

Denne artikkelen er fagfellevurdert



Fleksibilitet gir brukertilpassete tjenester

Ragnhild Fugletveit og Gunnar Vold Hansen

ragnhild.fugletveit@hiof.no

gunnar.v.hansen@hiof.no

I denne artikkelen ser vi nærmere på hvordan oppfølgingsteamet i bydel Alna i Oslo kommune organiserer sin tjenesteyting overfor mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser (ROP-brukere). På bakgrunn av intervjuer med brukere, ansatte, samarbeidsparter og pårørende konkluderer vi med at de positive tilbakemeldingene vi får, skyldes at teamet har en arbeidsform der de er fleksible og tilpasser seg brukernes behov og ønsker.

Introduksjon

Bydel Alna i Oslo kommune etablerte i 2005 et hjemmebasert tjenestetilbud for mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser (ROP-brukere). Vi ser at den utviklingen vi i dag har med desentralisering av tjenester, stadig mer polikliniske og ambulante tjenester, og økt ansvar til kommunene for tjenestetilbudene, gjør at det blir et stadig større fokus på ulike boligtilbud og hvordan man best kan følge opp brukerne i deres hjem. Den utviklingen vi ser i Norge er nokså lik den vi finner i en del andre vestlige land, og som gjerne knyttes til den strategien som kalles «Housing First» (Nelson 2010). Det innebærer at boligtilbudet blir basis for ulike tjenester, både i form av behandling og av ulike former for miljøarbeid (Smith 2005). I denne artikkelen skal vi se nærmere på de prinsippene og den

praksis et ambulant oppfølgingsteam legger til grunn for sin virksomhet. Vi legger til grunn at brukermedvirkning er et sentralt prinsipp i norsk helse- og sosialtjeneste. Det innebærer at vi er opptatt av at brukerne selv skal kunne velge egne mål og selv bestemme hva de opplever som suksess. Skal brukermedvirkningen bli reell, må brukerne ha ulike alternativer å velge mellom (Hansen 2007). Vårt fokus er derfor å få frem hvilke mål denne typen hjemmebaserte tjenester kan ivareta og hva dette skyldes.

Kunnskapsstatus

Utviklingen mot mer hjemmebaserte tjenester er en internasjonal trend som startet allerede på 1950-tallet i USA (Nelson 2010). I Norge startet utviklingen opp litt senere (Erichsen 1996) og skjøt ikke helt

fart før vi fikk opptrappingsplanen for psykisk helse i 1998–2008. I Norge er boligtilbudet til denne gruppen stort sett fordelt på to hovedgrupper; ulike former for bofellesskap og ulike former for selvstendige boliger (Holm 2012). Det er i dag ingen forskning som klart dokumenterer at den ene formen for bolig er bedre enn den andre, dersom man måler dette opp mot suksessfaktorer for behandling. (Chilvers, Macdonald & Hayes 2010). Grant & Westhues (2010) har gjort en undersøkelse der de sammenlignet virkningen av tilrettelagte felles boligtilbud (bofellesskap) med omfattende tjenesteoppfølging med uavhengige boliger (i ordinær boligmasse) med begrenset ambulant tjenestetilbud. Undersøkelsen viser at beboerne i begge formene for tilbud fikk det gradvis bedre. Et viktig element ved denne undersøkelsen var at beboerne i samarbeid med tjenesteyterne hadde valgt ut hvilken boform de skulle ha. Det betyr at valg av boform var bygget på individuell tilrettelegging, og vi legger derfor til grunn at det avgjørende ikke er hva slags boform som velges, men at valget er tilpasset til den enkelte bruker.

I Norge har særlig Husbanken vært opptatt av Housing First. Der knyttes det særlig til den rollen Husbanken har i det boligsosiale arbeidet. På oppdrag av Husbanken har Rambøll (Rambøll Management Consulting) vurdert muligheter og hindringer for å implementere Housing First i Norge. Deres konklusjon er at dette er mulig, men at det er knyttet en del utfordringer til dette som må overvinnes. En av disse utfordringene er behovet for å få til et godt tjenestetilbud forankret i brukernes hjem (Rambøll 2012).

