

Astrid Skatvedt og Marit Edland-Gryt

Øyeblikksomsorg – et verktøy for bedring

**Evaluering av 24SJU – et lavterskeltilbud til personer
med dårlig psykisk helse og rusmiddelproblemer**

SIRUS-rapport nr. 4/2012

Statens institutt for rusmiddelforskning

Oslo 2012

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ble opprettet 1. januar 2001 som en sammenslåing av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) og dokumentasjonsseksjonen og biblioteket i Rusmiddeldirektoratet. SIRUS har som formål å utføre og formidle forskning og dokumentasjon omkring rusmiddelspørsmål, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Instituttet er også kontaktpunkt for Det europeiske narkotikaovervåkningscenteret i Lisboa, EMCDDA.

Copyright SIRUS

Oslo 2012

ISBN 978-82-7171-384-3 (trykt)

ISBN 978-82-7171-386-7 (PDF)

ISSN 1502-8178

SIRUS

Pb. 565 Sentrum

0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgate 2B

Telefon: 22 34 04 00

E-post: sirus@sirus.no

www.sirus.no

Design og grafisk produksjon:

07 Gruppen 2012

www.07.no

Forord

Denne rapporten er skrevet med utgangspunkt i Helsedirektoratets forespørsel om en evaluering av 24SJU. Hvorvidt, og på hvilken måte hjelpetiltak overfor de mest utsatte rusmiddelmissbrukerne i Oslo har en effekt, er vanskelig å måle (i tradisjonell forstand). Det vil i så fall kreve at studien går over lenger tid enn denne har gjort. Men et langvarig feltarbeid har gitt god innsikt i virksomheten der, og i viktige rammebetingelser for arbeidet med denne gruppa rusmiddelmissbrukere.

Det var en del motstand fra offentlige etater mot bevilgningen Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO) fikk for å opprette 24SJU og Prosjekt oppsøkende tjenester ved rusavhengighet (Optra). Vi har ikke tatt stilling til hva andre kunne fått til om de hadde fått disse midlene, i og med at dette spørsmålet faller utenfor evalueringsoppdraget SIRUS fikk fra Helsedirektoratet.

Vi ønsker å takke ledere, brukere og ansatte på 24SJU og Optra for at de har møtt oss med velvilje og åpenhet. Det har vært et spennende feltarbeid som har resultert i et omfattende og interessant datamateriale. Vi vil også rette en takk til ansatte i Velferdsetaten (tidligere Rusmiddeletaten), Frelsesarmeen, SKBO, Foreningen for human narkotikapolitikk og ved Strax-huset og Utekontakten i Bergen for at de satte av tid til å snakke med oss.

Astrid Skretting takkes for verdifulle bidrag på ulike stadier av prosjektet.

Takk også til bibliotekarene på SIRUS som alltid stiller sin kompetanse til rådighet for oss. Vi vil også takke Kristin Buvik og Sturla Falck og andre kollegaer på SIRUS for grundig gjennomlesning og gode, kritiske kommentarer til rapporten. Bergljot Baklien skal ha en særskilt takk for at hun på varmt og velvillig vis har delt sin kunnskap om evaluerings- og følgeforskning med oss.

Oslo, juni 2012

Astrid Skatvedt og Marit Edland-Gryt

Innhold

Sammendrag	7
1 24SJU og konteksten	11
1.1 Beskrivelse av 24SJU.....	11
1.2 Feltet, aktørene og prosjektet.....	22
1.3 Gangen i rapporten.....	28
2 Problemstillinger, metode og data	29
2.1 Problemstillinger.....	29
2.2 Følgforskning som metodisk tilnærming	30
2.3 Følgforskning er formativ	31
2.4 Hva er måloppnåelse?.....	32
2.5 Organisering av datainnsamlingen.....	33
2.6 Datakilder	38
2.7 Analyse av data	39
2.8 Etiske utfordringer	40
2.9 Metodiske utfordringer	42
3 Kontekst: eksterne rammebetingelser	45
3.1 Andre aktørers holdninger til 24SJU	45
3.2 Delte meninger	48
3.3 Koordineringsansvar	52
3.4 Større rom for fleksibilitet	53
3.5 Utvikling av tverrfaglig vennskap.....	54
3.6 Forventninger	57
4 Kontekst: interne rammebetingelser	60
4.1 Beliggenhet	60
4.2 Rom for fleksibilitet	60
4.3 Endring og utvikling av personalgruppa.....	63
4.4 Bistand fra frivillige	68
4.5 Vekting av arbeidsoppgaver.....	69
4.6 Sikkerhet – hvordan romme de sinte brukerne?.....	70
4.7 Terskler som hindrer	72

5	Ulike verktøy i arbeidet med en sammensatt gruppe	74
5.1	De som trenger 1000 kaffekopper, de unge og de utenbys fra	74
5.2	Tilgjengelighet – lav terskel, åpen dør	79
5.3	Matsservering – fra himmelsk restemat til havregrøt fra helvete	88
5.4	Utadrettet virksomhet	93
5.5	Tid, tillit og hverdagslighet	96
5.6	En arena for brukerstemmer	102
5.7	Innstramminger	104
6	Oppsummerende diskusjon	110
6.1	Øyeblikksomsorg som terapeutisk verktøy	110
6.2	Forholdet mellom bedring, kompetanse og uformelt samvær	112
6.3	Utfordringer for samarbeid	114
6.4	Utvikling av metode	115
6.5	En gjøkunge?	115
6.6	Hva er «tilstrekkelig» hjelp?	117
7	Veien videre	119
7.1	Behov for lett tilgjengelige spesialisthelsetjenester	119
7.2	Mange kokker – mye søl, eller flere muligheter?	120
7.3	Bruk av ressurser, organisering og samarbeid	120
	Vedlegg: Optra – Prosjekt oppsøkende tjenester ved rusavhengighet	125
	Litteratur	132
	English summary	136

Sammendrag

Det har i mange tiår vært knyttet stor bekymring til det åpne miljøet av rusmiddelmissbrukere i Oslo sentrum. Det er etablert en rekke tiltak for å avhjelpe situasjonen for denne gruppa, uten at det ser ut til å ha bidratt til vesentlig endring. Mange lever fortsatt i stor elendighet og har stort behov for ulike former for hjelpetiltak.

Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO) ble i 2009 tildelt midler til opprettelsen av et døgnåpent helse- og velferdstilbud for de mest utsatte rusmiddelmissbrukerne i Oslo. Gruppa ble definert som «rusmiddelavhengige med dårlig psykisk helse og omfattende rusmiddelrelaterte problemer, og som ikke i tilstrekkelig grad nås gjennom det eksisterende hjelpetilbudet». Tiltaket fikk navnet 24SJU, og har som hovedmål å iverksette tiltak for å oppnå bedre fysisk og psykisk helse samt økt sosial inkludering og egen mestring for den aktuelle målgruppa.

24SJU skal yte hjelp og øyeblikksomsorg når behovet er der. De skal også bedre kunnskapen om, og utvikle egnede arbeidsmåter overfor denne målgruppa. Arbeidet skal skje i tett samarbeid med Oslo kommune, Helse Sør-Øst, og andre ideelle organisasjoner. En andel av bevilgningen ble overført til Kirkens Bymisjon Bergen, til oppstart av det som ble kalt Prosjekt oppsøkende tjenester ved rusavhengighet (Optra).

SIRUS fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å gjennomføre en evaluering av 24SJU med følgeforskningsdesign. Vi ble bedt om å vurdere i hvilken grad 24SJU har lyktes i å nå den aktuelle målgruppa med tiltak som bedrer deres livssituasjon med hensyn til fysisk og psykisk helse og sosial integrering og mestring. Helsedirektoratet ønsket også en vurdering av om det har en selvstendig betydning at tiltaket driftes av en frivillig organisasjon, og hvordan direkte brukerrettet arbeid vektet i forhold til administrative oppgaver. Videre ønsket Helsedirektoratet en beskrivelse av modellen Bymisjonen i Bergen utvikler for å nå den samme målgruppa.

Det er flere utfordringer knyttet til en evaluering som denne. De oppsatte mål er vanskelige å måle i tradisjonell forstand, både fordi det er mål som langt på vei ikke lar seg operasjonalisere, og fordi det ikke foreligger data som kan belyse i hvilken grad bedring for den aktuelle målgruppa er et resultat av 24SJU, eller om, og i hvilken grad andre forhold spiller inn. Den viktigste datakilden er notater fra deltakende observasjon og intervjuer som er gjennomført over en periode på to år. I tillegg er det gjennomført en egen brukerundersøkelse og foretatt intervjuer av ansatte i andre ideelle organisasjoner og Velferdsetaten i Oslo kommune.

24SJU er etablert i Dronningensgate 8, sentralt i Oslo sentrum. Lokalene består av et stort miljørom med toalett og en åpen kjøkkenavdeling der det serveres enkel mat og drikke. I tillegg er det en hvileavdeling med seks liggestoler, oppbevaringsskap for brukere, kleslager, dusj, toalett og vaskerom. Det finnes også et enkelt utstyrt helserom i tilknytning til denne avdelingen. Resten av lokalene brukes til kontorer, møterom, medisinrom og lager.

Det er ingen tvil om at 24SJU yter hjelp og øyeblikksomsorg for den aktuelle målgruppa. Behovet for omsorg er imidlertid omfattende, og har skapt utfordringer for driften ved at det i perioder har vært stor tilstrømning av brukere. Det innebærer at det i perioder også kommer personer som ikke kan sies å være i målgruppa. Vår vurdering er at de ansatte etter hvert har lyktes i å få ned antallet personer utenfor den definerte målgruppa, det vil si personer som allerede har et fungerende hjelpetilbud, og/eller som har mindre omfattende problemer knyttet til rusmiddelmisbruk og psykisk helse og som derfor kan benytte andre lavterskeltiltak i Oslo sentrum. Sondringen mellom personer som er, og ikke er i målgruppa medfører en del utfordringer, især med hensyn til de som er i det vi vil kalle en gråson. Vi ser ikke at det er mulig at alle som oppholder seg i lokalene til en hver tid er i den definerte målgruppa. Det er trolig nødvendig med et visst slingringsmonn, fordi det tar tid å bygge en relasjon til, og kartlegge de som kommer. Tidsperspektivet synes særlig viktig med hensyn til bedringsprosesser for de brukerne som har svært dårlig psykisk helse. Det synes som 24SJU i stor grad har lyktes i å (re-)opprette kontakt mellom bruker og andre hjelpeinstanser, og med å gå inn i samarbeid med andre rundt brukere.

Det er viktig å understreke at kriteriene for «suksess» er uklare. I datamaterialet kommer det likevel fram at mange av de som kommer til 24SJU, får hjelp som bidrar til at de på sikt får en bedret livssituasjon, blant annet ved at det i det praktiske arbeidet blir lagt betydelig vekt på å bygge gode behandlingsrelasjoner. I

tillegg er det trolig av betydning at brukerne blir fulgt til andre hjelpeinstanser lenge nok til at det er (re-) etablert gode relasjoner med aktuelle aktører i det eksisterende hjelpeapparatet. 24SJU gir lett tilgang på spesialkompetanse innenfor psykisk helsevern, noe som synes å være utslagsgivende for rusmiddelmissbrukere med dårlig psykisk helse, da disse trolig er av dem som er vanskeligst å fange opp og holde på lenge nok til at en kan bidra til en bedring av livssituasjon og helse.

På 24SJU regnes de praktiske og materielle tilbudene (mat, drikke, PC, dusj, hvile, overnatting osv.) som verktøy for relasjonsbygging, samtale og kartlegging. Evalueringen viser at dette er viktige redskap for å nå målene som er satt. For eksempel er muligheten for å huse brukere om natten viktig med tanke på å sikre muligheten for oppfølging neste dag (for eksempel til avtale med fastlege eller NAV) eller for videre kartlegging.

Ett av de mest markerte funnene er brukernes uttrykte mangel på tillit til, og opplevelsen av å være sviktet og motarbeidet av hjelpeapparatet, og at de ikke når fram. Dette innvirker på om de søker hjelp der eller ikke, hva slags hjelp de ber om, og på relasjonen til hjelpere. Mangel på tillit og fravær av håp synes å bidra til at terskelen blir høy for mange i den aktuelle målgruppa. På tross av at flere av brukerne også var kritiske til deler av 24SJU, er det tydelig at tiltaket i hovedsak nyter tillit hos brukerne. For en del av brukerne, ofte de aller dårligste, synes det å være avgjørende at de får tid og rom nok til å opparbeide nødvendig tillit, slik at det utvikles en god behandlingsrelasjon.

Evalueringen har vist at det kan være fordeler ved at det i Oslo finnes tiltak for den aktuelle brukergruppa som drives av en ideell organisasjon i tillegg til det som inngår i kommunens tilbud. Det har blant annet med rammebetingelser å gjøre: 24SJU er en fleksibel og lite byråkratisk organisasjon, noe som bidrar til at ansatte har stort handlingsrom og autonomi, og kan sette i verk tiltak når brukeren er tilgjengelig og mottakelig. Dette er forhold som av ulike grunner synes vanskeligere å oppnå i det offentlige hjelpeapparatet.

Selv om det har vist seg at det er fordeler ved at tiltaket ikke inngår som en del av det ordinære hjelpeapparatet, har vi også observert ulemper ved dette. Utenforskapet til 24SJU har medført at de delvis står utenfor informasjonsstrømmen og dermed har dårligere kommunikasjonsforhold med andre aktører. Samarbeidsforholdene har til dels vært preget av uenigheten om hvorvidt 24SJU burde opprettes som tiltak. Dette har skapt utfordrende rammebetingelser, og kan ha bidratt til at 24SJU ikke har hatt

tilstrekkelig myndighet og legitimitet hos enkelte samarbeidspartnere. Forholdet mellom hjelpere og tjenestemottakere i denne gruppa preges ofte av relasjonstretthet og -brudd. Det kan derfor se ut til at det kan være konstruktivt at det er flere aktører, slik at en lettere sikrer at en bruker som faller ut av et tiltak blir fanget opp av et annet. Det er avgjørende for gode resultater at en retter oppmerksomheten mot samarbeid, og at de ulike aktørene snakker sammen, ikke bare om hvem som skal gjøre hva, men også om hvilke prosesser som kan befordre, og hvilke som kan hindre samarbeid dem i mellom.

1 24SJU og konteksten

Evalueringsrapporten er et resultat av et langt feltarbeid med deltakende observasjon og intervjuer på SKBOs tiltak 24SJU. I tillegg har vi intervjuet andre aktører på rusmiddelfeltet i Oslo. Det innebærer at rapporten bygger på et stort datamateriale. Vi begynner med å beskrive 24SJU fordi du som leser bør vite noe om tiltaket vi har evaluert før vi går videre.

I tillegg til å gi en beskrivelse av 24SJU, mener vi det er nødvendig å beskrive *konteksten* tiltaket ble etablert inn i. På den måten ønsker vi å gjøre rede for omstendighetene rundt oppstart av 24SJU, dette kan ses som en del av rammebetingelsene. Grunnen til at vi har valgt å presentere såpass mye om konteksten, er at 24SJU ikke ble startet opp i et vakuum, men i en nokså komplisert sammenheng og i et sammensatt felt.

Det åpne miljøet av rusmiddelmisbrukere i Oslo sentrum har gjennom tiår vært til stor bekymring for så vel politikere som for utøvende myndigheter. Selv om det etter hvert er etablert en rekke hjelpe- og behandlingstiltak, har en ikke klart å avhjelpe den prekære situasjonen til de mange som inngår i sentrumsmiljøet. I 2003 ble det utarbeidet en egen tiltaksplan som resultat av et samarbeid mellom Oslo kommune, Oslo politidistrikt og ulike departementer. Planen inneholdt en rekke konkrete tiltak og hadde som mål å skape alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum. På tross av at innholdet i planen langt på vei ble realisert, førte den ikke til nevneverdige endringer (Olsen & Skretting, 2006). Slik sett ble de mange tiltakene mer et supplement enn et alternativ. Mange lever fortsatt i stor elendighet og har stort behov for ulike former for hjelpetiltak. Disse forholdene danner utgangspunktet for etableringen av 24SJU.

1.1 Beskrivelse av 24SJU

24SJU er et lavterskeltilbud som ligger i Oslo sentrum. Det åpnet i september 2009, finansiert av statlige midler som resultat av en politisk prosess. 24SJU tilbyr de som kommer enkel mat, drikke, telefon, Internett, lading av mobiltelefoner, dusj, klær

og hvile og overnatting. Ikke minst tilbyr de oppfølging og samtaler med godt utdannet fagpersonale. Alle tilbud er gratis, og man trenger ikke henvisning for å få samtale med for eksempel psykolog eller lege.

Hva inneholder tilbudet?

Som navnet gjenspeiler, er 24SJU tilgjengelig 24 timer i døgnet, sju dager i uka. Det er imidlertid ikke døgnåpent i den forstand at hvem som helst kan komme inn 24 timer i døgnet. Om vi ser bort fra noen forsøk i starten av prosjektperioden med å ha døra åpen også om natta, har den vært låst etter klokka 22.00, og brukere må ringe på for å få kontakt med personalet. Det er et callinganlegg der personalet kan snakke med brukere uten å åpne døra, men dette blir i følge nattevaktene svært sjelden brukt, og da mest i situasjoner der sikkerheten til ansatte og brukere oppleves som truet. Etter hvert er mange av overnattingene planlagt i samråd med de aktuelle brukerne, og eventuelt andre hjelpetiltak, men personalet tar også inn brukere som har behov for hvile og samtale etter å ha vurdert forsvarlighet, og om de det gjelder heller skal hjelpes til andre tilbud, for eksempel Sosial vaktjeneste eller Legevakten. Ved enkelte anledninger blir det satt inn ekstra personale for å ivareta særlig ressurskrevende personer som overnatter. I noen tilfeller der en ventet på institusjonsplass eller annet egnet oppholdssted, kom 24SJU til enighet med den bydelen vedkommende hørte hjemme i, om at den skulle betale for slik ekstra bemanning.

I tillegg til mat, drikke, klær, samtaler osv., gir de ansatte på 24SJU også informasjon om andre hjelpetiltak, som sorterer under Oslo kommune/Velferdsetaten,¹ frivillige/ideelle organisasjoner eller den statlige spesialisthelsetjenesten. Brukere må ikke ha henvisning for å få tilgang til spesialisthelsetjenestetilbudene som tilbys innen rammene for 24SJU, noe som innebærer at de kan komme mer eller mindre rett inn til fagpersoner med spesialkompetanse innenfor fysisk og psykisk helse og rusmiddelproblemer.

På dagtid er inngangsdøra åpen med noen unntak, for eksempel når det er utagerende brukere i lokalene eller svært stor tilstrømning av brukere. Ved slike anledninger står det en ansatt ved døra og vurderer de som vil inn, og ber dem eventuelt om å gå til et av de andre tiltakene eller komme tilbake seinere.

¹ Den tidligere Rusmiddeletaten i Oslo kommune inngår fra 1.1.2012 i Velferdsetaten. I denne rapporten har vi valgt å bruke betegnelsen Velferdsetaten og direktør/ansatt i Velferdsetaten, selv om de aktuelle informantene på intervjuetidspunktet var ansatt i Rusmiddeletaten.

I perioden hvor vi har fulgt 24SJU, har det variert i hvor stor grad de ansatte har drevet sin virksomhet utenfor lokalene. Det er flere grunner til det, og vi kommer tilbake til den ambulante og oppsøkende virksomheten. Generelt ser den ambulante virksomheten ut til å ha økt i perioden mens evalueringen pågikk. Det var i hovedsak ansatte med spesialistkompetanse (psykolog/spesialsykepleiere) som jobbet ambulant.

I tillegg til åpningstiden, er det lett tilgjengelighet på fagpersonell med spesialistkompetanse som skiller 24SJU fra andre lavterskeltilbud i Oslo. 24SJU har lav terskel i betydningen at en kan komme til spesialsykepleier, lege, psykiater og psykolog uten henvisning. Terskelen er også lav for å få timeavtaler; en mister ikke avtalt time om en kommer for seint eller ikke kommer. En må heller ikke vente i lang tid for ny time, slik det er vanlig i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

De praktiske tilbudene er ikke tenkt som et tilbud i seg selv, men brukes som verktøy for kontakt og relasjonsbygging for å komme i posisjon overfor de som inngår i målgruppa. Samtaler i form av kartlegging av behov, og oversikt over kontakt med øvrig hjelpeapparat for å sette i gang bedringsprosesser anses for å være hovedvirksomheten. Begynnende bistand kan være samtale med lege, psykolog eller annet helsepersonell, hjelp til å søke behandling i den ordinære spesialisthelsetjenesten, bistand til å finne en fastlege, kontakte sosialkontor i bydel eller hjemkommune.

Faglig og ideologisk forankring

Verdiene som ligger til grunn for prosjektet er definert som (Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo 2009):

- tilgjengelighet
- tillit
- tverrfaglig kompetanse
- tålmodighet
- tro

En overordnet idé er at tjenestene som tilbys skal være så tilgjengelige som mulig for den aktuelle målgruppa (vi kommer tilbake til definisjon). Det kan trekkes paralleller til «De små skritts metode», der hovedprinsippet er at brukerne skal få det rom og den tid som er nødvendig for at gode endringsprosesser kan settes i gang og være virksomme over tid (Jourdan & Thisgaard, 2008). Jourdan og

Thisgaard har formulert det de kaller et behandlingsparadoks, som går ut på at nettopp det å ikke kreve forandring kan være befordrende for forandring (ibid.:15). De framhever brukeren som «et handlende subjekt, ikke et behandlingsobjekt» (ibid.:20), og poengterer betydningen av at brukerne ikke avkreves forandringsvillighet som adgangstegn. Her kan vi si at 24SJU skiller seg fra tenkningen om værestedene hos Jourdan og Thisgaard ved at 24SJU har en slags forventning om bestilling av hjelp og endringsvillighet – om det så er på et svært lavt nivå. Vi finner imidlertid likhetstrekk ved tilbudet Københavns Amts Special Ambulatorium (KASA), som er et behandlingstilbud for de mest belastede psykisk syke rusmiddel-misbrukere (Schepelern Johansen, 2007). I likhet med 24SJU, har KASA også en forventning om at brukerne skal ønske å jobbe for bedring av livssituasjon, om enn med små skritt.

Det kan også trekkes paralleller fra virksomheten på 24SJU til det såkalte recovery – eller bedringsperspektivet, som har sin opprinnelse i bruker- og pasientmiljøer i ulike deler av verden (Borg, 2009). Det refererer ikke til noen spesifikk metode, men til det personen gjør selv for å leve et meningsfullt liv (Davidson et al., 2007). Som flere påpeker, er det vanlig at personer med alvorlige psykiske problemer «kommer seg» (Almvik, Sagsveen, Møller, Westerlund, & Norvoll, 2011; Borg, 2007, 2009; Davidson et al., 2007). Det samme kan sies om personer med omfattende sammenfallende rusmiddel- og psykiske problemer. Ifølge Davidson et al. (2007) viser ikke bedring til spesifikk behandling eller metode, men til alt personen gjør for å bedre sin livssituasjon. Det handler om arbeid med å takle ulike problemer og leve et meningsfullt liv, med eller uten støtte fra hjelpeapparatet (Borg 2009). Det dreier seg for eksempel nødvendigvis ikke alltid om å slutte å ruse seg, men kanskje å bruke mindre rusmidler og under tryggere forhold. Ofte handler det om å få det bedre, for eksempel med hensyn til boligsituasjon eller berusningsnivå. Bedringsprosess i dette perspektivet handler om å få tilhørighet til nærmiljøet og skape en identitet som ikke bare har sammenheng med egne problemer (Borg, 2009). Virksomheten på 24JSU kan ses som et arbeid for å motivere og støtte klientene i en prosess som bidrar til egen bedring. Tiltaket kan defineres som brukerrettet i den forstand at det legges vekt på å finne fram til hjelp i nært samarbeid med den enkelte bruker og dennes forståelse av egne behov.

Tid og gode relasjoner til hjelperne ser ut til å ha særlig stor betydning for personer som har sammenfallende problemer med dårlig psykisk helse og rusmiddel-misbruk, og der mange er *relasjonsskadd* (Norvoll, 2007; Ravndal & Vaglum, 1995). Det som for de fleste vil fortone seg som ingen endring, kan utgjøre små, men

viktige forandringer for den det gjelder. Eksempler kan være økt evne å slå av en prat, bedre egenpleie og hygiene og det å ha kontakt med helsepersonell (Borg, 2007, 2009; Norvoll, 2007; Skatvedt, 2009).

Tilbud om spesialisthelsetjenester som kontakt med psykolog og psykiater i en lavterskel setting, gjør 24SJU til et tilbud der vi kan si at det medisinske hierarkiet til en viss grad er snudd på hodet. Det gjør at det skiller seg fra andre lavterskeltilbud som selv om de har helse- og sosialfaglig kompetanse, ikke har slik spesialisert medisinsk eller psykiatrisk kompetanse. Det er også et mål at ansatte på 24SJU med spesialistkompetanse skal være tilgjengelige utenfor egne kontorer, det vil si i miljørommet/kafédelen eller på andre tiltak i kommunen, for eksempel på hybelhus eller hjemme hos brukere.

Kombinasjonen av sosialfaglig og medisinsk kompetanse innebærer at to profesjonskulturer kommer tett på hverandre og skal samarbeide tett. Profesjonskamper og ideologistrid er kjente fenomener, ikke bare innenfor helsevesenet. Det er grunn til å tro at det store lidelsestrykket som ansatte blir utsatt for i arbeidet med denne gruppa av rusmiddelmissbrukere, kan bidra til en forsterkning av faglig og ideologisk forskjellighet. Det innebærer at utfordringene med hensyn til samarbeid på tvers av fag og tradisjon blir store. De to hovedperspektivene (det medisinske og det sosialfaglige) som er integrert i virksomheten på 24SJU har ulik rangering i et faglig hierarki, og deltakerne er spillere i et spill der alle posisjoner er hierarkisert (Bourdieu, 1995). Psykiatri og medisin står for eksempel for noe faglig tungt, mens sosialfaglig virksomhet i mange tilfeller «bare» blir vurdert som omsorg. Dette vil i sin tur bidra til så vel formell som uformell rangering av profesjoner og arbeid som de ansatte gjør (Album, 1996). Videre vil de to perspektivene kunne danne ulike utgangspunkt for hva som tenkes om behandling, tilfriskning, tilnærming og metoder. Ikke minst representerer de to kulturer med hvert sitt stammespråk, noe som kan bidra til det vi kan betegne som konflikter *innad* i prosjektet. Vi vil komme tilbake til en grundigere diskusjon av forholdet mellom det medisinske og sosialfaglige perspektivet og hvordan det nedfeller seg i praksis på 24SJU.

Den daglige driften bygger på en idé om at relasjoner og relasjonsbygging er grunnleggende for bedring. Det blir lagt vekt på at alt som tilbys, og alt de ansatte gjør, skal ha relasjonsbygging og (re-)etablering av kontakt med det ordinære hjelpeapparatet for øye. Det meste av de praktiske tilbudene presenteres som «verktøy» for å få til en god og tillitsfull relasjon, slik at både bruker og ansatt kan

komme i posisjon der hjelpen som blir gitt, også blir mottatt (Jourdan & Thisgaard, 2008; Schepelern Johansen, 2007). Det legges vekt på at hjelpen som tilbys skal være hensiktsmessig og nyttig, sett fra brukernes side, og at personalet skal finne ut av hvilke muligheter som foreligger i samarbeid med den enkelte og med andre aktører på feltet, så som bydel eller hjemkommune, slik at en kan unngå dobbeltarbeid i saker med brukere som har mange hjelpere rundt seg.

Oppstart

Da feltarbeidet med deltakende observasjon startet i august 2009, hadde prosessen med å planlegge oppstart og drift av 24SJU allerede pågått i flere måneder. Våren 2009 ble det ansatt et team som jobbet med å rekruttere resten av personalgruppa og startet arbeidet med en mer gjennomgående og praktisk planlegging av oppstart og daglig drift. Resten av personalgruppa ble ansatt sommer/høst 2009. Den offisielle åpningen var 2. september 2009.

På spørsmål til en av de ansatte om hun hadde noen tanker om hva som kunne vært gjort annerledes om 24SJU skulle starte opp på nytt, sa hun:

«Det er vanskelig å si... jeg skulle nok ønske at vi hadde hatt mer legitimitet rundt i både 1. og 2. linjetjenesten da vi ble opprettet, altså at liksom ikke Velferdsetaten for eksempel så på oss som en konkurrent, og at de gjerne skulle kanskje hatt de pengene selv, eller hva vet jeg. Men at de så på oss som... OK, at det var 'fint at vi var en ressurs', at de var i utgangspunktet innstilt på samarbeid. Det har kanskje vært litt sånn at vi noen ganger møter at man ikke skal samarbeide med oss, man skal bruke liksom det de har i kommunen, selv om de ikke har den kompetansen som vi har. Det blir jo sånne forhold som burde vært avklart litt på overordnet nivå (...) man skal jo ikke skyve brukerne foran seg og la de lide for at det er – ja, konkurranse sånn i mellom.»

Motstanden mot opprettelsen av, og konfliktene om 24SJU innebærer at rammebetingelsene for samarbeid ikke kan sies å ha vært optimale. Ansatte gir uttrykk for at det i enkelte sammenhenger har vært utfordrende å få til et samarbeid, særlig det første året. Likeledes forteller ansatte blant samarbeidspartnere at det tok noe tid før de så nytten av 24SJU.

Fysiske rammebetingelser

Virksomheten foregår i rommelige lokaler i Dronningens gate 8b i Oslo sentrum. Lokalene er over to etasjer, med to innganger i første etasje. Hovedinngangen fører

inn til et stort rom, «miljørommet». Det består av dagligstue med flere sittegrupper, kjøkkenavdeling som er atskilt fra resten av rommet med en høy disk der det står termosier med kaffe og te pluss kopper, saft og glass. I miljørommet er det også et skrivebord med telefon og datamaskin med tilgang til Internett. Der er også toalett for brukerne, samt et vaktrom for ansatte: «glassburet». Som betegnelsen tilsier, er dette et rom som har glass fra gulv til tak i veggene som vender ut i miljørommet. På den måten kan en både se ut i miljørommet, samtidig som de som er i miljørommet kan se inn.

I første etasje er det videre en hvileavdeling, «nattavdelinga», med seks liggestoler, vaskerom, dusj og toalett. Her står det et langbord som benyttes til rapporter og andre møter, også med samarbeidspartnere. Nattavdelinga inneholder også en sofagruppe og TV. Sofagruppa blir ofte brukt til samtaler med brukere, pårørende og samarbeidspartnere, i tillegg til at nattevaktene sitter der. Den blir også brukt til observasjon og samtale i forbindelse med utdeling av medisiner. Det er tre små kontorer/samtalerom i tilknytning til hvileavdelinga. Administrasjonsleder og prosjektleder har sine kontorer i gangen som binder hvileavdelinga sammen med miljørommet. Her er det også kopi-/postrom og lagerrom.

Videre er det et forholdsvis enkelt utstyrt helserom der helsepersonell kan gjøre enkle sårstell og undersøkelser. Til første etasje hører det også til en liten bakgård der det står et utebord med sitteplasser, ekstra sittebenk, askebeger og noen enkle blomsterarrangement.

I annen etasje er det er møte- og lunsjrom for ansatte, kontorer for leger, psykiater, psykologer og spesialsykepleiere, samt hvile-/stillerom for ansatte. Det er også et rom der medisiner oppbevares og et større seminarrom, i tillegg til noen mindre lager- og utstyrrom.

Bemanning, organisasjonsstruktur og organisasjonskultur

Personalgruppa er bredt sammensatt. I løpet av sommeren og høsten 2009 ble det ansatt en psykiater og en allmennlege. I tillegg er en lege med som frivillig, også han fra høsten 2009. En av to psykologspesialister begynte sommeren 2009, mens den andre begynte i desember 2009. Videre har de hatt en lege ansatt i vikariat høsten 2011, og en lege med fagområdelisens var engasjert i 3 måneder samme høst. Gruppa består ellers av personer med sosionom- eller annen høgskoleutdanning, og sykepleiere, der noen har videreutdanning i henholdsvis psykisk helsearbeid eller rusmiddelproblemer. Noen av de ansatte er uten formell

kompetanse, men har yrkeserfaring fra feltet. I tillegg er ekstravakter (tilkallingsvakter) tilknyttet virksomheten. De aller fleste av de ansatte har bred erfaring innenfor feltet, for eksempel fra ulike former for omsorgs- og rehabiliteringsinstitusjoner, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer, legevakt, psykisk helsevern, andre helseinstitusjoner, lavterskeltiltak og oppsøkende virksomhet. Personalgruppa er med andre ord tverrfaglig sammensatt og har til sammen lang og bred yrkeserfaring. Flere er godt kjent med det øvrige hjelpeapparatet og framhever verdien av å trekke på nytten av personlige bekjentskap og faglige nettverk innenfor feltet.

Organisering av lederteamet og personalgruppa har vært under utvikling. Ved oppstart besto lederteamet av leder, adm. leder, psykiater og spesialsykepleier/koordinator. Etter at de to sistnevnte sa opp sine stillinger høsten-vinteren 2010/2011, er de to psykologspesialistene tatt inn i lederteamet. Ved observasjonstidens slutt, besto lederteamet således av daglig leder, administrativ leder og to psykologspesialister. Ved behov deltok også allmennlege og/eller psykiater på ledermøter.

I løpet av observasjonstiden ble det prøvd ut ulike organisasjonsmodeller. Fra vår/sommer 2011 ble de ansatte fordelt på to tverrfaglige team ledet av hver sin psykologspesialist. Nye brukere blir fulgt opp gjennom teamene. Vår vurdering er at organisering av lederteamet og de to fagteamene ser ut til å fungere godt, både personalmessig og med hensyn til å sikre at brukere blir fulgt opp.

De ansatte er i tillegg fordelt på to faggrupper som skal utvikle henholdsvis bruken av Motiverende Intervju (MI) som metode, og ansattes og brukeres sikkerhet inne i lokalene med hensyn til at enkelte brukere kan ha en utagerende atferd.

Som et ledd i kunnskapsutviklingen ble det bestemt at personalgruppa skulle benytte seg av verktøyet «Gjort – Lært – Lurt» (GLL) for utvikling av metode. Modellen ble etablert i samarbeid med HENÆR-senteret ved Høgskolen i Vestfold. GLL er blant annet brukt i arbeidet med bosetting av rusmiddelmissbrukere i en kommune i Telemark (Ausland, 2009). Prinsippet er at ansatte skal skrive læringslogger som følger inndelingen: Gjort, der ansatte beskriver hva som har foregått i en gitt situasjon eller tiltak, Lært, der en vurderer handlingen og Lurt, der en ut fra de to foregående gir anbefalinger for videre handling eller tiltak.

En ansatt ved Høgskolen i Vestfold underviste og veiledet de ansatte i bruk av GLL. Det så imidlertid ut til at det var vanskelig for personalgruppa å få tak i hva hensikten med verktøyet var, hvordan det skulle utvikles og være en rettesnor for arbeidet. Flere av de ansatte uttrykte seg slik: «*Motivasjonen til å drive med det er ikke der.*» Arbeidet med GLL ble avsluttet våren 2010 etter en samlet vurdering av at dette verktøyet for å utvikle metode var for ressurskrevende sett i forhold til utbyttet. Selv om forsøket med å implementere GLL må sies å være mislykket, medførte imidlertid ikke dette at de ansatte sluttet å dokumentere arbeidet. Våren 2012 ble det engasjert en fagbokforfatter som har i oppgave å dokumentere metode og kunnskap som er utviklet ved 24SJU. Dette er planlagt publisert høsten 2012.

Forståelse og definisjon av målgruppa

24SJU retter seg mot personer med omfattende rusmiddelrelaterte problemer og dårlig psykisk helse, og som ikke når i tilstrekkelig grad av det etablerte hjelpeapparatet. I prosjektbeskrivelsen til SKBO var denne gruppa estimert til å bestå av om lag 100–200 personer (Stiftelsen Kirkens Bymisjon 2009). Mange har gjennom årene fått flere tilbud om hjelp og støtte, uten at det har bidratt til å bedre vedkommendes livskvalitet over tid. Flere har vært storkonsumenter av ulike former for bistand, men ser ikke ut til å ha hatt utbytte av det eksisterende hjelpe- og behandlingstilbudet (Thommesen, 2008). De er uten fast bolig og ser ut til å falle mellom alle stoler. Andre har ikke oppsøkt hjelp, og noen har aktivt unndratt seg tilbud om hjelp eller behandling i det eksisterende hjelpeapparatet.

En lege som arbeider på 24SJU med lang erfaring som fastlege for en stor gruppe rusmiddelmissbrukere, sier dette om målgruppa:

«Det slår meg jo her hvordan de [brukerne], veldig mange, de forbanner hele det organiserte helse- og sosialsystem, som de bare føler seg utstøtt fra og misforstått og sparket ut og kastet ut – det er deres oppfattelse av virkeligheten. Og på en måte så er det rett. (...) Jeg er i alle fall helt sikker på at det kjøret som de hadde fra LAR og kanskje delvis har, om at: ut hvis det er sidemisbruk, det skapte mye vondt og var med på å gi den store mistilliten til systemet.»

Hans erfaring var at gruppa som oppsøkte 24SJU var en annen, og i svært mye dårligere fysisk og psykisk tilstand enn pasienter med rusmiddelproblemer han møtte som fastlege. Han pekte på at de fleste av brukerne på 24SJU verken hadde mot nok til å oppsøke fastlegekontoret eller andre liknende tilbud. De levde for uorganisert til å kunne møte til avtalt tid, og om de så gjorde, fikk de ikke komme

inn før de hadde betalt for tidligere timer og for timer de ikke hadde møtt til. Det er med andre ord en utfordring for hjelpeapparatet å nå denne gruppa med hjelp og tiltak som gir en stabil bedring av livssituasjon og helse over tid. Han sa videre:

«Kanskje er det slik at for eksempel sosialkontoret ikke overskuer hvor skadet mange er, og kanskje har de ikke kompetanse og rammebetingelser som gjør det mulig å komme til med hjelp som blir mottatt?»

Gjennom observasjoner og samtaler kom det fram at flere brukere som kom til 24SJU og ble anmodet om å oppsøke Legevakta, eller fikk tilbud om følge dit, ikke ville det. For de aller dårligste var det også ofte slik at de var bortvist fra offentlige kontorer og andre tiltak på grunn av utagerende atferd. Det er grunn til å tro at for eksempel sosialkontoret opplever det problematisk å ivareta enkelte av disse personene innenfor de rammebetingelsene de har. Dette gjelder både kompetanse og andre ressurser.

24SJU er et lavterskeltiltak for de mest utsatte rusmiddelmissbrukerne som ikke ser ut til å få det bedre, til tross for at de fleste har kontakt med ulike hjelpetjenester. Det vil si at 24SJU ikke skal være et tilbud for «alle» i gruppa av rusmiddelmissbrukere som oppholder seg i Oslo sentrum. Selv om mange er forholdsvis lette å kategorisere som del av den aktuelle målgruppa, vil det være gråsoner. Dette fordi det ikke alltid er klare skiller og tydelige tegn som angir hvem som inngår og ikke inngår i den definerte målgruppa. Det tar ofte tid før en får klarlagt hvorvidt en person har dårlig psykisk helse i tillegg til et omfattende rusmiddelmissbruk. Mange vil også hevde at så godt som alle som har et omfattende rusmiddelmissbruk, også har dårlig psykisk helse. Det gjør det heller ikke enklere å skille ut den aktuelle målgruppa når rusmiddelmissbruk i seg selv er klassifisert som en egen psykiatrisk diagnose. Det kan også ta tid å få kartlagt eventuelle tilbud han eller hun er mottaker av, og i hvilken grad dette fungerer tilfredsstillende. Videre kan det være tidkrevende å få informasjon om hva slags bistand vedkommende ønsker.

Alt dette har naturlig nok ført til at det til tider har vært mye frustrasjon og usikkerhet om hvem som bruker tilbudet på 24SJU. Hvordan skal en forholde seg til de som ikke er i den definerte målgruppa, men som like fullt ser ut til å falle mellom alle stoler? Dette gjelder eksempelvis unge fra ulike deler av landet på drift i Oslo sentrum. «Målgruppa og målgruppa... jeg tror det er 20 forskjellige oppfatninger om hvem som er i målgruppa», som en av de ansatte uttrykte det i en av mange diskusjoner. Et eksempel kan vi finne i en ung mann, tidligere barnesoldat og såkalt ureturnerbar

asylsøker uten rett til opphold. Mannen kom alene til Norge som barn. På den ene siden kan det hevdes at han er utenfor målgruppa i og med at han ikke har noen rettigheter i Norge. På en annen side hadde han et omfattende og destruktivt rusmiddelmissbruk og hadde i løpet av kort tid utviklet svært dårlig psykisk helse. Han hadde ikke andre tilbud om hjelp. Mannen ble vurdert til å være særlig utsatt, og gikk etter en tid inn i gruppa klienter som det ble jobbet med.

Det viser seg ofte vanskelig å fastslå når en har nok informasjon til å vite om en bruker skal vises til andre hjelpetiltak i stedet for å motta bistand på 24SJU. Dette er problemstillinger som har fulgt prosjektet helt fra starten. På det tidspunktet datainnsamlingen ble avsluttet, hadde denne prosessen endt opp i en tilnærmet felles oppfatning av hvordan målgruppa skal defineres, selv om en naturlig nok fortsatt diskuterer enkelttilfeller. Tatt i betraktning kompleksiteten i gruppa som oppsøker 24SJU, og de faglige utfordringene knyttet til kartlegging av brukernes problemomfang, lar det seg vanskelig gjøre å komme fram til en endelig definisjon/ forståelse av målgruppa som ekskluderer gråsoner.

Som vi har vært inne på, har det ofte vært mange hjelpere inne i bildet for brukerne på 24SJU, uten at det har bidratt til bedring av livssituasjon. En av de ansatte sa det slik:

«Min erfaring med den gruppa her, er at hvis de er på et møte, så sier de ofte at jeg vil det eller det, bare for at de føler at de må si det, de må ha en plan med livet sitt. Og så er det kanskje ikke det de er helt motiverte for, og så går det på dunken. I stedet for å bruke litt tid, at vi skal sjekke litt, hva er det som ville vært det beste tilbudet for deg. Men systemet utenfor oss er jo liksom bygd opp på timeavtaler og stress og mas og forventninger og krav om at de skal handle. Om folk skal ha bolig, så er du bare glad for å skaffe dem en bolig, om ikke den er tilpassa, så får det bare være som det er, ikke sant, så går det dårlig. (...) mange av dem har jo aldri bodd, nesten, eller så har de bodd på institusjoner... de har jo aldri bodd i en vanlig leilighet med de kravene det stiller – og da må de jo lære seg det. (...) Mange av dem er såpass skada, de er sykere enn det man kan få inntrykk av. Det tar lang, lang, lang, tid med de sykeste.»

Det kan se ut til at en del av den hjelpen som tilbys personer i denne gruppa er vanskelig tilgjengelig til tross for iherdig innsats fra ulike hjelpetjenester. Noe kan henge sammen med at klient og fagperson har ulike oppfatninger om hva som er god hjelp, men det kan også ha å gjøre med at lista blir lagt for høyt for hva den det gjelder er i stand til å oppnå.

