



## Sammen om gode overganger

Rus oppleves ofte som en kompliserende faktor i behandlingen av mennesker alvorlig psykisk lidelse. Den store utfordringen er hvordan man skal sikre fleksible og tilgjengelige tjenester i kommunene, slik at de som i dag er langtidsinnlagt i sykehus, kan få et tilbud i sin hjemkommune.

Kommunene må gjøres robuste nok med gode tilbud innenfor områder som bolig, oppfølging og meningsfylt innhold i hverdagen. – Kunsten blir å se den psykiske lidelsen og ruslidelsen i en integrert forståelse og tilnærming, sier Tone Lise Brattrud ved Sykehuset Innlandet.

I sin masteroppgave med tittelen *Sammen om gode overganger* har hun sett på hvilke samarbeidsrutiner og relasjoner som må etableres mellom psykisk helsevern i kommunene og spesialisthelsetjenesten for å få til en god rehabiliteringsprosess for pasienten. Målet har vært å bidra til at gode samarbeidsmodeller som understøtter pasientens bedringsprosess. Da må fokuset være på rehabilitering og et verdig liv utenfor institusjon.

– Resultatene viser blant annet at man må sette pasientenes behov og medvirkning i sentrum for utvikling av tjenestene dersom man skal lykkes i samarbeidet. I tillegg må de ansatte bidra med tilrettelegging av materielle forhold innenfor en viss standard, skape møteplasser og sosiale arenaer, og samarbeide med pasientens pårørende, sier Brattrud.

### Kommunale tilbud ofte dårlig utbygd

For pasientgruppen som sliter med både rus og psykiske lidelser viser det seg at kommunale tjenestetilbudet ofte er dårlig utbygd og det er en del uklårheter knyttet til koordineringsansvaret.

– Funnene som er gjort i denne studien viser at kommunenes og sykehusenes perspektiv er nære hverandre i sin forståelse av det sentrale innholdet i gode samarbeidsmodeller. Det har vært mulig å bygge bro og samles om de gode erfaringene, sier Brattrud.

– Her er det mye å hente i å øke kompetansen på relasjonsutvikling og dialog, og avklare roller, ansvarsforhold og forventninger. Til pasientens beste er det viktig at samarbeidet mellom ansatte, pasient og institusjoner starter så tidlig som mulig, sier Brattrud.

Samarbeidet i et behandlingsforløp må baseres på dialog, god informasjonsutveksling, planlegging og ansvarlig rollefordeling. Når forholdene er lagt til rette vil tidlig kartlegging av pasientens problemområder sammen med felles målsetning være to faktorer som kan bidra til redusert

innleggelsestid på sykehus. – Koordineringsansvaret bør avtales og det bør i tillegg jobbes mer målrettet med bruk av Individuell Plan (IP). Til pasientens beste er det viktig å ha respekt og likeverdig behandling. Når det gjelder de ansatte må de kjenne til hverandres roller og funksjoner samtidig som de også skal kunne dele faglig kompetanse, sier Brattrud.

### Stadig i endring

Psykisk helsevern er organisert i flere forvaltningsnivåer, med spesialiserte sykehus-tjenester, distriktspsykiatriske sentra >>>



(DPS) og kommunale helsetjenester. Alle nivåene har de siste årene gjennomgått omorganiseringer mot et desentralisert psykisk helsevern, hvor målet har vært å utvikle tilgjengelige og sammenhengende tjenester av høy faglig kvalitet tilpasset befolkningens behov. Siden 1980-tallet har det vært en rekke større samfunnsreformer. Opptrappingsplanen fra 1999–2008 hadde som mål å etablere pasientnære tjenester innenfor det kommunale tjenestetilbudet og bygge ned de store psykiatriske institusjonene. Dette medførte store endringer innen DPS og sykehus. De statlige føringene vektlegger autonomi og rettigheter. Med den nye helselovgivningen som kom i 2004 ble det flere pasientrettigheter, større brukermedvirkning og mer ambulant virksomhet (SHdir 2006).

### Organisert diskontinuitet

I den nye rusreformen ble ansvaret for rusmisbrukere overtatt av de statlige helseforetakene. I den senere tid er mange sosiale tjenester samlet i NAV og vi har fått en ny fastlegeordning.

– Omorganiseringer og organisatoriske endringer har i flere tilfeller ført til at det er store variasjoner i tjenestetilbudet både i kommunene og på DPS nivå. Dette gjenspeiler seg i bemanningssituasjon, tilgjengelighet og ressurser. I tillegg blir tjenestene oppfattet som fragmenterte, forteller Bratrud.

Forskerne Nytingnes og Skjerve påpeker at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser har som mål å gi helhetlige sammenhengende tjenester, men blir organisert ut fra sykdomsfase og symptomintensitet, og at kommunale tilbud og fastlege er fremtredende ved milde symptomer.

– Det er et mønster som går igjen. Ved sterkere symptomer og lidelser vil sykehusinnleggelse være aktuelt. Når symptomene er dempet blir pasientene henvist tilbake til de kommunale tjenestene. Når den lidende i hvert ledd møter nye tjenester og fagpersoner kaller forskerne dette for organisert diskontinuitet, i og med at det innebærer stadig brutte relasjoner i vanskelige faser og overganger i livet, sier Bratrud.

### Store fremtidige utfordringer

I Stortingsmelding nr. 25 (96-97) viser erfaringene at det var svikt i alle ledd og på alle nivåer. Dette skulle den nye samhandlingsreformen prøve å rette på.

– Etter å ha lest gjennom samhandlingsreformen synes jeg at lite er gjort for å

imøtekomme utfordringene med å skape helhet og bedre sammenheng i tjenestetilbudet. Også veilederen for psykisk helsearbeid for voksne tar opp behovet for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, sier Bratrud. Skal psykisk helsevern få til de gode overgangene i fremtiden er det en rekke utfordringer som må løses.

– Det er noen grunnleggende problemstillinger knyttet til holdninger, kommunikasjon og vilje til å finne frem til helhetlige løsninger for pasientene. Slik jeg ser det, må pasientenes behov settes i sentrum, og vi må finne fleksible løsninger og ha en bred tilnærming med tverretattlig og tværfaglig samarbeid, sier Bratrud.

### Relasjonsbygging og trygghet

For rehabiliteringsprosessen viser det seg at det relasjonelle aspektet har stor betydning.

– På samme måte som at en god relasjon mellom pasient og helper ligger som en forutsetning for den faglige virksomheten, er relasjonen ansatte imellom av stor betydning. Fokus på bedringsprosesser og det helsefremmende perspektivet betyr også mye for de vi skal hjelpe. Trygghet, kontinuitet og forutsigbarhet er tre kjernebegreper i arbeidet med å sikre gode overganger. Både fra kommunalt hold og spesialisthelsetjenesten er det ønskelig med fleksibilitet og overlappning fra miljøpersonalet i sykehus til pasientens hjem, sier Bratrud.

Spesielt utfordrende er det med manglende kompetanse i behandlingstilnærmingen til pasienter med psykisk lidelse og et samtidig rusproblem. Dette gjelder både hos kommune- og sykehusansatte, samt svikt i kommunale tjenestetilbud til pasientgruppa. Her er dette med egnede boliger noe som må fremheves spesielt.

– Utfordringen er hvordan vi skal sikre fleksible, tilgjengelige tjenester og sammen gjøre kommunene robuste når det gjelder å bygge opp gode tilbud innenfor områder som bolig, oppfølging og innhold i hverdagen. Fastlegen savnes i det kommunale samarbeidet og har DPS en uavklart rolle for disse pasientene, sier Bratrud.

Til slutt nevnes utfordringen knyttet til utfordringen av psykisk helsevern i forvaltningsnivåer. Det fragmenterer mer enn det bidrar til helhetlige, sammenhengende tjenester. De økonomiske organisatoriske og faglige grensene skaper vanskeligheter for samarbeidet.

### Det finnes suksessfaktorer

Funnene som er gjort i denne studien viser at kommunenes og sykehusenes perspektiv er nære hverandre i sin forståelse av det sentrale innholdet i gode samarbeidsmodeller. Det har vært mulig å bygge bro og samles om de gode erfaringene.

– Det relasjonelle aspektet trekkes frem i betydningen av rehabiliteringsprosessen. I tillegg kommer betydningen av den uformelle kontakten, det å kjenne til hverandre, ha respekt for hverandres faglige vurderinger og en opplevelse av likeverdige samhandling. Det må jobbes strukturt og planmessig mot et liv utenfor sykehuset, sier Bratrud.

– Andre positive elementer som er verdt å merke seg er det man har fått til ved hjelp av mobile innsatsmidler og/eller andre statlige stimuleringsmidler. Mobile innsatsmidler er midler som benyttes til delfinansiering av tjenester i utskrivingsprosesser. Formålet er å finne smidige løsninger mellom tjenestenivåene når det gjelder oppgave og ansvarsforhold, sier Bratrud.