I Norge er det særlig to måter å organisere oppfølgingen i brukernes hjem på. Den ene er å ha en form for betjent service-enhet lokalisert i forbindelse med tilrettelagte boligkomplekser for brukergruppen – det vi kaller bofellesskap. Den andre måten er å organisere ulike former for ambulante tjenester som kommer og yter tjenester i brukers hjem (Holm 2012). Det finnes i dag en rekke modeller for hvordan slike ambulante team kan organiseres.

På slutten av 1990-tallet var organisering av ambulante team knyttet til to hovedretninger, ulike former for case-management og ulike former for faste team (Onyett 1998). Cochrane konkluderte etter hvert med at den eneste formen for samarbeid som hadde positive virkninger, var faste team organisert etter den såkalte ACT-modellen (Marshall, Gray, Lokwood & Grey 1998; Marshall & Lokwood 1998). Konsekvensen av dette var at Helsedirektoratet i 2008 konkluderte med at ACT-team var den løsningen som ga best resultater for målgruppen, men at det likevel var behov for utprøving av andre modeller (IS-1554). Det kan være liten tvil om at ønsket om helhetlige og samordnede tjenestetilbud er en felles ambisjon i store deler av den vestlige verden. Det har derfor vært en omfattende utprøving av ulike modeller og oppbygging av kunnskap om hva som faktisk bidrar til bedre samarbeid (Reeves et al. 2010). Den kunnskapen man har fått frem på denne måten, har medført at det ikke lenger er mulig å finne dokumentasjon på at ACT-team er mer effektive enn andre. Årsaken til dette er trolig at også andre team har tatt i bruk de prinsippene som man har konkludert med at har bidratt til suksess med ACT-team (Burns 2010).

I Norge konkluderte man allerede i 2004 at kommunale ambulante team var et egnet tilbud til ROP-brukere i kommunen. En av de store utfordringene for slike team var likevel å få til et helhetlig tjenestetilbud, men vellykkete team synes å klare denne utfordringen blant annet ved fleksibilitet, brukermedvirkning og tillitskapende virksomhet (Konsmo & Hårstad 2004).

En utfordring med slike tjenestetilbud er å tilpasse disse til brukernes egne mål og prioriteringer. En spennende tilnærming til denne problemstillingen har Forchuk & al. (2006). De gjennomførte omfattende fokus-samtaler med brukere (til sammen 133 personer) i Ontario (i Canada) for å få svar på hvilke utfordringer de ser og hva som er viktig for dem. Undersøkelsen kan oppsummeres i fem temaer: Unngå diskriminering og stigmatisering, ha et godt sosialt nettverk, ha tilfredsstillende boligstandard, ha et godt tjenestetilbud – fortrinnsvis ambulant, og ha tilfredsstillende økonomi.

Krupa et al. (2005) viser at brukerne selv vurderer ACT-modellen svært positivt. Det sentrale elementet i ACT er for dem relasjonene – brukerne opplever at de blir tatt vare på. ACT er en modell som ut fra brukernes syn hjelper dem til selv å møte en del av dagliglivets problemer og til å bli inkludert og akseptert i lokalsamfunnet. Leiphart & Barnes (2005) trekker frem at brukerne opplever at de i større grad selv styrer tjenestetilbudet, og at dette prioriteres mer i tråd med pasientenes ønsker enn andre tjenestetilbud de har mottatt. Bildet er riktignok ikke helt rosenrødt, og Chinnan (1999) registrerer at den tette oppfølgingen fra ACT-teamene medfører at en del brukere klager over at de opplever dette som en

form for paternalisme. Også norske brukere er opptatt av det samme, og i en undersøkelse som Brønne (2007a & 2007b) har gjort av boligtilbud i regi av Frelsesarmeen og Kirkens Sosialtjeneste, pekte en del av brukerne nettopp på denne konflikten. Denne undersøkelsen viser likevel at brukerne i hovedsak var fornøyd med tjenestetilbudet og særlig fremhevet de gode relasjonene til tjenesteyterne, og at tjenestene var fleksible.

