseøking ift rusfaget i Vardø Kommune. 5. Økte midler til arbeidet med dobbeltdiagnoser er nødvendig. 6. DPS ambulering virksomhet i kommunene er absolutt nødvendig, selv om DPS bruker mye tid til reising. Kunnskap som skapes i fellesskap er uvurderlig i forhold til effekten av arbeidet som utføres.

¹⁵ Grunnet høy turnover i disse tjenestene i Finnmark, presiseres det at dette arbeidet er knyttet til stillinger og ikke personer.

¹⁶ KPA – Koordinering av psykososialt arbeid, er en koordineringsmodell som er beskrevet av GRUK i Statens Helsetilsyns utredningsserie nr 2-2000. Modellen er en variant av Case Management, som er brukt bla i Tromsø kommune.

S. Vest-Finnmark DPS

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p>Målgruppe: Alvorlig psykisk syke personer som ikke klarer å benytte andre tilbud. De fleste har rusproblematikk også.</p> <p>Målsetting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veilede og støtte ansatte i hjemmetjenesten og kommunelegen i deres arbeid med pasientene, samt delta i arbeidet med individuelle planer. • Kartlegging av rusmisbruk / annen problematikk og motivere for behandling. <p>Organisering: Teamet er forankret i døgnheten på DPSet.</p> <p>Samarbeid: Helsepersonell i kommunene Loppa og Havik, trygdekontor og attføringsbedrift</p>	<p>2 psykiatriske sykepleiere, hvorav en er avdelingsleder ved døgnheten. Overlege som har ansvar både for døgnheten og poliklinikken.</p>	<p>Oppgaver: Tilsyn med 3-4 pasienter Veiledning og rådgivning av helsepersonell i kommunene Bearbeiding av kriser med personell</p> <p>Arbeidsmetodikk: Teamet reiser en gang i måneden til kommunene. Arbeider på deres premisser. Går to sammen til ustabile og utagerende pasienter</p> <p>Erfaringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er utilstrekkelig med tilbud til så syke pasienter en gang i måneden, men ellers er kvaliteten på tilbudet godt. • DPSet taper 10 000 kr i måneden på reising , men anser det for nødvendig oppdag • DPSetts veiledning bidrar til å redusere gjennomtrekk av fagfolk i kommunene. • Viktig at teamet har myndighet til å legge inn pasienten på døgnheten eller henvise til poliklinikken.

T. Planlagt samarbeidsprosjekt DPS Vest-Finnmark og Alta kommune

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p>Målgrupper:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Barn og unge i risikozonen med hensyn til utvikling av rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. 2. Mennesker med et rusmiddelmisbruk og eventuelt moderate psykiske lidelser (angst og depresjon). 3. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmisbruk <p>Målsetting:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Et brukerorientert lavterskel utrednings- og behandlingstilbud, lagt til helsearenaen, for mennesker med varierende grad av rusproblematikk og psykiske lidelser 2. Samarbeid mellom primærhelse- og sosialtjenester, spesialisthelsetjenester og øvrige statlige og kommunale tjenester for å utnytte de knappe fagressursene bedre. <p>Organisering:</p> <p>Oppstart av 3-årig prosjekt er avhengig av at Sh.dir. innvilger søknad om finansiering. Prosjektet eies av Helse Finnmark HF, klinikk for psykisk helsevern, DPS Vest-Finnmark og Alta kommune, helse- og sosial administrasjonen. Prosjektorganisering m. brukerrepresentant.</p> <p>Samarbeid:</p> <p>DPS Vest-Finnmark ift diagnostisering Spesialisthelsetjenesten</p>	<p>2 rusterapeuter og en prosjektleder i halv stilling.</p>	<p>Oppgaver:</p> <p>Poliklinisk lavterskeltilbud innen rus og psykiatri Sekundær og tertiærforebygging Utredning og behandling Koordinering Bistå skolehelsetjenesten ift rusproblematikk.</p> <p>Arbeidsmetodikk:</p> <p>Individualbehandling på kontoret og ambulant Gruppebehandling Brukermedvirkning vil stå sentralt</p>

U. Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) ved Midt Finnmark DPS

Målgruppe, mål, organisering/forankring, samarbeid.	Sammensetning av fagpersoner.	Oppgaver, arbeidsmetodikk og erfaringer:
<p>Målgruppe: Ungdom og unge voksne i alderen 15 – 30 år. Hovedproblematikk er rus og selvmord.</p> <p>Målsetting: Som regel rusfrihet, men for noen er målet å ruse seg mer kontrollert.</p> <p>Organisering: PUT er organisert under BUP i Karasjok.</p> <p>Samarbeid: Pasientene trenger ikke legehenvielse, PUT ordner dette i etterkant. De har fått til en god samarbeidsordning med fastlegene, med god støtte av fylkeslegen.</p>	<p>1 assistentlege, 2 psykologer, 1 klinisk sosionom som også er leder, 1 sosionom og 1 barnevernpedagog.</p>	<p>Oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PUT betjener 5 kommuner i et stort geografisk område, mye tid går med til reising. • Har kontakt både med klienter og ansatte i 1.linjen. Klientene treffes oftest på 1.linjens kontorer, men de møter også noen på skolen eller hjemme når ungdommene ønsker det. • Forebyggende arbeid: Deltar i undervisning på skoler med mer. <p>Arbeidsmetodikk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reisevirksomheten er sentral for å etablere/vedlikeholde kontakten med 1.linjen og derigjennom få henvist ungdommer som trenger hjelp. • Terapeutene benytter ulike modeller; kognitiv adferdsterapi¹⁷, narrative metoder¹⁸ eller fokusering på mestring. Videre har de gode erfaringer med bruk av SMS mellom behandler/ungdom. Flexibilitet vektlegges. <p>Erfaringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulant tilbud er for mange av ungdommene det eneste tilbudet de vil benytte seg av. • Det er stor mangel på slike tilbud; de er det eneste slike teamet nord for Trøndelag. • Flexibilitet i tjenestetilbudet er viktig. Bruk av SMS stiller krav til terapeutene om å sette tydelige grenser for hvordan dette skal brukes. • Det er problematisk at de ikke har et sted å legge inn ungdom som trenger tett oppfølging en periode.

¹⁷ En praktisk orientert terapiform som vektlegger innsikt og rasjonell problemløsning. Målsettingen er at pasienten får en forståelse av de underliggende årsakene til problemet, og lærer seg å kontrollere de tilsynelatende irrasjonelle symptomene/handlingsmønstrene. I beste fall kan denne innsikten innebære permanente forandringer. (Health Scout og Journal of the American Medical Association)

¹⁸ Narrativ terapi tar utgangspunkt i hvordan mennesker forholder seg til sine erfaringer gjennom å konstruere historier samtidig som de hører på andres historier. All menneskelig aktivitet og erfaring er fylt med mening, og det er gjennom fortellinger framfor logisk argumentasjon mening kommuniseres. Narrativ tilnærming i terapi har for mange vist seg å være et fruktbart alternativ/supplement til en mer tradisjonell biologisk/psykologisk behandling (Jerome S. Bruner (1986, 1990, 1991))

4.2. Beskrivelser av ulike ambulante tjenester

A. Uteseksjonen i Oslo

Institusjonssjef Astrid Pettersen, tlf 23 42 78 25, Astrid.Pettersen@rme.oslo.kommune.no

Uteseksjonen driver rus- og kriminalitetsforebyggende, sosialfaglig arbeid blant ungdom i drift i Oslo sentrum. Virksomheten omfatter individrettet arbeid med klienter, miljøaktivisering, brukermedvirkning og gruppejobbing, samt ruskonkurrerende, sosialpedagogiske aktiviteter.

Målgruppen er ungdom fra 15 til 25 år. Uteseksjonen går fotpatruljer på dag-, ettermiddags-, kvelds- og nattestid i Oslo sentrum 365 dager i året. Man har også et dagsenter som er åpent hverdager fra 0900 til 1500. Dit kan ungdom komme med eller uten avtale for oppfølging.

Uteseksjonen har totalt 28 stillinger, hvorav 24 er sosialfullmektiger (oppsøkere.) Brorparten har relevant høgskoleutdanning, primært som sosionom og barnevernpedagog. En er vernepleier. Svært mange av disse har videreutdanning eller holder på med dette. Blant personalet er det for øvrig en sosiolog, en sosialantropolog, en lærer og en kriminolog, alle med hovedfag eller embetseksamen. I tillegg er to ansatte i ferd med å ta hovedfag i sosialt arbeid. Dette er i tråd med Uteseksjonens ønske om å holde en høy sosialfaglig profil og en bred samfunnsvitenskapelig kompetanse i forhold til sitt mandat og sine oppgaver.

I tillegg til oppsøkerene er det ansatt en institusjonssjef, samt 2 gruppeledere. Man har også ansatt en kontorfullmektig.

Institusjonssjefen er opptatt av å ha en forskjellig sammensatt gruppe ansatte, og har arbeidet med å rekruttere flere eldre medarbeidere, og ønsker flere ansatte med etnisk bakgrunn. Det er en svak overvekt av kvinner.

Det er en tøff jobb på mange måter å arbeide i uteseksjonen; det krever mot å arbeide med denne brukergruppa og det er en belastningen å se at ungdom ikke får den hjelpen de trenger. Det er et mål for institusjonen at alle ansatte skal gå i gruppeveiledning.

50% av tiden brukes til felles standardvakter, hvor fokus er oppsøkende arbeid i sentrum.

I tillegg har Uteseksjonen fire team med ulike fokus:

1. MINOritetsteamet arbeider med og for etnisk minoritetsungdom
2. Ungt misbruk arbeider med og for ungdom i høyrisikozonen for utvikling av stoffavhengighet
3. Ung i byen utvikler oppsøkende arbeid som metode hvor målgruppa er de yngste mellom 13 og 18 år.
4. Arena arbeider i utelivsmiljøene

I tillegg er arbeidet organisert i to forskjellige team, mottakskoordinatorene og Futurekoordinatorene. Førstnevnte team arbeider primært med mottaket på huset, utvikling av metoder i kartlegging av unges hjelpebehov og ressurser, formidling til hjelpeapparatet osv. Futurekoordinatorene arbeider med empowerment og ung til ung formidling som metode og støttefunksjon til de øvrige teamene, samt i eget ”prosjekt”.

A.1. MINOritetsteamet

MINOritetsteamet består av 5 sosialfullmektiger med forskjellig utdanningsbakgrunn og etnisk tilhørighet.

MINOritetsteamet har to hovedmålgrupper:

- Marginaliserte, etniske minoritetsungdommer mellom 15 og 25 år som presenterer risikoatferd som kriminalitet og rusmisbruk, og som deltar/vanker i marginale og belastede rom i sentrale Oslo.
- Etniske minoritetsungdommer mellom 15 og 25 år som gjennomgår en marginaliseringsprosess og som er i ferd med å utvikle risikoatferd.

Felles for de to målgruppene er at de bruker sentrale sentrum som fritidsarena.

Hovedmålsettinger

- Forhindre/begrense marginalisering/sosial ekskludering av minoritetsungdom
- Forhindre at ungdommene utvikler/videreutvikler risikoatferd

Metoder

- Få kontakt med ungdommer gjennom oppsøkende arbeid i Oslo sentrum
- Kartlegging av behov, problemer og ressurser
- Videreformidling til rette instans i hjelpeapparatet, frivillige organisasjoner
- Oppfølging og aktivisering av enkeltklienter og grupper av ungdommer, samt fokus på brukermedvirkning. Nøkkelord i dette arbeidet er selvstyrking / myndiggjøring (empowerment)
- Sosialpolitisk påvirkningsarbeid; systematisering og synliggjøring av utfordringer og erfaringer en møter i arbeidet med målgruppa
- Informasjonsarbeid rettet mot målgruppa, samt mot foreldre, sosialarbeidere og andre relevante aktører
- Prosjektarbeid rettet inn mot konkrete miljøer i en avgrenset periode. Kartlegging, skriftliggjøring og evaluering av metode / resultater

Teamet har hatt omfattende oppfølgingsarbeid med svært mange enkelt-ungdommer, samtidig som gruppeperspektivet står sterkt. Uteseksjonen arbeider kontinuerlig med å forbedre sine arbeidsmetoder. For tiden har de et prosjekt rettet mot brukere med etnisk bakgrunn / asylsøkere. Her arbeider de aktivt ut fra empowerment-tenkning og har for eksempel laget en gruppe med somaliske gutter hvor de arbeider for å styrke deres ressurser. De etablerer nå også en tilsvarende jentegruppe.

Teamet har et godt samarbeid med mange ulike instanser: Oppsøkende og koordinerende tjenester, byrådet, politi, noen av bydelene, Ungbo, Somalisk kvinneforening, Somalisk kultursenter, Somalisk ungdomsorganisasjon og Pan Afric.

A.2. Ungt Misbruk

Ungt misbruk har 5 stillinger. De ansatte i teamet har en variert utdanningsbakgrunn.

Misbruksteamets målgruppe er ungdom fra 13 til 25 år som har utviklet, eller står i fare for å utvikle rusavhengighet. Teamet har som overordnet mål å stoppe / reversere et begynnende rusmisbruk, forhindre rekruttering til rusmiljøene, samt hjelpe ungdom med et allerede utviklet rusmisbruk å komme i kontakt med hjelpeapparatet.

De aktuelle ungdommene har ofte behov for tett oppfølging. De har gjerne mange brutte relasjoner og ofte lang og omfattende kontakt med hjelpeapparatet. Flere har utviklet alvorlige psykiske lidelser som følge av de erfaringene de har med seg. Andre kan oppfattes som psykisk syke ungdommer som bruker rusmidler som en form for ”selvmedisinering”.

Ungt misbruk har en høy grad av tilstedeværelse i de tyngste rusmiljøene i Oslo sentrum. I det oppsøkende arbeid dekker teamet områdene ved Oslo S, Karl Johansgate, Skippergata, kaiområdene, strøket og i områder ved Tollbugata, samt en rekke steder hvor mennesker i de tunge rusmiljøene oppholder seg av ulike grunner. Dette kan være garasjebygg/parkeringshus, rivningsgårder eller andre steder hvor flere går for å injisere narkotika, kjøpe/selge illegale rusmidler, overnatte, varme seg eller bare oppholde seg.

I det oppsøkende arbeidet tas det aktivt kontakt med nye, unge mennesker i rusmiljøene, mens det holdes kontakt med allerede kjente ungdommer. Teamet har god oversikt over miljøene og eventuelle endringer/nye utviklingstrekk. Det arbeides prosessrettet med å etablere kontakt og å bruke denne kontakten for endring. Dette medfører stor grad av individuell oppfølging med utstrakt samarbeid med andre offentlige og private instanser, samt ungdommenes egne nettverk. Særlig overfor nye unge i miljøet er det meget viktig at man søker å finne løsninger som ikke innebærer bruk av etablerte lavterskeltiltak, da slike i liten grad er egnet til å stoppe eller reversere en begynnende avhengighetsproblematikk.

Ungt misbruk samarbeider tett med barnevern- og sosialtjeneste, Barnevernsvakten og Sosial vaktjeneste, de psykiatriske ungdomsteamene (PUT), Prosjekt rus & psykisk helse (ROP), Akuttinstitusjonen M3, Akuttinstitusjonen Ullevål, T3/Feltpleien, Veksthuset, Tyrilistiftelsen, Fossumkollektivet, politi- og fengselsvesen, m.fl. Det er også et utstrakt samarbeid med pårørende og ungdommenes uformelle nettverk, som oftere enn før er de første teamet får kontakt med.

Som nevnt ovenfor presenterer målgruppa til ungt misbruk store hjelpebehov. Samtidig er det teamets erfaring at tiltaksapparatet er lite tilrettelagt – og mange ganger svært mangelfullt – for denne gruppen. Spesielt gjelder dette tilrettelegging for de som har en kortere ruskarriere og de som man tenker har en dobbeltdiagnose; altså rusavhengighet og psykiske lidelser i kombinasjon.

Det er etablert et brukerpanel bestående av 4-8 brukere. Gjennom brukerluncher arbeides det med fokusområder for brukermedvirkning. Det er avholdt en stor brukerkonferanse sammen med RMEs øvrige lavterskeltiltak i september 2004. Uteseksjonens målgruppe utmerket seg ved ønske om rusfrihet, med.ass avrusning og akutt overnattingstilbud til unge under 25 år. Det arbeides videre med brukerpanel og høringer. Hensikten er å få fram hva denne gruppen trenger og hvilke eksisterende tilbud de setter pris på.

A.3. Ung i byen

Ung i byen består av 5 medarbeidere med spesielt fokus på de yngste. Ung i byen tilstreber å være mest mulig på gaten og fokuserer på ungdom mellom 13 år og 18 år. To dager i uken har dagpatruljene et generelt fokus, mens de andre dagene har laget fokus på de yngste ungdommene.

De driver utvikling av metoder for oppsøkende arbeid. I 2003 gjennomførte de prosjektet *Oppsøkende på nett*. Det vil si å treffe folk på chattekanaler på internett, via internettsider og via IRC (rene chattekanaler). Tanken bak var å møte folk som uteseksjonen ikke møter på gata i Oslo, men som kanskje har mye av sitt sosiale liv hjemme via datamaskiner. Man hadde en tese om at det var en del problemområder som kunne observeres på denne arenaen og innhentet i den forbindelse informasjon fra Ungdomsbasen i Trondheim som har erfaring med slikt arbeid.

I den perioden prosjektet pågikk fikk man kontakt med enkelte, men kun i form av korte ”samtaler”. Erfaringene viste likevel at *Oppsøkende på nett* er relevant i forhold til tjenesten, men at man pr. i dag ikke har kapasitet eller utstyr nok til å få jevnlige treff med ungdommene. Man avventer foreløpig videre satsing på denne type metodikk. Hvis forutsetningene legges til rette i tiden framover, har man her betydelige muligheter til å kunne nå nye, store grupper ungdommer som uteseksjonen ikke får tak i på andre måter.

Videre har man gjennomført en spørreundersøkelse i blant homofile om bevissthet rundt eget rusbruk i 2003. Bakgrunnen for dette var en rapport fra NOVA (1999) hvor det indikeres at homofile miljøer er overrepresentert mht rusbruk. Undersøkelsen ble gjort i samarbeid med Helseutvalget for homofile og lesbiske og NOVA. Uteseksjonen arbeider nå med planlegging av en større konferanse i samarbeid med NOVA og helseutvalget for homofile og lesbiske. Fokus vil være unge og seksualitet og utfordringer i hjelperollen.

A.4. Arena

Arena har 5 ansatte. Arbeidet er i hovedsak rettet mot å skape en plattform for videre arbeid med Hip-Hop-miljøet, tilstedeværelse på gata og klientarbeid.

Rusbildet på utelivsarenaen oppleves mer fragmentert enn hva det har vært tidligere. Teamet kartlegger utesteder som er sterkt rusbelastet og samarbeider med disse stedene. De står på stand på utesteder hvor de deler ut informasjonsbrosjyrer, kondomer, frukt og slikkepinner. Arena tar direkte kontakt med innehavere av utesteder osv. Arena jobber om nettene ved tilstedeværelse på utesteder frem til kl. 05.00 i helgene.

Utelivsteamet og Frontlaget samarbeider for å knytte kontakter i hip-hop-miljøet. Man har arrangert en hip-hop-festival sammen med ungdommer fra dette miljøet, og planlegger at dette skal skje årlig. Man har også fått en av Norges fremste rappere og en av Norges fremste breakere til å holde kurs for ungdommer som er tilknyttet Uteseksjonen.

Satsningen mot hip-hop-miljøet er i en tidlig fase. Hip-hop miljøet oppleves som ett stort miljø, hvor det finnes mange ressurser som Uteseksjonen vil dra nytte av å samarbeide med. Man vil sannsynligvis knytte denne satsningen opp mot FUTUREkonseptet. Dette for å få til stabilitet i arbeidet og for å klare å holde på ressurspersoner som påtreffes i miljøet.

FUTUREkoordinatorene

Future har to sosialfaglig ansatte. Deres målgruppe er:

1. Ungdom som står i fare for, eller er brukere av sentralstimulerende stoffer og hasj.
2. Ungdom som i liten grad klarer å nyttiggjøre seg av eksisterende tilbud.
3. Foreldre og fagfolk.

Målsetting:

- Bidra til etablering av selvhjelpsgrupper
- Tilby alternative aktiviteter som gir nye mestringsarenaer og muligheter til rusfrie nettverk.
- Etablere et permanent samarbeid med utelivsbransjen i Oslo, for å være i forkant av nye rustrender.
- Å nå utelivsungdom med faktainformasjon om rus og hjelpetilbud.
- Forebygge utvikling av et tyngre rusmisbruk.

For å tilby alternative aktiviteter og rusfrie nettverk har man arrangert ulike kurs: DJ-kurs ledet av to ”futurister” (frivillige ungdommer), yogakurs, astrologikurs, latterkurs, samt sy- og design- kurs. Man har også etablert klatregruppe og dansegruppe som fungerer godt. Ca. 100 ungdommer deltar årlig på kursene og/eller aktivitetene. Av disse har er det en kjerne på ca 30 ungdommer som møter jevnlig på Futuremøtene. Disse får tilbud om flere andre kurs, temakvelder og aktivitetsdager/-kvelder. I tillegg nås mange ungdommer ved standjobbing på utesteder.

Futurekoordinatorene brukes som støttespillere, inspiratorer og ”ballspillere” i hele institusjonen opp imot de andre teamene.

A.5. Deltakelse i ulike prosjekter

- *Prosjekt Taus kunnskap*

Uteseksjonen har deltatt i prosjektet Taus kunnskap i regi av Rusmiddelstaten, i samarbeid med Kirkens bymisjon og HiO. Prosjektet omtales senere i rapporten. I tillegg til faglig utbytte for deltakerne, har deltakelsen i prosjektet stimulert institusjonen til å sette fokus i enda større grad på reflekterende praksis, og bli mer bevisst viktigheten av å løfte fram og gi den tause/stilltiende kunnskapen uttrykk, bl.a. i form av reflekterende team og begrepsutvikling.

- *Føre-vår prosjektet*

Uteseksjonen har deltatt i ovennevnte prosjekt i regi av Rusmiddelstatens kompetansesenter. Prosjektets formål er å fange opp nye rustrender og endringer i misbruksmønstre. Uteseksjonen`s deltakelse har bestått i at ansatte gruppevis har vært informanter, samt at de har rekruttert ungdom som informanter.

- *Tur-retur prosjektet*

Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Uteseksjonen og Drammen kommune v/ Utekontakten. Hensikten med Tur-retur prosjektet er å kartlegge flyten av ungdom fra Drammen som oppsøker Oslo, samt å finne ut av samarbeidsformer som kan lette tilbakeføring til hjemkommunen. Samarbeidet sikres ved deltakelse fra Uteseksjonen i referansegruppe. Utekontakten i Drammen har i flere omganger hospitert ved Uteseksjonen. Samarbeidet har allerede resultert i konkret samarbeid rundt enkeltungdommer.

Prosjekt hjemsendelse

Uteseksjonen deltar i dette prosjekt sammen med Oppsøkende og koordinerende tjeneste som leder prosjektet. Uteseksjonen har lang tradisjon med hjemkjøring av ungdom innen rimelig geografisk avstand. I disse tilfellene sikrer man kontakt med foresatte. Noen av disse hjemkjøringene vil også utløse kontakt / samarbeid med barnevern og eventuelt annet hjelpeapparat. Hensikten med prosjektet er å sikre rask og byråkratisk mulighet for hjemreise. Gjennom forpliktende samarbeid mellom ungdommen og sosialkontoret på hjemstedet, vil man i prosjektet sikre videre oppfølging av ungdommen på hjemstedet. Prosjektet omfatter ungdom over myndighetsalder.

A.6. Myndighet og forankring

Tjenesten er ikke hjemlet i noen spesiell lov og har ingen spesiell myndighet. De forholder seg aktivt til Barnevernsloven, og melder saker konsekvent til Barnevernet.

Sosial- og barneverntjenestelovgivningen hjemler forebyggende tiltak som beskrevet i intensjonene ved opprettelsen av Uteseksjonen. Virksomheten er for øvrig regulert av forvaltningsloven.

Ledelsen ved uteseksjonen arbeider kontinuerlig med å løfte informasjon om forholdene opp til Rådhuset, og opplever at de har en lydhør etat.

A.7. Erfaringer

Uteseksjonens erfarer at det er nødvendig å hele tiden ha fingeren på pulsen på utviklingen av ungdomsmiljøene, slik at man kan være mest mulig i forkant og ikke la problemene vokse seg unødvendig store før man gjør noe med dem.

Mange ungdommer faller utenfor hjelpeapparatet, fordi de ikke vet hvordan de skal få hjelp. Det er derfor nødvendig at uteseksjonen arbeider ambulant med å fange opp disse ungdommene. Det er for lite ressurser i hjelpeapparatet, og dette tvinger for eksempel barnevernet til å prioritere bort mange som burde hatt hjelp. En ny økonomisk fordelingsnøkkel i Oslo bidrar også til at man tilsynelatende prioriterer bort de mest ressurskrevende, og man ser at spesielt etniske minoriteter faller utenfor. Dette henger også sammen med en manglende kunnskap om hvordan man bør hjelpe disse og en tilhørende avmaktsfølelse. Uteseksjonen arbeider med å ta seg av de som ingen andre tar seg av og formidle kontakter til hjelpeapparatet slik at de kan få den hjelpen de trenger.

Det blir stadig flere ungdommer som både har rusavhengighet og psykiske forstyrrelser (spes. store personlighetsforstyrrelser). De er ikke diagnostisert, og kan derfor ikke kalles dobbeltdiagnoser. I mai 2004 talte man 68 slike ungdommer, og hjelpeapparatet strekker ikke til overfor disse.

Uteseksjonen ønsker seg en avrusning / akuttinstitusjon for unge over 18 år. Disse bør ikke sendes på hospice eller tradisjonell avrusning.

B. Oppsøkende og Koordinerende Tjenester i Oslo

Institusjonssjef Lena Lind, tlf 23 42 72 70 lena.lind@rme.oslo.kommune.no

Oppsøkende og Koordinerende Tjenester (OKT) er en byomfattende tjeneste, som omfatter bistand til Oslos innbyggere med akutte rusrelaterte problemer – uansett sted, alder eller rusmiddel. OKT utfører oppsøkende virksomhet i det sentrale sentrums rusmiljøer, samt hjemmebesøk. OKT fører tilsyn med byens rusmiljøer og har til enhver tid kunnskap om og oversikt over enkeltindivider som ønsker og trenger bistand eller annet husvære. OKT's tiltaksavdeling utøver oppfølging av klienter med tung sosial og helsemessig tilleggspromatikk. Arbeidet de driver er ikke lovpålagt. De tar seg av det arbeidet ingen andre tar tak i. De er åpne mellom klokka 08.30 og 23.00, lørdag 13-22 og søndag 11-20 og har ingen beredskap utover det.

Tjenesten er midt i en omstrukturering, slik at ingen skriftlige dokumenter som beskriver tjenesten er ferdig oppdatert før utpå høsten. Administrasjonen består av institusjonssjef (sosionom), ass. institusjonssjef (barnevernspedagog), samt en merkantil person. Man har i tillegg 26,5 årsverk fordelt på 30 stillingshjemler.

Arbeidet finner sted både i offentlig og privat sfære og det er alltid to ansatte i hvert "lag". Det finnes til enhver tid 2 av disse lagene ute på oppdrag. Ett av lagene har alltid med seg en sykepleier og fordelingen av oppdragene dreies, slik at dette laget får oppdrag som kan forventes å være av stor helsefaglig art. Det andre laget får oppgaver som kan forventes å være av stor sosialfaglig art.

Det er alltid to personer i laget av sikkerhetsmessige årsaker. Arbeidet foregår i usikrede settinger og til tider i aggressive situasjoner med sterkt krisepreg. Dette punktet viser seg å være mer og mer viktig da situasjonen, spesielt i Oslo sentrum, merkbart har blitt hardere og mer uforutsigbar det siste året. Ansatte er jevnlig i situasjoner som medfører skademeldinger.

Et positivt element med å være to er at brukerne kan velge hvem de vil forholde seg til. Ofte er lagene besatt av en kvinne og en mann. Flerkulturelle menn, spesielt muslimske, vil hovedsakelig snakke med andre menn før de har opparbeidet en fast relasjon til hjelperne. Kvinner som har blitt misbrukt ønsker ofte å forholde seg til kvinner. Det samme kan være gjeldende i forhold til alder. De prøver derfor å ha et stort spenn i sammensetningen også der.

Tjenesten har ikke klart å rekruttere flerkulturelle medarbeidere, men går aktivt ut for å prøve dette av samme grunner som over nevnt.

Lagene er ikke faste og turnusen er lagt opp slik at alle jobber med hverandre gjennom perioden. Dette for å sikre at arbeidet kan gjennomføres selv om sykdom eller andre ting skulle forekomme.

De ansatte arbeider i følgende team:

1. Mottaket
2. Akuttavdelingen
3. Tiltaksavdelingen
4. Kartlegging og dokumentasjonsgruppa
5. Prosjekt hjemsendelse

B.1. Mottaket

Dette består av 3 personer; sykepleier, sosionom og en med lang realkompetanse. Disse arbeider bare inne og tar imot henvendelser på telefon. De har ansvar for å screene alle henvendelser, bestemme hvilke oppdrag man skal ta, samt ivareta sikkerheten.

B.2. Akutt avdelingen

Akuttavdelingen består av 14 personer. De har følgende kompetanse: 6 sykepleiere, 2 sosionomer og 6 med lang realkompetanse. Mange har også ulike former for videreutdanning.

Teamene er organisert slik at ett team hovedsakelig reiser på hjemmebesøk, samt kartlegger og formidler avrusningsplasser. Hjemmebesøk kan også dreie seg om råd og veiledning, samt oppfølging i hjemmet.

Akuttgruppa rykker bare ut på hjemmebesøk dersom klienten ber om det selv. Andre oppdrag krever ikke klientens samtykke

Det andre teamet tar oppdrag i det offentlige rom, dvs. når politi, ambulanse, publikum eller klienten selv ringer for å få hjelp. Det dreier seg om situasjoner med personer som er fulle eller overdosert, hvor man ikke vet hva man skal gjøre. Man vet ofte ikke navnet på klienten. Oppdragene løses gjennom en samtale eller at man tilkaller ambulanse, driver førstehjelp eller skaffer kontakt med andre hjelpeinstanser som avrusning eller et sted å sove. Oppdraget avsluttes med dette. Dette teamet kjører også ”sveiperunder” i de miljøene en vet at rusmisbrukerne oppholder seg.

OKT har gjennom flere år vært en del av det såkalte ”overdoseteamet”, dvs. samarbeidet mellom dagens AMK-sentral (Helse øst), Ambulansetjenesten (Helse øst), Oslo Legevakt og OKT. OKT driver også opplæring av Rusmiddeletatens øvrige tjenester i førstehjelp og overdoseoppfølging. Etter at legevakta har reddet klientens liv, sørger teamet for videre oppfølging. (”Oslo-modellen”)

B.3. Oppfølgingsgruppa

Oppfølgingsgruppa arbeider med tunge misbrukere med sosial og helsemessig tilleggsproblematikk. Denne gruppa består av 4 personer (3 sosionomer og en barnevernspedagog) som har ansvar for inntil 10 klienter.

De har 2 hovedoppgaver:

- Oppfølging av enkeltklienter og etablering av samarbeid rundt dem.
- Rådgiving og saksveiledning til samarbeidspartnere og klienter.

Avdelingen arbeider særlig med to typer storbyproblematikk: De som av forskjellige årsaker ikke passer inn i eksisterende institusjonstyper, og de som fungerer svært dårlig og aktivt unndrar seg kontakt med hjelpeapparatet. Et lite antall klienter passer til enhver tid ikke inn i eksisterende institusjonstyper. For disse må det skapes nisjer i eksisterende institusjoner ved hjelp av rådgivning, koordinering av hjelpeapparatet og avlastning for kortere perioder.

Arbeidet består av:

- generell observasjon
- observere personer i sterk rus
- aktiv kontaktetablering
- formidling av aktuell informasjon
- hjelp til å kontakte sosialkontor, metadonsenter, behandling etc.
- oppfølging av enkeltpersoner
- uttrykkninger til overdoser i området
- finne personer OKT har mottatt bekymringsmelding på

Tiltaksavdelingen blir i stor grad benyttet som rådgiver for andre hjelpere rundt klienter med sammensatt problematikk, så vel i russpørsmål som i spørsmål om hva som finnes av tiltak.