Avtalene er knyttet til oppfølgingstjenester som boveiledertjeneste, kommunale aktivitetstiltak, sysselsetting og meningsfull fritid. De har også vært brukt til oppretting eller styrking av målrettede tilbud i kommunene, som dagsenter og samarbeidsprosjekter. I prosjekter hvor man har lykkes har man med hjelp av disse midlene blant annet ansatt egen koordinator i kommunen over en tidsperiode for å sikre utskrivingsprosessen. Da må man samtidig jobbe på et overordnet administrativt og politisk nivå for sammen å bygge omsorgsboliger og nødvendige oppfølgings-tjenester. Slik felles satsning kan bidra til at overgangen ut av sykehus blir bedre tilrettelagt for pasienten.

I dette arbeidet har flere respondenter svart at de ser stor nytte av å kunne bli med pasienten i en avtalt overlappingsperiode, slik at overgangen til livet utenfor sykehuset blir mindre sårbar. Pasienten får da oppfølging fra kjente personer han har en relasjon til fra tiden inne på sykehuset og denne kompetansen kan overføres og trygges hos de kommuneansatte som skal overta oppfølgingen. På denne måten blir båndene opprettholdt og virker forebyggende, betryggende og verdig, sier Bratrud.

# Evaluering av ACT

Personer som ikke klarer å benytte seg av det ordinære tilbudet er målgruppen for såkalte ACT-team (Assertive Community Treatment). Disse teamene jobber oppsøkende og skal levere helsetjenester og sosiale tjenester.

ACT har sin opprinnelse i England og USA, og er en av de behandlingsformene som har blitt mest evaluert. Målgruppen, som er de med alvorlige psykiske lidelser, eller i kombinasjon med alvorlig rusmiddelmissbruk, har vist gode resultater med blant annet bedret tilgang til helse- og sosialtjenester, bedret sosial fungering og færre innleggelsesdager på sykehus. ACT-teamene holder også kontakt med pasientene lengre enn det som er tilfelle ved andre former for behandling.

## Suksesskriterier

Skal personene i målgruppen for ACT oppnå ønskede behandlingsresultater er det viktig at hovedkomponentene i ACT-modellen følges. Forskning gjort i Danmark og England viser at en aktiv og oppsøkende arbeidsform er ett av de største suksesskriteriene. God bemanning, tverrfaglig og teambasert sammensetning er også viktige kriterier. Behandlingsfilosofien for ACT-teamene er å ha fokus på brukernes mestring, fungering og integrering i lokalsamfunnet.

## Relativt nytt i Norge

I Norge er ACT relativt nytt. Et pilotprosjekt ble startet i Mossregionen i 2006. Sykehuset Østfold ved Moss DPS og kommunene Moss, Rygge, Råde og Våler var de første i landet som etablerte ACT-modellen i sin helhet.

Vinteren 2009 ble det fra statlige helsemyndigheter utlyst midler for 3–5 år til områder der kommuner og DPS sammen ville prøve ut ACT-team, eller modeller for forpliktende samhandling mellom eksisterende tjenester. Per desember er 14 ACT-team og 10 prosjekter for samhandling tildelt midler.

A-hus og KoRus-Øst skal evaluere disse ACT-teamene. Evalueringen gjennomføres i samarbeid med Akershus universitetssykehus, og avdelingssjef Torleif Ruud ved FoU-avdeling psykisk helsevern ved A-hus er prosjektleder for evalueringen. Anne Landheim er sentral i arbeidet fra KoRus-

Øst sin side, og med seg i teamet fra KoRus-Øst har hun Hanne Stuen Kilen, Amund Aakerholt og Sigrun Odden.

Selve prosjektbeskrivelsen omtaler både utprøvingen av aktive ACT-team og modeller for samhandling. – Evalueringen blir spennende. Erfaringer fra USA kan ikke uten videre overføres til norske forhold. De har et helt annet helsesystem enn oss. Vi har velferdsstat med fastlegeordning og mye annet, og vi har en annen befolkningsstruktur, sier Odden.

ACT-modellen skal som nevnt prøve å nå de med de alvorligste problemene. De er for syke til å ta vare på seg selv, og klarer ikke å nytte seg av de tilbudene som er. I evalueringen er det fire hovedspørsmål vi kommer til å belyse, sier Odden.

## Evalueringsmodellen

For det første skal evalueringen se om målgruppen er nådd. Her skal pasientkjenetegn vurderes med utgangspunkt i spesifikke kriterier. Alle pasienter som gir sitt samtykke skal delta. – Vi tror det kan bli så

mange som 40 pasienter i hvert ACT-team, sier Odden.

Punkt to i evalueringsmodellen er å se om modellen er gjennomført etter de kriteriene som er satt for ACT-modellen. Det skal måles etter en såkalt Fidelity Scale.

– Dette er en troskaps-, eller trofasthets-skala hvor vi ser hvor nært teamene jobber opp mot ACT-modellen. I dette skal også aktiviteter i forhold til pasientene kartlegges og organisering og kontekst skal beskrives, sier Odden.

Det tredje punktet er å se om modellen har gitt ønsket effekt for målgruppen. Målet er å se om pasientene har endring i helse og rusmisbruk og om livskvalitet og sosial fungering har blitt bedret. Videre vil man finne ut om bruken av tjenester har endret seg. Tilfredsheten til pasienter og pårørende skal også kartlegges.

Siste punktet er å se på organiseringen og utfordringer knyttet til dette. – Her vil vi finne ut hvordan ACT-modellen er gjennomførbar sett med norske øyne. De ansattes erfaringer med ACT-teamene blir viktig i den sammenheng, sier Odden.



Illustrasjonsfoto: www.morguefile.com



# 90 millioner til implementering!

Arbeidsgiver- og interesseorganisasjonen Svenske kommuner och Landsting (SKL) startet i 2008 opp med sitt prosjekt «Kunnskap till praktik». Dette er et enormt stort prosjekt hvor SKL har det overordnede ansvaret for å bygge opp et kvalifisert støtteapparat for svenske kommuner og Landsting med implementering av nasjonale retningslinjer i misbruks- og avhengighetsomsorgen.

Det overordnede målet for denne satsningen er å utvikle og forbedre forholdene i den svenske misbruks- og avhengighetsomsorgen. Målet for utviklingsarbeidet er at alle som trenger hjelp skal få så god kvalitet og effektiv behandling eller rehabilitering som mulig.

– Vi skal gi best mulig pleie og tjenester til alle rusmisbrukerne. Dette gjør vi med utgangspunkt i *Socialstyrelsens nationella riktlinjer* som beskriver hvilke behandlings- og rehabiliteringsinnsatser som har størst medisinsk, sosial og økonomisk effekt, altså evidensbasert praksis, sier prosjektleder i SKL, Gunborg Brännström.

## 90 millioner til implementering

– Alt koster penger, men vi får mye igjen for innsatsen her. Myndighetene har gitt oss i underkant av 90 millioner kroner over en treårs periode, sier Brännström. Pengene går til å drifte organisasjonen, lære opp de som skal holde opplæring i implementering, samt kurs og utdanning til de som jobber i fagfeltet.

## Nasjonale, regionale og lokale oppgaver

«Kunnskap till praktik» er en overenskomst mellom den svenske regjeringen og SKL. SKL har det overordnede nasjonale ansvaret for implementeringsprosessen, hvor deres hovedoppgave er å innhente og spre all tilgjengelig erfaring, kunnskap og konkrete verktøy for implementeringen av de nasjonale retningslinjene. I tillegg ligger det i SKL sine oppgaver å støtte regionale partnerne økonomisk så vel som med planlegging, tilrettelegging og gjennomføring av tiltak.

## Liten organisasjon

«Kunnskap till praktik» er en liten organisasjon med fire heltidsansatte og en deltids-

ansatt. – Vi rekrutterer koordinatore/prosessedere på fylkesnivå fra kommune- og regionforbund eller fylkestinget. Prosesslederne på fylkesnivå utfører mye av jobben lokalt, sier Brännström. Andre samarbeidspartnere til organisasjonen er samarbeidsgrupper, ekspertgrupper, styringsgrupper, referansegrupper og brukerrepresentanter, sier Brännström.

– Skal vi lykkes med implementering av de nasjonale retningslinjene må alle parter som det er naturlig å samarbeide med bidra. Vi har også hatt fokus på brukermedvirkning fra første stund. Vi ser at dette har vært en nyttig ressurs for oss, forteller Brännström. «Kunnskap till praktik» bygger opp en stønadstruktur på fylkesnivå som i sin tur støtter utviklingen på lokalnivå i kommuner som samarbeider med den lokale helsetjenesten.

