

# SLUTTRAPPORT ETTERVERNSPROSJEKTET



Kristin Maaseide  
prosjektleder

# **Innhold**

## **1. SAMMENDRAG, KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER**

## **2. INNLEDNING**

- 2.1. Prosjektets organisering
  - 2.1.1. Ansatte og deltagere
  - 2.1.2. Utvelgelse av deltagere
  - 2.1.3. Referanse- og styringsgruppe
  - 2.1.4. Milepeler
- 2.2. Begrepet ettervern
- 2.3. Bakgrunn for prosjektet

## **3. ETTERVERNSPROSJEKTETS MÅLSETNINGER**

- 3.1. Objekt mål
  - 3.1.1. Individuell plan og ansvarsgrupper
  - 3.1.2. Tilbakefall
  - 3.1.3. Årsaker til at deltagere avslutter prosjektet
  - 3.1.4. Hva virker?
  - 3.1.5. Dokumentasjon av samarbeidsformer
- 3.2. Effektmål
  - 3.2.1. Integrasjon
  - 3.2.2. Inntektssikring
  - 3.2.3. Færre kommunale tjenester
  - 3.2.4. Redusert behov for spesialiserte helsetjenester
  - 3.2.5. Samarbeid mellom kommune og Spesialisthelsetjeneste
  - 3.2.6. Relevante metoder

## **4. METODER**

- 4.1. Endringsfokuset rådgivning
- 4.2. Endringshjulet
  - 4.2.1. Føroverveielser
  - 4.2.2. Overveielser
  - 4.2.3. Forberedelse
  - 4.2.4. Handlingsfasen
  - 4.2.5. Vedlikeholdsfasen
  - 4.2.6. Tilbakefall
- 4.3. Rød tråd
- 4.4. Fleksibilitet
- 4.5. Permen
- 4.6. Fritid med Bistand (FmB)

## **5. SAMARBEIDSPARTNERE**

## **6. AVVIK I FORHOLD TIL OPPSATTE MÅL**

### **Litteraturliste**

### **Vedlegg**

## 1. SAMMENDRAG, KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

Denne rapporten viser at det er grunnlag for å konkludere med at Ettervernsprosjektet har nådd de målsetningene skissert i prosjektdirektivet, og derfor kan karakteriseres som vellykket.

Mest overraskende var forekomsten av dobbeltdiagnoser hos prosjektdeltagerne, noe man ikke hadde forutsett med en så relativt godt fungerende gruppe. Samtlige deltagere hadde i forkant av behandling, hatt langvarig kontakt med førstelinjetjenesten noe som kan indikere en økt sårbarhet i forhold til dette.

Man anbefaler derfor at innsøkende instans rutinemessig bestiller en utredning ved behandling for rusavhengighet fra spesialisthelsetjenesten. Dette vil fortelle mer om den enkeltes behov i etterkant av behandlingen, man vil vite mer om tidsperspektivet på en rehabilitering og man kan få bedre tilpassede økonomiske ytelser. Dette vil bidra til at man unngår brutte atferingsløp, og langvarig veksling mellom tidsbegrensede ytelser.

Det anbefales også at RISK (Den kommunale tjenesten i forhold til rusproblematikk i Kristiansand) igjen får ansvaret for å søke folk inn i behandling, dette vil føre økt samarbeid med spesialisthelsetjenesten og en mer sammenhengende tiltakskjede.

Behovet for oppfølging etter endt behandling også for de mer velfungerende brukerne var større enn man først antok, og resultatene i Ettervernsprosjektet indikerer at man bør prioritere også mer velfungerende klienter ved tildeling av oppfølgingsressurser. Det er vår oppfatning at det er mest hensiktsmessig å øremerke et antall stillinger til denne type oppfølging, fremfor vedtak på et ukentlig timetall. Dette fordi det er store omveltninger i deres tilværelse, og behovene for bistand kan variere fra uke til uke. Det har vist seg som svært hensiktsmessig å kunne følge tett opp ved eventuelle tilbakefall. Særlig siden denne klientgruppen lett blir overlatt til seg selv ved tilbakefall. Et annet argument for å øremerke et visst antall stillinger til denne klientgruppen er at deres behov ikke blir tilstrekkelig ivaretatt når oppfølgingskurator også har flere klienter med et rusmønster som utløser mer akutte behov.

Det har og vist seg hensiktsmessig at oppfølgingskuratoren starter arbeidet når klienten søkes inn i behandling og har muligheten for å delta i ansvarsgruppen i siste del av behandlingsopplegget. Dette fjerner usikkerhet hos klienten og gir en bedre mulighet til å

tilrettelegge hjelpetiltakene ute i kommunen. Det er lite hensiktsmessig å legge denne oppgaven fastkurator på sosialkontoret, da de har et meget stort antall klienter å forholde seg til.