Vi har nå i korthet skissert hva tilbudet på 24SJU går ut på. Vi har også beskrevet noen kjennetegn ved målgruppa. Vi fortsetter ved å gjøre rede for organiseringen av tjenester til rusmiddelmisbrukere generelt, og i Oslo kommune spesielt. Vi presenterer også Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til SKBO og andre aktørers reaksjoner på at SKBO fikk dette oppdraget. Andre aktørers oppfatning av prosjektet og omstendigheter rundt hvordan tildeling av midler til etablering og drift foregikk, er en del av rammebetingelsene 24SJU opererer innenfor. For å få et nyansert bilde av en sammensatt prosess, er det viktig å ha med noen av historiene bak. Disse rammebetingelsene vil bli grundigere diskutert i kapittel 3.

1.2 Feltet, aktørene og prosjektet

Ansvar

Ansvar for tjenester til personer med rusmiddel- og psykiske helseproblemer er delt mellom stat og kommune.

Kommunene har ansvaret for å yte primære tjenester til personer som oppholder seg der. Ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder også personer med rusmiddelproblemer (Helse- og omsorgstjenesteloven). Dette innebærer at kommunene har et gjennomgående ansvar for rusmiddelmisbrukere, det vil si ansvar for oppfølging og nødvendige tjenester både før, under og etter et eventuelt behandlingsopplegg i spesialisthelsetjenesten. Ulike typer av lavterskeltjenester inngår i kommunens ansvarsområde. Ut fra dette er Oslo kommune naturlig nok den største aktøren når det gjelder tiltak som tar sikte på å dekke de umiddelbare behovene til rusmiddelmisbrukere i Oslo sentrum. Tiltakene omfatter eksempelvis ulike typer overnattings-/bo-/rehabiliteringstilbud, lavterskel helsetilbud (feltpleiestasjoner), oppsøkende tjenester, væresteder, sprøyteutdeling, sprøyterom osv. Det er imidlertid også en rekke andre aktører som med eller uten avtale med Oslo kommune, tilbyr ulike typer tjenester til den aktuelle målgruppa. Dette gjelder eksempelvis ideelle organisasjoner som Frelsesarmeen, SKBO, Blå Kors og Fransiskushjelpen.

Staten, ved de regionale helseforetakene, har ansvar for det som er gitt betegnelsen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer (TSB) jmf. spesialisthelsetjenesteloven kapittel 2. Dette innebærer at de regionale helseforetakene har ansvar for å tilby avrusning, utredning og behandling. Ansvaret omfatter også institusjonsplasser der rusmiddelmisbrukere kan holdes tilbake uten eget samtykke (Helse- og omsorgstjenesteloven, kap. 10). Generelt sett

er henvisning til spesialisthelsetjenesten en rett som er begrenset til leger. Når det gjelder tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, har imidlertid også sosialtjenesten en slik henvisningsrett (Spesialisthelsetjenesteloven § 3–12). Retten omfatter imidlertid ikke henvisning av rusmiddelmissbrukere til spesialisthelsetjenester innen somatikk og psykisk helsevern.

Det er også slik at personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet *individuell plan* som i innhold og omfang skal tilpasses den enkeltes behov. Personer med rusmiddelproblemer vil i de fleste tilfeller omfattes av en slik rett. Retten til individuell plan er hjemlet i så vel helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om psykisk helsevern, men kommunen er tillagt et spesielt ansvar og skal samarbeide med andre tjenesteytere for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte (Habilitering- og rehabiliteringsforskriften, kap. 5). Selv om en individuell plan ikke gir større rett til helse- og omsorgstjenester enn det som følger av det øvrige regelverket, er planen tenkt som et viktig virkemiddel for å samordne og koordinere tiltak fra ulike tjenesteytere.

Som det her framgår er ansvar for ulike hjelpe- og behandlingstjenester til personer med rusmiddelproblemer, plassert hos henholdsvis kommune og stat. Når det gjelder umiddelbare og nødvendige tilbud til gruppa av rusmiddelmissbrukere som oppholder seg i Oslo sentrum, er det først og fremst Oslo kommune, men også Helse Sør-Øst som har et slikt ansvar. Dette kan enten løses ved at de selv etablerer nødvendige tiltak, eller ved at det inngås avtale med ulike private aktører.

SKBO søker Helsedirektoratet

I oktober 2008 søkte SKBO Helsedirektoratet om midler til et femårig prosjekt kalt Huset (Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, 2008). Det sies i søknaden at «*Huset skal være et døgnåpent tilbud sentralt plassert i Oslo sentrum. Målgruppa for prosjektet er konkretisert til de som faller utenfor det tradisjonelle lavterskeltilbudet i Oslo. På Huset skal folk tilbys mat, hvile i liggestoler, dusj, og rene/nye klær. De kan også varme seg og få dekket sosiale behov.*» (ibid.). Det framgikk ellers at prosjektet var tenkt å ha et spesielt fokus på samarbeid og samhandling mellom ulike aktører, kompetanse og kunnskapsutvikling.

Som del av saksbehandlingen ba Helsedirektoratet Oslo kommune om en vurdering. Oslo kommune ved Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester uttrykker i sitt svarbrev usikkerhet omkring hensiktsmessigheten av å etablere et

tilbud som skissert i søknaden fra SKBO (Oslo kommune 2009). Byrådsavdelingen viser til faglige råd fra den daværende Rusmiddelstaten, nå Velferdsetaten, og Legevakten, som begge var negative til et slikt tilbud. Velferdsetaten gir uttrykk for at det finnes tilstrekkelig med lavterskeltilbud i Oslo, men erkjenner at de ikke når alle slik en kunne ønske. Velferdsetaten etterlyser en grundig behovsanalyse, noe det gis uttrykk for er spesielt viktig når det skal settes i gang et så omfattende og kostnadskrevende tiltak som det SKBO skisserer. Det påpekes at det er mange og sammensatte årsaker til at noen faller utenfor hjelpeapparatet, men at det ikke alltid er uttrykk for mangel på kompetanse og tilbud. Velferdsetaten sier seg enig i behovet for en bedre koordinering av ulike tjenesteytere, men henviser til at koordineringen må skje innenfor det offentlige hjelpeapparatet. Det vises til at det er sosialtjenesten som har ansvar for å koordinere den enkeltes hjelpebehov. Det understrekes imidlertid at SKBO er en viktig samarbeidspartner (ibid.).

Legevakten sier i sin uttalelse at Huset virker som et altomfattende prosjekt som skal dekke alle rusmiddelmissbrukeres behov. De peker på at svært mange av de tjenestene det tar sikte på å yte, allerede finnes eller er under oppbygging. De sier videre at Huset ikke synes å være en del av andre tilbud, men i konkurranse med disse, og at målgruppen er uklart definert. Legevakten påpeker videre at SKBO i stedet for å lage et tilbud ved siden av det eksisterende, heller kunne forsøkt å inngå i et samarbeid med Oslo kommune og Helse Sør-Øst (ibid.).

Statsråden griper inn

Før Helsedirektoratet hadde sluttbehandlet søknaden fra SKBO, kunngjorde Helse- og omsorgsdepartementet i en pressemelding 6. mars 2009, at SKBO ble gitt 60 millioner over to år til et døgnåpent helse- og velferdstilbud for de mest hjelpetrgende rusmiddelmissbrukerne i Oslo. Det legges vekt på at det skal være et tiltak rettet inn mot de som har dårlig allmenntilstand og dårlig psykisk helse i tillegg til alvorlig rusmiddelmissbruk (Helse- og omsorgsdepartementet 2009a). SKBO har per 2012 mottatt ytterligere 60 millioner til samme formål. I forbindelse med kunngjøringen hadde Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet oppdragsbrev til SKBO der det heter:

«Helse- og omsorgsdepartementet viser til at det i dag finnes en gruppe mennesker med alvorlig rusmiddelavhengighet som oppholder seg i Oslo sentrum. Deres allmenntilstand er ofte dårlig, og mange har psykiske lidelser så vel som somatiske sykdommer. I tillegg til rusmiddelavhengigheten har mange i denne gruppen over lengre tid opplevd en hverdag preget av en rekke sosiale problemer, så som

fattigdom, ustabile boforhold, prostitusjon, kriminalitet og mangel på sosial inkludering. Erfaring viser at denne gruppen fortsatt ikke i tilstrekkelig grad nås gjennom det eksisterende tjenestetilbudet. Gruppens sammensatte problemer krever derfor en styrket helhetlig og målrettet innsats, og en bedre samordning og koordinering av de eksisterende tjenestene.

Med bakgrunn i situasjonen for de mest utsatte rusmiddelavhengige som ikke i tilstrekkelig grad nås gjennom det eksisterende hjelpetilbudet, ber departementet SKBO iverksette tiltak for å oppnå bedre helse og økt sosial inkludering for denne gruppen. Oppdraget vil gå over minimum 2 år. Innsatsen skal skje i tett samarbeid med Oslo kommune, Helse Sør-Øst og andre ideelle organisasjoner.

Delmålene for oppdraget til SKBO er:

- yte hjelp og øyeblikksomsorg når behovet er der*
- bidra til bedret helsetilstand, både fysisk og psykisk*
- bidra til økt sosial inkludering og fremme egen mestring*
- bedret samhandling mellom ulike deler av tjenesteapparatet, herunder også de ideelle organisasjonene*
- bedre kunnskapen og utvikle egnede arbeidsmåter i forhold til denne målgruppen.» (Helse- og omsorgsdepartementet 2009b)*

Det sies videre at tiltakene som iverksettes skal bidra til å bedre brukergruppens muligheter til å nyttiggjøre seg eksisterende tiltak og tjenester i regi av Oslo kommune, Helse Sør-Øst, og andre, ideelle organisasjoner. For rusmiddel-misbrukere som ikke er hjemmehørende i Oslo, sies det at det bør legges til rette for å styrke kontakten med hjemkommunen.

Det understrekes at kommunenes og helseforetakenes ansvar for den aktuelle gruppa av rusmiddel-misbrukere ikke må svekkes unødvendig og at oppdraget skal løses i et samarbeid der alle parter bidrar ut fra sin rolle i tiltakskjeden.

SKBO takket formelt ja til oppdraget med en oppdatert prosjektbeskrivelse (Stiftelsen Kirkens Bymisjon 2009). Det gis her en mer utdypende redegjørelse for verdigrunnlaget for Kirkens Bymisjon og hvordan prosjektet er tenkt gjennomført. Målene som skisseres er i tråd med den opprinnelige søknaden om etablering av Huset og oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet, men målgruppa er mer spesifisert: personer som har dårlig fysisk og psykisk helse i tillegg til omfattende

rusmiddelproblemer. Det understrekes at måloppnåelsen vil ta tid, og at den i mange tilfeller vil være vanskelig å nå selv med stor innsats, men at det vil være et mål i seg selv å gjøre enda en anstrengelse «for å berge liv og helse hos utsatte medmennesker i Oslo sentrum», gjennom nye tiltak og bedre samordning av det som allerede eksisterer. Det påpekes at mange av dem det gjelder, og som befinner seg i Oslo sentrum, er uten fast bolig. Mange har hjemstedsadresse i andre kommuner, og at en også vil rette oppmerksomheten mot denne gruppa. Det understrekes samtidig at det er mange ulike grupper som oppholder seg i tilknytning til omsetningsmiljøene i Oslo sentrum, men som ikke vil være en primær målgruppe i denne sammenheng. Det framgår videre at noe av bevilgningen vil overføres til Stiftelsen Kirkens Bymisjon Bergen (SKBB) for utvikling av lignende tiltak.

Hva sier Oslo kommune?

Selv om både Oslo kommune og Helse Sør-Øst har en rekke tilbud for å ivareta behovene til de det gjelder, vil det alltid kunne stilles spørsmål ved hvorvidt ansvaret de er gitt, er godt nok i varetatt. Det er åpenbart at mange rusmiddel-misbrukere som oppholder seg i Oslo sentrum er preget av at de lever i stor elendighet, og at hjelpebehovet er stort. Mange av disse har også dårlig psykisk helse. Det kan i denne sammenheng være nærliggende å tolke bevilgningen til SKBO for etablering av 24SJU, som en kritikk fra daværende statsråd Bjarne Håkon Hanssen til Oslo kommune om at kommunen ikke tar det nødvendige ansvar for å møte det umiddelbare behov for ulike tjenester til den aktuelle målgruppa.

Som det framgår var Oslo kommune i utgangspunktet negativ til etablering av et nytt lavterskeltiltak i Oslo sentrum. På spørsmål til direktøren i Velferdsetaten om en ikke har sett behov for en type tiltak som 24SJU erkjenner hun at tilbudet til mange av rusmiddel-misbrukerne som oppholder seg i Oslo sentrum, er for dårlig, men sier samtidig at løsningen ikke ligger i etablering av et nytt lavterskeltiltak, selv om dette er tenkt å skulle gi et mer kvalifisert tilbud enn det som allerede finnes. Ut fra kommunens perspektiv ville det være en langt bedre bruk av ressurser å styrke eksisterende tiltak med sikte på å kunne gi bedre og mer kvalifisert oppfølging, slik at en på den måten kunne tilby mange av de samme tjenestene som er skissert i prosjektbeskrivelsen for 24SJU. Direktør i Velferdsetaten stilte også spørsmål om hvorvidt det var i tråd med loven om offentlig anskaffelse²

² Hvorvidt bevilgningen til SKBO var i strid med statens økonomireglement, kom opp i offentligheten vinteren 2012 sammen med flere andre liknende saker (NRK 2012, Hanssen 2012).

at departementet ga så vidt betydelige midler for at en ideell aktør skulle etablere et tiltak som 24SJU uten at andre hadde mulighet til å melde sin interesse:

«Vi erkjenner jo at det er en brukergruppe som får et for dårlig tilbud, men å bygge opp et ytterligere nytt lavterskelsted, mente vi var rett og slett bortkastede penger. Vi hadde nok lavterskelsted, det vi trengte var mer ressurser til bemanning og oppfølging. Og det kunne Oslo kommune gjort ved å bruke eksisterende tiltak. Så reagerte vi for så vidt også på at man bryter lov om offentlige anskaffelser, vi mente jo at skulle man gitt dette oppdraget til en privat aktør, så burde man gått ut med en beskrivelse av hva man var ute etter og gitt flere muligheten til å gi et tilbud. For rent sånn ... faktisk så mener jo vi at Kirkens Bymisjon kanskje ikke er den som har best kompetanse på lavterskelarbeid, der er jo Frelsesarmeen mener vi, en som har mye lenger erfaring i forhold til dette arbeidet.»

På spørsmål om hun ble overrasket over at SKBO fikk midlene de ba om, siden kommunen hadde påpekt at det ikke var ønskelig med et nytt tiltak av denne typen i sentrum, svarte hun:

«(...) vi ble jo både overrasket, og vi ble ikke overrasket. Altså, vi visste jo at det hadde vært et sterkt politisk påtrykk, både fra statsråden og at det var et tett samarbeid mellom Kirkens Bymisjon og nåværende regjering. Altså, det visste vi. Og vi vet jo også at Kirkens Bymisjon er en veldig dyktig pådriver og at de har gjennom år opparbeidet seg et tett samarbeid med politisk ledelse. Samtidig ... så det gjorde at vi for så vidt ikke var overrasket når de hadde lagt inn så mye guts for å få dette til, så var det for så vidt ventet at de ville få noen penger. Samtidig så hadde Oslo kommune gitt skriftlig tilbakemelding på at dette var noe man ikke ønsket seg. Så i så måte så var det jo litt overraskelse over at de likevel fikk alle disse pengene.»

Som på mange andre områder vil det også på rusmiddelfeltet være konkurranse om ressurser, og tildelingen skapte mye følelser og naturlig nok reaksjoner. Det er et ladet område, både politisk, faglig og emosjonelt, og disse forholdene inngår i rammebetingelsene for virksomheten på feltet.

Helsedirektoratet gis oppfølgingsansvar

Forvaltningen av tilskuddet ble lagt til Helsedirektoratet (Helse- og omsorgsdepartementet 2009c). Det ble sagt i departementets oppdragsbrev til Helse-

direktoratet at 24SJU skulle evalueres, og at direktoratet ble gitt ansvar for å igangsette og følge opp en slik evaluering. Helsedirektoratet tok så kontakt med SIRUS med forespørsel om instituttet kunne påta seg evalueringsoppdraget, noe SIRUS takket ja til. I oppdragsbrevet fra Helsedirektoratet til SIRUS om evalueringen, heter det at evalueringens hovedfokus skal være å vurdere:

- hva slags effekt tiltaket har på målgruppens helse og sosiale situasjon
- hvorvidt tiltaket har maktet å utvikle ny kunnskap om brukergruppa og metoder i hjelpearbeidet
- hvorvidt en har klart å yte effektiv hjelp og samtidig samarbeide med andre sentrale aktører uten at disses ansvar er «svakket unødige»
- hvorvidt en har utviklet og systematisert metoder som er generaliserbare og kan nyttes i nye prosjekter overfor samme målgruppe andre steder (Helsedirektoratet 2009).

Helsedirektoratet ønsket også en vurdering av om hvorvidt det har en selvstendig betydning at tiltaket drives av en ideell organisasjon, og hvordan brukerrettet arbeid vektet i forhold til rapportskrivning og administrative oppgaver. Disse hovedpunktene danner bakgrunnen for de problemstillingene vi har utviklet i evalueringen, og som vi gjør rede for i neste kapittel.

1.3 Gangen i rapporten

I kapittel 1 har vi gitt en beskrivelse av 24SJU og konteksten rundt tiltaket. Evalueringen vil søke å besvare oppdraget fra Helsedirektoratet så langt det er mulig. I kapittel 2 har vi formulert problemstillinger på bakgrunn av oppdraget, før vi gjør rede for hvilke metoder vi har brukt for å kunne besvare spørsmålene, og hva slags datamateriale som danner grunnlaget for rapporten. Deretter vil vi, i kapittel 3, beskrive empiri knyttet til den første problemstillingen (eksterne rammebetingelser) og i kapittel 4 knyttet til den andre problemstillingen (interne rammebetingelser). I kapittel 5 presenteres og diskuteres verktøy og metode som brukes i det daglige arbeidet på 24SJU, mens det i kapittel 6 gis en oppsummerende diskusjon av funnene i undersøkelsen. I det siste kapitlet ser vi på veien videre. I oppdraget SIRUS fikk fra Helsedirektoratet ble vi bedt om å gi en beskrivelse av modellen som ble valgt i Bergen. Datamaterialet fra Optra er ikke sammenlignbart med det fra 24SJU, og er derfor lagt til som vedlegg.

2 Problemstillinger, metode og data

I dette kapitlet gjør vi rede for metoder vi har brukt for å samle data som kan belyse problemstillingene som skisseres nedenfor. Vi diskuterer også etiske og metodiske utfordringer ved evalueringen.

2.1 Problemstillinger

På bakgrunn av oppdraget fra Helsedirektoratet har vi formulert noen problemstillinger som danner det konkrete utgangspunktet for bruk av metode og gjennomføring av datainnsamling.

Den første overordnede problemstillingen er: Hvilke eksterne rammebetingelser gjør seg gjeldende, og på hvilken måte? Med eksterne rammebetingelser mener vi forhold som innvirker på virksomheten, men som har å gjøre med omstendigheter utenfor tiltaket. Når vi ser på de eksterne rammebetingelsene, undersøker vi på hvilken måte disse kan innvirke på virksomheten og hvilke push- eller pull-faktorer (Gambetta, 1987) som kan gjøre seg gjeldende. For å belyse denne problemstillingen har vi tatt i bruk data fra feltarbeidet og intervjuer med sentrale personer innenfor Velferdsetaten og ideelle organisasjoner.

Den andre overordnede problemstillingen lyder: Hvilke interne rammebetingelser gjør seg gjeldende, og på hvilken måte? Med interne rammebetingelser mener vi forhold som angår selve driften på 24SJU, for eksempel organisering av ansattgruppa. I den forbindelsen ser vi for eksempel på hvilken betydning det har at 24SJU driftes av en ideell organisasjon. Vi ser også på betydningen av en tverrfaglig sammensatt personalgruppe, og fordeler og utfordringer dette gir. Disse analysene bygger på data fra feltarbeidet, intervjuer og samtaler, i hovedsak med ansatte på 24SJU, men også med andre aktører og brukere.

Den tredje overordnede problemstillingen er: Hvilke verktøy brukes for å nå de som ikke nås av det øvrige hjelpeapparatet, og hvordan fungerer de? I forlengelsen av dette ønsker vi å se på hvilke metoder og redskap som brukes for å bedre

målgruppas helse og sosiale situasjon, hvordan de fungerer, og hvilke utfordringer som gjør seg gjeldene. På hvilken måte forenes målet om bedring av livssituasjon med de praktiske tilbudene til brukerne på 24SJU? Vi har også sett det som viktig å identifisere ulike prosesser som kan påvirke virksomheten. For å svare på disse spørsmålene benytter vi oss av data fra feltarbeidet, brukerundersøkelsen som ble gjennomført, samt intervjuer med både ansatte og samarbeidspartnere.

Det lå i oppdraget SIRUS fikk av Helsedirektoratet at evalueringen skulle være en kvalitativ studie, organisert som følgeforskning, og med feltarbeid med deltakende observasjon som metode.

I det følgende vil vi gjøre rede for hvilke metoder vi har brukt for å belyse problemstillingene.

2.2 Følgeforskning som metodisk tilnærming

Evalueringsforskning bruker generelt et bredt register av metoder, som for eksempel surveyundersøkelser, eksperimentelle kliniske studier og bruk av kontrollgrupper og etnografiske studier med deltakende observasjon. En klassisk evaluering vil være å undersøke om målene til en bestemt innsats kan sies å være oppfylt, og i hvilken grad det kan tilskrives den aktuelle innsatsen. Det at evalueringen av 24SJU er gjennomført som en følgeevaluering, gir noen metodologiske føringer. Følgeforskning dreier seg alltid om en eller annen form for endringsprosesser, og ofte, som her, vil den ha en evalueringsdimensjon i den forstand at en følger et tiltak som er satt i gang og som en ønsker å vite noe om virkningene av (Baklien, 2004). Følgeforskningen av 24SJU kan sies å være en form for prosessevaluering, men den ligger også nær opptil det Gamble (2008) betegner som «developmental evaluation»(ibid:13), en utviklingsevaluering som støtter og følger en nyskapende organisasjons aktiviteter, og der resultatet (måloppnåelse) er det ultimate fokuset (ibid:32). Ny virksomhet, som 24SJU er et eksempel på, vil som regel være under vedvarende utvikling og tilpasning, noe som ofte viser seg ved en foranderlig og uforutsigbar kontekst. Rammebetingelsene kan endres, måten problemer oppfattes på utvikler seg, og det vil som regel være aktuelt med utprøving av ulike tilnæringsmåter. Tilpasning drives gjerne fram gjennom læring, endringer i deltakere og kontekst (Gamble, 2008).

2.3 Følgforskning er formativ

Følgforskning er per definisjon formativ, ved at hensikten er å drive en kontinuerlig tilbakeføring av forskerens oppfatninger. Dette innebærer at følgforskning er en relasjonell praksis, heller enn en instrumentell teknikk (Visse, Abma & Widdershoven, 2012). Den formative forskningen formidler kunnskap om prosessene til de det forskes på, og dette gjøres underveis for at virksomheten kan justeres. Forskeren skal med andre ord bidra til å forme tiltaket. Dette fordrer en forholdsvis stor grad av nærhet (Baklien, 2004). Følgforskningen kan ses som en slags forhandlingsprosess der datainnsamling og analyse flyter sammen gjennom en hermeneutisk og syklisk prosess (Guba & Lincoln, 1989).

I evalueringen av 24SJU er det i tråd med dette gjennomført et omfattende feltarbeid der en over tid har vekslet mellom nærhet og distanse til virksomheten. Det er videre lagt vekt på dialog med personalgruppa og brukerne. Dialog mellom forsker og informanter har en dobbelt funksjon ved at den både er en kilde til data om hva som foregår, samtidig som den er et korrigeringspunkt der forskeren gir tilbake egne perspektiv og fortolkninger av det sosiale livet og virksomheten som hun følger. Selv om følgforskning er orientert mot dialog med involverte aktører, er ikke følgforskningen med som utøver av aktuelt tiltak (Baklien, 2004), men retter oppmerksomheten mot prosesser og følger disse mens de pågår.

Evalueringen har hatt et forholdsvis tett samarbeid med personalgruppa der det underveis er gitt tilbakemeldinger i form av faglige presentasjoner og innlegg, i tillegg til kortere refleksjoner om prosesser knyttet til virksomhet og drift. Dette er refleksjoner som dels er gitt på bakgrunn av egne observasjoner og dels som et resultat av feltsamtaler (Wadel, 1991) og intervjuer med brukere og de som inngår i personalgruppa. Tilbakemeldinger er gitt både i formelle møter og i uformelle sammenhenger. Det er også gitt tilbakemeldinger om foreløpige resultater fra den spesifikke brukerundersøkelsen i personalmøter.

Tilbakemeldingene har gått ut på å gi praksisnære beskrivelser som de ansatte kan kjenne seg igjen i og diskutere. Videre har vi tilstrebet å heve virksomhet som har betydning for for eksempel behandlingsrelasjonen opp og ut av selvfølgelighetens skygge. Et slikt eksempel er hverdagssamvær, slikt som ofte er tatt for gitt, og som lett blir underkjent som terapeutisk virkemiddel i en travel hverdag.

Med unntak av et par konkrete eksempler, har vi ikke datagrunnlag for å si på hvilke måter tilbakemeldinger fra forsker har påvirket utformingen av tiltaket.

Det er vanskelig å måle da prosessen med å forme tiltaket pågår kontinuerlig. Vi har ikke undersøkt hvorvidt endringer er litt, noe, eller i stor grad påvirket av tilbakemeldinger fra forskerne. I et par situasjoner har vi imidlertid fått tilbakemelding fra ansatte om at vår tilbakemelding har ført til konkrete endringer i hvordan de jobber med målgruppa. Ett slikt eksempel er at vi på en fagdag for de ansatte påpekte at brukerne i liten grad hadde kunnskap om hvilken kompetanse de ansatte hadde. Dette førte til at det ble satt opp en plakat i miljørommet med bilde av alle ansatte med navn og profesjon. Andre eksempler er samtalene og diskusjonene som fulgte våre tilbakemeldinger til de ansatte om dynamikken i de uformelle hierarkiene i personalgruppa, og betydningen av uformelt samvær som redskap for relasjonsbygging og terapeutisk virkemiddel.

Personalgruppa har gitt uttrykk for at de har hatt nytte av at evalueringa var lagt opp som et følgeforskningsprosjekt, og de tilbakemeldingene de har fått. De har stilt seg åpne for innsyn i driften, og velvillige til å dele et bredt spekter av informasjon. Dette gjenspeiles både i mengde og bredde på datatilfanget.

2.4 Hva er måloppnåelse?

Det er flere utfordringer med å evaluere i hvilken grad mål for en virksomhet kan sies å være oppnådd. Målene kan for eksempel være uklare, folk kan oppfatte dem forskjellig og de kan forandre seg over tid (Gjelstrup, 2004). Når det gjelder 24SJU, kan det eksempelvis tenkes at oppdragsgivere, samarbeidspartnere, andre aktører på feltet og personalgruppa på 24SJU har ulik oppfatning av målene og i hvilken grad tiltaket har lyktes i å nå disse. Vi har vært inne på at det til dels har vært sterk uenighet knyttet til tildelingen fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det lå med andre ord til rette for konflikter *om* prosjektet – i tillegg til at det ofte oppstår konflikter *innad* i prosjekter. Begge deler kan føre til prosesser som legger begrensninger på hva en får til i et prosjekt. Det kan også tenkes at det ikke er så ulike oppfatning om hva målene er, men at det er sprikende oppfatning om hva det innebærer å ha nådd et mål. Hvor stort må et skritt i riktig retning være for å kunne si at det er en positiv endring? Et annet spørsmål i denne sammenheng er hvem som definerer suksesskriteriene: brukeren selv, ansatte på 24SJU eller andre aktører? Videre kan det være uklart om hvorvidt en eventuell måloppnåelse skyldes arbeidet som er gjort ved 24SJU eller andre forhold. En annen måte å se det på kan være: Om målene i liten grad er nådd, skyldes det arbeidet på tiltaket som evalueres, eller har det å gjøre med utenforstående forhold, som for eksempel rammebetingelser?

Vi står ved noe av det som vil være kjernen i evaluering av et tiltak: hva ligger i det definerte målet for virksomheten, og hvordan måler vi suksess eller tilkortkommenhet i forhold til disse? Det må for eksempel forventes at oppdragsgivere, samarbeidspartnere, ansatte ved 24SJU og brukere har noe ulike oppfatninger om hva som er godt arbeid i denne sammenhengen. Likeledes vil det være forskjellige oppfatninger om hva behandling og bedring innebærer, og hva som er mulig å få til av dette for den aktuelle gruppa.

2.5 Organisering av datainnsamlingen

Av de tre som har deltatt i evalueringen, har én arbeidet med dette på heltid, mens de to andre har hatt dette som en av flere arbeidsoppgaver. Den som har hatt evalueringen som heltidsoppgave har gjennomført feltarbeid med deltakende observasjon i to år, og har hatt oppmerksomheten rettet mot den daglige virksomheten på 24SJU. De to andre har 1) gjennomført en brukerundersøkelse gjennom deltakende observasjon og individuelle- og fokusgruppeintervju og 2) rettet oppmerksomheten mot andre aktører og intervjuet ansvarlige innenfor kommunale og ideelle virksomheter.

Feltarbeid med deltakende observasjon

Feltarbeidet med deltakende observasjon foregikk i tidsrommet august 2009 – september 2011. Observasjon, feltsamtaler og intervjuer ble gjort gjennom deltakelse i en rekke av de ansattes møter: fagdager, seminarer, prosessmøter, personalmøter, personalseminar, møter med nattevakter, leder- og rapportmøter (overlapping mellom vaktlagene). Det har ellers inngått i feltarbeidet å være til stede for å observere dagliglivet på 24SJU og det er gjennomført en rekke kortere og lengre feltsamtaler og intervjuer med brukere, hospitanter og studenter i praksis, samarbeidspartnere (fra førstelinjetjenesten og behandlingsinstitusjoner), leger i turnustjeneste, frivillige og pårørende, i tillegg til intervjuer og samtaler med de ansatte. Til sammen er det gjennomført omlag 170 feltøkter med deltakende observasjon, med en varighet på 2–15 timer på ulike tider av døgnet, inkludert netter.

Det å drive feltarbeid innebærer flere måter å være sammen med folk på: som observatør, som deltaker, som intervjuer og i annen kommunikasjon. Intervjuer i etnografisk forskning, som dette, kan variere fra å være spontan uformell prat til planlagte formelle møter (Hammersley & Atkinson, 1998). Observasjonen har i hovedsak vært rettet mot samhandling og relasjoner. Det har inngått i

observasjonen å betrakte handling og samhandling, for eksempel hvordan personalet og klienter plasserer seg i forhold til hverandre, i hvilken grad de ansatte viser seg tilgjengelige for klienter eller ikke. Det er også observert med ørene, det vil si hva aktørene sier, og det er reflektert over måten de sier det på. Forskerens følelser og følsomhet for feltet er et viktig instrument i arbeidet med å fange opp hva som foregår (Fangen, 2004; Skatvedt, 2009). Dette er fordi data ikke bare blir registrert via hørsel, syn og lukt, men også gjennom emosjonelle opplevelser og kroppslige sansninger som er av en annen art. Marsh m.fl. skriver: «One needs not only to observe what is happening, but also to *feel* what it is like to be in a particular social situation» (Marsh, Harré, & Rosser, 1978:119). Det kan for eksempel dreie seg om å fange stemninger som ikke artikuleres, men som formidles på nonverbale måter.

«Alle som ytrer seg, er influert av sine erfaringer, sin sosiale lokalisering og det perspektiv som følger av dette» sier Marianne Gullestad (2002:50). Dette innebærer at forskeren, og dermed kunnskapen som produseres, er situert (Gullestad, 2002; Willig, 2001). Våre blikk som forskere, våre metodevalg, analyser og fortolkninger er farget av vår personlige, sosiale og faglige bakgrunn. En kommer gjerne tett på hverandre i et feltarbeid der forskeren er deltakende observatør. Det innebærer at deltakerne; feltforskeren og forskningsdeltakerne, kommer til å berøre hverandre følelsesmessig. Dette betyr ikke at deler av forskningen blir føleri, følelser i feltarbeid med deltakende observasjon er en av metodens styrker, ikke svakheter. Det verken tilslører eller forenkler, men utvider datatilgangen og bidrar til å berike, ikke innskrenke de analytiske rammene (Skatvedt2009).

Datainnsamlingen har vært rettet mot forhold som kan si noe om rammebetingelser, strukturer og relasjoner. Vi har konsentrert oss om dynamikken mellom ansatte, mellom ansatte og brukere. Vi har også sett på relasjonen mellom ansatte og brukere på 24SJU og andre aktører i hjelpeapparatet. Det har med andre ord vært fokusert både på strukturer og samhandling på ulike nivåer.

Ved at feltarbeidet har hatt en varighet på to år, omfatter materialet svært mange og systematiske observasjoner, intervjuer og feltsamtaler. Det har bidratt til at datamaterialet består av en stor mengde brikker som er satt sammen til et puslespill: rapporten. Ut fra ideen om at kunnskap er situert, innebærer dette at andre forskere ville lagt et litt annerledes puslespill fordi de ville kommet til feltet og observert det med et annet blikk.

Det lange feltarbeidet har gitt mulighet til å følge endrings- og utviklingsprosesser over tid. Samtidig vil det være for kort observasjonstid til å kunne fastslå med sikkerhet hvorvidt og i hvilken grad 24SJU har lyktes i å nå de oppsatte mål. Det må i den sammenheng tas hensyn til at det dreier seg om arbeid med en komplisert klientgruppe som det erfaringsmessig tar lang tid å oppnå varig bedring for.

Feltarbeidet har gjennomgått flere faser, fra kontaktskaping med personale og klienter til å finne fram til en hensiktsmessig forskerrolle. Til tider har feltarbeidet vært organisert ved at det er gjennomført mange feltøkter, hvorav noen var av forholdsvis lang varighet. Andre ganger har det vært lengre perioder uten feltøkter, både for å systematisere og reflektere over data, og for å skape en hensiktsmessig avstand. Det er med andre ord tilstrebet en vekselvirkning mellom nærhet og distanse (Repstad, 1987). Forskerrollen i feltarbeidet strakk seg fra å være observerende deltaker til deltakende observatør. Det å kunne variere forskerrollene kan nedtone rollens virkning på dataene, samtidig som ulike roller kan gi tilgang til ulike data (Hammersley & Atkinson, 1998).

Den lange observasjonstiden har ført til at samme personer, både blant de ansatte og brukerne, har blitt snakket med flere ganger, noe som har vært viktig for å belyse grunnleggende prosesser og relasjoner. I tillegg har den gitt mulighet til å validere uttalelser, for eksempel fra brukere som over tid har skiftet i sin oppfatning av virksomheten.

Intervju og feltsamtaler

Åtte ansatte er intervjuet med samme intervjuguide. Disse ble tatt opp med digital opptaker og senere transkribert. I tillegg er det gjennomført et stort antall mer eller mindre formelle feltsamtaler og intervjuer. Disse er ikke tallfestet, men inngår i de 170 feltøktene. Hver feltøkt innebærer at det er gjennomført flere korte eller lengre feltsamtaler med både ansatte og brukere. Samtale og annen prat er både en måte å intervju på, og en måte å etablere gode relasjoner, noe som må anses som viktig innenfor et slikt evalueringsprosjekt for å sikre at relasjonen mellom aktørene i det som evalueres (ansatte og brukere) og den som evaluerer blir preget av gjensidig tillit og respekt. Vi brukte ikke guide for feltsamtaler, men tok ofte opp temaer vi hadde snakket om før, eller gikk inn i temaer som to eller flere (brukere/ansatte/samarbeidspartnere) samtalte om der og da. Denne typen feltsamtaler og uformell prat er i hovedsak ikke tatt opp på bånd, men er nedskrevet og går inn i en omfattende mengde feltnotater.

De fleste intervjuene med personalet ble gjennomført i et av de mindre møte- og samtalerommene, men noen ble foretatt på vaktrommet eller i den såkalte hvileavdelinga. Noen intervjuer ble også foretatt på SIRUS. Intervjuer som mer hadde form av improviserte samtaler, fant sted der aktørene befant seg: i bakgården, i møtepauser, i miljørommet i etterkant av rapport og når det var få klienter til stede, på trappa inn til 24SJU, på fortauet osv. Enkelte slike samtaler ble ofte improviserte gruppeintervjuer der flere av de ansatte, og noen ganger også brukere, deltok. Rammene for disse samtalen bidro til at situasjonen ble mer *backstage* (Goffman, 1992) og avslappet enn i de mer formelle intervjuene, og at dataene ble rikere. Tidsrammen for samtaler og intervjuer kunne variere fra 5 – 60 minutter, avhengig av omstendighetene, for eksempel tid, ro og fysisk og psykisk tilstand.

Brukerstemmene

To av forskerne i evalueringen har snakket med brukerne. Den av forskerne som har gjort feltarbeid på 24SJU over to år, har hatt feltsamtaler med både ansatte og brukere i miljørommet. I tillegg har den andre gjennomført en egen undersøkelse blant brukerne av 24SJU for å få fram deres perspektiver på tilbudet. For å sikre klare forskerroller, ble brukerundersøkelsen og feltarbeidet her gjennomført av en annen enn den som sto for hovedfeltarbeidet.

På samme måte som feltsamtaler med de ansatte, foregikk feltsamtaler med brukerne på ulike steder og i ulike settinger, de fleste i miljørommet eller ute i bakgården. Bakgården hadde den fordel at brukere ofte var der uten ansatte. På den måten var det trolig lettere å komme med kritiske bemerkninger til 24SJU, enten det gjaldt virksomheten generelt sett, eller mer spesifikke forhold, fordi rammen rundt samværet var mer *back stage* (Goffman, 1992) enn i miljørommet.

Det var som regel lett å komme i prat med brukerne, og de virket interessert i å snakke: «*Er du forsker, ja?! Det er viktig å forske på sånne steder som dette her... Jeg har vært narkoman i mange år, og jeg har masse å si om dette stedet*». Andre var i så dårlig form at det var vanskelig å snakke med dem, men de aller fleste kom flere ganger, slik at de før eller seinere var i form til å snakke og gjøre seg forstått.

Det kunne variere hva en og samme bruker på ulike tidspunkt mente om tiltaket og hva det kunne bidra med. Om vedkommende for eksempel ikke hadde fått overnatte sist natt, eller var misfornøyd med noe annet (mat, mangel på samtale, anklage om dealing i lokalene) den ene dagen, kunne han eller hun gi høylytt

uttrykk for sin misnøye med stedet. Samtidig kunne den samme personen en annen dag stille seg veldig positiv til 24SJU.

Brukerundersøkelsen ble gjennomført i to avgrensede perioder, mars-juni 2010 og februar-august 2011. Vi har også vært til stede på flere av de åpne brukermøtene. Der har vi fått tilgang på ytterligere data om brukernes perspektiv på 24SJU. Datamaterialet i brukerundersøkelsen består av feltnotater fra deltagende observasjon og notater fra individuelle intervjuer med 55 brukere som har undertegnet samtykkeerklæring. Intervjuene varierer i lengde, fra noen minutter til i overkant av en time, og tema var hva de tenker om tiltaket. Med fire unntak har intervjuene funnet sted i miljørommet på 24SJU, i bakgården eller på trappa eller fortauet ved inngangen til 24SJU. Ett intervju ble foretatt i hvileavdelingen (skjermet fra miljøet), ett i et lukket kontor på 24SJU, ett per telefon fordi personen var i behandlingsinstitusjon, og ett intervju ble foretatt på avrusningsinstitusjon. Vi har også gjennomført to fokusgruppeintervjuer med til sammen 11 brukere, og disse ble foretatt i egnet møterom i 24SJUs lokaler i 2011. Til sammen er 66 informanter intervjuet, i tillegg til mange uformelle feltsamtaler med brukere i lokalet. I forbindelse med brukerundersøkelsen ble det gjennomført 45 feltøkter på til sammen rundt 80 timer.

De som inngår i brukerundersøkelsen er i alderen 19–62 år, og andelen kvinner er 27 %. Dette er omtrent samme alder som for brukergruppa i samme periode (18–65år) (Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo 2011). Vi har prøvd å få et inntrykk fra brukergruppa som helhet, ved å intervjuer både menn og kvinner, personer i ulike aldre og med ulik etnisk bakgrunn. Dette innebærer at vi ikke bare intervjuet de som var enklest å snakke med, de som var minst preget av misbruk eller psykiske plager. Dette medfører imidlertid noen etiske utfordringer som for eksempel når en informant sovnet i løpet av intervjuet. Vi kommer tilbake til disse.

Siden intervjuene er gjort i 24SJUs lokaler, deltar de som er intervjuet i den aktiviteten som vi evaluerer. Vi har ikke intervjuet personer som ikke oppsøker 24SJU. På den ene siden kan man tenke seg at mange som faktisk *er* på 24SJU når de blir intervjuet, er positive. På den andre siden var det stor variasjon i hva brukerne snakket om i intervjuene. Det faktum at flertallet av intervjuene ble gjennomført i miljørommet på 24SJU kan også ha bidratt til at brukere var mer positive fordi det var ansatte i nærheten. Dette ble forsøkt løst ved at deler av intervjuer ble gjennomført i bakgården, på trappa eller på fortauet over en røyk eller kaffe. De personene som ble intervjuet andre steder, var imidlertid ikke mer

negative enn de som ble intervjuet i miljørommet. Det at en egen person gjennomførte brukerundersøkelsen, og samtidig i liten grad kommuniserte med de ansatte, kan ha bidratt til at brukerne snakket friere om hva de tenkte. I tillegg var det beskrevet i informasjonsskrivet at intervjuer ikke jobbet ved 24SJU, og at personidentifiserbar informasjon ikke vil bli gitt til de ansatte. Dette kan ha gitt større tillit til at brukerne også kunne fortelle om problematiske forhold.

Andre aktører

Det ligger i oppdraget til 24SJU at hjelp til brukerne skal gis i samarbeid med andre aktører, og uten at disses ansvar svekkes. Andre aktørers holdninger til tiltaket er med på å danne rammebetingelsene for virksomheten. Det er av betydning å se på forholdet mellom tiltaket og andre aktører fordi dette vil kunne sette i gang mekanismer som innvirker på samarbeidet dem imellom. For å belyse hvordan andre aktører på rusmiddelfeltet forholder seg til, og vurderer 24SJU som tilbud til den aktuelle målgruppa, er det foretatt intervjuer med leder av Frelsesarmeens rusomsorg, leder av Møtestedet (SKBO), leder av Foreningen for en human narkotikapolitikk (FHN) og tre ledere på ulike nivå i Velferdsetaten i Oslo kommune. Informasjon om ulike aktørers vurdering er også innhentet gjennom deltakelse som observatør på møter i en oppnevnt samarbeidsgruppe bestående av ledere på høyt nivå i Oslo kommune, Oslo universitetssykehus, Oslo politikammer og Helsedirektoratet, og en referansegruppe med medlemmer fra Velferdsetaten, Frelsesarmeen, Fransiskushjelpen og brukerorganisasjoner.³

2.6 Datakilder

Datamaterialet består av dokumenter knyttet til prosessen da SKBO søkte Helsedirektoratet om midler til det som ble 24SJU, i tillegg til feltnotater fra deltakende observasjon, reflekterende notater fra feltnotater og feltsamtaler, lydopptak, transkripsjon og referat fra feltsamtaler og intervjuer. Videre inngår interne dokumenter fra igangsettingen av 24SJU våren 2009, til datainnsamlingen ble avsluttet. Det dreier seg om referater fra ulike planleggingsmøter og møter som angår driften (prosessmøter, fagdager, personal- og miljømøter osv.), og dokumenter tilknyttet klienter og direkte klienttrettet virksomhet.