Gode og varige boligtilbud er basis i Housing First. Et fast boligtilbud er utgangspunkt for de tjenestene som skal ytes (Duffin 2007). Borg & al. (2005) konkluderer med at brukerne legger vekt på særlig fire forhold ved egen bolig: Boligene skal være et sted for vekst og utvikling, et sted der brukerne selv har kontroll, og et sted der de kan balansere privatliv og sosial deltakelse, samt at bolig handler om å realisere noe alle drømmer om.

På bakgrunn av den litteraturen vi har trukket frem her, mener vi det er grunn til å hevde at det er viktig å sikre ROP-brukere egne boliger der de kan få en tilfredsstillende oppfølging. Vi mener også å kunne se at det avgjørende for suksess ikke er hva slags boligtilbud brukerne får og hvilken organisasjonsform man velger på tjenestetilbudet, men at tilbudet og organisering kan tilpasses den enkeltes behov og ønsker.

Metode

Datainnsamlingen har bestått av kvalitative intervjuer av ledere, ansatte, brukere, pårørende og samarbeidspartnere. Innsamlingen av data foregikk i perioden våren 2011 til høsten 2012. Intervjustudien har til sammen utgjort 19 informanter og består

av 6 ansatte/ledere, 2 pårørende, 4 brukere og 7 samarbeidspartnere. Rekrutteringen av pårørende og brukere ble gjennomført ved at Oppfølgingstjenesten tok kontakt med aktuelle informanter som ble spurt om de kunne tenke seg å bli intervjuet om deres erfaringer med tjenesten.

Rekrutteringsmåten var ikke tilfeldig, men ble gjennomført i tråd med godkjennelse fra Personvernombudet for forskning. Oppfølgingstjenesten har gitt oss samtykke til å identifisere institusjonen, men av hensyn til konfidensialitet og anonymisering presenteres ikke deltakerne ytterligere. Informantene valgte selv sted og tid for intervjuene. Tre av intervjuene ble gjennomført som gruppeintervjuer med to informanter i hver gruppe. To av intervjuene ble gjennomført som telefonintervju. Resten av intervjuene, som omfattet ni informanter, ble gjennomført individuelt, enten hjemme hos dem, på deres arbeidsplass eller på et kontor i nærheten av Oppfølgingstjenesten. Intervjuenes varighet varierte mellom 15 og 45 minutter. Intervjuene ble gjennomført på grunnlag av en semi-strukturert intervjuguide. Valg av intervjuguide ga oss fleksibilitet og mulighet til å følge opp med aktuelle oppfølgings-spørsmål underveis i intervjusamtalene (Kvale & Brinkmann 2009).

De fleste intervjuene ble tatt opp på bånd dersom informantene godkjente det, og samtalene ble skrevet ut ordrett med tanke på analysearbeidet. Enkelte informanter ønsket derimot ikke at vi brukte båndopptaker, og noen intervjuer ble gjennomført på telefon. I disse sammenhenger ble intervjuene notert for hånd underveis i samtalen, i form av stikkord, som senere ble skrevet ut.

Vi har også gjennomført feltarbeid og deltakende observasjoner av Oppfølgingstjenestens arbeidsmåter. To observasjonsmuligheter ble gjennomført. En ved å følge med på hjemmebesøk til en av brukerne som skulle intervjues. Den andre observasjonen ble gjennomført på kontoret til Oppfølgingstjenesten. Begge observasjonene har bidratt til å utvide forståelsesrammen av teamets samhandling innad, med brukere, samarbeidspartnere og pårørende i deres arbeidshverdag.

Analysen ble gjennomført i tråd med det Coffey og Atkinson (1996) kaller for dekontekstualisering og rekontekstualisering av data. Analyseprosessen har bestått i å systematisere og kode dataene for å få en oversikt. Neste skritt har vært å relatere dataene til teoretiske begreper. Og ettersom vi har valgt eksplorerende forskningsdesign, har dekontekstualiseringen og rekontekstualiseringen gjentatt seg inntil vi mener at vi har greid å oppnå en god nok tolkning og forståelse av datamaterialet (Coffey & Atkinson 1996).