Klientene følges opp i perioder på 3 måneder av gangen. Henvendelsen om hjelp kan komme fra klienten selv eller fra akutt-teamet som ser behovet. Behovet er mye større enn de kan dekke, og et inntaksteam (institusjonssjef og ass. institusjonssjef) har inntaksmøte ukentlig, hvor de prioriterer ut fra behov og nytte.

I tillegg til direkte arbeid opp mot enkeltklienter har oppfølgingsgruppa ansvar for institusjonens brukerpanel sammen med Kartleggings- og dokumentasjonsgruppa. Disse møtes en gang pr. uke.

B.4. Kartleggings- og dokumentasjonsgruppa

Denne gruppa arbeider også ute i det offentlige rom, spesielt i sentrum. Deres arbeidsoppgaver består av tellinger, hypoteseutprøving, gjennomføring av brukerhøringer og brukerlunsjer. De leverer en rapport hver 3.måned, i tillegg til årlige statistikker.

Gruppa består av 4 personer: sosionom, sykepleier, statsviter og en verneassistent med lang realkompetanse.

B.5. Deltakelse i ulike prosjekter

OKT deltar i ulike prosjekter, som enten er initiert av dem selv eller er en bestilling utenfra. For tiden pågår to prosjekter:

- *Prosjekt hjemreise.*

OKT leder dette prosjektet, hvor også uteseksjonen deltar. Prosjektet betales av Sosialdepartementet, som ett av en rekke tiltak i ”Tiltaksplanen for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum”. Prosjektet har fokus på å nå tilreisende til de tunge rusmiljøene i Oslo sentrum og motivere dem til å returnere til hjemstedet før de blir etablert i Oslo.

- *Prosjekt ift muslimske menn*

”Muslimske menn i rusmiljø i Oslo sentrum” tar sikte på å kartlegge forholdene for denne gruppen og komme med forslag til tiltak.

B.6. Myndighet og forankring

Alt arbeidet er basert på frivillighet fra klientene, med unntak av overdose-situasjoner, som defineres som nødverge.

Arbeider drives og betales av rusmiddelstaten i Oslo kommune.

OKT er organisert slik: rådhuset – direktøren for hele rusmiddelstaten, - direktør for kommunale tjenester – Seksjonslederen

De samarbeider med Uteseksjonen (som har et mer forebyggende perspektiv), Frelsesarmeen, Kirkens bymisjon, samt politi og ambulansetjenesten.

B.7. Positive og negative erfaringer

De positive og negative erfaringene henger tett sammen. Tjenesten er tilgjengelig på gatenivå og dette oppleves ufarlig og ubyråkratisk. En slik organisering er nødvendig fordi klientene har en ustrukturert livsstil. OKT tar seg av dem som faller gjennom i de øvrige hjelpeapparatene og kan gi rask hjelp.

Det problematiske er at resten av tiltaksnettverket ikke virker godt nok, slik at de stadig vekk må gjøre det samme tiltaket overfor klientene. Eksempler på dette er hyppige reinnleggelser på avrusing, transport til og fra steder gang på gang

Oppfølgingen bør ligge på andre nivåer. OKT opplever at de gjør det andre ikke gjør – og som andre har ansvar for. OKT bruker mye tid på å prøve å skyve ansvaret over på dem som egentlig har det. Dette oppleves som etiske dilemmaer, siden de ser at OKT er den eneste hjelpen klientene har.

Det fremheves også som positivt at de jobber ute i hele byen. Hjemmebesøktjenesten er underrapportert. Ensomhet og rusing i hjemmet er et stort, skjult problem. Denne tjenesten bør bygges ut, - gjerne av bydelene.

C. Frelsesarmeen i Oslo

Ansvarlig for det sosialfaglige arbeidet Eva Thømt 23 03 66 80,
eva.thoemt@frelsesarmeen.no

C.1. Ulike tilbud

Frelsesarmeen har følgende ambulante tilbud:

- Suppebussen: deler ut suppe 2 kvelder 2 timer i uka fra september – mai. Bussen fungerer også som en kartleggende og oppsøkende varmestue. Bussen kjøres av en fast sjåfør og betjenes av en fast ansatt og av frivillige.
- De skaffer folk et sted å sove. Hvis det er kaldere enn –10 grader om vinteren er de alltid ute. Ellers reiser de to og to rundt en natt i uka for å lete etter folk som sover ute. Her deltar også frivillige. De reiser rundt der de vet at folk pleier å sove; garasjer, under hus, offentlige toaletter osv. De kontakter Ila Hospice som har oversikt over tilgjengelige ledige senger i byen (både kommunale plasser og steder Frelsesarmeen driver), og kjører vedkommende dit hvis han ønsker det. De får også inn telefoner fra folk som har sett noen som trenger hjelp. Nylig fant de på denne måten for eksempel en person som hadde bodd på en bergshytte i 7 år, uten noen form for offentlig hjelp. De forteller om mye skjult nød. Det kan ta et par år å knytte kontakt og bygge opp tillit til slike mennesker.

I tillegg driver de kontaktsenter hver formiddag med følgende tilbud:

- Gratis kafè
- Hjelp til å få vasket tøyet eller få nytt tøy som er levert inn til Fretex.
- Tilbud om å dusje
- Gratis telefon til å ringe offentlige tjenester
- Hjelp til legitimering i banken hvis de har behov for det
- Feltpleie: gratis tilbud om sårstell, opplysninger om metadon med mer. Det er stort behov for slike tjenester.
- Sovesal hvor opp til 10 brukerne kan sove på en madrass om dagen.
- Sosionomtjeneste.

Gjennomsnittstallet på brukere pr. dag er ca. 270. Det er blitt registrert opptil 357 pr. dag.

C.2. Ansatte

Et godt tverrfaglig samarbeid fremheves som helt nødvendig for at tilbudet skal fungere. Lederen er sosionom med videreutdanning i rusomsorg. Personalgruppen er sammensatt på denne måten: 2 lærere (hvorav en er daglig leder på senteret), 1 sosionom, 1 miljøterapeut/sosionom, 1 kokk, og 4 miljøarbeidere uten formell utdanning, 4 sykepleiere, en sekretær, og en lege i 20% stilling, i tillegg til at hudlege Ole Fyrrand kommer frivillig hver annen uke. Videre har de en kapellan (major) og en avdelingsleder ved vaskeriet (major.)

I tillegg har de ca 70-80 andre frivillige. Noen arbeider hver uke, andre et par ganger i året. Mange har vært frivillige i årevis. Frivillige må gjennomgå intervju og være helt ferdig med eventuelle egne rusproblemer. De har større pågang av folk som ønsker å arbeide frivillig enn de har bruk for. De brukes både på suppebussen og på senteret, spesielt på søndager eller når de ansatte ønsker fri. Det er ingen krav om å være kristen, men man må arbeide ut fra Frelsesarmeens verdier. Bussen har 4 sjåførere som kjører hver sin uke.

C.3. Arbeidsmetoder

De arbeider etter mottoet ”Suppe, såpe og frelse” og sørger for å dekke folks grunnleggende behov på ulike måter, samt å hjelpe dem til å få orden på livet sitt. De følger dem opp hele veien. Mange har ingen pårørende og lederen forteller at hun blir oppgitt som nærmeste pårørende av flere av brukerne. De bistår med alt, også begravelser. Selv om de mister mange, opplever de også mye humor og glede.

Stikkord for deres arbeid er bevisstgjøring, ansvarliggjøring, empowerment, individuell tilnærming, møte folk der de er og stille krav ut fra det. Alt de gjør er målrettet og de er opptatt av å lære folk grunnleggende ferdigheter. Mange er underernærte og de lærer dem om variert kost, at de skal spise ved et bord sammen med andre, stå i kø, rydde opp etter seg osv. Tilsvarende læring gjelder på andre områder, for eksempel hygiene.

Det tillates ikke bruk av rusmidler på senteret eller vold / trusler om vold; det gir utestegning i 8 dager.

C.4. Samarbeid med andre

Lederen av tjenestene sitter i et samarbeidsteam med representanter fra Fagerborg akuttinstitusjon (også drevet av Frelsesarmeen), andre kommunale boinstitusjoner, bymisjonen, Møtestedet cafe, oppsøkende og koordinerende tjenester og uteseksjonen. De møtes hver måned for å utveksle erfaringer. Dette teamet betjener vintertilbudet.

Lederen sitter også i en annen nettverksgruppe sammen med representanter fra Bymisjonen, Prosjektet, Martitastiftelsen, Uteseksjonen, Prosjekt ROP (rus og psykiatri).

Lederen forteller at disse gruppene har gjort at de har blitt stadig bedre kjent og at samarbeidet fungerer tett og godt.

C.5. Organisering

Tjenesten drives dels med økonomisk støtte av kommunen (leder vet ikke hvor mye dette utgjør) og dels av private gaver. De er avhengig av private gaver pr. år på ca. 2,5 millioner kroner for at de kan opprettholde tjenestene sine.

De har ingen myndighet, men opplever at de har stor innflytelse, for eksempel i forhold til byrådet.

D. Bydel Grünerløkka i Oslo kommune

Prosjektleder Hermund Urstad, Bydelsadministrasjonen, Seksjon for tjenesteutvikling og forvaltning, tlf 23 42 26 00 hermund.urstad@bga.oslo.kommune.no

Etter omorganiseringen av Oslo kommune i januar 2004, er Grünerløkka en av 15 bydeler og har ca 37.000 innbyggere. Bydelen dekker området Grünerløkka, Sofienberg og Sinsen, og er preget av dårlige levekår og mange rusmisbrukere. Til enhver tid er ca. 100 personer i rusmiddelstatens tilbud og i tillegg er over 100 personer i legemiddel assistert behandling (LAR). Antall aktive klienter har de siste årene blitt redusert, men antallet kjente rusmiddelmisbrukere er forholdsvis stabilt og utgjør nå en større andel av klientmassen.

Bydelen har ikke rene ambulante tjenester på gateplan. Dette arbeidet tar Oppsøkende og koordinerende tjenester og Uteseksjonen seg av. Man har ikke noe formalisert samarbeid med disse, og får for eksempel ikke beskjed hvis disse har kjørt noen av deres innbyggere på avrusning.

Bydelen arbeider med å følge opp personer som hører til i bydelen og som har behov for å bli fulgt opp på arenaer utenfor kontorene. De har prioritert arbeidet med rusmisbrukere i lang tid og arbeider på følgende områder:

1. Forebyggende arbeid
2. Oppfølging av tunge misbrukere
3. Bo-oppfølging

Ansatte fra de tre områdene samarbeider mye, slik at skillene ikke er så klare som de her fremstilles. Samlet utgjør disse en viktig ressurs i sosialtjenestens oppfølgingsarbeid.

D.1. Forebyggende arbeid

Sosialkontoret har tre faste stillinger som ruskonsulenter, som driver oppfølgende arbeid ift personer hvor *målet er rusfrihet*. To av de ansatte har bakgrunn som sosionomer og en har studert sosiologi og statsvitenskap. Ruskonsulentene besøker klientene hjemme eller på institusjoner, kartlegger og vurderer rusproblemet deres, og søker dem inn til ulike behandlingstiltak eller til rehabilitering, inkludert legemiddelassistert rehabilitering (LAR metadon). Det legges vekt på å skaffe egnede botilbud etter behandling og samarbeid knyttet til kvalifisering og sysselsetning.

D.2. Oppfølging av tunge misbrukere

Sosialkontoret har også to stillinger for miljøarbeidere. Disse driver oppfølgende arbeid med personer hvor *målet er å få en mer ordnet hverdag*, - ikke å bli rusfri. Det dreier seg om personer som ofte har psykiske lidelser og tungt misbruk, og som ikke klarer å holde avtaler med tjenesteapparatet og trenger å følges til leger, institusjoner osv. For tiden det ansatt en sosionom med videreutdanning i psykisk helsearbeid, mens den andre stillingen er ubesatt grunnet permisjon.

Bydelen har det siste året etablert nye botilbud (omsorgsboliger) hvor flere i denne målgruppen gis tilbud om varig bolig og en del av innsatsen rettes mot å gjøre den enkelte i stand til å mestre sitt boforhold. Miljøarbeiderne bidrar aktivt i oppfølgingen i samarbeid med øvrige tjenester.

D. 3. Bo-oppfølging

Bydelen driver også flere andre ulike typer bo-oppfølging. Det er 6 stillinger som er knyttet til bo-oppfølging. De ansatte har variert kompetanse; hjelpepleier, sosiolog, sosionomer, administrasjon. De utfyller hverandre fint, dekker ulike soner i bydelen og arbeider ofte parvis.

Siden 1998 har man hatt et bo-oppfølgings-tiltak som er finansiert gjennom Handlingsprogrammet for Oslo indre øst. Dette tiltaket ble startet før det nasjonale prosjektet for bostedsløse, og er mer forankret i bydelen og mindre grad opptatt av å utvikle metoder. Arbeidet er ikke bare rettet mot de bostedsløse, men omfatter også personer som trenger hjelp til å beholde den boligen de har. Mange av disse har rusproblemer.

I tillegg til å skaffe folk boliger, bidrar de til kjøp av inventar. De gir aktiv bistand ved innflytting i forhold til gjennomgang av husordensregler, rettigheter og plikter.

Man er opptatt av å ikke skape tunge tiltakskjeder, men bygge tjenesten rundt brukeren i dennes bolig. Brukermedvirkning står sentralt i arbeidet. For de brukerne som har størst problemer lager man enkle utgaver av Individuell plan; en kontrakt med mål og oppfølging.

Bo-oppfølgerne har et tett og godt samarbeid med saksbehandlerne på sosialkontoret. Videre samarbeider de med bydelens boligkontor, barnevernet, bydelens jobbsenter og med styrene i gårdene / borettslagene. Bydelen deltar også sammen med Namsmannen i Oslo og to andre bydeler i et prosjekt hvor formålet er å redusere antall utkastelser.

Arbeidet har resultert i en meget stor nedgang i hospitsbruken. I tillegg har dette arbeidet hatt en klar økonomisk effekt gjennom økt formidling av boliger, færre utkastelser og bedre økonomistyring hos klienter som får bo-oppfølging.

Man har i 2003 startet opp et eget prosjekt i forhold til videreutvikling av lokale oppfølgingstiltak for personer i legemiddelassistert rehabilitering. Det legges her vekt på bo-oppfølging og å skape en tryggere livssituasjon gjennom ulike oppfølgingstiltak.

D.4. Erfaringer

Generelt har bydelen erfart at de må vektlegge tid, tillit, tilgjengelighet og ressursfokus i arbeidet med brukerne. Arbeidet har en flat organisering og er godt forankret både politisk og administrativt. Man har erfart at det ikke er mulig å planlegge alt og at tjenesten må bygges opp over tid. Man har også sett at alle kan hjelpes, men at man trenger mye ressurser og tålmodighet.

Det legges vekt på brukermidvirkning og bruk av planer som et virkemiddel i en endringsprosess. Bydelen er også opptatt at fokus på diagnoser skal nedtones og at tiltak og oppfølging skal bestemmes ut fra brukerens behov – ikke omvent.

E. Utekontakten i Bergen kommune

Etatsleder Else Kristin Utne Berg, tlf 55 56 86 00,
ElseKristinUtne.Berg@bergen.kommune.no

Utekontakten er en hjelpetjeneste som driver oppsøkende arbeid på gaten og andre arenaer hvor ungdom (13-18 år) og unge voksne (opp til 25 år) oppholder seg. Deres overordnede målsetting er å forebygge problemutvikling og medvirke til bedring av livssituasjon og levekår for personer i risikoutsatte miljøer gjennom å tilby individuelle- og grupperettede tiltak. I tillegg søker Utekontakten å kartlegge og samle viten om målgruppens livssituasjon og ta initiativ til tiltak som kan bedre disse.

Utekontakten omorganiserte driften i 2002, og har i dag 3 team som arbeider med ulike målgrupper og problemstillinger:

1. Kaiateamet (4 stillinger) arbeider med kvinner i gateprostituasjon.
2. Oppsøkende team (10 stillinger) jobber i Bergen sentrum
 1. med ungdom i alderen 13-18 som står i fare for å utvikle problemer knyttet til skole, familie, kriminalitet, rus, helse
 2. unge voksne i alderen 17-25 år som har begynnende (akselererende) rusproblemer eller er rusbelastet.
3. Prosjekt/bydelsteam (6 stillinger) yter tjenester til bydelene og er ansvarlige for Future; Utekontaktens arbeid opp mot nye rusmiddeltrender hvor ”ung til ungdomsformidling” er en sentral metode. Teamet har et spesielt ansvar for å utvikle prosjekter/tiltak som retter seg mot utviklingstrekk i ungdomskulturen.

Når det gjelder sammensetningen av teamene, er man opptatt av å få en god balanse mellom kvinner og menn. På Kaia-prosjektet arbeider det 3 kvinner og 1 mann, og begrunnelsen er at man ønsker å differensiere brukernes bilde av menn, samtidig som man ser at de har størst ønske og behov for å forholde seg til kvinner. Ellers prøver man å rekruttere ansatte med minoritetsbakgrunn, men det er ikke lett.

E.1. Kaia-teamet

Utekontakten opprettet Kaia-teamet i 1995. Det er pr. i dag fire hele stillinger knyttet til teamet; 1 sykepleier har hovedansvar for det helsefremmende arbeidet og 3 sosialfaglig utdannede jobber primært med endrings- og motivasjonsarbeid.

Temaet er ansvarlige for det oppsøkende arbeidet på kaien og drift av varmestue og helsestue hvor helsefremmende arbeid, råd og veiledning, samt motivasjonsarbeid er sentralt. Teamet driver også individuell oppfølging i form av blant annet samtaler, hjemmebesøk og deltakelse på møter med andre i hjelpeapparatet.

De oppsøker miljøet 3 kvelder/netter pr. uke og har åpen Varmestuen med helsetilbud 3 kvelder i uken. Varmestuen er åpen fra kl 20.00 til 23.00. Før og etter åpningstiden driver feltarbeiderne oppsøkende virksomhet på prostituasjonsområdet i Bergen sentrum. Til sammen er det rundt 15 brukere innom pr. kveld, mens de på utegåing kan ha kontakt med noen flere. Ellers gies det tilbud om oppfølging av kvinnene individuelt gjennom ansvarsgruppejobbing, støtte og oppfølging.

Gateprostitusjonsarenaen i Bergen er konsentrert på et relativt lite areal, noe som gjør arenaen oversiktlig. Fra midten av 90-tallet og fram mot slutten økte antallet kvinner, mens det den senere tid er gått noe ned. I dag har de kontakt med i overkant av 70 kvinner. Aldersgjennomsnittet er økende, og ligger i dag på rundt 33 år. Kvinnene i gateprostitusjonsmiljøet har tunge rusproblemer. Opp mot 100 % injiserer heroin flere ganger daglig. I tillegg har de fleste et høyt forbruk av ulike medikamenter, hasj og i noen grad alkohol. Mange av kvinnene har en dårlig helse både fysisk og psykisk. De har et lavt selvbilde og liten tro på egen mestring. En undersøkelse foretatt av Kaia-teamet våren 2003 viste at et flertall av kvinnene ikke har en stabil bosituasjon.

Helsefremmende arbeid

Kvinner som selger sex fra gaten har et stort behov for helsetjenester. De har dårlig egenomsorg og bruker i liten grad det eksisterende helsevesenet. Gjennom det helsefremmende arbeidet er det et mål å bedre livssituasjonen til kvinnene ved å redusere de fysiske, psykiske og sosiale skadene uavhengig av arbeidet med å motivere til rusfrihet.

Helsetilbudet til kvinnene er gratis og er et lavterskel helsetilbud først og fremst til de som bruker Varmestuen. Imidlertid rekrutterer de også i noen tilfeller kvinner direkte fra det oppsøkende arbeidet og inn på helsestuen. Rent fysisk er helsestuen atskilt fra Varmestuen ved at den er i et eget rom med mulighet for å lukke døren.

Følgende tilbud gies i Helsestuen

- behandling av sår og abscesser
- veiledning i sprøytesetting og forebygging av abscesser
- utdeling av kanyler og sprøyter
- informasjon om hepatitt og hiv/aids
- behandling av urinveisinfeksjoner
- utdeling av ernæringsdrikk, vitaminer og tranpiller – det jobbes med å sette sammen riktig dagsdose av vitaminer for utdeling
- de som trenger det får tilbud om Afi B Total injeksjon.
- mat, frukt og appelsinjuice deles ut i varmestuen og brukerne blir observert med tanke på ernæringsstatus og får informasjon om kosthold.
- råd og veiledning i forhold til tannhelse, kosthold og tannhygiene, utdeling av fluortyggegummi, tilbud om følge til tannlegevakten (lavterskel tannhelsetjeneste) eller på annen måte legge til rette for tannbehandling ved behov
- smertestillende blir delt ut ved behov
- forebygging av uønsket svangerskap og seksuelt overførbare sykdommer (SOS), kondomer blir delt ut i ubegrensede mengder og ved kondomsprekk deler de ut såkalt angrepille.
- graviditetstester er tilgjengelig ved mistanke om graviditet og ved graviditet samarbeides det tett med det øvrige hjelpeapparat
- tilbud om følge til gynekologisk undersøkelse ved SOS-klinikken/Haukeland sykehus
- glidemiddel og spesiell såpe blir delt ut med tanke på hygiene og for å unngå rifter og infeksjoner

Hjelp i forhold til bolig

Kartlegging av boligsituasjonen til kvinnene viste at de fleste kvinnene hadde en ustabil boligsituasjon og hadde hatt dette gjennom de 2 siste år eller mer. Det var ikke uvanlig å bo tilfeldig her eller der; hos venner, kunder etc. Sommeren 2003 var det mye oppmerksomhet i media rundt byens hospitser som hadde dårlig standard.

I etterkant av dette satte kommunen kvalitetskrav til de hospitser man ønsket å bruke. Likeledes ble Prosjekt bostedsløse etablert. Således er boligsituasjonen bedret, men fremdeles er det flere kvinner som bor utilfredsstillende, noe som bl.a. gjør kvalifisering til legemiddelassistert behandling vanskelig.

Prosjekt i forhold til vold

I perioden 2000-2001 gjennomførte de et prosjekt for å kartlegge volden som kvinnene i gateprostitusjon er utsatt for, og omstendigheter rundt denne. Målet var å synliggjøre problemområdet og skaffe en oversikt over kvinnenes hjelpebehov. Det var også et ønske om at rapporten ("Walk on the Wild Side", 2002) skal bidra til å spre kunnskap om kvinnenes situasjon og behov i ulike deler av hjelpeapparatet.

Kvinnene som besøkte varmestuen registrerte over en periode på fem måneder 24 enkeltstående voldsepisoder som var knyttet til prostitusjonsarenaen. I løpet av samme tidsrom besøkte 56 kvinner Varmestuen. Denne undersøkelsen bekrefter dermed funn fra tidligere undersøkelser andre steder; at kvinner i gateprostitusjon blir utsatt for vold av et alarmerende omfang.

Rapporten konkluderer med 10 følgende utfordringer for hjelpeapparatet:

Bedring av kvinnenes sikkerhet:

- Trygg boligsituasjon
- Kriseplasser for overnatting tilpasset brukergruppen
- Bedret økonomi
- Økt tilstedeværelse i miljøet

Ut av prostitusjonen:

- Reelle akutt plasser i rusomsorgen og lavere terskel i forhold til behandling.
- Helhetlig og individuelt behandlingsopplegg med realistiske mål.
- Kontinuitet mellom leddene i behandlingsskjeden.
- Bedret ettervern

Økt kompetanse på prostitusjon og traumer i hjelpeapparatet:

- Økt kunnskap om prostitusjonstraumer i hjelpeapparatet.
- Bedre nyttiggjøring av lavterskeltiltakenes kompetanse.

Brukermedvirkning

Utekontakten har i 2003 foretatt en utredning av brukermidvirkning knyttet til tjenestene, i hovedsak knyttet til Varmestuen. Utredningen har vært finansiert ved statlige midler fra Sosial- og helsedepartementet. Som følge av utredningen har det i siste halvdel av året blitt satt i verk en del endringer:

- Det er blitt innført husmøter en gang pr måned.
- Det er etablert en forslagskasse, der kvinnene kan komme med forslag om forbedringer/endringer av tilbudet og ellers det som måtte oppta dem
- Kvinnene deltar i ulike informasjonsoppdrag og diskusjonsforum som angår deres livssituasjon
- Utekontakten ønsker videre å opprette en referansegruppe bestående av 3-4 kvinner som bruker teamets tjenester jevnlig. Dette for mer systematisk å få tilbakemelding på tilbudet de gir, eventuelle ideer til endringer, situasjonen til kvinner i gateprostitusjon i Bergen m.v. Denne er planlagt startet opp høsten 2004.

Det foreligger en sluttrapport for utredningen som er tilgjengelig for mer utdypende lesning.

E.2. Oppsøkende team og Prosjekt/bydelsteam

De har flere oppsøkende grupper:

- En gruppe jobber med ungdom mellom 17 og 25 år som er definert som misbrukere og har et injiserende misbruk. Hovedfokus for dette teamets arbeid er motivasjon og endring. Disse brukerne er dårlige til å nyttiggjøre seg det etablerte hjelpeapparatet, og det oppsøkende teamet fungerer som fortolkere og oversettere i forhold til barnevernstjenesten, sosialkontoret, institusjoner, inntakskontor og helsevesenet. Gruppen har ca. 3 ½ stillingsressurser, alle sosionomer. De oppsøker ungdommen der de er, spesielt i Nygårdsparken. De gir råd og veiledning i forhold til hvordan de kan søke behandling, følger dem til behandling eller inntaksmøter. De deler også ut kondomer og byr på en kaffekopp.
- En gruppe på 10 ½ stilling fordelt på 2 team som arbeider forebyggende med ungdom som er i faresonen. Teamet består av sosionomer, barnevernspedagoger og en vernepleier. De fleste ungdommene har et dårlig nettverk, mange har psykososiale problemer, har vært utsatt for overgrep og manglende grenser. De arbeider mye med å etablere en god kontakt, noe som er tidkrevende med denne gruppa. Videre formidler de kontakt med barnevern, psykolog eller foreldre.

De jobber også med grupper, og har for eksempel en gruppe med unge jenter hvor de har arbeidet med å lære dem å sette grenser.

E.3. Future

Future er et rusforebyggende og holdningsskapende tiltak for ungdom mellom 13-22 år som har tilknytning til, eller er interessert i hip hop og techno/trance-kulturen.

Målsettingen er:

- å skape gode normsendere i rusfrie subkulturer
- å forebygge og redusere skadevirkningene av narkotika
- å skape alternative ruskonkurrerende tiltak
- å sette fokus på nye trender og utviklingen i subkulturene

Det er 2 stillinger knyttet til dette arbeidet; sosionom og barnevernspedagog. Det legges særlig vekt på ung-til-ung formidling som metode i dette arbeidet. Dette innebærer at de har knyttet til seg 10 ungdommer i alderen 16-22 år med variert bakgrunn som arbeider frivillig i Future. Disse ungdommene – dozerne – er håndplukket til å jobbe sammen med dem på bakgrunn av deres egenskaper, holdninger og posisjon i ungdomsmiljøene.

De ansatte arbeider med å ivareta dozerne gjennom tett oppfølging individuelt og i gruppe, drive skoloring og kompetanseheving. Dozerne brukes jevnlig på arrangementer, informasjonsoppdrag og som medarbeidere på breakekurs, Åpent Hus m.m.

I tillegg har Future arrangert en rekke dj- og breakekurs og arrangerer begivenheter eller ”partyer” for målgruppen. Future med dozerne er også ettertraktet på foreldremøter.

Lavterskeltilbudet Åpent hus / Future har åpent en kveld i uken. Her er det gjennomsnittlig innom 20 ungdommer hver gang, alle med sterk tilknytning til hip hop miljøet.

E.4. Erfaringer

Etatsleder fremhever at ambulante tjenester er mye mer virksomme enn stasjonære tjenester for disse brukerne. De nyttiggjør seg i liten grad det etablerte hjelpeapparatet, fordi de ikke takler åpningstider, venterom, bestilling av timer, køer osv. Det oppsøkende arbeidet er basis for alt arbeidet til Utekontakten. Det er gjennom det oppsøkende arbeidet de rekrutterer de spesielt sårbare ungdommene inn i gruppene, det er gjennom arbeidet på gaten de oppnår tillit og fortrolighet som legger grunnen for det individuelle arbeidet og formidlingen videre. Og det er gjennom den tette kontakten på gaten at de klarer å fange utviklingen som danner grunnlag for tjenestene.

Å jobbe på gaten stiller spesielle krav til den enkelte feltarbeider – og til tjenesten som helhet. Av den grunn bruker de mye tid på metodeutvikling og på å bli bedre. De er opptatt av å ivareta og videreutvikle erfaringsbasert kunnskap, og arbeider med dette i veiledning.

Utekontakten er ikke en tjeneste som kan jobbe alene. De framhever at de er helt avhengige av et godt samarbeid med andre offentlige og private hjelpetjenester. Samarbeidet er gjennomgående godt når man først har fått etablert et samarbeid, men er avhengig av at den enkelte klient blir prioritert i de forskjellige systemene. Dette kan av og til være vanskelig.

De opplever videre at hjelpetilbudet til unge rusmisbrukere er lite differensiert, og at terskelen for å få et behandlingstilbud for mange kan være for høy. Svært mange har behov for lang og tett oppfølging over tid, og antall langtidsinstitusjonsplasser står ikke i forhold til hjelpebehovet. Når det gjelder behovet for avrusning, som ofte er et kriterium for å få plass på institusjon, registrer de at ventetiden er lang, ofte flere uker. Flere av de unge rusmisbrukerne de møter, forteller at de etter flere forsøk på å komme inn på en institusjon resignerer og ser få alternativ til rusmiljøet. Mange av disse ungdommene ser etter hvert legemiddelassistert behandling som eneste utvei.

F. Ytrebygda sosialkontor, Bergen

Ved leder Mads Hagebø, Ytrebygda sosialkontor, Bergen, 55 56 17 00

F.1. Idè, bakgrunn og faglig forankring

Etter en gjennomgang av klientene ved Ytrebygda sosialkontor, erfarte de at vel 40% av klientene hadde et rusproblem. 35 var boligløse og det ble brukt 2,5 millioner til midlertidige botilbud i 2001. På denne bakgrunn utarbeidet sosialsjef sak til bydelsutvalg og bydelsadministrasjon, for å få prøvet ut en sosialfaglig modell.

Modellen tar utgangspunkt i systemteori og interaksjonisme med fokus på dysfunksjonelle relasjoner. Modellen er basert på kjent sosialfaglig teori hvor fokus på å bygge opp gode funksjonelle relasjoner er viktig. Modellen legger opp til oppfølging innenfor og utenfor institusjon, hvor ruskonsulentene i samarbeid med 2.linjen foretar en vesentlig del av kartleggingen. Ideen er å vise at gode rammer rundt sosialt arbeid på sosialkontor gir gode resultater både på klientnivå og økonomi på systemnivå.

Hovedmål: Et ”bedre liv” for den enkelte rusmisbruker og reduserte offentlige utgifter.

Det ble vedtatt å la 2 ruskonsulenter jobbe med de 20 mest ressurskrevende rusmisbrukerne ved kontoret. Dette var en gruppe som både kostnadmessig og ressursmessig kostet mye, samtidig som gruppen hadde omfattende rusproblemer og hjelpebehov.

F.2. Målgruppe

De 20 ”tyngste” rusmisbrukerne ved Ytrebygda sosialtjeneste, med kjennetegn på boligløshet, kun sosialhjelp som inntekt, omfattende rusproblematikk og tjenesten lite tilgjengelig for brukeren. Gruppen består av 7 kvinner og 13 menn.

F.3. Samarbeid

Det er utarbeidet samarbeidskontrakt med Stiftelsen Bergenslinikkene, kompetansesenter og utredningsavdeling. Kompetansesenteret har vært en vesentlig bidragsyter for å bygge opp kartleggingskompetanse og legge forholdene til rette for å være tilstede i relasjonen også inne i institusjonen. Det er avsatt ressurser fra kompetansesenteret til et pågående evalueringsarbeid for å dokumentere resultater og erfaringer.