## Fylkesvise styringsgrupper

På fylkesnivå blir det opprettet styringsgrupper bestående av ledere fra helse- og sosialtjenesten. En av de viktigste oppgavene her er å utvikle et godt nettverk med aktører som det er naturlig å samarbeide med. Herunder ligger det også få utarbeidet styringsdokumenter hvor ansvaret til alle aktørene fremgår. På kommunenivå blir det også opprettet styringsgrupper hvor ledelsen i helse- og sosialtjenesten deltar.

– Det er på det lokale nivået mesteparten av implementeringsarbeidet foregår. Alle som arbeider innen rusomsorg skal ha opplæring og bli informert om alt som er nytt, sier Brännström.

## Todelt satsning

Implementeringsarbeidet har to store og parallelle satsninger. I første rekke skal SKL utvikle et godt støtteapparat for kom-

munene, fylkestingene og regionene. Dette innebærer at SKL skal bidra til å utvikle en samarbeidsplan på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. For det andre skal SKL utvikle en organisasjonsstruktur som sikrer erfaringsutveksling og samhandling mellom fylkestinget, kommunene, lokale FoU-enheter, høyskoler og universitet.

## Evidensbasert praksis

«Kunnskap till praktik» skal sammen med SKL bidra til å spre og implementere evidensbasert kunnskap og utvikle evidensbasert praksis. – For at evidensbasert praksis skal kunne utvikles må følgende tre komponenter være tilstede: beste tilgjengelige evidens (bevis), de profesjonelles erfaring og brukernes erfaringer/ønsker. Oppfylles disse tre kriteriene har vi evidensbasert praktikk, sier Brännström.

## Gap mellom arbeidsmetoder

Noen av de fylkene som SKL har underkrevet overenskomster med gjennomførte i 2008 en kartlegging for å finne ut hva kommunene ønsket av kompetanseutvikling i de enhetene som jobbet i russektoren. Resultatet viste et gap mellom de arbeidsmetoder som ble brukt, sett i forhold til de metodene som var anbefalt i de nasjonale retningslinjene. – Dette gapet blir en av våre utfordringer å tette, sier Brännström.

## Målet for utviklingsarbeidet

«Kunnskap till praktik» skal sammen med fylkestingene og kommunene arbeide for at nødvendige behandlings- og rehabiliteringsplasser kan bli tilbudt på lokalt nivå.

– For å få til dette må de som jobber i fagfeltet bli gitt nødvendig opplæring slik som vedtektene i de nasjonale retningslinjene sier. I tillegg må ansvarsforholdet bli

tydeliggjort mellom sosialtjenesten, primærhelsetjenesten, rusomsorgen og psykiatrien, sier Brännström.

### God opplæring

– Fra SKL sentralt sender vi ut mye informasjon. I vår organisering er ikke kommunikasjonslinjene top-down, men basert på toveis kommunikasjon og erfaringsutveksling. Vi vet det er mange dyktige medarbeidere ute i feltet, og deres kunnskap, sammen med brukernes egne erfaringer må vi ta vare på, sier Brännström. Alle som jobber innen misbruks- og avhengighetsomsorgen får tilbud om kurs fra «Kunnskap till praktik» sine samarbeidspartnere på fylkesnivå (prosesslederne). På kursene blir det gitt opplæring i for eksempel screeningverktøy, kartlegging av hjelpebehov, behandling og utdanning av ledere og

politikere i hvordan de kan støtte utviklingen og oppfølging av virksomheter er sentrale innslag for at implementeringsarbeidet skal gi ønsket resultat.

– Vi utdanner kursledere på fylkesnivå i blant annet bruk av screeningverktøy som for eksempel AUDIT, DUDIT, ASI og ADAD. God opplæring i alle ledd er et av suksesskriteriene for implementeringsarbeidet. Vi har som mål at så mange som mulig fra fagfeltet, ledelse og politikk skal delta på de kursene vi arrangerer. Alle skal ikke kunne alt, men tanken er at ingen ting skal være ukjent, sier Brännström.

### Brukermedvirkning

– En nyttig gruppe i implementeringen er brukerrådet. Dette er mennesker fra brukerorganisasjonene, og deres erfaringer og nettverk lytter vi til. Er det noen som

kjenner til brukernes behov, er det jo brukerne selv. På den andre siden har vi en ekspertgruppe med forskere og praktiskere. Deres primær oppgave er å utarbeide undervisningsplaner for kommunene, landsting, høyskoler og universitet, sier Brännström

■ Vil du lese mer om prosjektet, klikk deg inn på [www.skl.se/kunskaptillpraktik](http://www.skl.se/kunskaptillpraktik)

– *God organisering, tydelighet og god kommunikasjon på tvers av profesjoner er noen nøkkelord for prosessen med implementering av nasjonale retningslinjer, sier lederen for «Kunnskap till praktik», Gunborg Brännström.*



På rekordtid har stiftelsen Kirkens Bymisjon i Oslo (SKBO) opprettet et nytt lavterskeltiltak for de som sliter aller mest. Navnet 24sju gir en klar indikasjon på at dette stedet er åpent hver dag, hele døgnet, hele året.

# 24sju – nytt lavterskeltilbud for de som virkelig trenger det



Kirsten Frigstad og Lars Linderoth har lenge drømt om et slik tiltak. – Vi hadde en prosjektbeskrivelse på «Huset». På vårparten 2009 ble denne sendt til daværende byrådsleder i Oslo, Erling Lae, samt noen andre sentrale personer i Oslo kommune, regjering og andre etater. Tilbakemeldingene vi fikk var både positive og negative, men drømmen ble opprettholdt, sier Frigstad.

## Det store gjennombruddet

– Plutselig kom gjennombruddet vi bare kunne drømt om. Daværende helseminister Bjarne Håkon Hansen ringte en dag til Generalsekretær i SKBO, Sturla Stålsett for å diskutere noen saker. Han uttalte blant annet sin bekymring over dem han så hver dag rusle rundt Oslo S.

– Disse menneskene må vi på en eller annen måte kunne klare å hjelpe, sa Hansen til Stålsett. – Og fra den dagen og frem til oktober i år har veien vært kort og arbeidsdagene lange, smiler Frigstad.

Å starte et nytt tilbud for de som sliter aller mest er ikke bare en lek. Det er mye som skal på plass. – Vi hadde et nøye beskrevet prosjekt, men likevel. Vi skulle ha lokaler. Når naboene fikk vite hva og hvem som skulle inn i de nye lokalene kom protestene. Vi ville ha lokaler som lå i sentrum, og så nært Oslo S som mulig. Det er jo der store deler av målgruppen befinner seg, sier Frigstad.

– En viktig målsetning med prosjektet er samarbeid. Er det noe som på en eller annen måte ikke virker for de som oppsøker vår hjelp, er terskelen lav for at vi kjapt skal finne en løsning. Vi ønsker å nå de som er mest utsatt i Oslo, og vi vil nå de som er veldig synlige og de som er



usynlige, sier Lars Linderoth. Han presiserer at tiltaket ikke er en spesialisthelsetjeneste, men har spesialist innhold. 24sju kan se på problemstillinger som psykiske lidelser, rusproblematikk, fysiske sykdommer, tannhelse og sammensatte somatiske problemer.

– Ofte er det slik at disse menneskene ikke får tilstrekkelig hjelp og behandling, og da er vi der for dem, sier Frigstad.

### Hvem er målgruppen?

De som er målgruppen til 24sju er de som sliter aller mest. Ofte er dette de som ikke får hjelp, fordi de heller ikke ber om hjelp. Disse finnes over alt. Det er ikke bare de du ser på gata. Det bor mange på hybelhus rundt om i byen som ingen ser.

– De på gata er veldig synlige. Det er de som skaper de bildene folk flest har av mennesker i denne livssituasjonen, og det er ofte et bilde som øker fordommene, sier Frigstad. Mange med store problemer er finner vi på lavterskel hybelhus. Alle burde få sin egen bolig tilpasset det behovet de måtte ha for oppfølging og også omsorg. Mange som kommer til oss er preget av håpløshet og opplevelse av at de er sjanseløse. De har vært inne til behandling og blitt kastet ut, de har fått mange sjanser, men ramlet utpå igjen, og mange har opplevd brutte løfter. De er slitne og har mistet alt håp, og vi prøver å motivere dem tilbake til rehabilitering og gi dem både støtte og håp.

### Alltid noen å snakke med – alltid noen som kan lytte

På 24sju er det alltid noen å snakke med. De ansatte her har ulik livserfaring og lang erfaring fra rus- og psykiatrifeltet. Her jobber sosionomer, barnevernspedagoger, vernepleiere, sykepleiere med spesialutdanning, leger og psykiatere. Ansattgruppen jobber i egne natt-team, miljøteam og behandlingsteam som arbeider med rehabilitering på DPS-nivå.