³ Vi har også intervjuet representanter for Utekontakten og Strax-huset i Bergen. Se vedlegg.

Det foreligger noe statistisk materiale i SOMA,⁴ så som antall besøk av brukere, antall overnattinger, antall samtaler (kartleggingssamtaler, terapisaamtaler osv.), møter med samarbeidspartnere og lignende. Det er imidlertid stor usikkerhet knyttet til dette tallmaterialet, da registreringene er mangelfulle, blant annet som følge av omfattende datatekniske problemer. På grunn av den mangelfulle registreringen og usikkerheten knyttet til disse dataene, har vi ikke kunnet vektlegge denne datakilden. Det innebærer at vi ikke har data til å si noe sikkert om antall brukere som faktisk er i den tiltenkte målgruppa. Ei heller hvorvidt SKBOs anslag om at det dreier seg om 100–200 personer, kan sies å stemme.

2.7 Analyse av data

Analysearbeidet har vært en dynamisk prosess som startet opp i det feltarbeidet tok til, og har trekk av en Grounded Theory-tilnærming (GT). Fortløpende, mens feltarbeidet pågikk, ble det satt navn på, og kategorisert situasjoner og fenomener som framsto som betydningsfulle. I GT er det et viktig prinsipp at datainnsamling og analyse foregår under ett og vekselvis (Strauss & Corbin 1998). Data er analysert for å identifisere mønstre og relevante tema som kan belyse problemstillingene. Analysen har vært fortløpende og inngår som en del av datainnsamlingen. Vi har hatt som ideal å presentere *tykke beskrivelser* (Geertz, 1973) av virksomheten og har gjennomgått datamaterialet gjentatte ganger for å identifisere mønstre og generere nye relevante spørsmål. Situasjoner og fenomener som framsto som betydningsfulle med hensyn til problemstillingene ble kodet og fortløpende kategorisert (Strauss & Corbin, 1998).

Sammenstilling av flere datakilder, som intervju med ansatte og klienter, feltnotater og dokumenter, bidrar til å validere funnene. Kombinasjon av feltnotater og intervju utgjør et godt grunnlag for validering av tolkningene (Fangen & Sellerberg, 2011), og gjør det enklere å oppdage eventuelle misforståelser og å tolke enkeltuttalelser i en sammenheng. Feltarbeid med deltakende observasjon gir tilgang til informasjon som klienter og ansatte ellers kanskje ikke ville ha snakket om i en mer formell setting, som i et intervju (Fangen & Sellerberg, 2011).

Data er kommet til gjennom samhandling mellom forsker og forskningssubjekter. Det at vi er tre som har ulik erfaringsbakgrunn og forforståelse av feltet, kan ses

⁴ IT-verktøy for pasientregistrering, spesielt tilpasset denne brukergruppa.

som en styrke for evalueringen, blant annet ved at ulike perspektiver er blitt diskutert. Det har trolig også hatt betydning med hensyn til å få fram ulike nyanser i analysen, og for å balansere et mangefasettert bilde av et komplisert og ladet område, både politisk, ideologisk og helsefaglig.

2.8 Etiske utfordringer

Viktige og interessante temaer vil ofte være sensitive eller etisk ladet på en eller annen måte. Det byr eksempelvis på etiske utfordringer å være tett på over tid, slik som i denne evalueringen. Nærhet, enten det er til tiltaket som evalueres eller andre aktører innenfor feltet, kan gi opphav til rollerot og lojalitetskonflikter. Fossåskaret (1997) hevder at forskningsetikk stiller krav om lojalitet mot de som forskes på og det sosiale systemet som studeres:

«Men forskeren står og i eit etisk imperativ som krev lojalitet mot faget. Ideelt sett kan ikkje forskaren prute på faglege krav fordi han ønskjer å ha det greitt med den han samhandlar med (...). Forskaren må i somme høve manøvrere mellom krav som er motstridande» (Fossåskaret, 1997:263).

Feltet vi har evaluert, er etisk og politisk ladet. For eksempel var opprettelsen av 24SJU omstridt, og en må kunne si at det eksisterer interessekonflikter innenfor rusfeltet i Oslo. Konflikt og lojalitet følger hverandre. Om vi ser forskeren som deltaker og tilskuer i Skjervheims (1974) perspektiv, kan vi si at en deltakende forsker har sin lojalitet i prosjektet, mens en tilskuende forsker har sin lojalitet i forskningen. Et tredje sted forskeren kan ha sin lojalitet, er til egen institusjon eller eventuelle medforfattere.

Et annet etisk dilemma angår brukerne. Som allerede nevnt, var mange av klientene svært beruset mens de oppholdt seg på 24SJU. Noen intervjuer ble derfor avbrutt fordi personen sovnet. Andre var til tider lite eller ikke tilgjengelige for en forskningsrelatert samtale på grunn av at de var i psykose eller i akutt forvirringstilstand. For å få et mest mulig representativt utvalg av brukere av 24SJU, måtte oppmerksomheten ikke bare rettes mot dem det var åpenbart enkelt å snakke med. Det vil kunne hevdes at det generelt er etiske dilemmaer knyttet til å bruke informasjon fra personer som er så beruset at de faller i søvn, eller som på intervjutidspunktet lever i en annen virkelighetsforståelse enn de rundt. Det å være påvirket av rusmidler eller ha en psykiatrisk diagnose, innebærer imidlertid ikke at en nødvendigvis er ute av stand til å delta i samtale om et gitt tema eller gi uttrykk

for hvorvidt en vil delta i en studie som dette. Siktemålet var å få klientenes oppfatning av virksomheten på 24SJU. I og med at klientene jevnt over er i en dårlig forfatning og har behov for hjelp med basale forhold som for eksempel angår fysisk og psykisk helse, vil det i en slik sammenheng ofte være vanskelig å skille hva som er sensitivt. Når sensitive temaer ble en del av samtalen, er de imidlertid ikke brukt som data uten at det som ble sagt er relevant for evalueringen og vi har følt oss sikre på at den enkelte klient har forstått vår rolle som forskere.

Informert samtykke

Klientene som ble intervjuet i brukerundersøkelsen, undertegnet en samtykkeerklæring, noe som ikke ble gjort ved de mer uformelle samtaler som foregikk gjennom hele feltarbeidet. Her ble hver klientkontakt innledet med avklaring av forskerens rolle. Vi føler oss trygge på at i prat som utviklet seg til å bli en samtale eller et intervju, forsto klientene at målet var å undersøke hvorvidt de syntes at 24SJU var til hjelp for dem. Inntrykket var at brukerne følte seg frie til å komme med både positive og negative meninger. Vi hadde også et klart inntrykk av at de fleste visste at det var forskere til stede. En typisk situasjon der bruker tok kontakt:

«Det er du som er en av forskerne her, er det ikke det? Hvordan går det?».

«Jo da, jeg er en av forskerne. Det går bra, synes jeg. Hvordan går det med deg?»

«Nei, det er nok verre med meg... jeg prøver å holde det liket her på beina, og det er ikke så lett!»

De fleste klientene ga uttrykk for at de visste det var forskere til stede. De hadde hørt det av andre eller sett informasjonsplakatene som var hengt opp. Det synes også som brukerne ser det som viktig at også de får uttale seg. Når det gjelder brukere som framstår som psykotiske eller desorientert og forvirret, er det selvsagt vanskeligere å vurdere hva de til en hver tid oppfatter. I slike tilfeller snakket vi med de som virket interessert i å fortelle, og brukte samtaler som data om det var slik at de hadde et forståelig innhold som var relevant for evalueringen.

Opplegget for den foreliggende evalueringen er godkjent av NSD og er gjennomført i samsvar med forskningsetiske retningslinjer utarbeidet av De nasjonale forskningsetiske komiteer (NESH 2006). Alle navn og identifiserende materiale er endret for å opprettholde anonymitet for klienter, og så langt råd er for de ansatte. Det er imidlertid ikke til å unngå at noen av de ansatte er identifiserbare. Alle som

er sitert på en identifiserbar måte, har gitt tillatelse til at vi kunne bruke deres uttalelser.

2.9 Metodiske utfordringer

Evaluerer av et tiltak som 24SJU byr på ulike utfordringer. Kravet om evidensbasert kunnskap står sterkt innenfor både offentlig og privat virksomhet også i rusmiddel- og psykiatrifeltet. På kontordøra til Einstein skal det ha hengt en plakate der det stod:

«Not everything that counts can be counted, and not everything that can be counted counts.»

Mye av det som har betydning når det gjelder behandling og omsorg overfor de som inngår i den aktuelle målgruppa lar seg vanskelig telle, og mye av det som lar seg telle vil kunne sies å ha liten betydning. 24SJU har som mål å bidra til bedre psykisk og fysisk helse og økt sosial inkludering og mestring for de mest utsatte rusmiddelmissbrukerne som oppholder seg i Oslo sentrum, og som ikke i tilstrekkelig grad nåes av det øvrige hjelpeapparatet. Dette er forhold det av mange årsaker er vanskelig å måle, både fordi det er mål som er svært vanskelig å operasjonalisere, og fordi det ikke lar seg gjøre å framskaffe systematiske data som kan belyse om og i hvilken grad det er kontakt med 24SJU som har ført til bedring eller om, og i hvilken grad andre forhold spiller inn. Videre kan vi diskutere hvordan det kan måles om, og i hvilken grad 24SJU har lyktes i å (re-) opprette kontakt og samarbeid med det øvrige hjelpeapparatet når vi vet hvor sårbar slike relasjoner er for brudd.

Noe som ytterligere kan komplisere bildet, er de mer eller mindre vedvarende interessekonflikten og konfliktene om prosjektet. Konflikter er en del av rammebetingelsene for hva prosjekter får til. Det er vanskelig å si hvor mye konfliktene har å si for driften av 24SJU. Vi kommer tilbake til dette mot slutten av rapporten.

Tid er et annet betydningsfullt element ved evalueringen. Det er som nevnt komplisert å vurdere måloppnåelse for et tiltak innenfor dette feltet, særlig når det bare er fulgt de to første årene. I tilfeller hvor brukere har fått bedret sin livssituasjon, vet vi ikke om det vil være av varig karakter. Om det viser seg ikke å være det, hvilken vekt skal bedringen likevel tillegges? Et annet aspekt er hvilken

vekt som skal tillegges at det har kommet til noe endring, selv om planlagt bedring ikke ble oppnådd eller ikke hadde varighet i perioden for evalueringa. Ut fra erfaring er det grunn til å tro at mange vil fortsette å gå ut og inn av ulike hjelpetiltak før en får etablert noe som er robust nok og godt nok tilpasset til at det får lengre varighet. Et annet forhold er at det for mange i denne gruppa vil ta lang tid å etablere tillit til ansatte som kan yte hjelp og bidra til bedring.

Dokumentasjon av forhold knyttet til driften er et annet aspekt. 24SJU har i oppdrag å dokumentere virksomheten og det de driver med i det daglige arbeidet, blant annet for å utvikle metoder for arbeid med den aktuelle klientgruppa. Mye dokumentasjonsarbeid er gjort, men samtidig ser det ut til at det som kanskje kan være av størst betydning for klienters bedringsprosess, slik som hverdagslige forhold (Almvik et al., 2011; Borg, 2007; Hubble, Duncan, & Miller, 1999; Skatvedt, 2009) trolig blir underkommunisert i skriftlig rapportering. Dette er en type faglig virksomhet som vanskelig lar seg dokumentere, blant annet fordi det er liten tradisjon for å gjøre det, og fordi vi ikke har et egnet språk for å beskrive det. I en tid med økte krav til dokumentasjon må dette sies å være et problem som ikke bare gjelder virksomheten på 24SJU.

Mange av brukerne på 24SJU er i dårlig fysisk og psykisk tilstand. Noen trenger svært lang tid for å få nødvendig tillit til å oppgi navn og fortelle noe om hva han eller hun trenger hjelp til. Det sier seg selv at mange av de gangbare kriteriene for positiv endring ikke passer. En må ned på et nivå der selv svært små skritt må anerkjennes som tegn på endring og bedring (Jourdan & Thisgaard, 2008). Det kan for eksempel være at en klient begynner å ivareta egen hygiene, eller mestrer å samtale med ansatte, om det så er om tilsynelatende overflatiske ting. Som flere påpeker, er små ting og trivialiteter alt annet enn nettopp det når det gjelder bedringsprosesser for de som inngår i denne gruppa (Almvik et al., 2011; Borg, 2009; Norvoll, 2007). Dette stiller krav til kunnskapsutviklingen og til at det tas i bruk forskningsmetoder som fanger opp og griper slike hendelser (Borg, 2009).

Det er grunn til å tro at selv de mest «vellykkede» klientene vil kunne få tilbakefall ved at de av ulike grunner mister eventuell bolig og er tilbake på gata med omfattende rusmiddelmisbruk og forverret psykisk og fysisk helse. En robust og varig endring av livsstil vil i mange tilfeller bare kunne registreres over et lengre tidsforløp enn det som her er studert. Dette innebærer ikke at det vil være umulig å si noe om verdi og nytte av et tiltak som 24SJU, men det vil kunne være vanskelig å trekke noen entydig konklusjon den ene eller den andre veien. Det vil for eksempel

ikke være mulig å si med sikkerhet at det er 24SJU som har bidratt til bedring av livssituasjon, om det er andre hjelpetiltak, eller om det kan tilskrives forhold utenfor hjelpeapparatet. Som flere studier framholder, er det ofte forhold ved brukeren selv som står for den største endringen (Borg, 2009; Duncan, Miller, & Sparks, 2007; Hubble et al., 1999).

Metodekritikk

Det er en mulig svakhet ved evalueringen at det er lagt såpass mye vekt på 24SJU, sammenliknet med data fra samarbeidspartnere. Når det gjelder samarbeidet mellom 24SJU og andre aktører i felten, kunne en selvsagt også sett nærmere på hvordan ansatte i andre hjelpetiltak som jobber tett på klienter oppfatter samarbeidet med 24SJU. Som vi har vært inne på, har vi hatt samtaler med representanter i det øvrige hjelpeapparatet. Dette er i hovedsak personer i lederposisjoner på ulikt nivå og i mindre grad folk som jobber gatenært eller på andre måter er i daglig samhandling med klientene i denne gruppa. De som har direkte klientrettet samarbeid med 24SJU vil kunne ha et annet grunnlag for å vurdere driften og hvordan samarbeidet fungerer. Vi har likevel noen data fra samtaler med ansatte fra andre tiltak som vi har møtt i forbindelse med feltarbeidet. I vår tolkning av oppdraget om å gjennomføre en evaluering med følgeforskningsdesign med bruk av feltarbeid med deltakende observasjon og intervjuer, har vi lagt til grunn at denne aktiviteten i vesentlig grad har foregått innenfor rammene av tiltaket. Vi har ikke data som belyser andre tiltak for denne gruppa i Oslo, og har således heller ikke grunnlag for sammenlikning av ulike tiltak ut over det som har kommet fram gjennom observasjon, feltsamtaler og intervjuer med aktører i og utenfor 24SJU. I denne rapporten er det flere stemmer, og ikke alle har blitt spurt like grundig. Dette kan ha bidratt til en viss skjevhet, for eksempel med hensyn til skillet mellom ideelle og offentlige tiltak. Det kan også ha bidratt til at vi har lite informasjon om hvordan andre aktører opplever samarbeidet med 24SJU; om for eksempel andre aktørers ansvar blir svekket unødig.

3 Kontekst: eksterne rammebetingelser

I dette kapitlet går vi tilbake til det vi ser som eksterne rammebetingelser og diskuterer forhold som ligger utenfor 24SJU, men som er med å prege driften, blant annet ved å utgjøre mekanismer som kan henholdsvis pushe eller danne barrierer for felles innsats for den aktuelle målgruppa. Her presenterer og diskuterer vi i hovedsak data fra intervjuer med andre aktører som ble gjennomført etter ca. to års drift på 24SJU.

3.1 Andre aktørers holdninger til 24SJU

Som for mange andre felt er det også innen rusmiddelfeltet kamp både om økonomiske midler og anerkjennelse. Oslo kommune stilte seg som vi har sett negative til etablering av et nytt lavterskeltiltak som skissert i den opprinnelige søknaden fra SKBO (se kapittel 1.2). Kommunen stilte også spørsmål ved at Bymisjonen skulle koordinere ulike hjelpetiltak så lenge et slikt ansvar tilligger det offentlige. Selv om det er bred enighet om at det må settes inn ressurser for å møte de mange behovene til den store gruppen av rusmiddelmissbrukerne som oppholder seg i Oslo sentrum, er det ulike oppfatninger om hva som er de mest hensiktsmessige tiltakene og hvordan ressursene skal fordeles.

Så lenge Oslo kommune og andre aktører på feltet gir uttrykk for behov for midler til styrking av allerede eksisterende tiltak rettet mot den aktuelle målgruppa, framfor å sette i gang nye tiltak, er det ikke overraskende at det var noe sprikende reaksjoner på at SKBO fikk midler til etablering av 24SJU, og at dette skjedde uten vanlige anbudsprosedyrer. Vi vil her se hva representanter fra andre aktører tenkte da det ble kjent at SKBO hadde fått disse midlene. Ut fra at det er snakk om relativt mange penger, og at det i noen grad kan sies å være en form for konkurranse mellom ulike aktører på feltet, kan en ikke se bort fra at det vil kunne være et visst misunnelsesaspekt i andre aktørers vurderinger av nødvendigheten av 24SJU, hva de faktisk er blitt og hva de har fått til.

Hvilke tanker gjorde så ulike aktører seg da SKBO fikk midlene de søkte om og startet opp 24SJU? Hva tenker en om erfaringene så langt etter omkring to års drift? Vi har blant andre snakket med representanter på ulike nivå i det som nå er Velferdsetaten i Oslo kommune. Skepsisen er størst hos direktøren, men blir noe mer nyansert lenger ned i etaten. Ansvarlig leder for Frelsesarmeens rusomsorg region øst, gir også uttrykk for usikkerhet om etablering av 24SJU er rett bruk av ressurser, så lenge andre tiltak har problemer med å framskaffe nødvendige midler. Vi har også innhentet synspunkter fra leder av Møtestedet, en kafé i Oslo sentrum som drives av SKBO, med rusmiddelmissbrukere som den viktigste målgruppen. Hun kommer med så vel positive som noe mer kritiske synspunkter i sakens anledning. Det samme gjelder leder av Foreningen for Human Narkotikapolitikk (FHN), som gjennom utstrakt oppsøkende virksomhet i miljøet omkring Oslo S. har førstehånds kjennskap til det aktuelle miljøet.

Frelsesarmeen i Oslo har lang erfaring i arbeidet med det som gjerne kalles tunge rusmiddelmissbrukere. Eksempelvis har Frelsesarmeen gjennom mange år drevet ulike botilbud, kontaktsenter med tilhørende helsetilbud (såkalt feltpleie), Gatehospitalet osv. Ut fra dette er det nærliggende å tro at det avfødte en viss undring da det ble kjent at SKBO hadde fått store midler til etablering av 24SJU. Leder av Frelsesarméens rusomsorg i region øst sier det slik:

«Vi reagerte jo sånn med en gang og lurte på hva dette skulle bli. Og vi var vel også ganske skuffa fordi Bjarne Håkon, eller på hans nettsider, så stod det at de pengene var gitt nettopp til Kirkens Bymisjon fordi at det var Kirkens Bymisjon som hadde den største erfaringen og kompetansen med de tunge rusmisbrukerne i Oslo. Det mente vi var feil, og vi ringte inn til departementet og fortalte at de kanskje kunne, hvert fall sløyfe den og det retta dem opp ganske fort. Samtidig så er det vanskelig for oss som Frelsesarmé på en måte å skulle kritisere en annen organisasjon for at de får penger, det var jo ikke det at vi var uenig i at de fikk noen midler, (...), men vi var vel uenig i hvordan de pengene skulle brukes.».

På samme måte som de øverst ansvarlige i Oslo kommune, var også Frelsesarmeen av den oppfatning at det framfor å etablere et nytt lavterskeltiltak i Oslo sentrum, heller burde satses på styrking av allerede eksisterende tilbud:

«Nei, vi så ikke det [behov for et nytt tiltak som 24SJU], for vi mente og hadde også hatt møter med Bjarne Håkon, på lik linje med sikkert flere, hvor vi pekte

på at det er en del tiltak i Oslo som burde ha vært styrka, som allerede var oppe å gå. Det er altså, vi har værested, Bymisjonen har værested, Oslo kommune har væresteder, det er mange andre lavterskeltiltak, oppsøkende tjeneste som ikke kan kjøre helger fordi de ikke har penger til det. Det er tiltak som ikke kan være åpent fordi de ikke har penger, det er tiltak som mangler bemanning og økonomi i dag, som vi mente burde vært styrka, fremfor å opprette et helt nytt tilbud. Dette tilbudet ble gitt, eller skulle åpnes fordi at det skulle gjøre noe med de tyngste rusmisbrukerne i Oslo by. Og vi følte vel at vi jobba ganske mye med den gruppa, og har gjort det i veldig, veldig mange år og er også den største samarbeidspartneren til Oslo kommune, hva gjelder tiltak og tilbud ovenfor den tyngste brukergruppa. Så vi mente at vi, vi visste litt hva vi snakka om.»

Selv om Møtestedet er en del av SKBO, har lederen der forståelse for at det kom en del reaksjoner på at Bymisjonen fikk midler til etablering av 24SJU:

«(...) fordi at vi tenkte at det var et behov for det, og selvfølgelig ble jo jeg glad for at Bymisjonen får en anledning til å sette noe av det ut i livet. Samtidig så forstår jeg jo reaksjonene på, altså, det er tema hvordan penger skal fordeles i dette feltet, og jeg forstår jo at stat og kommune...., kanskje kommunen mest i denne sammenheng da, kan bli litt, ja at det kan stilles spørsmålstejn med det da. Det går det an å forstå. Men jeg hadde jo en tro på at vi kunne ... jeg hadde jo en tro på at det var et behov som vi liksom kunne dekke.»

Også leder av Foreningen for Human Narkotikapolitikk (FHN) sier at han ble «veldig glad» da SKBO fikk midlene og tenkte det skulle kunne bidra til at rusmiddelmissbrukere med alvorlige psykiske problemer, skulle kunne få bedre hjelp. Bevilgningen til SKBO kan som nevnt ses på som en kritikk mot Oslo kommune som at de ikke har tatt det nødvendige ansvar når det gjelder tiltak for rusmiddelmissbrukere som oppholder seg i Oslo sentrum. Dette er et synspunkt som deles av leder av FHN:

«(...) ligger jo en underforstått kritikk av det kommunale tiltaksapparatet når de ikke får midlene, når de bevilges direkte til Kirkens Bymisjon. Og det tror jeg må være en underforstått, jeg tolker det som en underforstått kritikk mot rigiditeten i det kommunale tiltaksapparatet.»

Rigiditeten som lederen for FHN peker på, gjenspeiler et tydelig funn fra evalueringen, nemlig oppfatningen av det offentlige hjelpeapparatet som tungrodd

og byråkratisk. Dette er noe som kommer til uttrykk både fra brukere og ansatte i kommunale tiltak og andre aktører innenfor feltet.

3.2 Delte meninger

Selv om de øverst ansvarlige i Oslo kommune allerede i utgangspunktet var negative til etablering av et nytt tiltak som skissert i søknaden fra SKBO, vil de som er lenger ned i ansvarsrekkene kunne være mer positive. Vi finner imidlertid at det også blant disse gis uttrykk for en overraskelse over at Bymisjonen fikk «*svært mye penger*» sammenlignet med hva kommunen har til disposisjon for tiltak rettet mot den samme målgruppa. Om hvorvidt en så behov for et tilbud som 24SJU, var både en seksjonsleder og leder av en av kommunens døgninstitusjoner, i utgangspunktet positive. Begge hadde store forventninger til at det nå skulle etableres et tilbud med en høyt kvalifisert stab som blant annet kunne gjøre det enklere å få til innleggelses i spesialisthelsetjenesten/psykisk helsevern. Det ble blant annet pekt på at veien til spesialiserte hjelpetiltak hadde blitt lengre etter Rusreformen, og at det var en forventning om at 24SJU skulle kunne bøte på dette. Den ene av dem sa det slik:

«...jeg hadde jo en formening om at dette skulle bli et tilbud med veldig mye kvalifisert personale, altså spesielt kanskje psykiatere, leger. For vi vet at skal vi få folk inn i spesialisthelsetjenesten, så må du ofte ha folk med god kompetanse for å, spesielt i psykiatrien, er jo nesten det umulig hvis du ikke har en psykiater som henviser. Så ... så jeg trodde jo at når man fikk så store ressurser, så kunne bygge opp ganske god kompetanse på gatenivå og det har jo vært litt av problemet, at vi ikke har god nok kompetanse, spesielt når det gjelder leger og psykiatere, så er det vanskelig å få til i første linje.»

Det har imidlertid kommet fram at det også for psykiater og lege på 24SJU kan være vanskelig å få rusmiddelmissbrukere inn i spesialisthelsetjenesten. Flere ganger viste det seg å være personavhengig ved at noen var mer positivt innstilt enn andre til å ta imot pasienter fra 24SJU, og det hendte at disse ble kontaktet direkte for å få lagt inn pasienter som en i første omgang ikke fikk lagt inn, til tross for henvisning fra lege/psykiater på 24SJU eller Legevakta.

Det ble påpekt at arbeidet som gikk forut for etableringen av 24SJU kanskje var for dårlig. Samtidig ble det sett på som positivt at det ble mer oppmerksomhet omkring de mange rusmiddelmissbrukerne som også har alvorlige psykiske lidelser. Leder av en kommunal døgninstitusjon sa det slik:

«Altså det jeg tenkte (...) når det var så pass mye penger, så tenkte jeg jo kanskje at man burde vært enda mer grundig og etterspurt hva er behovet. Det var jeg litt usikker på, men bortsett fra det så jeg jo at det, når de var ute etter en målgruppe med veldig psykisk dårlig folk, så tenkte jeg, det er jo en oppmerksomhet som er på tide at kommer. Så sånn sett så var det jo fint.»

Det varierer i hvilken grad andre aktører ser på 24SJU som mer av det som allerede fantes i Oslo sentrum, eller om det kan sies å være et tilbud med andre rammebetingelser enn andre lavterskeltilbud, og dermed har mer å tilby. Hvordan en vurderer virksomheten på 24SJU kan ha å gjøre med hvem betrakteren er, men kan også dreie seg om at nyansene i virksomheten ikke er tydelig nok for andre aktører.

Som vi har vært inne på, har det i perioder vært utfordringer med å avgrense den aktuelle målgruppa. Den første tida ble det også brukt uforholdsmessig store ressurser på matservering, registrering og på å holde oversikt over lokalet, slik at andre hjelpetjenester kom i bakgrunnen. Den i utgangspunktet positive seksjonslederen i Velferdsetaten uttrykker således en viss skuffelse over hva 24SJU er blitt, slik han ser det:

«Ja, jeg er jo skuffet fordi man ikke har lagt seg mer på en sånn klar linje. Man kan ikke gjøre alt. Og det, sånn som jeg ser det, så er det nå en kombinasjon av et værested og noe medisinfaglig kompetanse, men ikke tilstrekkelig. Altså, man drar også inn en masse brukere som i og for seg kunne være hvor som helst. Det blir mer et sånt værested, kombinasjon av det, slik at man har ikke noe sånt klart tilbud (...). Ja, altså man fanger jo nå hele gruppa som er i sentrum. Og jeg tror ikke man kan gi dem så forferdelig mye hjelp, hvis man ikke har et godt spesialisert tilbud. Det er, man må liksom bestemme seg for hva er det man skal holde på med, man kan ikke holde på med alt.»

Han peker på en side ved 24SJU som er blitt utsatt for kritikk, både innad og fra andre aktører: værested-delen. Det kan som vi har sett, hevdes at det er nok væresteder for rusmiddelmisbrukere i Oslo. Vi har imidlertid ikke grunnlag for å si at 24SJU «drar inn en masse brukere som kunne være hvor som helst», brukere det ikke jobbes spesifikt med. De fleste som oppholder seg på 24SJU er rusmiddelmisbrukere som på forskjellig vis ser ut til å ha falt ut av det eksisterende hjelpetilbudet. Det ligger i sakens natur at det i mange tilfeller kan være vanskelig å skille mellom de som like gjerne kunne vært andre steder og de som hører inn under målgruppa til 24SJU. Miljørommet, eller værested-delen, er i så måte tenkt som et

verktøy for å kartlegge den enkelte bruker, dennes behov og finne ut av om og eventuelt hvilke andre aktører som er inne i bildet. Noen ganger vil dette være en tidkrevende oppgave. Ut fra våre observasjoner ser det imidlertid ut til at andelen brukere som ikke kan sies å være i den aktuelle målgruppa ble redusert, og var på tidspunktet da observasjonen ble avsluttet, vesentlig mindre enn ved oppstart.

Lederen for den kommunale døgninstitusjonen er imidlertid ikke like negativ. Hun peker på at klientene som kommer til 24SJU, møter ansatte med mer spisskompetanse enn tilfellet er ved andre lavterskeltiltak. Som hun sier kan det være litt tidlig å dømme, men at det ser ut som at 24SJU ikke helt har klart å etablere seg. Hun påpeker faren for at det blir en kafé og et møtested mer enn et hjelpetilbud:

«(...) at det blir som alle andre steder hvor du bare stikker innom og drikker kaffe og får deg litt mat og, ja får slappe av litt i en stol. Altså, for det kan man jo få i resten av denne byen.»

Hun peker på betydningen av tid når det gjelder hvordan et nytt tiltak kan finne sin form og plass gjennom etableringsfasen. I så måte må vi kunne si at to år er kort tid, både med tanke på å formidle til brukergruppa hva slags tilbud dette er, men ikke minst med hensyn til samarbeid med andre aktører, så som Oslo kommune. Som vi har vært inne på, er dette feltet preget av kamp om ressurser og anerkjennelse, og det vi kan kalle et visst misunnelsesaspekt. Slik sett er det grunn til å tro at enkelte ikke like lett ser nyansene ved den daglige driften på 24SJU, men i hovedsak anser det som et nytt lavterskeltiltak på linje med de som allerede finnes, og der det ikke skjer noe videre ut over matservering og tilbud om hvile.

Hun påpeker ellers at forventningen hun hadde om at ansatte på 24SJU skulle drive mer oppsøkende arbeid, ikke er innfridd. Dette er noe også leder av FHN gir uttrykk for. Han understreker at hovedinntrykket av 24SJU er positivt og at det ikke kan trekkes i tvil at mange enkeltpersoner har fått hjelp. Forventningen de hadde om at 24SJU skulle arbeide mer oppsøkende er imidlertid etter hans oppfatning ikke blitt oppfylt:

«(...) målgruppa det var både rus og psykiatri da, og jeg trodde de kom til å være mye mer tilgjengelig og spille en større rolle enn det har gjort. Men det ikke til forringelse for hvor utrolig mye bra de har gjort også, men jeg trodde hvert fall at de kom til å bli svært synlig ute i bildet og det var også intensjonen i

begynnelsen, at de skulle gå oppsøkende. Og det har dem ikke gjort. Så det er nok et stasjonært tiltak, og det synes jeg er helt galt. Men ellers så har tilgjengeligheten svart til forventningene på mange måter ...»

Intensjonen med etablering av 24SJU er at det skal tilby noe nytt og annerledes enn det som allerede finnes, et tilbud som skal fange opp og gi hjelp til de tyngste rusmiddelmissbrukerne som ellers ikke blir nådd av andre hjelpetiltak. Synet på hvorvidt 24SJU faktisk kan sies å tilføre noe nytt sammenlignet med tilbudet som allerede finnes, eller om det i praksis har blitt mer av det samme, avhenger langt på vei av øynene som ser. På samme måte som ledere på ulike nivå i Velferdsetaten/ Oslo kommune, uttrykker også leder i Frelsesarmeens rusmiddelomsorg en viss skuffelse over hva 24SJU har blitt så langt, selv om han ser at det også har gitt positive bidrag:

«Jeg tror det er mer av det samme. Eller det som ... det som man kanskje kan si har vært positivt, eller som har fått noen ringvirkninger, det har jo vært at de har fått en psykolog på plass. At man på en måte har blitt bevisste på, at å jobbe med de tunge rusmiddelbrukerne, så trenger man også en psykiater- og psykologtjeneste inn i det arbeidet. Tradisjonelt sett så har de som har jobba med de tyngste brukerne, vært de som har hatt minst kompetanse. Og det å få bygd opp den kompetansen og vissheten om at det trengs en type kompetanse også for å jobbe med disse brukerne, det er viktig. Men jeg mener at det kunne man ha gjort med mye enklere ressurser, ved å styrke de stedene som hadde vært. Dem som var oppe å gå.»

Det er bred enighet om at det er behov for fagfolk med spesialistkompetanse for å nå den gruppa det er snakk om, med tiltak som bedrer deres livssituasjon. Lett tilgang til fagpersoner med spesialistkompetanse innenfor psykisk helse er det som skiller 24SJU fra andre lavterskeltilbud i Oslo sentrum. Leder av den kommunale døgninstitusjonen ga over uttrykk for at det var på tide at oppmerksomheten ble rettet mot brukere med veldig dårlig psykisk helse. Som leder i Frelsesarmeens rusmiddelomsorg påpeker, er det i mange tilfeller de med minst formell kompetanse innen psykisk helsevern som har arbeidet med de tyngste rusmiddelmissbrukerne, de som ofte også har en psykiatrisk lidelse i tillegg. En viktig grunn til at vi i begrenset grad finner slik spesialistkompetanse i de øvrige lavterskeltiltakene, kan trolig dels tilskrives at det tradisjonelt er blitt sett på som 2.-linjetjenester, dels at en ikke finner rom for å ansette personer med spesialistkompetanse innen de økonomiske rammene slike tiltak opererer innenfor.

3.3 Koordineringsansvar

Rusmiddelmissbrukere som også har dårlig psykiske helse, vil som regel ha behov for tjenester fra ulike tjenesteytere. Samarbeid og samhandling mellom ulike instanser er i de fleste tilfeller avgjørende for at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys de nødvendige tjenestene. I oppdragsbrevet til SKBO heter det at et av målene for oppdraget er «*bedret samhandling mellom deler av tjenesteapparatet, herunder også de ideelle organisasjonene*». For å bistå SKBO i en «*mest mulig effektiv koordinering av innsatsen for å bedre situasjonen for de mest utsatte rusmiddelavhengige i Oslo*» oppnevnte departementet samtidig en samarbeidsgruppe med medlemmer på høyt nivå fra Helse Sør-Øst, Oslo politidistrikt, Helsedirektoratet og Oslo kommune, men ledet av Bymisjonen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009b). Ut fra at ansvar for samarbeid og koordinering av tjenester til den aktuelle målgruppa ellers er noe som tilligger kommune og stat, er det forståelig at Velferdsetatens leder stilte seg noe undrende til at SKBO fikk tillagt et slikt koordineringsansvar.

«(...) Kirkens Bymisjon er en privat aktør. Spesialisthelsetjenesten og Oslo kommune er store aktører og kommunen har faktisk lovmessig plikt til å koordinere arbeidet, jamfør lov om sosiale tjenester, kap. 3 er det vel, så er det jo kommunen som skal koordinere arbeidet når det gjelder rusmiddelavhengige, og at Kirkens Bymisjon nå blir satt, det ... nei, det er spesielt.»

Det er imidlertid ikke bare kommunen som stiller spørsmål ved at det inngår i oppdraget å bidra til bedret samhandling. Leder av Møtestedet, som drives av SKBO, gir også uttrykk for at dette kan synes problematisk all den tid SKBO ikke har en formell myndighet i så måte:

«(...) men dette her med at man på en måte er satt til å koordinere et felt der man egentlig ikke har noen myndighet, fordi den ligger ved en annen linje. Og det regner jeg med at de merker ...»

Det er nærliggende å tenke at det er problemer knyttet til å skulle koordinere uten at det følger med tilstrekkelig myndighet. Som det framgår, stiller flere av aktørene som inngår i det som skal koordineres, seg i utgangspunktet negative til 24SJU, noe som utgjør en tilleggsutfordring ved at 24SJU trolig ikke vil ha tilstrekkelig legitimitet med tanke på et slikt koordineringsansvar.

Som vi har vært inne på, kan bevilgningen og oppdraget som ble gitt SKBO, tolkes som en kritikk fra daværende statsråd Bjarne Håkon Hanssen om at Oslo kommune ikke fylte sitt ansvar for å yte nødvendige tjenester til de mest utsatte rusmiddelmissbrukere som oppholder seg i Oslo sentrum. Når SKBO gis i oppdrag å få til «*bedret samhandling mellom ulike deler av tjenesteapparatet*» vil det kunne tolkes som en kritikk av at kommunen (og helseforetaket) heller ikke tar det koordineringsansvaret de ut fra lov er pålagt. Det er som nevnt bred enighet om at denne gruppa ikke nås i tilstrekkelig grad av det eksisterende hjelpeapparatet, og at det også er utfordringer med hensyn til koordinering og samarbeid som ikke er tilfredsstillende løst. Det er åpenbart delte meninger om av hvem, og hvordan disse oppgavene skal utføres. Det kan også synes som det tidligere nevnte misunnelsesaspektet kan ha bidratt til det vi vil betegne som et utfordrende samarbeidsklima. Som Baklien påpeker, påvirkes samarbeid av den virkelighetsoppfatning ulike parter har (Baklien, 2009).

3.4 Større rom for fleksibilitet

Innenfor det offentlige byråkratiet vil formelle retningslinjer kunne utgjøre barrierer som hindrer muligheten for improvisasjon og lydhørhet i arbeid med brukere (Lipsky, 2010). Funn fra vårt datamateriale viser at slike barrierer gjør seg gjeldende innenfor deler av det offentlige hjelpeapparatet. Mye tyder på at det er få slike barrierer på 24SJU.

Det vil kunne hevdes at en ideell aktør som SKBO i større grad enn de offentlige, det være seg stat eller kommune, raskere vil kunne etablere nye tiltak da en ikke på samme måte er bundet av ulike regelverk. Regelverk som i mange tilfeller fører til at det tar uforholdsmessig lang tid før eksempelvis et tiltak som 24SJU, kan settes i gang. På spørsmål til Oslo kommune om en der ville kunne gjøre dette like raskt som Bymisjonen med hensyn til å finne lokaler, ansette den nødvendige personalgruppe osv., gir ikke leder av Velferdsetaten noe klart svar, men gjentar at kommunen ikke finner det ønskelig med flere lavterskeltiltak i sentrum. Hun framholder imidlertid at det er behov for faglig styrking av eksisterende tiltak, og at kommunen ville fått til dette hvis de hadde de nødvendige økonomiske ressurser:

«..... når det gjelder akkurat det å finne et sted, så mener jo jeg at vi ikke skulle funnet et nytt sted. Jeg mener at hadde vi fått de pengene, så hadde vi brukt et av de eksisterende stedene våre, som vi allerede hadde bemanning på og sengerom og litt av hvert. Så vi hadde ikke trengt å finne et nytt sted, snarere

vert imot. (...) Men vi ville, jeg er helt sikker på at vi ville greid å rekruttere flinke fagfolk, det får vi til. Og vi har faktisk mye kompetanse på dette arbeidet og hadde absolutt profitert på og fått flere psykologer, leger ansatt. Det ville vi hatt muligheten til, hvis vi hadde fått disse pengene.»

Hun gjentar her at kommunen ikke finner det ønskelig med flere lavterskeltiltak i sentrum av Oslo. Hun erkjenner samtidig at Velferdsetatens tiltak i liten grad kan tilby sine brukere kontakt med lege eller psykolog, men at en ville kunne hatt mulighet til å knytte til seg slik spesialisert kompetanse hvis det var gitt de nødvendige økonomiske ressurser.

Lederen av den kommunale døgninstitusjonen framholder at en grunn til at 24SJU i mindre grad enn hun hadde forventet, har lyktes i å bli noe nytt, kan ha sammenheng med at SKBO ikke søkte samarbeid i forbindelse med søknaden til staten.

«Men det er sånn at det, kommer det tiltak på plass som man kanskje ikke har vært med å utforme eller komme med innspill om at dette ønska vi i denne byen, så kan det jo være at folk er litt fornærma eller at de synes faglig sett at dette var ikke det vi trengte, ut i fra de brillene de har. Så jeg tror at det har nok skapt en større avstand, hvert fall fra starten av, om det er fremdeles sånn nå, det vet jeg ikke.»

Hun peker på at betingelsene for samarbeid mellom 24SJU og andre, i hovedsak offentlige aktører, ikke har vært de beste, og at det kan ses i sammenheng med at det er konkurranse om ressurser og at noen andre har fått det en selv ønsker. Ut fra vår vurdering ser det ut til å ha vært utfordrende å få til et godt samarbeid med enkelte offentlige aktører, noe som gjenspeiles i noen av intervjuene over. Dette har i noen grad vært personavhengig, og mindre problematisk jo lenger ned mot gatenivå samarbeidet foregikk. Vi har også inntrykk av at samarbeidsklimaet bedret seg etter hvert, og at det var færre eksempler på samarbeidsproblemer idet evalueringsperioden ble avsluttet i september 2011.

3.5 Utvikling av tverrfaglig vennskap

En av de ansatte påpeker at mange av brukerne har flere hjelpere og har oppfølging som tilsynelatende fungerer etter hensikten. Det framheves at det er viktig å kartlegge dette før de på 24SJU setter i gang tiltak:

«I begynnelsen var vi jo veldig hjelpesyke, hvor vi på en måte tok hele pakka, som om folk ikke hadde noe fra før, og det... og liksom skulle etablere folk et sted, og så viste det seg at de hadde full pakke i en annen by! Det har vi vel lært av, at vi skal sitte litt på henda og tenke oss om før vi handler. Men det er vanskelig når du møter folk som står til knes i møkk på den måte, de har et fryktelig vanskelig liv... da er det noe med å si hva er det som er nødvendig å hjelpe med akkurat nå. Folk som har det veldig vanskelig vil jo veldig ofte underrapportere tilstedeværelse av andre hjelpere, da. Det er noe med å sjekke det ut litt ordentlig... de har unnlatt å møte til avtale, så de relasjonene er litt svidde. Men faktisk at i stedet for at vi skal ta hele pakka, at vi skal heller prøve å pusse støv av de relasjonene til hjelpere som finnes allerede, hjelpe dem å koble på de faktiske strukturene som allerede er der.»

Særlig i den første driftsperioden kom det kritiske røster knyttet til at enkelte ansatte var for kjappe med å gå inn med tiltak overfor brukere som allerede hadde et fungerende opplegg. Kritikken kom til uttrykk både innad, mellom ansatte på 24SJU og fra enkelte samarbeidspartnere, som for eksempel NAV/sosialkontor.

En sosialkonsulent fra en nabokommune fortalte at hun var veldig fornøyd med å få hjelp til å reetablere kontakt med en bruker. Hun hadde fått til en ordning der hun hospiterte i 40 % stilling i to måneder på 24SJU. Om grunnen til at hun ville hospitere, sa hun:

«Bakgrunnen er at 24SJU klarte å stabilisere en ung jente som vi hadde jobba med i mange år, og forsøkt alt! Men hun glapp unna hele tida, og forsvant til Oslo. Vi har hatt samarbeid med Uteseksjonen rundt henne, men det ble ikke noe ordentlig sving på det før jenta kom i kontakt med 24SJU. Så jeg lurte på: 'hva gjør de der, som vi ikke har fått til?! Nå har vi fått ordnet med diverse: med bolig, LAR-søknad, masse papirer, avrusning, etablert kontakt oss i mellom, hatt samarbeidsmøter... De troppa opp med psykiater og psykolog på samarbeidsmøte... jeg ble ganske imponert over at de gikk inn med så mye faglig tyngde. I det offentlige så er det et annet byråkrati. Det å ha tyngden som de har her, betyr noe i forhold til å få ting gjort. Jeg fikk lyst til å lære, og ble veldig glad da sjefen min ga meg to måneder til å hospitere her. (...) Hos oss må man jo kunne møte på dagtid, hos oss må de henvises, men her kan man handle mer på eget initiativ. Det med invitasjon til samarbeid er veldig, veldig bra her... de dytter klienter tilbake til sosialkontoret, de holder ikke på dem.»