F.4. Arbeidsmetode

To ruskonsulenter med hovedansvar for 10 hver har jobbet i team med fellesansvar for alle 20. Begge er sosionomer med videreutdanning i rus.

De har fått opplæring i bruk av forskjellige kartleggingsinstrumenter bl.a. ”rusens funksjon”, ”MAR – S ” og ulike sjekklister for psykiske lidelser. Ut fra sosialtjenestens behov har de utarbeidet et kartleggingsverktøy som har gitt dem et grunnlag for å bygge opp en virksom relasjon. Kartleggingsinstrumentet oppsummerer de temaene som en over en årrekke samler inn på et sosialkontor, og som er viktige for å ta hensyn til i utviklingen av individuelt tilrettelagte tiltak. Den kanskje viktigste funksjon verktøyet har er at man får snakket om vanskelige og viktige ting som skaper relasjon til sosialarbeider. Den virksomme relasjonen blir alfa og omega i det videre arbeidet. Kartleggingen har ingen betydning hvis ikke den brukes slik at klienten oppfatter nytte og kobling mellom opplysningene de får og den hjelpen som blir gitt etterpå. De har erfart at kartleggingen blir en viktig intervensjon i seg selv.

Nøkkelord for arbeidet er tilgjengelighet og tett oppfølging i relasjonen. Arbeidet kan beskrives som en blanding av miljøarbeid, oppsøkende virksomhet og tradisjonell kuratortjeneste bak pulten på sosialkontoret. Tilgjengeligheten er kommet til uttrykk ved at alle klientene i prosjektet har hatt mobilnummer til konsulentene. De har like gjerne møtt klientene på kafè eller hjemme som på kontoret, ut fra klientens ønske og behov. Det er jobbet med å skape funksjonelle relasjoner ved å følge til lege og andre offentlige instanser, ved å møte klient og familie eller tilrettelegge for dette. Man har særlig lagt vekt på kontaktetableringen med hver enkelt klient for å få dette til. De forteller at de kontinuerlig har blitt ”prøvet” i relasjonen på om de er genuine og til å stole på.

F.5. Resultater

Endelig evaluering vil bli presentert senhøsten 2004, men allerede etter 1,5 år ser en resultater på flere områder.

Bolig og økonomi: Av 19 bostedsløse pr august 2002 er det d.d. ingen igjen som bor i midlertidig botilbud. Dette har ført til en vesentlig nedgang i utgifter. Det er søkt og innvilget trygdeytelser for flere som er i aktive attføringsopplegg og 2 er kommet i inntektsgivende arbeid.

Nettverk og relasjoner : Det er for noen bygget nye nettverk eller gamle nettverk har gitt klienten nye sjanser.

Rusmestring: Det søkt inn 7 klienter på LAR, hvorav 3 er startet opp. Flere har rapportert om mindre rusinntak enn tidligere. Noen går i polikliniske tiltak, 4 har vært innlagt på institusjon og 2 er søkt inn på utredning.

F.6. Videreføring

Ny omorganisering på sosialtjenesten i resultatteam, gjør at ruskonsulentene knyttes opp mot hvert sitt resultatteam for kartlegging av nye klienter, og førstegangssamtalen med nye søkere til institusjon. Fra teamene og nykartleggingene vil så konsulentene velge ut videre hvem som skal prioriteres for tett oppfølging. Føringerne for hvem som vil bli prioritert vil også være avhengig av konklusjoner fra evalueringen man jobber med. Man er også høsten 04 i gang med å avslutte oppfølgingsrelasjonen til flere av de 20, for å gjøre klar for å ta imot nye.

G. Fra fengsel til kommune – et samarbeidsprogram

Ass. regiondirektør Leif Waage, Kriminalomsorgen, region vest, Tlf. 55387200 og
prosjektkoordinator Ann-Hege Brustad, Bergen Fengsel Tlf. 41260053

Fra fengsel til kommune er et samarbeidsprogram mellom Kriminalomsorgen region vest, Bergen kommune, Meland kommune, andre utvalgte kommuner, Kompetansesenteret for sikkerhets-, retts- og fengselspsykiatri, Haukeland Universitetssykehus og Stiftelsen Bergensklinikkene.

G.1. Innledning

Prosjektet startet i august 2003 med støtte fra Sosial og Helsedirektoratet, etter et forprosjekt av midler bevilget i 2002. Prosjektets mål er å etablere tiltak som tar sikte på å hjelpe tunge rusmisbrukere i overgangen fra fengsel til kommune. Hovedideen bak prosjektet har vært å igangsette behandling i god tid før løslatelse, for å få til en best mulig overgang fra fengsel til kommune, der den løslatte kan dra med seg noe av mestringskompetansen mht sitt rusproblem.

Bergen Fengsel tilbyr i dag Rusprogram i Fengsel (RiF), i samarbeid med Bergen Psykiatriske Universitetssykehus, Kompetansesenter for Sikkerhet-, Fengsels- og Rettspsykiatri. Dette programmet videreføres nå til å omfatte tiden etter løslatelse. Dette prosjektet gir tunge rusmisbrukere, som har deltatt i Rusprogram i Fengsel, en mulighet til å følge et lengre behandlingstilbud i sin hjemkommune. Deltakerne blir fulgt opp individuelt eller i gruppe som en del av overgangen til frihet/eget liv. Kommunene blir inkludert avhengig av den løslattes bosted og tilhørighet.

G.2. Målgruppe

Fra fengsel til kommune retter seg mot tunge rusmisbrukere med hjemkommune i Hordaland. Noen av de store utfordringene i forhold til denne gruppen har vært manglende behandlingstilbud inne i fengselet, samt en usammenhengende og ustabil oppfølging av behandlingen fra fengsel og ut i samfunnet. En annen hovedutfordring er manglende sysselsetting/arbeid og tilfredsstillende bolig ved løslatelse. Tunge misbrukere har problemer i forhold til stabilitet mht funksjonsnivå. Dette viser seg ved hyppig skifte av bolig og manglende evne til å følge opp tilbud om behandling og sysselsetting. Dette gjør at det blir svært vanskelig å etablere et varig, støttende, sosialt og profesjonelt nettverk. Disse forholdene gir en vesentlig risiko for tilbakefall.

Deltakerne i prosjektet rekrutteres fra Rusprogrammet Bergen fengsel, og hovedideen er å igangsette behandling i god tid før løslatelse. Videre følger en deltakerne fra fengselet til hjemkommune. En følger den enkelte i minimum ett år etter løslatelsen. Behandlingsrelasjonen blir således stabil og langvarig.

Kriterier for utvelgelse er fullført deltagelse på *Rusprogram i fengsel*, som er kognitiv, atferdsbasert, manualisert behandling. I tillegg er en helhetlig vurdering av deltageren, skårer fra testmaterieell, samt intervju for å kartlegge deltagerens motivasjon for videre programdeltagelse viktig. Resultatene blir lagt til grunn for en eventuell deltagelse i oppfølgingsprogrammet *Fra fengsel til kommune*.

G.3. Oppfølging

Kontakten med deltagerne etableres i løpet av siste halvdel av Rusprogram i Fengsel. Oppfølgingsprogrammet igangsettes når deltakeren forlater Bergen Fengsel. Før deltakelse underskrives en kontrakt som forplikter både deltakeren og Oppfølgingsprogrammets representant i forhold til oppfølging, arbeidsinnsats, arbeidsområder, taushetsplikten etc. Kommunen inngår en tilsvarende avtale med deltakerne. En ønsker å ha en god og relativt hyppig kontakt med kommuner og deltagere. Planlegging av videre oppfølging, utforming av individuell plan og etablering av ansvarsgruppe knyttet til den enkelte, er de sentrale virkemidlene i *Fra fengsel til kommune*.

Det er viktig å se *Fra fengsel til kommune* opp mot andre pågående prosjekter. I Meland kommune har en blant annet fått innvilget forprosjektmidler fra Husbanken til et såkalt ”selvbyggerprosjekt”. Prosjektet er innrettet mot ungdom med og uten rusproblem i en integrert modell. I prosjektet inngår det ordinære kommunale støtteapparat med praktisk oppfølging og tilrettelegging. Deltakere i dette tiltaket forventes å delta aktivt og yte en betydelig egeninnsats under etableringen av de ulike elementene i prosjektet. Det er utviklet en modell der det tidlig i soningsforløpet integreres en strukturert kontakt mellom kriminalomsorgen, behandlingsapparatet og hjemkommunen, og hvor den domfelte er en aktiv deltaker. Meland kommune er en bynær landkommune med et innbyggertall på mellom fem og seks tusen innbyggere. Svært mange av landets kommuner er av denne størrelsen.

Begrepet ”selvbyggerprosjekt” er nyttig, da det viser til høy egen innsats, initiativ og ansvar fra brukeren. Videre viser ”selvbygging” i utvidet betydning til effekter som omfatter personlighet, sosialt nettverk og innsikt. Prinsippene fra denne type tenking forener og forsterker behandlingsmodellen. ”Selvbygging” er ikke nødvendigvis knyttet til bygging av egen bolig, men kan henvise til annen tilsvarende aktivitet. Prinsippene i modellen har stor overføringsverdi og kan lett etableres i andre samarbeidende kommuner/regioner. I Bergen kommune er prosjektet særlig aktuelt i forhold til ulike bydeler. Det er også et annet beslektet prosjekt i Meland kommune, kalt *Tørrmur-prosjektet* som handler om ivaretagelse av gamle byggeskikker, der ungdom trekkes inn som aktive deltakere. Samarbeidet med Meland kommune er godt i gang der innsatte i overgangen til frihet deltar i sistnevnte prosjekt. Samtidig er *Fra fengsel til kommune* samarbeidspartner i planleggingen av kommunenes selvbyggerprosjektet.

De nevnte prosjektene er gode eksempler på sosial reintegrering hvor selvbyggerprosjekt / bolig blir en viktig komponent i et mer helhetlig oppfølgingsprogram for løslatte. De er selvstendige prosjekter som naturlig kan integreres og styrke oppfølgingsprogrammet. Kommunens prosjekt vektlegger egeninnsats, aktiv deltakelse og derved muligheten for et nærmere eierforhold til egen bolig og til tiltaket generelt. Svært ofte vil tilrettelegging av et kvalitativt godt bo-tilbud styrke muligheten for å etablere gode nettverk for den domfelte. Andre deltakende kommuner i *Fra fengsel til kommune* har andre måter å organisere boligtilbudet til løslatte på. Det viktigste er at kommunene arbeider aktivt med etablering av gode boligtilbud og involvering av løslatte.

G.4. Ansvarsgrupper

Et viktig virkemiddel i *Fra fengsel til kommune* er ansvarsgruppen rundt den enkelte løslatte. Ansvarsgruppen består av deltageren og representanter fra de relevante samarbeidende instansene. Sammensetningen av deltakere i ansvarsgruppene har variert en del, avhengig av hvem som er de mest sentrale støttespillerne for den løslatte.

Vanligvis består disse ansvarsgruppene av representanter fra sosialetat, representant fra *Fra fengsel til kommune*, primærlege og eventuelt andre behandlingsinstanser (eks. LAR). For deltakere som har vært sysselsatt på dagtid har også representanter fra arbeidssted/skole vært med. Ansvarsgruppen møtes jevnlig for å evaluere deltagerens status og progresjon i programmet. Modellen er basert på et nært samarbeid mellom de aktuelle instanser og en tett struktur rundt deltageren. Deltageren forplikter seg til å delta i hele oppfølgingsprogrammet.

I prosjektets første fase har man vært åpen for samarbeid med flest mulig kommuner/bydeler og har kapasitet til å inkludere inntil tretti deltakere i aktiv oppfølging. Oppfølgingsprosjektet har et nært samarbeid med de involverte kommunene der man har et felles ansvar for oppfølgingen av deltagerne i prosjektet. Kommunene har et lovfestet ansvar for boligetablering og sysselsetting. Oppfølgingsprosjektet tar i hovedsak ansvaret for behandlingsdelen, men også for koordineringen av de totale tjenestene.

G.5. Oppfølgingsområder

Prosjektet er forskningsbasert både mht til selve behandlingsopplegget, fokus på etablering av bolig og sysselsetting/aktivitet.

Behandling – Deltagere får tilbud om en forpliktende rusbehandling som kan innebære både gruppesamlinger og individuelle samtaler. Dette tilpasses den enkelte og til antall deltagere fra hver kommune. Målet er å gi et så godt tilbud som mulig tilpasset den enkelte deltagers behov.

Sysselsetting – Deltagerne i Rusprogrammet i Bergen Fengsel uttrykker ofte et behov for meningsfylt aktivitet i hverdagen utenfor fengsel. De opplever imidlertid begrensninger i forhold til kompetanse og muligheter til å få en vanlig jobb. Ett av Oppfølgingsprogrammets mål vil være å bidra til at kommuner og deltager finner gode løsninger i forhold til skolegang, omskolering, arbeidsmarkedstiltak, fritidsaktiviteter, etc.

Bolig – Oppfølgingsprogrammet arbeider aktivt med kommunen for å finne et godt boligtilbud til deltageren. Dette arbeidet, sammen med arbeidet på de andre områder, vil brukes innefor den terapeutiske rammen, slik at deltagere kan heve sin kompetanse i forhold til kommunikasjon, relasjoner, problemløsning, etc.

Nettverk – Gjennom aktiv deltakelse i for eksempel boprojekt vil det kunne etableres nettverk mot ulike grupper av håndverkere, firma, kommunaltjenester og sosiale kontakter i ”byggefeltet”. Vellykket rehabilitering av rusmiddelmissbrukere forutsetter ofte etablering av nye og mer konstruktive sosiale nettverk. Forskning viser at det sosiale nettverk ofte begrenses, men at kvaliteten i nettverket øker.

Oppfølgingsteamet i programmet vil tilby både samarbeid og veiledning etter behov i forhold til de ulike samarbeidspartnere når det gjelder sysselsetting, boetablering og økonomi.

Kompetanseutvikling – Oppfølgingsprosjektet er knyttet til to sentrale kompetansemiljøer innen rus, psykiatri og kriminalitet. Møter, veiledninger og seminarer vil gi muligheter for kompetanseutvikling.

G.6. Organisering av prosjektet

Oppfølgingsprogrammet er et femårig prosjekt finansiert av Sosial- og helsedirektoratet. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Stiftelsen Bergensklinikkene, Kompetansesenteret ved Bergen Psykiatriske Universitetssykehus, Bergen Fengsel, Friomsorgen og de deltagende kommunene. Prosjektets koordinerende ansvar ligger hos Kriminalomsorgen region Vest.

Prosjektet har 4 stillingsressurser som omfatter både behandlingsoppgaver, veiledning og dokumentasjon/evaluering av prosjektet. Teamet består i dag av 6 personer. Teamets sammensetning er tverrfaglig og er besatt med fem personer med helse/sosialfaglig bakgrunn, og en person med bakgrunn fra kriminalomsorgen (lege, psykologer, betjent). Teamet holder kontakt med de ulike involverte instanser i ansvarsgruppen, og formidler og/eller driver behandlingen av deltagerne. Teamet er ambulerende, og har kontakt med de ulike kommunene, har behandlingskontakt med den løslatte, samt har møter med involverte instanser. Et viktig mål i prosjektet er en koordinering av hjelpe- og behandlingstjenestene rundt deltagerne.

Pr. september 2004 har *Fra fengsel til kommune* 10 deltakere i ulike faser av behandling. Det er forventet at tallet økes til ca. 15 deltakere før året er omme.

Det er for tidlig å si noe om resultatene. Prosjektet skal evalueres av forskningsavdelingen ved Stiftelsen Bergensklinikkene i samarbeid med Kriminalomsorgen Region Vest.

H. Kirkens Bymisjons omsorgsbase for kvinner i Bergen

Ved leder / sosionom Gunnvor Hernes Leonsen, tlf 55 32 97 70. gunvor@skbb.no

Omsorgsbase for kvinner ble startet opp i 1998, etter at et natthjem for kvinner hadde blitt stengt 2 år tidligere. Det var avdekket et behov for akutt overnatting for kvinner i rus og prostitusjonsmiljøet, og Kirkens bymisjon ble bedt om å starte og drive dette tiltaket med driftstøtte fra Bergen kommune. Det viste seg på slutten av 90 tallet at mange av disse kvinnene var registrert uten fast bolig og om de hadde bolig var gjerne boligen svært utrygg.

Omsorgsbasen er organisert som et tiltak under virksomhetsområdet rus/ prostitusjon i Bymisjonen i Bergen. I tillegg til å drive natthjem, driver de noe oppfølging på dagtid, samt oppsøkende arbeid.

H.1. Natthjem

Natthjemmet er et akutt natthjem for kvinner i rus og prostitusjonsmiljøet. Det består av 6 plasser og 2 ekstra akutt plasser som brukes ved overdoser, voldtekter eller mishandling. Det er nye inntak hver kveld, og kvinnene kan da selv be om å få en plass. Noen blir også henvist dit fra andre. De har åpnet mellom klokka 22 og 9.30. Tilbudet er gratis. De er ikke noe lovpålagt tiltak og er heller ikke innsøkende instans. I og med at de er et lavterskel tiltak, har de ikke noen spesiell myndighet.

Personalgruppen ledes av en sosionom og nestleder er sosionom og jurist. Videre har de en vernepleier, en sykepleier og to hjelpepleiere, og det tverrfaglige samarbeidet fungerer godt. De har ikke utlyst stilling som jurist, men erfarer at det er nyttig kompetanse i samarbeidet med andre etater. I tillegg har de frivillige medarbeidere tilstede 50% av nettene. De har ca 15 stabile, svært kompetente frivillige (sykepleiere med mer). Det er nødvendig med høy kompetanse både hos personalet og frivillige, fordi kvinnene ofte er i stor krise.

De har 250 registrerte kvinner, og noen av disse er gjengangere. Omsorgsbasen henviser disse til Prosjekt Bostedsløse, men der er det kø for å komme inn. Etter at dette tilbudet kom, har antall bostedsløse kvinner gått ned. Ellers samarbeider de godt med Utekontaktens Kaia-team, Straks-huset, samt andre tiltak i Kirkens Bymisjon. De deltar også i et nasjonalt nettverk ift prostitusjon.

Omsorgsbasen har foretatt 2 brukerundersøkelser og forbedret tilbudet sitt på grunnlag av svarene. I tillegg holder de husmøter hver 6. uke hvor brukerne kan ta opp saker ift rutiner, regler, opplevelser med mer.

H.2. Oppfølging på dagtid

Omsorgsbasen har ikke fått noe formelt mandat eller økonomiske midler til å følge opp kvinnene på dagtid, men føler seg moralsk forpliktet fordi de ser at det er stort behov for noen av kvinnene. Dette arbeidet er det leder og nestleder som gjør. De arbeider miljøterapeutisk og følger kvinnene inn i systemene; til fastlege, sosionom, behandlingsapparatet, legevakta eller klinikk for seksuelt overførbare sykdommer. De har også noen kvinner som går til polikliniske samtaler.

Noen av kvinnene får låne natthjemmet om dagen til å ha samvær med barna sine. Nestleder er da tilstede, fordi det er krav om tilsyn.

H.3. Oppsøkende kartleggingsarbeid

De driver nå et 3-årig prosjekt hvor de kartlegger helsa til prostituerte som arbeider innendørs eller på gata. Prosjektet er finansiert av Helse og Rehabilitering. En jurist og en vernepleier (til sammen 1,5 stilling) arbeider i dette prosjektet. De har ikke søkt spesielt etter jurist her, men det dreier seg om en idealistisk person som ønsker å arbeide for de svake. I tillegg har de god hjelp av frivillige som deltar i ca 40 % av det oppsøkende arbeidet. De ansatte ved natthjemmet deltar også noe i det oppsøkende kartleggingsarbeidet.

3 kvelder i uken går de på strøket og tar kontakt med kvinnene der. Disse kvinnene har store helseproblemer. De driver med både med kartlegging og informasjon om hvordan de kan ta vare på helsa si. Videre har de er rom i kjelleren på en kirke hvor de deler ut pølser og kakao, kondomer og glidekremer.

For å få kontakt med kvinnene som prostituerer seg innendørs, ringer de alle telefonnummer de finner i aviser og på internett. Disse kvinnene fungerer ofte bedre enn de som driver med gateprostitusjon og gir ofte uttrykk for at de ikke ønsker hjelp. Mange av disse er utenlandske.

H.4. Erfaringer

Leder forteller at det kreves en stor porsjon tålmodig nærvær i møte med denne gruppen, men at det er et givende arbeid. Av de 250 kvinnene hun har blitt kjent med i løpet av de 7 årene omsorgsbasen har fungert, er det bare 4 som er rusfrie i dag. Hun mener dette skyldes at behandlingsapparatet er for oppsplittet, og ikke ser på helheten i disse kvinnes liv. De har store sammensatte problemer; overgrep-bakgrunn, rus, vold og prostitusjon. Mange har ADHD eller lese- og skriveproblemer som ikke har blitt fulgt opp på skolen. De ser også at mange er 2. og 3. generasjons misbrukere.

Leder fremhever også at det er en liten marginalgruppe de jobber med og det er utfordrende å få bevilgende instans til å se nytten av å ha et slik særtiltak for denne målgruppen. Det koster en del å drive tilbudet, men de ser helt klart nytten i møte med hver enkelt kvinne – selv om dette er ikke alltid like lett å få andre til å se det.

I. Ambulerende boteam i Drammen kommune

Ved fagleder/teamleder ved Senter for rusforebygging, barnevernspedagog Siri Kolseth
Tlf 32 80 67 00 / 91 64 77 35 siri.kolseth@drammen.kommune.no

Prosjekt Bostedsløse i Drammen kommune startet januar 2002 og er en del av et 3-årig nasjonalt prosjekt som avsluttes i desember 2004. I vedlegg 2 beskrives bakgrunnen for det nasjonale prosjektet, målsettingen, samt organiseringen på nasjonalt nivå. I denne rapporten beskrives kun arbeidet som gjøres i Drammen. Man gjør oppmerksom på at byene har valgt ulike profiler i dette nasjonale prosjektet, og at det finnes informasjon om dette på www.bostedsløse.no

Prosjektet er forankret sentralt i Drammen kommune og prosjektorganisasjonen er etablert på tvers av de kommunale tjenestetilbudene.

I.1. Senter for rusforebygging i Drammen kommune

Ambulerende boteam er organisert under senter for rusforebygging. Senteret har også følgende andre funksjoner som vi ikke omtaler nærmere:

- 9 kuratorer driver behandling / oppfølging av misbrukere.
- 3 feltsykepleiere arbeider dels ved et kontor, men foretar hjemmebesøk ved behov. De tar seg av sår, kostveiledning med mer.
- Natthjemmet har 12 plasser og 5 miljøarbeidere.
- Metadonkonsulent (hjelpepleier) tar urinprøver og koordinerer arbeidet med disse brukerne i forhold til apotek og leger.
- Ute-team med 5 stillinger (sosionomer og barnevernspedagoger) driver oppsøkende virksomhet i hele Drammen i forhold til ungdom mellom 13-18 år, 3-4 kvelder i uka og i helgene.
- Prosjektet ”tur-retur” arbeider for å forhindre at ungdom i faresonen reiser til Oslo. Prosjektleder kartlegger omfanget av problemet og arbeidet foregår i samarbeid med Oslo kommunes uteseksjon.

I.2. Idégrunnlag

Normaliseringsmodellen ligger til grunn for utviklingen av prosjektet. Fokus i arbeidet er den enkelte bostedsløse sitt behov og tilbudet skal tilrettelegges deretter gjennom utvikling av samhandlende og troverdige relasjoner.

Tradisjonelt har man arbeidet for å kvalifisere bostedsløse til å få en bolig. I dette prosjektet begynner de med å gi folk en bolig og hjelper dem til å bo der. Klientene blir ikke kastet ut selv om de ruser seg, men man arbeider for at de skal ruse seg minst mulig. Arbeidet er inspirert av New Hampshire-modellen, hvor arbeidet må foregå ute der folk er, både fordi de ofte ikke kommer til de offentlige kontorene og fordi man best kan hjelpe dem i den konteksten de skal fungere. Helt sentralt i arbeidet er den bostedsløses individuelle plan som søkes ivaretatt av ”case-management” tenkning, samtidig med samhandling på tvers av vedkommendes nettverk.

I.3. Tiltak

Tiltakene spenner fra ordinære boliger med tilbud om oppfølging, et døgnkontinuerlig tilbud innen pleie- og omsorgstjenesten, til oppgangsfelleskap / bofelleskap. I tillegg til disse kommer ordinære boliger.

Enkelte av de som tilbys oppfølging av det ambulerende teamet er allerede bosatt i kommunale boliger, mens andre igjen er uten bolig. Målsettingen er at de bostedsløse skal tilbys bolig på samme vilkår som ordinære husleiekontrakter.

Boligene som tilbys de bostedsløse er i kommunenes ordinære boligmasse og har ulik karakter både med hensyn til størrelse, beliggenhet og samlokalisering. Bostedsløse med aktiv misbruksproblematikk og atferdsproblemer blir imidlertid ikke tilbudt individuelle boliger integrert i ordinære bomiljøer. Disse boligene forbeholdes personer som utskrives fra institusjon etter endt behandling, eller personer som er stabilisert i helhetlige lokale rehabiliteringsopplegg.

De aller fleste klientene har en kombinasjon av langvarige og alvorlige rusproblemer og psykiske lidelser. Underveis i prosjektet har behandlingsaspektet blitt nedtonet, mens tilstedeværelse og tilsyn i boliger og etablering av oppgangsfelleskap og satsing på baser har blitt prioritert.

Ambulerende boteams funksjon er å bidra til å tilrettelegge forholdene i bosituasjonen og i forhold til omgivelser og nærmiljø. Boteamet kommer på besøk fra en gang i uka til flere ganger daglig etter behov. De hjelper dem til å tilpasse seg naboer, rette seg etter reglene i borettslaget, økonomi, gå på trygdekontoret, møblering, hygiene og snakker med dem om bekymringer som opptar dem.

Nettverk- og relasjonsbygging er sentralt. De har etablert oppgangsfelleskap i et par bygårder med 12 og 8 leiligheter. Her deltar de på ukentlige husmøter, grillfester og allmøter.

Videre arbeider de aktivt sammen med styrene i borettslag. Når tidligere bostedsløse flytter inn i borettslaget, har de en trekantsamtale med vedkommende og en fra styret i borettslaget. De gir både veiledning til borettslagene og de som bor der.

Fjell bydel er en stor bydel med 148 kommunale leiligheter. Her har de et eget kontor som er åpent hver dag. Vedkommende som jobber der går mye på hjemmebesøk og hjelper til med problemer som oppstår.

I.4. Erfaringer

Antall bostedsløse i Drammen er halvert fra 160 til 80 gjennom prosjektet. Ca 50 deltar til en hver tid i prosjektet. Det *virker* å jobbe hjemme hos folk. Det tar ofte lang tid å skape en god relasjon, og det er nødvendig at de ansatte er romslige, har lang erfaring og tåler en støyt. De har god erfaringer både med å stabilisere bofelleskap og hjelpe enkeltindivider.

Noen har skrevet seg ut fordi de klarer seg selv. Andre sitter i fengsel på lange dommer, men blir tatt inn igjen i prosjektet når de kommer ut. Det er også nødvendig å legge inn noen på sykehus av og til, men de får beholde boligen sin. De har hatt få alvorlige episoder. Noen greier ikke å ha egen bolig. De sover på det kommunale natthjemmet, som er åpent kl 20-09.

J. Aktiv Kontakt med Stoffavhengige (AKS) i Tønsberg

Tiltaksleder Ellen Kielland, Tlf 33 01 66 86 / 92 29 99 23 ekie@online.no

J.1. Bakgrunn

Aktiv Kontakt med Stoffavhengige (AKS) startet som et samarbeidsprosjekt mellom Kirkens bymisjon og Tønsberg kommune i 1998. Bakgrunnen for prosjektet var at det hadde vært en økning i overdosedødsfall i Vestfold. Målet var å redusere antall overdoser og bedre livskvaliteten for mennesker med tungt rusmisbruk. På bakgrunn av Bymisjonens nærhet til rusbrukermiljøet, inviterte kommunen dem med i et samarbeid. De utarbeidet en søknad om et

3-årig prosjekt kalt *Overdoseprosjektet* og fikk Straksmidler fra Sosial og helsedepartementet. Prosjektperioden var fra 1.1.98 – 31.12.00. Det var ansatt to likestilte prosjektledere; Per Jahnsen fra Bymisjonen og Ellen Kielland fra kommunen. Det har ikke vært ansatt flere medarbeidere. De to har utfyllt hverandre og samarbeidet godt. Prosjektet skiftet tidlig i prosjektperioden navn til AKS; Aktiv Kontakt med Stoffavhengige.

AKS har blitt et fast tiltak og drives fortsatt av Tønsberg kommune og Kirkens Bymisjon med de to samme ansatte. Fra 1.10.04 startet AKS opp et nytt prosjekt; *Oppfølgende boligteam*. Her er det ansatt en prosjektleder og to miljøarbeidere. Midlene til dette prosjektet kommer fra Sosial- og Helsedirektoratet, og er en del av det nasjonale, statlige *Prosjekt bostedsløse* som beskrives fra Drammen kommune i denne rapporten.

AKS er et lavterskeltilbud og et bindeledd mellom gata og hjelpeapparatet. Grovt sett deles arbeidsoppgavene deres i to: De har direkte arbeid med enkeltklienter og pårørende. De viderefører erfaringer til administrasjonen i kommunen og fylket, og påpeker flaskehalsene slik brukerne ser det og AKS opplever det.

J.2. Direkte arbeid med enkeltklienter og pårørende

AKS er opptatt av å ha målgruppas egen opplevelse i fokus. De ønsker å hente kunnskap gjennom brukernes erfaringer, et mandat som også var gitt av politikerne, og ta dette videre med inn i hjelpeapparatet. AKS legger vekt på å være lett tilgjengelige og ha en fleksibel arbeidsform. De lager stort sett avtaler samme dag eller dagen etter og driver oppsøkende virksomhet i byen og på Kaféen til Kirkens Bymisjon. De er tilgjengelige på mobiltelefon på kveldstid og i helger, og foretar også institusjonsbesøk og hjemmebesøk utenfor ordinær arbeidstid ved behov.

AKS er samtalepartnere som den rusavhengige kan tenke høyt med, som kan lytte til tvilen og bidra til rydding i tankekaoset. Tid til refleksjoner og se på konsekvenser av valg og muligheter til endring står sentralt i samtalene. De fungerer også som veivisere i hjelpeapparatet og følger klienter til rette instanser der det er påkrevd. Erfaringene til de stoffavhengige handler om hvordan de opplever bolignøden, fengselsopphold, mislykkede behandlingsopphold, lang ventetid på institusjonsbehandling og LAR, frustrasjon over manglende hjelp, rusjaget og håpløsheten.

AKS har god oversikt og et nært samarbeid med nødvendig instanser i kommunen og fylket.

De arbeider også med pårørende, de fleste av disse er foreldre. Disse sliter med maktesløshet, frykt for overdose og en kontinuerlig sorg. Mange føler seg utestengt av hjelpeapparatet pga taushetsplikten. Noen henvender seg også i akutte situasjoner hvor de trenger råd der og da.

J.3. Videreformidling av erfaringer

AKS-prosjektet hadde en styringsgruppe hvor det satt 3 politikere. Denne gruppa består fortsatt etter endt prosjektperiode, og er en viktig arena for refleksjoner mellom fagfolk og politikere. Dette gjør at AKS har blitt invitert til flere møter med politikere fra kommunen for å gi informasjon om stoffavhengiges situasjon. Gjennom dette bidrar de til en helhetlig rustenkning i kommunen.

AKS-prosjektet avdekket at en viktig flaskehals i rusarbeidet er mangel på egnede boliger. Dette er en nødvendig plattform i et habiliterings / rehabiliteringsperspektiv. 40 av deres brukere trengte bolig med assistanse. Dette var bakgrunnen for at Tønsberg søkte og nylig kom med i det nasjonale, statlige *Prosjekt boligløse*.

AKS avdekket tidlig i prosjektperioden også behovet for feltpleie. Det ble søkt midler og feltpleien startet med statlige midler for ca. 2 år siden. Det er et svært vellykket og nødvendig prosjekt. Feltpleier deler ut ca 10000 sprøyter pr mnd og det leveres tilbake over ca 80% brukt utstyr.