Ettervernsarbeidet i kommunen bør omfatte flere livsområder, og muligheten til å benytte metoden Fritid med Bistand har gitt store gevinster i forhold til prosjektdeltagernes livskvalitet og rusmestring, og gitt mange et utvidet nettverk. Det anbefales at denne fruppen prioriteres ved tildeling av FmB.

Innleggelse i institusjon for rusavhengighet er krever store investeringer, både av økonomisk og menneskelig art. Det er fort gjort å slutte å ruse seg, de aller fleste rusgifter er ute av kroppen i løpet av dager, i verste fall uker. Den største utfordringen er når man skal unngå å falle tilbake i gamle rusmønstre. Det er derfor lite hensiktsmessig å kutte oppfølging så snart rusen er et tilsynelatende avsluttet kapittel. Et godt ettervern innebærer mer enn fokus på å holde seg rusfri, man må også bygge opp en ny tilværelse med basis i den enkeltes behov, ønsker og forutsetninger. Denne prosessen tar tid, og er ikke en lineær prosess. Det bør derfor være muligheter for å kunne søke seg tilbake til dette ettervernet i kortere perioder så lenge man føler at behovet er der.

## **2. INNLEDNING**

### **2.1. Prosjektets organisering**

#### **2.1.1. Ansatte og prosjektdeltagere**

Ettervernsprosjektet hadde to ansatte (prosjektleder og prosjektmedarbeider) i 100% stilling og varte i 13 måneder. Prosjektleder fulgte opp 4 deltagere, prosjektmedarbeider fulgte opp 6 deltagere.

Prosjektet hadde oppfølging i varierende grad av 10 prosjektdeltagere. Deltagerne befant seg i ulike faser av sin rehabilitering.

Ettervernsprosjektet hadde ingen gruppeterapi eller gruppesamtaler. Samtlige deltagere fikk individuell oppfølging og visste lite eller ingenting om hvem andre som var med i prosjektet. Oppfølgingen var med utgangspunkt i deltagerens liv og bolig. Dvs. at prosjektarbeiderne møtte

deltagerne i deres hjem eller på andre arenaer (når deltagerne ønsket det eller ved behov ble vi med på møter med andre offentlige etater). Bare unntaksvis møttes vi i lokalene til RISK.

Syv deltagere var menn og 3 var kvinner, dette for å gjenspeile kjønnsfordelingen i rusbefolkningen ellers. De yngste var 25 år, de eldste 44 år. Gjennomsnittsalderen for prosjektdeltagerne var 32 år.

Alle hadde mer enn 10 års praksis som rusmiddelavhengige. En av prosjektdeltagerne hadde på det tidspunktet han begynte i prosjektet vært rusfri i 8 år, en annen i 3, de resterende hadde vært rusfri i mindre enn ett år.

8 av prosjektdeltagerne hadde gått gjennom Basis på Avdeling for Rus og Avhengighetsbehandling (ARA) på Sørlandets Sykehus. Dette er en korttidsbehandling (6 uker) etter 12-trinnsmetoden. En prosjektdeltager hadde gått gjennom poliklinisk behandling på Ruspoliklinikken (RUPO) samme sted og en hadde vært på Evangeliesenter i kombinasjon med samtaler på RUPO. 3 av deltagerne var fortsatt inn under det obligatoriske Ettervernet i regi av ARA med gruppemøter en gang pr. uke, i tillegg benyttet halvparten av deltagerne seg av selvhjelpsgruppene til AA og NA. En av deltagerne ble skrevet ut av Ettervernet til ARA pga. to tilbakefall, deltageren mottok intensiv oppfølging fra Ettervernsprosjektet under og etter tilbakefallet. Denne deltageren hadde igjen stabil rusmestring ved prosjektets avslutning.

### **2.1.2. Utvelgelse av deltagere**

Informasjon om prosjektet ble sendt til samtlige kuratorer i HS- sektoren. De ble der bedt om å melde tilbake om aktuelle kandidater. I tillegg ble Rehabiliteringsposten SSHS og Loland behandlingssenter kontaktet. Vi fikk deretter tilbakemelding om aktuelle kandidater.

Det ble avholdt ett informasjonsmøte for pasienter på Rehabiliteringsposten.