Presentasjon av Oppfølgingstjenesten

Oppfølgingstjenesten ble etablert i 2005 under Enhet for psykisk helsearbeid i bydel Alna i Oslo kommune. Tjenesten ble opprettet på bakgrunn av bydelens erfaringer av at det var et særskilt behov for individuelle tilrettelagte og koordinerte tjenester for ROP-brukere. Målsettingen for Oppfølgingstjenestens er å gi et helhetlig og samordnet oppfølgingstilbud til brukerne i deres bolig med et langsiktig perspektiv. Brukerne skrives ikke ut og kan i prinsippet motta tjenester så lenge det er behov. Totalt har Oppfølgingstjenesten siden 2005 fulgt opp 90 personer og i det daglige arbeidet

følger tjenesten opp ca. 25–27 brukere (Statusrapport 01.11.2012). Aktuelle brukere for Oppfølgingstjenesten er personer som bor i bydelen i leid eller eid bolig. Et kjennetegn for brukergruppen er at mange har et bosted, men trenger oppfølging for å kunne beholde leiligheten. Intensjonen for tjenesten er at brukerne kan klare å ha et verdig boforhold i bydelen. Oppfølgingstjenesten beskriver målsettingen slik :

«... Utgangspunktet er den enkeltes individuelle mål og behov for tjenester, ikke målene eller behovene til en gruppe, diagnosegruppe. Heller ikke med såkalt «dobbeltdiagnose». Betydningen av begrepet «mestring» eller «empowerment» i definisjonen av rehabilitering peker mot det å ta makt og myndighet over eget liv. En verdig bosituasjon er grunnleggende for å kunne oppnå makt og myndighet over eget liv! Også for denne målgruppen...» (Statusrapport 2005–2009).

Brukerne av Oppfølgingstjenesten tilbys en individuelt tilrettelagt og koordinert oppfølging med utgangspunkt i vedtak om tjenester, samarbeidsavtale og individuell plan.

Status for brukerne i november 2012 viste en jevn fordeling mellom menn og kvinner i alderen 23 til 68 år med ulike bo situasjoner. Hovedgruppen av brukere (16 personer) bodde i kommunal leilighet, en mindre andel (6 personer) eide sin egen bolig, og en mindre andel (5 personer) oppga at de leide en leilighet. I tillegg var det en bruker som oppga institusjon som sin foreløpige bosituasjon (Statusrapport 01.11.2012).

Oppfølgingstjenesten er basert på turnustjeneste med dag-, kvelds- og helgevakter, hvor to ansatte utgjør hvert vaktlag. De ansatte følger også turnus på helligdager. Begrunnelsen for denne turnustjenesten er å tilpasse seg brukerens behov. Brukerne har behov for tjenesten utover vanlig arbeidstid, i helgene og ikke minst på helligdager.

De ansatte i tjenesten har primæransvar for utvalgte brukere, men de rullerer likevel overfor brukerne slik at alle kjenner alle. Dette er virksomt på flere områder, ikke minst med hensyn til at de ansatte har turnusarbeid med dag- og kveldsvakter. Denne arbeidssituasjonen resulterer i at alle i tjenesten må kjenne til planer og avtaler for den enkelte bruker. Dette har Oppfølgingstjenesten løst ved at alle skriver inn planer og avtaler som blir etablert gjennom arbeidsøkten, i en felles avtaleboken som alltid er tilgjengelig på kontoret. Denne organiseringen av planer og avtaler gjør at alle til enhver tid har innsyn i hverandres avtaler med brukere slik at neste vaktlag kan overta videreføre det som er planlagt. Avtaleboken sikrer kontinuiteten både for brukerne og de ansatte.

Oppfølgingstjenesten er opptatt av samarbeidet med pårørende og understreker derfor sitt ansvar for oppfølgingen i det daglige og koordineringen av tjenestene, slik at pårørende i større grad kan være familie og ikke ta ansvar for behandling og tiltak. Oppfølgingstjenesten registrerer også systematisk nærmeste pårørende for alle brukere av tjenesten, slik at de kan kontaktes dersom noe skjer med brukerne.