AKS videreformidler også sine erfaringer gjennom presse, radio og TV.

J.4. Samarbeid

AKS samarbeider med sosialtjenesten, Vestfoldklinikken, Kirkens Bymisjon, fengselet, LAR, RUPO /PUT, behandlingsinstitusjoner, evangeliesentra og Landsforeningen Mot Stoffmisbruk.

J.5. Erfaringer

AKS erfarer daglig at hjelpetilbudet for rusavhengige er for dårlig både i 1. og 2.linjetjenesten. Noen ledd i kjeden mangler, og de som eksisterer kan tidvis fortone seg som øyer uten broforbindelse. De arbeider som tolker og brobyggere i dette landskapet. På grunn av sin fristilling og styrke som samarbeidsprosjekt, kan de jobbe uten å hemmes for mye av arbeidstid og tilgjengelighet.

AKS erfarer imidlertid at det er blitt noe bedring i tilbudet de siste årene. Det åpnes i disse dager en bemannet bolig med plass til 12 beboere i kommunen. Kirkens Bymisjon har flyttet sitt herberge til samme sted. Det planlegges flere bemannede boliger for målgruppa. AKSs opplever at politikerne er mer lydhøre og villige til en viss satsing, til tross for dårlig kommuneøkonomi.

Det er et godt samarbeid mellom kommunen og Kirkens Bymisjon. Erfaringen med AKS har betydd mye for dette samarbeidet og ”broforbindelsen” er god. Brukerne får på denne måten et bedre samordnet tilbud i kommunen.

AKS ser med stor bekymring på at ventetiden på avrusing er lang og at det er lang kø til behandling. De hadde et håp om at det skulle bli bedre etter statlig overtakelse, men man har nå mistet muligheten til bruke behandlingsteder som for eksempel Tyrili i samme grad som tidligere, fordi man primært må benytte behandlingsteder i egen region.

Da prosjektperioden gikk ut i 2000, ble 13 stoffavhengige og 7 pårørende intervjuet av en ekstern person tilknyttet Høgskolen i Vestfold. Tilbakemeldingene var svært positive: Tid, respekt, tilgjengelighet, fleksibilitet, omsorg og kontakt over tid ble fremhevet som de viktigste kjennetegnene på deres arbeid. Flere pårørende nevner i tillegg at AKS er lett tilgjengelig med en nærhet som gir trygghet. Representanter fra sosialkontoret evaluerte også AKS positivt og har gitt uttrykk for at de ser på AKS som en nødvendig samarbeidspartner.

K. BRU-prosjektet i Arendal

Leder Eirik Christian Olsen, tlf 37 07 60 43 / 90 97 27 56, Eirik.Christian.Olsen@sshf.no

BRU står for **barnevern + rus + ungdom**. Prosjektet ble startet i fjor av fylket og skal vare i 3 år. Etter rusreformen har de nå to eiere; Helse SØR RHF, Sykehuset Arendal, avdeling for rus og avhengighet og Barne-, ungdom- og familieetaten i Region Sør (staten). Dette gir administrative, økonomiske og datamessige problemer.

De er organisert som et prosjekt, med en styringsgruppe og referansegruppe. I styringsgruppa sitter en representant fra rusomsorgen og en fra det statlige barnevernet, region Sør i Tønsberg.

De har to hovedoppgaver:

1. Tilbud til ungdom mellom 13 og 25 år som har / er i ferd med å utvikle et rusproblem.
2. Tilbud til videregående skole.

De anslår at de bruker ca 75% av tiden sin til den første funksjonen og 25 % til den andre.

Det er ansatt 4 terapeuter i BRU-prosjektet med følgende bakgrunn:

- barnevernspedagog med 30 års erfaring
- pedagog
- psykiatrisk sykepleier og helsesøster
- sosiolog og økonom – som er leder

I tillegg har man en sekretær i halv stilling.

De arbeider i team, dvs. i alle saker er de to terapeuter, samt at den enkelte sak diskuteres i hele teamet ukentlig. Klienten har selv innflytelse på hvem han/hun ønsker som hovedkontakt av de to, men forut for dette blir kriterier som kjønn, problematikk, bosted, eventuell kjennskap til klient/familie vurdert av teamet.

K.1. Tilbud til ungdom mellom 13 og 25 år som har / er i ferd med å utvikle et rusproblem

De har ca 20 ungdommer de følger opp som har eller er i ferd med å utvikle et rusproblem. 4 har blitt ferdig behandlet, mens 2 har trukket seg ut selv og er på aktiv venting; de sender en SMS til dem av og til, men er ikke aktive ellers.

En del av ungdommene blir henvist gjennom sosialkontoret eller legen. Det er en stor utfordring å forplikte henvisende instans til å følge opp. Legene viser lite interesse og sosialkontorene har i motsetning til barnevernet ikke penger til for eksempel å iverksette tiltak som vurderes som hensiktsmessige for en klient. Andre blir henvist via barnevernet.

Det er en krevende prosess å få hjelp og henvisningsprosessene tar ofte for lang tid. BRU har derfor også bestemt at ungdom eller foreldre selv kan be om hjelp. De får da tilbud om 3 møter for å vurdere behovet. Noen ganger er dette nok, ellers ber de om at de skal henvises. Det fremheves at det er **viktig** at man ikke har for tungroddede henvisningssystemer og høye terskler for denne gruppa!

Alle ungdommene har dobbeltdiagnoser -minst. Til tross for det mener BRU at behovet deres primært er en voksen som kan være der og hjelpe dem over tid, og at det er ytterst få som ønsker, trenger eller er i stand til å gå hos psykolog eller psykiater. I tillegg er det lange køer i psykiatrien, og har man i tillegg et rusproblem og er ungdom, er det i dag vanskelig å få slik hjelp.

Arbeidsmetoder

De legger vekt på følgende prinsipper:

- *Tilgjengelighet* – også ut over ordinær arbeidstid. Ungdommens problemer og hjelpebehov er ikke tilpasset ordinær arbeidstid. Dette er det ikke lett å få aksept for. De får ikke lønn for å arbeide eller være tilgjengelige om kvelden og i helgene, men gjør det allikevel fordi de vil dokumentere at det er viktig.
- *Være pågående*. Når en ungdom ikke holder en avtale, sender de straks en SMS og etterlyser dem.
- *Fleksibilitet*, både i form av at de søker etter det som virker og i valg av møtested og kontaktform.
- *Må ha mobiltelefon og bil* slik at de kan være ambulante. De har et kontor, men synes det er viktig å være ambulante.
- *Familie og nettverksarbeid*. Ungdom erkjenner ofte ikke at de har et problem og det er da viktig å arbeide med foreldrene isteden. De lærer foreldrene hva de skal gjøre. Hvis det dukker opp problemfylte områder i familien, arbeider de enten med dem selv eller henviser dem til andre i hjelpeapparatet.
- *Kontinuitet*. De forsøker å ikke henviser ungdommene videre, men heller hjelpe dem selv. De fleste har allerede hatt flere hjelpere, og trenger noen som *er* der over tid.
- *Tidlig tiltaksorientering*. Tiltakene kan for eksempel være at terapeuten skal komme hjem til dem, at ungdommen skal ha invitert noen til et møte, informere foreldrene osv.
- *Forpliktende handlingsplaner som utarbeides sammen med ungdommen*. De er med på å definere hva problemet er og hvem som skal delta i løsningen. Det er et frivillig tiltak, og det er viktig at ungdommene blir involvert på en forpliktende måte.

De to eierne av prosjektet har ulike kulturer når det gjelder tidsperspektiv for oppfølging: Barnevernet jobber mer fort inn / ut, mens rusomsorgen tradisjonelt har mer langsiktige perspektiver. BRU-prosjektet tror ikke bare på raske løsninger og er opptatt av kunne gjøre begge deler; jobbe kortsiktig der det er riktig og langsiktig når det er nødvendig.

Opplevde problemområder

Manglende virksomhetstilbud for de mest skadede ungdommene.

Verken A-etat eller oppfølgingstjenesten har konkrete arbeidsplasser eller annen virksomhet å tilby disse ungdommene. Disse etatene ønsker på lik linje med BRU å kunne etablere det man kaller et virksomhetsbasert tilbud til denne ungdomsgruppa. 8 av 10 ungdommer fremhever at de trenger noe å gjøre på dagtid.

BRU har selv laget et tilbud hvor 2 ungdommer får jobbe sammen med en voksen med å vedlikeholde en gammel seilskute. De får også gå på en folkehøgskole som denne skuta ligger i vinteropplag hos. Man etterlyser flere slike virksomheter hvor ungdom kan få komme – selv i påvirket tilstand – og oppleve at det skjer noe meningsfullt og hvor de kan få oppleve at det er et behov for dem.

Finansiering av hjelp til de under 18 år.

Tilbud til ungdom under 18 år (barnevernet) koster penger for kommunene, mens sosialomsorgen (over 18 år) er gratis. Dette gjør at man lett kan utsette tiltakene til de er over 18 år, og dette er selvfølgelig uheldig.

Overføringen fra barnevern til sosialomsorgen er for brå.

Det er en stor overgang å gå fra barnevern med omsorg og interesse, til å få en lite tilgjengelig sosialarbeider som sitter på et kontor. Man foreslår at barnevernet bør forplikte seg til å følge ungdommene opp til de er 23 år.

Taushetsplikten i skolen – og da spesielt mellom grunnskole og videregående – er en stor utfordring. Det virker litt som at man skal starte på blanke ark, men har en ungdom hatt et hjelpebehov eller på annen måte vært en mer utfordrende elev, så er dette noe som sjelden løser seg over en sommerferie.

Positive erfaringer

De har positive erfaringer med ungdom som har vært tidligere kasteballer i systemene uten noen fremdrift, som etter ett år i BRU-prosjektet er på vei inn i egne leiligheter og jobber. Ungdommene gir uttrykk for at de blir møtt med respekt og at det er fint at noen stiller krav til dem. De ungdommene som er på tiltak ville ellers enten ikke fått noe tilbud eller blitt søkt inn på institusjon. Av de 20 er det kun to som ikke har et tilfredsstillende bo tilbud, det er 9 som har et skole/arbeidstilbud.

Myndighet

De har liten myndighet, men et stort ansvar i det at det er opp til dem å komme med anbefalinger til sine oppdragsgivere for hvordan man kan utøve hjelp til denne målgruppen på en måte som ikke er tradisjonell poliklinisk eller institusjon. BRU er et frivillig tilbud.

Samarbeidspartnere

A-etat og skolesjefens oppfølgingstjeneste er de viktigste samarbeidspartnere. Ingen av disse har nok penger til å skape egne virksomhetsbaserte tiltak for deres felles målgruppe. Man etterlyser at ulike etater kunne gått sammen om å skape slike tilbud.

BUP og friomsorgen er også to av deres samarbeidspartnere, men ikke i noen av tilfellene er det snakk om et forpliktende samarbeid på mer generell basis. Samarbeidet er knytte opp mot den enkelte klient. I denne sammenhengen understrekes også at 1.linje alltid må være med i et samarbeid rundt den enkelte klient.

K.2. Tilbud til videregående skole

Bakgrunnen for denne funksjonen er at fylket (som startet prosjektet) eier skolene.

BRU ble invitert til en av de videregående skolene pga rusproblemer der. Problemet ble definert til å være et adferdsproblem. Lærene har fått veiledning fra BRU til å flytte fokus fra rus til adferd og stille større krav til orden og oppførsel. Man har hjulpet skolen til å definere 3 absolutter: Det er ikke lov å ha på mobiltelefon i timen, ikke lov å spise i timen og man skal komme presis. Det er viktig at disse reglene følges av lærene også, men her er det mye motstand, selv om lærerne har deltatt i utformingen av reglene selv. Det er viktig at ledelsen i skolen følger opp dette.

Alle de videregående skolene har tilbud om veiledning, men de har vist lite interesse. Dette tolkes som at de ønsker at andre skal løse problemet for dem. Skolene kan også henvise ungdom med problemer til BRU.

Lederen av BRU-prosjektet utfordrer direktoratet til å opprette et nettverk for ambulerende team som er organisert fra de ulike sykehusene i Norge.

L. Flipover-metoden

Nettverksteamet på Ressurscenteret for barn og ungdom i Trondheim kommune

Spesialkonsulent / barnevernspedagog Eivind Finserås, 73 83 36 62 / 916 72 384

Eivind.finseraas@trondheim.kommune.no

L.1. Bakgrunn

I 1995 registrerte barnevernstjenesten i Strinda distrikt i Trondheim en voldsom økning av saker som dreide seg om rus og kriminalitet, og hvor det var et dårlig forhold mellom foreldrene og ungdommene. Man så behovet for å la flere personer i ungdommenes nettverk gi tilkjenne sine meninger og ikke minst få mulighet til å gi sine bidrag i den ønskede endringsprosessen.

2 barnevernspedagoger fra Stinda distrikt – Eivind Finseraas og Tom Døsvik – har utviklet flipover-metoden og anvendt den siden 1997. Metoden er teoretisk forankret i Urie Bronfenbrenners modell, som er en økologisk utviklingsmodell. Sentralt i flipovermetoden er at det er viktig å få rask kontakt med ungdommen, mobilisere et offentlig og privat hjelpeapparat og ha regelmessige møter hvor man måler hva som skjer. Metoden er også inspirert av LØFT (løsningsfokuset tilnærming) og Marte Meo (veiledningsmetodikk for å øke foreldres kompetanse).

L.2. Nettverksteamet

Nettverksteamet er ett av teamene i en nystartet enhet fra 1.1.04 for hele Trondheim by. Teamet består av: 2 barnevernspedagoger og en psykolog. Nettverksteamet ligger under Ressurscenteret for barn og unge i Trondheim, som er byomfattende enhet med 64 ansatte som består av følgende tjenester: Barnevernvakta, Dagskolen i Trondheim, Carinasenteret krise/ akuttinstitusjon, Skoleteamet (som bearbejder kriser i skolen), Nettverksteamet og kvalifiseringstiltaket for atferdsvanskelig minoritetsspråklig ungdom.

Nettverksteamet arbeider over alt hvor ungdommene ønsker å treffe dem; skole, hjemme, ute eller på kontoret. De bruker flipover-metoden i alle saker som er rus og kriminalitetsrelatert. Målgruppa er 13-18 år, men de har også arbeidet med 11-åringer.

Ungdommer henvises til nettverksteamet via en forvaltningsenhet i barnevernstjenesten.

L.3. Nettverksgruppe/ Flipoverlaget

Man lager en gruppe omkring ungdommene for å vise dem at noen bryr seg om dem. Det settes sammen av familie, slekt og venner, samt offentlige personer; lærere, sosialarbeidere fra barnevernstjenesten, med flere. Ungdommene velger selv ut hvem som skal sitte i teamet, og man anbefaler flest mulig deltakere. Vanligvis deltar 8-20 deltakere.

L.4. Flipover-møtene

Ungdommen, nettverket og nettverksteamet har ukentlige møter den første tiden. Etter hvert møtes man hver 2.-4. uke. Møtehyppigheten avtales i møtene. Man har også en beredskap til å møtes raskt hvis noe dramatisk skjer.

Møtene starter alltid med en presentasjonsrunde. Spesialkonsulentene i nettverksteamet leder møtene etter en fast struktur og skriver alt ned på Flipover-ark. En av ungdommene har funnet på navnet på metoden inspirert av dette. Etter at ungdommen har presentert temaet for møtet (eks. at han vil slutte med hasj), går man en runde hvor alle sier hvilke følelser de har i forhold til dette. Deretter har man en tilsvarende runde i forhold til løsninger. Løsningene utkrystalliseres i konkrete strategier hvor privatpersonene står for det viktigste og det offentlige støtter opp.

Ungdommene bestemmer selv hvilket tema de vil velge for å skape endringer. De veiledes til å begynne med noe enkelt som de har gode sjanser til å lykkes med. De bestemmer også selv hva som skal gjøres. Konsulentene hjelper dem til å skrive alt ned på en konkret måte, slik at det kan måles om de lykkes. De er opptatt av å gripe ungdommen i å lykkes med noe, og å skape betingelser for mestring og anerkjennelse.

Det er et frivillig tilbud. Noen ganger kan det være problematisk hvis de ikke tar imot tilbudet. Som oftest varer oppfølgingen ½ til 1 år, men noen ungdommer har blitt fulgt opp gjennom 3 år. De har til enhver tid 20 ungdommer som får slik oppfølging. Så langt har rundt 80 ungdommer deltatt i slike prosesser.

L.5. Intensjoner i flip-over-metoden

- *Rask intervensjon.*

De har et mål om å komme kontakt med ungdommene som henvises i løpet av et par dager. De ønsker å samle nettverket raskt og iverksette handlinger som ungdommen er enig i. Møterommet skal omgjøres til et handlingsrom som setter i gang endring og som blåser liv i nettverkets handlingskompetanse fra første møtetidspunkt.

- *Ungdommenes egen beskrivelse - reformulering*

Man søker å få ungdommens tilsvarende på det som er voksenverdenens bekymring omkring deres situasjon. Ungdommenes reformulering er det tema som er grunnlaget for å kalle sammen et lag av personer som ungdommen sjøl ønsker skal delta.

Eksempel: "Hun gir blaffen i de voksnes grenser" ble reformulert av ungdommen til "Hjemme krangler vi så mye" eller "Jeg blir forbanna når jeg beskyldes for ting jeg ikke har gjort".

- *Myndiggjøring*

Ungdommene jobber fram sine egne tiltak innenfor de temaene som behandles. De velger også hvem de skal samarbeide med, hvor lenge de skal trene på tiltakene og hvordan andre deltakere skal agere i denne tiden. Man er opptatt av at det ikke er et forum hvor ungdommene snakkes til rette av de voksne, men at likeverdighet står høyt og lagånden skal råde.

- *Ressurssamling*

Ungdommen inviterer sitt eget lag til å delta i "trening og kamp". Laget består av personer fra det private nettverket og fra det offentlige. Ungdommene kaller selv inn til møtene, og dette har gjort at det er svært få som melder forfall. Det er også de som bestemmer hvor møtene skal holdes.

- *Kartlegging*

De screener ungdommenes nettverk ved å bruke en kartleggingsmåte de kaller for *heisen*. Man ser for seg at ungdommen tar heisen opp i toppetasjen (det gode liv) og ned i kjelleren.

Ungdommen beskriver hva alle de ulike etasjene representerer for dem, hvilke personer de forestiller seg at trykker på knappene og hvilke personer de møter i de ulike etasjene. Ungdommene oppfordres deretter til å velge hvem de anser kan bidra til endring. Disse personene blir invitert til flipover-møtet og utgjør laget som skal skape handlinger i deres nettverk.

- *Kompetansemangfold*

De har etablert et kjerneteam bestående av personer fra Ungdomsbasen (tilsvarer utekontakten), Omsorgstasjonen (Kirkens bymisjon), Trondheims barnevernsvakt, politiets forebyggende avsnitt, Catharinasenteret (Trondheims akuttinstitusjon for ungdom) og sosiallærere fra ungdomsskolene. Det er møtelederne som sammen med ungdommen finner frem til hvem av disse som skal møte. Kjerneteamet brukes også som reflekterende team som får fram anerkjennelse, kan etterspørre, utfylle og oppklare spørsmål som kommer fram underveis.

L.6. Erfaringer

Både ungdom og foreldrene gir positive tilbakemeldinger. De synes de blir tatt på alvor, at det er godt at noe skjer så raskt og at det oppleves godt å ha et lag rundt seg som bidrar til å skape endring og positiv utvikling.

Også sosialarbeiderne opplever denne tilnærmingen som nyttig og god. Man kommer raskere i gang, får en mer offensiv posisjon i forhold til familie og nettverk enn man tradisjonelt har, og bidrar til å skape positive sirkler i familien hvor de lykkes med noe. Ved å få med besteforeldre, tanter osv styrkes samholdet i familien og man får flere mangfoldige innspill, ressurser og ideer å spille på enn man tradisjonelt har. Noen ganger må man ta opp igjen nettverkets sammensetning, fordi det virket nedbrytende. Det skjer også noe naturlig utskiftning, for eksempel når ungdommen får nye lærere.

Det er en billig behandlingsform og man har redusert antall tvangsplasseringer ved institusjoner.

L.6. Videreformidling av metoden

Nettverksteamet driver opplæring og veiledning i Flipover-metoden til andre tiltaksenheter innen barnevernet i flere bydeler i Trondheim. Metoden har også spredd seg til Tromsø, Levanger, Stjørdal og Nordstrand bydel i Oslo. De har også tilbudt seg å spre modellen til sosialenheten i Trondheim kommune, men foreløpig er det vist liten interesse derfra.

Metoden er godt beskrevet i en bok som utgis ved årsskiftet. Tittelen på boken er *Nye metoder i det moderne barnevernet*. Boken skal utgis på Pedagogisk forlag. Redaktører for boken er Edgar Martinsen, Liv Skjelderup og Cecilie Omre.

Modellen er under evaluering av forsker Rune Flessen ved Midt-norsk kompetansesenter for rusfaget.

L.7. Andre bruksområder for metoden

Nettverksteamet har også gode erfaringer med metoden overfor grupper av ungdom med samme problematikk, med skoleklasser hvor læringsmiljøet er dårlig, i alle faser i barnevernsaker og ved inn- og utflytting av institusjon.

M. Rus- og psykiatritjenesten i Tromsø kommune

Enhetsleder / vernepleier Torbjørn Lahti Tlf 77 75 74 32 / 97 56 00 37
torbjorn.lahti@tromso.kommune.no

Rustjenesten og psykiatritjenesten i Tromsø kommune er slått sammen. Sammenslåingen skjedde formelt fra 1.9.04, men har fungert slik i praksis siden februar 03. Erfaringene er gjennomgående positive med muligheter for helhetlige tiltak for den enkelte bruker. Man ser en større effektivitet og besparelse i bruk av de totale ressursene. Kontinuiteten og tilgjengeligheten er også bedre.

Flere av tiltakene har man fått til ved å samordne ressursene, personell og økonomi. Samordningen og effektiviseringen av tjenestene gjorde at de hadde en innsparing på 1.8 mill. på årets budsjett sammenlignet med 2003, uten at dette har gått ut over tjenestetilbudet. Enhetsleder mener at de har skapt et bedre tilbud til brukerne på denne måten. I politiets årsrapport for 2003, fremkommer det at disse tiltakene har gitt en betydelig nedgang i kriminalitet og ordensforstyrrelser i rusmiljøet.

Tromsø er sannsynligvis den første storkommunen som har gjennomført en slik sammenslåing. Enhetsleder har gode erfaringer med en tilsvarende sammenslåing i en mindre kommune.

Tjenesten har følgende ambulante tilbud:

M.1. Prosjekt Bostedsløse

Prosjekt Bostedsløse har blitt beskrevet tidligere i rapporten under Drammen kommune, og nevnes bare kort her for å gi et helhetlig bilde av det ambulante tilbudet i Tromsø.

Det var ca 150 bostedsløse rusmisbrukere i Tromsø ved prosjektets start for 2 år siden, og man regner med at alle disse vil ha fått et tilbud i løpet av 2005. Forskjellige botiltak er blitt bygd ut. Ett av tiltakene er et samarbeidsprosjekt med Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) v/Åsgård psykiatriske sykehus; hvor de samarbeider både økonomisk og faglig. I løpet av 2005 håper de også å ha avviklet alle hospitsene i Tromsø. I 2003 ble det brukt 6 millioner på hospits i Tromsø. Deler av disse midlene omprioriteres nå i forhold til Prosjekt Bostedsløse.

Tradisjonelt har man i Tromsø passet mer på husene enn brukerne. Man jobber nå mer direkte med oppfølging av brukerne. Alle brukerne skal ha en egen primærkontakt og man arbeider med relasjoner. Pr. i dag disponerer tjenesten ca. 20 årsverk, som omfatter fagstillinger for sosionomer, vernepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og assistenter.

Etter at prosjektet avsluttes i desember 04, vil virksomheten implementeres i den totale driften i tjenesten.

M.2. Oppsøkende og koordinerende virksomhet i forhold til metadontiltak

Etaten har 9 årsverk som driver oppfølging av 30 klienter som får metadon. De ansatte er barnevernspedagoger, vernepleier, sosionomer, sykepleier, hjelpepleier og assistent.

Man har en venteliste på ca. 50 personer. De ansatte driver delvis med oppsøkende og koordinerende virksomhet overfor brukerne, både hjemme og ute i byen. Oppfølgingen er døgnkontinuerlig i etablerte boligtiltak, for de som har behov for det.

Man arbeider ut fra case management-metodikk og er opptatt av å forplikte andre tjenester. De utvikler sin egen, lokale, funksjonelle modell. Modellen innehar elementer fra både den koordinerende og kliniske modellen, og vektlegger oppfølgingsansvar, samordning og samarbeid på tvers av avdelinger, etater og forvaltningsnivåer til brukernes beste. Det er like viktig med kontinuerlig oppfølging i gode som i dårlige perioder. Varigheten på oppfølgingen er individuell, men kan foregå over år.

Modellen er ressurs- og tidsbesparende i den forstand at brukeren slipper å lete seg fram i forvaltningen og fortelle sin historie flere ganger. Dette har man erfart tidligere at de fleste brukere heller ikke var i stand til, de ga opp og nådde ikke fram med sin sak. Modellen er også ressursbesparende ved at man unngår møtevirksomhet som involverer mange instanser.

Etaten har etablert et eget botilbud for denne gruppen med hybler i en bygård. Dette tiltaket har hevet klientenes livskvalitet betraktelig. Politiet har gitt tilbakemelding om at det har medført en drastisk nedgang i kriminaliteten og endring av bybildet; de tyngste brukerne er ikke er så synlig lenger, det er reduksjon i tigging, ordensforstyrrelser og tyveri fra forretninger m.m.

M.3. Oppsøkende Team etter New Hampshire-modellen

Bakgrunnen for dette tiltaket var at fagmiljøene på både Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og Tromsø kommune så et økende antall personer med alvorlig dobbeldiagnose problematikk. Disse falt mellom to stoler i forhold til hjelpeapparatet av ulike årsaker. Man så også at disse problemene rammer stadig yngre personer. For å gjøre noe med dette har UNN og Tromsø kommune inngått et samarbeidsprosjekt og opprettet et Oppsøkende Team fra 1.9.04. Teamet består av sykepleier, omsorgsarbeider, sosionom og barnevernspedagog. En av stillingene finansieres av UNN, som også bidrar med veiledning. Man ønsker å utvide teamet med to stillinger til. Prosjektet ledes av en styringsgruppe bestående av ansvarlige og vedtaksmyndige, 2 representanter fra UNN og 2 representanter fra Tromsø kommune. Prosjektet er definert over en to-årsperiode. Man vil jobbe prosjektorientert for å tilpasse modellen til lokale forhold, for deretter å implementeres i den ordinære driften.

Prosjektet har sin teoretiske og metodiske forankring i New Hampshire-modellen. Kort fortalt legger modellen vekt på opprettelse av team som har kompetanse på begge fagområder – rus og psykiatri. Metoden handler om relasjonsbygging over tid gjennom aktivt oppsøkende virksomhet. En slik arbeidsmetode har vist seg å være den mest virksomme oppfølgings- og behandlingsmetoden overfor personer med rus/psykiatri-problematikk. Det er viktig å skape et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset oppfølging. Forskning og erfaring tilsier at virksomme faktorer i oppfølging og behandling må skje utenfor institusjon over år, utført av få, stabile personer.

Teamet vil arbeide med å etablere kontakt og bygge opp varige / langsiktige relasjoner for oppfølging. Hensikten med dette er å kunne stabilisere og forbedre den enkelte situasjon og livskvalitet. Målene med arbeidet er å hjelpe den enkelte til å dekke grunnleggende basale behov som bolig, helsetjenester etc., samt å forebygge reinnleggelser i behandlingsinstitusjoner. Dette er også noen av grunnprinsippene i New Hampshire modellen.

M.4. Utekontakten

Utekontakten driver oppsøkende virksomhet mot ungdom mellom 13 – 25 år. Dette er også et samarbeidsprosjekt mellom UNN og kommunen, som har pågått gjennom flere år. Man har et team på 7 personer, hvorav 2 betales av UNN og 5 betales av kommunen. Teamet består av psykolog, sosionomer, barnevernspedagoger og medarbeidere med cand.mag. hovedfag i pedagogikk – alle har lang erfaring.

Utekontakten er lokalisert i eget hus i sentrum av Tromsø. Her kan ungdom komme uten timebestilling hvis de trenger en voksen å snakke med, enten det gjelder rådgivning og veiledning eller praktisk hjelp. Problemområder er alt fra rus, konflikter i hjemmet, skole, jobb, psykiske problemer eller helse. Det samarbeides med andre instanser når det er nødvendig.

Den oppsøkende virksomheten er teamets viktigste arbeidsmetode og foregår fortrinnsvis i Tromsø sentrum på gater, kafeer, ulike arrangementer og ellers der som ungdommen oppholder seg. Det arbeides også oppsøkende i øvrige bydeler, i ungdomsklubber, kjøpesentre m.m.

Arbeidet foregår både på dag-, ettermiddag- og kveldstid. Observasjon og kartlegging av ungdomsmiljøene er også en del av den oppsøkende virksomheten.

M.5. Viktige erfaringer

Enhetslederen har alle fullmakter både økonomisk og praktisk (også på personalsiden), og dette fungerer veldig bra. I mange andre byer blir lederne mer koordinatører.

Man har sett viktigheten av å kunne gjøre helhetlige vedtak og at denne organisasjonsmodellen legger til rette for det. Når det gjelder Metadon og Subutex-gruppen, savner imidlertid enhetsleder å kunne forvalte også etter kap 5 (økonomisk sosialhjelp, livsopphold, husleie, klær, inventar). Dette har den ordinære sosialomsorgen nå ansvaret for. Det er uheldig, fordi klientene møter to ulike systemer med forskjellige holdninger, regler, ventetider osv. Man bør utvikle smidige systemer med kort behandlingstid og da bør all hjelp være organisert på lavest mulig nivå.

N. Ungdomskontakten i Løten kommune

Ved senterleder Mona Nygaard, tlf. 62 50 82 40 Mona.Nygaard@Loten.kommune.no

Løten er en liten kommune med vel 7000 innbyggere. De har 20-25 registrerte narkotikamisbrukere, i tillegg til de som har problemer med øl og hjemmebrent.

Tilbudet er for tiden organisert under kultur, informasjon og service, men det skjer stadige omorganiseringen i kommunene, og de skal snart inn under barn-, ungdom- og familietjenesten.

Løten er så liten at alle kjenner alle. Tjenesten er godt forankret i kommunen, både det offentlige og private. Det betyr at de svært tidlig får henvendelser hvis ungdom er i ferd med å skli ut. Henvendelsene kommer først og fremst fra ungdommen selv, men også fra skolen, foreldrene eller barnevernet.

N.1. Oppsøkende arbeid

Senterleder angir at hun bruker ca 40% av stillingen sin til oppsøkende arbeid. Hun har alltid med seg hunden sin, en gammel og glad retriever som skaper kontakt og trygghet. Hun oppsøker ikke det etablerte misbrukermiljøet, men prioriterer det forebyggende arbeidet. Hun går også på noen hjemmebesøk. Hun savner av og til en diskusjonspartner. Hun går aldri inn i gjenger hvis hun ikke kjenner minst en person og har aldri vært utsatt for vold.

I det oppsøkende arbeidet arbeider hun med å skape tillit og inviterer ungdommen til å komme på senteret til et slag biljard og en samtale utenfor åpningstiden. Videre arbeider hun med å kartlegge behov og hjelpetiltak, og søker dem inn ved hvis det er nødvendig. Hun driver ofte med langvarig motivasjonsarbeid. Det er imidlertid ofte vanskelig å komme igjennom, fordi det er køer i det overfylte hjelpeapparatet. Nettverksbygging er også sentralt i arbeidet, og her trekker hun inn ulike lag og foreninger. Skyttergruppa i Jakt og fiskerforeningen er for eksempel flinke til å stille opp. Familiene involveres også, men det går ofte lang tid før hun får lov til å trekke dem inn.

Senterleder opplever det litt problematisk at tjenesten er så personavhengig, siden hun jobber så alene. Hun synes også det kan være vanskelig å sette grenser og det medfører at hun jobber mye. Samtidig ser hun nytten av arbeidet sitt og trives godt med det.