Samhandling mellom aktørene kan altså ses som en push-faktor for samarbeid på tvers av organisasjoner og fagområder (Baklien, 2004).

Rus eller psykiatri?

Det var ofte problemer med å få brukere inn i spesialisthelsetjenestetiltak. Noen ganger lå hindringen på sykehusnivå, andre ganger på kommunenivå. Problemene var ofte knyttet til forholdet mellom rus og psykiatri. I datamaterialet kommer det tydelig fram at det er lettere å få til innleggelse innenfor psykisk helsevern om en kjenner noen av de som er på jobb når de kommer med pasienten. Psykiateren fortalte at han ofte ringte for å sjekke hvilken overlege som er på vakt, og at han eventuelt ventet til vaktskiftet for å sikre at pasienten ble lagt inn. En av legene vi snakket med fortalte:

«Gjennom de årene jeg har hatt med dette å gjøre, så har det slått meg hvor mange som får hjelp i noen grad med rus, og så får de vel mer eller mindre greie på at ok, nå får du den hjelpen du skal ha, mens det grunnleggende problem er på det psykiske plan. Traumer fra krigsopplevelser, angst, depresjon, bipolare lidelser, som ofte ikke blir behandla var et mareritt i de årene jeg var på legekantor, og hvis jeg henviste til psykiatrien, så fikk du til svar at dette er hovedsakelig et rusproblem, og henviste du til LAR, så fikk de Metadon eller Subutex og ikke noe særlig hjelp med det psykiske. Det kan hende at det er blitt noe bedre etter hvert, men det er fremdeles et problem. (...) selv psykiateren har problemer med å få dem inn i det videre alminnelige systemet. De blir dyttet bort, fordi det er rusproblematikk. (...) du vet, det er ingen som liker rusmisbrukere. Det gjør de ikke på en vanlig somatisk avdeling og det gjør de slett ikke på en psykiatrisk avdeling. Og den kombinasjonsproblematikken, den unngår de så sant de kan, og sier at: 'dette her må dere henvise til Blå Kors og dere må henvise hit og dit, bare ikke til oss'»

Det var store variasjoner om og hvordan vurderinger ble tillagt vekt. For eksempel ble en innleggelse hindret ved at ruskonsulent hevdet det ikke var grunnlag for innleggelse til tross for at pasienten hadde vært på Legevakta tre ganger i løpet av helga og fått vurdering om innleggelse, i tillegg til at samme vurdering var blitt gjort på 24SJU. Det blir brukt mye ressurser på å følge opp brukere, både med hensyn til å få kontakt med sosialkontoret og innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

3.6 Forventninger

På spørsmål til leder av Møtestedet om hva hun tenker om erfaringene fra 24SJU etter noe over to års drift, har hun følgende refleksjoner om hvilke forventninger hun hadde og hva hun mener kan være realistisk å forvente seg av resultater, sett i lys av de mange og store problemene den aktuelle målgruppa har:

«Det som jo jeg tenkte i begynnelsen og som jeg jo fremdeles tenker, det er at dette ikke er noen enkel jobb å ta på seg... jeg tenker at forventningene til hva man skal kunne gjøre på ganske kort tid er ganske stor i vårt felt, og at den er ofte urealistisk stor. Det er et eller annet med, særlig den psykiske helsa til mange av dem det gjelder ... det er mange av disse lidelsene som er vanskelige å behandle og vi snakker ganske lite om dette, hva som på et vis er realistisk og hva vi må regne med. Dette vet vi jo egentlig på et nivå, så med en gang vi snakker om hva som trengs og hvordan det skulle vært gjort, så forholder vi oss omtrent som om det bare er snakk om å få nok plasser eller nok kapasitet, men sånn er jo ikke denne verdenen. Ganske mange kommer til å fortsette å leve livene sine med sine trøblete historier og sine trøblete personlighets..., hva heter det, altså med sin psykiske helse da. Og vi kommer ikke til å... altså med mange er det litt sånn begrensa hva vi kan gjøre for og det blir jo synlig. Altså 24SJU kan ikke ta fra noen, fjerne det for noen eller... det kan bidra til bedre, så det er noe med hva slags forventninger som har vært.»

Opp gjennom årene er det mange som har tatt til orde for at noe må gjøres for å bedre situasjonen for den store gruppen av rusmiddelmissbrukere som har tilhold i Oslo sentrum. Selv om det er satt i verk en rekke tiltak, ser det imidlertid ikke ut til at situasjonen har endret seg merkbart de siste årene. Alle parter er enige om at hjelpetiltakene kan bli bedre, og det er mange som mener å vite hva som skal til for å gjøre situasjonen bedre for de det gjelder. Mer kompetanse innenfor psykisk helse og flere tilrettelagte boliger er to forhold. Flere behandlingss plasser og kortere ventetider blir også ofte trukket fram som svar på problemet. Det vil trolig gjøre situasjonen merkbart bedre for de det gjelder, hvis disse utfordringene løses. Erfaring tilsier imidlertid at det ikke er så «enkelt». Det er selvsagt ønskelig at alle som vil ha behandling for sitt rusmiddelmissbruk, får dette fortest mulig. Sett i lys av at mange har store og sammensatte problemer, vil imidlertid det å få en behandlingss plass ofte være langt fra tilstrekkelig for å komme ut av et misbruk. I en stor dansk undersøkelse om behandlingstilbudene til personer med rusmiddel- og/eller psykiske helseproblemer, tas det til orde for en økt sosial behandlingss intensitet for brukere som mottar en lav behandlingss intensitet i form av ad hoc-

samtaler (Benjaminsen, Andersen, & Sørensen, 2009:372). Dette samstemmer med det som kommer fram i studien av KASA, der det legges vekt på betydningen av at fagfolk med kompetanse innenfor psykisk helsearbeid, deltar i kafésamtaler med brukerne (Schepelern Johansen, 2007). De fleste av brukerne på 24SJU er i gruppa som mottar hjelp med det Benjaminsen m.fl. betegner som lav behandlingsintensitet med korte ad hoc-samtaler. De framhever videre betydningen av psykologisk/psykiatrisk utredning, og samtaler med terapeutisk utdannet personale (Benjaminsen et al., 2009). En annen utfordring er de som ikke ytrer ønske om behandling, og de som mener de ikke har behov for det til tross for omfattende rusmiddelrelaterte problemer. Mange av de som er i denne gruppa, gir uttrykk for at en behandling med mål om at de skal slutte med rusmidler, er uoppnåelig. De formidler like fullt tanker om hva som kan bidra til bedring. Ofte handler disse om at de ønsker egen bolig. Leder av Møtestedet har følgende kommentar til problemstillinger om blant annet boforhold:

«(...) særlig den bosituasjonen tror jeg er så skadelig, så tror jeg også at vi må snakke litt sannere om, eller mer sånn realistisk om, det er jo ikke sånn at alle her kan puttes inn i avrusning og så går de inn i behandling og så kommer de ut og er A4. Ikke sant, sånn er det jo ikke, men sånn snakker veldig mange av våre gjester. De venter på behandling, de venter på avrusning, og så tror ikke de på det, så tror ikke vi på det (...) vi sitter jo og juger sammen om et eller annet vi ikke tror. Det kan godt være at de kommer dit engang, men det er ikke der det starter for dem, ikke sant, dem veit at det blir nok en ny runde. Det er et eller annet med dette, både med hvordan vi snakker om og hvilken ende vi begynner i tror jeg. (...) ja, vi snakker liksom som om det er sånn. Men det er ikke sånn. Mange av disse vi treffer her, kommer til å leve ganske ... turbulent og kaotiske liv, litt på siden. Men de trenger ikke å være så på siden. (...) en del kan bli mer stabile, man kan bli ryddigere, man kan bli liksom, hvert fall i perioder ha det ganske mye bedre.»

Som det framgår av sitatet, er det grunn til å tro at mange vil fortsette et liv i misbruk selv om de får mulighet til behandling. I tråd med tenkning innenfor lavterskeltiltak og bedringsperspektivet kan en se bedring som en langsiktig prosess med periodevis tilbakefall, men likevel små skritt framover (Borg, 2009; Jourdan & Thisgaard, 2008). Selv om en aldri skal gi opp håp om endring for den enkelte, er det like fullt et spørsmål om å tilstrebe noe mer realisme og søke å legge forholdene til rette for at livet til de det gjelder kan bli noe bedre. For noen vil det i utgangspunktet dreie seg om å få bolig og å mestre hverdagslivets trivialiteter på en

bedre måte. Det er langt fra alle som ser for seg, eller ønsker behandlingsplass, «nykterhet» og jobb på linje med folk flest (Gryt, 2005; Jourdan & Thisgaard, 2008; Schepelern Johansen, 2007). Kanskje er forventingene om endring av livsstil for høye for mange. Som en av spesialsykepleierne på 24SJU sa:

«Det er den største kritikken til min yrkesgruppe, det at vi har et altfor... vi er for kjappe på pedalen mange ganger. Vi får et problem og det skal løses, det skal løses, helst i går... kjapt, ferdig med det. Sånn er det vi... vi er blitt laga sånn. (...) Den hjelpesyken er på en måte veldig sykepleiere, kanskje.»

Rusmiddelfeltet er et politisk, faglig, ideologisk og moralsk ladet felt, og kan lett bli preget av maktesløshet. Et slikt felt kan fort gå over fra å være et konstruktivt spenningsfelt til et destruktivt minefelt, noe som har sammenheng med feltets kompleksitet. Det destruktive vil kunne hindre gode prosesser i stedet for å pushe dem. Våre data viser at forholdene for samarbeid ikke kan sies å ha vært optimale.

4 Kontekst: interne rammebetingelser

I dette kapitlet tar vi for oss interne rammebetingelser for driften på 24SJU. Enkelte forhold vi tar opp her, kan også betraktes som verktøy eller redskap for det praktiske arbeidet. For eksempel er beliggenhet og åpningstider både en del av rammebetingelsene, men kan også ses som et verktøy for å oppnå kontakt med den aktuelle målgruppa. Vi tilstreber å presentere en beskrivelse og diskusjon av rammebetingelsene først, for så å gå nærmere inn på hvordan de er del av verktøyene eller redskapene som brukes i det daglige arbeidet med brukerne i det neste kapitlet.

4.1 Beliggenhet

24SJU befinner seg nær Oslo Sentralbanestasjon. Brukerne påpeker beliggenheten som en grunn til at 24SJU oppleves som et relevant tilbud. Siden de uansett stikker innom eller oppholder seg i sentrumsområdet, er det enkelt å gå innom 24SJU. Overraskende mange sier at de oppdaget stedet tilfeldig, at de ikke visste at 24SJU fantes før de så noen kjente stå utenfor som de så ble med inn. Også etter at tiltaket har vært i drift i nesten to år, framkommer det at brukere kommer over 24SJU tilfeldig. For å nå de som ikke selv ber om hjelp, kan det ut fra datamaterialet se ut til at beliggenhet har betydning for at de som inngår i den aktuelle målgruppa kan snuble over et tiltak som 24SJU. Inntrykket fra brukerundersøkelsen er at de på den måten kan nå noen av de som ellers ikke ville bedt om hjelp.

4.2 Rom for fleksibilitet

Som frittstående aktør vil 24SJU i en del sammenhenger kunne være mindre bundet av ulike regelverk enn hva gjelder tiltak som inngår i det offentlige tjenestetilbud. Ideelle aktører er ofte mindre preget av et byråkrati som begrenser personalets autonomi og handlefrihet, noe som kan være av betydning innenfor dette feltet (Lorentzen, 1994).

«(...) Det er jo utrolig mange dyktige folk rundt omkring. Men vi har jo litt andre rammer enn det mange andre har da, og det må vi jo huske på. Og det er den forskjellen vi har... det med å være litt fleksibel i forhold til å ordne... i stedet for at en bruker skulle dra langt oppi Gokk for å hente pengene sine, så kunne dem overføres til kontoen her og får det her, sånn har de jo ikke muligheten til alle andre steder. Det å dra på besøk og kjøpe en pakke røyk, og. Det har de heller ikke lov til... bare sånne ting at vi kan hive oss litt rundt. Vi har litt mer armslag.»

En annen ansatt mente at en fordel med 24SJU var at de fikk det opp å stå såpass fort, og at det ikke ville la seg gjøre innenfor det kommunale systemet. På spørsmål om hvorfor, svarte han:

«Kommunale kverner maler ikke så fort. Det er jo mer byråkratisk. Men jeg tenker vel at Frelsesarmeen med sitt image på å ta vare på gatas folk kunne vært en alternativ driver av noe sånt.»

Han trekker inn at image har en betydning for arbeid med denne spesielle gruppa, noe som har med tillit å gjøre, og som igjen kan innvirke på i hvilken grad terskelen for å oppsøke og ta imot hjelp, oppleves som lav på 24SJU. Det synes å være av betydning at det finnes et mangfold av tiltak, ikke bare ulike typer tiltak, men også hvem som drifter dem. En del offentlige tiltak, som for eksempel NAV, har i følge brukerne dårlig rykte, fortjent eller ikke. På samme måte får også ideelle tiltak til tider tildelt ufordelaktige karakteristikk, også 24SJU (jfr. Lorentzen 1994). Om det er flere aktører på banen, vil det derfor kunne være mer sannsynlig at i alle fall en av dem vil være i posisjon til å nå fram og etablere kontakt. På den måten kan terskler som hindrer hjelp, høvles ned og gjøre hjelpen mer tilgjengelig (Jfr. Jacobsen, Jensen, & Aarseth, 1982).

24SJU kan sies å være en gjøkunge blant de mange tjenesteytere til rusmiddel-misbrukere i Oslo, i den forstand at virksomheten drives uten avtale med Oslo kommune eller helseforetak. De befinner seg dermed på siden av det ordinære tjenesteapparatet. Som tiltak i regi av en ideell organisasjon, vil 24SJU ha den fordel at de ikke må forholde seg til politiske organer og formelle regler på samme måte som tiltak som inngår idet offentlige tjenestetilbudet (Lorentzen 1994). På den annen side kan det å stå på siden, gjøre det vanskeligere å få til det nødvendige samarbeid med aktuelle instanser.

På spørsmål om hvilke utfordringer eller fordeler det innebærer at 24SJU ikke er en del av det ordinære tjenesteapparatet i Oslo, svarte en av de ansatte:

«Fordelen er jo at vi står mye mer fritt og vi kan samarbeide med absolutt alle, og vi er ikke så bundet av å ha masse forskjellige lover og regler, selv om vi er bundet opp av noen, selvfølgelig. Ulempen er vel kanskje i forhold til myndigheter... at vi har en myndighet i kraft av å være oss... at det blir en profesjonskamp, på en måte, men det gjelder jo ikke bare oss. For eksempel det problemet vi har hatt med psykiatrien på (et sykehus), det er likt med Legevakta, de sliter like mye som oss (med å få lagt inn psykisk syke rusmiddelmissbrukere), så det har ikke bare med oss å gjøre.»

En dag på feltarbeid fulgte en av de ansatte en bruker til Psykiatrisk legevakt. De ansatte tviler på at han blir lagt inn, de tror legevakten kommer til å si at han ikke er dårlig nok. Den ansatte kom imidlertid tilbake og hadde fått brukeren lagt inn. Han sa det slik: *«De kjenner meg... det var derfor vi fikk han innlagt. Det ville ikke gått ellers. Så har de han der vel et døgn...»* Som vi har vært inne på tidligere, ser det med andre ord ut til at gode relasjoner, personlig bekjentskap og nettverk spiller inn i viderefremføring av klienter til andre tiltak.

Hvorvidt andre aktører vurderer om organisatoriske forhold har betydning for samarbeidsrelasjoner og hva en kan forvente å få til, ser ut til å ha sammenheng med eget ståsted. Offentlig ansatte vi snakket med, ga uttrykk for at det kommunale systemet har mange hindringer som gir begrensninger med hensyn til hva de får gjort overfor brukere i denne gruppa. Rammebetingelsene for kommunale og ideelle aktører er forskjellige (Lorentzen 1994). Mens de som arbeider i kommunale tiltak kan se fordeler ved å være en del av det ordinære tjenesteapparatet, for eksempel ved å ha «direktelinje» til ulike offentlige etater, ser ikke Frelsesarmeen at det spiller noen rolle om en er utenfor:

«Nei, det tror jeg ikke. Jeg tror det kanskje kan være en styrke, fordi at man er litt alene. Det er jo det samme som vi har opplevd på Gatehospitalet, at det er ukomplisert, det er ikke så veldig mange regler og mange å forholde seg til i, der og da på en måte.»

Lorentzen peker blant annet på at forskjellen mellom offentlige og ideelle organisasjoners oppbygning har betydning for virksomheten. Et eksempel er at offentlig byråkrati kjennetegnes av en formalisert hierarkisk styringsstruktur som

ideelle organisasjoner ikke har i samme grad, og som innvirker på handlingsrommet til ansatte (Lorentzen, 1994).

Data fra feltarbeidet har vist at forskjeller mellom offentlige versus ideelle organisasjoners virksomhet, ser ut til å kunne ha betydning for både brukere og ansatte innenfor dette feltet. En av de ansatte på 24SJU sa:

«(...) jeg vet at jeg snakker for min kjære mor, men jeg er faktisk der at jeg tror at det er ideelle organisasjoner som må ta den jobben med de som har det aller verst, fordi at det handler om... altså, mindre byråkratiske systemer, det handler om en viss idealisme, det handler om en kontinuitet, altså det er flere viktige faktorer som jeg er redd for at et offentlig system har vanskelig for å få til. Ikke på grunn av menneskene, eller holdningene, men rett og slett på grunn av systemet. Når du skal hjelpe en del av de folka der, må du av og til bevege deg i en gråson, og det kan ikke det offentlige gjøre like lett, men det kan vi gjøre.»

Nå er det ikke overraskende at ansatte på 24SJU er positive til egen virksomhet. Dette utsagnet peker imidlertid på noe som vi erfarer går igjen, både blant brukere og ansatte på så vel 24SJU som innenfor offentlige tiltak. Det dreier seg om forhold på systemnivå som framstår som barrierer som begrenser mulighetene til å nå mennesker i denne gruppa med tilstrekkelig hjelp (Jfr. Lorentzen, 1994). En kan for eksempel spørre seg om det offentlige hjelpeapparatet i enkelte tilfeller er blitt så stort og tungrodd at rammebetingelsene legger begrensninger på ansattes muligheter til å utøve sitt arbeid slik de ønsker.

4.3 Endring og utvikling av personalgruppa

I løpet av det to år lange feltarbeidet har vi fulgt en utviklingsprosess der det også har foregått endringer i den interne organiseringen av 24SJU. I det følgende ser vi på noen av endringene som angår de interne rammebetingelsene.

Omorganisering av nattpersonale

Etter at det hadde vært tre ansatte om natta over en periode på 1 ½ år, gikk en over til å ha to fra 1. mars 2011. Dette ble gjort for å få mer ressurser på dagtid, da også det meste av den faglige virksomheten foregår og tilstrømningen av brukere er størst. Dette ser ut til å ha vært en god vurdering, selv om det medfører at det er blitt mer sårbart på natta når det gjelder å håndtere situasjoner med urolige brukere. Med tre på jobb var det enklere å ta i bruk miljørommet i tillegg til

hvileavdelinga, om det var en eller flere brukere som var urolige. Det kan være vanskelig for to personer å opprettholde ro og sikkerhet for ansatte og brukere gjennom natten dersom det er fullt (dvs. seks personer) i hvileavdelinga. Spesielt gjelder dette når de som er der er urolige, desorienterte og lite tilgjengelige for samtale, samtidig som folk ringer på og trenger bistand. Slike situasjoner er naturlig nok krevende, men forekommer forholdsvis sjelden.

Uenighet om driften

På de fleste arbeidsplasser er det uformelle hierarkiske inndelinger i personalgruppa. Her ble disse tydelige på et tidlig tidspunkt. De mest fremtredende var inndelingen mellom de med medisinsk versus de med sosialfaglig bakgrunn, og de som var nye versus gamle i gamet. Vi kan også snakke om de som hadde stort versus lite faglig nettverk, og vi kan se et skille mellom de som var henholdsvis mye og lite i miljørommet. Dette var noe som også ble diskutert i ansattgruppa. Noen av de ansatte var til tider bekymret for at disse skillene kunne bidra til ulik praksis, og at for ulike meninger kunne skape uro og splittelse. Andre fokuserte mer på fordelene med ulikhetene. Likevel – ulike profesjoner vil ofte ha ulike kulturer og stammespråk, noe som kan skape utfordringer og konflikter.

Det har åpenbart vært mange hensyn å ta i sammensetning av ulike faggrupper, turnus og lignende. I prosjektarbeid generelt, og kanskje innenfor dette feltet spesielt, finner en mange fagfolk med sterke meninger og ulik ideologisk tilknytning. Det innebærer at det lett kan komme til faglig uenigheter og konflikter, særlig når lidelsestrykket blir stort.

Noen av konfliktene som utspant seg på 24SJU, så ut til å ha utgangspunkt i foreningen av to kulturer. Særlig så det ut til å være problematisk for noen av spesialsykepleierne å finne en plass de var komfortable med. En av dem sammenliknet det hun kalte spenningen mellom det som på det tidspunktet var miljøpersonale og fagteam, med spenninga mellom sykepleiere og hjelpepleiere på sykehus. Grovt sett kan vi si at det dreier seg om konflikt mellom et sosialfaglig og et helsefaglig perspektiv, men det er mer nyansert enn som så. En av spesialsykepleierne sa det slik:

«Jeg har jo vært med på litt sånn nybrottarbeid før. Jeg tenker at alle skal kunne gjøre alt, men jeg... altså det er jo en utfordring å drifte kaféen og det, og jeg skulle gjerne hatt mer tid til å trekke meg tilbake og skrive noe og ta telefoner og pleie samarbeid med samarbeidspartnere rundt klienter, men jeg synes vi jobber

med det og at vi får det stadig bedre til. (...) Jeg tror at min bakgrunn som sånn gründer... da gjorde jeg alt mulig da jeg starta opp, både i barne- og ungdomspsykiatrien. Vi starta en bitte liten institusjon rundt et barn på 9 år i løpet av et døgn eller noe, ikke sant, hvor vi dro og handlet sengetøy om kvelden for å være der om natta. Og sånt synes jeg er morsomt, og da er det ikke snakk om å være spesialsykepleier eller sånn. Og når vi dro i gang akutt-team og avlastning... jeg sto for møblering og var vaktmester – dette er jeg vant til. Så jeg tror kanskje min bakgrunn gjorde at jeg var mer åpen og mindre fintfølede på det der da. (...) Hvis du er vant til å ha samtaler på et kontor, da gjør man en jobb. Mens alt det andre, blir ikke sett på som produktivt. (...) Det var jo veldig sånn todelt en periode, i stedet for tverrfaglig så ble det spesialist mot ikke-spesialist, og det ble jo litt feil... for her, det er et spesielt sted, hvor det er veldig lite sånn oppskriftsmessig.»

Han ga uttrykk for at han likte denne måten å jobbe på, mens en annen mente det var feil bruk av ressurser å plassere spesialsykepleiere i miljørommet. Hun fortalte:

«Det er helt feil å bruke denne kompetansen... du behøver ikke være psykiatrisk sykepleier for å smøre brødkiver, eller... nå er det jo litt sånn at psykologene og legene er litt sånn eksklusive og kan jobbe bare på kontor, og så sitter jeg da og har på en måte min kompetanse og blir stående og passe do... det blir kjedelig.»

En annen spesialsykepleier uttalte seg slik:

«Jo mer spesialisert jeg har blitt [i psykiatrien], jo mer jobba jeg med administrative ting. Det er egentlig de best utdanna som skulle gått rundt med vaskebøtta. Det er sånn en kommer i prat med pasientene. Ufarlig og nært.»

Noen trivdes åpenbart med å jobbe i hverdagssituasjoner og mente slike var viktige for å observere enkeltpersoner og bygge relasjoner, mens andre ga uttrykk for at de ikke fikk gjort jobben sin. En mente at det å være tilgjengelig og gi omsorg kom i konflikt med andre sider ved jobben. Hun fortalte:

«Jeg tror ikke alle ser den systembiten med å jobbe og få dem [brukerne] videre... jeg tror ikke de er oppmerksomme på og klar over hvor mye arbeid det er å få folk videre. Bare å få tak i et sosialkontor, kan du jo bli sittende og ringe og ringe og... at det er en masse jobb.»

Det vil ikke alltid være tydelige skiller mellom det som kan kalles faglig og ikke-faglig virksomhet innenfor et felt som dette. Den daglige praksisen består av en rekke handlinger og samhandlinger som befinner seg på en skala der noe lett lar seg definere som faglig virksomhet, for eksempel samtale med bruker på et kontor mens andre handlinger vanskeligere lar seg definere innenfor en slik ramme. Dette gjelder for eksempel prat over en kaffekopp eller annen hverdagslig samhandling. Schepelern Johansen viser i sin undersøkelse at flere av brukerne der foretrakk å ha samtaler med de ansatte i et hjørne i kafeen framfor i et kontor (Schepelern Johansen, Bro Ludvigsen, & Schjellerup Nielsen, 2009). Psykiateren vi intervjuet på 24SJU, pekte på betydningen av at han også serverte mat og skjenket kaffe, både for å etablere gode behandlingsrelasjoner, men også fordi det ofte oppsto situasjoner der og da, der han kunne få til en faglig samtale. Samtaler og prat i hverdagslige situasjoner er en virksomhet som kan være terapeutisk potent, men vil ikke være like lett å se som faglig arbeid for alle (Almvik et al., 2011; Borg, 2007; Norvoll, 2007; Skatvedt, 2009).

Det å finne en god balanse mellom ulike faglige og praktiske tilnæringsmåter framsto som en stor utfordring for deler av personalgruppa. Det oppsto etter hvert stor frustrasjon blant mange ansatte for at de brukte mye av arbeidsdagen på å forsyne brukerne med mat framfor å bistå med faglig hjelp de mente seg ansatt for å yte. Det kom etter hvert til en konflikt om profilen på 24SJU, i den forstand at noen av de ansatte var av den oppfatning at omsorgsaspektet gikk på bekostning av annet faglig arbeid. Konflikten endte med at psykiater og to spesialsykepleiere sa opp sine stillinger vinteren 2009/2010. To andre spesialsykepleiere sa også opp, men så langt vi er kjent med, av mer sammensatte grunner enn de faglige konfliktene. Den ene av dem uttalte for øvrig: *«Hadde jeg visst hvordan det hadde blitt [etter at konfliktperioden var over], så hadde jeg ikke sagt opp.»*

Det at psykiateren sluttet, førte til at tilbudet om samtale med psykiater ble innskrenket, i tillegg til at den psykiatrifaglige veiledningen og det interne samarbeidet med legene og sykepleierne ble endret. Data fra evalueringen viser at psykiateren som valgte å slutte, både hadde nettverk og autoritet nok til å få lagt inn brukere, spesielt innenfor psykisk helsevern, noe de andre legene ikke hadde i samme grad.. Det ble ansatt ny psykiater som jobber i 30 % stilling (20 % fra 2012) og en ny sykepleier med videreutdanning i psykiatri. Det har tatt tid å komme i posisjon overfor institusjoner innenfor psykisk helsevern for å få lagt inn brukere etter at den førstnevnte psykiateren sluttet. Gjennom feltsamtaler og intervjuer har det kommet fram at de to psykologspesialistene har fått utvidet ansvar og

arbeidsoppgaver etter de nevnte oppsigelsene. På den måten er det mulig at negative konsekvenser av oppsigelsene er blitt noe dempet. Flere av de ansatte ga uttrykk for at balansen mellom medisinsk og sosialfaglig tilnærming var blitt bedre etter disse omveltningene, og at de to psykologspesialistene, sammen med spesialsykepleierne og legene, har nok kompetanse til å ivareta de aller sykeste brukerne. Det er likevel grunn til å tro at det ville vært en fordel å ha en psykiater i full stilling, både med hensyn til oppgaver direkte knyttet til brukerne, men også for å sørge for faglig veiledning av ansatte.

Det kom tidlig fram at det var forskjell på den formelle og uformelle rangeringen av posisjoner i personalgruppa. Det var også ulike ambisjoner og oppfatninger av mål. Det kunne eksempelvis dreie seg om definisjon av behandling, hvor ambisjonene om behandling skulle ligge, og demping av «behandlingstrangen». Til en viss grad utkrystalliserte det seg to perspektiver på behandling og rusmiddel-misbruk: en medisinsk og en sosialfaglig. Det er en utfordring å forene to diskurser som tradisjonelt har stått et stykke fra hverandre, og der den medisinske har stått over den sosialfaglige i det uformelle hierarkiet.

Noe av forskjellen kan gjenspeiles i oppslutningen om de interne møtene (miljømøte, prosessmøte, personalmøte og lignende). «*Det er dødssynd å vaske gulv i psykiatrien når det er møter... det sier noe om prioritering*», sa en av de som hadde bakgrunn i psykiatrien da flere av de ansatte ikke møtte på faglige møter. De som ikke møtte, mente at de måtte prioritere klientarbeidet fremfor å delta på møter. Dette var i hovedsak ikke-medisinsk personale, med unntak av sykepleiere som hadde jobbet mye på gateplan. Flere av disse mente det var feil vekting av arbeidsoppgaver å bruke så mye tid på møter.

Flere av de ansatte var overrasket over at det hadde blitt såpass mye uro rundt driften. En av dem trakk fram at noe av utgangspunktet var at det var uvant for flere å jobbe på et sted som 24SJU:

«Noen er kanskje altfor, sånn tiltaksorienterte, og har ikke helt skjont at i forhold til den gruppa her, så må man finne roen litt. (...) og det at dem ikke har opplevd at dem ikke har fått gjort så mye, så har dem sittet igjen med en følelse av å ha gjort en dårlig jobb. Og enkelte har jo sluttet av den grunn, har følt at dem ikke har fått brukt kompetansen sin. (...) Her [til forskjell fra «i psykiatrien»] er det mye løsere, og mye mer være i stedet for å handle, ikke sant. Og mer observasjon i forhold til hva vi i det hele tatt skal gjøre. Som en av de

andre sa: 'vi skal ikke være så behandlingskåte'. Det handler jo om at vi er jo opplært til å være litt sånn aktive og produktive, ikke sant. Så det å ikke... sånn er det. Du må jo nesten avlære deg... det er vanskelig å se at folk er så sjuke og ikke føler at man får gjort noe. Det gjør jo noe med oss.»

Gjennom feltsamtaler og intervjuer med ansatte kom det fram at de med høye ambisjoner om hva de bør få til, er de som opplever det sterkeste lidelsestrykket. Det er trolig viktig å tilby ekstern veiledning på et tidlig tidspunkt i prosjekter som dette. Veiledningen på 24SJU kom først i gang høsten 2011. Sett fra vårt ståsted, ble for eksempel rapportene mellom vaktskiftene noen ganger preget av ansattes behov for debrifing da de sto i mange krevende situasjoner, samtidig som de opplevde det vanskelig å nå fram med hjelp. I hovedsak ser dette ut til å være en utfordring for de som tidligere hadde jobbet innenfor systemer som var mer ryddige og strukturerte, for eksempel psykiatriske avdelinger med inneliggende pasienter.

Selv om perioden med mange konflikter var ressurskrevende for personalgruppa, var det delte meninger om hvor dramatisk de nevnte oppsigelsene var. Noen ga uttrykk for at det var nødvendig å få tonet ned den medisinske dominansen. Andre så det som et tap at det ble færre ansatte med slik kompetanse, og i særdeleshet at de mistet en verdifull psykiater. Naturlig nok vet vi ikke hvordan det hadde artet seg om de som sluttet i sine stillinger hadde blitt værende og hvordan dette kan ha påvirket driften. Datamaterialet peker på at noe av det som var vanskeligst å håndtere var å få lagt inn pasienter på sykehus uten den tyngden og det personlige nettverket den tidligere psykiateren hadde.

4.4 Bistand fra frivillige

Det ble etter hvert opprettet et korps av frivillige som bidrar til den daglige driften. De første begynte våren 2010, og i løpet av samme høst var det en gruppe på om lag 25 frivillige medarbeidere med matservering som hovedoppgave. Det ser ut til at disse gjør en stor innsats med å drive kjøkkendelen av miljørommet, det vil si sørge for å servere mat og drikke, rydde kopper og tallerkener, vaske opp og lignende. På den ene siden bidrar de til å frigjøre personalressurser, slik at de ansatte kan jobbe mer direkte med brukerne. På den andre siden kan dette medføre at personalet blir mindre tilgjengelige, ved at det blir færre naturlige situasjoner å komme i prat med brukerne på. Når de ikke serverer kaffe og rydder, blir de ansatte mindre tilgjengelige for kontakt. I løpet av vår observasjonstid så vi en tendens til at ansatte i mindre grad oppholdt seg i miljørommet. Det er en tilsiktet situasjon

som gjorde det mulig å følge opp brukere. Ulempen er at det blir færre situasjoner for observasjon og kontaktskaping med nye brukere.

4.5 Vekting av arbeidsoppgaver

Vi har vært inne på utfordringene med å finne fram til best mulig ressursbruk med hensyn til vekting av arbeidsoppgaver. Noen mente at det ble brukt for mye tid på møtevirksomhet, særlig i oppstartsfasen. I lederteamet ble det uttrykt frustrasjon over at det var vanskelig å få mange av de ansatte til å dokumentere det de gjorde:

«Det handler om at kanskje mange av de som jobber her er litt godt voksne, og de har veldig lav datakunnskap generelt, mye lavere enn det man kunne forvente av bakgrunnen deres, da... bare det å finne fram et skjema og fylle det ut, det er jo helt uoverkommelig for noen.(...) vi må ha mer fokus på å dokumentere det vi observerer i forhold til det vil gjøre.»

På spørsmål om hun tror at de fleste er gode på direkte klientrettet arbeid, men dårligere på dokumentasjonsarbeid, svarer hun:

«Ja, det tenker jeg. Og det er jo noe med den tause kunnskap – man gjør ting bare, og man ser og vurderer, og så blir det ikke dokumentert. Og det er jo det som er viktig i det prosjektet her, det å dokumentere, for å se prosessen.»

Som hun påpeker, er deler av det de ansatte driver med, det som kalles taus kunnskap (Edland-Gryt & Strømfors, 2009; Polyani, 2000 [1966]). Flere av de ansatte var frustrert over kravet om dokumentasjon, og mente at mye av det viktigste de drev med ikke egnet seg for journaler og dokumentasjon. En av dem fortalte:

«Det er vanskelig å dokumentere at vi gjør en forskjell og hvordan vi gjør det... det er vanskelig å dokumentere ting jeg gjør i SOMA – ting lar seg ikke registrere... det er ikke 'resultater' i denne arbeidsvirkeligheten. Men jeg vet at vi utgjør en forskjell, og jeg får høre det av folk som jobber andre steder og av brukere, at de er veldig glade for at vi er her. Man kan ikke sette det opp i et skjema og lage statistikk av det vi gjør. Men det er ikke det samme som at det ikke har betydning.»

Mye av det arbeidet som gjøres på 24SJU og i tilsvarende hjelpetilbud, er av mange grunner vanskelig å dokumentere, blant annet fordi det dreier seg om hverdagslige

forhold som er tatt for gitt og dermed vanskelig å sette ord på (Skatvedt 2009). En annen side ved det å dokumentere, er dilemmaet som oppstår om en faktisk skriver om samtaler eller møter med brukere som synes betydningsfulle. En av de ansatte fortalte om en bruker som var svært psykisk syk, og som de hadde jobbet mye med for å få til bedring. Mannen hadde kommet innom 24SJU på besøk fra en psykiatrisk avdeling. Ansatte fortalte:

«(...) så kom han bort, håndhilste og så meg rett i øynene. Han hadde klipt håret og stelt seg! Jeg ble så glad!»

Hun brukte senere dette som et eksempel på hva som var vanskelig å dokumentere. Hun pekte på at brukere har rett til å lese det som skrives om dem, og om det da er skrevet ned at vedkommende hilste og så ansatte i øynene mens de pratet, kan de samtidig framtre som stakkarslige. Mye av samhandlingsvirksomheten egner seg ikke for dokumentasjon i tradisjonelle journalsystemer. Som flere påpeker, lar ikke alle livets hendelser og trivialiteter seg enkelt plassere eller dokumentere (Borg, 2009; Skatvedt, 2009). Slik er det også med en del av virksomheten på 24SJU, og som trolig ligger bak utfordringene med manglende dokumentasjon. Noen av de ansatte gir uttrykk for at papirarbeid er en plage, og at arbeidet med brukerne må komme først. Dette gjelder i hovedsak de som jobber mest i miljøet, og i mindre grad de som har mer formelle individualsamtaler med brukere. Det er likevel gjort et nokså omfattende dokumentasjonsarbeid (Jfr. Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo 2011). Vårt inntrykk er at de sist nevnte samtalene og annen formell virksomhet (for eksempel møter med samarbeidspartnere i forbindelse med klientarbeid) er journalført og dokumentert. Dette materialet utgjør også noe av grunnlaget for arbeidet til den innleide fagbokforfatteren som skal systematisere det som foreligger av dokumentasjon og metodeutvikling.

4.6 Sikkerhet – hvordan romme de sinte brukerne?

Sikkerhet med hensyn til utagerende brukere har vært et kontinuerlig tema. En av spesialsykepleierne sa det slik:

«Jeg må jo si at jeg føler at jeg er mer utrygg der på jobben nå, enn jeg var i begynnelsen. Jeg synes det er utrygt. Og jeg tror ikke det er tatt godt nok høyde for, eller er forståelse for, at det faktisk kan være farlig å være på vakt. (...) Det er noen veldig, veldig sjuke som er her, og som er psykotiske og uforutsigbare, og... jeg håper det gjøres noe med bemanninga, for i helgene så er det sårbart.»

Denne sykepleieren pekte både på lav bemanning som en utfordring med hensyn til sikkerhet, men også at en skulle gjøre praktiske ting, som matservering, samtidig som en hadde ustabile brukere i lokalet. En annen av de ansatte fortalte (etter et halvt års drift):

«Det er akkurat som om folk har blitt dårligere... jeg vet ikke om det er noe med stoffene nå... det er en spesiell stemning, folk er aggressive. Nå er det jo sånn at mange av dem går i lufta for bagateller, men ... nå har jo NAV vært seint ute med betalinger... det er sånn at når du kommer inn, så har du mest lyst til å snike deg langs veggene.»

Noen ganger ble døra låst uten at det dermed var stengt. Det hendte for eksempel når det hadde vært alvorlig utagering i lokalene. En mann som var kjent som rolig og grei å ha med å gjøre, ble svært aggressiv da han ikke fikk oppbevare en fullastet handlevogn og flere koffertar på 24SJU mens han gikk ut, selv om dette er noe alle vet at 24SJU ikke tillater. Vedkommende kom med drapstrusler mot ansatte og var svært truende i sin oppførsel. De ansatte forteller at det kom svært overraskende og at det var veldig skremmende.

En av de ansatte ga uttrykk for at hun syntes det var for dårlig sikkerhet på 24SJU: «(...) og så tar det et kvarter før politiet kommer – med fire stykker og skjold!! Det stemmer jo ikke helt». Ansatte mente det er et tankekors at 24SJU er et sted der brukerne til tider er så utagerende at politiet, når de kommer, kommer med fire personer og skjold. En av de mest erfarne psykiatriske sykepleierne pekte på at sikkerhet måtte ha en fremtredende plass: «Med 40 personer i rommet og tre ansatte er miljørommet her et av de mest belasta romma i Norge». Etter en situasjon der en av de ansatte ble slått i ansiktet og truet, samt at flere ting var blitt ødelagt og politiet tilkalt, ble det drøftet strengere tiltak. Den samme spesialsykepleieren sa: «Om vi skal jobbe med sånne brukere, må vi kanskje tenke vektere... det er en uspiselig tanke, men det er mange farlige mennesker der ute».

Fra nyttår 2011 kom det i gang en faggruppe som skulle arbeide spesielt med sikkerhet for både brukere og ansatte med hensyn til utagering i lokalene. Etter hva vi erfarte hadde mange ansatte mye kompetanse og erfaring med ustabile og aggressive personer, noe som er nødvendig på et sted som 24SJU. Etter de mest alvorlige situasjonene med utagering og trusler, ble den aktuelle brukeren anmeldt til politiet og utestengt fra lokalene i 24 timer. Det ble poengtert overfor brukeren at vedkommende ikke var utestengt fra kontakt med personalet, men fra å

oppholde seg i lokalene. Dette framstår som en viktig nyansering, som brukerne ser ut til å verdsette. Skal en kunne arbeide for og med den aktuelle målgruppa, må det være stor romslighet for ulike former for atferd, selv om det ikke innebærer at alt skal godtas. En av de ansatte forteller om en av brukerne:

«(...) han er nok nokså psykisk sjuk... han bor ute, har gjort det i mange år. Det var han som knuste PC'n og telefonen. Han er jo utestengt fra ALLE lavterskeltilbudene i Oslo!! Det er ingen som vil ha han, det er bare her på 24SJU som er åpent for ham nå. Det er en mann som er vanskelig å like, men jeg har et hjerte for han, det har jeg. Noen ganger tar jeg han med ut, så sitter vi på en stein på utsida og prater, det går ganske fint. (...) Han blir fort høyrøsta og skriker og brøler... han har en datter som han ikke har sett på 14 år. Jeg tror han er bunnløst fortvila. (Intervjuer:» hvordan jobber dere med han?») Nei, det er vanskelig... han er nesten helt umulig å hjelpe, han VIL ikke, han ber aldri om noe heller... jeg tror det er viktig å gi den tida han trenger og prate med ham og vise at du er engasjert... ja, og få til en relasjon på sikt. Han kommer jo hit. Jeg tror det er noe godt i ham, det er jeg helt sikker på.»

Så vidt vi er kjent med, kom samarbeidet med denne mannen ganske langt. Han er trolig av dem som kommer til å vandre frem og tilbake mellom ulike tiltak, men som likevel kan oppnå bedring av livskvalitet når en først lykkes i å skape en god relasjon og betingelser som kan romme ham. En nyttig metode som blir brukt på 24SJU i så måte, er å fortsette samtaler på utsiden av lokalene, slik at brukeren ikke blir avskåret fra kontakt og hjelp, men fra å være i lokalene der andre oppholder seg.

I slike situasjoner blir det også holdt møter mellom bruker og leder på 24SJU, der det blir klargjort hva slags oppførsel som ikke aksepteres, samtidig som brukeren oppfordres til å be de som ble utsatt for trusler om unnskyldning. Etter slike utagerende episoder skrives det også kontrakter med brukere der de for eksempel forplikter seg til å gjøre det de kan for å avverge aggressive utbrudd fra egen side.

4.7 Terskler som hindrer

24SJU er et lavterskeltilbud, noe som innebærer at det som tilbys skal være lett tilgjengelig. Gjennom datamaterialet ser vi likevel at brukerne forholder seg til ulike hindringer når de møter 24SJU og andre tiltak som yter hjelp. *Terskler* ble tidlig stående som noe både brukere og ansatte i ulike tiltak snakket om, og vi erfarte at det eksisterer flere terskler som brukere strever med å stige seg over, både på 24SJU og andre steder.