– Her har vi de rette folkene. Hit kan hvem som helst komme innom uten timeavtale. Folk kommer innom for å spørre om hva som helst. I løpet av samtalene og kontakten finner vi ut av hva som er situasjonen, og hvor vi kan begynne for å starte en vei mot den ønskede endringen av livssituasjon. Vi har hatt flere som ringer til oss, men alle får beskjed om å komme hit. Vi tar ingen vurderinger over telefon. Hos oss er det ansikt til ansikt som gjelder, sier Frigstad.



*På rekordtid ble drøm til virkelighet. – Her er det alltid åpent, alltid kaffe og alltid noen å snakke med. Vi har mye å gjøre og stedet har blitt godt mottatt, sier Kirsten Frigstad*

### Fra klesvask til somatisk undersøkelse

Det er alltid åpent på 24sju. Vil du ha mat, ta en dusj eller vaske klær er det mulighet for det. Er de trøtete eller slitne er det mulig å finne seg en god stressless med laken og pledd for å få noen timers søvn i tørre og lune lokaler.

– Vi har det meste her. Det har vært noen hektiske måneder, men vi har fått til mye. Lokalene begynner å ta form. Det eneste som ikke er helt i orden enda (per tidlig november) er et eget somatisk undersøkelsesrom. Der kan legene undersøke klientene, foreta enkle behandlinger eller behandle sårskader osv. Vi har et godt kjøkken og oppholdsrom for brukerne, og selv har vi gode kontorlokaler. Vi har tenkt mye på dette og mener i alle fall enda at denne planløsningen er veldig bra til vårt formål, sier Frigstad.

### Samarbeid

Tilgjengelighet er ikke bare synlig gjennom åpningstiden, men også gjennom det arbeidet de gjør. 24sju kan ta ulike oppdrag ute på byen, og blir ofte oppringt fra andre lavterskel væresteder eller hybelhus hvor de trenger bistand for å avklare en

situasjon med en gjest eller beboer. Vi er alltid på tilbudssiden, men samarbeidet med andre aktører på feltet er avgjørende for å lykkes.

– Det er mye vi kan gjøre her, men det viktigste er at brukeren er den vi har fokus på. Deretter kommer hvilke tilbud denne trenger. De som vil ha hjelp og spør oss, vil vi støtte så langt det går. Skulle det vise seg at dette ikke er rette stedet, prøver vi å gi den enkelte den bistand som er nødvendig, sier Frigstad.

### Informasjon og undervisning

24sju har mange tilbud til sine brukere. Noen av disse er undervisning, veiledning og psykoedukasjon. – På undervisningssiden lærer vi om faren ved bruke av ulike stoff sammen med medikamenter, hvordan medikamenter virker, hvordan rusmidler virker, og hvordan disse virker sammen, hva som kan føre til ulike somatiske lidelser, eller informasjon om ulike sykdommer. Vi mener dette er viktig for brukerne. Det gir dem bedre valgmuligheter. I dag bruker mange det de har tilgang til der og da, egentlig er det helt utrolig at det går såpass bra som det gjør, sier Frigstad. >>>



24sju er ikke noe vanlig overnattingssted, men er utstyrt med noen gode stressless-stoler for de som trenger en god hvil på natta.

### Livet og mennesket som en helhet

Alle tiltak er i utgangspunktet velmenende for de som trenger hjelp, men hva er annerledes med 24sju? – Vi mener at vi har et bredere tilbud enn det som er vanlig ved lavterskeltiltak. Konseptet er riktig slik vi ser det, fordi vi ser på helheten. Vi bringer rus inn i psykiatrien, og motsatt. Vi ser på det økonomiske rundt det hele, jobber med bolig, sosial situasjon, rus, psykisk helse og vi prøver å få påvirkende mer med i dialog. Vi føler også på om vi gaper over for mye, men likevel, vi ser på livet og mennesket i en helhet, sier Frigstad.

24sju har bevist at ord kan bli til handling, men har også vært heldige med at de rette personene var på rett sted til rett tid.

– 24sju vil være der og ta imot de som kommer. I tillegg håper vi at vi blir hørt og brukt av myndighetene. Vi lever midt i problemene, ser og hører noe nytt hver dag. Vi skal ikke være et politisk talerør, men kommer til å bruke enhver anledning til å påpeke viktigheten av tilpassede boliger, sier Frigstad.

# Nettverkssamling for d

Tradisjonen tro inviterte KoRus-Øst i november et utvalg som arbeider med dobbeltdiagnoseproblematikk til en nettverkssamling på Høsbjør Hotell i Ringsaker.

Hensikten med årets samling var å diskutere integrert behandling – Vi tenkte det var på tide med en konferanse der vi kunne dele kliniske erfaringer. Blant årets deltakere var det folk fra botiltak, institusjoner og ambulante team. Det er en nyttig øvelse å avsette tid for og lytte til disse erfaringene, sier Amund Aakerholt.

– Det er bra at det har vært fokusert på deltakernes egne erfaringer og beskrivelse av egen virksomhet, sier Lars Linderoth.

– Vi har mye å lære av å trekke veksler på erfaringer fra andre områder, som for eksempel PU-boliger og demensavdelinger. Fokus på funksjonsnivå og oppmerksomhet mot den konkrete funksjonssvikten er viktig, sier Linderoth.

### Er vi gode, blir pasientene bedre

Hjelpeapparatets fungering gjenspeiles i pasientenes tilstand. – Er vi gode, blir pasienten bedre. Vi må gi pasientene en opplevelse av at det vi gjør er noe vi gjør for dem, ikke bare at vi skal ha noe å gjøre på jobben. Individualisert behandling og oppfølging er viktig. Vi har nok av tilbud, men alle er ikke tilpasset brukerne i den grad vi skulle ønske, sier Linderoth. Når tiltakene ikke er optimale faller pasientene ut.

– Alle deler av systemet må være med, og ingen pasienter må få lov til å melde seg ut, legger Linderoth til.

En annen diskusjon på årets nettverkssamling var om vi kan utforme en norsk fidelity-skala for god samhandling rundt pasienter med samtidig rus og psykisk lidelse.

– Hensikten med dette må være at dette skal være noe å strekke seg etter, en sjekkliste og ikke noe som bare brukes til kontrollformål, sier Linderoth.

### 24sju

Lars Linderoth og Kirsten Frigstad fortalte om etableringen og tankene rundt det nye tiltaket, 24sju. Begge har lang fartstid i fagfeltet og tar sin erfaring med til nytt arbeidssted. Mer om 24sju kan du lese om i egen artikkel.

### Oppsøkende behandlingsteam i Stavanger

Camilla Kristin Melin fortalte om evaluering av oppsøkende behandlingsteam i Stavanger (OBS) som IRIS har stått for.

– OBS er det eneste tiltaket i regionen og blir av pasientene oppfattet som et lavterskeltiltak. Vi fikk god tilbakemelding på at vi var flinke til å integrere 1. og 2. linjetjenesten, og at de var fornøyd med fastlege, sier Melin. Resten av apparatet rundt brukerne var respondentene mindre fornøyd med. – 30 % har fremdeles en tilfeldig bosituasjon, og 40 % er uten Individuell Plan. Et lite pluss var at det var mindre rus enn tidligere, sier Melin.

### Tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnose

TEDD er en tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnose som tilbyr korte opphold for stabilisering og motivering (lavterskel) og tar inn målrettede utrednings- og behandlingstilbud etter søknad.

– Målsetningen er at vi skal hindre forverring, men bedre livskvaliteten. Alt annet er bonus, sier Wiig og Rygg. TEDD har mange pasienter med store utfordringer og har ikke mulighet til å ta inn lavterskelpasienter før helger.

– Mange av våre pasienter trenger mye hjelp, og koster oss mye. Vi tar imot pasienter som er ruset, og som holder seg ruset underveis i oppholdet hos oss. Vi har minimal bruk av tvangsmidler og jobber i den tro at det er som regel mulig å gjøre noe, sier Wiig og Rygg.

### Boligsosialt arbeid i Asker kommune

Aina Rype og Morten Aastad representerer boligsosialt arbeid i Asker kommune. Der har de ambulant bo-oppfølging, Kraglund Botiltak og et samhandlingsteam.

– Målgruppen hos oss er rusmisbrukere og de med psykiske problemer med behov for oppfølging for å mestre «ordinære»



# obbeltdiagnosetiltak

boforhold. Vi har oppfølging til de som er i etableringsfasen, eller de som står i fare for å miste sin bolig, sier Aastad. – Vi har ruskonsulenter som kommer på hjemmebesøk. Uten en god relasjon mister vi mye, sier Rype. Deres viktigste erfaringer er å skape trygghet og godt samarbeid med politiet.