N.2. Sentral miljøsenster

Ungdomskontakten disponerer et eget stort, gammelt hus midt i Løten sentrum med en stor tomt rundt. Senteret har åpent klokka 13-17 og 18-22 (evnt 23) 4 dager i uka.

Det er åpent for alle mellom 13-17. Det er vanlig at foreldre, besteforeldre, tanter og onkler stikker innom – i tillegg til mange ungdommer. Det er et stort lekeområde og eldreboliger utenfor. Huset har sjel og oppleves trygt og hjemlig med mange hyggelige tradisjoner.

Senteret er det eneste faste holdepunktet en del av ungdommene har. Det er ikke bare ungdom med problemer som kommer, alle kommer til miljøsensteret. Dette gir dem en felles arena og man unngår stigmatisering. De kommer for å få råd i forhold til mekking, skolearbeid eller yrkesvalg. Senteret inviterer ressurspersoner inn som kan bidra positivt for ungdommen. Mange av disse er arbeidsløse 30-50 åringer som synes det er positivt at de kan være til nytte. Det gamle huset krever mye vedlikehold og dette deltar alle i. De tar seg også av renhold og vedhogst. Det oppleves positivt å gjøre noe sammen. Dette gjør at alle utvikler et eierforhold til huset og de har ingen problemer med hærverk.

Senterleder er barne- og ungdomsarbeider og ansatt i 100% stilling. I tillegg har hun 3 medarbeidere som til sammen fyller en stilling til. Alle har vært der i mange år. Ingen av medarbeiderne har noen formell utdanning. Den ene har en husmorrolle og handler og lager mat sammen med ungdommene mellom klokka 13 og 17. Hun sørger også for mange gode samtaler med ungdommene om kosthold. De to andre jobber om kvelden. En driver et rockeverksted, og får god kontakt med ungdommen gjennom det, mens den andre er leder for *Åpen hall prosjektet*: Fra midten av oktober til påske har de åpen idrettshall hver fredag kveld for ungdom over 12 år. Dette er for å gi dem en mulighet for mosjon i stedet for å sitte i bilen. De har 200 besøkende på dette tiltaket i året. I tillegg til åpningstidene foregår det møter og kontorarbeid etter behov.

N.3. Samarbeid

Senterleder opplever at stadig flere ungdommer får psykiske lidelser. Det er vanskelig å få kontakt med disse ensomme, psykisk syke ungdommene. Hun har ukentlige samarbeidsmøter med psykiatrisk sykepleier. De driver også ettervern for ungdom som har vært innlagt til behandling.

Videre samarbeider hun godt med sognepresten, som er en romslig person som kan snakke med alle enten de er kristne eller ei. Hun brukes spesielt i forbindelse med ulike typer sorg eller fare for selvmord.

De største rusproblemene i Løten er forårsaket av øl og hjemmebrent. I forbindelse med kommunens ruspolitiske handlingsprogram har miljøsenderet nylig inngått et partnerskap med Løten Lions, Røde Kors, helsesøster og idrettsrådet. Kommunen og Lions betaler 40 000.- hver for å mobilisere foreldre, lærere og andre i det forebyggende arbeidet. Miljøsenderet har nettopp utviklet en brosjyre sammen med ungdommen. Den beskriver tegn på misbruk og skal deles ut til foreldrene.

De har også mange somaliske ungdommer i Løten, hvor det også er mye misbruk og konflikter i forhold til lokalmiljøet. Det oppleves vanskelig å arbeide med denne gruppen, og her samarbeider de med lensmannen og flyktningtjenesten.

Når det gjelder ungdom som skulker skolen, samarbeider de med ungdomsskolen. Ellers samarbeider de tett med barnevernet, helsesøster, arbeidstreningsgruppa på sosialkontoret, kriminalomsorg i frihet og tilpasset yrkesopplæring på A-etat. De har også et godt forhold til næringslivet / handelstanden, som hjelper dem med utplasseringer. Senterleder pleier dette forholdet bevisst.

Ungdomskontorene i Mjøs-regionen har et godt nettverk. Dette består av Stange, Ringsaker, Raufoss, Gjøvik, Lillehammer, Hamar, Toten og Løten. De møtes 2 ganger i året, tar opp vanskelige temaer og støtter hverandre. Dette er en 10 år gammel undergruppe i Landsforeningen for utekontakter.

Senterleder fremhever følgende viktige faktorer for å lykkes i arbeidet; tilgjengelighet, et sentralt og hyggelig sted å være, stabilitet i personalet og et godt nettverk av offentlige og frivillige.

O. Modum kommune

Prosjektleder Siv Gunhild Grøneng, tlf 91 89 48 74 siv.groneng@modum.kommune.no

O.1. Bakgrunn

Modum kommune ligger mellom Hønefoss og Drammen og har ca 12 500 innbyggere. I likhet med mange andre kommuner, så man for 3 år siden at antallet ungdommer med rus/psykiske problemer økte. Sosialtjenesten registrerte i 2002 ca. 40 personer i alderen 18 – 25 år med slike problemer. I tillegg kom brukere fra barnevernstjenesten og psykiatritjenesten. Med 80-100 klienter pr saksbehandler er det umulig å gi den enkelte bruker den tette oppfølgingen som er nødvendig for å få en endret adferd.

På denne bakgrunn besluttet man å starte opp et 2-årig prosjekt hvor man ansatte en prosjektleder med bakgrunn som barnevernspedagog og familieterapeut, til å følge opp noen av disse ungdommene. Prosjektleder har hatt frie hender og arbeidet på tvers av sosialtjenesten, barneverntjenesten og pleie- og omsorgstjenesten. Prosjektet startet i oktober 2002 og varte i 2 år. Det er nå besluttet å videreføre tilbudet som en fast tjeneste under sosialkontoret.

O.2. Målgruppa

Primærmålgruppen er mellom 16 og 25 år og har problemer i forhold til rus/psykiske lidelser. Man har prioritert denne aldergruppen, fordi det er viktig å sette inn tiltak tidlig før rusmisbruket blir for omfattende og langvarig. Ungdommene ber selv om hjelp. De er i hovedsak rekruttert via sosialavdelingen, barnevernet og psykiatritjenesten. Også foreldre, venner eller andre kan henvende seg for å be om hjelp.

O.3. Ambulant oppfølging

For å kunne følge klientene tett var det planlagt at prosjektleder skulle begrense seg til å arbeide med 10 brukere. Det viste seg å bli vanskelig å gjøre denne begrensningen, siden behovet for hjelp var mye større. I gjennomsnitt har 15 brukere vært inne i prosjektet til en hver tid.

Prosjektleder har hatt kontor på sosialkontoret, men har tilbrakt mesteparten av arbeidstiden ute sammen med ungdommen, foreldre eller samarbeidspartnere. Hun oppsøker dem hjemme eller ute på gata og arbeider med å skape kontakt på forskjellige måter. De handler sammen, lager mat, går på turer eller kino/leier video, hun hjelper dem med praktiske ting i leiligheten og er en voksen de kan spørre om vanskelige ting. Hun kjører dem også til lege, PUT, Modum Bad, er med på boligjakt osv. Hun har erfart at bilen gir en god ramme for å skape åpenhet, fordi hun ser på veien og ikke inn i øynene på ungdommene når de kjører.

Mange av ungdommene er lite motivert til å endre livsstil. Det har vært andre som har definert deres problem. En del av jobben har vært å snu brukeren til å se på livet sitt og om de har et problem.

Hun kommer på en del uanmeldte besøk, men gjør også avtaler om besøk via SMS. Det å bruke SMS er å bruke ungdommens språk. Opprinnelig var det planer om at det skulle lages skriftlige kontrakter (tiltaksplan) med brukerne, men dette viste seg også å være vanskelig å gjennomføre. Å ha muligheten for mobiltelefon i tjenesten har vært uvurderlig. Det er liten drop out i avtaler pga tilgjengeligheten.

Ungdom og foreldrene får oppgitt nummeret og prosjektleder er tilgjengelig store deler av dagen. Hun vektlegger at det viktigste i et slikt arbeid er å være ærlig, åpen, tilstede og *tilgjengelig*.

I arbeidet sitt er hun opptatt av å fokusere mest på de positive opplevelsene til den enkelte og hva som skal skje fremover, ikke hva som skjedde i går. Formaninger og vilkår tror hun ikke på. Hun lar intuisjonen styre mye av arbeidet sitt og er opptatt av å være personlig, men ikke privat.

Mange av klientene bor hos foreldrene. I slike tilfelle ber hun om at taushetsplikten oppheves i forhold til foreldrene, og dette har alle ungdommene vært enige i. Foreldrene trekkes da inn både i samtalene og i forhold til avtaler med a-etat, legebesøk osv. Intensjonen med dette er at man trekker lasset sammen.

Det jobbes også med å skaffe boliger til de aller dårligste. Prosjektleder har hatt kontakt med *Prosjekt Bostedsløse* for å undersøke om de kan hjelpe Modum med denne utfordringen.

O.4. Samarbeid

Hun samarbeider blant annet med psykiatritjenesten, lensmannen, sosial og barnevernstjenesten, arbeidskontoret, skolen, legene, trygdekontoret, Landsforbundet mot stoffmisbruk og foreldregruppa i Vikersund.

O.5. Resultater

Siden oppstart har man hatt kontakt med ca 50 klienter, hvorav 31 personer er utskrevet. Tretten har klart å bli rusfrie og er i tiltak ved avslutning. Man har tatt inn noen få over 25 år; noen trengte akutt hjelp til å bli henvist videre, mens andre ikke hadde noen til å hjelpe seg. Et par av sakene dreide seg om konflikter mellom ungdom og foreldre og var av kort varighet fordi de bare trengte hjelp til å kommunisere. Fire klienter flyttet til en annen kommune. Noen klarte man ikke å hjelpe. De trakk seg ut av samarbeidet relativt fort og ønsket ikke kontakt.

Parallelt med dette prosjektet har kommunen også jobbet forebyggende mot narkotika på barne- og ungdomsskoler. Dette har også hatt god effekt, slik at rusproblemene i Modum nå er betydelig redusert.

O.6. Erfaringer

Det er gjennomført en skriftlig evaluering av tilbudet blant foreldrene. De ga uttrykk for at det var godt å ha noen som kjenner systemet og kan veilede dem i en vanskelig situasjon. De verdsatte evnen til å lytte og tilgjengelighet. Også samarbeidspartnere har vurdert tilbudet positivt, og alle ønsker at tilbudet fortsetter.

Prosjektleder peker på at det er svært nyttig å ha fleksibel arbeidstid og mobiltelefon i tjenesten. Hun synes det fungerer greit å drive oppsøkende virksomhet alene, men understreker at det har vært helt nødvendig å få veiledning for å ikke bli utbrent.

P. Prosjekt Rus og Psykisk lidelse (ROP), Tøyen DPS i Oslo

Prosjektleder Tove Buseth, tlf: 24 07 46 00 tovehelga.buseth@lds.no

Prosjekt Rus og Psykisk lidelse (ROP) er et oppsøkende behandlingsteam med base på Tøyen i Oslo. De er en del av Tøyen Distriktpsikiatriske Senter, Lovisenberg Diakonale Sykehus. Prosjektet startet opp ved Tøyen DPS 1. januar 2001 og varer ut desember 2005. Man regner med at teamet da blir et fast tilbud.

Teamet består av 9 medarbeidere; sykepleiere, psykologer, sosionomer, en psykiater i 20 % og en administrasjonskonsulent. Alle har erfaring både fra psykisk helsevern og rusomsorg.

P.1. Målgruppen

Prosjektet retter seg mot personer fra 18 år med tilhørighet i Oslo, som tydelig ikke er i stand til å nyttiggjøre seg allmenne helse- og sosialtjeneste, behandlingstilbud innen rusomsorgen eller psykisk helsevern. Pasientene har ofte vært innlagt i psykisk helsevern, har dårlig boevne og er ofte uten fast bosted.

Personen må ha et alvorlig rusavhengighetsproblem. Det må også være grunnlag for å anta at det foreligger en alvorlig psykisk lidelse. Aktuelle diagnosegrupper er psykoser, eks. schizofreni, bipolar lidelse og særlig alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Pasientene har vanligvis store problemer med å mestre sitt daglige liv og kan lide av en rekke tilleggsproblemer som nevrologiske skader, fysisk sykdom osv. Ett av kriteriene ved inntak er at de skal ha gjort flere forsøk på endring gjennom ordinære behandlingstiltak.

P.2. Faglig tilnærming

Personer med både alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet er gjennom tidene ofte blitt møtt på motstridende måter innenfor rusbehandling og psykisk helsevern. Det har manglet samarbeid og forståelse mellom institusjoner og hjelpere overfor disse menneskene; de har ofte opplevd å bli sendt fra sted til sted uten å bli ivaretatt. Prosjektet arbeider ut fra en erkjennelse om at ett og samme behandlingsmiljø må møte både de rusrelaterte og de psykisk relaterte problemstillingene. Den faglige tilnærmingen er inspirert av forståelsen, arbeidet og resultatene til Robert E Drake, Kim T Mueser og andre i New Hampshire fra starten av 1990-årene og utover.

Behandlingsfilosofien har de kort uttrykt slik:

- tenke muligheter heller enn hindringer
- styrke håpet og motvirke håpløshet
- vise hverandre respekt og unngå vold eller trusler om vold
- arbeide for en tilværelse der det er mulig å mestre livets vanskeligheter uten å måtte frykte å bli stående alene

P.3. Intensivt oppsøkende arbeid

Som ansatte i 2.linjen er det et viktig mål for arbeidet å drive kartlegging, utredning og diagnostisering. Det er en vanskelig og fortløpende prosess i forhold til folk som ruser seg. Rusmisbruk kan både forsterke og tilsløre psykiske lidelser. De fokuserer på temaer som psykisk lidelse, rusavhengighet og hjelp til selvhjelp. De arbeider også med å medisinerer pasientene og motivere dem for slik behandling.

Det er også et viktig mål å få pasientene knyttet opp mot det ordinære hjelpeapparatet . Man arbeider med individuelle planer og oppretter ansvarsgrupper for å utløse støtte og ressurser.

Det samarbeides nært med ulike offentlige og private instanser innen rus og psykisk helsevern, i tillegg til arbeid med pårørende. Fokus ligger på nære behov, som bolig, arbeid/trygd og sosiale relasjoner. I forhold til bolig arbeider prosjektet med å dokumentere og få frem gode boligløsninger. Disse pasientene trenger en bolig med oppfølging, hvor det er rom for at de strever med to alvorlige, kroniske lidelser. Det kan være vanskelig å få til dette i noen av bydelene som mangler en egnet boligløsning.

De arbeider intensivt og oppsøkende med flere kontakter pr. uke når det er nødvendig. De påtar seg å følge pasientene i 2 år, og hver enkelt medarbeider følger opp 6-8 pasienter. En del av pasientene blir innlagt i perioder, men følges likevel opp videre.

Teamet arbeider med hver enkelt pasient i følgende faser:

- Kontaktoppbyggingsfasen
- Dialog med fokus på rus og psykisk lidelse
- Siste fase arbeider med forebygging av tilbakefall og fokus på avslutning

Pasientene oppsøkes der de befinner seg, både i kontaktoppbyggingsfasen og senere. Det legges videre vekt på at pasientene kjenner alle teammedlemmene, slik at teamet kan dekke opp for hverandre. Dette er en grunn til at de noen ganger går to og to sammen ute. De går også noen ganger sammen hvis de skal inn i utrygge og/eller fremmede situasjoner.

Sentralt er helhetstenkning omkring pasienten. Teamet er opptatt av å trekke på hverandres kunnskap og har daglige møter hvor de gjennomgår pasientene og gir hverandre innspill. De har faste fagmøter og arbeider med fagutvikling sammen. De mottar også ekstern veiledning.

Grundig evaluering av pasientens utvikling og behandlingsplan foretas minst hvert halvår. Prosjektgruppen driver systematisk kartlegging og forskningsoppfølging, med utprøving av diagnostiske kartleggingsinstrumenter.

Etter at oppfølgingsperioden på 2 år er over, følger de følger opp pasienten noe for å sikre at ansvarsgruppene fungerer. De inviterer også til seniormiddager en gang hvert halvår for å holde kontakten.

P.4. Arbeid for å spre kompetanse og videreutvikle samarbeid

Prosjektet arbeider også innad i psykisk helsevern, institusjoner og tiltak innen rusomsorgen for å høyne toleranse og forståelse for denne pasientgruppen og øke kompetanse innen feltet, og for å utvikle vilje og mulighet til å overta og arbeide videre med disse klientene. Man arbeider også med å videreføre og utvikle samarbeidet med den allmenne helse- og sosialtjenesten.

P.5. Midtveiseevaluering av prosjektet

Prosjektet har blitt midtveisevaluert av en ekstern forsker tilknyttet Fafo. Høsten 2003 forelå rapporten *Fra portvakt til døråpner - En midtveiseevaluering av Tøyen-prosjektet* (ROP-Tøyen) Fafo-notat 2003:22, ved Siv Øverås. Rapporten kan lastes ned fra www.lds.no

Rapporten oppsummeres slik (s.56-57):

” Et stort flertall av pasienten har ved innskrivning i prosjektet et funksjonsnivå (målt ved hjelp av GAF) som indikerer alvorlig svikt på minst ett område. Det er liten forskjell mellom kvinner og menn når det gjelder funksjonsnivå, men en tendens til tyngre symptomtrykk blant de yngste pasientene. Ved utskrivning har et flertall av pasientene bedret funksjonsnivå på begge funksjonsskalaer, og et flertall har hevet sitt funksjonsnivå over grensen for alvorlig svikt. Som vist i kapittel 3 ble det ved oppstarten av prosjektet utformet prosedyreplaner som skulle sikre prosjektet de nødvendige pasientdata for å kunne beskrive og vurdere kjennetegn ved pasientene, og som vist har det av ulike grunner vært vanskelig for behandlingsteamet å gjennomføre datainnsamlingen i henhold til denne. Dette betyr at det ikke er innhentet systematiske opplysninger om pasientenes fysiske helsetilstand. Vi vet at mange av dem har til dels svært dårlig allmenntilstand . (...)

Et stort flertall av pasientene har verken arbeid eller meningsfull daglig beskjeftigelse ved utskrivning. De fleste av pasientene har fått endret sin bosituasjon i løpet av behandlingstiden. Alle pasienter (unntatt en) er ved utskrivning overført til annen behandlingsinstans, - for åtte av dem er dette fastlege. Om det på sikt representerer en forankring for pasientene gjenstår å se.

De aller fleste pasientene som Fafo har intervjuet, uttrykker stor grad av tilfredshet med hva prosjektet har gjort for dem, og den kontakten de har med teammedarbeiderne. Samtlige gir uttrykk for stor usikkerhet med hensyn til hvordan det skal gå med dem når prosjektperioden er over.”

Prosjektet vil også bli sluttevaluert fra Fafo. Der vil man også se på hva som har skjedd med pasientene etterpå.

P.6. Beskrivelse av behandlingserfaringer

I sammenheng med evalueringsprosessen bestemte teamet seg for at hver enkelt av de kliniske medarbeiderne skulle gi en skriftlig fremstilling av sitt arbeid med en enkelt pasient. Alle beretningene ble skrevet ned våren 2003. Rapporten *Gjestfrihet på prøve? – Behandlingserfaringer fra oppsøkende psykisk helsevern ved ROP-Tøyen* kan lastes ned fra www.lds.no

De åtte behandlingsrelasjonene som beskrives har vart fra 1,5 til 2 år, og de fleste er avsluttet. Fortellingene er anonymisert. Behandlerne har ønsket å gi en beskrivelse av hvordan kontakt mellom pasienten og ROP oppstår, og hvordan de opplever forløp og hendelser. Gjennom rapporten håper de at leseren kan danne seg et bilde av deres arbeidsmåte.

Hver av beskrivelsene avsluttes med terapeutens refleksjoner. Fortellingen om 2 års arbeid med Hans avsluttes med følgende oppsummering (s.11-12):

”På mange måter har dette vært en ny måte å skulle arbeide på, men det har likevel vært mange elementer fra tidligere jobber som feltarbeider og andre jobber i russektoren. Det nye har vært en total aksept fra oppdragsgiver på at ”alt er tillatt bare det virker”, ikke en holdning om at ”slik kan da ikke en psykolog jobbe”, etc.

Hjemmebesøk var en helt vesentlig forutsetning for i det hele tatt å komme i kontakt med pasienten, det har handlet mye om å samarbeide på pasientens premisser. Like klart har det vært at det å presse seg på som ”behandler/terapeut” ville vært et blindspor i forhold til denne pasienten. Det har vært viktig å la ting utvikle seg i eget tempo, og prøve å holde seg det lille, halve skrittet bak. Kanskje kunne ”så” noen ideer, gripe fatt i utsagn og prøve å reformulere/konkretisere dem, men hele tiden beholde respekten for pasientens integritet.

Ikke presse på løsninger/endringer, men forsiktig å kunne få til ting i tråd med at pasienten selv gir uttrykk for ønske om forandring.

Kino og fysisk trening har vært viktige virkemidler i forandringsarbeidet i forhold til Hans, i tillegg til mange og svært ustrukturerte samtaler om alt mellom himmel og jord. Dette betyr imidlertid ikke at det ikke har vært et planlagt og systematisk arbeid i forhold til Hans, det handler heller om at metodene og arenaene er nokså forskjellig fra det som ofte forbindes med en mer tradisjonell psykologrolle.

Heller ikke kan man se at det er noen spesiell psykologisk teori som har dannet grunnlaget for arbeidet med denne pasienten, det handler mer om å ta utgangspunkt i en løsningsfokusert tilnærming. ”

Terapeuten som beskriver sitt forhold til Ronaldo, en pasient med etnisk minoritetsbakgrunn, avslutter med følgende betraktninger (s.48-49):

” Som prosjekt og som behandler stilles vi i posisjoner som ”følgesvenner” i det å løse praktiske spørsmål på måter som er ”skreddersydd” for pasienten. Personer med denne problematikken, og kanskje særlig personer som kommer fra nye kulturer i Norge, trenger etter vår vurdering spesielt sterkt til slik individuell oppfølging. Det som erfares og læres i en sammenheng er vanskelig å overføre i en annen, der reglene kanskje er litt forskjellige og landskapet ser annerledes ut. Det som er lært på sykehus eller i institusjon, må for eksempel læres på nytt, men kanskje denne gang litt lettere, ute i verden. Noe av det som er lært i opprinnelsesfamilien eller i landet man reiste fra, må kanskje i en forstand glemmes eller legges bort. Og noe nytt må komme i stedet, der ”gamle” ferdigheter får muligheter til å integreres med nye.

Vi tror at dette krever stor fleksibilitet og åpenhet for å gå inn i mange slags roller fra behandlerens side, ved siden av kontinuerlig oppdatert kunnskap om alle praktiske muligheter rundt pasientene. I relasjon til Ronaldo veksler vi mellom å være talsmann, ”personlig assistent”, psykoterapeut, guide i byen, megler i konflikter osv.

Vi tror at dette gjøres mulig av at hver enkelt medarbeider har få pasienter (5-8), at vi har bedre tid enn de fleste andre systemer, og stor fleksibilitet med hensyn til hyppighet og lengde i kontakten.

En avgjørende forutsetning er også en åpen, omtenksum og ivaretakende holdning innen teamet. Hyppige evalueringer av prosesser i relasjon til pasienten må finne sted. Og for at teamet skal opprettholde noe tilnærmet den åpenheten og gjestfriheten jeg har beskrevet foran, ser det ut til å kreve prosessveiledning utenfra. For teamets vedkommende har dette funnet sted i et 2-timers møte hver annen uke med en kyndig veileder.”

Q. Rehabiliteringsteamet, Salten Psykiatriske Senter (DPS)

Daglig leder Rita Hove, Tlf 75 50 16 00/ 99555020 Rita.Hove@Nordlandssykehuset.no

Rehabiliteringsteamet er et ambulant team organisert som en del av voksenpsykiatrisk poliklinikk ved Salten Psykiatriske Senter (DPS), som igjen er en del av helseforetaket Nordlandssykehuset.

Rehabiliteringsteamet er geografisk plassert i Bodø. Opptaksområdet er hele Saltenregionen, 11 kommuner med 74 000 innbyggere i alt. Bodø er den største kommunen med ca 42 000, Røst er den minste kommunen med ca 650.

Q.1. Målgruppe

Rehabiliteringsteamets målgruppe er mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Det vil i hovedsak si mennesker med psykoselidelser, men også mennesker med alvorlige personlighetsforstyrrelser. Tilleggsproblematikk er ofte rusmisbruk, men også annen form av selvdestruktiv atferd. Dette er mennesker som ikke nyttiggjør seg eller som faller ut av andre eksisterende tilbud. De vektlegger å gi et tilbud til yngre mennesker, snittalder i 2003 var 37 år. De hadde i 2003 kontakt med ca 80 personer.

Q.2. Målsetting

Målsettingen med rehabiliteringsteamets arbeid er at klientene skal mestre det å leve med en langvarig lidelse og oppleve best mulig livskvalitet. De legger til rette for bedring, så vel av den psykiske lidelsen som av opplevd livsmestring. I dette ligger det at hjelpen skal være tilpasset den enkeltes behov og utformet mest mulig i samsvar med klientens ønsker. Brukermedvirkning og koordinerte tjenester er sentralt.

Q.3. Teamets oppbygging

Teamet består av 8 stillinger i alt; daglig leder, en stilling som miljøarbeider, samt 6 stillinger som fagkonsulenter. Stillingene er i dag besatt av 2 sosionomer/kliniske sosionomer, 5 psykiatriske sykepleiere (hvorav en som daglig leder) samt en hjelpepleier. De har konsultativ bistand fra psykiater månedlig eller ved særlig behov.

Q.4. Klinisk Case Management

Rehabiliteringsteamet har vært i kontinuerlig utvikling de 15 årene det har eksistert. De har sett det som nødvendig å være fleksible for å kunne møte de utfordringene som til enhver tid har vært tilstede.

De fant tidlig et ideologisk grunnlag i *Klinisk Case Management*. De gjennomførte et kompetansehevingsprogram over 2 år i samarbeid med Sainsbury Senter i London, og har hatt kontakt med fagmiljøet der i årene etterpå.

”Klinisk Case Management er en prosess med målsetting å tilby helhetlig behandling av mennesker med alvorlige psykiske lidelser som i en periode av sykdommen eller over lang tid ikke kan fungere selvstendig. Det er en behandlingsmodell som integrerer psykiatrisk behandling, medisiner, psykososial rehabilitering og støtte fra omgivelsene” (Kanter 1989).

Viktige elementer i Case Management er tid, kontinuitet i behandlingsopplegget, stabilitet i behandlerkontakten, samt fleksibilitet i forhold til tilbudets art og utforming.

En faglig vurdering av klientens tilstand og totale situasjon er utgangspunktet for tilbudet. ”Alle intervensjoner baseres på en klinisk vurdering av den enkeltes styrke og sårbarhet, funksjonssvikt, potensiale til endring og de eksterne ressurser. Alle intervensjoner utføres i den terapeutiske relasjons kontekst” (Evelyn F. Balancio).

Et viktig element i Klinisk Case Management er koordinering av de ulike tiltak som klienten har behov for. Mange av deres klienter har et omfattende hjelpebehov der flere instanser er involvert. Klienten og behandlingsapparatet har da behov for at disse tiltakene koordineres på en slik måte at det gir en god oversikt og tilgjengelighet til de tjenester klienten til ulik tid har behov for. Rehabiliteringsteamet er en pådriver for å få etablert ansvarsgrupper der det er behov for dette. Videre er de aktive i å initiere og delta i utforming av Individuell Plan der dette er ønskelig fra klientens side eller der dette er pålagt på grunn av tvangsvedtak.

Hjemmebesøket er rammen rundt mye av kontakten med klientene. Hjemmebesøket gir en unik mulighet for observasjoner av så vel klientens tilstand, dennes omgivelser, samspillet mellom vedkommende og den eller dem han/hun bor sammen med etc. Samtidig fordrer denne rammen den nødvendige varhet for klientens private sfære.

Sosial trening er en viktig del av tilbudet. Målsettingen er å gi klientene nye erfaringer, friske opp gamle ferdigheter og trene inn nye ferdigheter. Sosial trening kan skje i uformelle en-til-en relasjoner, i grupper eller i mer formaliserte treningssituasjoner.

Det er et stort behov for aktivitet/arbeidstilbud for de fleste klientene. Utfordringene har ligget i å finne egnede tilbud for så de med minst restarbeidsevne, de med rusproblemer og andre. De har på ulike måter synliggjort sine klienters særlige behov overfor samarbeidspartnere internt på sykehuset og særlig i kommunene.

For øvrig er *veiledning av øvrig helsepersonell* og andre som har kontakt med klientene er en prioritert oppgave.

Q.5. Gruppetilbud

Rehabiliteringsteamet har lang og svært positiv erfaring med å arbeide med grupper med klienter. Målgruppen har vært de yngre klienter, fordi disse ofte har vært vanskeligst å nå med ordinære tilbud. Man ønsket å etablere et tilbud som kunne friste denne gruppen til samhandling og derigjennom etablering av relasjoner og arenaer for trening av sosiale ferdigheter.

Rehabiliteringsteamet har siden høsten 2001 drevet kurs i ”Mestring av psykosesymptomer”, et av kursene i serien ”Et selvstendig liv”. Kursene har som målsetting å gi kursdeltakerne kunnskap om egne varselsignaler og vedvarende symptomer, hjelp til å se sammenhengen mellom stress og symptomer, samt utvikle mestringsstrategier. De skal også utforme sin egen kriseplan.

I løpet av 2003 startet planleggingen av et undervisningsopplegg basert på presenterte behov fra klientene. De etablerte en ressursgruppe bestående av 5 klienter og 2 ansatte ved teamet.

Disse definerte sammen de tema som det var ønskelig å få undervisning i forhold til, samt hvordan denne undervisningen skulle gjennomføres. 5 undervisningskvelder har vært gjennomført vinter/vår 2004.

Q.6. Erfaringer og utfordringer

Bruk av ambulant team ved DPS er et tiltak for å redusere faren for at mennesker med alvorlige psykiske lidelser og store hjelpebehov skal falle gjennom i møtet med det ordinære hjelpeapparatet, dels fordi de ikke klarer å nyttegjøre seg disse tiltakene, dels fordi de er så krevende å komme i en positiv relasjon til. Ønsket er å gjøre gråsonene mellom 1. linjetjenesten og spesialisthelsetjenesten om til samarbeidssoner. Deres erfaringer har vist at andre hjelpeinstanser har gått motsatt vei og har utviklet seg/organisert seg mot å bli vanskeligere tilgjengelige, med den konsekvens at klientenes behov for talsmenn/veivisere overfor disse instansene har blitt større. I hovedsak vil man likevel si at samarbeidet på individnivå er godt.

De har så langt 15 års erfaring med ambulant jobbing rettet mot klienter med alvorlig psykiatrisk problematikk. De senere år har andelen klienter med tilleggsproblematikk knyttet til rusmisbruk vært stadig økende.

Erfaringene med ambulant virksomhet har vært udelt positive. De opplever at aktivt oppsøkende virksomhet har vært en forutsetning for å komme i kontakt med klienter som i utgangspunktet har hatt stor motstand mot kontakt med hjelpeapparatet. Det har også vært av avgjørende betydning at de har representert kontinuitet og stabilitet over tid og at de har lagt stor vekt på å være fleksible i tilnærmingen til klienten og utformingen av tjenester rettet mot den enkelte. Konsekvenser av dette er at de har svært liten bruk av tvunget psykisk helsevern, stort sett all kontakt foregår frivillig. Videre når de mange personer som det øvrige hjelpeapparatet ikke kommer i relasjon til.

Tilbakemeldingene fra samarbeidspartnere i kommunene har vært positive. Opplevelsen av å ha støtte fra spesialisthelsetjenesten i oppfølgingen av særlig krevende klienter, gjør at de også ser det mulig å stå i relasjonen over tid, noe som igjen skaper større stabilitet i oppfølgingen.

Utfordringen ligger i at denne arbeidsformen setter begrensninger for hvor stor aksjonsradiusen kan være i forhold til den direkte klientjobbingen. Salten DPS betjener et geografisk område som er utfordrende i forhold til lange reiseavstander. Dette har så langt medført at man jobber direkte klientrettet i de kommunene som ligger nærmest senteret. I de øvrige kommunene jobber man via det lokale hjelpeapparatet, ved veiledning, konsultasjon etc.