Ved første øyekast kan det virke som en selvmotsigelse at det finnes terskler brukerne må forsere for å få hjelp i et *lavterskeltilbud*. Men lav terskel betyr ikke nødvendigvis at det ikke finnes hindre som må forseres. Mange av de tersklene vi mener å se på 24SJU, var de ansatte klar over. Vår erfaring er likevel at terskler som hindrer at hjelp mottas, trenger å diskuteres grundigere i tiltak som yter hjelp, især for denne gruppa. Det er som nevnt mange og ulike tilbud om hjelp til rusmiddelmissbrukere i Oslo, også lavterskeltilbud, uten at det alltid ser ut til å føre til ønsket bedring. Hva er det som gjør at hjelpen ikke når fram? En grunn kan være at det finnes terskler som ikke anerkjennes i tilstrekkelig grad blant mange hjelpeinstanser.

Når en bruker søker hjelp, møter en først en terskel for å *registrere seg*. Videre er det en *kompetanseterskel* og en *effektivitetsterskel* (Jacobsen et al., 1982). Vi ser at alle tre gjør seg gjeldende, både på 24SJU og andre steder som brukerne forholder seg til. Disse tersklene er beskrevet med tanke på velferdsstaten og fordelingen av helsetjenester generelt (Jacobsen et al., 1982; Lindblom, 1982). Hovedargumentet er at hjelp innenfor helsevesenet er sosialt skjevfordelt, og at de som trenger det mest, får minst, fordi de har vansker med å møte opp og la seg *registrere*. De mangler *kompetanse* til å formidle egne behov på en tydelig måte og de følger ikke normen om *effektiv* benyttelse av tilbud som gis. Ofte ender det med at de faller ut (Jacobsen et al., 1982).

Analyse av datamaterialet viser at det for denne gruppa i tillegg finnes en *tillitsterskel* (Edland-Gryt og Skatvedt, 2012). Denne kan beskrives som overgripende de tre førstnevnte. For å komme over registrerings-, kompetanse- og effektivitetsterskelen, må brukerne først ha kommet over tillitsterskelen. Et minimum av tillit er nødvendig for å etablere en god relasjon, og på den måten kunne ta imot hjelp. Tillitsterskelen er også overgripende ved at dersom brukerne har kommet over tillitsterskelen, vil de i større grad få brukt sin kompetanse og dermed bidra til effektivitet for tiltaket. Mangelen på tillit utgjør en hindring for å søke hjelp. Det er ikke alltid mangelen på kompetanse, hjelp eller at det er feil hjelp som gjør at mange ikke nås. Det kan være relasjonelle forhold og en rotfestet mistillit som gjør at det er vanskelig for mange å gå inn i et samarbeid og motta hjelp der den først og fremst finnes; i det offentlige hjelpeapparatet som sosialkontor / NAV.

Målet for virksomheten for 24SJU er å hjelpe brukerne over tersklene som hindrer at de mottar den hjelpen de ønsker. Vi skal nå gå videre med å beskrive og diskutere de redskapene som tas i bruk for å yte hjelp som blir mottatt, og som kan bidra til bedring av livssituasjon.

5 Ulike verktøy i arbeidet med en sammensatt gruppe

Tema for dette kapitlet er verktøyene og metodene som brukes på 24SJU, og som utgjør de praktiske redskapene ansatte bruker i arbeidet. I og med at datamaterialet er svært omfattende, har vi valgt ut og kategorisert det vi mener kan belyse problemstillingene på en god måte. Det ligger i kortene at det er mye som må velges vekk innenfor rammene av denne rapporten. Vi har lagt vekt på å presentere funn som for oss har markert seg som tydelige, enten ved at mange har snakket om de samme fenomenene, eller ved at noe har trådt fram som betydningsfullt på andre måter. Intenst uttrykte oppfatninger er et eksempel, et annet er at vi som forskere har vurdert at noe har betydning for måloppnåelse.

Brukergruppa på 24SJU er uensartet, og vi har valgt å si litt mer om denne for å belyse hvordan de ulike metodene for å oppnå kontakt og utvikle relasjoner mellom ansatte og brukere, fungerer.

5.1 De som trenger 1000 kaffekopper, de unge og de utenbys fra

«Sjelen min er et knust speil» uttalte en av de mannlige brukerne, en typisk representant for målgruppa. Han er psykisk syk og har vært en del på 24SJU, men er svært tilbakeholden, og ikke av de som er kjent i bybildet. Hvilke verktøy og metoder tas i bruk for å møte en som ham med tiltak som kan bidra til bedring? Ansatte sier de i dette tilfellet må ha en sakte og forsiktig strategi for å nærme seg ham:

«Det er et langt prosjekt å komme på banen... vi vet jo ingenting, bortsett fra at han trolig har vært lagt inn i psykiatrien. Han bor ute, og er veldig aversiv mot hjelp, og har nok vært utsatt for en del tvangsbehandling.»

På spørsmål om han har gitt sitt samtykke til at 24SJU kan samarbeide med andre hjelpeinstanser, svarer de:

«Nei, nei, nei! Han vil ikke ha hjelp, vil klare alt sjøl... vi må følge med han... kanskje legen kan få kontakt... han snakker om at synapser har brent opp.»

Ut fra våre observasjoner er det åpenbart at beskrivelsen av denne mannen gjelder for mange av brukerne, selv om de fleste ga slikt samtykke. Det tar ofte lang tid for de ansatte å komme nær nok og gjøre seg fortjent til tillit. Det er en utfordring å skulle vurdere hvor lenge brukere skal kunne komme til 24SJU, uten at de kommer seg videre i hjelpesystemet. Dette gjelder for eksempel mannen som er vist til over, og innebærer flere faglige og etiske problemstillinger og dilemmaer som vi diskuterer nærmere avslutningsvis i rapporten.

24SJU skal ikke være et værested på lik linje med allerede etablerte væresteder i Oslo. Målsettingen er å bringe klientene videre i det etablerte hjelpeapparatet, slik at de der kan få nødvendig hjelp og bistand. *«Men hva med dem som trenger tusen kopper kaffe før de tør å si noe?»*, som en av de ansatte utbrøt under en diskusjon om hvor lenge folk skulle komme inn og henge rundt i lokalet, uten at det kom til noen bestilling som de ansatte kunne forholde seg til og gjøre noe med.

Det kom fram at de ansatte har ulike forventninger om endring for brukerne som kommer til 24SJU. Det samme gjelder hvorvidt brukerne skal ha en bestilling som skal følges opp. Våre data viser at det tilstrebes en tilnærming som er lik den vi finner i KASA (Schepelern Johansen, 2007), ved at ansatte formidler forventninger om endringsønsker. I *De små skrittets metode*, derimot, finner vi at det nettopp er fravær om endringskrav som gjør at brukere kommer seg og blir bedre (Jourdan & Thisgaard, 2008). Tålmodighet med hensyn til enkelte brukeres prosess, viser seg lett å komme i konflikt med en handlingsorientert tilnærming. De mange lidelsene i den aktuelle målgruppa gjør at en som hjelper får et sterkt behov for å handle, og at det derfor kan by på utfordringer å ikke gå for fort fram med forslag eller tilbud om ulike typer hjelp før klienten er klar for et konkret samarbeid med 24SJU. Dette vil også gjelde i møte med andre aktører.

Ut fra vårt datamateriale ser vi at personalet til en hver tid søker å trekke folk ut av brukergruppa som er til stede, gi bistand og få dem videre i systemet. Det kommer tilsig av nye brukere, og gamle som kommer på nytt. Brukergruppa kan deles i ulike kategorier. Noen er bare kafégjester, og utgjør etter hvert en forholdsvis liten,

fast andel, men er ikke de samme personene hele tida. Disse kan kalles «ikke til å unngå-gruppa». Andre kan ses innenfor «ligge på været-gruppa», noen i «tilbakeholden, men ønsker hjelp-gruppa» eller «lar seg hjelpe-gruppa» og «av og til-gruppa», som går fram og tilbake. Et par fra Østlandet var i den siste gruppa. De hadde leilighet i hjemkommunen, men pendlet i perioder til Oslo til de var så forkomne at de søkte hjelp til å komme seg hjem. I Oslo-periodene bodde de på gata, uavhengig av når på året det var. En gang vi snakket med kvinnen i paret om framtida, gav hun uttrykk for at de håpet å kunne få det bedre etter hvert, men at det kom til å ta tid: «*Rom ble ikke bygd på en dag... det gjelder å ikke gi seg, og holde på til vi får det til. (...)*» Hun ga uttrykk for en forsiktig optimisme for framtida, og ga en beskrivelse av det en bedringsprosess innebærer for mange, blant annet at såkalte tilbakefall er en naturlig del av en slik prosess (Borg, 2009; Jourdan & Thisgaard, 2008).

Unge med problemer knyttet til rusmiddelmisbruk som kommer til Oslo sentrum, har vakt særlig bekymring, også på 24SJU. Det er blitt klart formidlet utad at en ikke ønsker at de helt unge skal bruke tilbudet, noe som var særlig tydelig ved oppstart og det første driftsåret. De eldre brukerne uttrykte også bekymring for de unge i miljøet:

«Det er jo viktig å hindre at de kidsa får etablert seg, eller andre som ikke har noe i miljøet å gjøre, for det er tøft her nå, mange råde folk... det har jeg hørt flere ganger, at dem (personalet) er veldig klare og sier til folk at: «nei, du har ikke noe her å gjøre».

Det er flere, både fagfolk og brukere, som ser negative sider ved at de helt unge oppsøker lavterskeltilbud i byen. Samtidig kan det være noe i det en av de unge jentene sa: «*Det må jo være bedre at jeg er her enn at jeg går rundt ute, der er det jo i hvert fall stoff! Over alt!*» Hun ga uttrykk for at det tross alt var tryggere og bedre for henne å være på 24SJU enn «ingen steder». Dette kan hun jo kan ha rett i, særlig om det ikke lar seg gjøre å få til et annet og bedre tilbud i første omgang. Sitatet illustrerer tanken om å oppnå endring, bare ved å være innenfor rammene av et trygt miljø (Jourdan & Thisgaard, 2008; Schepelern Johansen, 2007).

En av de unge brukerne ga uttrykk for at 24SJU hadde hjulpet henne med så mye:

«(...) uten den hjelpen vet jeg ikke om jeg hadde levd. En ansatt bytta vakt en gang for å ta en telefon for meg da jeg lå på Gatehospitalet. 24SJU er et samfunnsmessig sikkerhetsnett.»

Dette er ett av mange sitater som viser at 24SJU har hjulpet unge og utenbys brukere i stor grad. Informanten som uttaler seg over, har vært i kontakt med ansatte på 24SJU over lang tid, og blitt fulgt opp tett. En annen sier dette:

«Det burde vært flere steder som dette rundt omkring i landet. Da ville det vært enklere for folk å komme til hjelp.»

Flere av brukerne som kommer fra andre steder enn Oslo framhever at det skulle vært tilbud som 24SJU der de kommer fra. Det er kjent at mange av rusmiddelmissbrukerne som oppholder seg i Oslo har bostedstilørighet i andre kommuner. Mange av disse oppsøker 24SJU. Vårt datamateriale viser at flere av disse er unge, og det framkommer at det er vanskelig å motivere mange av dem til å reise hjem, både fordi det ikke finnes tilbud til dem der (bolig, oppfølging og lignende), og fordi det i Oslo er lettere tilgang på illegale rusmidler og at de er billigere og lettere å få kjøpt enn på hjemstedet. Et annet forhold som nevnes av flere utenbys brukere, er at fordi hjemstedet er så lite, kan de ikke gjemme seg bort på samme måte som i Oslo, noe som oppleves som en forsterkning av uverdigheten som i utgangspunktet føles stor.

Det ble tidlig klart at flere av de unge inngikk i gruppa de «mest utsatte», selv om en i utgangspunktet så for seg at 24SJU i hovedsak skulle jobbe med de mer voksne brukerne. De ansatte ble berørt av at det var mange unge heroinbrukere i sentrumsmiljøet, og så på det å jobbe med de yngste som en stor menneskelig og faglig utfordring. En av de ansatte uttrykte det slik: *«Mange av de unge har store relasjonsskader og har følt seg sviktet av både foreldre og hjelpeapparat nesten hele livet, så det er vanskelig...»*. Det har vært flere utfordringer knyttet til de helt unge på 24SJU. En av dem har vært å opparbeide en god relasjon. En av de ansatte fortalte:

«... det lille ekstra... og engasjement, det er kanskje det som utgjør tillitsforholdet... at jeg har strøket litt på han, hentet kaffe, satt meg ned selv om han sover... pratet litt med han.»

Situasjonen med mange unge brukere har også bidratt til at personalet i perioder har brukt relativt mye tid på å opprette kontakt med barnevern, sosialtjenesten og samarbeid med Uteseksjonen for å få de unge bort fra Oslo sentrum og hjem til

bydel eller hjemkommune. Antall unge som oppsøker 24SJU ser imidlertid ut til å ha blitt redusert etter det første driftsåret. Dette kan ha sammenheng med at det har spredt seg et rykte om at unge blir raskt tatt fatt i og at barnevern eller andre representanter fra hjelpeapparatet blir kontaktet.

24SJU og andre lavterskeltilbud kan ses som uheldige steder å oppholde seg for unge som er i en eksperiment- eller oppstartsfase med bruk av illegale rusmidler. Dette er også noe som blir diskutert i personalgruppa. På den ene siden vil 24SJU kunne være en arena der unge rekrutteres til, og knytter kontakter med rusmiljøet i Oslo. På en annen side kan det tenkes at det er bedre om de kommer dit og blir grepet fatt i og formidlet til andre og mer aktuelle aktører som for eksempel Uteseksjonen og Exit,⁵ i stedet for at de flyter rundt i Oslo sentrum. Et argument for at unge ikke umiddelbart og konsekvent bortvises, er at en hjelpeinstans, det være seg 24SJU eller Uteseksjonen, må forsøke å få til en relasjon og lede vedkommende videre og vekk fra møteplasser som kan gjøre at de fastner i misbruksmiljøet. Det vil derfor kunne være vanskelig å avvise unge fra 24SJU uten å foreta seg noe, samtidig som unge bør holdes unna potensielle rekrutteringsarenaer så langt det er mulig. Ansattes bekymring for unge som har vært på 24SJU, har gått på andre aktørers manglende ressurser og spesialistkompetanse til å følge opp de det gjelder i tilstrekkelig grad, særlig de som har en psykisk lidelse i tillegg til rusmiddelproblematikk.

Samarbeidspartnere framhever som en positiv side ved 24SJU at de nettopp ser ut til å ha fanget opp unge og andre som ikke er hjemmehørende i Oslo. Dette påpekes av både en seksjonsleder og en institusjonsleder i Velferdsetaten:

«Positivt er jo at de har en del unge som har kommet dit, det synes vi er positivt, at de har fanget opp en del unge, spesielt utenbys.»

«(...) jeg synes de har jobba veldig mye med de utenbys og de som på en måte ikke har noen tilhørighet i det hele tatt. Som ikke bor noen steder og som vi kanskje ikke vet så mye om, og det opplever jeg nok, at de har tatt godt vare på dem, og registrert dem og. Vi kan jo like det eller ikke like det, at vi har folk som oppholder seg i denne byen, som ikke har en adresse. Men sånn er det nå og det

⁵ Exit er et kommunalt drevet tiltak med 11 døgnplasser for personer under 25 år som kan stå i fare for å utvikle et alvorlig rusmisbruk. Det tilbys kartlegging, motivering og videreformidling. (www.velferdsetaten.oslo.kommune.no)

er jo viktig at de også får en type oppmerksomhet, så det synes jeg de har klart på en god måte, å skape en oppmerksomhet rundt som er fint.»

Datamaterialet viser at flere av de unge som har vært på 24SJU inngår i gruppa av de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige som ikke i tilstrekkelig grad nås gjennom det eksisterende hjelpetilbudet. Det ble lagt vekt på å skjerme de yngste, for eksempel ved at ansatte inngikk avtaler om å møte dem andre steder enn 24SJU. Flere i personalgruppa uttrykte frustrasjon over at det var vanskelig å få aktivisert samarbeidspartnere i tilstrekkelig grad: «*Det skjer jo ikke noe!*» Det kunne gå med mange timer i telefon over flere dager før de for eksempel lyktes i å få tak i sosial- eller barnevernkonsulent som hadde ansvaret for den ungdommen det gjaldt. Samtidig ga de uttrykk for forståelse for at barnevernet var presset og underbemannet. Personalet la vekt på at det måtte «*være noen i andre enden om vi griper inn... ellers blir det bare verre*». Det å få til noe stabilt viser seg ofte som en stor utfordring, både ressursmessig og faglig.

5.2 Tilgjengelighet – lav terskel, åpen dør

I det følgende skal vi trekke fram noen forhold som kan innvirke på tilgjengeligheten til tjenestene som 24SJU tilbyr.

Beliggenhet og lokalene

Ut fra vårt datamateriale kan det se ut til at den geografiske plasseringen sentralt i Oslo er av betydning for tilgjengelighet for et tiltak som 24SJU. Når det gjelder den aktuelle målgruppa viser erfaring at det kan være viktig å være i posisjon, og kunne handle når tida er inne for det. Psykiateren sa det slik:

«De (brukerne) er travle, vet du, og de må prioritere og sånn, så du må liksom nå dem akkurat der og da. Sånn som en kar nå i sommer som det var sånn stående beskjed gjennom hele sommeren: Han trenger vi å lage en uføretrygd-erklæring på. Men han er som regel ikke mulig å snakke med. Men så plutselig, så ringer en av de ansatte og ser at nå er han på stell og vil snakke med deg. Og da tok vi den samtalen på hælen og satte av 1 ½ time og så fikk jeg de opplysningene jeg trengte, ikke sant. For jeg var der akkurat der og da, hvor det var mulig å få noe ut av han. Så det å være tilgjengelig sånn, det kan være veldig nyttig»

Ansatte mener det er viktig å kunne jobbe ad hoc når det gjelder den aktuelle målgruppa. Et annet eksempel er hentet fra arbeidet med en svært psykisk syk mann de hadde jobbet lenge for å få kontakt med. Psykiateren fortalte videre:

«Sykepleieren kom og sa til meg: 'Du, han der, nå er han veldig tilsnakkende, kan ikke du ta en prat med han om medisiner og sånt. Og så gjorde vi det, så satt vi en time og det ble helt nydelig; masse informasjon som ikke har kommet tidligere fordi han har vært så busy, ikke sant. Enten så er han speeda, eller så sover han, men akkurat der og da så var han veldig på nett, og da fikk vi grepet fatt i ham.»

Det at spesialister innenfor psykisk helse er tilgjengelige når også brukerne er tilgjengelige, ser ut til å være et grunnleggende element for å nå de aller dårligste. Ansatte med spesialistkompetanse er riktignok ikke tilgjengelig hele døgnet, men muligheten for å ta inn personer også om natta, øker sannsynligheten for at de er tilgjengelige når for eksempel lege eller psykolog er på jobb.

Det fysiske miljøet på 24SJU er noe av det positive som trekkes fram av brukerne. Flere nevner at det henger kunst på veggene, og at det er hyggelig. En bruker som er intervjuet, sier dette da han blir spurt om han husker førsteinntrykket av miljørommet:

«Ja, det husker jeg! Jeg tenkte at lokalene var store, lyse og luftige. Det lukter godt. Når du tenker på frivillig hjelp tenker du gamle møbler, skittent, ikke stilrent og ordentlig. Det slo meg at her kan jeg slappe av eller snakke med folk uten at jeg ble forstyrret. Det slo meg at her er det rom. Det er lite press, samtidig som det er et ansvar for å være med å opprettholde den gode atmosfæren. Stedet er prega av gjensidig respekt. En ramme for driften er likeverd, og at hver person har sitt egenverd.»

At lokalene er lyse og freshe, framholdes som noe som bidrar til at de føler seg mer normale enn når de er på væresteder og lignende der lokaler som regel er betydelig mer slitne og preget av dårlig vedlikehold. Hvordan det fysiske miljøet framstår, kan med andre ord påvirke i hvilken grad brukerne føler seg unormale og stigmatisert. Det kan virke som det at lokalene er gode, kan ha innvirkning på deres identitet – de ser på seg selv som normale, ikke som mindreverdige andre, slik de sier at de kan føle når de oppholder seg enkelte andre steder.

Miljørømmet blir brukt til miljøterapeutisk arbeid og observasjon. Det fungerer ofte som et sted der brukere kan bli sett og eventuelt videreformidles til ansatte med spesialistkompetanse innenfor psykisk helse. En av de ansatte fortalte at det kunne være miljøterapeuter, eller fortrinnsvis en med spesialistutdanning som observerte:

«(...) de ser med andre øyne, går rundt i miljøet og blinker ut folk. For du ser jo det når du sitter i... en meget erfaren psykiatrisk sykepleier kan se ut som hun sitter og leser avisen og egentlig har en ganske privat stund, men når du ser over lesebrillene og sånn, så skanner de jo rommet og de kan spotte psykotiske mennesker og si at den og den og den skal vi gripe fatt i, ikke sant, med det kliniske blikket. (...) men det er også ufaglærte og andre, uten spesialutdanning, som er gode leverandører av oppgaver til spesialistene.»

De ansatte var stort sett fornøyd med hvordan miljørommet fungerte. Men det var også noen som tenkte at det kunne vært annerledes. En av dem sa det slik:

«Rommet er kanskje litt for stort, det skulle kanskje vært litt mindre areal, sånn at da ville det kanskje blitt litt større sirkulasjon (av brukere), også at vi da skulle hatt muligheten til å plukke dem ut fra det rommet og trekke dem bak. Sånn at vi skulle liksom nappet folk, enten gå ut med dem eller trekke dem bak, sånn at vi fikk snakket litt i fred.»

Mange av brukerne er positive til at miljørommet er såpass stort og fint møblert. Det er imidlertid også enkelte som har problemer knyttet til dette, og det gjelder to aspekter. Det ene er at noen brukere har angst knyttet til store rom, og de syns at miljørommet er på grensen til å være for stort:

«Rommet er stort, veldig stort. Og skummelt. Jeg liker ikke store rom.»

Det kan også være vanskelig at det er mange personer tilstede samtidig. De som finner dette problematisk, løser det ofte ved at de kommer på tider da det er få andre, for eksempel tidlig om morgenen eller om natta. Det andre brukere synes er uheldig med rommet, er at man kan høre det meste som blir sagt, for eksempel når man snakker i telefon eller med ansatte om personlige ting. Spesielt hvis det er få brukere til stede og ellers stille i lokalet, er det lett for andre å høre, noe som i enkelte tilfeller kan by på utfordringer med hensyn til taushetsplikt.

Åpningstider og det ambisiøse navnet 24SJU

Brukerne gir uttrykk for at de setter pris på at 24SJU er åpent når andre tilbud er stengt, for eksempel om kvelden og natta. Helger, søndag formiddag og påske er andre tidspunkt der få hjelpetilbud er åpne. Mange fremhever åpningstiden som en viktig funksjon ved 24SJU.

Spesielt er det flere av kvinnene som overnatter på Natthjemmet⁶ som framhever at det endelig har kommet et sted der jenter føler seg velkomne på formiddagen. De mener at dette var noe som tidligere manglet i Oslo sentrum.

I tillegg til at åpningstiden er lengre enn i andre tiltak, pekes det også på at det er enklere å komme i kontakt med lege, psykolog eller psykiater på kort varsel og når det passer. Dette er også noe som framheves, ut fra at det kan være vanskelig å holde avtaler når man er i «aktiv» rus.

Vi snakket også med brukere som var kritiske til navnet 24SJU ut fra det de opplevde som reelle åpningstider. Navnet henspiller på at tilbudet er tilgjengelig 24 timer i døgnet sju dager i uka. Det var ulike oppfatninger blant brukerne om hvorvidt 24SJU kan sies å leve opp til navnet: «*Det skulle heller hete ti til ti*» sa en sint bruker da hun ikke hadde fått komme inn en natt. Hun hadde egen bolig, og de ansatte vurderte situasjonen og tilstanden slik at det mest hensiktsmessige var at hun ble hjulpet hjem. Det motsatte hun seg. «*Men navnet kan jo være noe å strekke seg etter,*» som en annen bruker sa det. Navnet 24SJU ble kritisert i mange av brukerintervjuene. De ga uttrykk for at det er ambisiøst og feilaktig siden det ikke er døgnåpent for alle som ønsker å komme. Ut fra brukernes synspunkt er 24SJU et navn det er vanskelig å leve opp til i praksis, og mange mener 24SJU har utviklet seg i retning av å være mindre åpent i løpet av tiden det har eksistert. En bruker sa dette: «*Hvorfor heter det 24SJU hvis det ikke er mulighet til å få kontakt 24 timer i døgnet?*» Det må her sies at det er mulig å få kontakt hele døgnet, men at en ikke nødvendigvis kan komme inn mellom kl. 22.00 og 10.00. Det varierer også noe hvor strenge ansatte er med å slippe inn folk om natta. Enkelte går ut for å finne ut av hva de som kommer på døra vil, mens andre slipper brukere inn en kort stund før de eventuelt blir henvist til Sosial vaktjeneste eller blir bedt om å dra hjem eller til annen overnatting om de har det.

⁶ Natthjemmet er et overnattingstilbud for kvinner, drevet av Kirkens Bymisjon i Oslo. Det er stengt på dagtid.

Da vi spurte en av de ansatte om navnet 24SJU, sa han:

«Ja, altså det er et veldig forpliktende navn, og det blir jo brukt mot oss noen ganger – altså før 09.30 om morgenen og om kvelden og natta, at: 'Faen heller, 24SJU, det skulle jo være kafe døgnet rundt!' Så det gir nok assosiasjoner til at det skal være veldig åpent og lavterskelig, ja. Og da sier jeg at ja, men vi er tilgjengelige på 24SJU, vi er faktisk det. Men vi har definert at vi ikke har åpen dør og kafé mellom halv ti og halv ti om natta. (...) Jeg tenker ikke at terskelen er for lav. Jeg synes vi skal være veldig tilgjengelige... altså, det kommer jo inn folk som er aldeles kjemperusa og også suicidale, og vi skal liksom foreta en suicidalvurdering. Jeg har jo mye erfaring fra Legevakta, og er du helt kjemperusa, så går det jo ikke an å gjøre det, og det er noen forventninger i systemet, synes jeg, om at vi kan gjøre det.»

Noen brukere går så langt som å si at det har blitt verre å være uten tak over hodet om natten i Oslo fordi det står i avisene at nå kan alle komme inn på dette døgnåpne tilbudet. De som sitter og tigger penger med begrunnelsen av at de ikke har tak over hodet, får kommentarer om at det står i avisen at alle i Oslo har et tilbud, og at de dermed ikke vil gi dem penger.

Høyere terskel om natta

Mange av brukerne har fått med seg at 24SJU annonseres som et lavterskeltilbud, og vurderer tiltaket på bakgrunn av det de oppfatter at et lavterskeltilbud skal være. Betegnelsen *lavterskeltilbud* kan gi assosiasjoner til at alle er velkomne. Det kan dermed være noe misvisende å bruke denne om 24SJU siden de først og fremst skal gi hjelp til en definert målgruppe, og ikke hele gruppen som av ulike årsaker oppholder seg i sentrumsmiljøet i Oslo. Spesialisthelsetjenester i en lavterskel setting ville kanskje vært en bedre betegnelse. Det viser til noe annet enn lavterskeltilbud, som i større grad gir assosiasjoner til at 24SJU skal være en varmestue der «alle» er velkomne døgnet rundt.

Forventningen om lav terskel kommer fra både brukere og samarbeidspartnere. Dette er noe som ble bekreftet både i brukerundersøkelsen og i intervjuer med andre aktører. Åpningstider og tilgjengelighet blir også diskutert i personalgruppa. Ved en av morgenrapportene kom det eksempelvis fram at en nattevakt i utgangspunktet hadde avvist et par som ville inn, og som hadde et etablert samarbeid med 24SJU. De var blitt bedt om å komme tilbake etter klokka ti (etter rapportene). En av de ansatte utbrøt: «Vi kan jo ikke la være å slippe dem inn!! Vi

heter jo 24SJU! (...) Jeg slipper dem inn på baksida, jeg. Så kan de vente der til vi er ferdige [med rapporten]». Det kom til en diskusjon. Nattevakten var opprørt fordi paret var sluppet inn, mens andre ga uttrykk for at de som kom, skulle slippes inn, slik at en fikk høre hva de ville.

24SJU er utvilsomt et lavterskeltilbud, men ikke på den måten som betegnelsen kan gi assosiasjoner om, nemlig at det alltid er lett tilgjengelig, og for alle. På 24SJU er det prøvd ut ulike løsninger når det gjelder tilgjengelighet. På nettene er det for eksempel prøvd ut både å ha døra åpen (hele døgnet) og å ha døra låst.

Etter hvert er en kommet fram til en ordning der døra stort sett er låst mellom klokka 22.00 og 10.00. Det innebærer ikke at det er stengt, men er et signal om at tjenestene er mindre tilgjengelige enn på andre tider av døgnet. I hovedsak har det vært såkalt ufaglærte som har jobbet som nattevakt. Det innebærer ikke at de er uten viktig kompetanse, men at det ikke er tilgang på formelt kvalifisert helsepersonell. I noen tilfeller ville det trolig vært en fordel å ha ansatte med denne type kompetanse også om natta, fordi enkelte av «nattmenneskene» ikke gjør seg tilgjengelige om dagen. Det er imidlertid viktig å understreke at dette gjelder så få at det vanskelig vil legitimere nattbemanning med for eksempel spesialsykepleiere.

En av de ansatte sier dette om hvordan de ofte forholder seg overfor brukere som kommer om natta, og der det ikke er snakk om behov for øyeblikkelig hjelp:

«Om vi vet hvem det er, så slipper vi dem inn, ellers går vi ut og slår av en prat, finner ut hva de eventuelt trenger hjelp til der og da... eventuelt sender dem hjem eller til sosial vaktjeneste og ber dem komme tilbake i morgen, på dagtid»

Vår vurdering er at bemanningen om natta er tilfredsstillende ut fra tilgjengelige ressurser og med hensyn til de oppgavene som ligger i oppdraget.

De seks hvilestolene er ikke fullt belagt hver natt. Etter hvert kom en til en ordning der de fleste overnattinger er avtalt på forhånd, men det hender også at brukere blir tatt inn uten avtale. I spesielle tilfeller blir brukere også tatt inn selv om alle hvilestolene er opptatt. Dette er i situasjoner som blir vurdert til å være det de ansatte betegnet som: «... ikke bare akutt, for det er det jo hele tida, men akutt-akutt» og det ikke finnes annet alternativ, eller om det er en klient som de er spesielt opptatt av å følge opp, og som var diskutert i ett av de to tverrfaglige teamene.

Som regel ser det ut til å gå greit å få folk ut igjen etter at de har kommet inn på nattestid og fått kaffe og en prat, og noen ganger en brødskive. Det har heller ikke vært samme pågang etter å komme inn og spise og hvile som om dagen.

Nattevaktene har på mange måter gode muligheter til å «*yte øyeblikksomsorg når behovet er der*», slik det er formulert i målene for 24SJU. Mange av brukerne som kommer om natta har behov for det en kan kalle øyeblikksomsorg. Samtidig kan det fort stå i motsetning til at en ikke ønsker at for eksempel brukere som er bosatt utenfor Oslo skal etablere seg i sentrumsmiljøet. Det kan også komme i konflikt med at 24SJU ikke skal bli et tilholdssted for «alle». Det er mye ensomhet i denne gruppa, og noen oppsøker lavterskeltiltak for å bøte på dette. Det gjør 24SJU til et tiltrekkende sted, i og med at det er såpass tilgjengelig store deler av døgnet, også om natta. Som en av nattevaktene sier: «*Det går jo an å yte øyeblikksomsorg uten at folk skal overnatte her, vi skal jo det, samtale med folk, også på natta.*» På en av nattevaktene hadde den ansatte sittet 1 ½ time på trappa og snakket med to unge menn nordfra. Denne typen samtaler har ofte et uformelt, uforpliktende preg. De er slike som kan komme til å danne vendepunkt for brukere, for eksempel med hensyn til å etablere håp og motivasjon til bedring (Almvik et al., 2011; Borg, 2009; Jourdan & Thisgaard, 2008; Schepelern Johansen, 2007; Skatvedt, 2009).

De to det er snakk om her skulle egentlig hjem, men det var avklart med hjemkommunen at det hverken var noe opplegg, bolig eller nettverk tilgjengelig der. Det var i dette tilfellet tatt beslutning av kveldsvaktene om at de to det gjaldt ikke skulle få komme inn, heller ikke overnatte, nettopp for å unngå at de etablerte seg i Oslo. De som var på vakt om natta, var uenige i beslutningen og hadde lyst til å slippe dem inn. De mente at de to var i målgruppa (både psykiske problemer og rusmiddelproblemer), og at de skulle vært tatt hånd om fordi de trengte hjelp til å bli reetablert i hjemkommunen. Natta etter hadde de fått beskjed om å vurdere om de to mennene skulle tilbys overnatting, både for å gi dem nødvendig omsorg, for å kartlegge nærmere hvilke behov de hadde, og for å starte et samarbeid med hjemkommunen om hjemreise. De ble med andre ord tatt inn som en del av den gruppa brukere som de ansatte jobbet med.

Etter hvert ble praksis at overnattinger stort sett ble avtalt på forhånd, for eksempel når klienter har avtale om møte med noen av de ansatte på huset eller andre hjelpetjenester dagen etter. Det kan for eksempel være at ansatte skal følge til sosialkontor, lege eller avrusning. Eller det kan være etter en beslutning om at vedkommende bruker skal følges opp spesielt. Personalet forsøker ofte å avtale

tidspunkt for når de som skal overnatte skal komme. De fleste klientene ser etter hvert ut til å kjenne til dette, eller forventer at det skal være slik. En som skulle ut en tur om kvelden før han skulle overnatte, spurte:

«Når er det jeg må komme tilbake for overnatting?»

«Det er *innetid* kvart på tolv,» svarte personalet og smilte litt.

«*Innetid!* ... Nå har jeg *innetid!*» sier brukeren og ler sammen med personalet.

«Det er som å være barn igjen, vet du: *innetid*» gjentar personalet.

I utgangspunktet vil det oppleves uverdig for mange å ikke kunne bestemme selv når en vil komme inn for kvelden og legge seg. Sitatet viser hvordan humor danner en ramme for samvær der en kan presentere et verdig selv til tross for en uverdig situasjon (Goffman, 1990).

Individuell tilgjengelighet

Enkelte brukere gir uttrykk for at de ansatte på 24SJU i for liten grad er tilgjengelige. Noen forteller at de har vært der mange ganger uten å bli kontaktet av ansatte. De kritiserer de ansatte for å være for mye i glassburet. En bruker sa det slik:

«Buret [glassburet] er helt latterlig. Det sier mye om plassen her. Møter tar man gjerne på et lukket rom. Det virker som om de ansatte tror at vi ikke ser dem der inne. Men vi ser dem ekstra godt.»

En annen bruker mente dette:

«De ansatte kunne vært mer pågående. Her er mye forfall [som de kunne tatt tak i]. Mange sitter bare i buret og ser, de later som om de ikke ser ut. De kunne kommet bort og snakket i stedet. Det er ikke så vanskelig å hjelpe et menneske. Hvis du vil.»

Ut fra observasjon av samhandling i miljørommet, kan vi i noen tilfeller være enige i at de ansatte i perioder virker lite tilgjengelige og oppholder seg mye i glassburet. Det kan se ut til at de føler seg *back stage* i goffmansk forstand inne i glassburet, mens de sett fra brukernes ståsted, er *front stage* fordi de er på jobb og synlige for dem (Goffman, 1992). I noen tilfeller er det imidlertid slik at ansatte bruker glassburet som utgangspunkt for å observere en eller flere brukere som befinner seg i miljørommet, uten å gjøre seg tilgjengelig der.

Vi har observert at det kunne være seks ansatte samtidig inne i det lille glassburet som er på noen få kvadratmeter. Ved flere anledninger har det vært slik at alle ansatte oppholdt seg i glassburet, uavhengig av om det er to, tre eller fire ansatte, mens ingen har vært i miljørommet. Dette har vært et diskusjonstema i personalgruppa, og de omtaler det som et dilemma med hensyn til tid og oppgaver som må løses i glassburet. Det kan være innhenting av informasjon fra andre hjelpetiltak, for å gå inn på journalen til en bruker, eller for å ha en kort rådføring med kolleger om en bruker de jobber med der og da. Mye av dette vil være om taushetsbelagte temaer, noe som krever at de går ut av miljørommet for å snakke. Fordelen med å ha slike samtaler i glassburet er at en samtidig kan ha oversikt over lokalet. Ulempen er at brukere ser at de er der inne, og at de ansatte framstår som uinteresserte overfor brukerne som oppholder seg i miljørommet.

I løpet av vår observasjonstid, har vi sett en tendens til at ansatte i mindre grad oppholder seg i miljørommet, både som observatører og som kaféverter. Noe av grunnen til at det har blitt slik, har trolig sammenheng med at det etter hvert er blitt de frivilliges oppgave å betjene matserveringen og gjøre andre forefallende oppgaver. På denne måten får de ansatte frigjort mer tid til å følge opp enkeltklienter, men det kan ha en utilsiktet effekt ved at de ansatte dermed oppholder seg mindre i miljøet og i mindre grad kommer i prat med klienter. Det må sies å være et paradoks at det blir færre kontaktskapingsmuligheter, og kanskje spesielt gjelder dette nye klienter, selv om det at frivillige avlaster i matserveringen har frigjort mer tid til å jobbe med enkeltklienter.

Mobiltelefon – et verktøy

Mobiltelefonen brukes aktivt i samhandling med brukerne, både for at ansatte skal være tilgjengelige og for å vise at de bryr seg. Det er en utstrakt bruk av SMS'er til brukere som ikke dukker opp som forventet, eller som er innlagt på sykehus eller er i fengsel. SMS blir også brukt for å holde kontakter «varme» og minne klienter på avtaler, enten dette er avtaler på 24SJU eller med andre aktører som fastlege eller sosialkontor.

En dag ventet psykiateren på en mann som skulle komme til samtale. Han hadde sendt flere SMS'er og ringt, men ikke fått kontakt. Han fikk til slutt svar fra mannen, som sa at han ikke rakk samtale i dag; om han kunne få en ny time? Noe han fikk. Det er grunn til å tro at den utstrakte bruken av mobiltelefoner og SMS bidrar til øket tilgjengelighet og mulighet for oppfølging i relasjoner som er sårbare for brudd. Psykiateren fortalte videre om bruk av mobiltelefon:

«Det er sånt vi må gjøre, vet du... for å få det til (...) Det var en dame, hun hadde time hos meg fredag kl.15, så kommer hun, men da er det to uker for seint... ellers så kommer hun midt på natta og sier at hun har time.»

Mobiltelefon brukes også for å finne ny tid om klienter ikke kommer til avtaler. Mobilbruken ser ut til å gi fleksibilitet som er nyttig, og som både klientgruppa og de ansatte benytter seg av. I tillegg bruker ansatte muligheten de har til å ringe og rådføre seg med de med spesialistkompetanse ved behov.

5.3 Matsservering – fra himmelsk restemat til havregrøt fra helvete

Verktøyene eller virkemidlene brukes som en inngangsport til brukerne, og er ment som tiltak for å gjøre tjenestene tilgjengelige gjennom å bygge relasjoner. Slik er det også med matsserveringen. Mat og kaffe kan være ufarliggjørende. For personer med flere negative erfaringer med hjelpere og hjelpesystemer, kan det være enklere å nærme seg om konteksten er mer alminnelig og mindre «klinisk» eller kontorliknende. «*Mat er honningkrukka vår, som gjør at vi kommer i posisjon, at vi kommer i kontakt med brukere*», som en av de ansatte uttalte. Matsservering er utvilsomt en god metode for å få de som er i målgruppa til å komme. Utfordringen ligger imidlertid i at det også kommer mange andre, og tilsynelatende bare for å få gratis mat. På spørsmål om 24SJU var blitt for mye kafé på linje med andre tilbud, sa en av de ansatte:

«Altså, blant folk så er det jo det som markedsføres, ikke sant. Blant gatas folk, så er det jo vår mest tydelige attributt, som det går historier om, liksom. Og så går det noen historier om at noen folk har blitt hjulpet med viktigere og større ting også, men det kommer litt i skyggen av maten på en måte, da.»

Det er nærliggende å tenke at det i begynnelsen var nødvendig å være raus med å slippe inn folk og tilby mat for å få en oversikt over målgruppa og hvem som hadde behov for den type bistand og hjelp som 24SJU skal gi. Etter hvert ble det større oppmerksomhet mot å forsøke å sile de som kom på døra, slik at de som bare kommer for å få gratis mat blir henvist andre steder.

Da 24SJU startet opp, ble det servert brødsiver med enkelt pålegg sammen med te, kaffe og saft. Ansatte smurte og serverte mat. Det ble også servert «arvemat» som de fikk fra kafeer og dagligvarebutikker. Matsserveringen ble etter hvert svært

arbeidskrevende. Flere av de ansatte, spesielt i det første driftsåret, uttrykte frustrasjon over at de, på enkelte vakter, i hovedsak jobbet som kaféverter, og at det innskrenket muligheten til faglig arbeid. Det kan synes som paradoksalt at det som er tenkt som verktøy for relasjonsbygging og samtale, i dette tilfellet servering av mat, kan bli en hindring for det samme. Det gjelder særlig i perioder da andre lavterskeltilbud er stengt, for eksempel i helger og ferier.

«Det er litt vanskelig å få så mye mat fra andre steder, for da er det ikke vi som har kontroll (...) kan bli sånn at middelet står i veien for målet.»

Noe av maten som kommer fra steder som Deli de Luca og Åpent Bakeri, er appetittvekkende og fristende. Det ble etter noen tid bestemt at en for det meste skulle takke nei til en del av slik restemat, fordi det trolig bidrar til at det kommer flere rene kafégjester. Etter hvert kom en fram til at matserveringen i hovedsak skulle begrenses til havregrøt, både av ressursmessige hensyn og i et forsøk på å få ned besøkstallet av personer utenfor målgruppa. De fleste brukerne virket fornøyd med den forenklete menyen. En av brukerne vi snakket med henvendte seg slik: «*May I have a little porrage, litt grøtomslag to put around my life?*» Servering av havregrøt kan med andre ord bidra til mer enn ernæring.

Rusmiddelmisbrukere er kjent for å bruke mye sukker fordi de opplever en ekstra energi og får «et slags kick». De fleste brukerne på 24SJU brukte det vi må kunne kalle ekstreme mengder sukker på grøten. På et tidspunkt gikk en over til at havregrøten skulle tilberedes med sukker i gryta, og at det ikke lenger skulle serveres sukker i tillegg, noe flere av brukerne reagerte negativt på. Det var også delte meninger blant de ansatte. En av dem sa:

«Det er jo helt utrolig hvor mye sukker folk kan få i seg. Skal vi da ha et helseperspektiv på at det ikke er sunt å spise så mye sukker, men de er jo så nedkjørt ernæringsmessig at enhver kalori teller, ikke sant. Sånn at... og de som er på amfetamin, de trenger mye sukker, og noen blir jo også... får kick av sukker, så sukker har jo mange funksjoner.»

Et par ganger ble det i den anledning satt i gang pengeinnsamling blant brukerne for å spleise på ekstra sukker. Det ble mange samtaler mellom ansatte og brukere i forbindelse med dette. Mange av dem var humoristiske. En dag i oktober 2010 oppsto det eksempelvis en munter passiar mellom en ansatt og en bruker som stod på hver sin side av disken der det serveres mat. Brukeren beklaget seg over at det

ikke ble servert sukker til havregrøten: «(...) *det er faen meg et overgrep å servere det her*» sa han, pekte på tallerkenen med grøt og lo. Den ansatte lo også og svarte: «*Det er havregrøt fra helvete... har du ikke hørt om den? Veldig sunn.*» De så ut til å more seg mye over dette. De fortsatte å snakke om havregrøt, hvilken tilberedning de likte best osv. Samtalen hadde et skjær av normalitet over seg, noe som kan ses som et lite, men ikke desto mindre viktig bidrag til et håp om normalisering av identitet (Borg, 2007, 2009; Skatvedt, 2009).