Datapresentasjon

Etter å ha analysert datamaterialet fant vi fire sentrale begreper som fremstår som viktige; bolig, brukertilpasning, tilgjengelighet og relasjon.

Oppfølgingstjenesten tar som Smith (2005) utgangspunkt i at bolig må være basis i det tjenestetilbudet brukerne skal ha. Oppfølgingstjenesten legger derfor stor vekt på å følge opp brukerne på en slik måte at de klarer å beholde den boligen de har. Følgende uttalelse illustrerer hvordan de jobber for å få til dette:

« ... Hvis vi ser at de (brukerne) ikke betaler husleie, så følger vi dem til sosialkontoret som innvilger frivillig forvaltning. Vi følger bokstavlig talt regningen fra postkassen. Den må ut og fram i dagen, og så må den opp dit (sosialkontoret). Det er lik som den veien for å betalt regningen, så er det å unngå abonnementer her og der. Så vi unngår sånne gjeldsfeller, alt fra Omega 3 til abonnementer og sånne ting. Så er det et veldig samarbeid på forvaltning for de regningene som ligger. Den største utfordringen er mobilabonnement. Økonomien må være på plass og det er jo det helt grunnleggende. ...» (ansatt)

På denne måten sikrer teamet at de har den nødvendige basisen for å yte tjenester.

De som jobber i Oppfølgingstjenesten, legger til grunn at brukerne både har varierende sykdomsforløp og varierende motivasjon. Derfor er det vanskelig å planlegge faste tjenestetilbud til denne brukergruppen. De ansatte forklarer hvordan de forholder seg til dette:

«... Det er jo miljøterapi, individuelt tilrettelagt da. Hva er det du ønsker at vi kan gjøre for deg? Og så ta utgangspunkt i det. Folk må få velge selv hva de trenger. Jeg tror det er mye det å fokusere på det som faktisk fungerer da. Det er faktisk noe som fungerer.» (ansatt)

De ansatte er også opptatt av å unngå på sette urealistiske mål for brukerne. Selv kaller de dette for det sirkulære perspektivet. Det innebærer at de er innstilt på at de i perioder ser ulike former for fremgang, mens det i andre perioder går motsatt vei. Noen av brukerne må også i perioder legges inn i institusjon, men de ansatte er veldig tydelig på at verken de eller brukerne må se dette som uttrykk for noe negativt. De ansatte ser det slik at det er de som må tilpasse seg brukerne og ikke omvendt.

En annen viktig faktor er tilgjengeligheten. Oppfølgingstjenesten er tilgjengelig på dag og kveldstid på ukedager og dagtid i helgene og helligdager. Dersom noen av brukerne trenger hjelp eller bare noen å snakke med, så kan de ringe. Et viktig poeng i så måte er at Oppfølgingstjenesten legger vekt på at alle ansatte skal bli kjent med alle brukerne, selv om alle har en primærkontakt. Det betyr at uansett hvem som har vakt og hvem brukerne får kontakt med, så er det en person vedkommende kjenner. Denne tilgjengeligheten er i seg selv viktig, men det sentrale for brukerne er i stor grad at dette gir dem trygghet.

Det er ikke bare tilgjengeligheten til Oppfølgingstjenesten som ivaretas ved den arbeidsformen teamet legger opp til. Fordi Oppfølgingstjenesten også hjelper brukerne med å komme seg til andre tjenester, for

eksempel til polikliniske tilbud, så bidrar Oppfølgningstjenesten også til at andre tjenester blir tilgjengelige. Det betyr at brukerne kan opprettholde et regelmessig tjenestetilbud også utenfor hjemmet. For andre tjenester betyr dette også at tjenestene faktisk har brukerne tilgjengelige når det er planlagt. Slik unngår man en del av den «ikke-møtt»-problematikken som ellers er et problem i sektoren (Hansen & Ramsdal 2006).