– Vi ser at relasjon er en styrke, men også en sårbarhet. Vi må bli flinkere til å sette av tid til å drøfte enkeltsaker innad i

gruppen og ha fokus på endringsvilje, sier Aastad.

## Pilehagen

Pilehagen i Karmøy er en kommunal bolig med heldøgns omsorgstjenester. Beboerne er menn i alderen 20 til 40 år. Disse sliter med flere diagnoser og har et komplisert og omfattende rusmisbruk. – Beboerne har en utfordrende atferd og mangler praktiske og sosiale ferdigheter, sier Alise Vea.

Utfordringene på Pilehagen er å akseptere beboernes valg og opprettholde et tillitsforhold som stadig blir satt på prøve.

– Våre beboere har problemer med å bo. For å gjøre hverdagen enklere har vi fokus på faste strukturer i hverdagen som øker forutsigbarheten, sier hun.

*Pia Therese Wiig og Kristine Rygg fra TEDD sier det ikke er noen utvisningsgrunn at pasienten ruser seg under oppholdet. – Vi utreder så godt vi kan, selv om pasienten ruser seg, sier de.*



# Jeg Vil Trives!

I 2004 startet Vardal ungdomsskole i Gjøvik kommune med planleggingen av et skoleprosjekt hvor målet var å gi elevene egne, og bedre mestringsstrategier. Dette gjennom å gi elevene mer kunnskap om hvordan de selv kan takle sin egen hverdag ved å ta egne valg, og kanskje til og med ta de rette valgene.

Da Vardal ungdomsskole startet opp med prosjektplanleggingen i 2004 hadde de allerede etablert gutte- og jentegrupper på skolen. Disse gruppene var basert på modningsprogrammet til Trygg Oppvekst. Gruppene fungerte tilfredsstillende, men skolen valgte likevel å utvikle dette videre.

– Vi tok med oss hovedlinjene fra Trygg Oppvekst til vårt program Jeg Vil Trives. Målet for prosjektet er å gi elevene mestringsstrategier slik at de kan takle sin hverdag ved å ta ansvar for egne valg. Det dreier seg da om situasjoner som omhandler for eksempel rus, vennskap, fritid, utdanning og framtid. Elevene lærer å vise respekt for sine medmennesker gjennom å sette ord på følelser, og de får kunnskap om hva som er normale ungdomsreaksjoner i ulike situasjoner. I tillegg øver ungdommene seg i å lytte til andre og utvikle positive relasjoner til medelever, sier prosessleder Hugo Brekken.

## Gjennomføring av Jeg Vil Trives

Vardal ungdomsskole har 330 elever organisert i fire klasser på hvert skoletrinn. I 8. klasse er det 100 elever, 125 i niende klasse og 105 i tiende klasse. I løpet av skoleåret har elevene fem gruppesamlinger med 5–7 elever på hver gruppe, inndelt etter kjønn. Temaene på 8. og 9. trinn er knyttet til puberteten og ungdomstid, mens på 10. trinn er målet å bli kjent med nærmiljøet og lokale instanser.

– Deltagelsen er frivillig, men så langt har vi hatt tilnærmet 100 prosent oppslutning! I tillegg til gruppesamtaler tilbyr vi også individuelle samtaler, forsterking av fritidsinteresser, tilpasset fleksitid, frokostklubb, turer/overnatting og opplegg rettet mot klasser etter behov, forteller Brekken.

– Gruppene skal være en arena hvor elevene føler seg trygge og blir hørt og sett av både voksne og medelever, og hvor de kan snakke om emosjonelle temaer og opplevelser som et ledd i å bedre selvfølelsen. Elevene inngår «taushetsplikt» i forhold til det som blir snakket om på

gruppa, og det viser seg at relasjonene mellom elevene styrkes på en positiv måte, sier Brekken.

## Alderstilpassede tema

I Jeg Vil Trives blir ulike temaer tatt opp, og de er alle tilpasset skoletrinnet. En fellesnevner er at rus og rusproblematikk er et tema som går igjen. Etter som elevene blir eldre går man dypere inn i rusproblematikken i og med at vi vet at deres debut kan være nært forestående.

– Ellers har vel alle hørt ungdommer si ting som «alle andre får lov», eller «alle andre gjør det». Dette er flertallsmisforståelser som vi tar opp i gruppesamtaler. Temaene dette faller under er ofte debutalder i forhold til sex, drikking, røyking osv. Vi prøver å lære elevene dette med å si nei takk til den første røyken, den første pilsen eller sitte på med berusede sjåførere eller si fra hvis det går fort unna i svingene, men vi kan ikke konstantere at vi faktisk når frem med budskapet, sier Brekken.

## Lokalt tilpasset program

Jeg Vil Trives er en videreutvikling, eller rettere sagt en lokalt tilpasset utgave av IOGT sitt program Trygg Oppvekst. – Det er mange elementer vi har tatt med oss videre fra Trygg Oppvekst, som jo er et modningsprogram for ungdom i alderen 12–14 år. Formålet her er å bidra til en kompetanseheving blant barn og unge og deres foreldre for å oppnå en bedre mestring i hverdagen. Igjen er dette nært knyttet til samfunnets mål om å redusere fremvekst av antall risikopersoner i forhold til psykiske problemer og uhensiktsmessig atferd, inkludert bruk av rusmidler, sier rektor ved Vardal ungdomsskole, Vinjar Borge.

## Forskningsbasert forankring

Jeg Vil Trives skal være et forskningsbasert program og en forsker fra Høgskolen i Vestfold er engasjert for å se på prosjektet,

sammenligne dette med andre tiltak og se på tidligere levekårsundersøkelser. – For oss er viktig å få bekreftet om et slik tiltak har hatt ønsket effekt. Enten det fungerer eller ikke, så får man klare linjer på hva som kan forbedres eller hva som faktisk fungerer. I løpet av desember/januar vil det foreligge en rapport som vil gi oss en pekepinn på hvordan vil ligge an, sier Borge.

– En midlertidig status på Jeg Vil Trives kan oppsummeres på mange måter, men hvis vi ser på trivselsfaktoren i skolen, i skoletiden, så har undersøkelser på dette vist at elevene har det bedre nå enn tidligere, og resultatene fra undersøkelsene viser at Vardal ungdomsskole ligger godt over gjennomsnittet. Det tror vi har en klar sammenheng med Jeg Vil Trives satsningen, sier Borge

## Rusproblematikk sentralt

– Når det gjelder rus har vi ingen dokumentasjon på at det er mindre rus her enn det er andre steder. Hvis vi ser på nettbruken er det nok mer tydelige problemer knyttet til dette. På skolen har vi klare regler for bruk av Internett. På fritiden ser det ut til at mange er pålogget steder som Nettby og Facebook. Vi har hatt noen tilfeller der mobbing og sladder har ført til ubehagelige situasjoner. I disse tilfellene blir det tatt opp, men vi kan aldri være trygge for at det ikke skjer igjen. Når det gjelder nettspill ser det ikke ut som om dette er noe stort problem. Hadde det vært mye overdrevent spill hadde vi fanget opp de signalene som måtte komme, sier Borge.

## Positive indikasjoner

Skolen har indikasjoner på at mye positivt har kommet ut av prosjektet. – Da vi startet opp var det kun en elev som ikke ville delta, men det gikk ikke lang tid før denne ombestemte seg og ble med likevel. Nå er oppslutningen 100 prosent. Elevene på sin side sier at dette prosjektet er bra.

Vi har en god dialog med foreldrene som også sier at de merker en positiv utvikling. Fra lærerhold blir det kommentert at elevenes deltakelse i grupper gjør dem bedre kjent med hverandre, noe som igjen styrker klassemiljøet. Videre uttrykker noen lærere at elevene blir tryggere på seg selv og er mer deltakende i timene, sier Brekken.

### Trygghet i fellesskapet

Selv om det er frivillig å delta i Jeg Vil Trives gir det en viss status blant elevene å være med. – På mange måter er det vel at det føles trygt å kjenne at alle er med på noe for å bedre fellesskapet. Elevene selv har jo uttrykt at det å gi eller få komplimenter er en positiv opplevelse, de kommer i et nettverk og får nye venner. De som er innadvendte kommer med i grupper og får en tryggere og mer åpen arena. I tillegg er det rom for diskusjoner i mindre grupper der de kan ta opp temaer de selv ikke har så store kunnskaper om, sier Brekken.

Et sentralt element i Jeg Vil Trives er at det følger elevene over til neste klassetrinn og over i den videregående skolen. Dette med overganger er meget viktig. Prosjektet

følger noen elever fra ungdomsskolen og over i den videregående skolen. Vi ser jo at elevene føler seg tryggere på nye ting når de er godt forberedt.