Servering av mat har vært et stadig tilbakevendende tema. Mat ser ut til å være et av de viktigste verktøyene for å få brukere til å komme, og for å komme i prat med dem, slik at den første kartleggingen kan begynne. Ikke minst er det viktig for å etablere rammer for samvær som ikke skremmer vekk brukere, men legger til rette for en situasjon som egner seg for kontaktetablering med de som er spesielt engstelige eller tilbaketrukne. Situasjonen over er en god illustrasjon av hvordan mat kan være en måte for tidlig kontaktetablering. De fleste har et forhold til havregrøt, noe som gjør dette til en god samtaleåpner. Slike samtaler kunne gå på hvorvidt det skulle være rosiner på grøten, om den skulle kokes med melk eller bare vann, om det var best med syltetøy eller kanel, om det var fint med smørøye, osv. Det dreier seg med andre ord om noe svært hverdagslig, og som nettopp på grunn av det hverdagslige kan ha stor betydning for brukeres bedringsprosess (Almvik et al., 2011; Borg, 2009; Skatvedt, 2009). Samtidig er dette situasjoner der en ikke bare blir en pasient eller bruker, anledningen byr på muligheten til å presentere seg med verdighet som en alminnelig person.

Et eksempel på mat som verktøy for begynnende kontakt, er når ansatte henter mat til seg sjøl og setter seg ned sammen med bruker som også spiser, eller eventuelt spør om de også vil ha en tallerken grøt eller en kopp kaffe. Mat og drikke bidrar ofte til å definere situasjoner som mindre forpliktende og mindre krevende. En god illustrasjon på kontaktpotensialet som ligger i mat og måltider, finner vi i *Babettes gjestebud* (Blixen, 2007), der maten åpner opp for stengte relasjoner og utveksling av minner. Psykiateren på 24SJU fortalte om mulighetene for kommunikasjon gjennom mat:

«Det er klart at hvis jeg er synlig der nede (i miljørommet) og noen kan si at, jo, det er psykiateren vår, og de ser hvordan jeg snakker med folk og jeg kan by dem på kaffe og sånne ting og komme med en klut hvis de ber om det og sånn... det er klart at det ufarliggjør i veldig stor grad. (...) Det at en psykiater tørker opp når du har sølt saft på bordet, der er å jekke dem opp og meg ned. Det blir jo

aldri likeverdighet sånn sett, men altså at du i hvert fall kan minke avstanden, pluss at de kan teste deg ut, og de kan på en måte føle deg litt på tenna og sånt noe, helt uforbindtlig, som er innmari viktig.»

Dette sitatet illustrerer et tilfelle der det medisinske hierarkiet kan sies å være snudd på hodet. Det kan ha en sterk symbolsk virkning når ikke bare *vanlige ansatte*, men også psykiateren, som er av de høyest rangerte, kommer ned og gjør hverdagslige ting (Skatvedt, 2009).

Men matsservering førte også til noen dilemmaer for ansatte. En av dem sa det slik:

«Det er for mye kafé her... det har det vel egentlig vært hele tida, vi er for utydelige med hensyn til hva ved maten som er et verktøy. (...) Jeg føler jeg faller kollegaene mine i ryggen om jeg begynner å jobbe med en bruker [bruker tid på samtaler, telefoner og annen oppfølging] når jeg vet at det er mange brukere her ute. Det blir til at jeg blir mer laid back i forhold til brukere, for jeg er redd for å sette i gang noe jeg ikke får fulgt opp (...). Det er greit med det unge paret, du vet... de var her mye, men så fikk vi ordna et opplegg. Da gjør vi en forskjell. Det er det vi skal her.»

Ansatte ga også uttrykk for at det kunne være vanskelig å få tid til å følge opp brukere fordi matsserveringen var ressurskrevende. De ansatte virket svært tilfreds over å få bedre kontroll over antall besøkende ved å justere matsserveringen:

«Det med at vi har valgt det med grøt og nedtona det med mat, det tror jeg har vært veldig lurt. Det er jo god mat på Møtestedet, så... det er liksom noe med å nedtone...vi skal ha mat, men de sulter ikke i hjel om vi stenger matsserveringa.»

En annen ansatt sa:

«Det å servere mat... skal ikke være for å ernære folk eller for å ... vår intensjon er ikke å gi folk god ernæring. Vår intensjon er ikke å gi folk et overnattingssted eller feltpleiestasjon eller sånne sykestuefunksjoner; intensjonen er alliansebygging med den som verktøy. Og det som overraska meg, var at det største trekkplasteret vårt, det er jo mobilladestasjonene.»

Som med mat, er det å tilby lading av mobiltelefon ikke et tilbud i seg selv, men et verktøy for å få de som er i den aktuelle målgruppa til å komme. Utfordringen med tilbud som mobilladestasjon og gratis matservering er at de kan utvikle seg til å bli hovedattraksjonen ved et tiltak, slik at andre sider ved tilbudet, som her å gi helsehjelp til psykisk syke, kommer i skyggen. På en annen side kan kafédrift ses som et behandlingstilbud i seg selv. Et eksempel på det finner vi i tiltaket KASA (Schepelern Johansen, 2007). KASA har mange fellestrekk med 24SJU, men skiller seg noe ved at behandlingsaspektet ved kafédriften er mer rendyrket. Schepelern Johansen vektlegger at kaféens betydning som behandling henger sammen med at brukerne har dårlig psykisk helse, og at de ikke klarer å delta i mer strukturerte behandlingstilbud.

Oslo kommune framholdt i sin kommentar til SKBOs opprinnelige søknad, at det ikke er behov for, eller ønskelig med et nytt lavterskeltilbud i Oslo sentrum i tillegg til de som allerede finnes, og at de mange omsorgsbaserte lavterskeltjenestene kan bidra til et fortsatt misbruk i stedet for å gi hjelp til å redusere, eller komme ut av misbruket (Oslo kommune 2009). Kan det slik sett bli for «lettvint» å være rusmiddelmisbruker i Oslo? Dette er kompliserte spørsmål, både faglig, og ikke minst menneskelig og etisk. På spørsmål om det kan bli for mye «boller og brus» på sånne plasser, svarte en samarbeidspartner fra Frelsesarmeen:

«(...) vi tror ikke det er så enkelt og vi tror ikke at folk velger å bli rusmisbrukere fordi at de får noe omsorg og en dusj og noe mat. Det er jo samtalene med de enkelte... at en peker på muligheter, at det er håp (...). Og så er det sånn at for noen, så tar det årevis, andre så kan man hjelpe fort.»

Som påpekt er mat og drikke verktøy for å komme til med behandling overfor brukere i denne gruppa, og kan ses som en invitasjon til å motta hjelp. Det kan imidlertid også ses som behandling i seg selv, gjennom støttende, utredende og avklarende samtaler og planlegging av behandlingsforløp (Schepelern Johansen, 2007). Schepelern Johansen peker på betydningen av at ansatte med psykologisk og psykiatrisk kompetanse er tilgjengelige for slike samtaler på lavterskelnivå, og at det bidrar til at matservering ikke alltid er «bare» omsorg (Schepelern Johansen, 2007).

5.4 Utadrettet virksomhet

Det har variert i hvor stor grad de ansatte har jobbet utenfor lokalene. For å si noe om dette er det viktig å definere to begreper som i stor grad brukes om hverandre: ambulant og oppsøkende virksomhet.

Ambulant virksomhet vil i dette tilfellet si at de som jobber på 24SJU gjør avtaler med klienter om å møtes andre steder enn i 24SJUs lokaler.

«Å jobbe ambulant betyr at fagpersoner ikke er stedsbundet, men yter hjelp til brukeren der brukere selv befinner seg. Man oppsøker brukeren på den arena brukeren selv ønsker» (Dahl, 2011:25).

Det kan for eksempel være at de drar hjem til en klient som de jobber aktivt med, men som på grunn av angst ikke tør å komme til lokalene. Det kan også være at ansatte går ut av lokalet for å følge opp personer de jobber med, men ikke har sett på en tid. Et annet eksempel kan være at de drar til en annen institusjon eller et fengsel og samarbeider med oppfølging av en klient der fordi han eller hun ønsker dette.

Oppsøkende virksomhet eller oppsøkende sosialt arbeid, vil derimot si at ansatte jobber ute på gata uten noen spesifikk avtale med en klient, men for å oppholde seg spesielle steder eller i spesifikke miljøer for å være tilgjengelig utenfor lokalene. Dette er med andre ord annerledes og tidsmessig mer omfattende enn ved ambulant virksomhet. I tillegg til planlagte møter og samtaler er det tid der målet kun er at de ansatte skal være tilgjengelige i et bestemt område (Erdal, 2006), for på den måten å komme i kontakt med hjelpetrequende personer som ikke selv ber om hjelp. 24SJU har i perioden vi har fulgt dem, jobbet ambulant, men i liten grad oppsøkende, i betydningen å jobbe utenfor lokalene uten en spesifikk avtale.

Det vil imidlertid være gråsoner, for eksempel vil det at ansatte går ut og ser etter personer de har fulgt opp, betegnes som en mellomting mellom ambulant og oppsøkende virksomhet. Det foregår jevnlig samtaler utenfor lokalene til 24SJU, for eksempel ikke planlagte samtaler i området rundt, på kafé, eller i forbindelse med kjøring til hjemsted eller institusjon.

De ansatte gir uttrykk for at de ønsker å jobbe mer ambulant og oppsøkende. De to psykologene og spesialsykepleierne er de som driver mest med dette, i form av deltakelse i ulike møter, eksempelvis ansvarsgruppemøter, inntaksmøter og

oppfølging av brukere der de oppholder seg (institusjon, fengsel, hospits, hjemme). En av spesialsykepleierne uttalte:

«Jeg så vel for meg at vi skulle jobbe mer utadrettet, mer oppsøkende. Det har jo vært en gammel force for meg, som jeg har drevet mye med før... det har jeg jo savnet en del, men det har jo sin naturlige forklaring, for vi ble jo utsatt for en tsunami av folk, ganske med en gang, og da må man jo drifte det huset man faktisk har, før man kan ha overskudd til å gå ut. (...) Jeg har fortsatt ambisjon at vi skal få det til i større grad, også veilede lavterskelstedene, altså den type ambulans - vi skal ikke konkurrere med Uteseksjonen, men vi har mer kompetanse på psykiatri enn lavterskelstedene, for eksempel. Jeg har gjort noe av det, psykologene gjør en god del, men jeg tenker også at erfarne psykiatriske sykepleiere og andre sykepleiere kan være konsulenter og reise på de lavterskelstedene og gi en second opinion og snakke med brukerne... hvis lavterskelstedene har en opplevelse av at vi er veldig tilgjengelige på det, så tror jeg det vil lette deres hverdag og være en god støtte for dem å ha. Nå har vi jo mange frivillige, som jo avlaster oss mye med bespisning og dette, og da ser jeg for meg at vi skal få det mer til.»

Sykepleieren peker på at stor tilstrømming i den første driftsfasen var noe av grunnen til at de ikke hadde ressurser nok til å jobbe ambulant, og at de frivillige som tar seg av kafédriften gjør det enklere for ansatte å forlate lokalene. Andre ansatte med sosialfaglig kompetanse var også opptatt av utadrettet arbeid og drev med dette i en viss grad.

Ved siden av ressurser, kan også samarbeidsklima med andre aktører være noe som kan tenkes å legge begrensninger på utadrettet og ambulant virksomhet. Uenigheten omkring opprettelsen av 24SJU er en viktig del av rammebetingelsene som kan bremse samarbeid mellom 24SJU og andre aktører. Både ansatte på 24SJU og i andre deler av tiltaksapparatet, har formidlet at det har tatt tid å finne ut av hvordan de skulle forholde seg til hverandre. Vi har også snakket med ansatte ved offentlige tiltak som har sagt at de tar kontakt med 24SJU for å få bistand i arbeid med brukere uten å si fra til overordnede fordi samarbeid med 24SJU vil bli negativt mottatt. Vi kan med andre ord si at «bilder av de andre hindrer samarbeid» (Baklien, 2009), noe som må sies å være uheldig i denne sammenhengen.

I hvor stor grad de ansatte jobber ambulant og oppsøkende får konsekvenser for flere aspekter ved driften. Det er i stor grad en kapasitetsutfordring, fordi jo flere

som jobber utenfor lokalet, jo færre er til stede for å jobbe med de klientene som til en hver tid oppholder seg på 24SJU. I de periodene der det har vært mange klienter i miljørommet, har det vært nærmest umulig å prioritere å jobbe ambulant og oppsøkende. Samtidig tenker vi at det i perioder ville ha vært mulig å være mer aktive enn hva som har vært tilfellet. Med perioder mener vi da både i noen måneder (for eksempel de første månedene 24SJU var åpent), og noen perioder i løpet av døgnet. For eksempel har det vært dager da det har vært rolig i lokalet på formiddagen, og det hadde da vært mulig for noen ansatte å jobbe oppsøkende. Vi nevner de første månedene spesielt fordi det da var relativt få brukere. I tillegg ville det vært positivt for 24SJU å spre informasjon til den aktuelle målgruppa om tiltaket.

Hvor mye de ansatte har jobbet utenfor lokalene får også konsekvenser for tilgjengelighet. Vi tenker at terskelen for å registrere seg på 24SJU kan gjøres lavere ved at de ansatte jobber mer oppsøkende, eventuelt i samarbeid med andre tiltak og instanser. På den måten kan de komme i kontakt med personer som er hjelpetrengende men ikke har kontakt med hjelpeapparatet, eller som ikke selv ber om hjelp. I perioder har det åpenbart vært vanskelig å prioritere å jobbe utenfor lokalene fordi det har vært behov for mange ansatte i miljørommet, og fordi de skal kunne følge opp brukere som allerede er inne i systemet på 24SJU.

En kan også argumentere for at andre instanser jobber oppsøkende i sentrum (for eksempel Oppsøkende tjeneste, Uteseksjonen, Sykepleie på hjul), og at 24SJU derfor ikke skal gjøre dette. Samtidig har 24SJU spesialistkompetanse som de andre instansene ikke har. De ansatte har selv lagt vekt på at samarbeid med de som allerede arbeider oppsøkende er av stor betydning.

Noen av samarbeidspartnerne uttrykker en viss skuffelse over at 24SJU ikke i større grad har jobbet utenfor lokalene da det var forventninger om dette. I stedet for å være et oppsøkende tilbud, mener en samarbeidspartner at det at 24SJU først og fremst har blitt et «stasjonært tiltak», får følger for hvem 24SJU når med sin kompetanse. Dette fordi klientene som 24SJU jobber med, vil være de som har ressurser og kunnskap nok til å vite at de kan gå til 24SJU for å søke hjelp.

Flere har antydnet at de med spesialisthelsetjenestekompetanse som jobber på 24SJU, må mer ut av kontorene. Man kan jo diskutere om det er riktig bruk av ressurser at psykologer, leger og psykiatere skal jobbe oppsøkende. Fra vårt perspektiv er det ikke sikkert at det er fruktbart at det er akkurat spesialistene som

skal jobbe oppsøkende. Dersom andre ansatte på 24SJU hadde jobbet oppsøkende i større grad, hadde dette kunne bidratt til at spesialistene ble mer tilgjengelige for de mest psykisk syke som ikke selv oppsøker hjelp, de som ikke kommer seg over registreringsterskelen på eget initiativ. Det kan for disse være en hjelp å bli «hanket inn» av noen som ser hjelpebehovene i det offentlige rom.

Det hender ofte at ansatte i Uteseksjonen, andre aktører på feltet eller privatpersoner kommer med brukere som er forkomne og som ikke kan ta vare på seg sjøl. Ved slike tilfeller vurderes det om vedkommende skal hjelpes hjem, til Legevakt, til Sosial vakttjeneste eller om han eller hun skal bli værende på 24SJU for observasjon og eventuell videre kartlegging. Ved et par anledninger uttrykte ansatte på 24SJU frustrasjon over at ansatte innenfor andre lavterskel hjelpetiltak kommer og: «(...)dumper folk på trappa... utpissa og sjuke, selv om de vet hvor de bor.» Det kan være flere grunner til at dette forekommer. Det kan være å avhjelpe et akutt problem, og at det dreier seg om folk som stort sett klarer å komme seg hjem og som har boevne og/eller et opplegg som fungerer slik at de mestrer det å bo. Det kan også gjenspeile mer kroniske forhold, der vedkommende over tid ikke har vært i stand til å bo eller ta vare på seg sjøl, og der hjelperen ikke ser annen mulighet enn å bringe vedkommende til 24SJU for at de skal ta fatt i «saken» og følge opp brukeren.

5.5 Tid, tillit og hverdagslighet

I enkelte tilfeller kan det ta svært lang tid for ansatte å gjøre seg fortjent til tillit og opparbeide en god relasjon til brukeren. Dette kan imidlertid fort komme i konflikt med tanken om at brukere ikke skal bli «for varme i trøya her», noe både de ansatte og samarbeidspartnere var opptatt av. Det så ut til at bekymringen for at noen skulle fastne på 24SJU var mest framtrødende det første 1 ½ året. Den avtok noe etter hvert, etter som en fikk erfaring med at brukere som etter først å være avvist, likevel viste seg å være i den definerte målgruppa. Dette kan gjenspeile betydningen av tid med hensyn til å kartlegge grundig nok til å vurdere om en person er en som 24SJU skal prioritere å jobbe med. Det er i mange tilfeller en stor utfordring å avgjøre om en person som kommer til 24SJU faktisk inngår i målgruppa. Det kan derfor være viktig å la en besøkende bruke 24SJU som værested for en tid, for å etablere kontakt og vurdere eventuelt hjelpebehov. Det ser ut til at dette er en modell som etter hvert har utkrystallisert seg. Ansatte har også fått mer erfaring i å sile brukere og veilede dem til andre hjelpetilbud, ofte i samarbeid med Uteseksjonen og Oppsøkende tjenester.

For noen av de mest reserverte og/eller psykisk syke brukerne ser det ut til å være helt grunnleggende å kunne få tid nok på 24SJU slik at de kan få tillit til de ansatte. En vil kunne si at bare det at de kommer til 24SJU og tar i mot tilbud om mat, eventuelt prat og mulighet for en bedre personlig hygiene, bidrar til en bedret livssituasjon. Dette vil i neste omgang kunne sette i gang bedringsprosesser hos den enkelte (Borg, 2007; Jourdan & Thisgaard, 2008). En av dem vi snakket med la vekt på personalets initiativ til kontakt:

«Jeg har vært her flere ganger, og personalet tar tak i deg og prater. Selv om jeg sitter i en krok og ser ut som jeg har lyst til å være aleine, så kommer dem og prater. Så har du det litt bedre etterpå. Mens andre steder, så gjør dem ikke det, men tror du vil være i fred. Men det er ikke alltid sånn. (...) bare det å få litt ro, hjelp til å tenke, tak over hue... jeg tar en dag av gangen.»

Hensikten er imidlertid å få til en prosess som også inkluderer (re-) etablering av gode relasjoner med andre hjelpeinstanser i samarbeid med brukeren. Dessuten kan slike situasjoner ha et terapeutisk potensial og være behandling i seg selv, det behøver ikke dreie seg om uvirksom virksomhet, selv om det ved første øyekast kan se slik ut (Schepelern Johansen, 2007; Skatvedt, 2009).

Brukerne snakker mye om at de opplever respekt på 24SJU. Flere poengterer at de har tillit til tiltaket, og at det er grunnen til at de kommer tilbake og at de klarer å ta imot hjelp. En sa det slik:

«Altså verdighet og likeverd og respekt, og alt det der, det må bare ligge helt i bånd. For får du ikke det, så har du ikke en sjanse [til å få til endring]. Vi har så dårlig selvbilde i utgangspunktet, og i veldig mange døråpninger så blir man møtt med nedlatende greier, selv om ordene ikke er nedlatende, så merker du holdningene på enkelte, ikke sant. Enkelte systemer er så infiserte at de skulle vært bomba.»

Flere av brukerne er personer som kan karakteriseres som særlig sårbare, og som etter mange mindre gode erfaringer kan sies å ha utviklet spesielt gode antenner, blant annet for å finne ut om de kan stole på hjelpere (Skatvedt 2009). Noen har en opplevelse av at ingen vil hjelpe dem. For mange handler denne manglende tilliten om en mistillit til NAV, LAR og andre deler av spesialisthelsetjenesten, Oslo kommune/Velferdsetaten, eller hjemkommune hvis de ikke er hjemmehørende i Oslo. For noen kan det være mistillit til det offentlige hjelpesystemet som stammer

fra opplevelse av svik eller manglende hjelp fra barnevernet helt fra barndom eller ungdomstid. For andre er erfaringer fra Legevakta hovedgrunnen til manglende tillit til det etablerte systemet. Det er imidlertid ikke gitt hva den enkelte omtaler som systemet, og brukerne har ikke nødvendigvis heller klart for seg hvilke tilbud som er drevet av det offentlige eller ideelle/frivillige organisasjoner. For eksempel nevnte en informant Pro-senteret presentert som et tiltak i regi av SKBO, mens det er en virksomhet som drives av Oslo kommune. Sprøyterommet er også et tiltak som mange ikke forbinder med kommunen.

Brukerne gir uttrykk for at i motsetning til andre steder der de har søkt hjelp, skaper ansatte på 24SJU tillit i måten de jobber på. Et eksempel var en som hadde kontaktet 24SJU på telefon, og som på grunn av angst ikke turte å dra inn til sentrum slik det var avtalt. Han hadde da fått besøk av en av de psykiatriske sykepleierne:

«De kom hjem til meg – i taxi! Og så satt vi der og preika, i mer enn to timer. De er fleksible, og det hjelper meg virkelig når jeg har en dårlig periode.»

Han gir uttrykk for at måten de ansatte handlet i denne situasjonen, bidrar til å bygge tillit. Han forstår at de ansatte bryr seg. Tillit henger sammen med respekt, og mange brukere nevner begge begrepene når de beskriver 24SJU. I tillegg er det at de bryr seg uttrykt i mange av intervjuene:

«Det er idealistiske, positive mennesker som jobber her. De er medmennesker som bryr seg, uansett om de er snekker eller professor.»

Det å bry seg ble ofte knyttet til det å gjøre noe ekstra, som å ringe for å høre hvordan det sto til eller å ta med seg en pakke røyk når de kom på besøk i fengsel eller annen institusjon eller hjem til brukere.

I løpet av feltarbeidet snakket vi mye med en kvinne, 54 år, som har hatt et omfattende misbruk av rusmidler i mange år. Hun har også en alvorlig psykisk lidelse, som hun har hatt hele sitt voksne liv. Så langt 24SJU er kjent med, har hun ikke vært til behandling, bortsett fra at hun for mange år siden var til utredning. Hun har vært mye på 24SJU, og har ellers hatt tilknytning til det meste av det som finnes av lavterskel hjelpetiltak. Hun kan være svært utagerende, og er periodevis utestengt fra lavterskeltiltak og sosialkontor. Hun har egen leilighet som hun benytter i perioder. Personalet på 24SJU har hjulpet henne med å rydde leiligheten

for søppel et par ganger. Hun framstår som svært mistenksom, men med tillit til en ufaglært kvinne i personalet, som forteller:

«Jeg tror ikke det er sånn at hun ikke vil ha medisiner, det er bare blitt sånn... hun faller ut, bryter med alle hjelpere. Hun gjør det slutt med oss innimellom og sier at hun aldri vil komme hit mer, men så kommer hun alltid tilbake. Hun har til og med gjort det slutt med meg, men så gikk det heldigvis over. Vi skal følge henne til Gatehospitalet for å snakke om en mulig plass der. Lederen på Gatehospitalet er innstilt på det. Hun [klienten] faller mellom alle stoler, så da må vi lage en egen stol til henne... det vil si et sted der hun kan komme og sove, et rom der hun er trygg når hun er sjuk. Hun har egen bolig, men tør ikke bo der, stort sett. Bydelen har forsøkt med bo-oppfølging, men det har ikke funka... hun blir sinna, og da tør de ikke være der. Det har vært litt dårlig kjemi... hun er ikke så lett å hjelpe. Hun stoler jo ikke på noen, nesten... men nå har hun begynt å få litt tillit til en til av personalet også, for vi hadde et møte der hun skulle fortelle hva hun trengte, det var meg, den ene psykologen, rusmiddelkonsulenten og 'Karianne' [ansatt på24SJ]. Jeg var nok der bare for at hun skulle føle seg trygg. Hun snakka hele tida, 'Karianne' satt der bare og noterte. Så sa 'Karianne': «Skal jeg lese opp for deg hva jeg har skrevet, så vi er sikre på at jeg har forstått deg riktig, om du vil føye til noe eller forandre noe?» Så leste hun opp, og hun satt helt stille og hørte på. Det var så fint. Så begynte hun å grine... jeg tror det var fordi hun følte seg så sett, og det er hun vel ikke vant til, for hun er jo så sinna. Hun gikk og grein hele veien ut. Jeg ble ganske rørt selv, jeg. (...) målet er å få til et opplegg i samarbeid med Gatehospitalet, at de kan gi henne den skjermingen hun trenger innimellom i stedet for at vi skal, for det skal vi jo ikke.»

Kvinnen som er omtalt her, er en representant for kjernen i målgruppa, til tross for at hun har egen leilighet. Hun ser ut til å profitere på gode rammebetingelser for arbeid med mennesker i denne gruppa: lav terskel, psykiatrisk kompetanse, tålmodighet, et lite rigid system og godt samarbeid med andre aktører. Tålmodighet er en grunnleggende faktor ved arbeidet på 24SJU; det å gi brukere tid til å etablere tillit til personalet og gi rom til de som er sky og tilbakeholdne, eller som av andre grunner trenger tid. Det har vært mulig å huse denne brukeren i perioder da hun har vært svært syk, og i disse periodene har ansatte kunnet gi bistand over tid. Hjelpen har hatt ulike uttrykk, alt fra å hjelpe til med noe i hennes eget hjem, til skjerming på nattavdelingen. En forutsetning for å følge brukerens prosess på en

slik måte, er at fagpersonene har tilstrekkelig autonomi til å kunne gjøre nettopp dette (Ekeland, upublisert manuskript – se Borg 2009).

Det er i dette tilfellet opprettet et samarbeid med Gatehospitalet, og situasjonen til kvinnen har blitt noe mer stabil, blant annet ved at hun har fått medisiner som har bedret hennes psykiske tilstand. Et av de framtidige målene er å få etablert oppfølging som fungerer over tid, eventuelt med veiledning fra 24SJU. Det mest realistiske er likevel å forvente at hun kommer tilbake til 24SJU, enten det er for å bøte på ensomheten eller for å få hjelp. Periodevise tilbakeskritt er like naturlig som fremgang for mennesker i denne gruppa, og bedring foregår like gjerne utenfor de profesjonelle arenaene (Borg, 2009). Poenget må være å sikre gode forhold for å opprettholde bedringsprosesser underveis.

Hverdagslighet og humor er et av virkemidlene for kontakt. Praten rundt mangelen på sukker i havregrøten er et eksempel. En annen illustrasjon av humor som kontaktmiddel, fikk vi under en samtale med en bruker, en meget stille mann på 24SJU. Han bærer tydelig preg av å ikke være opptatt av egen hygiene. Han vil ikke si hva han heter annet enn fornavn. Det er usikkert om selv det er riktig. Han vil heller ikke undertegne skjema for samtykkeerklæring fordi han ikke vet hva han undertegner på og hvem som får se det. En dag mens vi sitter og prater, tar han av seg sokkene og forteller at en kan drive biologisk krigføring med de sokkene. Han går bort til vasken ved kjøkkenbenken, den som blir brukt til å vaske hendene og begynner å vaske den ene foten oppe i vasken. Personalet kommer til, skrur av vannet og ber ham slutte med det. Han svarer: «*Men vi vasker jo henda her... har dere sett hvor møkkete folk er på henda her, eller?! Vet dere ikke at føttene er beinas hender og hendene er beinas føtter?!*» Det ble ganske mye munterhet ut av det, både fra hans side og personalet. Munterheten bringer inn et øyeblikk av fellesskap.

Hendelsen over viser hvordan situasjoner i hverdagslivet kan bli til eksempler på normalitet. Innenfor bedringsforskningen legges det vekt på betydningen av hendelser i hverdagslivet i arbeidet med mennesker med dårlig psykisk helse (Almvik et al., 2011; Borg, 2007, 2009). På 24SJU er det mange anledninger til det vi kan kalle hverdagslig samhandling. Mange av dem finner sted rundt serveringsdisken. Ved en anledning var flere ansatte involvert i å få ringen av en veldig hoven finger til en av brukerne. Alle var samlet rundt disken. Det var mange involverte og mye latter. Psykiateren kom til og sa han hadde en teknikk der han bruker en sytråd for å få av ringer som sitter fast. Det fantes ikke noe sytråd på 24SJU, så han gikk opp på sysenteret på hjørnet for å skaffe ei snelle. Det gis

gjennom dette et sterkt signal til brukeren om at han betyr noe når den høyest rangerte, psykiateren, går for å kjøpe sytråd og drive med ting som dette (Skatvedt 2009). Det endte med at han ikke fikk av ringen, den måtte klippes av. På spørsmål om hva som er den overordnede strategien ved å drive med slikt, svarer han:

«Nei... strategien da, var å gi ham noe som han opplevde som et presserende behov for akkurat her og nå, for å få ham i tale. Mens han da liksom opplevde at jeg hadde hjulpet han med det, så ville det ha kunnet åpne porten. Så det ble samme strategien som til resten her, altså resten av verktøyene våre, at det skal være en inngangsport.»

Han la vekt på at intensjonen med de ulike tilbudene (mat, overnatting, helsehjelp) ikke var tilbud per se: *Intensjonen er alliansebygging med det som verktøy.*

Medisinutdeling er en situasjon der det ofte ligger til rette for hverdagsprat, relasjonsbygging og tillitsarbeid. Når klienter får Subutex eller liknende, skal de alltid sitte en stund sammen med sykepleier. Dette foregår som regel i den lille sittegruppa i nattavdelinga. Her er et utdrag fra feltdagbok:

Sykepleieren og mannen sitter i hver sin stol rundt bordet. Han forteller at han skal over på Villa MAR, så seinere kan han få medisinen der. De prater om hvor Villa MAR ligger og finner at det er rett i nærheten av der sykepleieren bor: « så da kan det jo hende at vi treffes innimellom, når du er der...» sier hun. De snakker om kirka og hvor sykepleieren bodde før. Der er han også godkjent, for han bodde der da han vokste opp. Det kommer fram at de begge kjenner et eldre ektepar på stedet, og mannen sier: «ja, hva hadde fotballtreninga der vært uten dem!» Etter hvert spør sykepleieren: «Hvordan har det har vært med stoff og sånt før du begynte på Subutex?» Han forteller litt om hvordan det hadde seg.

Hverdagsprat er et grunnleggende element i terapeutisk arbeid, blant annet fordi denne typen prat innvirker på behandlingsrelasjonen og klienters / pasienters opplevelse av seg selv som verdige alminnelige mennesker som er noe mer enn bare en diagnose (Almvik et al., 2011; Borg, 2007; Skatvedt, 2009). Situasjonen viser hvordan medisinutdeling både kan ha elementer av hverdagsprat, observasjon og kartlegging. Medisinutdeling som dette framsto som viktig verktøy for å etablere en god relasjon og bygge tillit, og for å vise omsorg og interesse via hverdagspraten som følger med.

Utdeling av medisin er også en medvirkende grunn til at brukere, som ellers er ustabile, kommer tilbake, slik at det kan sikres framdrift i kartlegging og bedringsprosesser. Trolig er denne typen prat også oppfattet som «et gode» fordi den gir en forankring i en etterlengtet normalitet, om det så bare er for en liten stund. Men selv kortvarige, hverdagslige samhandlingssituasjoner som gir en opplevelse av normalitet, kan vise seg å ha stor betydning som terapeutisk verktøy, og dermed for personers bedringsprosess (Almvik et al., 2011; Borg, 2007; Skatvedt, 2009).

5.6 En arena for brukerstemmer

Flere av brukerne var opptatt av at de ville ha medvirkning til og påvirkning på utformingen av tilbudet på 24SJU. Noen ga uttrykk for at brukermedvirkning ikke var nok i fokus, mens andre var tilfreds med hvordan den ble ivaretatt:

«Dette er et sted der det absolutt er brukermedvirkning. Det er åpent og brukere blir spurt om ting og hørt på her.»

Det har vært avholdt flere åpne brukermøter, og som del av feltarbeidet har vi deltatt på flere av disse. Et interessant tema på ett av disse møtene var at brukerne syns at det var for utydelige grenser når det gjaldt hva som var lov og ikke lov i lokalene, og en del etterlyste flere og tydeligere regler og sanksjoner for oppførsel i miljørommet. Det var en tendens til at brukere i større grad enn ansatte ønsket sanksjoner på uønsket atferd. Det kom fram at de ansatte ønsket å ha så få sanksjoner som mulig for regelbrudd. De ønsket eksempelvis ikke å bruke utestengning. Dette for at de ikke ville risikere å stenge ute personer de jobbet aktivt med, og som kunne være utestengt fra andre tilbud for kortere eller lengre tid på grunn av uønsket atferd som utagering eller beruselse.

I 2010 ble det på et åpent brukermøte enighet om at det skulle foretas en spørreundersøkelse der brukerne ble invitert til å komme med forslag til hvordan man kunne forhindre uønsket atferd inne i lokalene, og hvilke konsekvenser brudd på regler skulle få. Dette ble av en bruker omtalt som direkte brukermedvirkning; at de skulle være med å bestemme reglene gjennom en spørreundersøkelse. Det var 79 personer som svarte på spørreskjemaet, og det kom inn mange interessante synspunkter. Det var iøynefallende mange som ga uttrykk for at sanksjoner var veien å gå for å få bukt med problemer som for eksempel injisering og omsetning av narkotika inne i lokalene, og flere foreslo langvarig utestenging. Så vidt vi kjenner til, ble det imidlertid ikke innført noen spesielle sanksjoner i etterkant av

undersøkelsen. Brudd på regler møtes med dialog, og i verste fall (ved utagering, trusler) utestenging for resten av dagen, og politianmeldelse i tilfeller der dette vurderes som nødvendig. Brukerne ga generelt uttrykk for at de stilte seg positive til at en kunne bortvises fra lokalene, men ikke utestenges fra kontakt med ansatte. Kontakten kunne i slike tilfeller foregå på utsiden, på kafé eller liknende.

Det første året ble det holdt åpne brukermøter med ujevne mellomrom, men ordningen avtok det siste året av evalueringsperioden. Noen brukere syntes at det var uheldig at de ansatte ikke opprettholdt ambisjonen om å ha slike møter jevnlig, og da helst en gang i uken. Av ulike grunner mente de ansatte at det var vanskelig å gjennomføre. Det var dårlig oppmøte, og mange som kom, var ikke i form til å delta aktivt. Det hendte eksempelvis flere ganger at noen sovnet. På et tidspunkt på ett av de åpne brukermøtene, var det kun en bruker som var våken. På flere av møtene var det også flere ansatte enn brukere til stede. Det kan ut fra dette se ut til at denne gruppa har et for ustabil funksjonsnivå til at det er hensiktsmessig med regelmessige brukermøter. Løsningen ble, slik vi erfarer, at ansatte tok opp relevante temaer når brukere var i form til å komme med refleksjoner. Det er likevel grunn til å tro at selv mislykkede forsøk på å gjennomføre brukermøter, er bidrag til å senke terskelen for medvirkning, og en hjelp til å overskride kompetanseterskelen (Jacobsen et al., 1982) og kunne formidle hva slags behov og ønsker en har.

En oppsummering av brukerstemmene viser at de fleste gir uttrykk for at de er positive til 24SJU. De sier seg fornøyd med det praktiske tilbudet de får. Dette gjelder mat og muligheten til å hvile, at de kan få rene klær, bruk av PC og telefon. De fleste sier seg også fornøyd med den helse- og sosialfaglige hjelpen de har mottatt.

I flere intervjuer nevnes det at 24SJU fungerer som «støttekontakt», igangsetter og videreformidler til andre instanser. Flere av brukerne forteller at de har kommet i gang med ting på 24SJU. Som en av dem sa: «Jeg har fått gjort mer her på en måned enn på ett år..», en annen fortalte: «Jeg har fått mer hjelp her på to uker enn på tre år i hjembygda mi.» Mange vektlegger også at det er ansatte med annen og mer kompetanse enn på andre tilgjengelige hjelpetiltak:

«Det gir en trygghet å ha et sted å gå til. Ekspertisen og den faglige kompetansen i tilbudet gjør det annerledes enn andre steder jeg har vært før. De har en koordinerende funksjon og videreformidler behov.»

Trygghet og følelsen av å være velkommen, samt tilfredshet med å kunne komme til et sted med lengre åpningstid enn andre tiltak tilbyr, blir fremhevet av flere. Det beste med 24SJU er, ifølge mange av brukerne, måten de ansatte møter dem på, at dette er annerledes ved at de ansatte i større grad uttrykker respekt for de som kommer, enn hva tilfellet er i andre hjelpetiltak de har oppsøkt. Andre uttrykker en mer kritisk holdning ved at de gir uttrykk for at de ikke har fått den helse- og sosialfaglige hjelpen de hadde håpet på. Enkelte av de som uttrykker seg kritisk, roser likevel 24SJU sin evne til å ta imot brukerne.

Vi har nå belyst og diskutert noen av de viktigste verktøyene på 24SJU. Vi har sett at det følger noen utfordringer med flere av dem. Avslutningsvis i dette kapitlet skal vi presentere og diskutere noen reaksjoner på innstramminger som ble gjennomført for å spisse tilbudet slik at det ble tilgjengelig i hovedsak for de aller dårligste og ikke for alle med rusmiddelproblemer som oppholder seg i Oslo sentrum.

5.7 Innstramminger

Tilbudet på 24SJU skal være lett tilgjengelig for de som inngår i målgruppa. Brukernes opplevelse av tilgjengelighet har imidlertid variert med de ansattes forsøk på å etablere et hjelpetilbud som i hovedsak skal tiltrekke seg de dårligste, de som ser ut til å falle mellom alle stoler. Noen brukere har uttrykt fortvilelse og sinne over det de oppfattet som uforutsigbare skifter i driften. Et par vi snakket med sa det slik:

«(Han) Nå er hele huset her snudd på hue, tilbake til scratch, sånn som det var i begynnelsen her... helt nazi! Dem forandrer jo reglene hele tida... (...) vi har jo bodd her lenge og fått masse hjelp, men nå får vi jo ikke lov til noen ting, får ikke ta en dusj eller noe! «Gå på Urtegata», sier dem! Og der må du vente i mange timer, og er du heldig, så får du dusje i noen minutter hvis dusjen virker! (Hun): Det betyr jo så mye for oss som bor på gata, å få dusja og stelt seg, det gjør noe med hele verdigheten din... det gjør noe med hele dagen! (Han): Jeg skjønner ikke hva dem tenker på når vi ikke får dusje her, når vi fikk lov til det før... det var jo så koselig her... men nå får vi ligge her i natt, fordi vi skal på ansvarsgruppemøte i morra.»

Dette var et par det var blitt jobbet mye med. På dette tidspunktet var de henvist videre til andre deler av hjelpeapparatet, og skulle derfor ikke lenger bruke tilbudene på 24SJU. De aksepterte ikke at tilbudet på 24SJU ikke lenger skulle være tilgjengelig for dem.

Enkelte brukere gir med andre ord uttrykk for at tilbudet har blitt dårligere over tid. Hvorvidt dette medfører riktighet vil kunne være avhengig av hvem en spør. Ut fra våre data er det slik at de som åpenbart ikke er i målgruppa, eller som er henvist videre, og som har et opplegg som fungerer, forsøkes ledet til andre steder for å dusje og spise. For mange oppleves dette urettferdig og vanskelig å forstå.

I starten var de ansatte kanskje for snille, noe som kan ha sammenheng med at de i denne perioden var opptatt av å få oversikt over hvem som kunne sies å inngå i den aktuelle målgruppa, og gjøre seg kjent med disse. I tillegg var det også viktig å få ut informasjon til potensielle brukere, og at det derfor trolig var en ekstra lav terskel. En bruker sa det slik:

«Det var nesten sjokkerende bra her i starten, men nå er det jo nesten umulig å få hjelp her! (..) Nå er det mye trynefaktor her, og det var det ikke i starten. Nå må jeg gå ei uke uten dusj før jeg får låne dusjen her, det skal ikke være nødvendig, syns jeg».

Her snakkes det om trynefaktor, og det vises til at noen får tilgang på goder, mens andre ikke får, noe vi kommer tilbake til. Brukeren over peker på flere forhold. Det ene er forventningen om at 24SJU er et sted der en kan få dusje om en har behov for det. Dusjene er imidlertid tiltenkt de som inngår i målgruppa, og ikke alle som ønsker å dusje. Det kan synes som om han ser for seg at 24SJU er et sted der han kan få dusje når han trenger det, og at han ikke har forstått at dusjene er tiltenkt folk som er i målgruppa som de ansatte ønsker å opparbeide en relasjon til. Evalueringen viser at det er en utfordring å komme gjennom med denne type informasjon. Samtidig må en også ha med seg at en del rusmiddelmissbrukere har lav toleranse for å bli nektet tilbud de selv mener de har rett til, og at noen kan omgå sannheten for å få noe de ønsker. Dette kan ses som en del av en nødvendig gatekapital (Sandberg & Pedersen, 2009). Det kan med andre ord være at noen, til tross for at de vet at tilbudet er tiltenkt andre, likevel oppsøker 24SJU, og insisterer på å få tilgang til for eksempel dusj og mat.

Det arbeides kontinuerlig med å forklare de som kommer, at 24SJU er et tilbud for de aller dårligste rusmiddelmissbrukerne. Ansatte opplever ofte at det er vanskelig å nå fram med dette hos mange: *«det er ikke så lett... ganske mange forstår det ikke – de skal jo bare ha ei brødkive...»*. Et ungt par hadde vært nokså mye på 24SJU. De ansatte vurderte imidlertid at det ikke var hensiktsmessig for dem å bruke stedet. Paret var opprørt og oppgitte over å bli avvist:

«Nå får du bare slengt i trynet at det er ikke noe kafé her, da kan du gå et annet sted... får to brødskiver, ikke mer... men, det er vel sånn de vil ha det her... men det kommer til å bli stengt her, for folk kommer ikke til å komme til slutt... tilbake til sånn som det var i begynnelsen. Folk gidder jo ikke komme når du ikke får noen ting her. Dette skulle jo være et sted der folk skulle få slappe av, ta en kaffe og dusj og sånn, men de snur jo om på regler hele tida.»

Dette var etter at de ansatte hadde begynt å stramme inn for å få færre brukere inn døra, og i særdeleshet de som åpenbart ikke var i målgruppa. Ifølge dette paret hadde 24SJU blitt et sted som ikke lenger var koselig slik det hadde vært tidligere. Noen av utfordringene med at mange utenfor målgruppa oppsøker tilbudet, løses naturlig nok ved at ikke alle slipper inn. Spørsmålet er da om det er de riktige som kommer, eller om det fører til at personer innenfor målgruppa ikke oppsøker tilbudet hvis det ryktes at en ikke får komme inn? Flere av brukerne ga uttrykk for at de satte pris på at ansatte strammet inn tilgjengeligheten for de som *«ikke har noe her å gjøre»*, og at de opplevde at det føltes tryggere å være der når det ikke var så mange der på en gang.