De har i løpet av disse årene hatt svært lite utagerende atferd som har medført skade på personalet. Imidlertid vil den økende andelen rusmisbrukende klienter representere en utfordring sikkerhetsmessig, bl.a. på grunn av større grad av uforutsigbarhet i de situasjonene de kommer opp i. De har tatt konsekvensene av dette og satt fokus på sikkerhet i arbeidet.

R. Gruppe for psykisk helse i lokalsamfunnet

- Vardø kommune og Øst-Finnmark DPS

Plan- og utviklingskonsulent Solveig Wilhelmsen, 98 209171 / 789 73 000
Solveig.Wilhelmsen@dpsf.no

R.1. Bakgrunn

I sitt arbeid som terapeut ved DPS Øst-Finnmark, VPP Kirkenes, observerte Solveig Wilhelmsen at henviste ruspasienter ofte ikke kom til første time eller at de fort falt ut av systemet deres. Mange av disse pasientene kom fra Vardø, en liten kommune med vel 3000 innbyggere. Dette ble innledningen til et samarbeidsprosjekt mellom DPS Øst-Finnmark og Vardø kommune. Hovedhensikten var å gi pasienter med omfattende rus- og psykiske problemer et mer planlagt og koordinert tilbud, hvor pasientene skulle være deltagende. Rus / psykiatrisprosjektet ble igangsatt tidlig på året i 2001.

Man konsentrerte seg om 12 pasienter med omfattende problematikk i forhold til rus og psykisk helsevern. Disse ble kartlagt og fikk hver sin handlingsplan. Dette arbeidet bygde på relasjons- og nettverksteori, samt koordinerings-modellen *Koordinering av psykososialt arbeid* (KPA). Teorien ble tilpasset de lokale forhold. Man la vekt på å ha pasienten i fokus og finne ubyråkratiske løsninger på behovene man kartla. Arbeidet foregikk tverrfaglig og man var opptatt av å ivareta ulike perspektiv; medisinsk, psykologisk, sosialt, pedagogisk og praktisk.

Prosjektet ble evaluert i 2003. Erfaringene var svært gode og samarbeidet er nå blitt permanent og er utvidet til å gjelde alle pasienter med psykiske lidelser - også barn og unge.

Prosjektet hadde ikke tilgjengelige økonomiske midler i starten, men kommunene har nylig fått midler fra Sosial- og helsedepartementet som skal gå til opprettelse av et lavterskeltilbud i Vardø. Dette er tenkt som et sted brukerne kan få tilbud om hjelp til å bo, til ulike aktiviteter, arbeid, samt tilgang til hjelp fra helse- og sosialtjenesten, trygdekontor, a-etat osv. Brukerne skal være sentrale i utviklingen av dette tilbudet.

R.2. Gruppe for psykisk helsevern i lokalsamfunnet

Man har nedsatt *Gruppe for psykisk helsevern i lokalsamfunnet*, som består av kommunelegetjenesten, psykiatritjenesten, sosialtjenesten og barnevern og helsesøstertjenesten. DPS deltar også i denne gruppen. Det arbeides med å få med BUP. Fordi det er stor gjennomtrekk i disse tjenestene i Finnmark, presiseres det at dette arbeidet er knyttet til stillinger og ikke personer. Gruppen samarbeider også med rusinstitusjoner, bl.a. Finnmarksklinikken og Universitetssykehuset i Tromsø, avdeling for rus og psykiatri.

Gruppen har følgende oppgaver:

- Være faglig ansvarlig for utvikling, iverksetting og drift av ulike tiltak og tjenester for brukergruppen totalt sett. Gjøre arbeidet innenfor det psykiske helsevernet lokalt til en mer synlig del av helse- og sosialtjenesten i kommunen.
- Gjennomføre tverrfaglige drøftinger om enkeltbrukere og deres bistandsbehov – herunder eksempelvis:
 - Boligforhold / boligbehov / boevne
 - Kartlegging av medisinbruk - eventuelt omlegging av medisinbruk
 - Individuell oppfølging, inkludert arbeid med individuelle planer
 - Kartlegging vedrørende misbruk av rusmidler

R.3. Målsetting med arbeidet

Målet med arbeidet er å gi personer med psykiske problemer helhetlig, tverrfaglig bistand og rehabilitering lokalt. Man ønsker å styrke brukermedvirkningen. Arbeidet har følgende delmål:

- Forebygge sykdom og forverring av sykdomsforløp hos den enkelte bruker, kartlegge og diagnostisere.
- Legge klare rammer for beredskapen rundt kriser og katastrofer.
- Drive forebyggende og oppsøkende arbeid og informasjonsarbeid i grunnskole og videregående skole.
- Ha fokus på begrensning av misbruk av rusmidler og hindre utstrakt blandingsmisbruk.
- Skape en mer meningsfylt og aktiv tilværelse for langtidssyke.
- Øke selvtilliten og styrke egenutviklingen gjennom opplæring i ulike ferdigheter.
- Styrke evnen til sosial omgang og kontakt med andre mennesker

For å lykkes i å skape samhandling både på kommunalt nivå og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, har man utviklet forskjellige møtearenaer hvor de ulike tjenestene har faste møter med jevne mellomrom. Dette fremheves som svært viktig for å lykkes.

Her utarbeidet man felles rutiner på følgende områder:

- rutiner og ansvarsforhold for medikamentell behandling
- rutiner for henvisninger innad i kommunene og til DPSet
- rutiner for sosial hjelp
- rutiner for vold mot personalet
- rutiner og deltagelse for møtevirksomheten

Ansvar for at dette arbeidet gjennomføres ligger på ledernivå. Kommunens politiske og administrative ledelse har gitt sin tilslutning til arbeidsmåten.

R.4. Erfaringer

Man erfarer at det tverrfaglig samarbeidet gir resultater. Gode rutiner for samarbeid er både nødvendig og nyttig. Dette gjelder også utvikling av en felles holdning fra alle faglig involverte i forhold til for eksempel medikamenter. Økt forståelse og aksept for hverandres faglige ståsted bidrar også til at man trekker i samme retning. De ansatte opplever samarbeidet som en lettelse i en ellers slitsom hverdag. Man har fått til større planmessighet, bedre informasjonsflyt og raskere iverksetting av henvisninger og ulike tiltak.

Brukerne har gitt uttrykk for stor tilfredshet fordi de har opplevd at tjenestene har vært koordinert. De har fått utarbeidet individuell planer og ellers fått de rettigheter de har hatt krav på; medisinsk eller psykiatrisk behandling, attføring eller uføretrygd, arbeidstrening, henvisning til rusinstitusjon, m.m. Graden av brukermedvirkning kan utvilsomt bli bedre og likeledes kan man bli bedre til å ta med brukerens familie og nettverket i større grad. Brukerne i Kiberg har dannet et nettverk som fungerer på godt og vondt. De er til hjelp for hverandre, men kan også dra hverandre med på fylla. Fagarbeidere har møtt disse jevnlig til gruppesamtaler.

Man har videre erfart at det var hensiktsmessig at prosjektet var forankret i kommunen ved helse- og sosialtjenestens administrasjon. Dette har gjort at prosjektet har gått videre, selv om noen fagpersoner har sluttet.

Utviklingsprosjektet har lært alle impliserte parter mer om rus og psykisk helsevern. Flere fagpersoner i Vardø har tatt utdanning innen rus etter at fokus ble satt på denne gruppen.

Man har sett at det er viktig at brukergruppen får tilbud fra spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern, som må ha kompetanse også innen rusfeltet. Økonomiske midler til styrking av ruskompetansen er nødvendig både i forhold til kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Det er helt nødvendig at ansatte fra DPSet ambulerer til kommunene, hvis denne gruppen skal få et fullverdig tilbud. Å være tilstede i kommunen gir helt andre muligheter enn i et kontor langt unna. Reising i dette området er tidkrevende og må tas med i beregningen når personellressursene skal diskuteres. At reisetiden er lang må ikke være hinder for å reise. Den kunnskap som skapes i fellesskap er uvurderlig i forhold til effekten av arbeidet som utføres.

S. Vest-Finnmark DPS

Overlege Ragnhild Steen ragnhild.steen@dpsf.no og
Klinikksjef Aina Olsen aina.olsen@dpsf.no

Teamet er vesentlig forankret i døgnenheten og består av to psykiatriske sykepleiere med lang erfaring. Den ene av sykepleierne er avdelingsleder for døgnenheten ved DPSet og den andre har vært et år på poliklinikken i full stilling. Overlegen har ansvaret både for døgnenheten og poliklinikken.

Teamet reiser en gang i måneden til kommunene Loppa og Havik. På grunn av store avstander blir det lange dager med mye reising og påfølgende avspasering. Samtidig taper DPSet inntekter. Dette koster DPSet ca . kr. 10 000 pr måned og tilsvarer til sammen 4 månedsverk i året. Klinikksjef Aina Olsen peker på at det er utilstrekkelig med tilbud om tilsyn til så syke pasienter bare en gang i måneden. Det positive er at kvaliteten på tilbudet allikevel er meget god, på grunn av teamets høye kompetanse.

Målet med det ambulante tilbudet er todelt:

- De skal veilede og støtte ansatte i hjemmetjeneste og kommunelege i deres arbeid med pasientene, samt delta i arbeidet med individuelle planer.
- De skal drive kartlegging av rusmisbruk / annen problematikk og motivere for behandling ved institusjon.

Det fremheves at teamet arbeider på kommunenes premisser, og at de veileder personalet og bidrar med vurderinger og forslag til alternative løsninger. De mener dette kan bidra noe til stabilisering av helsepersonell i kommunen. Kommunen har hatt stor gjennomtrekk av leger spesielt.

Teamet drar på besøk hjem til 3-4 alvorlig syke som ikke har evne til å komme til avtaler på helsesenteret. De fleste av de teamet besøker har et rusproblem i tillegg. Loppa og Havik har noen slike pasienter. Et par er så vanskelige at man ser disse hver gang. Hos personer som oppfattes som ustabile og utagerende, går de to sammen.

De har et godt samarbeid med trygdekontoret og med en filial av en attføringsbedrift på stedet. I kriser prøver teamet å gi faglig støtte til personell som hadde vært til stede og eventuelt sammen med stedlig personell, snakke med personer som har deltatt i det aktuelle hendelsesforløp.

De erfarer at det er viktig at de som reiser ut har myndighet til å beslutte om en pasient kan legges inn på avdelingen. Videre fremhever de betydningen av at de kjenner til situasjonen og kapasiteten på døgnenheten og på poliklinikken.

T. Planlagt samarbeidsprosjekt mellom DPS Vest-Finnmark og Alta kommune

Klinikkjef Aina Olsen 78 48 38 21 / 90 66 44 88 aina.olsen@dpsf.no

T.1. Bakgrunn

Ved DPS Vest-Finnmark og i Alta kommune opplever man at tilbudet som gis til mennesker med rusmiddelproblemer, som ofte i tillegg har psykiske lidelser, ikke er tilfredsstillende. Alta kommune har mange innflyttere som har store rusproblemer. Tallene fra Alta er usikre, men

omfanget av rusmisbruk er veldig stort. Uoffiselle tall viser at det er ca. 1000 misbrukere i Alta, og at det er over 100 innbyggere som er avhengig av narkotika, samt en gruppe alkoholikere. Samtidig har de få fagfolk. Dette er bakgrunnen for at man planla et samarbeidsprosjekt mellom Helse Finnmark HF ved DPS Vest-Finnmark og Alta kommune, slik at man kan samordne arbeidet disse stedene og utnytte ressursene bedre.

I 2003 fikk Helse Finnmark, ved DPS Vest-Finnmark og BUP, tildelt 250 000 kr. av Sosial- og helsedirektoratet til et forprosjekt innen rus og psykiske lidelser. Midlene skulle brukes til ”modellutvikling av et behandlingstilbud innen rus- og psykiske lidelser” i Vest-Finnmark. Forprosjektet var i perioden november i 2003 til mai 2004.

I forprosjektfasen ble spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og Alta kommune ved helse- og sosialtjenestene enige om å gå sammen om et felles prosjekt. Dette fordi et godt tilbud avhenger av godt fungerende tjenester på både kommune- og spesialistnivå, og av et tett samarbeid mellom disse.

Hovedprosjektet planlegges til å gå over tre år med to prosjektmedarbeidere (rusterapeuter) i hele stillinger og en prosjektleder i 50% stilling. For å gjennomføre prosjektet har man søkt Helse Nord om ekstern finansiering på kr. 2.920.000 over prosjektperioden, som tilsvarer ca 2/3 av utgiften. Søknaden ble avvist i september 04. Ny søknad er sendt Sosial og Helsedirektoratet, og man er avhengig av støtte derfra for å realisere prosjektet. Helse Finnmark ved DPS/ BUP, Alta, og Alta kommune er villige til å dele 1/3 av utgiftene.

T.2. Mål

Hovedmålet er å utvikle:

- et brukerorientert lavterskel utrednings- og behandlingstilbud, lagt til helsearenaen, for mennesker med varierende grad av rusproblematikk og psykiske lidelser
- samarbeid mellom primærhelse- og sosialtjenester, spesialisthelsetjenester og øvrige statlige og kommunale tjenester.

Modellutviklingen omfatter tre elementer:

- Etablering av en poliklinisk lavterskel tjeneste innen rus- og psykisk helsevern – foreløpig kalt *rusenheten*. Tjenesten ligger i grensesnittet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og sosialtjenester.
- Samlokalisering mellom rusenheten, somatiske primærhelsetjenester og kommunalt og statlig psykisk helsevern (psykiatrisk enhet og VPP/ BUP) på Alta helsesenter.
- Samarbeid på tvers av tjenester og forvaltningsnivå; primærhelse- og sosialtjenester, spesialisthelsetjenester og øvrige kommunale og statlige tjenester.

T.3. Målgruppene

1. Barn og unge i risikozonen med hensyn til utvikling av rusmiddelproblemer og psykiske lidelser.
2. Mennesker med et rusmiddelmisbruk og eventuelt moderate psykiske lidelser (angst og depresjon).
3. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmisbruk.

Hovedfokuset vil ligge på de to førstnevnte gruppene. Sekundær- og tertiær forebygging vil være sentrale perspektiver. For personer i de to første målgruppene skal rusenheten kunne utrede og sette i gang individuelt tilpasset behandling, individuell og/eller gruppebehandling. Enheten har ikke diagnostiseringskompetanse, og må derfor henvise til DPS Vest-Finnmark dersom diagnostisering mht. psykisk helse er nødvendig. Når det gjelder den tredje målgruppa kan rusenheten ha en mer igangsettende og koordinerende funksjon, samarbeide tett med spesialisttjenesten i forhold til rusmiddelproblematikken og på den måten bidra til samtidig behandling av rusmiddelproblemer og psykiske lidelser.

I tillegg til å ta imot brukere på kontoret kan utredning/ behandling finne sted ved at rusterapeutene oppsøker brukere i deres miljø; hjemme, på skolen eller andre steder.

Rusterapeutene skal også kunne bistå øvrige fagpersoner i forhold til rusrelatert problematikk på andre arenaer enn sine kontorer. F.eks. kan skolehelsetjenesten trenge bistand i samtaler med ungdom som har bekymringsfull utvikling mht. rusmidler.

Brukermedvirkning skal ligge til grunn for utviklinga av modellen når det gjelder planlegging og gjennomføring, både på system- og individnivå. På systemnivå ivaretas dette bl.a. ved at brukerorganisasjon er representert i prosjekt-organisasjonen. I tillegg må det utarbeides metoder for å innhente og ivareta brukernes erfaringer med og vurderinger av rusenheten, slik at disse kan benyttes i videreutvikling av modellen. Prosjektorganisasjonen og evaluator samarbeider om dette arbeidet, da det er viktig å finne målbare indikatorer på at brukerperspektivet blir ivaretatt.

Også på individnivå skal tjenestetilbudet være basert på brukermedvirkning. Etter at det er gjort en kartlegging av brukerens behov og egne mål, finner man sammen fram til hva tjenestetilbudet konkret bør bestå av og hvordan det best kan gjennomføres.

T.4. Organisering

Prosjektet eies av Helse Finnmark HF, klinikk for psykisk helsevern, DPS Vest-Finnmark og Alta kommune, helse- og sosial administrasjonen.

Styringsgruppa fra forprosjektet videreføres under hovedprosjektet, og består av 2 representanter fra DPS Vest-Finnmark, 2 fra Alta kommune, samt en representant fra Mental Helse.

Man planlegger å ansette en prosjektleder i halv stilling, i tillegg til to ruskonsulenter. Disse vil få eksterne råd / veiledning fra en person ved FFU avd i Helse Finnmark.

U. Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT), Midt Finnmark DPS

Ved leder / klinisk sosionom Gunn Heatta. Gunn.haetta@bupf.no Tlf 78 46 95 50

PUT er organisert under Barne og ungdomspsykiatrien (BUP) i Karasjok. De tar seg av ungdom og unge voksne i alderen 15 – 30 år. BUP og PUT overlapper hverandre ift aldersgruppa 15 – 18 år. Hovedproblematikk de jobber med er rus og selvmord. BUP henviser pasienter med slike problemer til PUT og PUT veileder også BUP.

PUT i Karasjok er det eneste psykiatriske ungdomsteamet nord for Trøndelag, og har vanskelig for å forstå hvordan andre klarer seg uten et slikt tilbud. Leder fremhever at det er stor mangel på kompetanse innen rus og at alle DPSene burde hatt PUTer som arbeider ambulant med denne gruppa.

De har 4 fagstillinger besatt av følgende fagpersoner: 1 assistentlege, 2 psykologer, 1 klinisk sosionom som også er leder, 1 sosionom, 1 barnevernpedagog. Det tverrfaglige samarbeidet fungerer veldig bra.

Pasientene trenger ikke å gå via lege for å få henvisning til dem. PUT ordner henvisningen i etterkant. De har fått til en god samarbeidsordning med fastlegene, med god støtte av fylkeslegen.

En person tar orienteringssamtaler med nye pasienter, hvor man orienterer om tilbudet og pasienten orienterer om sin situasjon. Deretter drøfter teamet hvem som bør være hovedansvarlig for pasienten ut fra pasientens problemstillinger. De andre i teamet trekkes inn ved behov. Det er opp til den enkelte terapeut hva slags metode man bruker. Terapeutene arbeider ut fra ulike modeller; kognitiv adferdsteapi, narrative metoder eller fokusering på mestring.

PUT betjener følgende kommuner: Karasjok, Kautokeino, Porsanger, Tana og Nesseby. De reiser til hver av disse kommunene hver 2. eller 3. uke. Det er et stort geografisk område; Nesseby ligger 25 mil unna. De reiser kl 12 den ene dagen og arbeider helt til langt på neste kveld hver gang de er ute. I tillegg har de møter via Telematikk.

De er opptatt av å komme i kontakt med ungdommene tidligst mulig, og deltar derfor i undervisning eller møter hvor rus er tema på skoler eller andre steder. De fleste ungdommene de jobber med er ikke veldig tungt belastet, selv om noen har dobbeltdiagnoser. Målet med arbeidet er som regel rusfrihet, men for noen er målet at rusingen blir mer kontrollert.

Ute treffer de både klienter og ansatte i 1.linjen. Hvis klientene har behov for tettere oppfølging, kommer de på timer på PUT i Karasjok. De treffer klientene oftest på 1.linjens kontorer, men noen ungdommer vil heller møtes på skolen eller hjemme og da gjør de det. De er opptatt av å være fleksible og dette får de positive tilbakemeldinger på. Dette er ekstra nødvendig fordi den samiske befolkningen har liten tradisjon for å gå i terapi. Tilbudet er frivillig.

U.1. Erfaringer

De erfarer at jo mer de reiser, jo bedre blir kontakten med 1.linjen og jo flere henvisninger får de.

Videre fremheves at man får en annen type kontakt med klientene når de treffer dem i sitt eget miljø enn man kan få på et kontor. De mener det er nødvendig å arbeide ambulant med denne gruppa, fordi de ikke kommer ellers. Man må møte dem der de er, og dette gjelder spesielt de unge.

De kommuniserer mye via SMS. Spesielt gjelder dette i forhold til selvmordstuede, hvor de gjør avtaler om at ungdommene skal sende SMS når de føler at de har behov for hjelp. PUT kontakter da kommunelegen. Ellers bruker de SMS til å avbestille / endre time, og dette har medført at antall timer hvor pasienten ikke møter har gått kraftig ned. Det er tydeligvis mye lettere for ungdom å sende en SMS enn å ringe og gi beskjed. Klientene gir god tilbakemelding på denne muligheten. Det har imidlertid vært vanskelig for noen terapeuter å sette tydelige grenser for hvordan dette skal brukes. De må oppdra klientene til dette, og ikke skape forventninger om at terapeutene skal være tilgjengelige alltid, bortsett fra hos de suicidale.

Det er problematisk at de ikke har et sted å legge inn ungdom som trenger tett oppfølging en periode. De har prøvd å få dette til ved Finnmarksklinikken i Karasjok, men de har ikke kapasitet.

4.3. Beskrivelser av annet relevant datamateriale

V. Taus kunnskap

Fagkonsulent Gus Strømfors, Rusmiddeletaten i Oslo, tlf 23 427495

gus.stromfors@rme.oslo.kommune.no

I 2002-2003 samarbeidet rusmiddeletaten i Oslo kommune, Stiftelsen Kirkens Bymisjon og Høgskolen i Oslo om prosjektet Taus kunnskap. Prosjektrapporten er tilgjengelig på www.tauskunnskap.no Økonomisk støtte ble gitt av kompetanseutviklingsprogrammet, Oufondet i Oslo Kommune, Rusmiddeletaten og Stiftelsen Kirkens Bymisjon i Oslo.

V.1. Hensikt

Hensikten med prosjektet var å beskrive ulike former for taus kunnskap som sosialarbeidere tar i bruk i sitt arbeid og reflektere over denne. Å gjøre den tause kunnskapen litt mindre taus har betydning både for den enkelte sosialarbeider, for det kollektive fagmiljøet i virksomheten og i neste omgang for kvaliteten på de tjenestene klientene mottar. Det har også vært et mål å utvikle metoder for å synliggjøre og spre denne kunnskapen.

V.2. Deltakere

Prosjektet har arbeidet med fire tjenestesteder fra oppsøkende arbeid og omsorg/rehabilitering innen rusfeltet. Fra oppsøkende arbeid har uteseksjonen og Oppsøkende og koordinerende tjenester (OKT) deltatt. I tillegg deltok to institusjoner, nemlig Natthjemmet (et akutt/ krise- og overnattingstilbud til kvinner med tilhørighet i rus- og prostitusjonsmiljøet) og Vestli rehabiliteringssenter for alkoholikere.

Fra hvert tjenestested har det deltatt 4-6 ansatte, til sammen 22 personer. Alle deltagerne meldte seg frivillig.

V.3. Fokus

Man ønsket å finne ut hva de ansatte var opptatt av, hva de tenkte, hva ble det lagt vekt på når situasjoner blir vurdert og tolket, deres handlinger og hvordan klienten og klientens situasjon påvirker sosialarbeiderens følelsesmessige reaksjoner og faglige vurderinger.

V.4. Metode

Det ble gjennomført to uker med kartlegging ved hver virksomhet, hvor de ansatte ble observert i sitt ordinære arbeid i samtaler med sine klienter. Observatørene har ikke påvirket eller på noen måte intervensert i deltakernes arbeid. Det ble opplevd som en stor utfordringen å registrere det som skjedde i møtet mellom klient og sosialarbeider på en mest mulig autentisk måte.

Ut i fra praktiske og etiske hensyn ble det anvendt beskrivelser som ble tatt opp på båndopptaker ved Uteseksjonen, OKT og Natthjemmet. Deltakerne beskrev situasjoner, hendelser og samtaler, etterfulgt av en utdypende refleksjonssamtale med observatøren. Opptakene ble gjort nær de faktiske hendelsene i tid, enten på slutten av en vakt eller i en pause underveis. De ble gjennomført på de ansattes arbeidsplass, uten forstyrrelser.

På Vestli rehabiliteringssenter, hvor beboerne oppholder seg hele døgnet, lå forholdene til rette for å ta videoopptak av klientsamtaler, etter skriftlig samtykke fra beboerne. I etterkant av disse samtalene ble det gjennomført refleksjonssamtaler med observatøren som ble tatt opp på båndopptaker. Alt opptaksmaterialet er senere skrevet ut og analysert.

Det å stille spørsmål er en sentral del av refleksjonen. Hensikten med spørsmålene er å skape en fordypet eller en ny forståelse hos den som har opplevd situasjonen. Ved å stilles spørsmål ut i fra et nytt perspektiv kan det skape et brudd i den tidligere forståelsen. Dette kalles for et mønsterbrudd (Bernler og Johnsson 1985), og det åpner opp for nye måter å handle på. Å utvikle en bredere og dypere forståelse vil redusere tilfeldigheter og usikkerhet i arbeidet og dermed øke det faglige nivået.

V.5. Funn

Erfaringen fra prosjektet var at deltakerne hadde vanskeligheter med å sette ord og begreper både på sine vurderinger, tolkninger og handlinger. De snakket ofte at de *"hadde en følelse av, en intuisjon eller magefølelse av noe"*. Faglig refleksjon gjorde at de gikk dypere inn i situasjoner og etter hvert formulerte de tanker og vurderinger som lå til grunn for deres handlinger. Flere fikk en slags a-ha opplevelse når de satte ord på dette. En av deltakerne formulerte det slik, *"jeg vet mer enn jeg trodde"*.

Rapporten gjengir refleksjoner over forskjellige situasjoner og får fram taus kunnskap som illustrerer ulike områder:

- Hvordan en sosialarbeider får en følelse av at det ligger noe annet under enn klienten umiddelbart formidler direkte.
- Hvordan en sosialarbeider kan komme i posisjon til å føre en samtale med en person en gjerne vil ha kontakt med ved å skape nysgjerrighet.
- Ulike implisitte praksisbegreper som utvikles lokalt og brukes i diskusjon og refleksjon over arbeidet. Et eksempel på et slikt praksisbegrep er sideblikket; et slags streifblikk for å fange opp det som skjer rundt en.
- Hvordan sosialarbeideren plasserer seg fysisk når de samhandler med klienter.
- Hvordan de ansatte kommuniserer nonverbalt med hverandre i situasjoner med klienter.
- Hvordan en sosialarbeider ikke lar seg avvise av en klient, fordi han aner at det ligger noe under og at klienten ønsker hjelp.
- Situasjoner som illustrerer konfrontasjon og grensesetting, og hvordan de ansatte påvirkes av at de blir rørt og beveget av klienter de kjenner i slike situasjoner.

Rapporten fremhever faglig refleksjon som en måte å styrke individuell og kollektiv fagkompetanse på. De nevner trygghet, åpenhet og innstilling hos den enkelte som forutsetninger for å reflektere over eget arbeid. Samtidig pekes det på organisatoriske og kulturelle forhold som er sentrale for å utvikle gode læringsmiljøer og for å drive faglig refleksjon på arbeidsplassen.

Prosjektet konkluderer med at investering i oppmerksomhet, tid og penger på dette er viktige strategiske tiltak å styrke individuell og kollektiv fagkompetanse i russektoren.

W. Videreutdanning i utekontaktarbeid

Ved Spesialkonsulent Henning Pedersen, Rusmiddeletatens kompetansesenter, tlf 23 42 79 70
henning.pedersen@rme.oslo.kommune.no

Senhøsten 2004 startet man opp en ny videreutdanning i utekontaktarbeid. Videreutdanningen er et samarbeid mellom Høgskolen i Oslo og Rusmiddeletatens kompetansesenter etter initiativ fra Landsforeningen for Utekontakter (LUK). Bakgrunnen for at man ønsket å lage en videreutdanning i utekontaktarbeid er at man mente at tiden var inne for å samle og tydeliggjøre det viktige oppsøkende arbeidet som drives i Norge i dag. Dette arbeidet er ikke lovpålagt. Det er forholdsvis stor gjennomtrekk i disse tjenestene, og utekontaktarbeidet har tendens til å bli en episode på folks vei til noe annet. Dette går igjen ut over fagutvikling og anerkjennelse av feltet. Rusmiddeletatens kompetansesenter ønsket å bidra til å gi denne tjenesten et velfortjent løft.

W.1. Målet med utdanningen

Den primære målsettingen er å heve kunnskaps- og ferdighetsnivået innenfor fagområdet gjennom en samlet, helhetlig og systematisk innsats. Studiet skal sikre systematisk og faglig kvalitet i opplæringen av feltarbeidere basert på relevante teorier og erfaringer fra praksis. Det ønsker man å oppnå gjennom å foredle de erfaringene et samlet felt sitter inne med. I tillegg vil studiet samle erfaringsbaserte kunnskap feltet innehar og koble dette opp mot aktuell forskning, etablerte teorier og metoder i sosialt arbeid eller andre beslektete fag. Studentene skal gjennom deltagelse i undervisning, gruppearbeid, veiledning og ved egen produksjon av fagartikler, knytte erfaringer fra egen praksis opp mot andre utekontakters erfaringer og eksisterende faglitteratur fra fagfeltet. Videreutdanningen skal spesielt styrke fagfokus på det sekundærforebyggende arbeidet.

W.2. Målgrupper

Den primære målgruppen vil være feltarbeidere som allerede har sitt arbeid i en utekontaktvirksomhet et sted i landet. Andre aktuelle kandidater kan være ansatte ved den kommunale barneverntjeneste med særlig ansvar for risikoutsatt ungdom, ansatte ved sosialtjenesten, skoler, kultur og fritidssektoren. Videre kan andre som bedriver oppsøkende virksomhet via privatorganisasjoner søke om opptak.

Opptakskrav er treårig høyskoleutdanning innen helse- og sosialfag eller pedagogiske fag. Søkere med kortere universitets/høyskoleutdanning og/eller relevant yrkeserfaring kan vurderes for opptak.

W.3. Rammer for studie

Studiet er godkjent som en 30 studiepoengs videreutdanning i utekontaktarbeid. Studiets varighet er ett år, fordelt over to semestre. Studieåret har 20 studiedager, fordelt på fem samlinger av fire dagers varighet. Studie er organisert som et deltidsstudium, slik at studentene kan kombinere utdanning med arbeid. Utdanningen er teoretisk/ praktisk og baserer seg på samarbeid mellom lærere og praktikere fra fagfeltet. Disse vil sammen med studieleder ha ansvar for utdanningens faglige innhold og gjennomføring.

W.4.Emner

Studiet tar for seg sentrale emner fra praktisk utekontaktarbeid:

- Utekontaktens ideologiske forankring
- Oppsøkende metoders særegenheter
- Samtaleteknikk/ motivering / endringsarbeid
- Antidiskrimineringsteori
- Ungdoms livssituasjon/ marginaliseringsprosesser
- Etniske minoriteter/ kjønnsperspektiv
- Arbeid med grupper/ Peer education
- Tverrfaglig samarbeid
- Essayskriving og evalueringsteori for utekontaktarbeid

W.5. Praksis

Arbeidsplassen er studentenes praksissted. I den praksisnære delen av utdanningen vil studentene få anledning til å integrere teori og praksis. Arbeidsgiver og student må sørge for at det gis anledning til å utvikle holdninger og ferdigheter i tilknytning til utdanningen.

Studiet baserer seg på en kombinasjon av studie samlinger, nettbasert veiledning og bruk av lokale diskusjonsgrupper.

Man har 25 plasser og det har vært en stor interesse for videreutdanningen. Mange har allerede sagt at de ønsker å søke til neste år. Noen av henvendelsene kommer fra Sverige.

X. Prosjekt Rusfritt Nettverk

Ved Prosjektkoordinator i Vestfold Morten Støldal, tlf 33 38 10 93/ 40 22 01 73
morten.stoldal@redcross.no

X.1. Bakgrunn

Prosjektet er et 3-årig samarbeidsprosjekt mellom organisasjonene Vestfold og Buskerud Røde Kors, Blå Kors i Buskerud og Vestfold, samt Tunsberg Bispedømmeråd. Borgestadklinikken bistår med faglig støtte.