For mange av dem blir relasjonen av en slik kvalitet at de opplever de ansatte som noe mer enn ansatte. Flere av brukerne trekker frem dette poenget:

«... Et sosialt nettverk vil være 90 % av et godt liv for meg, men jeg er redd for å få venner som ikke er der når jeg trenger dem. Jeg kan ikke huske at jeg noen gang har hatt venner. Og det er vanskelig å finne noen som er ålreite. Hvor skal jeg finne dem?»... (bruker)

Brukerne beskriver en kontakt som er sentral for dem, og som skaper fremdrift i deres bedringsprosess. Flere av brukerne oppfatter relasjonen til de som jobber der, som noe mer enn en profesjonell relasjon. Dette ser vi kanskje tydeligst i følgende historie:

«... Jeg ble innlagt på sykehuset for en stund tilbake og hadde ligget der alene i mange timer og så plutselig uten at jeg hadde fått beskjed, så dukket en av de ansatte i Oppfølgningstjenesten opp! Jeg ble så glad at jeg begynte å grine, jeg ...»(bruker)

Her er det tydelig at brukeren opplevde at den ansatte stilte opp på en måte som gikk

langt utover det man kan forvente i en profesjonell relasjon.

Oppsummering

Fleksibilitet er et sentralt begrep både i en del av den litteraturen vi har tatt utgangspunkt i, og i de dataene vi har samlet inn. På mange måter er fleksibilitet blitt et honnørord som alle er enige om er bra, men som man gjerne oppfatter ulikt. Etter vår mening er det den måten dette teamet oppfatter fleksibilitet på og hvordan de etterlever dette, som skaper de positive tilbakemeldingene på de tjenestene Oppfølgningstjenesten yter. Vi skal derfor se litt nærmere på dette begrepet. Fleksibilitet kan oppfattes både som en absolutt egenskap og som et relasjonelt begrep (Hansen 2009). En tjeneste eller en tjenesteyter kan være fleksibel på den måten at man behersker en rekke tiltak. Dette vil fremstå som en egenskap ved tjenesten eller den enkelte tjenesteyter. Tjenestene kan på den måten yte et stort spekter av tjenester, men det er ingen garanti for at det er de tjenestene brukerne etterspør. Hvis man oppfatter fleksibilitet som et relasjonelt begrep, så vil tjenesteyteren eller tjenesten være fleksibel i forhold til noe. I dette tilfellet er det den relasjonelle forståelsen av fleksibilitet som er interessant. Det avgjørende med oppfølgingsteamet er ikke hva de kan, men hva de gjør og hvorfor de gjør dette.

Først og fremst er det viktig at oppfølgingsteamet er fleksibelt med tanke på brukernes behov og ønsker. Teamet har ikke standardiserte løsninger som brukes uavhengig av hva brukerne ønsker. Tvert imot, våre data viser at både brukerne og ansatte er enige om at de tjenestene som ytes er tilpasset de behov som brukerne har. For å få til et godt

tjenestetilbud er det derfor viktig at tjenesteyterne er villig til å prøve seg frem og å tilpasse seg til de tilbakemeldingene de får fra brukerne (Einstein 2007). Som vi har hørt innebærer dette også at man fullt ut aksepterer at man må gjøre noe helt annet enn det som man i utgangspunktet hadde planlagt.

Tilgjengelighet både i tid og sted er også en form for fleksibilitet. Det betyr at teamet tilpasser tjenestene sine til de tidene brukerne har behov for tjenestene, og til de stedene brukerne føler at de best kan nyttiggjøre seg dem. Ambulante tjenester ser ut til å være særlig viktig for denne målgruppen (Konsmo & Hårstad 2004; EconPoyry 2011). Interessant er det også å legge merke til at selv om teamet beskrives som et ambulant team, så registrerte vi ved selvsyn at noen av brukerne også syntes det var allright å komme uanmeldt innom kontoret bare for kontaktens skyld. Fleksibilitet innebærer derfor ikke bare å være ambulant, men også å ha et sted å møte dem som ønsker å komme på besøk.