Trynefaktor og informasjonsflyt

Oppsiktsvekkende mange brukere gir uttrykk for at de opplever at det er mye av det de kaller *trynefaktor* eller *trynetillegg* på 24SJU selv om dette ikke er betegnelser som er introdusert av oss. De gir uttrykk for at de ansatte forskjellsbehandler de som oppsøker 24SJU. Som vi har vært inne på tidligere, er det en utfordring at 24SJU skal være et lavterskeltilbud, samtidig som målgruppa skal begrenses til de mest utsatte, de som sliter med både rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser. Som en ansatt sier det: *«her behandler vi folk forskjellig.»* Med det mener han at de behandler de som oppsøker 24SJU etter en individuell vurdering, noe som innebærer at de blir behandlet ulikt. Problemet fra brukernes perspektiv blir at de ikke alltid får god nok informasjon om hvorfor ikke alle får det samme tilbudet om hjelp.

Hva som er rettferdig, og hva som er likhet versus ulikhet i behandlingen av enkeltpersoner, er en vanskelig og vedvarende diskusjon. At flere brukere gir uttrykk for at trynefaktor er med og bestemmer hvem som får hjelp, kan sies å stå i motsetning til at mange snakker om at de har tillit til 24SJU. Fra en annen vinkel kan vi si at de har tillit til ansatte, men misliker at brukerne blir behandlet ulikt og etter trynefaktor: *«Hvorfor får hun lov når jeg ikke får lov,»* som flere av brukerne spurte om. De ansatte sier at de jobber kontinuerlig med å opparbeide tillit fra

brukerne. Det at mange brukere snakker om trynefaktor eller forskjellsbehandling, kan også skyldes problemstillingen vi tidligere har nevnt, med at mange i utgangspunktet føler en grunnleggende mistillit til hjelpeapparatet.

Problemet knyttet til trynefaktor kan ses i sammenheng med utfordringene 24SJU har hatt med informasjonsflyt til brukerne. Dette har vært et tilbakevendende tema både på interne møter og i tilbakemeldinger fra evalueringen til de ansatte. De ansatte har vært opptatt av at lokalet ikke skal domineres av plakater med informasjon. De ønsker at det skal være hyggelig, og at for mye bruk av plakater på veggene kan minne brukerne om institusjoner og offentlige kontorer. Dette har ført til at det har vært vanskelig å formidle informasjon. Vanskeligst har det vært å formidle informasjon om de ansattes spesialkompetanse på ulike felt, samt det vi kan kalle de knappe godene som tilbys. Av knappe goder har spesielt plass i hvilestolene på natta og mulighetene for å sove i miljørommet på dagtid ofte vært nevnt i intervjuene.

«Ja, og så er det da hvor gæærn du er, da får du [sove her]. Da får du til og med eget «kontor» [de som trenger ekstra skjerming har noen ganger ligget på et av kontorene]. En har de avvist og avvist og avvist, det var meg og en annen, da hadde de fire stoler ledig, og hvorfor har de de stolene da? Når folk går og fryser om natta? Jeg skjønner ikke det. Da er de helt på villspor mener jeg.»

Mange som hadde vært på 24SJU over flere uker, visste ikke at det fantes hvilestoler og mulighet for overnatting. Det er imidlertid både fordeler og ulemper med at ikke alle vet at det er mulig å overnatte. Det kan for eksempel være en fordel at de som ikke vurderes å ha behov for hvilestolene, heller ikke vet at de finnes. Det kan dempe tilsiaget av folk som ikke kommer seg, eller ikke vil hjem.

Flere brukere gir uttrykk for at de ikke vet hva som skal til for å få tilgang på flere av de knappe godene. De sier også at de ikke tror at de ansatte har saklige begrunnelser for hvem som får og ikke får overnatte, de tror at om man får overnatte der kun er et resultat av trynefaktor og hva den ansatte føler der og da. Det er lett å forstå at det oppleves urettferdig at en person ikke slipper inn og får overnatte når en vet at det er ledige plasser. Det kan være vanskelig å forstå begrunnelsen, at det å la en bruker sove der kommer i konflikt med oppdraget hvis den det gjelder for eksempel har rom på hybelhus, men ikke ønsker å benytte dette.

I tillegg til slike konkrete kritiske bemerkninger, synes det som at flere brukere ikke helt vet eller har forstått hva slags tiltak 24SJU er, og hvilken spesialistkompetanse som finnes der, noe vi allerede har nevnt. Det er derfor en stor utfordring for de ansatte å fortløpende informere brukerne om hva 24SJU har å tilby. Etter at det kom opp plakater med navn, bilde og yrke på de ansatte, har flere av kommentert at det bidrar til at de får vite mer om hva slags kompetanse de ansatte har, og dermed hva de kan få hjelp til.

Mange av brukerne vektlegger det å kunne spise på 24SJU, ikke bare for å bli mette, men fordi det da blir mer naturlig å legge turen innom. På den måten kommer de lettere i kontakt med ansatte som bistår dem i prosessen med å få hjelp. Som vi så over, er flere negative til at det ikke lenger er like mye og like god mat som det var den første tiden. Brukerne har imidlertid også delte meninger om dette:

«24SJU har blitt mer faglig sterke i løpet av de to årene. Tidligere var det koseligere, men de hadde ikke mappe på noen. Nå har de mindre tid til å lage mat fordi de følger opp flere. Det er bedre at de bruker tid på systemet enn at de lager mat. Det er omsorg i mat også, men ta heller noen telefoner.»

Her peker en bruker på at selv om mat er en viktig del av omsorgen de trenger, er det den andre hjelpen de får på 24SJU, så som oppfølging, som verdsettes høyest. Dette framholdes av flere brukere i intervjuene.

Et tiltak som 24SJU vil alltid ha problemer med å avvise personer som åpenbart trenger omsorg og som ber om mat. Det er imidlertid også andre hjelpetiltak i Oslo sentrum der brukere kan få kaffe, mat, en prat, dusje, få vasket klær osv. En av de ansatte beskrev argumentasjonen for å bruke 24SJU slik:

«Det er den evige alle skal behandles likt-greia. Eller et sånt resonnement som altså jeg skal ha høyere metadondose enn deg, fordi jeg er mer narkoman enn deg. Altså, den type regnestykker og rettferdighetsbetraktninger er jo veldig vanlig innen dette miljøet her sånn.»

Flere ansatte ga for øvrig uttrykk for at de opplevde dilemma ved at det i oppdraget sto at de skulle yte øyeblikksomsorg, samtidig som det lå begrensninger i hvem som skulle få slik omsorg.

Det at en etter hvert rettet større oppmerksomhet mot å forsøke å sile de som kom, har ført til at 24SJU er blitt mindre tilgjengelig og har fått en høyere terskel for de av brukerne som kun ønsker et gratis måltid og hvile. Det er grunn til å tro at en høyere terskel for disse, kan bidra til at den blir lavere for de som tiltaket i utgangspunktet er tenkt for. Dette fordi det vil være færre brukere inne av gangen, og det derfor virker mindre truende å gå inn for de mest engstelige.

I dette kapitlet har vi tatt for oss verktøy og metoder i virksomheten. Mange av disse har karakter av å være øyeblikksomsorg og hverdagssamvær, men som vi har vist, kan omsorg også være et terapeutisk verktøy og behandling i seg selv (Almvik et al., 2011; Norvoll, 2007; Schepelern Johansen, 2007; Skatvedt, 2009). Vi skal nå sammenfatte og diskutere hovedfunnene fra evalueringa.

6 Oppsummerende diskusjon

Hovedmålet til 24SJU er å bidra til at de mest utsatte rusmiddelavhengige som ikke i tilstrekkelig grad nås gjennom det eksisterende hjelpetilbudet, oppnår bedre fysisk og psykisk helse, økt sosial inkludering og egen mestring. Arbeidet skal foregå i nært samarbeid med andre aktører på feltet. I evalueringen er SIRUS bedt om å vurdere hvorvidt 24SJU har lyktes i å nå de oppsatte målene.

I kapittel to har vi drøftet noen utfordringer knyttet til en evaluering som denne. En evaluering basert på et følgeforskningsdesign med feltarbeid, deltagende observasjon og intervjuer, vil ikke kunne måle effekt av tiltak, og i særdeleshet ikke med tanke på den klientgruppa der her er snakk om. For de fleste i den aktuelle gruppa må bedring trolig ses som en svært langvarig, kanskje livslang prosess, med små skritt framover og mange tilbakefall, der mange hjelpere er inne i bildet. Slik målene for 24SJU er definert, vil det dermed være problematisk å måle hvorvidt en har lyktes i tradisjonell forstand. For eksempel vil det være vanskelig å si om eventuell bedring er et resultat av 24SJU, eller i hvilken grad andre forhold spiller inn. Vi har imidlertid systematisk samlet inn og analysert et omfattende datamateriale som danner et godt grunnlag for å belyse problemstillingene som er skissert i kapittel to.

Vi skal her oppsummere og diskutere noen av funnene som direkte angår brukergruppa på 24SJU og verktøy som er sentrale for å møte deres behov. Videre tar vi opp forhold som har med rammebetingelser for arbeid og samarbeid å gjøre. Til slutt i kapitlet drøfter vi hvilken betydning det kan ha at 24SJU er drevet av en ideell organisasjon som ikke inngår som en del av det øvrige hjelpeapparatet, og hva det innebærer å nå de som inngår i denne gruppa med «tilstrekkelig hjelp».

6.1 Øyeblikksomsorg som terapeutisk verktøy

Det er ingen tvil om at 24SJU yter hjelp og øyeblikksomsorg til veldig mange, og at mange av de som kommer til 24SJU, får hjelp som vil kunne bidra til at de på sikt får bedret psykisk og fysisk helse. Dette har vi knyttet til flere forhold. Noe dreier

seg om interne rammebetingelser, og at tiltaket er lite byråkratisk og lett tilgjengelig, både med hensyn til beliggenhet, åpningstider og at ansatte har stort handlingsrom. Videre framstår tålmodighet, tid og tillit som viktige forutsetninger for å bygge gode relasjoner for å nå denne gruppa på en måte som kan bidra til bedring på sikt. Ut fra datamaterialet ser det ut til at 24SJU nyter mer tillit blant brukerne enn mange tiltak i det offentlige, som for eksempel sosialkontor/NAV.

Sett fra vårt ståsted, synes behovet for øyeblikksomsorg og hjelp for den aktuelle målgruppa å være tilnærmet umettelig. Dette er noe av det som har skapt store utfordringer for driften av tiltaket. Det har sammenheng med at tilbudet er tenkt for de aller mest sårbare. Mange som ikke har så omfattende problematikk har, naturlig nok, også oppsøkt lokalene. Noe av denne tilstrømmingen kan ses i sammenheng med tilgjengelighet.

Vår vurdering er at ansatte etter hvert har lyktes i å få ned antallet personer som åpenbart *ikke* er i målgruppa, det vil si personer som har etablert kontakt med, og som mottar hjelp fra andre instanser, og/eller som ikke kan sies å ha omfattende rusmiddel- og psykiske helseproblemer. Vi ser imidlertid at det ikke vil være mulig å oppnå en situasjon der *alle* brukerne som oppholder seg i lokalene til en hver tid er i målgruppa. Det vil i så fall trolig medføre at flere av disse unnlater å komme. Det er med andre ord nødvendig med et visst slingringsmonn, med hensyn til å tåle tilstedeværelsen av personer som kanskje ikke er i målgruppa, blant annet fordi det tar tid å kartlegge hvem brukerne er, og hvilke behov de har. En av spesialsykepleierne sa det slik:

«Vi ser jo at noen som man trodde i utgangpunktet kanskje ikke var målgruppe, kanskje er målgruppe allikevel (...) Vi må tørre å bruke tid, vi må tørre at noen blir kafégjester.»

Betegnelsen lavterskeltiltak, navnet 24SJU og begrenset tilgjengelighet nattestid medfører et dilemma. Som vi ser av brukerundersøkelsen, reises det kritikk mot å benevne tiltaket 24SJU. Det samme kan i noen grad sies om at det er et lavterskeltilbud. Det er riktignok lav terskel for å få kontakt, men tilbudet er ikke ment for alle som ferdes i sentrumsmiljøet, slik betegnelsen gir assosiasjoner om. 24SJU retter seg inn på den mest forkomne delen av rusmiddelmissbrukerne i Oslo sentrum. Det er lav terskel inn til spesialisthelsetjenestetilbud, men bare for de som vurderes å ha behov for slike tjenester.

Hvis terskelen blir for lav i betydningen at det er et tilbud åpent for «alle», får de ansatte ikke gjort det de skal for å hjelpe de mest utsatte. Vi vurderer innstramningen som gradvis er gjennomført som viktig for å konsentrere arbeidet om denne spesielle gruppa, og ikke framstå som et mer allment lavterskel værested. Alt tyder på at silingsarbeidet vil være en kontinuerlig prosess som trenger oppmerksomhet og bruk av skjønn.

6.2 Forholdet mellom bedring, kompetanse og uformelt samvær

Det er viktig å understreke at bedringsprosesser for de som inngår i denne gruppa, som regel krever lang tid, og der periodevis tilbakeskritt vil være en del av prosessen (Borg, 2009). Som Borg påpeker, handler bedringsprosesser om hva den enkelte vil med livet, hvordan vedkommende kan nå sine mål, og hvem som kan hjelpe til med dette (ibid.). I dette perspektivet legges det vekt på at bedringsprosesser foregår vel så mye utenfor som innenfor de profesjonelle arenaene. Om en ser bedring som et kontinuum, innebærer det at 24SJU vil befinne seg på et tidlig stadium i brukeres bedringsprosesser, samtidig som de følger brukerne videre til det er etablert relasjoner med øvrig hjelpeapparat.

Kompetansen 24SJU innehar, gir muligheten til å utrede og gi medisinsk behandling til brukere med alvorlig sinnslidelse, som psykoser og andre forvirringstilstander, nærmest på gateplan. På den måten ligger det til rette for at situasjonen kan stabiliseres og brukeren kan bli mer tilgjengelig for samtale og samarbeid. Ut fra datamaterialet synes lett tilgang på denne typen kompetanse å være utslagsgivende for de med svært dårlig psykisk helse, da disse kanskje er de som er vanskeligst å fange opp og holde på tilstrekkelig lenge til at en kan arbeide for å stabilisere livssituasjonen. Det er vel kjent at det innenfor det ordinære hjelpeapparatet er lang ventetid for å få psykologisk/psykiatrisk behandling, og at flere terskler gjør seg gjeldene på en slik måte at brukerne ikke benytter seg av eventuelle tilbud (Edland-Gryt og Skatvedt, 2012; Jacobsen, 1982).

Noe av det som skiller 24SJU fra andre tiltak, er nettopp tilgjengelighet til spesialisthelsetjenestekompetanse på lavterskelnivå. På dagtid kan brukerne komme mer eller mindre rett til psykolog, lege eller andre med spesialistkompetanse. Ved at det også er mulig å være der om natta, er det er lettere å holde på brukere som har behov for ulike tjenester ved å tilby overnatting i forkant av, eller i forbindelse med behandling eller lignende.

Selv om en viktig side ved 24SJU er tilgangen på spesialistkompetanse, skal ikke det som gjøres av ansatte uten slik spesialistkompetanse (både dag- og nattpersonale) undervurderes. Dette gjelder eksempelvis å bidra til at brukeren kommer til avtalte timer, eller motivering til å gjøre endringer med hensyn til helse og livsstil gjennom uformell prat. Flere studier peker på at mye av det som får personer i denne gruppa til å komme seg, foregår i hverdagssituasjoner (Borg, 2007, 2009). Et eksempel kan være å drikke kaffe eller spise sammen, et annet kan være en tur sammen til sosialkontoret eller fastlegen. Det som gjerne omtales som «bare omsorg», har betydning for utvikling av håp, og for at bedringsprosesser skal kunne settes i gang og utvikles (Almvik et al., 2011; Borg, 2007; Schepelern Johansen, 2007). Derfor kan det også være av betydning at det medisinske hierarkiet på dette viset er snudd på hodet, og at personer med kompetanse innenfor psykisk helsearbeid deltar i slikt hverdagssamvær (Schepelern Johansen, 2007; Skatvedt, 2009). Mye av det grunnleggende relasjonsarbeidet er viktig for at den det gjelder skal kunne nyttiggjøre seg av hjelpetiltak, det være seg ulike spesialisthelsetjenester, eller mer praktisk rettede tjenester som bolig og tjenester fra NAV/sosialtjeneste. For personer som lever så kaotiske og ustrukturerte liv som mange i denne gruppa gjør, kan det utvilsomt være en fordel at ulike former for hjelp er samlet og lett tilgjengelig, slik det er på 24SJU.

En vet at relasjonen mellom hjelper og klient har stor betydning for utfallet av kontakten (Duncan et al., 2007; Hubble et al., 1999; Lambert, Bergin, & Garfield, 2004; Skatvedt, 2009). Selv om relasjonsbygging generelt blir sett som viktig i arbeidet med den aktuelle målgruppa, ser det ut fra vårt datamateriale ut som om rammebetingelsene på 24SJU gjør det lettere å få dette til i praksis enn i andre hjelpetiltak. Flere av brukerne på 24SJU har kommet på kant med andre hjelpere på grunn av utagering, og er i perioder blitt bortvist fra NAV/sosialkontor eller andre tiltak der de kunne fått hjelp. Rammebetingelsene på 24SJU gjør det faglig enklere å romme utagerende personer, slik at relasjonsarbeidet ikke like lett blir brutt og at konflikter mellom hjelper og bruker ikke eskalerer. 24SJU har trolig større fleksibilitet med hensyn til å jobbe også utenfor lokalene og på andre måter, enn mange andre hjelpeinstanser. Ikke minst er de godt bemannet og har en faglig bredt sammensatt personalgruppe som gjør dem i stand til å takle utfordringene med aggressive, forvirrede og lite samarbeidsvillige brukere. I tillegg er ambisjonene om å kunne romme de aller dårligste et mål som er høyt rangert i ansattgruppa.

6.3 Utfordringer for samarbeid

En viktig målsetting for 24SJU er formidling til, og samarbeid med øvrige hjelpetjenester. Det synes som 24SJU i stor grad har lyktes i å (re-)opprette kontakt for brukere med hjelpeinstanser som sosialkontor, NAV og fastlege, også over tid. Her bør det bemerkes at rammebetingelsene for å få til et godt samarbeid med andre aktører ikke alltid har vært optimale, i og med at det i utgangspunktet var forholdsvis sterk motvilje mot opprettelsen av tiltaket. Det må også kunne sies at målet om å bidra til bedret samhandling mellom ulike deler av tjenesteapparatet var vel ambisiøst. Gjennom analysen av datamaterialet har vi knyttet dette til blant annet konkurranse om økonomiske midler. Så lenge det formelle koordineringsansvaret for ulike tjenester tilligger kommune og stat, må det vurderes som lite hensiktsmessig at et tiltak som ikke inngår som en del av de ordinære tjenestene, skal ha et slikt ansvar. Ut fra våre observasjoner ser det likevel ut til at 24SJU har bidratt til bedret samhandling gjennom at ulike aktører i feltet etter hvert er blitt kjent med driften og ansatte på 24SJU, og at samarbeidet har vist seg nyttig i arbeidet med brukere det er særlig utfordrende å jobbe med, og som i perioder uteblir. Dette kan være uttrykk for en positiv prosess i så måte.

Det vil trolig være slik at flere av brukerne som er videreformidlet fra 24SJU til andre hjelpetiltak, vil kunne sirkulere mellom de ulike aktørene (for eksempel mellom 24SJU og tiltak innenfor Oslo kommune) også i framtida. Dette synes vanskelig å unngå, men trenger ikke nødvendigvis ses på som negativt eller et tegn på at en ikke lykkes. For at langsiktige bedringsprosesser som det er snakk om her, ikke skal brytes, men utvikles, er en imidlertid avhengig av at samarbeidet mellom de ulike aktørene og brukerne fungerer godt.

Samarbeidsutfordringer kan knyttes til møtet mellom ulike kulturer (Baklien & Wejden, 2009). Baklien og Wejden viser for eksempel til samarbeid mellom barnevernet (forvaltningskultur) og barnehagene (uformell kultur), og Shönefelder peker på kulturelle forhold som utfordrer samarbeidet mellom medisinsk- og sosialfaglig personale i psykiatrien (Baklien & Wejden, 2009; Schönfelder, 2007). I evalueringen av 24SJU mener vi å se noen av de samme utfordringene. En kan tenke seg at «bilder av de andre» kan danne u håndgripelige barrierer ved at aktørene tar de for gitt og handler ut fra dem, mer eller mindre bevisst (Baklien, 2009). I denne forbindelsen kan «bilder av de andre» både være forestillinger brukere og hjelpeapparat har om hverandre, men også forestillinger ulike aktører i hjelpeapparatet har om hverandre, og som inngår i rammebetingelsene for samarbeid og som påvirker samhandlingen mellom dem.

På samme måte vil en ut fra datamaterialet kunne si at rusmiddelfeltet, både innad i et enkelt tiltak og mellom ulike aktører er preget av interessemotsetninger og kulturforskjeller som innvirker på hvilke rammebetingelser samarbeidet mellom dem har. Det er en utfordring å snu disse fra å være begrensende faktorer som hindrer aktørene å nå sine mål, til å bli push-faktorer som hjelper dem å nå målene.

6.4 Utvikling av metode

Som vi var inne på innledningsvis, ble verktøyet for utvikling av metode, GLL, avsluttet uten at det hadde vært utviklet noen metode for arbeidet på 24SJU. Det kan synes som om ambisjonene om å utvikle generaliserbare metoder for denne typen arbeid var vel høye, gitt at dette er et nystartet prosjekt med kort tidsperspektiv. To år må sies å være forholdsvis kort tid, med tanke på samtidig prosjekt- og metodeutvikling. Etter vår oppfatning ville det vært mer realistisk å arbeide konkret med utvikling av arbeidsmetoder etter at et prosjekt har vært i drift lenge nok til at en har kunnet finne ut hvilke metoder som er best egnet for formålet. Et annet forhold er nødvendig kompetanse til å systematisere og bearbeide noe som kan publiseres som metodeverktøy som kan nyttes i andre prosjekter overfor samme målgruppe. Slik sett ser vi det som en fordel at det ble innleid en fagbokforfatter til dette arbeidet. Sett i forhold til oppdraget om å utvikle en metode for arbeidet innenfor de første to driftsårene, kom dette seint i gang. På en annen side startet det opp seint nok til at ulike tilnærminger var blitt prøvd ut, slik at en hadde et tryggere belegg for konklusjoner om hva som kan være virksomt enn om dette arbeidet hadde vært forsert.

6.5 En gjøkunge?

Vi har vært inne på at 24SJU kan sies å være en gjøkunge i tiltaksfloraen på rusmiddelfeltet, da det ikke inngår i det ordinære hjelpeapparatet. I evalueringa har det kommet fram at det kan være klare fordeler ved at det i tillegg til de tilbudene som inngår i det offentlige tilbudet, finnes tiltak for denne brukergruppa som drives av en ideell organisasjon.

En skal ikke undervurdere betydningen av det ekstra engasjementet som i enkelte tilfeller særpreger ansatte som arbeider i ideelle organisasjoner. Dette kan ha sammenheng med at ideologi og idealisme har en større plass i denne type tiltak enn det en ofte ser i større, offentlige organisasjoner (Lorentzen, 1994). Det kan også ha med religiøsitet å gjøre, uten at det dermed ligger implisitt at alle ansatte er

religiøse. Rammebetingelsene vil innvirke på i hvilken grad ansattes engasjement holdes oppe ut over det som ofte kommer til syne i nystartede prosjekter som 24SJU. Det synes åpenbart at brukerne i denne spesielle gruppa profiterer på at ansatte har et spesielt engasjement, blant annet fordi håp kan formidles gjennom engasjement, og det at noen gjør noe ekstra, om det er aldri så smått (Skatvedt 2009).

Mange av dem vi har snakket med, både av ansatte på 24SJU og andre aktører, har framhevet muligheten for fleksibilitet som grunnleggende for å kunne jobbe med personer med kombinerte rusmiddel- og psykiske helseproblemer. Flexibiliteten gir mulighet for å improvisere, hve seg rundt og finne løsninger som ellers er vanskelige å få til i mer byråkratiske systemer (Lipsky, 2010). Det kan igjen gi en opplevelse av at en utgjør en forskjell, noe som vil ha betydning med hensyn til de store emosjonelle belastningene det innebærer å jobbe i et felt som dette. Gode rammebetingelser vil trolig også være en fordel for å rekruttere fagfolk til denne typen arbeid.

Et av de mest markerte funnene fra evalueringa har vært brukernes mangel på tillit til, og opplevelse av å være sviktet og motarbeidet av deler av det offentlige hjelpeapparatet (i hovedsak sosialkontor/NAV og LAR og i enkelte tilfeller Oslo kommune/Velferdsetaten), og at de ofte ikke når fram når de ber om noe. Dette kan være berettiget eller uberettiget kritikk. Poenget er at mange opplever det slik, og at det innvirker på om de søker hjelp. Det vil også innvirke på relasjonen til hjelperne. Mangel på tillit kan med andre ord bidra til at terskelen for å søke hjelp blir for høy for mange.

Vi har sett at det å være et tiltak som drives av en ideell organisasjon, kan ha en positiv betydning, blant annet ved større fleksibilitet. Samtidig har det også kommet fram at det å stå utenfor byr på utfordringer som at en i enkelte situasjoner ikke har de nødvendige fullmakter. Spørsmål om tiltakets legitimitet hos samarbeidspartnere, og et visst misunnelsesaspekt, er noe som kan danne begrensende faktorer for samhandling og samarbeid. En har ikke tilstrekkelig myndighet i enkelte situasjoner, og en kan også mangle legitimitet – især når det er uenighet om tiltakets berettigelse, slik det til en viss grad er tilfelle her. 24SJU kan ses som en gjøkunge, som en som er på utsiden, og som ikke helt er velkommen i den settingen den er i. Et slikt utenforskap kan danne barrierer for utviklingen av tiltaket ved at en står utenfor informasjonsstrømmen og ikke har de samme mulighetene for kommunikasjon som en har om en er en del av det etablerte hjelpeapparatet.

6.6 Hva er «tilstrekkelig» hjelp?

Datamaterialet har vist at det er enighet mellom mange av samarbeidspartnerne på dette feltet om at en relativt stor andel av denne gruppa ikke nås i tilstrekkelig grad gjennom de eksisterende hjelpetiltakene slik de fungerer i dag. Hva skal så til for at en skal kunne si at den aktuelle gruppa blir nådd med tilstrekkelig hjelp, og hva slags målestokk skal en bruke? Går det en grense for hvor mye hjelp som skal tilbys, og hvor går i så fall en slik grense? Og: er det noen innenfor denne gruppa som ikke kan hjelpes? Slik vi erfarer det, er 24SJU et tiltak med ambisjon å hjelpe de det ellers kan virke umulig å hjelpe, blant annet ved å formidle håp om at bedring er mulig. Flere av brukerne på 24SJU gir uttrykk for at de er gitt opp, både av hjelpeapparatet og av seg selv, og at de ikke har særlig håp om bedring av livssituasjon.

24SJUs metode for å forsøke å etablere håp, er å tilby omsorg og gjøre spesialisthelstjenester tilgjengelig gjennom uformell samhandling, for eksempel prat over en kopp kaffe eller en tallerken havregrøt. Denne tilnærmingen kan sammenliknes med det som kommer fram i flere liknende studier (Borg, 2007; Jourdan & Thisgaard, 2008). Flere brukere gir uttrykk for at de hadde fått tilbake en tro på at det likevel var mulig å få et litt bedre liv etter at de hadde kommet i kontakt med 24SJU. Vi vet naturlig nok ikke om de likevel hadde fått tilbake håpet, enten av seg selv, eller gjennom møter med andre hjelpere. Ut fra vårt datamateriale har vi likevel grunn til å tro at 24SJU er tiltak som har noe å tilby denne spesielle gruppa, ved at brukerne får noe de ikke like lett får andre steder, og som gjør at de kan komme seg. Det handler blant annet om å være et hjelpetiltak på rett sted til rett tid (dvs. så vel geografisk som på ulike tidspunkt av døgnet), og kunne tilby fagkompetanse og annet som brukeren opplever at han eller hun har utbytte av og som tilbys når vedkommende er tilgjengelig for det.

Det er selvsagt tiltak innenfor Oslo kommune/Velferdsetaten og andre aktører som også gir viktig og grunnleggende hjelp som fører til bedring for de som «alle» har gitt opp (se for eksempel Edland-Gryt & Strømfors 2009). Det handler blant annet om å etablere en relasjon der hjelper kommer i dialog med bruker, og der denne er slik at de sammen kan finne ut av hva som kan bidra til bedring (jfr. Borg 2007; 2009). Det kan også dreie seg om forbigående faser i relasjoner, for eksempel ved relasjonstretthet eller -brudd, der en kan tenke at denne personen ikke kan hjelpes. I denne forbindelsen kan en spørre seg om en er blitt mest opptatt av å jobbe målrettet på bekostning av refleksjon, eller om målene er feil eller i uoverensstemmelse med målene den enkelte bruker har.

Spørsmålet er ikke, slik vi ser det, hvorvidt personen kan eller ikke kan hjelpes. Utfordringen ligger i å finne ut hvordan (Skatvedt, 2011). Det innebærer at en også retter oppmerksomheten mot ulike faktorer som utgjør hindre for at hjelp kan mottas. Et forhold er å finne ut av hva som er tilstrekkelig hjelp. Et annet er spørsmålet om hva det innebærer å gi hjelp. Innenfor et brukerorientert perspektiv, vil hjelp innebære at en gir håp om bedring, at en utgjør en faktor som bidrar til at brukeren får lyst, og blir motivert til å komme seg, og til å ta et skritt i retning av de alminnelige og verdige (Borg, 2007, 2009; Jourdan & Thisgaard, 2008; Schepelern Johansen, 2007; Skatvedt, 2009). Det kan for eksempel være å samhandle med andre i hverdagssituasjoner, ivareta egen hygiene, stå opp om morgenen og gjøre noe av det «vanlige mennesker» gjør (Almvik et al., 2011).

7 Veien videre

Ut fra våre observasjoner i de to årene feltarbeidet varte, har det framkommet at de fleste brukerne på 24SJU er i gruppa «hard to reach, hard to treat,» det vil si at de er svært utsatt, både med hensyn til livssituasjon generelt og fysisk og psykisk helse spesielt. I dette siste kapitlet skal vi drøfte forhold som angår veien videre med tanke på denne gruppa rusmiddelmissbrukere og et tiltak som 24SJU innenfor rusmiddel- og psykisk helsefeltet.

7.1 Behov for lett tilgjengelige spesialisthelsetjenester

En viktig målsetting med rusreformen var at det skulle bli enklere å gi rusmiddelmissbrukere med psykiske og fysiske lidelser tilgang til aktuelle spesialisthelsetjenester. Det viser seg imidlertid at det også i dagens situasjon kan være vanskelig å framskaffe et adekvat behandlingstilbud eller annen hjelp til personer med alvorlige psykiske lidelser og et omfattende rusmiddelmissbruk. De har fått pasientrettigheter, men dette har ikke gjort behandlingssystemene mer fleksible og innrettet mot den enkeltes bedringsprosess (Skatvedt, 2011).

Det kan se ut til at det ofte er motstridende oppfatninger i fagfeltet som berører denne pasientgruppa. Mens ansatte i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk ser behov for at de med alvorlige psykiske problemer får psykiatrisk behandling, er det mange som arbeider innen psykisk helsevern som er av den oppfatning at pasienter med misbruksproblemer ikke kan være et ansvar for psykiatrien. Dette fant vi også i våre data. Problematikken med at «dette er ikke mitt bord» er ikke ny. Den gjenspeiler en lang tradisjon med faglige og ideologiske kamper mellom den medisinskfaglige og den sosialfaglige diskursen (Schönfelder, 2007). Vi har eksempelvis sett at det varierer hvor lett det er å få til en innleggelse av psykisk syke som også er rusmiddelmissbrukere. De ansatte på 24SJU rapporterer at mens det på enkelte sykehus kan gå greit å få lagt inn slike pasienter, kan det andre steder, delvis avhengig av hvem som er på vakt, være svært problematisk, for ikke å si umulig. Tersklene inn til spesialisthelsetjenesten synes med andre ord å være høy for personer i denne gruppa. Slik sett kan en si at tilbudet på 24SJU har

bidratt med noe nytt ved å tilby spesialisthelsetjenester i en lavterskelsetting, og dermed bidra til at psykisk syke rusmiddelmissbrukere kan få behandling de ellers har vanskelig for å få.

7.2 Mange kokker – mye søl, eller flere muligheter?

Mange av dem vi snakket med i forbindelse med evalueringen, både i Oslo og Bergen (se vedlegg om Optra), uttrykte bekymring for at det er for mange aktører som tilbyr mer eller mindre samme tjenester innenfor lavterskelsettinger. Om vi ser det fra et pessimistisk perspektiv, vil det være slik at mangfoldet av slike tiltak gir dårlig oversikt – at mange kokker gir mye søl, og at antall aktører derfor bør begrenses. Vi har pekt på at kommunikasjon og informasjonsutveksling blir problematisk når det er mange aktører, og især når noen står på utsiden og ikke inngår i det ordinære hjelpeapparatet. Mange hjelpere kan skape forvirring og usikkerhet både blant brukere og hjelpere. I tillegg kan mange hjelpere kludre til et helhetlig, brukerorientert perspektiv på den enkeltes bedringsprosess. Mange aktører kan også bidra til et utfordrende samarbeidsklima, spesielt om en har sin faglige, politiske og ideologiske forankring på ulikt hold.

Andre gav uttrykk for at situasjonen kan oppfattes annerledes. Sett fra et mer optimistisk ståsted, kan vi si at mangfold er av det gode i kompliserte felt, og kan bidra til å sikre at ulike faglige tilnærminger blir prøvd ut framfor å sitte fast i én metode eller én tilnærming. Som en ansatt sa: «Her er elendighet nok til alle.» Som det har kommet fram i denne evalueringen, er ikke parallelt arbeid alltid å trække i hverandres bed. Det kan også være konstruktiv samhandling om den samme brukeren. Som en representant for et kommunalt tiltak påpeker, kan det være et poeng å ha flere aktører, slik at en kan oppnå en vekselvirkning når det eventuelt kommer til at brukeren bryter kontakten, enten det er fra kommunale tiltak, 24SJU eller andre ideelle organisasjoners tiltak; at det er noen andre som overtar og følger opp.

7.3 Bruk av ressurser, organisering og samarbeid

Selv om det er enighet om at det nåværende tilbudet til særlig utsatte rusmiddelmissbrukere ikke er godt nok, preges arbeidet med denne gruppa av mange spenninger.

En problemstilling i denne sammenheng er hvorvidt en fortsatt drift av 24SJU er en fornuftig bruk av ressurser når det gjelder å bedre livsvilkårene til denne gruppa

rusmiddelmisbrukere, eller om det er andre tiltak rettet mot den samme målgruppa som bør gis prioritet. Det er for eksempel enighet om at det er et stort udekket behov for tilrettelagte boliger med oppfølging. Det ligger i kortene at om en skaffer flere boliger, er det likevel hull som må tettes og broer som må bygges. Hvordan skal de som har behov for det komme til en slik bolig? Noen har bolig, men ikke tilstrekkelig boevne. For å sikre varig bosetting av disse, blir det derfor viktig å prioritere nødvendig oppfølging fra folk med kompetanse og erfaring, slik at det å bo i egen bolig blir en opplevelse av mestring og ikke nok et nederlag. Summen av mange nederlag bidrar til at både brukeren og hjelpeinstanser får et bilde av vedkommende som håpløs og umulig å hjelpe. Et eksempel der det har lyktes å hjelpe en slik person på en slik måte, finner vi i fortellingen om Ola, en mann i 70-åra som «alle hadde gitt opp», men som Oppsøkende tjeneste i tidligere Rusmiddel-etaten fikk hjulpet til en bedre livssituasjon (se Edland-Gryt & Strømfors, 2009).

24SJU må også kunne diskuteres i et «kost – nytte» perspektiv. Det er åpenbart at det er behov for lett tilgang til spesialiserte psykiatriske tjenester, tett oppfølging og hjelp over tid av folk med kompetanse og erfaring, for å sikre bedring for personer i den aktuelle målgruppa. Det er likevel ikke opplagt at 24SJU er det optimale utgangspunktet for å tilby slike tjenester. Det kan også være et alternativ å tilby slike tjenester innen rammene av andre eksisterende lavterskeltilbud, noe flere har pekt på muligheten av, for eksempel ved å flette virksomheten til 24SJU inn i for eksempel Møtstedet, som også drives av SKBO. På den måten vil kafédriften på 24JSU bli mindre ressurskrevende. På en annen side er denne delen av virksomheten på 24SJU, det uformelle samværet, et viktig verktøy for relasjonsarbeid og observasjon av brukernes psykiske tilstand og behandlingsprogresjon (Jourdan & Thisgaard, 2008; Schepelern Johansen, 2007; Skatvedt, 2009).

En annen ulempe ved å legge tiltaket under et allerede eksisterende lavterskeltiltak, er at disse er ment som et tilbud for «alle», noe som gjør det mer komplisert å sile folk. En vil kunne ende opp med noen av de samme utfordringene 24SJU hadde det første året, nemlig at et stort antall brukere kommer til lokalene. Det vil gjøre det vanskelig å drive den typen arbeid som denne gruppa synes å profitere på. Da vil det også kunne bli slik at flere av de mest sårbare trolig vil falle ut – igjen. Kritikken fra Velferdsetaten som ble rettet mot forløperen til 24SJU (*Huset*), og som gikk på at en ikke bør samle alle på et sted, framstår som berettiget. Det ble etterlyst et skarpere fokus med hensyn til målgruppe, noe som ble spesifisert i den videreutviklete skissen for 24SJU til å omfatte mennesker med sammenfallende rus- og psykiske helseproblemer. Flere bemerket dette som positivt.

I mai 2012 åpnet Velferdsetaten i Oslo kommune *Prindsen Mottakssenter*, med ansvar for samordning av innsatsen overfor personer med rusmiddelbruk som oppholder seg i sentrumsmiljøene (Oslo kommune, Velferdsetaten 02.04.2012). Mottakssenteret tilbyr langt på vei mye av det samme som 24SJU, men etter det vi forstår, retter det seg mot en bredere gruppe enn 24SJU. Data fra evalueringen viser at noen av de dårligst fungerende finner det krevende å oppholde seg der det er mange brukere. Det kan derfor være en viss fare for at de «aller dårligste» ikke i samme grad vil oppsøke et tilbud som er ment å favne «alle» som ferdes i sentrumsmiljøet, og at de lettere vil kunne bruke et tilbud der forholdene er mindre og det er færre mennesker som oppholder seg. Grunnen som noen av de dårligst fungerende oppgir, er at et sted som er ment å favne alle vil være for krevende å oppholde seg i, fordi det mest sannsynlig vil ha andre rammer og være flere personer til stede til enhver tid.

Alle aktuelle aktører gir uttrykk for at de er opptatt av samarbeid og samordning av tjenestene for denne gruppa for å få til et mer helhetlig tilbud til den store gruppa av rusmiddelmisbrukere som ferdes i Oslo sentrum. Når det gjelder hvem som skal ha ansvaret for å lage en helhetlig plan, oppgir de fleste at det er offentlige myndigheters ansvar å gjøre dette i samarbeid med andre aktører i feltet. utfordringene oppstår i det alle disse aktørene, med sine ulike virkelighetsforståelser, kultur og ideologi skal bedrive samarbeid i praksis (Lorentzen 1994). Et samarbeid foregår i dag innen rammene av «Handlingsplanen for sentrumssamarbeidet» og vil trolig kunne bidra til en bedre koordinering av tjenestetilbudet. I den forbindelse vil det være formålstjenlig å få en analyse av hvem den relativt store gruppa av rusmiddelmisbrukere er, og hva det er behov for av ulike tiltak, slik at en på best mulig måte kan nå frem med hjelp som blir mottatt og som fører til bedring.

Et alternativ til å samle alle brukere på et stort senter som *Prindsen Mottakssenter*, er at dette senteret samarbeider med 24SJU, gjennom at 24SJU gir et tilbud til de aller dårligste. Dette vil kunne være en mulighet ved at 24SJU for eksempel inngår som en del av det ordinære tjenestetilbudet, på lik linje med andre private aktører som det offentlige har avtale med. Flere av dem vi intervjuet i Velferdsetaten og andre tiltak ga uttrykk for at det ikke er ønskelig med et tilbud som skal ta imot alle, slik som hensikten ser ut til å være med *Prindsen Mottakssenter*. I denne forbindelsen kan det ses som et positivt tiltak at ansatte på 24SJU har kommet et stykke på vei med å innsnevre gruppa brukere til i hovedsak å bestå av de med dårlig psykisk helse.

Et argument mot å knytte spesialisert rus- og psykiatritilbud direkte til kommunale tiltak vil kunne være at disse er store og tungt foranderlige i den forstand at det er store systemer som har «satt seg», er vanskelige å omorganisere, og som gir mindre handlingsrom for ansatte (Jfr. Lorentzen, 1994). Mange av dem vi har intervjuet sier at de har dårlige erfaringer med mange av de offentlige tiltakene. Det gjelder ikke bare brukere, men også fagfolk. Det vil ikke hjelpe om tilbudet i seg selv er aldri så godt på papiret, hvis de som skal nyttiggjøre seg det mistror de som jobber der eller har mistillit til systemet det representerer. Det er med andre ord en stor organisatorisk og faglig utfordring å tilby hjelp på en slik måte at den blir mottatt av dem den er myntet på.

Datamaterialet viser at det gjenstår en del innsats for å få til et godt og velfungerende samarbeid mellom de ulike aktørene. Samarbeid er en sentral verdi innenfor arbeid med rus og psykisk helsevern, men det er få undersøkelser av hvordan dette settes ut i livet (Schönfelder, 2007). Sett i lys av hvor sammensatt feltet er, kan det være nyttig å rette oppmerksomheten mot hvilke begrensende faktorer som hindrer nødvendig samarbeid, og hvilke faktorer som pusher det. Evalueringen har vist at det kan være konflikter og ulike interesser omkring et enkelt tiltak, som 24SJU, som kan legge begrensninger på hva en kan få til med hensyn til brukernes bedringsprosesser.

Analysen av datamaterialet har knyttet samarbeidsutfordringer til flere forhold, blant annet det at 24SJU ikke var ønsket av andre aktører fordi det ville innebære «mer av det samme». Vårt datamateriale viser at 24SJU ikke er mer av det samme, men skiller seg fra andre tiltak på noen grunnleggende områder. Dette er først og fremst andre rammebetingelser som gjør det mulig å tilby spesialisthelsetjenester i en lavterskel setting. Samtidig har vi vist at det er flere fellestrekk mellom 24SJU og andre lavterskeltilbud som med fordel kan samkjøres bedre, for eksempel med hensyn til matsservering og åpningstider.

Et hovedspørsmål er hvordan vi kan få dette feltet til å bli et konstruktivt spenningsfelt i stedet for et destruktivt minefelt, og heve dette arbeidet opp på et nivå der det i mindre grad er preget av kollisjoner mellom systeminteresser, perspektiver, profesjoner og ideologier. En relevant problemstilling i denne sammenhengen er hvordan en kan skape rammebetingelser der det er mindre kamp om hvem som skal, og hvem som ikke skal bidra til bedring for denne gruppa, til fordel for økt oppmerksomhet om *hvordan* en kan gjøre det.