Blå Kors er eier og driver av behandlingsinstitusjoner for rusmiddelmissbrukere. Det er et velkjent problem hos institusjonene at mange av pasientene havner tilbake i behandlingsapparatet etter kortere eller lengre tid, av ulike årsaker. En av årsakene er manglende sosiale nettverk når man kommer ut fra institusjon eller annen behandling. Manglende tilhørighet, mangel på sosiale støttespillere og frykt for det nyktre samfunnet gjør at mange føler stor sosial angst og ikke mestrer overgangen til et rusfritt liv. *Prosjekt Rusfritt Nettverk* er etablert for å møte denne problematikken på en praktisk måte.

Frivillig innsats overfor vanskeligstilte grupper er kjernen i mye av de tre organisasjonenes arbeid. Rusfritt nettverk er en videreføring av denne grunnholdningen.

X.2. Målsetting

Prosjekt Rusfritt Nettverk har som formål å skape økt livskvalitet for rusmiddelmissbrukere som er ferdige med opphold på behandlingsinstitusjon, gjennom å bidra til etablering av nye og rusfrie nettverk. I dette ligger å hindre tilbakefall, bidra til å hindre stigmatisering, øke sosial kompetanse og unngå sosial isolasjon ved å bygge opp nye og rusfrie nettverk.

X.3. Organisering

Prosjektet ble startet opp i løpet av 2003. Prosjektet er organisert med en styringsgruppe med representanter fra hver av de tre eierorganisasjonene, samt Borgestadklinikken.

Det er ansatt en prosjektkoordinator i 100% stilling i Buskerud og 80% stilling i Vestfold. I første omgang har man startet med fire kommuner; Ringerike og Drammen kommune i Buskerud, og Tønsberg og Larvik i Vestfold. Man har opprettet lokale arbeidsgrupper i hver av kommunene. Disse har fungert som ideutviklere, kontaktskapere og bidratt til å forankre prosjektet i ulike miljøer og samarbeidsorganer.

X.4. Rekruttering og opplæring av frivillige

Det ble holdt åpne informasjonsmøter i de fire kommunene, med 60-100 deltakere. I etterkant av disse har de rekruttert, lært opp og intervjuet 11 frivillige i Vestfold og 14 i Buskerud. De frivillige gjennomgår et kurs over flere kvelder hvor hovedmålet er å skape forståelsen for den rollen som frivillige skal inn i og gjøre de frivillige trygge og motiverte. Opplæringen er også viktig for å bli nærmere kjent med de frivillige og få en følelse av om de er egnet for oppgaven. I løpet av det første året har de måtte si nei til 4 personer som har vist seg uegnet til oppgaven av ulike årsaker.

Prosjektet har som mål å rekruttere 10 nye i hvert fylke de neste årene.

X.5. Rekruttering og opplæring av brukere

Prosjektet er åpent for brukere som er i en rehabiliteringsfase på eller utenfor institusjon. Flere av brukerne får legemiddelassistert behandling (LAR). Hvilke brukere som er egnet for prosjektet avgjøres av prosjektkoordinator sammen med fagperson på institusjon og / eller fagperson i kommunen. Etter det intervjues brukeren av koordinator for å kunne skaffe en frivillig som best samsvarer med brukernes behov og ønsker. Man ønsket primært å koble frivillige og brukere av samme kjønn og alder, fordi mange føler det tryggest. Siden det er flest kvinner som melder seg som frivillige og flest menn i brukergruppa, har man imidlertid prøvd ut koblinger med ulik kjønn og alder. Erfaringene er utelukkende positive; det viser seg at interesser er det viktigste i denne sammenhengen.

X.6. Kobling og oppfølging av bruker og frivillig

Samværet mellom den frivillige og brukeren reguleres av en kontrakt som begge må undertegne ved kobling. Denne kontrakten er laget for at både bruker, frivillig og koordinator skal ha felles forventninger til hverandre.

Etter koblingen får den frivillige veiledning i løpet av de første 6 ukene og påfølgende avtaler etter dette. For den frivillige er det viktig å dele sine erfaringer og opplevelser enten disse er positive eller negative. Det er også viktig for koordinatorene for å sikre at prosjektet går i riktig retning.

I tillegg til dette får de frivillige tilbud om å delta på temakvelder sammen med andre frivillige hvert kvartal, for å skape en følelse av felleskap og tilhørighet blant de frivillige og at de kan få dele sine erfaringer med andre.

X.7. Erfaringer

Erfaringene så langt er gode. Det krever mye arbeid å sikre at hver enkelt kobling blir god. Tre koblinger har blitt avbrutt. I to av tilfellene skyldes det at brukerne hadde for store psykiske vanskeligheter til at frivillige kunne håndtere disse. I det tredje tilfellet fikk brukeren tilbakefall. De andre brukerne er svært tilfredse. Samværet brukes til mange ulike aktiviteter som brukerne ellers ikke ville turt å gjøre på egen hånd: trening i helsestudio, bowling, bibliotekbesøk med mer. Gjennom dette får brukerne også hjelp til å finne interesser de kanskje ikke visste at de hadde.

X.8. Sluttevaluering

Prosjektet skal evalueres av Borgestadklinikken i forbindelse med avslutningen i 2006. Her vil både kvalitative data (bedring av livskvalitet) og kvantitative (antall brukere og guider) data være viktige.

Prosjektets visjon er å skape en arbeidsmodell for nettverksbygging som lar seg overføre til andre kommuner og andre fylker. En viktig del av sluttevalueringen vil derfor være å summere opp kritiske suksessfaktorer, mulige feller og forslag til framgangsmåte i skriftlig form, slik at prosjektet blir tilgjengelig for andre. Etersom man starter ut med 4 kommuner, vil man i oppsummeringen kunne se hvilke fellestrekk som er viktige og riktige, men også på hvilke områder det har vært nødvendig å gjøre lokale justeringer.

Y. Planer om poliklinisk/ambulant avgifting i Telemark

Organisasjonssjef Stian Flaaterud, Borgestadklinikken, tlf: 35 50 91 00/35 50 91 18
Stian.Flaaterud@borgestadklinikken.no

På grunnlag av Rusreform 1 og 2, samt Strategisk handlingsprogram for Helse Sør, Spesialisthelsetjeneste Rus, har man nylig forslått et handlingsprogram for å utvikle og sikre et helhetlig behandlingstilbud til pasienter med rus og avhengighetsrelaterte problemer i Telemark. Handlingsprogrammet er utarbeidet av en arbeidsgruppe som har bestått av representanter fra Sykehuset Telemark, Borgestadklinikken, Blefjell Sykehus – Notodden, Samtun AS og en brukerrepresentant. Fra det foreslåtte handlingsprogrammet gjengir vi her punktet som omhandler planer for å utvikle poliklinisk / ambulant avgifting i Telemark.

”Sett på bakgrunn av økende behov for avgifting, og at tilbudet om avgifting bør være fleksibelt, er det etter arbeidsgruppens oppfatning ønskelig med alternative metoder for avgifting. Dette også ut fra en faglig begrunnelse om at avgifting bør være differensiert mht. pasientens ønske og behov. Dette gjelder avgifting både i og utenfor institusjon. Arbeidsgruppen anser det derfor som et aktuelt alternativ at avgiften kan tilrettelegges og gjennomføres uten døgnopphold. Dette kan skje ved tett poliklinisk oppfølging med et regime for avgifting som utarbeides i samarbeid med pasienten. En forutsetning for en poliklinisk avgifting er at pasienten både er motivert og motiveres for en poliklinisk avgifting, samt at pasienten kan inngå et forpliktende samarbeid med behandlende instans under avgiften.

Et annet alternativ for avgifting er bruk av ambulant virksomhet hvor et ambulant team kan gjennomføre avgifting i pasientens hjem. Dette forutsetter et nært samarbeid og en gjensidig forpliktende avtale med pasienten og spesialisthelsetjenesten om regimet for avgifting. Nære familiemedlemmer til pasienten bør involveres i en slik avtale som bør nedfelles skriftlig, jf. individuell plan. Ved avgifting i hjemmet må det sikres tett poliklinisk oppfølging i etterkant.

Arbeidsgruppen vil konkret foreslå at det nåværende akutt-teamet ved Psykiatrisk klinikk, ST HF, som på sikt bør bli døgnbemannet og omfatte hele Grenland, blir styrket med ruskompetanse fra Borgestadklinikken. Det innebærer at Borgestadklinikken må innrette sin virksomhet mot større grad av ambulant virksomhet i samarbeid med psykiatrien. Tiltak i hjemmet må skje i nært samarbeid med de kommunale helse – og sosialtjenestene. Spesialisthelsetjenesten innen rusfeltet har i slike situasjoner et spesielt ansvar for veiledning / rådgivning til 1.linjetjenesten, samt å avlaste og støtte familien dersom en avgifting foregår i hjemmet.

Ved å opprette et felles akutt-team for rusfeltet og det psykiske helsevernet i Grenland, mener arbeidsgruppen at dette vil være en fremtidsrettet arbeidsmetodikk i forhold til denne pasientgruppen, både når det gjelder avgifting og behandling. I tillegg mener arbeidsgruppen at dette vil medføre en positiv faglig utvikling innen begge spesialisthelsetjenestene, samt at det vil styrke samarbeidet mellom rusfeltet og det psykiske helsevernet. En slik ambulant virksomhet, utbygd på døgnbasis, vil sannsynligvis også medføre langt færre innleggelseser enn tidligere, og dermed være kostnadseffektiv. Dette krever imidlertid omstilling og nytenkning, og ikke minst nye måter å arbeide på, både innen rusfeltet og det psykiske helsevernet.”

Z. Skisse til samarbeidsprosjekt mellom Stiftelsen Bergensklinikkene og Bergenhus bydel

Ved prosjektsjef ved kompetansesenteret ved Stiftelsen Bergensklinikkene,
Vibeke Johannesen, tlf 91664070, vibeke.johannessen@bergenclinics.no

Stiftelsen Bergensklinikkene og Bergenhus bydel søkte i 2000 daværende Sosialdepartementet om penger til et treårig forsøksprosjekt "Omsorg og behandling" - for personer med tyngre rusmiddelproblematikk. **Søknaden ble avslått og prosjektet ble dermed ikke noe av.** Prosjektsøknaden omtales likevel her, fordi den anses interessant i denne sammenhengen.

Z.1. Bakgrunn

Bakgrunnen for søknaden var at Bergenhus bydel slet med store og omfattende problemstillinger i arbeid med klienter som har en tyngre og sammensatt rusmiddelproblematikk og at Stiftelsen Bergensklinikkene ønsket å hjelpe dem i dette arbeidet. Ved å etablere et forsøksprosjekt ønsket man å styrke den faglige innsatsen overfor klienter som har somatiske og/eller psykiatriske følgetilstander av sitt rusmisbruk, men som ikke nødvendigvis har egne mål om rusfri behandling.

Klienter som defineres med en tyngre og sammensatt rusmiddelproblematikk i denne sammenheng, har behov for ulike tiltak som ofte krever langvarig og kontinuerlig oppfølging. Man ønsket å prioritere arbeidet med hjemmeboende rusmisbrukere. Arbeidet skulle sikre at klientene ved forskjellige støttetiltak i størst mulig grad skulle kunne mestre sin hverdag. Dette vil igjen bidra til å stabilisere deres livssituasjon gjennom å følge opp med skadereduserende tiltak. Målgruppen nyttiggjør seg først og fremst av tjenester som er etablert i førstelinjetjenesten. Av ulike årsaker ser det ut til at det er vanskelig for denne klientgruppen å nyttiggjøre seg behandlingstilbud i annenlinjetjenesten.

Z.2. Målsetting for prosjektet

Det planlagte forsøksprosjektet for tyngre rusmiddelmisbrukere hadde flere formål:

- Sikre et bedre helsetilbud til målgruppen.
- Samordne eksisterende ressurser både i 1. og 2. linje på en optimal måte.
- Utvikle veiledning og opplæringstjeneste til personell i en oppsøkende hjelpetjeneste (hjemmehjelpere, sykepleiere).
- Skadereduserende prosjekt.

Z.3. Beskrivelse av klientgruppen

Med forsøksprosjektet ønsket man altså å nå fram til en klientgruppe som ulike tjenester finner det problematisk å kunne hjelpe. De sammensatte problemstillinger som både handler om rusmiddelmisbruk, somatikk og psykiatri medfører store hjelpebehov, og fordi klientgruppen har så vidt mange problemstillinger kan de lett bli nedprioriterte i hjelpeapparatet. Dette fører blant annet til at noen helse- og sosialarbeidere kan føle et mer personlig faglig ansvar, mer enn at det blir samarbeidende tjenester omkring den enkelte klient.

Helse- og sosialarbeidere har mange erfaringer om de belastninger som målgruppen kan være både for seg selv og overfor sine omgivelser, men også i forhold til det offentlige tjenesteapparatet.

I perioder vil klientgruppen være i behov for ulike helsetjenester, både medisinske og sykepleiefaglige tjenester, og i andre perioder har klientene direkte pleiebehov. Dette krever et koordinert og tverrfaglig samarbeid mellom tjenestene.

Mange i denne klientgruppen har egen bolig, men av ulike grunner forverres situasjonen i perioder, og de står blant annet i fare for å miste sitt botilbud. Et kontinuerlig langsiktig oppfølgingsarbeid ville virke konstruktivt og bidra til å redusere skade overfor denne målgruppen.

Z.4. Prinsipper i arbeidet

Prosjektet skulle bygge på de eksisterende hjelpetjenestene for klientgruppen:

- Hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester
- Sosialkontorets veiledningstjeneste for rusmisbrukere
- Medisinske helsetilbud
- De spesialiserte 2.-linjetjenestene for rusmisbrukere (avrusning, klinikk/kurstedsbehandling, poliklinisk behandling)
- Andre spesialisttjenester (somatikk og psykiatri)

Z.5. Hovedpremiss

Klientene/brukerne som er i målgruppen tilhører 1.-linjens arbeidsområde, og i perioder vil de kunne ha bruk for spesialiserte tjenester, spesielt i forhold til utredning og mer avgrensede behandlingsinnsatser. De fleste klientene har kroniske plager eller sykdommer og vil være brukere av pleie-, omsorgs- og veiledningstjenester i mange år fremover. Kontinuerlig kompetansebygging er nødvendig i arbeide med målgruppen.

Spesielt i forhold til kompetansebygging er det viktig å fokusere på følgende hovedområder:

- Koordinering av psykososialt arbeid (jfr Statens Helsetilsyns hefte)
- Helsetiltak som er nyttige, tross fortsatt rusadferd

Z.6. Metode

Forsøksprosjektet hadde som hovedformål å flytte spesialisttjenester og ressurser ut i 1.-linjen, slik at de kommer tettere på brukerne og tettere på hjelperne. Denne nærheten til brukerne skulle føre til en bedre kartlegging og diagnostisering, samt enklere formidling fra og til de avgrensede behandlingskontaktene i spesialisttjenesten. Prosjektet ville arbeidet for at legetjenesten ble en sentral del av arbeidet i den hensikt å gi klienten et helsetilbud.

Videre ville nærheten ført til at hjelperne i 1.-linjetjenestene fikk bedre tilgang på kompetanse fra 2.-linjetjenesten.

Medarbeiderne ville gjennom Stiftelsen Bergensklinikkene få tilgang på veiledning og støtte i arbeidet med en krevende og ofte tung klientgruppe. Veiledningen ville vært metodisk prosessorientert. Videre planla man å tematisere ulike enkeltområder, og drøfte disse i større faglige fora som ville blitt etablert innenfor en tverrfaglig/tverretatlig ramme.

Man ønsket å dokumentere metodisk arbeide overfor målgruppen for å bidra til videreutvikling, samt utvikling av kompetanse utover de medarbeidere som skulle delta i prosjektet. Dette vil igjen gi ringvirkninger i arbeidet med andre klienter, - utover de klienter som skulle deltatt i prosjektet.

Z.7. En hovedutfordring

Tilførselen av ulike ressurser fra spesialisttjenestene må være i en størrelsesorden slik at det oppleves som hjelpsomt for 1.-linjetjenesten. På den andre siden må 2. linjetjenesten ikke overta ansvar og oppgaver som i prinsippet ligger inn under 1.-linjetjenesten. Det vil kunne føre til at tiltakene faller sammen når prosjektperioden er over. Prosjektet ønsket å utvikle kompetanse på en slik måte at dette integreres i tjenestens systemer, tilrettelegger for rutiner og skaper interne samarbeidsforhold, og slik at innsatsen ikke skulle bli avhengig av enkeltpersoner i de enkelte systemene. Det var på planleggingstidspunktet komplisert å framskaffe medisinske tjenester til denne målgruppen, og i en overgangsfase til innføring av fastlegeordning søkte man derfor også om noe midler til å etablere et medisinsk tilbud.

Z.8. Utforming og organisering

Prosjektet skulle bygges rundt ”prosjektkoordinatorer” som ville vært 2 halve sykepleierstillinger ved Stiftelsen Bergensklinikkene, Akutt-Klinikken, i samarbeid med pleie- og omsorgsavdelingen i 2 bydeler og ruskonsulentene ved bydelenes sosialkontor. Videre skulle man nedsette en arbeidsgruppe med basis i instansene som er nevnt over. Sykepleierne skulle knyttes til vanlig drift ved Akutt-Klinikken i den øvrige delen av sin arbeidstid.

Prosjektkoordinatorfunksjonen skulle bestå i følgende arbeidsoppgaver:

- Delta i bydelenes arbeid med å identifisere aktuelle brukere til prosjektet.
- Delta i kartlegging av og utarbeidelse av tiltaksplan for aktuelle brukere.
- Være ansvarlig for veiledning til pleie- og omsorgstjenestene på gjennomføring av tiltaksplanen
- Ha ansvar for å formidle tjenester fra rusinstitusjonene (f. eks. diagnostiseringsarbeid, avrusningsinnleggelse, m.v.)
- Ha ansvar for dokumentasjon og evaluering av prosjektet.

Det skulle etableres en styringsgruppe med representanter fra de respektive bydelene og fra Stiftelsen Bergensklinikkene.

Æ. Landsforeningen for utekontakter

Landsforeningen for utekontakter (LUK) er en interesseorganisasjon for utekontakter / feltarbeidere i Norge, som organiserer flesteparten av landets ca. 60 utekontakter som arbeider med ungdom i kommunene.

LUK er inndelt i 6 regioner. Leder er Per Arne Skjeggstad, som til daglig arbeider i Fredrikstad kommune. Tlf 900 22 550 / 69 33 85 26

Landsforeningen for utekontakter har følgende nettside: www.utekontaktene.no

Organisasjonens målsettinger er blant annet å

- bidra til fagutvikling og kompetanseheving for det oppsøkende feltet
- synliggjøre utekontaktens arbeid og de problemstillinger feltarbeiderne møter i sitt daglige virke i ungdomsmiljøene
- bidra til god informasjonsflyt fra den enkelte utekontakt til aktuelle faginstanser og samfunnet for øvrig
- bidra til kontaktetablering mellom utekontaktene både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå
- bistå utekontakter med praktisk hjelp og støtte i forbindelse med fare for nedleggelse eller omorganiseringer
- gi informasjon og drahjelp til kommuner som ønsker å starte utekontaktdrift.

LUK erfarer at tendensen i Norge i dag er at flere og flere kommuner starter opp utekontaktdrift, da de ser nytten av å supplere sine ordinære tjenester med utekontaktens oppsøkende arbeid i ungdomsmiljøene. Feltarbeidernes kontinuerlige kontakt inn i ulike ungdomsmiljøer gjør det mulig for kommunen å iverksette rett tiltak til rett tid, og ikke minst iverksette forebyggende tiltak som kan redusere og bremse negativ utvikling før skadeomfanget er for stort. Et godt forebyggende ungdomsarbeid vil både bedre levekår for den enkelte, og spare kommunen for svært dyre ”reparerende” tiltak i ettertid.

5. 0. Analyse

I dette kapittelet vil vi ta for oss hvilke ulike målgrupper som tilbys hjelp og behandling av ambulante team, samt hvilke oppgaver og arbeidsmetoder som brukes. Vi vil også analysere ulike variasjoner innen organisering og samarbeid, og sentrale utfordringer i relasjon til dette. Videre ser vi på hvilke faggrupper som arbeider i slike tjenester, hvordan frivillige kan brukes, samt hvordan man bør ivareta og styrke disse gruppene.

5.1. Hvem er det som tilbys hjelp og behandling av ambulante team?

Ambulante tjenester gis til en rekke ulike målgrupper. Vi har grovt delt dem inn i følgende tre grupper:

1. Personer med langvarig rusproblematikk, ofte i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse
2. Rusfri ungdom og ungdom i faresonen
3. Personer med behov for psykiatrisk behandling i kommunene

5.1.1. Personer med langvarig rusproblematikk, ofte i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse

Ambulante tilbud rettet mot denne målgruppen utgjør hovedvekten i vårt innsamlede materiale. Det rapporteres om at denne gruppen øker i omfang og at de blir stadig yngre. Lederen av BRU-prosjektet påpeker at deres ungdommer ofte har flere diagnoser. Mange andre informanter forteller at disse personene ikke er diagnostisert og derfor ikke kan kalles dobbeltdiagnostiserte - men lidelsene er uansett de samme. Disse personene utvikler ofte omfattende og sammensatte sosiale, helsemessige, økonomiske og relasjonelle problemer, noe som også forsterker den underliggende problematikk i en ond sirkel som det kan virke nærmest umulig å komme seg ut av.

Noen av tiltakene som omhandles i denne rapporten er spesielt rettet mot utvalgte grupper, med store og sammensatte problemer. Et eksempel er gateprostituerte rusmisbrukere. Disse kvinnene mangler ofte et sted å bo, har ofte overgrep-bakgrunn og undersøkelser viser at de er spesielt utsatt for vold.

Rusmisbruk medfører også ofte kriminalitet. Prosjektet *Fra fengsel til kommune* arbeider for å reintegrere personer i hjemkommunen etter fullført soning. Denne gruppen har behov for behandling for rusmisbruk og sin eventuelle psykiske lidelse. I tillegg mangler de ofte bolig og sosialt/familiært nettverk, og trenger sysselsettingstiltak.

Rusmisbruk hos personer med psykiske lidelser et stadig økende fenomen, og må sees i sammenheng med økt rusbruk i befolkningen generelt. Personer med psykotiske lidelser har 4-5 ganger økt risiko for å utvikle rusmisbruk (narkotikamisbruk mest vanlig) enn befolkningen forøvrig (Reiger et.al. 1990, Kavanagh et.al 2002). Omvendt er det også velkjent at mange utvikler psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser som følge av sitt rusmisbruk.

Denne pasientgruppen har dobbelt så stor fare for å begå suicidforsøk som befolkningen totalt. (Nicholas Carr "Suicidologi" nr. 1/2001).

5.1.2. Rusfri ungdom og ungdom i faresonen

Dobbelt så mange ungdommer ruser seg i dag som for fem år siden, de gjør det tidligere enn før, og antagelsen om at disse kommer fra ressursvake/belastede hjem holder ikke stikk. Bruk av blant annet hasj og ecstasy er i ferd med å bli en normalitet- og identitetsskapende prosess for stadig flere. I noen ungdomsmiljø (som i HIP HOP og Technomiljøene) er dette mer fremtredende. De som ruser seg på slike stoffer blir gjerne trendsetterne med stor påvirkningskraft på andre ungdommer. Videre viser det seg at voksnes formaninger og skremser om et framtidig ødelagt liv ikke virker avskrekkende, snarere tvert om ("Doblet Dopbruk på 5 år" – Dagbladet 14.03.2002.)

Denne utviklingen stiller store krav til helse og sosialtjenesten, som både må tenke nytt og også rette nye og annerledes tiltak mot nye målgrupper, spesielt i forbindelse med forebyggende arbeid.

Flere av våre informanter viser til forebyggende ambulante tiltak rettet mot ungdom som står i fare for å utvikle misbrukproblematikk/kriminalitet. Noen av disse tiltakene kan være rettet forebyggende mot "alle" ungdommer, slik som arbeidet til ungdomskontakten i Løten Kommune. Andre tiltak er rettet mot grupper ungdommer en mener er spesielt utsatt for et framtidig rusmisbruk, slik som Uteseksjonen i Oslo og Utekontakten i Bergen som driver flere differensierte tilbud til ulike målgrupper. Her gripes det fatt i populære trender i ungdomskulturen, og ved å etablere arenaer og aktiviteter som bygger på disse, kommer behandlerne i dialog med og bygger positive relasjoner til ungdommene, som et rusfritt alternativ. Den samme tankegangen ligger også bak ambulant tilbud til MINOritetsreamet til Uteseksjonen i Oslo kommune, som har marginaliserte, etniske minoritetsungdommer som målgruppe.

5.1.3. Personer med behov for psykiatrisk behandling i hjemkommunen

En av intensjonene med Psykiatireformen er at personer med psykiske lidelser i størst mulig grad skal få behandling og hjelp i sitt nærmiljø/kommune. DPS teamene har således som oppgave å tilby sine tjenester og fagkompetanse til både pasienter og samarbeidspartnere i kommunene.

Poliklinisk ambulant virksomhet er derfor blitt en vanlig arbeidsform, der de ansatte i spesialisthelsetjenesten reiser ut til de kommuner de samarbeider med og tilbyr behandling og oppfølging av pasienter med behov for mer/annen hjelp enn det de ansatte i kommunene er i stand til å tilby. Det dreier seg ofte om personer med alvorlige sinnslidelser og sammensatte hjelpebehov, ofte med rusproblemer i tillegg. DPS- teamenes oppgaver i kommunene favner også veiledning, undervisning og samarbeidsmøter med kommunehelsetjenesten. I distrikt med store reiseavstander foregår mye av arbeidet som indirekte arbeid gjennom veiledning av ansatte i kommunehelsetjenesten. I vårt materiale representerer Salten DPS og alle DPSene i Finnmark slike tilbud. Noen av disse arbeider bare med voksne, mens andre hjelper barn og ungdom.

5.1.4. Hva er det som skiller disse målgruppene fra andre som mottar helse og sosialtjenester?

Fellesnevneren for alle som mottar ambulante tjenester er at det etablerte hjelpeapparatet kommer til kort i møtet med disse personene. Problemene er spesielt knyttet til oppbygging av tjenestene, innholdet/metodene som benyttes, og kanskje viktigst, koordineringen av de ulike tiltak, samt den kontinuerlige oppfølgingen mange har behov for. Videre har ikke den etablerte helse og sosialtjenesten vært i stand til å komme i forkant/utarbeide en handlingsberedskap i forhold til ny problematikk og nye målgrupper.

Dette synliggjøres blant annet ved at disse klientene i liten grad nyttiggjør seg det etablerte hjelpeapparatet. De takler ikke faste åpningstider, venterom, bestilling av timer, køer osv. En del klienter vet heller ikke hvor de skal henvende seg for å be om hjelp. Noen av disse kommer fra andre kulturer, og representerer helt spesielle utfordringer.

Mange har også gitt opp å få hjelp. Disse klientene er ofte svært vanskelige å komme i en positiv relasjon til, og det krever en tålmodig og langvarig innsats å bygge opp den nødvendige trygghet og tillit. I tillegg har mange en ustrukturert livsstil og er avhengig av et individuelt tilrettelagt, fleksibelt tilbud som framstår som ufarlig og ubyråkratisk.

5.2. Oppgaver og arbeidsmetodikk

Som beskrevet over er brukerne av ambulante team en meget heterogen gruppe. Dette avspeiles også i det de ambulante teamene gjør, - og hvordan de gjør det. For bedre å kunne systematisere og gi en oversikt over teamenes arbeidsoppgaver og arbeidsmetodikk, har vi valgt å differensiere mellom primær, sekundær og tertiærforebyggende tiltak. Det er imidlertid glidende overganger mellom disse tiltakene.

5.2.1. Primærforebyggende arbeid

Noen av de ambulante teamene utfører primærforebyggende tiltak der de etterstreber å være i forkant til problemstillinger knyttet til rus, psykiske lidelser, sosiale problemer med mer. Uteseksjonen i Oslo – ”ung i byen” er et eksempel på oppsøkende virksomhet der det er mulig både å være i forkant med utviklingstrekk i ungdomskulturen, samtidig som de observerer og kartlegger ungdomsmiljøene.

Møtestedet på Løten har en primærforebyggende funksjon hvor man tilbyr ulike aktiviteter for alle kommunens ungdommer.

Noen av de ambulante teamene driver også med forebyggende, oppsøkende informasjonsarbeid i skolen. BRU-prosjektet driver også med veiledning av skoler, spesielt i forhold til atferdsproblematikk.

5.2.2. Sekundærforebyggende arbeid

Mange av informantene har beskrevet ulike oppsøkende tiltak, som foregår på ungdommens egne møtesteder og arenaer, men også i hjem og skole. Noen team driver egne møtesteder for kommunens ungdom, som for eksempel Utekontakten i Tromsø.

Kontaktetablering er et sentralt punkt; mange av disse ungdommene har opplevd mye avvising og det å etablere bærende relasjoner med teamet kan være spesielt utfordrende. Flere team erfarer at det å gjøre praktiske oppgaver sammen, som matlaging, snekring og ”mekking” kan være et godt utgangspunkt for relasjonsbygging. Mange ungdommer trenger mye praktisk hjelp og rådgivning, samt følge til avtaler med helse/sosialetaten.

Betydningen av tidlig å trekke inn familien og ungdommens øvrige nettverk betones sterkt. Nettverksteamet i Trondheim bygger opp en gruppe rundt ungdommene, for å vise at noen bryr seg om dem. Gruppen består av familie, slekt og venner, samt offentlige personer som lærere, sosialarbeidere med flere. Disse inviteres til å hjelpe ungdommene til å skape endring og positiv utvikling.

Flere team, som Uteseksjonen i Oslo, gir individuell oppfølging, mens Utekontakten i Bergen kommune også legger til rette for gruppesamtaler med ungdommer med sammenfallende problematikk.

5.2.3. Tærtiærforebyggende arbeid

Arbeidet som retter seg mot den store målgruppa som er beskrevet i punkt 5.1.1, (Personer med langvarig rusproblematikk, ofte i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse) er primært av tærtiærforebyggende karakter.

Materialet viser at denne gruppa klienter får flere ulike tjenester alt etter problematikk og situasjon.

Tilbud på gata: Dette er tilbud til de som midlertidig eller kontinuerlig er uten bosted, med de økonomiske, sosiale, helsemessige og velferdsmessige konsekvenser det medfører. Tiltakene her spenner fra å bidra til å dekke de grunnleggende behov for mat, søvn, hygiene, helsehjelp og preventiver, til å bidra med annen praktisk støtte som å følge klientene til avtaler med hjelpeapparatet og til å søke om trygdeytelser med mer. Kirkens Bymisjons omsorgsbasis i Bergen og Frelsesarmeen i Oslo har denne målgruppen spesielt i fokus, og legger stor vekt på både oppsøkende virksomhet og drift av Suppebuss og Natthjem. Utekontakten i Bergen (Kaiateamet) har kvinner i gateprostituasjon som målgruppe, og driver varmetue/helsestue. Oppsøkende og koordinerende tjenester i Oslo kommune driver med mye akutt hjelp, for eksempel i forbindelse med overdoser. Det kan se ut som om det er i arbeidet med disse klientene at de frivillige og de offentlige tjenestene har mest sammenfallende oppgaver.

Tilbud hjemme: Tiltakene dreier seg i hovedsak om å tilrettelegge for at klienten skal etablere seg i egen bolig, både i boligen og også i forhold til nærmiljøet. Nettverksbygging og arbeid med pårørende står også sentralt. Arbeidet forgår i stor grad som hjemmebesøk i klientens bolig, der klienten får hjelp med praktiske, sosiale, økonomiske og personlige problemstillinger. Betydningen av individuell plan og avsvargrupper framheves av flere, samt at oppfølgingen må være helhetlig, individuell og koordinert. Tilbudet framstår totalt sett som meget fleksibelt og tilpasset klientenes behov.

Både Rus / psykiatritjenesten i Tromsø og ROP-prosjektet på Tøyen DPS hevder at man best kan hjelpe mennesker med dobbeltdiagnoser i den konteksten de skal fungere. Dette er også et viktig budskap fra Ambulerende boteam i Drammen.

Rusbehandling: ”Rusbehandling” er et vidt og upresist begrep, som favner mange ulike modeller, metoder og behandlingstiltak ift personer med forskjellige typer rusproblematikk, alder og sosial situasjon med mer.