De beskrivelsene som brukerne gir av relasjonen med teammedlemmene, er tydelig preget av at de oppfatter at de blir ivaretatt. Brukerne opplever at de blir ivaretatt, og at de blir respektert. Teammedlemmene er fleksible, slik at de møter opp og oppleves som noe mer enn en tjenesteyter. Denne fleksibiliteten bidrar til at brukerne får en menneskelig støtte ut over det som ellers gjerne forbindes med en vanlig profesjonell relasjon (Topor, Borg, Girolamo & Davidson 2011).

Burns (2010) forklarer manglende forskjell mellom ACT-team og andre ambulante team med at de virksomme elementene i

ACT-team nå for en stor del er tatt i bruk av andre tjenester. Det ser ut som om den tilpasningen som er gjort, også er bygget på en vekselvirkning mellom analyse av brukernes behov og vurdering av de resultatene man har oppnådd (Einstein 2007). Vi understreker at vi med denne artikkelen har ønsket å vise hvordan fleksibilitet og tilpassning kan skape gode tjenestetilbud. Vi har også sett et eksempel på en bruker som ikke har vært like positiv som de som er trukket frem her. Dette er et eksempel der det ikke har vært samsvar mellom de behovene brukeren hadde (behov for døgkontinuerlig oppfølging) og det tilbudet som Oppfølgingsteamet i bydel Alna kunne yte. Slik vi ser det svekker ikke dette vår konklusjon – heller tvert imot. Et slik ambulant team kan ikke løse alle utfordringer, og en forutsetning for den suksessen vi beskriver, er at det er samsvar mellom brukernes behov og det tjenestetilbudet som ytes. Det vi beskriver er hvordan man innenfor denne rammen kan oppnå entydige positive tilbakemeldinger ved å legge vekt på å være fleksible i forhold til de mål og behov brukerne skisserer og å være opptatt av å tilpasse seg den situasjon brukerne er i. Dette er erfaringer som man trygt kan overføre til andre sammenhenger.

Referanser

- Borg, M., Sells, D., Topor, A., Mezzina, R., Marin, I., & Davidson, L (2005): What Makes a House a Home? The Role of Material Resources in Recovery from Severe Mental Illness, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3) 243–256.
- Brønne, I.H. (2007 a): *BoSatt – gode bortespillere på andres hjemmebane – evaluering av prosjekt Bosatt Satellitt*, Diakonhjemmets høgskole, Rapport nr. 3/2007.
- Brønne, I.H. (2007 b): *Boligsosialt arbeid som helhet, samarbeid og individuell oppfølging – evaluering av prosjekt Bolig med nogo attåt*, Diakonhjemmets høgskole, Rapport nr. 7/2007.