Det er å ønske at arbeidet med «Handlingsplanen for sentrumssamarbeidet» skal kunne gi grunnlag for at aktuelle aktører setter seg ned og snakker sammen, både om hvordan en sammen kan bidra til bedring av livskvalitet for de mest utsatte rusmiddelmissbrukerne i Oslo, men også hvordan en kan bygge gode og robuste relasjoner mellom de ulike aktørene. Kanskje kan utviklingen av det vi kan kalle tverrfaglig vennskap være et alternativ til en konkurranse ingen er tjent med.

Vi har brukt metaforen gjøkunge som et bilde på 24SJU. Det som er spesielt med gjøken, er at det er en fugl som både er skattet og som det hefter noe negativt ved. Gjøken er en del av faunaen og hører hjemme der. Problemet oppstår når det store gjøkeegget blir plassert i et lite reir hos andre fugler. Det er et spørsmål om 24SJU bør inngå som en del av det helhetlige tilbudet til gruppa det her er snakk om. På den måten kan tiltaket gå fra å være en gjøkunge til å være en fugl som har en plass i mangfoldet av ulike tiltak for å bedre livssituasjonen for denne brukergruppa. På en annen side kan det å inngå som en del av det allerede eksisterende hjelpeapparatet bidra til at en mister de særegne fordelene som gjør at brukere som tidligere har falt ut kan nås.

Vedlegg: Optra – Prosjekt oppsøkende tjenester ved rusavhengighet

Det inngikk i oppdraget til SKBO at en skulle vurdere hvorvidt deler av bevilgningen kunne brukes i andre byer. Stiftelsen Kirkens Bymisjon Bergen (SKBB) startet derfor i nært samarbeid med SKBO opp Prosjekt oppsøkende tjenester ved rusavhengighet, Optra. Dette tiltaket har samme delmål som 24SJU (se kapittel 1). I forbindelse med evalueringsoppdraget ble SIRUS bedt om å gi en beskrivelse av virksomheten i Bergen. Som vi har gjort rede for i kapittel 1, har vi valgt å presentere denne i form av et vedlegg.

Vi har hatt samtaler med prosjektleder og noen av de andre ansatte ved besøk i Bergen i november 2010, og gjennomførte et feltarbeid med deltakende observasjon og intervjuer en uke i 2011. Ved den anledningen intervjuet vi også noen brukere av Optra og ansatte ved Utekontakten og Straxhuset.⁷ Det bør bemerkes at vi med fordel kunne ha gjennomført flere feltøkter og intervjuer ved Optra. På den måten oppdraget ble løst, fikk vi ikke i like stor grad fanget opp den faglige utviklingen av tiltaket som vi gjorde på 24SJU. For øvrig viser vi til årsmelding 2011 fra Optra, der denne er redegjort for.

Beskrivelse av Optra

I forbindelse med oppstart av prosjektet ble det også i Bergen opprettet en referansegruppe, bestående av til sammen ni fagpersoner og to brukerrepresentanter innenfor LAR-Nett, Helse Bergen, Bergen kommune, Stiftelsen Bergensklinikkene, Prosjekt K-brukerutvalget og SKBB.

⁷ Strax-huset er et kommunalt tilbud til rusmiddelavhengige. Målet er bedre livssituasjonen gjennom å redusere fysiske, psykiske og sosiale skader som følge av rusmiddelbruken. (www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/strax-huset/9548/article-96461)

Optra har base i Bymisjonssenteret i Kong Oscars Gate på dagtid, og på Hallvardstuen på ettermiddags- og kveldstid. De er tilgjengelige alle hverdager, og har åpent på kveldstid to ganger i uka. De har 3,55 årsverk fordelt på sosionom med videreutdanning, spesialsykepleier, sykepleier og psykiater. Psykiateren har arbeidstid en ettermiddag i uka. På lik linje med 24SJU, har også Optra frivillige, studenter og praktikanter knyttet til driften.

I samarbeid med forskjellige aktører innen lavterskeltiltak, rusmedisinsk og psykiatrisk divisjon, er det foretatt en avgrensning av målgruppa; «*de mest utsatte rusavhengige*», i tre forskjellige grupper:

- 1 Mennesker med alvorlig psykisk lidelse og/eller nedsatte kognitive evner, dårlig fysisk helse, langvarig rusmiddelmissbruk og ofte uten bolig.
- 2 Yngre rusavhengige som i liten grad ivaretar seg selv, ikke følger opp avtaler eller forpliktelser og er kritikkløse med hensyn til rusmiddelbruk.
- 3 Mennesker over 30 år med både rus- og psykiatriproblematikk hvor det er uklart om det er rushelsetjeneste eller psykisk helsevern som har hovedansvar for behandling og oppfølging (Prosjektskisse 2009).

Optra oppgir at hovedkriteriet for hvordan personer i målgruppa inkluderes:

«(...) må ligge i om vedkommende faller mellom stoler i hjelpeapparatet, med andre ord har behov i forhold til ivaretagelse av eget liv og helse, som ikke blir tilstrekkelig ivare tatt i møte med hjelpeapparatet i dagens situasjon. Et menneske som ikke går innunder gruppen «mest utsatte rusavhengige» som ovenfor skissert, kan allikevel være i en utsatt situasjon, og falle innunder prosjektets målgruppe i en bestemt tidsperiode» (Prosjektskisse 2009).

Prosjektet har som utgangspunkt at oppsøkende virksomhet skal prioriteres framfor et stasjonært tilbud. De legger vekt på å komme i kontakt med den aktuelle gruppa ved å oppsøke dem der de er. De startet opp med «Helsebilen» for å kunne tilby helsehjelp på faste ukentlige stopp utenfor tre hybelhus som alle har kvalitetsavtale med Bergen kommune og to av de åpne russcenene i byen. Bilen er utstyrt med benk og enkelt utstyr til undersøkelse og sårstell. Ved de ukentlige stoppene blir det tilbudt kaffe, samtale, helsehjelp, tilbud om samarbeid eller oppfølging videre, og skadereduserende midler som for eksempel rent brukerstyr. Etter seks måneders drift ble det konkludert med at et ukentlig stopp bare på det

ene av de to russcenene, Nygårdsparken, var mest forsvarlig med hensyn til ressursbruk.

På hybelhusene begynte ansatte på Optra med å orientere om tilbudet til beboerne gjennom skriftlig og muntlig informasjon. De hadde faste tider da de oppsøkte hybelhusene. I begynnelsen sto de parkert med bussen utenfor, og brukerne kom ut til dem. De oppgir at de etter hvert fikk til et greit samarbeid på et av hospitsene, men at det ellers var vanskelig å komme på banen:

«De (drifterne) sier at de klarer seg sjøl, og trenger ikke hjelp fra oss... men det er jo mange alvorlig sjuke der (...) vi er som en slags konkurranse, selv om vi er flinke til å ikke gjøre den jobben som gjøres av andre... da sender vi folk videre til dem.»

På det ene hybelhuset fikk de likevel tilbud om å få nøkkel til huset og forespørsel om de kunne gå og banke på dørene til de som bodde der, noe de først ikke ønsket å gjøre fordi de mente det ville oppleves påtrengende av mange. En av de ansatte sa det slik:

«Jeg går ikke og banker på døra til folk, det blir feil... og så har de ikke noe rom der vi kunne sitte uforstyrret, så det ville bli i full offentlighet. Da er det mye bedre med bilen her. Den er fin, her sitter vi avskjerma.»

Deres vurdering var at det også innebar en sikkerhetsrisiko med hensyn til psykisk syke brukere som måtte tas med i betraktning. Etter likevel å ha vurdert dette, prøvde de ut en ordning med å banke på dørene i hospitsene for å presentere seg og informere om tilbudet. Dette ser ut til å ha bidratt til at terskelen for å ta i mot hjelp ble mindre ved at antall kontakter med brukere innenfor målgruppen økte betraktelig. Ansatte ga uttrykk for at de var tilfreds med denne ordningen, og håpet at de etter hvert ville få bestyrerne av hybelhusene med på et samarbeid rundt de av beboerne som syntes å ha behov for det.

I tillegg til den oppsøkende virksomheten, kan brukere, pårørende og samarbeidspartnere oppsøke lokalene i Kong Oscars Gate og få hjelp. Det kan være i form av vurdering av helsetilstand og sårstell eller samtaler, som for eksempel kartlegging. Det drives en følgetjeneste for å hjelpe brukere til å (re-)etablere kontakt med det øvrige hjelpeapparatet.

Optra oppgir at åpningstida, som ikke inkluderer helg eller natt, legger begrensninger på det å kunne yte øyeblikksomsorg når behovet er der og sørge for rask oppfølging av

saker. Det legges imidlertid vekt på at helsebussen og den oppsøkende virksomheten bidrar til at de kommer i kontakt med målgruppa, og at denne tilnærmingen gir verdifull fleksibilitet med hensyn til brukernes behov (se også Årsmelding Optra 2011).

Samarbeid med andre aktører

Ansatte oppgir at det til dels har vært vanskelig å komme på banen og få til et samarbeid med andre aktører. Noen av møtene med kommunale representanter blir beskrevet som ubehagelige og negative:

«De kunne ikke se vitsen med oss... klarte seg sjøl, vil ikke ha noen innblanding... men vi ser jo at det mangler folk og kompetanse, særlig for eksempel på hospitsene, det er jo ingen ting (...) det var jo det alle var enige om, at det var på hospitsene brukerne i vår målgruppe ville være.»

Ansatte forteller at det i enkelte tilfeller har vært utfordrende å få til et godt samarbeid vedrørende brukere, men at samarbeidet i hovedsak går godt. Kommunikasjon og samarbeid mellom ulike aktører kan være komplisert, både for ansatte i kommunale tjenester og i ideelle organisasjoner (Lorentzen, 1994). På den ene siden skal en ikke frata allerede eksisterende hjelpeapparat ansvar, på den annen side opplever mange ansatte i kommunale tiltak at de arbeider under hardt press, med manglende kompetanse innenfor psykiatri, og at de blir utsatt for kritikk for ikke å følge opp tilstrekkelig.

I likhet med ansatte på 24SJU, oppgir ansatte på Optra at det er store forskjeller med hensyn til samarbeid rundt klienter, og at enkelte sosialkontor har dårlig rykte, også innenfor egne rekker. Det kan synes som om samarbeidsklima ofte er knyttet til enkeltpersoner, for eksempel om de kjenner hverandre noe fra før av. Den ene sykepleieren hadde jobbet mye med en kvinne som var i svært dårlig forfatning, både fysisk og psykisk da de fikk kontakt med henne. Hun fortalte:

«Det handler mest om å følge henne, jeg sier ikke så mye... til fastlegen, til NAV... men nå er hun jo blitt kjent med dem, så nå klarer hun det mye bedre. Hun har lyst til å flytte, men da må hun bytte sosialkonsulent, og det har ikke sosialkonsulenten så lyst til, selv om det kan være en overføringsperiode på 6 mnd. Da blir det å begynne helt på nytt igjen... hun var veldig dårlig da hun kom hit, på grunn av sykdommen, hun veide bare 35kg, og det å få henne til å ta tabletter, er ikke lett. (...) Jeg har jobba andre steder i systemet... så at det var huller mange steder, og jeg tenkte jeg ville jobbe med det... å finne løsninger.»

Arbeidet med denne kvinnen illustrerer at det ofte ikke skal så mye til før brukere kan komme seg og ta mer ansvar for egen situasjon, men at det som regel krever tid, tålmodighet og rammebetingelser som gjør det mulig å være fleksibel nok til å kunne følge opp.

Andre ganger kan utfordringene være større og mer sammensatt. Vi intervjuet en ung kvinne (18år) som var i en svært utsatt situasjon, med dårlig psykisk helse og i ferd med å utvikle et omfattende rusmiddelmissbruk, og som unndro seg kontakt med hjelpeapparatet. Hun var veldig tilbaketrukket samtidig som hun fortsatte å oppsøke Optra. En ansatt sa det slik:

«Om jeg skal klare å hjelpe henne, må hun si noe om hva hun trenger hjelp til... men jeg skjønner at det er vanskelig når du ikke ser noe håp for framtida og livet ditt... det synes jeg er fryktelig trist. Hun sier nesten ingen ting... hun ser ned i gulvet og rister eller nikker på hodet og løper ut så fort hun kan.»

Hun hadde en leilighet, men bodde under det både hun selv og de ansatte beskrev som elendige forhold, hos en privat utleier som leide ut flere leiligheter i en større bygning til kommunen. Kvinnen hadde etter sigende sovet bare fem netter der siden februar (det var nå juni). Det var kommet til brudd i relasjonen med sosialkontoret, noe som trolig delvis skyldes at sosialkontorets tilbud var å hjelpe henne inn i behandling, noe hun sterkt motsatte seg. Hun ønsket et tryggere sted å bo, for eksempel en plass på hospits.

«Der er det ordentlig bad på rommet, en kan låse døra, og det er Securitas... Der hun bor nå, kan hun ikke låse døra til badet, en gang, og hun tør ikke bo der. Det er mye bråk der. (...) Jeg kjenner en som jobber på det sosialkontoret som er OK, så jeg har lyst til å ringe til henne og spørre om hun kan overta saken hennes.»

Den unge kvinnen fortalte:

«De (representanter for kommunal hjelpeinstans) bare maser... så kommer de bort mens jeg står og prater med venner og sier: 'Hei, Karin! Hvordan går det med deg?' ... og det liker jeg ikke.»

Måten hun uttrykte seg ga inntrykk av at hun mislikte bruken av fornavnet sitt. Fornavning, overdreven eller uønsket bruk av fornavn, kan ses som en illustrasjon

av det Sennet betegner som intimitetstyrrani (Sennett, 1986). Hun opplevde det tilsynelatende stigmatiserende å bli kontaktet av denne personen, som etter alt å dømme var kjent i byen som en representant for kommunen. Mas kan mange ganger oppleves som omsorg, og som tegn på at en bryr seg. For denne brukeren kan det se ut som om det hadde blitt for mye omsorg, og at den kom til feil tid og sted, slik at hun reagerte med å nekte å ha noe med dem å gjøre.

Det er kjent at det lett kan komme til relasjonstretthet eller -brudd. Det er forholdsvis vanlig å bytte fastlege for folk flest, om en ikke er fornøyd med hvordan relasjonen fungerer. Det er tilsynelatende også enkelt å bytte ut hjelpere innenfor ideelle organisasjoner eller gå fra ideelle organisasjoner til det offentlige hjelpeapparatet, om det skulle komme til brudd i relasjonen med den som skal hjelpe. Det synes vanskeligere å håndtere når det kommer til brudd med det offentlige hjelpeapparatet, fordi det som regel er de som har myndighet til å treffe beslutninger på vegne av brukeren. Det er åpenbart at et fungerende samarbeid mellom de ulike aktørene på feltet er grunnleggende for bedring av livssituasjon for den enkelte bruker, og at de ulike aktørene ikke lar seg sette opp mot hverandre.

Under et intervju med Utekontakten i Bergen, sa en av de ansatte:

«(...) det er mange interessenter, hvis man kan si det sånn... inne i feltet. Og det er nok noe som vi, vi må også se på vårt eget arbeid, ikke sant. Men det er nok noe som vi, en gang i mellom, kan stille spørsmål til, ikke spesielt til Optra eller spesielt til Kirkens Bymisjon, men også til andre grupper, kommunale og frivillige som jobber inne i feltet; hvorfor man på en måte hele tiden gjør mer av det samme. (...) Men det er noen som må gjøre det arbeidet én til én, gjøre jobben også. Og så kan det... det blir mange koordinatører. Når det sitter en koordinator både innad i kommunene, en koordinator her og en der og koordinerer. De må samordnes, disse tjenestene; det er ikke alltid like lett.»

Hun peker på utfordringene ved at det er flere aktører på feltet, at det kan bli mange kokker og mye søl. Som vi ser av sitatet under, kan det også være fordeler ved at det er flere aktører innenfor dette feltet. Representanten for Strax-huset stilte seg mer positiv til Optra. Da vi spurte om hva hun tenkte da Kirkens bymisjon fikk prosjektmidlene og Optra skulle starte opp, svarte hun:

«Jo, det var jo flott det! Alle tiltak som kan bedre livssituasjonen for brukerne er jo bra. (...) Noen ganger tar OPTRA kontakt fordi de har kontakt med en

bruker som har kontakt med oss, og det viser seg veldig ofte... så har disse personene veldig mange kontaktpunkt i hjelpeapparatet, gjerne litt for mange... det er litte granne type det vi kanskje kan si at de shopper litt rundt. Men som opplever jo sjøl da, at de ikke får den hjelpen de trenger og sånn: altså de ønsker jo noe, som de har behov for. (...) Det er jo helt klart at de (Optra) fyller noen sitt behov. Det er jo helt klart. Og denne helsebussen eller den bussen de har, det er jo heller ikke noe Bergen har fra før, til å kunne kjøre rundt... dele ut sprøyter. Så det er jo helt unikt. Og et godt samarbeid har det vært, når vi har hatt samarbeid rundt enkeltbrukere.»

På spørsmål om hun så det som et problem at det var flere aktører og at Optra var et foretak som er på utsiden av det offentlige systemet, svarte hun:

«Nei, det er ikke noe problem, nei, nei. Nei, det som er viktig er jo at det er ulike tjenester av tiltak for de som vi er til for. Og at det er en mulighet for brukerne også å kunne velge mellom en del – om det er sånn eller sånn. (...) Det som er det aller, aller viktigste uansett, er at det skal være et mangfold i tjenester, at de kan fange opp ulike grupper eller enkeltpersoner som har en rusavhengighet; det er det som er det aller viktigste. Fordi at alle... hvert enkelt tiltak er jo ikke like gode på alt og alle.»

Hun peker på betydningen av et mangfold i tilbudsfloraen. Et slikt mangfold, vil slik vi forstår henne, kunne demme opp for problemer som for eksempel oppstår når det blir brudd mellom hjelper og bruker, noe som er en forholdsvis vanlig grunn til at de dårligste faller ut. Det er viktig å understreke at brukere ikke bare faller ut eller bryter med offentlige systemer, det foregår også i relasjoner de har til ideelle organisasjoner, så som Kirkens Bymisjon. Nettopp derfor kan det være et poeng at det er mangfold med hensyn til å kunne henvende seg dit en har tillit.

Litteratur

- Album, D. (1996). *Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Tano.
- Almvik, A., Sagsveen, E., Møller, T., Westerlund, H., & Norvoll, R. (2011). «Å lage farge på livet til folk». God hjelp til personer med rusproblemer og psykiske lidelser i ambulante team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 154–162.
- Ausland, L. H. (2009). *På vei til egen bolig: Bostedsprosjektet i Skien 2006–2008* (HENÆR-rapport nr 2/2009). Horten: Høgskolen i Vestfold.
- Baklien, B. (2004). Følgforskning. *Sosiologi i dag*, 34(4), 49–66.
- Baklien, B. (2009). Skole, barnehage, barneverntjeneste – bilder av «de andre» hindrer samarbeid. *Norges barnevern*, 86(4), 236–245.
- Baklien, B., & Wejden, T. (2009). *Evaluering av prosjektet «Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon»* (SIRUS-rapport nr. 1/2009). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Benjaminsen, L., Andersen, D., & Sørensen, M. (2009). *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Hovedrapport*. København: SFI- Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Blixen, K. (2007). *Babettes gæstebud*. København: Gyldendal.
- Borg, M. (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life: perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. PhD-avhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 46(5), 452–459.
- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Dahl, T. (Red.). (2011). *Brukeren som veileder. Ambulant Brukerstyrt Tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M. J., Kirk, T., Rockholz, P., & Evans, A. C. (2007). Creating a Recovery-Oriented System of Behavioral Health Care: Moving from Concept to Reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 23–31.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. (2007). *Heroic clients, heroic agencies: partners for change*. Chicago, IL: Institute of the Study of Therapeutic Change (ISTC).
- Edland-Gryt, M., & Skatvedt, A. (2012/2013). Thresholds in a low threshold service. An empirical study of a low threshold service for people with drug- and mental health problems. *International Journal of Drug Policy*. Pre-published online. DOI: 10.1016/j.drugpo.2012.08.2002.
- Edland-Gryt, M., & Strømfors, G. (2009). *Praktisk handlingskunnskap – et konkret eksempel*. Oslo: Rusmiddeletaten.
- Erdal, B. (Red.). (2006). *Ute/inne. Oppsøkende sosialt arbeid med ungdom*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Fangen, K. (2004). *Deltakende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fangen, K., & Sællerberg, A.-M. (2011). *Mange ulike metoder*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Fossåskaret, E. (1997). Har kunnskap sin egen rett? Etske utfordringar ved å distansere seg frå det nære. I E. Fossåskaret, O. L. Fuglestad & T. H. Aase (Red.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gambetta, D. (1987). *Where they pushed or did they jump? Individual decision mechanism in education*. Cambridge: Polity Press.
- Gamble, J. A. A. (2008). *A Developmental Evaluation Primer*. Montreal: The J.W. McConnell Family foundation.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Gjelstrup, G. (2004). Pragmatisk evaluering. *Sosiologi i dag*, 35(4), 67–85.
- Goffman, E. (1990). *The Presentation of Self in Everyday Life*. London: Penguin Books.
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig: en studie i hverdagslivets dramatik* (Ny utg.). Oslo: Pax.
- Gryt, M. (2005). *Et bedre liv med metadon? En kvalitativ studie av «velfungerende» metadonbrukere i Oslo-området*. Masteroppgave, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Beverly Hills: Sage Publications, Inc.
- Gullestad, M. (2002). *Det norske sett med nye øyne: kritisk analyse av norsk innvandringsdebatt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Habilitering- og rehabiliteringsforskriften. (2011) *Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator* (habilitering- og rehabiliteringsforskriften). Hentet fra www.lovdata.no/ltavd1/filer/sf-2011-11-21-1256.html
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1998). *Feltmetodikk* (2. utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hanssen, Bjarne Håkon (2012, 31. mars). Tåler dagens lys. *Aftenposten*, 4–5.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009a). *Omfattende tiltak for de mest hjelpetrengende rusavhengige*. Pressemelding nr 10/2009, 06.03. 2009. Hentet fra www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemeldinger/2009/omfattende-tiltak-for-de-mest-hjelpetren.html?id=548313
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009b). Brev til Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo. 05.03.2009.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009c). Brev til Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m 24. juni 2011 nr 30*
- Helsedirektoratet (2009). Brev til SIRUS 11.11.2009.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (Red.). (1999). *The Heart & soul of change: what works in therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Jacobsen, K. D., Jensen, T. Ø., & Aarseth, T. (1982). Fordelingspolitikkenes forvaltning. *Sosiologi i dag*, 12(3), 29–49.
- Jourdan, M., & Thisgaard, O. (2008). *Hjælpekunst og de små skridts metode*. Fredericia: Landsforeningen av væresteder.
- Lambert, M. J., Bergin, F. J., & Garfield, S. L. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.

- Lindblom, C. (1982). Another State of Mind. *The American Political Science Review*, 76(1), 9–21.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lorentzen, H. (1994). *Frivillighetens integrasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Marsh, P., Harré, R., & Rosser, E. (1978). *The rules of disorder*. London: Routledge.
- NESH (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsfag, humaniora, juss og teologi*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer (NESH).
- Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom: Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Det samfunnsvitenskapelige fakultet Unipub.
- NRK (2012). 27.03.2012. Hentet fra nrk.no/nyheter/norge/1.8.051.897
- Olsen, H., & Skretting, A. (2006). *Ingen enkle løsninger. Evaluering av Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum* (SIRUS-rapport nr. 2/2006). Oslo: SIRUS.
- Oslo kommune. Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester(2009). Brev til Helsedirektoratet. 04.03.2009.
- Oslo kommune, Velferdsetaten (2012). *Om Prindsen Mottakssenter*. 2.4.2012. Hentet fra www.velferdsetaten.oslo.kommune.no/article.php?articleID=223.894&categoryID=53.377
- Polyani, M. (2000 [1966]). *Den tause dimensjonen. En introduksjon til taus kunnskap*. Valdres: Spartacus forlag.
- Ravndal, E., & Vaglum, P. (1995). *Psykiske belastninger og frafall blant stoffmisbrukere i behandling: en undersøkelse av stoffmisbrukere ved Veksthuset, Gaustad sykehus*. Oslo: Rusmiddeldirektoratet.
- Repstad, P. (1987). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sandberg, S., & Pedersen, W. (2009). *Street capital. Black cannabis dealers in a white welfare state*. Bristol: The Policy Press.
- Schepelern Johansen, K. (2007). Invitation til behandling – Hvordan bruker man en cafefunktion i et ambulant behandlingstilbud til psykisk syge stofbrugere? *Stof. Tidsskrift for stoffmisbrugsområdet*, 8, 59–68.
- Schepelern Johansen, K., Bro Ludvigsen, K. L., & Schjellerup Nielsen, H. (Red.). (2009). *Hverdagspraksis i sosialt arbeid*. København: Akademisk Forlag.
- Schönfelder, W. (2007). *Mellom linjene i psykisk helsevern og psyisk helsearbeid. Om samarbeid mellom organisasjoner og profesjoner*. PhD, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Sennett, R. (1986). *The fall of public man*. London: Faber and Faber.
- Skatvedt, A. (2009). *Alminnelighetens potensial. En sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring*. Ph.D, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Skatvedt, A. (2011). Med makt til å definere pasientgruppa. *Rus & samfunn*, 5(6), 34–36.
- Skatvedt, A., & Schou, K. C. (2010). The potential of the commonplace: A sociological study of emotions, identity and therapeutic change. *Scand J Public Health*, 38(5 Suppl), 81–87. doi: 10.1177/1.403.494.810.382.814

- Skjervheim, H. (1974). *Deltakar og tilskodar*. Oslo: Instituttet for sosiologi.
- Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 2. juli 1999 nr 61*
- Stiftelsen Kirkens Bymisjon Bergen (2009). *Prosjektskisse Optra*.
- Stiftelsen Kirkens Bymisjon Bergen (2011). *Årsmelding Optra*.
- Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (2008). *Søknad for prosjekt Huset – døgnåpent hus i hovedstaden*.
- Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (2009). *Prosjekt 24:7. Bedre helse- og sosial inkludering for særlig utsatte rusmiddelavhengige 2009–2010. Prosjektbeskrivelse*.
- Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (2011). *Årsmelding 24SJU 2011*.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (Second Edition utg.). London: SAGE Publications.
- Thommesen, H. (2008). *Hverdagsliv, selvforståelse og dobbeltdiagnose – om mennesker med uvanlige erfaringer*. PhD, Høgskolen i Bodø, Bodø.
- Visse, M., Abma, T. T., & Widdershoven, G.A.M. (2012). Relational responsibilities in responsive evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 35, 97–104.
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur. En innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method*. Buckingham: Open University Press.

English summary

For several decades there has been great concern about the drug addicts in the streets in the centre of Oslo. Several measures have been introduced to deal with the situation for this group, without this seeming to have brought about any substantial changes. Many drug addicts still live in squalor and have great needs for different kinds of help.

In 2009, the Church City Mission in Oslo was allocated funds to establish a 24-hour health and welfare service for the most vulnerable drug addicts in Oslo. The target group was defined as drug addicts with poor mental health and extensive drug-related problems, and who were not adequately contacted by the existing care services. The service was given the name 24SJU (24 hours/7 days a week). The main aim of the service is to establish measures to improve the physical and mental health of people in this group, and to improve their social integration and coping skills.

24SJU shall provide emergency care when needed. It shall also increase the level of knowledge about this group and develop appropriate ways of working with these people. The service shall be provided in close cooperation with the municipality of Oslo, the Southern and Eastern Norway Regional Health Authority and voluntary organizations. Part of the funding was allocated to the Church City Mission in Bergen to establish the Outreach Project for Drug Addicts (Optra).

The Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS) was commissioned by the Norwegian Directorate of Health to carry out an evaluation of 24SJU, using a trailing research design. We were asked to assess to what extent 24SJU had been successful in reaching the target group with measures that improve the physical and mental health of these people, their social integration and their coping skills. In the letter of assignment from the Directorate, it was also specified that they wished us to assess whether it is of importance that the service is run by a NGO, and to assess the balance between direct work with clients and administrative tasks. The Directorate also wished to have a description of Optra.

There are several challenges in carrying out an evaluation such as this one. First, the aims are difficult to measure in the traditional way, because they are difficult to operationalize. Second, there is no data that can be used to determine to what extent improvements in the target group are the result of 24SJU, or whether other factors have played a part. The most important data source consists of notes from participative observation and interviews that were collected over a period of two years. In addition, a user survey was carried out, and staff working in other voluntary organizations and in the Welfare Service in the municipality of Oslo were interviewed.

24SJU was established in the centre of Oslo. The premises include a large room, a toilet, and an open-plan kitchen where food and drinks are served. In addition, there is a rest area with six reclining chairs, lockers for clients, a storage room for clothes, a shower, a toilet and a utility room. There is also a treatment room with basic equipment attached to this area. In the rest of the premises there are offices, meeting rooms, a dispensary and storage rooms.

There is no doubt that 24SJU provides help and emergency care for people in the target group. However, drug addicts' needs for care are extensive, and this has presented challenges for the service, because at times there has been a rush of clients. This also means that at times clients who are not in the target group have also come to the centre. According to our assessment, the staff have been successful in reducing the number of people who are not in the target group, and who should use other low-threshold services in the centre of Oslo. Distinguishing between people who are in the target group, and those who are not, can be challenging, particularly with regard to people in the grey area. We see that it is not possible to ensure that all people attending the centre at all times are in the target group. It is probably necessary to have a certain amount of leeway, because it takes time to build up a relationship to clients and to assess them. The time perspective seems to be particularly important with regard to improvement for clients who have very poor mental health. It seems that 24SJU to a great extent has been successful in (re-)establishing contact between clients and other care services, and cooperating with other services that clients need. This was part of their remit.

It is important to point out that the criteria for «success» are unclear. However, our data show that many of the clients who come to 24SJU receive help so that their living situation is improved over time, by, for example, placing a lot of focus on building up good treatment relationships. In addition, it is probably important that

clients are followed up by other care services long enough to (re-)establish good relationships with people in the existing care services. The service provides easy access to specialists in mental health. This seems to be crucial for clients with poor mental health, since they are probably the most difficult clients to contact and to maintain contact with long enough to be able to improve their life situation and their health.

At 24SJU, the kinds of practical/material help that are offered (food, drink, PC, showers, rest, overnight accommodation etc.) are regarded as tools for building relationships and for discussion and assessment. The evaluation shows that these are important tools for reaching the goals. For example, the possibility for clients to stay overnight is important in order to have the possibility to follow them up the next day (for example with an appointment with a general practitioner or the social security office (the Norwegian Labour and Welfare Service), or to make a further assessment of the client through conversation with the staff.

One of the clearest findings is the clients' lack of trust in the care services: their experience of being let down and opposed by these services, and not being heard when they ask for something. This influences whether they seek help or not, what kind of help they ask for, and their relationship to the care provider. Lack of trust and the absence of hope seem to raise the threshold for seeking help for many people in this group. Although many clients were also sceptical to 24SJU, it is clear that most of them trust the service. A decisive factor for some clients, often those who have the greatest problems, is that they have enough time and space to build up the trust that is necessary in order to develop a good treatment relationship.

The evaluation has shown that there are some clear advantages that services for this client group in Oslo are run by NGOs as a supplement to public services. Apart from other things, this has to do with the operating conditions. 25SJU is a flexible organization with little bureaucracy. This means that the staff have a great deal of autonomy and freedom to act. They can initiate measures when clients are available and receptive.

Even though it has been shown that there are advantages because the service is not part of the ordinary care services, we have also observed some disadvantages. Being on the outside means that they do not receive all the information that is available, and this affects their communication with other services. Cooperation has been influenced by disagreement about whether 24SJU should be established

as a service. This has created challenging operating conditions, and this can partly be the reason why 24SJU has not had sufficient authority and legitimacy with regard to some of the other services. The relationship between carers and clients in this group is often characterized by difficult and broken relationships. Therefore, it seems to be an advantage to have several services in this area, so that one service can provide care for these clients when another service fails. In order to achieving good results, cooperation between the different services is important, and they need to communicate with each other, not just about what needs to be done, but also about which processes promote cooperation, and which processes obstruct cooperation.

SIRUS-rapporter

Følgende rapporter er kommet ut i denne serien fra og med 2005. For oversikt over alle tidligere utgitte SIRUS-rapporter, se www.sirus.no under publikasjoner:

3/2012. Redaktør: Gunnar Sæbø. Forfattere: Ola Røed Bilgrei, Karl Erik Lund, Janne Scheffels, Gunnar Sæbø og Rikke Iren Tokle «*Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...*» *Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken*. 172 s. Oslo 2012.

2/2012 Krogh, Unni & Bergljot Baklien *Fem år etter Regionprosjektet – Ildsjelers entusiasme og kommunalt hverdagsliv* 109 s. Oslo 2012

1/2012 Buvik, Kristin og Baklien, Bergljot *Fri flyt – Bartenderes møte med berusede gjester* 87 s. Oslo 2012

3/2011 Skretting, Astrid og Elisabet E. Storvoll *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet – Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken* 196 s. Oslo 2011

2/2011 Baklien, Bergljot og Unni Krogh *Prosessen, planen og politikken – Rusmiddelpolitiske handlingsplaner* 136 s. Oslo 2011

1/2011 Ugland, Trygve *Alcohol on the European Union's Political Agenda: Getting Off the Policy Roller-Coaster?* 50 s. Oslo 2011

6/2010 Lauritzen, Grete *European Addiction Severity Index (EuropASI) i en oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling – Refleksjon om kvaliteter ved instrumentet for forskning og praksisformål*. 130 s. Oslo 2010

5/2010 Rossow, Ingeborg, Hilde Pape & Bergljot Bakken *Tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer*. 74 s. Oslo 2010

4/2010 Redaktør: Ellen J. Amundsen. Forfattere: Ingeborg Lund & Anne Line Bretteville-Jensen, Astrid Skretting, Jostein Rise, Sturla Nordlund og Ellen J. Amundsen *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang*. 78 s. Oslo 2010

3/2010 Storvoll, Elisabeth E., Ingeborg Rossow, Inger Synnøve Moan, Thor Norström, Janne Scheffels & Grethe Lauritzen *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk*. 97 s. Oslo 2010

2/2010 Edland-Gryt, Marit & Astrid Skretting *Fylkeskommunenes tannhelsetilbud til rusmiddelmisbrukere – En kartlegging*. 111 s. Oslo 2010

1/2010 Storvoll, Elisabeth E., Ingeborg Rossow & Jostein Rise *Alkoholpolitikken og opinionen – Endringer i befolkningens holdninger og oppfatninger om effekten av ulike virkemidler i perioden 2005–2009*. 68 s. Oslo 2010

9/2009 Rossow, Ingeborg, Inger Synnøve Moan & Henrik Natvig *Nære pårørende av alkoholmisbrukere – hvor mange er de og hvordan berøres de?*. 65 s. Oslo 2009

8/2009 Bretteville-Jensen, Anne Line & Ellen J. Amundsen *Heroinforbruk og heroinbeslag i Norge*. 65 s. Oslo 2009

7/2009 Skretting, Astrid & Hilgunn Olsen *Nye lokaler – andre resultater? – videreført evaluering av sprøyteromsordningen i Oslo*. 72 s. Oslo 2009

6/2009 Lund, Karl Erik *A tobacco-free society or tobacco harm reduction? Which objective is best for the remaining smokers in Scandinavia?* 85 s. Oslo 2009

5/2009 Vedøy, Tord Finne & Astrid Skretting *Ungdom og rusmidler. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968-2008*. 87 s. Oslo 2009.

4/2009 Vedøy, Tord Finne & Astrid Skretting *Bruk av alkohol blant kvinner. Data fra ulike surveyundersøkelser*. 84 s. Oslo 2009.

3/2009 Aarø, Leif Edvard, Karl Erik Lund, Tord Finne Vedøy & Simon Øverland *Evaluering av myndighetenes samlede innsats for å forebygge tobakksrelaterte sykdommer i perioden 2003 til 2007*. 140 s. Oslo 2009.

2/2009 Lund, Karl Erik *Tobakksfritt samfunn eller skadereduksjon? Hvilken målsetning tjener de gjenstående røykerne?* 80 s. Oslo 2009.

1/2009 Baklien, Bergljot & Tonje Wejden *Evaluering av prosjektet «Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon»*. 135 s. Oslo 2009.

1/2008 Vedøy, Tord & Ellen J. Amundsen *Rusmiddelbruk blant personer med innvandrerbakgrunn. Oversikter fra befolkningsundersøkelser*. 76 s. Oslo 2008.

8/2007 Lund, Marte K. Ødegård, Astrid Skretting & Karl Erik Lund *Rusmiddelbruk blant unge voksne, 21–30 år. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1998, 2002 og 2006*. 107 s. Oslo 2007.

7/2007 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom*. 169 s. Oslo 2007.

6/2007 Baklien, Bergljot, Hilde Pape, Ingeborg Rossow & Elisabet E. Storrø Regionprosjektet – *Nyttig forebygging? Evaluering av et pilotprosjekt om lokalbasert rusforebygging*. 216 s. Oslo 2007.

5/2007 Lauritzen, Hege Cesilie & Bergljot Baklien *Overskjenking i Bergen. En oppfølgingsevaluering av Ansvarlig vertskap i Bergen*. 98 s. Oslo 2007.

4/2007 Tefre, Ellen M., Arvid Amundsen, Sturla Nordlund & Karl Erik Lund *Studenter og rusmidler. Bruk av alkohol, tobakk, narkotika og pengespill blant studenter ved Universitetet i Oslo*. 130 s. Oslo 2007

3/2007 Ihlebæk, Camilla & Ellen J. Amundsen *Majoritet og minoritet. Alkoholbruk blant ungdom utenfor storbyen*. 54 s. Oslo 2007.

2/2007 Horverak, Øyvind & Elin K. Bye *Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973–2004*. 245 s. Oslo 2007.

1/2007 Snertingdal, Mette Irmgard *Kalkulerende kjeltringer eller offer for omstendighetene? En kvalitativ studie av heroinomsetningens utvikling og aktører*. 140 s. Oslo 2007.

5/2006 Bretteville-Jensen, Anne Line & Ellen J. Amundsen *Omfang av sprøytemisbruk i Norge*. 83 s. Oslo 2006.

4/2006 Buvik, Kristin V. & Bergljot Baklien *Skal det være noe mer før vi stenger? Evaluering av Ansvarlig vertskap i Trondheim*. 112 s. Oslo 2006.

3/2006 Nøkleby, Heid & Grethe Lauritzen *Rusmiddelmisbruk og spiseforstyrrelser. Sammenfall og sammenhenger. En litteraturstudie*. 165 s. Oslo 2006.

2/2006 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Ingen enkle løsninger: Evaluering av Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum*. 166 s. Oslo 2006.

1/2006 Solbakken, Bjørn H. & Grethe Lauritzen *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. 150 s. Oslo 2006.

6/2005 Berg, Frid Fjose & Anne Line Bretteville-Jensen *Ungdoms etterspørsel etter alkohol. En empirisk analyse basert på intervjudata 1990–2004*. 75 s. Oslo 2005.

5/2005 Solbakken, Bjørn H., Grethe Lauritzen & Marte K. Ødegård Lund *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*. 124 s. Oslo 2005.

4/2005 Bretteville-Jensen, Anne Line *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993–2004*. 176 s. Oslo 2005.

3/2005 Østhus, Ståle *Befolkningens holdninger til alkoholpolitikken. En analyse av sammenhengen mellom alkoholpolitikken og folkemeningen i perioden fra 1962 og fram til i dag*. 120 s. Oslo 2005.

2/2005 Amundsen, Ellen J., & Robert Lalla *Narkotikasituasjonen i kommunene. Resultater fra årene 2002 og 2003*. 44 s. Oslo 2005.

1/2005 Rise, Jostein, Henrik Natvig & Elisabet E. Storvoll *Evaluering av alkoholkampanjen «Alvorlig talt»*. 128 s. Oslo 2005.

SIRUS-skrifter

Følgende publikasjoner er utkommet i denne serien fra og med 2005. For oversikt over alle tidligere utgitte SIRUS-skrifter, se www.sirus.no under publikasjoner:

1/2008 Lund, Karl Erik & Jostein Rise *Kunnskapsgrunnlag for forslaget om et forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer*. 83 s. Oslo 2008.

5/2007 Hetland, Jørn, Leif Edvard Årø & Simon Øverland *Røykfrie serveringssteder. Samlerapport fra en prospektiv undersøkelse blant ansatte i serveringsbransjen*. 43 s. Oslo 2007.

4/2007 Frøyland, Kjetil *Med arbeidslivet som arena. Om kunnskaps- og utviklingsbehov i arbeidslivsrelatert rusmiddelforskning*. 65 s. Oslo 2007.

3/2007 Lund, Marianne & Rita Lindbak *Norwegian Tobacco Statistics 1973–2006*. 43 s. Oslo 2007.

2/2007 Lund, Karl Erik (red.), Rune Ottesen, Jostein Rise, Sidsel Graff-Iversen & Kjell Bjartveit: *Grunnlaget for allmennhetens oppfatning om risiko ved sigarettøyking i 1950- og 60 årene i Norge*. Erklæringer til Norges Høyesterett i forbindelse med søksmål fra skadelidt om erstatning fra tobakksprodusent. 231 s. Oslo 2007.

1/2007 Melberg, Hans Olav *Hvor mye betyr tobakksprisen for endringer i tobakksforbruket? Utviklingen i pris og forbruk i Norge mellom 1985 og 2005*. 29 s. Oslo 2007.

5/2006 Rise, Jostein *En sosialpsykologisk analyse av et fryktvekkende budskap. En kvasiekseptimentell undersøkelse*. 68 s. Oslo 2006.

4/2006 Larsen, Elisabeth, Jostein Rise & Pål Kraft *En evaluering av tobakkskampanjen «Hver eneste sigarett skader deg»*. 53 s. Oslo 2006.

3/2006 Larsen, Elisabeth, Karl Erik Lund og Jostein Rise *Evaluering av tobakkskampanjen «Røyken tar pusten fra deg»*. 116 s. Oslo 2006.

2/2006 Lund, Karl Erik *The introduction of smoke-free hospitality venues in Norway. Impact on revenues, frequency of patronage, satisfaction and compliance*. Evaluation of public tobacco control work in Norway 2003–2007. 110 s. Oslo 2006.

1/2006 Lund, Karl Erik *Innføring av røykfrie serveringssteder i Norge. Konsekvenser for omsetning, besøksfrekvens, trivsel og etterlevelse.* 121 s. Oslo 2006.

6/2005 Larsen, Elisabeth, Marianne Lund & Karl Erik Lund: *Evaluering av helseadvarslene på tobakkspakkene.* 33 s. Oslo 2005.

5/2005 Amundsen, Ellen J. *Alkohol- og tobakksbruk blant ungdom: Hva betyr innvandrerbakgrunn? Resultater fra en helseundersøkelse blant 10 klassinger i Oslo 2000/2001.* 92 s. Oslo 2005.

4/2005 Lund, Karl Erik *Tobakksavgiften som helsepolitisk styringsinstrument.* 60 s. Oslo 2005.

3/2005 Hetland, Jørn & Leif Edvard Aarø *Røykfrie serveringssteder. Luftkvalitet, helse og trivsel blant ansatte i serveringsbransjen.* 46 s. Oslo 2005.

2/2005 Hetland, Jørn & Leif Edvard Aarø *Røykevaner, holdninger til innføring av røykfrie serveringssteder og opplevelse av håndhevingsproblemer i serveringsbransjen. En prospektiv panelundersøkelse.* 75 s. Oslo 2005.

1/2005 Hetland, Hilde & Leif Edvard Aarø *Hva kan forbedres i VÆR røykFri-programmet? Intervjuer med elever, lærere og rektorer.* 59 s. Oslo 2005.