– Drop-out-problematikken har blitt mindre i disse klassene. Vi har jo hatt fire grupper nå i to år. Disse har gått på studieretninger med tradisjonelt stort frafall i første videregående, men ingen har sluttet av de som har vært med i Jeg Vil Trives, sier Brekken.

### Klare regler

– Vardal ungdomsskole har klare retningslinjer for hva elevene har lov til og ikke lov til i skoletiden. Vi har nedfelt et regelverk som alle kjenner til, og som beskriver konsekvensene for eventuelle overtramp. Reglene er få, de er enkle og gir liten mulighet for misforståelser.

Skolen har god kontakt med foreldrene og alle er informert om skolens reglement, og aktiviteter og prosjekter. I tillegg til Jeg Vil Trives har skolen utdannet egne ressurser til å gjennomføre ÖPP (Örebro Preventionsprogram). På Vardal ungdomsskole er 15 prosent av elevene fra fremmedspråklige kulturer. – Vi har god kontakt med disse foreldrene også. Det er i alle fall

ingen ting her hos oss som tyder på at de ulike kulturene ikke respekterer skolens arbeid med trivselsfremmende tiltak.

### Samarbeidspartnere

For å videreutvikle den faglige kompetansen samarbeider Vardal ungdomsskole med Trygg Oppvekst (IOGT og Høgskolen i Østfold), Høgskolen i Vestfold (forskning), barne-, ungdoms- og familieetaten, KoRus-Øst, barnevernet, Øverby helse-sportssenter, oppfølgingstjenesten i videregående skole og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.

– Vårt mål er at Jeg Vil Trives skal bli en integrert del av ungdomsskolen. Så langt har vi bare positive erfaringer med dette. Økonomisk er det et ansvarlig budsjett, og er utviklingen like god, med tanke på at ingen ungdommer dropper ut av skolen og havner helt utenfor, er gevinsten stor, sier Borge.

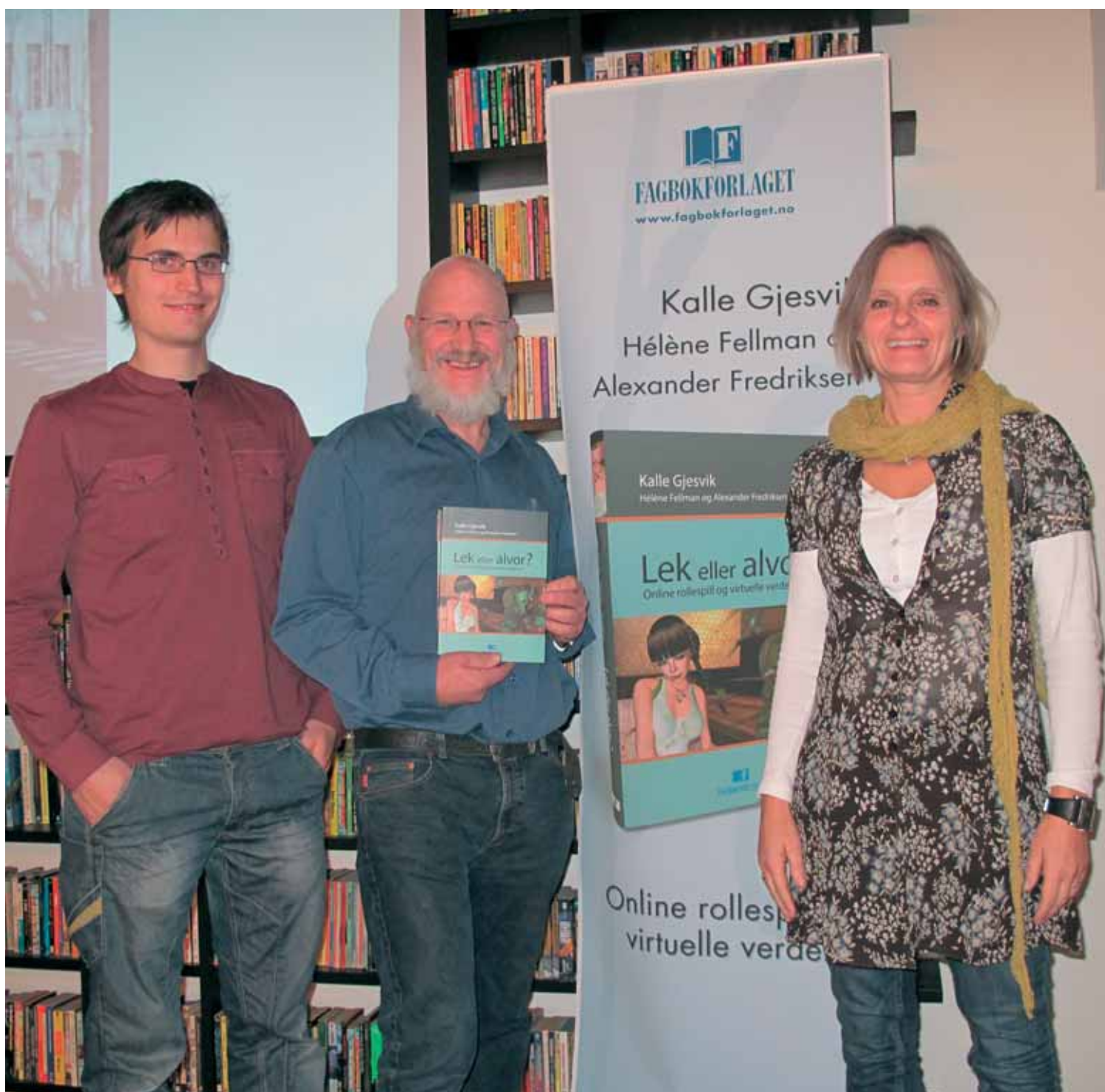
*Rektor Vinjar Borge (t.v) og prosessleder Hugo Brekken ved Vardal ungdomsskole er godt fornøyd med utviklingen av prosjektet Jeg Vil Trives. – Vi håper jo at dette vil fortsette fremover. Vi har i alle fall økt trivselen ved skolen og redusert drop-out, sier de to tilfreds. (Foto: Vardal ungdomsskole)*





# Lek eller alvor?

Lek eller alvor er den første norske boka som tar for seg de ulike sidene ved online rollespill som World of Warcraft og lignende dataspill, samt virtuelle verdener.



Boka er skrevet med den hensikt å gi oss en bredere innsikt i hva online dataspill egentlig er. Online dataspill omtales som MMORPG spill (Massively Multiplayer Online Role-Playing Games). Målgruppen for boka er i første rekke foreldre og lærere, men også andre som har et ansvar overfor ungdom til å øke sin kompetanse slik at grenser og reguleringer kan settes på en bakgrunn av innsikt, og ikke hysteriske reaksjoner overfor noe de ikke forstår.

### Hjelpeapparatet og media

Lek eller alvor henvender seg også til hjelpeapparatet. Hensikten med dette er å øke kompetansen blant fagfolk slik at intervensjoner og behandlingstiltak kan bli gjennomført på en mer funksjonell måte.

Media er også ei viktig målgruppe for boka. – Vi ønsker at boka skal gi media en helhetlig bakgrunn. Vi håper også at omtalen rundt spilleproblematikk blir hevet til et litt høyere nivå enn det som er tilfelle i dag. Media har for stort fokus på de negative sidene som for eksempel avhengighet og ekstreme utslag av spillingen, sier Kalle Gjesvik.

### Kan også være arena for sosialisering

Hensikten med boka er ikke å demonisere eller romantisere online rollespill. Mange spill utvikler flere positive egenskaper og ferdigheter hos de som spiller. Lek eller alvor gir en balansert innføring i spillverdenen, og den viser at spill og virtuelle verdener kan være arenaer for sosialisering så vel som en plattform for kulturutveksling, høyere utdanning, teknolog utvikling, bedriftsetableringer med mer.

### Ta onlinevirkeligheten på alvor

Boka tar også for seg fungerende behandlingsopplegg og gir anvisninger for virksomme intervensjoner dersom noen får problemer med å håndtere spillingen sin.

I tillegg er det på høy tid å ta den virtuelle online-virkeligheten på alvor og diskutere ideologi og holdninger, konsekvenser for arbeidsliv og for økonomisk og politisk utvikling – ikke minst i lys av globaliseringen i samfunnet.

*Boklanseringen foregikk på Litteraturhuset i Oslo og i «Second Life». Second Life er ikke et spill, men en virtuell verden bygd opp som en kopi av den virkeligheten vi befinner oss i. Etter hvert har flere bedrifter, høyskole- og universitetsmiljøer funnet veien til Second Life. Fra venstre Alexander Fredriksen, Kalle Gjesvik og Hélène Fellman.*

## RIOs hjørne:

# Tvang og rus?

I Rio – Rusmisbrukernes interesseorganisasjon – har vi ikke noe offisielt standpunkt vedrørende bruk av tvang.