- Burns, T. (2010): The rise and fall of assertive community treatment? *International Review of Psychiatry*, 22(2), 130–137.
- Chilvers, R., Macdonald, G., & Hayes, A. (2010): *Supported housing for people with severe mental disorders (Review)*. The Cochrane Collaboration.
- Chinman, M., Allende, M., Bailey, P., Maust, J., & Davidson, L. (1999). Therapeutic agents of Assertive Community Treatment. *Psychiatric Quarterly*, 70(2), 137–162.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (1996) *Making sense of qualitative data : complementary research strategies*. Thousand Oaks, Sage.
- Duffin, M. (2007): «Barriers and Gaps in current housing provision for drug and alcohol users». *Housing Care and Support*, 10(2) 4–8.
- EconPoyry (2011): *Oppsøkende virksomhet er bra for utsatte grupper. Evalueringen av forsøk med ACT i Mossregionen*. EconPoyry rapport 2011:013
- Einstein, S. (2007). Substance Use(r) Treatment and health Disparities. Some Considerations or An Askance Look at Institutionalized Substance Use(r) Intervention Disparities, *Substance Use & Misuse*, 42, 671–686.
- Erichsen, V. (1996): «Helsetjenesten og profesjonene», og «Profesjonenes forhold til hverandre», i V. Erichsen (red). *Profesjonsmakt*, Oslo: Tano Aschehoug
- Forchuk, C., Nelson, G., & Hall, B. (2006): «It's Important to be Proud of the Place You Live In». Housing Problems and Preferences of Psychiatric Survivors». *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(1), 42–52.
- Grant, J., & Westhues, A. (2010) *Longitudinal Study of Housing for Mental Health Consumer-survivors: Final report*. Socio-economic Series 10-002.
- Hansen, G.V., & Ramsdal, H. (2006). «Ikke møtt»: en analyse av sosialmedisinske poliklinikkens konsultasjonspraksis. Høgskolen i Østfold Oppdragsrapport 2006:1.
- Hansen, G.V. (2007). *Samarbeid uten fellesskap – om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*, Karlstad University Studies 2007:15.
- Hansen, G.V. (2009): Et fleksibelt blikk på avtalen om inkluderende arbeidsliv, i Karlsson & Claussen (2009) Den sköra balansen: arbeidslivets fleksibilitets tvetydigheter, i skriftserien *Arbetsliv i Omvandling*. Växjö Universitet
- Helsedirektoratet (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særligtilrettelagte tilbud*. IS-1554 Rapport.
- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. IS-1948 Rapport.
- Holm, A. (2012): *En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid – Om boliger, tjenester og kapasitet innenfor kommunenes arbeid for personer med psykiske vansker*. NIBR-rapport: 2012:2.
- Konsmo, T., & Hårstad, I. (2004): *Ambulante team i rusomsorg og psykisk helsevern*, Stiftelsen GRUK, Skien: Rapport nr. 6, 2004.
- Krupa, T., Eastabrook, S., Hern, L., Lee, D., North, R., Percy, K., Von Brieson, B., & Wing, G. (2005) How do people who receive Assertive Community Treatment experience this service? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 18–24.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009): *Det kvalitative forskningsintervju. 2. utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Leiphardt, L., & Barnes, M. (2005) The Client Experience of A Sensitive Community Treatment: A Qualitative Study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 4/3, 2005.
- Marshall, M., Gray, A., Lokwood, A., & Green, R. (1998): *Case management for people with severe mental disorders*, The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2
- Marshall, M., & Lokwood, A. (1998): *Assertive community treatment for people with severe mental disorders*, The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2.
- Nelson, G. (2010): Housing for People with Serious Mental Illness: Approaches, Evidence, and Transformative Change. *Journal of Sociology & Social Welfare*, XXXVII(4).
- NoU 2011:15. *Rom for alle – en sosial boligpolitikk for framtiden*. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet.
- Onyett, S. (1998). *Case management in Mental Health*. London: Stanly Thornes (Publishers) ltd.
- Rambøll Management Consulting (2012) *Housing first – muligheter og hindringer for implementering i Norge*.
- Redko, C., Rapp, R.C., Elms, C., Snyder, M., & Carlson, R.G. (2007). Understanding the Working Alliance Between Persons with Substance Abuse Problems and Strengths-Based Case Managers. *Journal Of Psychoactive Drugs*, 39(3), 241–250
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010) *Interprofessional teamwork for health and social care*. Chichester, West Sussex: Blackwell.
- Smith, J. (2005): «Housing, Homelessness and Mental Health in Great Britain». *International Journal of Mental Health*, 34(2), 22–46.
- Statusrapport 2005–2009, Enhet for psykisk helsearbeid, Bydel Alna, Oslo kommune. Upublisert
- Statusrapport 01.11.2012, Enhet for psykisk helsearbeid, Bydel Alna, Oslo Kommune. Upublisert.
- Topor, A., Borg, M., Girolamo, S. Di., & Davidson, L. (2011) Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery, *Int J Soc Psychiatry*, 57(1), 90–99.

Summary

Ragnhild Fugletveit and Gunnar Vold Hansen

Flexibility produces user-adapted services

In this article, we investigate how an ambulant team in Oslo organizes its services for people with concurrent substance abuse and severe mental health problems. The study is based on interviews with users, employees, partners and family members. We conclude that we get positive feedback from our informants because the team has a way of working in which they are flexible and adapt to users' needs and wishes.