Den målsetting teamene legger til grunn for sitt arbeid får også stor betydning for hva de gjør på hvilken måte. Noen ambulante team bidrar til Legemiddelassistert rehabilitering, slik som Grunerløkka bydel i Oslo, forebyggende arbeid. Andre som arbeider med de tyngst belastede rusmisbrukerne, slik som Kirkens Bymisjons Omsorgsbasis for kvinner i Bergen, har ”omsorg, samt reduksjon av skader fra prostituasjon og rusmisbruk” som målsetting.

Mange team viser til en linjær behandlingsprosess strukturert ut fra fasene kartlegging, utredning, diagnostisering, iverksetting av ulike tiltak (individuellt og i grupper) og forbygging av tilbakefall. Andre arbeider med akutte problemstillinger som må løses raskt, som Oppsøkende og Koordinerende Tjenester i Oslo. I kategorien ”tiltak” er det et meget bredt spekter, alt fra basalt omsorgarbeid, sysselsettingstiltak, samtalerterapi, rehabilitering og

legemiddelassistert rehabilitering, avhengig av teamets målgruppe og målsettingen for arbeidet.

Et annet tiltak mange team bruker mye tid og ressurser på, er å koordinere de ulike tjenestene fra ulike etater som klientene har rett til, på en tilfredsstillende måte. Mange klienter må ha følge til ulike etater til å fylle ut skjema og finne fram i den byråkratiske jungelen.

Teamarbeideren fungerer derfor gjerne som ”klientens talsmann”, en garantist for at vedkommende får tilgang til de rettigheter han har krav på ifølge lovverket. Dette er på mange måter en paradoksal situasjon; tjenesteapparatet er organisert og fungerer på en slik måte at det til dels blir utilgjengelig for de som er dens målgrupper.

5.2.4. De ulike metodene,- hva kjennetegner disse?

Når det gjelder hvilken behandlingsfilosofi og metoder/modeller de legger til grunn for sitt arbeid, kan ved første øyekast virke som om mangfoldet og variasjonen er svært stort også på dette området. Ved nærmere ettersyn mener vi å ha dekning for å hevde at de ulike metodene representerer flere fellestrekk som mange av teamene framhevet som sentrale for å kunne lykkes i sitt arbeid.

Betydningen av å etablere trygge relasjoner og positiv tilknytning til både terapeuter og familie/annet nettverk framheves av mange. Dette tar utgangspunkt i et syn på individet som sosialt, menig – og felleskapssøkende, og også i stand til å lære nye ferdigheter og endre adferd i positivt samspill med andre. Teorier som underbygger en slik tilnærming, er systemteori, og symbolsk interaksjonisme.

Disse teoriene har igjen påvirket mer praktisk orienterte metoder og modeller som nevnes av flere i vårt utvalg. Her kan nevnes New Hampshire-metoden, normalitetsmetoden, Urie Borfenbrennes modell og narrativ terapi

Videre framstår Empowerment tilnærmingen som meget sentral for mange ambulante team. Ut fra et kontinuerlig fokus på likeverdighet, myndiggjøring og brukermedvirkning, samt en grunnleggende tro på at den enkelte person innehar kvaliteter og kapasitet til å håndtere sin situasjon, iverksetter flere team ulike tiltak. Trekk fra Empowerment-tenkningen gjenfinnes også i vårt materiale, som i en løsningsfokuseret tilnærming, hvor man tenker på å fremme muligheter framfor hindringer og på den måten skape betingelser for mestring og anerkjennelse.

Et gjennomgangstema i denne rapporten er problemstillinger relatert til manglende koordinering og oversikt over det samlede tjenestetilbudet klientene har behov for. Videre dokumenteres det at tilgjengeligheten og fleksibiliteten i tjenestetilbudet er for dårlig. Case Management og Koordinering av psykososialt arbeid er metoder som fokuserer på å løse disse utfordringene, og flere team oppgir at de bl.a legger disse til grunn for sitt arbeid. Salten DPS framhevet at det er av avgjørende betydning at de representerer kontinuitet og stabilitet over tid, og at de legger stor vekt på å være fleksible i tilnærmingen til klienten og utformingen av tjenester rettet mot den enkelte. Konsekvenser av denne innsatsen er at de har svært liten bruk av tvunget psykisk helsevern, og at stort sett all kontakt foregår frivillig.

Vårt materiale viser at ambulante team anvender et variert utvalg behandlingsmetoder/modeller på en reflektert og aktiv måte. Det virker som om de også på dette området er ”i forkant”, ved praktisk og pragmatisk anvendelse av både etablerte og nyere metoder. Videre framstår metodeutviklingen solid fundamentert i klinisk praksis, og ikke minst, spesielt tilpasset brukergruppas ulike behov. Mange team framhever betydningen av å kjenne til og

benytte seg av ungdommens språk og kommunikasjonsform. Bruk av mobiltelefon/SMS i kontaktetablering og avtaleinngåelser har vært vellykket flere steder.

5.2.5. Fagutvikling, undervisning og veiledning

Det drives mye viktig utviklingsarbeid på dette feltet, og mye av dette foregår som prosjektarbeid. Noen prosjekter dreier seg om kartlegging av ulike problemområder, slik som kartlegging av vold overfor kvinner i prostitusjonsmiljø eller hvilke helseproblemer denne gruppa har.

Andre prosjekter arbeider med å utvikle metoder, slik som *Fra fengsel til kommune og Prosjekt Boligløse*. Mange av de faste tjenestene driver også med viktig metodeutvikling, slik som Nettverksteamet i Trondheim som har utviklet Flipover-metoden. Her er det utviklet og utprøvd nye arbeidsmåter for ambulante team. En viktig arbeidsoppgave i kjølvannet av dette har da vært å spre resultatene og kunnskapen til andre som arbeider med lignende problematikk. Blant annet har Flipover-metoden som ble utviklet for ungdom med rus/kriminalitets-problematikk, vist seg å ha overføringsverdi til bruk i skoleklasser der læringsmiljøet er dårlig. Mange team har utviklet en verdifull spisskompetanse som de også underviser og veileder samarbeidspartnere og kolleger i. Et eksempel er Uteseksjonen i Oslo kommune, MINOritetsteamet, som har arbeidet med marginaliserte etniske ungdommer med rus/kriminell bakgrunn. Ambulante team i spesialisthelsetjenesten har også oppgaver relatert til undervisning og veiledning til kommunehelsetjenesten.

5.3. Organisering og samarbeid

Det er et stort mangfold også når det gjelder organisering av tjenestene. Som beskrevet i kapittel 2.2. foregår mye av dette arbeidet i kommunal regi. Private organisasjoner står også bak mange tiltak, i tillegg til at en del DPSer har utviklet slike tilbud. I rapporten blir det beskrevet en rekke samarbeidsprosjekter og tiltak på tvers av kommunale etater, sykehus, frivillige organisasjoner med flere. Vi vil understreke at vårt utvalg ikke er representativt, men at vi har beskrevet tjenester som er gode og har noe å lære andre.

Det er stor enighet om at dagens behandlingsapparatet er for oppsplittet og ikke evner å se på helheten i pasientenes liv. De fleste informantene har pekt på at det er store uløste utfordringer i forhold til samarbeid mellom tjenestene, noe som medfører at tiltakene ikke er godt nok koordinerte og tilpasset den enkelte klient og hans behov. Dette er et stort og velkjent problem for hele helsevesenet, men blir ekstra alvorlig for denne gruppen fordi de gir opp å få hjelp. De faller i mellom alle ”stoler” i helse og sosialvesenet, og blir kasterballe mellom psykisk helsevern, rusmiddelomsorg og sosialtjeneste, der ingen erkjenner totalansvar for hele behandlingen og personen. Konsekvensen er ofte at den hjelpsøkende opplever seg konstant avvist, og en proporsjonal tyngende avmaktfølelse hos behandlerne. Svært mange av våre informanter forteller at de tar seg av mennesker som ingen andre tar seg av, og at de bruker mye ressurser på å hjelpe dem til å få kontakt med de nødvendige instanser.

Det kan slås fast at en tradisjonell behandlingsform der tjenestene og ansvaret er plassert på flere tjenestenivå og mellom mange etater og personer ikke har ført fram. Dette er en meget uheldig situasjon. Klientene har store lidelser, lever uverdige liv og medfører store kostnader for samfunnet. Uten behandling er prognosen dårlig (Svein Skjøtskift, Tidsskrift Norsk Lægeforening 2002, 122:2428).

De fleste kommuner og spesialisthelsetjenester har atskilte tilbud for rus og psykiatri, og denne organisasjonsformen skaper et oppsplittet tilbud. Fra Modum har vi beskrevet hvordan man har klart å arbeide på tvers av etatene i den lille kommunen. I Tromsø kommune er rus

og psykiatritjenesten slått sammen, og dette gir bedre kvalitet på tilbudet på alle måter; den faglige kvaliteten bedres, man utnytter ressursene, tjenestene blir samordnet og preget av kontinuitet. Som vi tidligere har beskrevet sliter mange pasienter både med rusmisbruk og psykiske lidelser, og følgelig bør disse tjenestene samordnes i mye større grad enn hva som er tilfelle i dag.

Vi har også sett eksempler på at kommuner og spesialisthelsetjenesten eller frivillige organisasjoner oppretter nye tilbud sammen ved å dele på driftsutgiftene og bidra med forskjellig kompetanse. Et eksempel er at Tromsø kommune og Universitetssykehuset i Nord-Norge sammen har opprettet tre ulike ambulante tiltak. Et annet eksempel på vellykket samarbeid står AKS for, som er et tiltak drevet av Tønsberg kommune og Kirkens bymisjon i felleskap. I mange tilfeller starter samarbeidet som et prosjekt, som etter hvert blir et permanent tilbud.

Øst-Finnmark DPS og Vardø kommune har utviklet faste samarbeidsfora hvor de samarbeider for å kunne gi personer med store sammensatte problemer en helhetlig, tverrfaglig bistand. Dette koster DPSet dyrt i form av lang reisetid og tapte inntekter, men samarbeidet anses som uvurderlig i forhold til effekten av det arbeidet som utføres. Et lignende samarbeid ønsker man å etablere mellom Vest-Finnmark DPS og Alta kommune, men dette avhenger av at man får driftstilskudd fra Sosial og helsedirektoratet. Stiftelsen Bergensklinikkene og Bergenhus bydel har tidligere planlagt et slikt felles prosjekt hvor hensikten var at Stiftelsen Bergensklinikken skulle styrke den faglige innsatsen som bydelen utførte overfor personer med tyngre rusmiddelproblematikk. Dette prosjektet fikk ikke midler og ble derfor ikke realisert.

Fra *Fengsel til kommune* er finansiert av Sosial og helsedirektoratet, og drives av Kriminalomsorgen region vest, Kompetansesenteret for sikkerhets-, retts- og fengelsepsykiatri, Haukeland universitetssykehus, stiftelsen Bergensklinikkene, samt forskjellige kommuner i Hordaland. De ulike samarbeidspartnerne bidrar med fagpersonene i prosjektet.

De fleste som har beskrevet tjenester som er drevet av flere eiere, har bare gode erfaringer. Dette gjelder imidlertid ikke BRU- prosjektet i Arendal, som drives i et samarbeid mellom sykehuset og barnevernet (staten). De erfarer at det gir administrative, økonomiske og datamessige problemer som bør løses.

Alle tjenestene fremhever betydningen av å samarbeide med det øvrige hjelpeapparatet. De fleste forteller at dette samarbeidet stort sett fungerer godt, men at det er preget av at det er for få ressurser som igjen gjør at tilbudene er utilstrekkelige og dermed vanskelig tilgjengelige. Finansieringsordninger kan også bidra til å skape uheldige konsekvenser. Uteseksjonen i Oslo forteller at den nye økonomiske fordelingsnøkkelen gjør at barnevernet tvinger bort de mest ressurskrevende ungdommene, og at spesielt etniske minoriteter faller utenfor. Andre peker på at det være fristende for kommunene å utsette hjelpen til ungdommen har fylt 18 år og faller inn under sosialomsorgen, siden tiltak til ungdom under 18 år koster penger for kommunene. Det er imidlertid en svært dårlig løsning både samfunnsøkonomisk og for den enkelte.

Et annet stort problem som går igjen i hele landet er mangelen på plasser, både til avrusning, behandling og ettervern. Det er viktig at tilbudene er differensierte, slik at man for eksempel slipper gi unge over 18 år et tilbud om hospice eller tradisjonell avrusning. I Finnmark har de ingen døgnbehandlingsplasser for ungdom som sliter med rus og selvmordsproblematikk.

Finnmarksklinikken som behandler voksne har heller ikke plass til å ta imot disse. For å løse disse problemene, kreves både utbygging og nytenkning. Det er interessant å merke seg at man i Telemark nylig har foreslått opprettelsen av et ambulante tilbud om avgiftning, som et samarbeid mellom akutt-teamet ved psykiatrisk klinikk, Sykehuset Telemark HF, Borgestadklinikken og kommunene.

Det er også stor mangel på sysselsettingstiltak. Salten DPS og BRU-prosjektet fremhever at det er spesielt vanskelig å finne egnede tilbud for de dårligst fungerende. Det er behov for tilbud hvor klienter kan få komme selv i ruset tilstand og gjøre noe meningsfullt og føle at det er behov for dem.

Det er et stort spenn i utvalget når det gjelder omfanget av problemer og størrelsen på tjenestene. I den ene enden av skalaen finner vi Oslo som har flere store tjenester som igjen består av ulike team. I den andre enden finner vi ungdomskontakten i Løten kommune som driver oppsøkende virksomhet sammen med hunden sin. Lederne ved uteseksjonene i de store byene - Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger - står overfor mange felles storbyproblemer, og jobber i større grad mot ungdom som har etablert ulike typer stoffmisbruk. I tillegg jobber de forebyggende med ungdom som er i faresonen, i likhet med mindre byer. Lederne ved uteseksjonene i de store byene har etablert et samarbeidsfora som har fungert i ett år, hvor de blant annet arbeider for å sette storbyfenomenene på den politiske agenda. Landsforeningen for utekontakter har også 6 regionale nettverk hvor det foregår utveksling av erfaringer og gjensidig støtte.

5.4. Ansatte og frivillige

5.4.1. Ansatte

De fleste som arbeider i ambulante team har en sosialfaglig høyskoleutdanning; sosionomer, barnevernspedagoger og vernepleiere. Det er også ansatt mange sykepleiere. Mange av de med treårig helse og sosialfaglig utdanning har relevant videreutdanning innen psykisk helsearbeid, rusomsorg, med mer. I tillegg arbeider enkelte samfunnsvitere, psykologer, leger og psykiatere i ambulante team, spesielt ved DPSene.

Det økende antallet av pasienter med sammensatte problemer, medfører at fagpersonell trenger kompetanse både på rus og psykiatri. Selv om mange av de ansatte har videreutdanning innen dette feltet, er dette et område man bør satse på fremover og som man bør ivareta ved nyansettelser. Hovedinntrykket er at det tverrfaglige samarbeidet fungerer bra, og at man bevisst bruker hverandres kompetanse for å hjelpe pasientene.

En del av informantene legger vekt på at man bør ha en balansert kjønnsfordeling, for å kunne utfylle hverandre i forhold til pasientenes behov og ønsker. De var også opptatt av å ansatte personer med ulike etnisk bakgrunn og fra forskjellige aldersgrupper. Ansatte i ambulante team har mange ulike roller og arbeidsoppgaver, og det er nødvendig med stor fleksibilitet og åpenhet for å mestre dette. Det er også viktig å være romslig og kunne tåle en støyt.

Ambulant arbeid er utfordrende og krevende på mange måter. Det er en stor belastning å være vitne til så mye lidelse, å se folk dø av overdoser, eller at de ikke får den nødvendige hjelp. Voldsepisoder kan oppstå, og det kan også oppleves som belastende å arbeide i døgnkontinuerlig turnus. Flere av informantene fortalte at de var tilgjengelige på mobiltelefon både natt og dag, og på sikt kan den personlige belastningen bli stor. Noen team oppgir å ha

høy turnover ("gjennomtrekk"), noe disse faktorene kan bidra til. Stor turnover er uheldig både fordi man mister verdifull kompetanse og fordi pasientene trenger stabile hjelpere.

De fleste som arbeider i ambulante team får tilbud om veiledning, og dette er nødvendig for å unngå utbrenthet og styrke kompetansen til de ansatte. Stadig flere fokuserer på tiltak for å ivareta sikkerheten hos personalet, ved at de for eksempel går to og to sammen.

Metodeutvikling er også viktig for å styrke kompetansen og statusen til de som arbeider ambulant. Rusmiddelstaten i Oslo har bidratt på flere måter til dette. Prosjektet *Taus kunnskap* var et tiltak for å synliggjøre og spre ulike former for taus kunnskap blant sosialarbeiderne, og reflektere over denne for å bedre kvaliteten på tjenestene. De har også startet opp en ny videreutdanning i utekontaktarbeid i samarbeid med Høgskolen i Oslo, for å heve kunnskaps- og ferdighetsnivået. Rusmiddelstaten holder videre på med å skrive en lærebok til denne videreutdanningen.

5.4.2. Bruk av frivillige

Flere av tjenestene som er beskrevet benytter frivillige i arbeidet. Omsorgsbasen i Bergen har 15 personer som har arbeidet som frivillige gjennom mange år. Kvinnene som besøker omsorgsbasen er ofte i store kriser, og det er derfor viktig at de frivillige har høy kompetanse – flere har helsefaglig bakgrunn. Også Frelsesarmeen i Oslo benytter frivillige. Disse må gjennomgå et intervju og være helt ferdige med eventuelle egne rusproblemer. Frivillige brukes til en rekke oppgaver; som "suppebussen", på kontaktsenteret, samt oppsøkende arbeid for å tilby uteliggere et overnattingstilbud vinterstid. Frelsesarmeen har rekruttert 70-80 personer, og må avvise flere som ønsker å bidra. Det kan synes som om det er et ubrukt potensiale å bruke frivillige i slikt arbeid.

I *Prosjekt rusfritt nettverk* bruker man frivillige på en ny måte, nemlig til å fungere som nettverk for rusmisbrukere som er ferdig behandlet. Dette er det er stort behov for. En brukerundersøkelse av tidligere misbrukere og innsatte utført av Røde Kors våren 2004, viste at svært mange ønsket slik kontakt med en frivillig. Det er viktig at de frivillige gjennomgår opplæring og at man vurderer deres egnethet. *Prosjekt rusfritt nettverk* gir også videre tilbud om fortløpende veiledning sammen med andre frivillige, og dette mener vi er viktig for å lykkes i slikt arbeid.

En helt annen form for frivillig arbeid dreier seg likemannsarbeid, slik vi har sett det fra utekontakten i Bergen. Her rekrutteres ungdom til å arbeide som normsendere for å forebygge rusmisbruk. Disse "dozere" er håndplukket på grunn av sine egenskaper, posisjoner og holdninger. De får også opplæring og veiledning på rollen sin både individuelt og i grupper.¹

¹ Oslo kompetansesenter utgir et hefte i desember 2004 ang Likemannsarbeid som er basert på forskning fra Australia og England, samt norske erfaringer

6.0. Anbefalinger og konklusjon

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Sosial- og Helsedirektoratet, avdeling for kommunale velferdstjenester, og hensikten med den er bl.a. å analysere i hvilken grad ambulante team kan være egnet i arbeidet med rusmisbrukere i kommunene, da både som verktøy og modell for organisering av tjenestene.

I dette avsluttende kapitlet vil vi besvare spørsmålet og også framheve noen utfordringer som mange av våre informanter mener er spesielt sentrale for at ambulante team skal lykkes med sin virksomhet.

Vårt samlede materiale gir et så å si entydig positivt svar på spørsmålstillingen. Som ambulerende boteam i Drammen uttrykker: *"Det virker å jobbe hjemme hos folk!"*

Hva kan trekkes fram for å underbygger denne konklusjonen?

Ambulante team som modell for organisering av tjenestene.

Ambulante teams virksomhet og organisering har i denne rapporten vært framstilt som et alternativ til hvordan kommuner og helseforetak tradisjonelt har organisert tjenestene og samarbeidet om rusmisbrukere (med eller uten dobbeltdiagnose). Rusomsorg og psykisk helsevern er organisert på to forvaltningsnivå (Helseforetak/stat og kommunehelsetjeneste). I tillegg splittes tjenestene ytterligere opp med sosialkontor, boligkontor, arbeidsformidling, psykiatrisk sengeavdeling, psykiatrisk poliklinikk, DPS, - for å nevne noe. Det totale hjelpetilbudet til denne gruppen blir da ofte forvaltet og utøvd av en rekke behandlere og hjelpere som iverksetter sine tiltak uten å kjenne til, samarbeide eller koordinere det samlede tilbudet personen har behov for. Det er dokumentert at denne gruppen klienter er spesielt sårbar i forhold til konsekvensene av en slik ansvarsfragmentering. Terskelen for å få den nødvendige helse/sosialhjelp og bli henvist til rette instans oppleves som uoverkommelig høy og byråkratisk for disse personene, som med bakgrunn i sine problemer og livsform ofte mangler den struktur og stå på evne som er nødvendig for å få de tjenester de rettmessig har krav på.

Dagens organisering av tjenestene, i kombinasjon med brukernes sammensatte og alvorlige problemer, forsterker ofte en allerede prekær, grunnleggende erfaring av å være utstøtt og avvist, og gjentatte møter med et fragmentert helse/sosialvesen kan i stedet for å tilby behandling og omsorg, bidra i en kontinuering nedadgående spiral.

De ambulante teamene vi har fått kjennskap til, har etter vårt syn tatt disse problemstillingene på alvor. De har klart å organisere både egen virksomhet og samarbeidet med andre etater på en nyskapende og virksom måte. Vi vil i denne sammenheng kort vise til følgende:

- Organiseringen av ambulante team prøver å legge til rette for at tjenestene oppleves som tilgjengelige, fleksible, forutsigbare og koordinerte for den enkelte bruker, og at tilbudet i størst mulig grad kan ta utgangspunkt der vedkommende befinner seg -også i begrepets helt bokstavelig forstand.
- Teamene er generelt forholdsvis ubyråkratisk, flatt og selvstendig organisert i små enheter. De har en relativt stor handlingsfrihet innenfor definerte rammer. Dette medfører bl.a. at de kan prioritere klientarbeid framfor saksbehandling, og ha en handlingsberedskap i forhold til akutte behov og nye utviklingstrekk i rusmiljøet.

- Det framgår også at de i tillegg til en selvstendig rolle og funksjon, samarbeider godt med den etaten de er underlagt, og også identifiserer seg med den dennes målsetting og verdigrunnlag.
- Mange ambulante team er organisert som prosjekter der målsettingen er å prøve ut nye tilbud for både etablerte og nye målgrupper. Dette gir gode muligheter for å utvikle tjenester på brukernes premisser og på den måten fornye tjenestetilbudet innenfra. Flere rapporterer at vellykkede prosjekt videreføres innenfor den ordinære virksomheten.
- Noen ambulante team er organisert som tverretatlige samarbeidsprosjekt, for eksempel Tromsø kommune og AKS Tønsberg. Resultatene fra disse prosjektene er spesielt interessante med tanke på framtidig organisasjonsmodeller.

Ambulante team som verktøy/arbeidsform:

Organisering og arbeidsform/metoder er ofte svært sammenvevd, og står derfor i et gjensidig påvirkningsforhold. Dette blir tydelig i vårt materiale, der vi ser at ulik organisering legger til rette for ulike arbeidsformer.

Den ambulante behandler rollen, og de arbeidsformene og oppgavene teamene benytter seg av og utfører, skiller seg i relativt stor grad fra tradisjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. Her har mye av arbeidet vært preget av et tungt offentlig byråkrati, samt at det i hovedsak har foregått på etatenes ulike kontorer og hjemmebane, - og som det blir hevdet i rapporten – i stor grad på etatenes og behandlernes premisser.

Mange av de ambulante tiltakene har oppstått som følge av disse brukerne faller utenfor det ordinære hjelpeapparatet. Hvilke arbeidsmodeller/tiltak er det ambulante virksomhet vektlegger, og som igjen kan krediteres de gode resultatene vi har dokumentert?

- Ambulante team utvikler og tilbyr differensierte tilbud. Dette er meget sentralt, siden målgruppen for tjenestene ofte har sammensatte og varierte problemstillinger, som også gjerne skifter over tid. Ambulante team benytter seg ikke av ordtaket ”Det er ikke mitt bord.” De prøver i stedet å dekke et nytt.
- De har realistiske målsettinger for arbeidet. Eksempelvis er ikke rusfrihet et mål for alle brukerne, teamene kan i stedet konsentrere arbeidet om å dekke grunnleggende fysiske, psykiske og sosiale behov i tråd med klientens ønsker.
- De baserer hovedvekten av arbeidet sitt på oppsøkende virksomhet på klientenes arenaer/treffsteder. I forebyggende og kurativ virksomhet er det viktig å sette inn tiltak på et tidligst mulig tidspunkt, før problemene får utviklet seg og fått større konsekvenser. Oppsøkende virksomhet gir muligheter til både å kartlegge og følge opp utsatte miljø, samt iverksette tiltak både i forhold til grupper av ungdommer og den enkelte.
- Oppsøkende virksomhet foregår på brukernes hjemmebane og i stor grad på deres premisser. Dette har vist seg å gi gode muligheter for å utvikle tillitsforhold og gode relasjoner.
- Ambulante team er utadrettet i dobbel forstand. De har også fokus rettet mot alle etater som bør trekkes inn i behandlingsopplegget. De fungerer også ofte som brobyggere og ”oversettere” mellom ulike etater og klienten.
- Teamene er oftest tverrfaglig sammensatt, og samarbeider ut i fra en samlet kompetanse som kan dekke målgruppas sammensatte og varierte behov.

Spesielle utfordringer i ambulant virksomhet

Vårt materiale viser at ambulant virksomhet rettet mot denne målgruppa gir gode resultater, både i forhold til den enkelte klient, og også i arbeidet med å utvikle nye og bedre tjenester. Mange av informantene framhever at arbeidsformen og organiseringen stiller til dels store krav til både organisasjon og ansatte. Vi vil avslutte denne rapporten ved å henvise til disse:

- Ambulant virksomhet er en krevende arbeidsform. Teamene består av få personer som ofte arbeider alene med til dels svært alvorlig problematikk. Oppgavene stiller store krav til både faglig bevissthet, innsikt i egne muligheter og begrensinger, og ikke minst betydningen av å sette de nødvendige grenser. Tilgjengelighet og fleksibilitet er viktige målsettinger, men står alltid i sammenheng med den aktuelle kontekst og hvilke ressurser den enkelte og teamet har til rådighet. Veiledning, fagutvikling og et positivt arbeidsmiljø framheves som meget sentralt i denne sammenhengen.
- Finansierings og henvisningsordninger må i større grad tilpasset ambulante arbeidsformer.
- Ambulante team klarer seg ikke alene. De er avhengig av at 2. linjas tjenester bygges ut i forhold til denne målgruppa, slik at klientene kan bli tildelt en institusjonsplass eller få psykiatrisk behandling på en poliklinikk når det er nødvendig.

Vedlegg 1: Brev med intervjuguide

Skien dato

Til

Sosial- og helsedirektoratet ønsker å kartlegge ambulante team som modell for tiltak overfor rusmiddelbrukere og mennesker med psykiske lidelser.

Man ønsker å kartlegge flest mulig forskjellige modeller av ambulante team som på ulike måter arbeider med rusmiddelmisbrukere / mennesker med psykiske lidelser. Disse kan være kommunale, private eller ligge under helseforetak. Det er viktig å få fram mangfoldet både ift målgruppene teamene har, hvilke arbeidsoppgaver de har og hvordan de er organisert. Man bør også få fram hvilke utfordringer tjenesten opplever.

Jeg viser til telefonsamtale og sender deg spørsmålene som ønskes besvart. Hvis noe er uklart, er det bare å ta kontakt. Det er ønskelig at svarene kan sendes via mail som vedlegg.

Vennligst beskriv følgende punkter:

- Bakgrunnen for tiltaket
- Hva gjør dere?
- Arbeidsmetodikk
- Bygger dere på noen spesiell teori?
- Positive og negative erfaringer
- Sammensetning av fagpersoner og erfaringer med det
- Hvilken myndighet har dere?
- Forankring
- Organisering
- Er det spesielle utfordringer knyttet til tjenesten dere vil få fram?
- Hvordan synes dere samarbeidet med andre instanser fungerer?
- Er det annen informasjon du synes hadde vært viktig å få formidlet til myndighetene eller andre som arbeider med rusmisbrukere?

Takk for hjelpen!

Vennlig hilsen
Trulte Konsmo
Prosjektleder
Stiftelsen GRUK

Vedlegg 2 : Prosjekt Bostedsløse

Utdrag fra www.husbanken.no

Nasjonalt prosjekt

Utjamningsmeldinga, Stortingsmelding nr 50 - 1998/99 satte fokus på bostedsløses situasjon i Norge, og ga flere forslag til tiltak overfor gruppen. Dette utløste et samarbeid mellom Sosial og helse departementet, Kommunal og regionaldepartementet og Husbanken om opprettelse av prosjekt bostedsløse.

Hovedmålsettingen for prosjektet er:

- Utvikle metoder og modeller for å motvirke og forebygge bostedsløshet
- Gi mulighet for utprøving av lokale helhetlige løsninger
- Skape grunnlag for og erfaringer for en nasjonal innsats / en nasjonal strategi
- Erfarings og kunnskapsformidling

Målgruppen for prosjektet er:

Mennesker uten bolig og med behov for oppfølging. Primærgruppen skal være de svakeste, de som i dag ikke har botilbud, og som klart faller utenfor det ordinære hjelpeapparatet.

Organisering:

Nasjonale og lokale prosjekt

Det nasjonale prosjektet er administrativt tilknyttet Husbanken og er faglig underlagt en styringsgruppe med representanter fra de to departementene og Husbanken. Etter etablering av et eget Sosial- og helsedirektoratet, er direktoratet representert i styringsgruppa fra og med 2002.

Det er samtidig etablert lokale prosjekter i de fem største byene i Norge, Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Kristiansand. Fra 2002 er det nasjonale prosjektet utvidet med deltakelse fra to andre byer, Drammen og Tromsø, samt at Kirkens Bymisjon, Frelsesarmeen og Kirkens Sosialtjeneste er kommet med. Prosjektene har lokale styringsgrupper med representanter fra kommunens sentraladministrasjon, helse og sosialsektor, boligsektor og Husbankens regionskontor.

Prosjektledelse

Prosjektledelsen i det nasjonale prosjektet skal følge opp kommuneprosjektene med råd og veiledning. Det vil bli opprettet en nasjonal referanse gruppe med representanter fra instanser som har spesialkunnskap og ideer om utvikling av tiltak for bostedsløse. Videre skal det arrangeres prosjektledersamlinger og kommunesamlinger for prosjektkommunene.

Prosjektledelsen skal delta i lokale arrangementer med informasjon, kompetanse og drøftinger om prosjektenes fremdrift.

Prosjektledelsen har nordiske og europeiske kontakter som bidrar til erfaringsoverføring på tvers av landegrenser. Spesielt innen Norden er problemstillingene omtrent de samme og ulike løsningsmodeller har overføringsverdi.

Nasjonalt prosjektråd

Det er etablert et nasjonalt prosjektråd som skal gi nyttige innspill til arbeidet overfor bostedsløse, og bidra til en faglig utvikling av prosjektet. Prosjektrådet skal være et viktig fora

for formidling av erfaringer fra arbeidet, og bidra til nettverksbygging mellom ulike organisasjoner og fagmiljøer.

Finansiering

Helse og sosialdepartementet har fra 2001 bevilget tilskudd til modell og metodeutvikling i prosjektkommunene. Med de nødvendige forbehold som følger med nye vedtak for hvert nye statsbudsjett, vil bevilgningene fortsette ut 2004. Som følge av utvidelse av prosjektet med to nye kommuner og frivillige organisasjoner, økte bevilgningen for 2002 til 16 mill kroner fordelt på tilskudd til prosjektledelse og tiltaksutvikling. For 2003 ble det bevilget 16 mill kr.

Fordeling av midler til modell - og metode utvikling foretas av den nasjonale prosjektledelsen etter totalvurdering av kommunens søknader

Kostnadene til nasjonal og lokal prosjektledelse dekkes av Husbanken.

I tillegg til prosjektkostnadene benyttes Husbankens finansieringsordninger med vesentlige tilskudd ved etablering av botilbud for bostedsløse.