Det er selvfølgelig akseptabelt med tvang i noen tilfeller, men som grunnregel mener vi at det er helt meningsløst så lenge vi ikke klarer å gi skikkelig hjelp til de som trenger det. At det heller ikke følger naturlige behandlingsforløp i etterkant av tvangsbehandlingen er også selvfølgelig ren og skjær idioti.

Rusavhengighet er en livsstilssykdom. Likevel kan det virke som at hjelpeapparatet, politikere og folk flest har langt flere fordommer mot rusavhengige enn andre. Dessverre preger dette politikken rettet inn mot denne gruppen. Man er langt mer villig til å finne alternative løsninger og sette i verk tiltak for andre livsstilssykdommer. Det kan virke som om rusavhengighet fortsatt blir sett på som en selvpåført lidelse av folk flest, og at de som misbruker derfor kan takke seg selv.

### Alkohol?

Lov om sosiale tjenester (LOST) omhandler tvangslovgivningen og benyttes oftest overfor rusavhengige og kvinner, selv om alkohol utgjør det største samfunnsproblemet og menn står for det meste av narkotikamisbruket. Undersøkelser viser at bare en sjettedel av de gravide som tvangsinnlegges har et alkoholproblem, selv om man vet at alkohol skader fosteret langt mer enn andre stoffer. Hvorfor er det sånn?

Kanskje en årsak kan være at det ikke alltid er kjent hvem som misbruker alkohol. Det kan også ha sammenheng med at alkohol betraktes som «den gode fiende», og at det kan oppleves som problematisk å behandle dem som bruker det samme rusmiddelet som alle oss andre. Jeg vet ikke!

Et godt eksempel på dette har jeg fra en kommune i Hedmark. Her gir helse-søster tilbakemelding om at de kun har hatt to tilfeller hvor foreldre har slitt med rus siden 1996. Jeg mener at her

har vi et klassisk eksempel på at alkohol nok en gang har fått rollen som «den snille» og «ufarlige» og på en måte er blitt fritatt ansvar. Denne kommunen må helt klart se på hva de definerer som rus innen sin helsetjeneste. Alkohol er og blir den største utfordringen innen rusfeltet i Norge. Dette burde det absolutt vært mer fokus på, også når det gjelder tvangsbehandling.

På den ene siden er det meningsløst, ja rent irrasjonelt å innføre en politikk der vi tvinger mennesker til behandling istedenfor å bygge ut, differensiere og forbedre behandlingen og kapasiteten. På den andre siden er det tragisk at det skal være så vanskelig å få tvangsbehandling. Men det hjelper lite i seg selv å låse noen inne i tre måneder, slik loven tillater det. Innholdet i behandlingen er også selvsagt helt avgjørende. Det er jo som kjent ikke engang kapasitet til å behandle de som vil ha frivillig behandling.

Det er viktig at man ser på de faglige og etiske argumentene som støtter bruken av tvang. Det betyr ikke at vi i Rio mener at tvang utelukkende er greit. Men i all samhandling med klienter, også der tvang er i bruk, bør man kjenne seg trygg på at de tiltak man gjennomfører der og da, er de som faktisk viser størst respekt for personen. For det er ubehagelig å påføre andre mennesker smerte, i denne sammenheng å ta rusen fra misbrukeren. Men helsearbeiderne må kunne omstille seg fra det ideelle, der misbrukeren selv søker hjelp, til det reelle; at misbrukeren kan gå til grunne uten hjelp.

*Virkeligheten er komplisert!*



Av Morten Brodal, RIO Innlandet

# Grenser for tvang

Uni Rokkansenteret ved Uni Research i Bergen har på oppdrag fra Helsedirektoratet evaluert sosialtjenestens bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere. Siden lovverket kom i 1993, er det første gang dette har blitt evaluert. Utgangspunktet for oppdraget er å få dokumentert og belyst erfaringer med og praktiseringen av sosialtjenestelovens §§ 6-2, 6-2a og 6-3.

Å fatte et tvangsvedtak er et alvorlig inngrep i menneskers liv og bør derfor kun brukes når dette er absolutt nødvendig, og hvis bruk av tvang gir større gevinst enn ulempe. – Lovverket er komplisert. I evalueringen har vi funnet tydelige svar på at tvangsbestemmelsene blir forstått ulikt og at de blir ulikt praktisert. Det er ulikheter i tolkningen av formålet med reglene, og ulikheter mellom kommuner og helseregioner i hvordan arbeidet med tvang er organisert, sier prosjektleder dr. polit Ingrid Lundeberg.

## Ulik organisering

Sosialtjenesten er ulikt organisert fra sted til sted, og det er store forskjeller fra kon-

tor til kontor. – Ett av de funnene som virkelig overrasket var manglende og dårlig samarbeid mellom kommunene, og mellom enkelte bydeler. Her var det sterkt personavhengig med tanke på hva slags hjemmel som blir brukt, eller hvilken hjelp klienten ville få. Noen steder var det også lite kommunikasjon og samarbeid internt ved sosialkontorene. Det var faktisk mange som ikke visste hvordan tvangssaker ble gjennomført i nabokommunene, eller ved andre sosialkontorer, sier Lundeberg.

## Flere organisasjonsmodeller

– I rapporten har vi påpekt ulikhetene rundt organiseringen av sosialkontorene. Forhold som arbeidsdeling, personalres-

surser, bruk av ulike standardiseringsverktøy og ledelse viser seg å ha innflytelse på hvordan utøvelsen av yrkesrollen i arbeid med tvangslovgivningen er, sier Lundeberg. Organiseringen kan beskrives etter tre organisasjonsmodeller. Den første modellen er det som blir kalt bestiller – utførerkontoret. Denne modellen bruker lite tvang fordi vedtaksansvarlige er mer perifer i forhold til brukerne. På grunn av organiseringen blir kommunikasjon mellom vedtakspliktige byråkrater og brukernære saksbehandlere svekket og det er mye som tyder på at dette gir dårlig uttelling for de det gjelder, sier Lundeberg.

Neste modell er spesialistkontoret hvor arbeidsdelingen er klart formulert. Her gis det også rom for å gi sosialarbeidere muligheter til å spesialisere seg på tvang. Fordelen med mer kunnskap er at disse spesialistene lykkes bedre med samarbeid og oppnår bedre resultater med bruk av tvang. Spesialistkontorene har flere tvangssaker enn andre kontorer, og faren for at det blir standardiserte løsninger er til stede. Det siste eksempelet er prosjektkontoret som er en mer fleksibel modell.

– Problemet med prosjekter er jo at de har en definert begynnelse og slutt. Til klientens disfavør, kan det være fare for at klienten må gjennom en ny runde med saksbehandling dersom alt har feilet. Et positivt element med prosjektmodellen er at den gir rom for fleksible løsninger hvor man prøver ut og benytter seg av et spekter av ulike lav- og høyterskeltiltak for rusklinter i særlig sårbare livssituasjoner, sier Lundeberg.



*Ingrid Lundeberg er prosjektleder for evalueringen av tvangslovgivningen og har sammen med Kristian Mjåland forfattet den første delrapporten «Grenser for tvang». – Vi så at det er store ulikheter i bruken av tvang, og at det var store ulikheter i hvordan sosialkontorene var organisert og hvordan sosialkuratorne anvendte regelverket, sier hun.*





*Dr. juris Karl Harald Søvig er en dyktig foreleser. Han kan ikke bare faget meget godt, men klarer å formidle et komplisert tema på en folkelig og forståelig måte, er tilbakemeldingen fra konferansedeltakerne.*

prostitusjon er et typisk tema som fører til offentlig forargelse og sympati. Flere forklarer også denne kjønnsforskjellen med at menn oftere er i fengsel og at dette fører til en rekke konstruktive brudd i ruskarrieren som virker helsefremmende.

### **Tvangskonferanse – en nyttig tilvekst**

KoRus-Øst arrangerte i 2008 en konferanse om tvang på Lillehammer. Dette var i samarbeid med Ringsaker kommune som hadde funnet en god måte å jobbe med tvangssaker på. I samarbeid med sin kommuneadvokat hadde de laget en arbeidsmanual på bakgrunn av de erfaringene de hadde skaffet seg. Arbeidsmanualen gir en ryddig oversikt over saksbehandlingen. Den gir nyttige beskrivelser om hva man skal huske å gjøre, hvem som gjør hva og hva som skal skje når, sier Torhild Kielland, spesialrådgiver ved KoRus-Øst.

### **Populær perm**

Tvangspermen blir delt ut på konferansene og gjennomgått av kursholderne.

– Vi synes det er viktig at deltakerne får en innføring i hvordan permen skal brukes. I tillegg gir det rom for refleksjon og mange nyttige erfaringer har kommet etter hvert, sier Kielland.

– Det Kielland og KoRus-Øst har gjort er noe som virkelig er bra. Det er bra for å at det skal kunne bli en mer lik praksis rundt tvangssaker. Rapporten vi nettopp er ferdig med viser jo også tydelig at dette med kunnskap, kommunikasjon og nettverk er undervurdert, sier Lundeberg.

### **Nyttige konferanser**

KoRus-Øst har i høst arrangert to konferanser om tvang. – En konferanse i Fredrikstad som vi kan kalle grunnkurset og hvor deltakerne fikk en innføring i bruk av arbeidsmanualen, og en oppfølgingskonferanse på Lillehammer. Vi har på alle tre konferansene vært så heldig å ha med oss dr. juris Karl Harald Søvig. Han har skrevet sin doktorgrad på tvangsparagrafene. Han er god til å formidle og skape dialog og engasjement, sier Kielland.

Tilbakemeldingene fra konferansedeltakerne er meget gode. – Arbeidsmanualen er konkret og praktisk, noe som kommer godt med i en hektisk kommunehverdag, sier Kielland.

### **Komplisert regelverk**

Et komplisert regelverk kan gi rom for ulike tolkninger, og skjønn blir i stor grad brukt.

– Det kan være mange årsaker til at loven blir brukt og tolket ulikt. Mye kan tilskrives den enkelte sosialkurators eller rusrådgivers holdninger, kunnskap og erfaring med anvendelse av lovverket. Det er også forskjell på om de jobber alene, i team, eller om det er et nettverk hvor tvangssaker blir tatt opp. Vi har sett eksempler på alle disse variasjonene, sier Lundeberg.

### **§ 6-2a enklere å bruke?**

§ 6-2a omhandler tvang overfor gravide rusavhengige og blir oppfattet som en hjemmel det er lett å bruke. – Her er det hensynet til fosteret som er avgjørende.

I § 6-2 derimot er det større usikkerhet rundt hensiktskriteriet – vurderingen om tvangen vil føre til at klienten blir motivert for videre behandling. Når det er direkte fare for rusmisbrukerens liv og helse ser det ut til å ha påvirkning på sosialkuratorrens rettspraksis. Tvangen blir da begrunnet med omsorgshensyn fordi personen

antas å ikke være i stand til å ta vare på seg selv i den livssituasjonen man er i der og da, sier Lundeberg.

– I situasjoner hvor det er snakk om livredning, blir tvang primært fremstilt som et virkemiddel for livsforlengelse i en krisesituasjon, mer enn et redskap for å tilrettelegge og motivere for frivillig behandling. Rusmiddelmissbrukere som har de alvorligste helseproblemene profitterer ikke nødvendigvis best på tvang i henhold til lovens formål, sier Lundeberg.

### **Tvangssaker oftere brukt på unge kvinner**

Rapporten avdekker også store ulikheter når det gjelder tvangens forvaltning sett i forhold til kjønn. Menn står for den største delen av alvorlig og tungt rusmisbruk, mens unge kvinner er høyere representert på tvangsstatistikken. En spekulasjon er om vi anser tvang som en bedre løsning for kvinner enn for menn. Flere av våre respondenter fra sosialkontorene ga uttrykk for at de mente kvinner var mer sårbare i forhold til rus. Det er nok en del fordommer ute og går rundt tvang og kjønnsbegrepet, sier Lundeberg og legger til at

Vi ønsker alle våre  
lesere en riktig god jul  
og et godt nytt år!



Informasjon om kurs og konferanser finner du på  
[www.rus-ost.no](http://www.rus-ost.no)

## Kort om KoRus-Øst

Kompetansesenter rus – region øst (KoRus-Øst) arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet, men er organisatorisk underlagt Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet i Sykehuset Innlandet Sanderud.

KoRus-Øst er ett av sju kompetansesentre i Norge:

- Kompetansesenter rus – Nord-Norge:  
*Forebygging i skolen*
- Kompetansesenter rus – Midt-Norge:  
*Yngre rusmisbrukere*
- Kompetansesenter rus – region vest Bergen:  
*Kvinner og rus*
- Kompetansesenter rus – region vest Stavanger:  
*Rusproblematikk i familier med barn i skolealder, Arbeidsliv og rus*
- Kompetansesenter rus – region sør: *Gravide rusmiddelmisbrukere og familier med barn*
- Kompetansesenter rus – Oslo: *Ungdom og nye misbruksmønstre*
- Kompetansesenter rus – region øst: *Rusmisbruk og psykiske lidelser, Spilleavhengighet*

KoRus-Øst har tre hovedoppgaver:

- Stimulere til å utvikle rusforebyggende tiltak i kommunene i Østfold, Akershus, Hedmark og Oppland
- Arbeide med kompetanseutvikling i rus- og avhengighetsspørsmål i kommunene og i spesialisthelsetjenesten
- KoRus-Øst har et nasjonalt ansvar for spisskompetanseområdene spilleavhengighet og dobbelt-diagnose (rus og psykiske lidelser).

## Ansatte

- Kåre Rørhus, enhetsleder  
[kare.rorhus@sykehuset-innlandet.no](mailto:kare.rorhus@sykehuset-innlandet.no)
- Anne Bjørnstad Tomter, merkantil konsulent  
[anne-b.tomter@sykehuset-innlandet.no](mailto:anne-b.tomter@sykehuset-innlandet.no)
- Knut Arne Gravingen, kommunikasjonsrådgiver  
[knut.arne.gravingen@sykehuset-innlandet.no](mailto:knut.arne.gravingen@sykehuset-innlandet.no)
- Atle Holstad, spesialrådgiver  
[atle.holstad@sykehuset-innlandet.no](mailto:atle.holstad@sykehuset-innlandet.no)
- Kari K. Flatby, spesialrådgiver  
[kari.flatby@sykehuset-innlandet.no](mailto:kari.flatby@sykehuset-innlandet.no)
- Kari Källvik, spesialrådgiver  
[kari.kaellvik@sykehuset-innlandet.no](mailto:kari.kaellvik@sykehuset-innlandet.no)
- Anne Chr. Moberg, spesialrådgiver  
[anne.moberg@sykehuset-innlandet.no](mailto:anne.moberg@sykehuset-innlandet.no)
- Helge Bjørnsen, spesialrådgiver  
[helge.bjornsen@sykehuset-innlandet.no](mailto:helge.bjornsen@sykehuset-innlandet.no)
- Tone Skjellet, spesialrådgiver  
[tone.skjellet@sykehuset-innlandet.no](mailto:tone.skjellet@sykehuset-innlandet.no)
- Øystein Børke Olsen, spesialrådgiver  
[oystein.bjorke.olsen@sykehuset-innlandet.no](mailto:oystein.bjorke.olsen@sykehuset-innlandet.no)
- Hanne Kilen Stuen, spesialrådgiver  
[hanne.kilen.stuen@sykehuset-innlandet.no](mailto:hanne.kilen.stuen@sykehuset-innlandet.no)
- Anne Landheim, forsker, seniorrådgiver  
[anne.landheim@sykehuset-innlandet.no](mailto:anne.landheim@sykehuset-innlandet.no)
- Torhild Kielland, spesialrådgiver  
[torhild.kielland@sykehuset-innlandet.no](mailto:torhild.kielland@sykehuset-innlandet.no)
- Amund Aakerholt, spesialrådgiver  
[amund.aakerholt@helse-stavanger.no](mailto:amund.aakerholt@helse-stavanger.no)
- Knut Boe Kielland, spesialrådgiver  
[knut.boe.kielland@eunet.no](mailto:knut.boe.kielland@eunet.no)

KoRus-Øst – utgis minst 4 ganger årlig av:



Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helsevern  
Avdeling for Rusrelatert Psykiatri og Avhengighet  
Kompetansesenter rus – region øst  
Postboks 104, 2381 Brumunddal  
Telefon 62 58 15 68 • Telefaks 62 58 15 69  
E-mail: [kompetansesenteret@sykehuset-innlandet.no](mailto:kompetansesenteret@sykehuset-innlandet.no)

Tekst og foto:

Kommunikasjonsrådgiver Knut Arne Gravingen  
Redaksjonen avsluttet 16. desember 2009

Førtrykk: Typisk Bjørseth AS

Trykk: Flisa Trykkeri AS. Opplag: 1.000

Ved ettertrykk ønskes oppgivelse av kilde.

ISSN 1891-5035 til tittelen KoRus-Øst (trykt utg.)  
ISSN 1891-5043 til tittelen KoRus-Øst (online utg.)