Det ble deretter gjennomført 23 avklaringsamtaler. En kandidat kontaktet oss direkte etter å ha hørt om prosjektet av andre. 13 deltagere ble tatt inn i prosjektet, og 10 prosjektdeltagere får i dag oppfølging i regi av prosjektet, 7 menn og 3 kvinner

Prosjektdeltagerne ble dels valgt ut fra kjennskap til den enkelte. Det ble også sendt ut et informasjonsskriv til Kristiansand sosialkontor hvor vi etterlyste egnede deltagere, og det ble holdt et informasjonsmøte på Rehabiliteringsposten SSHR, tidligere Halveishuset. Tre av de opprinnelige prosjektdeltagerne ble skrevet ut av prosjektet på et tidlig tidspunkt, en fordi han besluttet å søke LAR, en fordi hun ikke var motivert til å gå inn i prosjektet. (Hun brukte store

mengder hasj og amfetamin, men var uvillig til å innrømme dette.) Hun ble omsider overført til annen oppfølging som fikk i oppgave å motivere henne til videre behandling. Den siste personen som skrev seg ut gjorde dette fordi han vurderte sine problemer til å være mer knyttet opp til psykiatri enn til rus.

### **2.1.3. Referansegruppe og styringsgruppe**

I tillegg til prosjektmedarbeiderne var Ettervernsprosjektet organisert med en styringsgruppe bestående av enhetsleder på RISK og prosjektleder. Man hadde også en bredt sammensatt referansegruppe bestående av representanter fra Kommunen og behandlingsapparatet. Referansegruppen hadde møter ca. hver 3. måned.

### **2.1.4. Milepelsplanen**

I starten av prosjektet ble det utarbeidet en milepelsplan som regulerte framdriften i prosjektet.

Viktige milepeler var:

- ❑ Etablering av referansegruppe og fastsettelse av møteplan
- ❑ Utarbeidelse av kriterier for deltagelse
- ❑ Avklaringssamtaler og kartlegging av aktuelle deltagere
- ❑ Utvelgelse av deltagere
- ❑ Utarbeidelse av IP
- ❑ Etablering av ansvarsgrupper
- ❑ Metodevalg for oppfølging og valg av livsområder det skulle jobbes med for hver enkelt deltager
- ❑ Midveisevaluering
- ❑ Avslutning/ videreføring av oppfølgingen

## **2.2. Begrepet ettervern**

Begrepet ettervern er problematisk og det blir ikke enklere da begrepene rehabilitering, integrering, habilitering og ettervern brukes om hverandre. Begrepet benyttes både for å beskrive oppfølging i regi av behandlingstilbudet og i forhold til kommunal oppfølging. Litteratur- og data søk gir usedvanlig få treff. Allikevel er det et begrep som stadig dukker opp, nesten alltid med et etterlysning heftet ved. Hvor er ettervernet? En evalueringsrapport fra 2002 byr på følgende definisjon:

Systematisk oppfølgingstiltak for en gruppe personer som har gjennomgått en eller annen form for spesialisert behandling for et rusproblem. Siktemålet er å lette tilpassningen til et normalt samfunnsliv. (Dahl m.fl. 2002, s. 8)

Begrepet ettervern er satt sammen av to ord; *etter* og *vern*. Det er altså det som kommer etter noe annet, i vårt tilfelle etter en behandling for rusavhengighet. Vern er selvfølgelig det å verne, passe på, eller beskytte. Men:

- Hvem er det som skal vernes, og hva er det egentlig man skal vernes mot?
- Hjelper det egentlig å bli vernet mot noe som bunner i egen adferd?

Begrepet blir ofte kritisert for å være klamt og gammeldags, et uttrykk for en passiv og lite progressiv holdning, lite rettet mot en positiv integrering i en ny og annerledes tilværelse. (Furuholmen og Andresen 2006)

Og i en statsmelding finner man denne inneholder denne passasjen:

*Ettervern har vist seg å være et lite hensiktsmessig begrep i arbeidet med rusmiddelmisbrukere. Både forskning og praktisk erfaring dokumenterer at rehabilitering av tungt belastede misbrukere i regelen er en Langvarig prosess, som kan innebære mange tilbakefall mellom kortere og lengre perioder uten rus. I dette perspektivet blir døgninstitusjonsopphold relativt korte "episoder" i et langtids rehabiliterings- og støtteopplegg, som i hovedsak må være forankret utenfor institusjon. Det er ikke minst av denne grunn at sosialloven understreker førstelinjetjenestens hovedansvar for å hjelpe rusmiddelmisbrukere. Det sosiale nettverksarbeidet som inkludering i familie-, arbeids- og fritidsmiljø, må foregå i førstelinjens regi. (St. meld. Nr. 69 (1991-1992))*

### **2.3. Bakgrunn for prosjektet**

Kristiansand Kommune har et betydelig apparat til disposisjon for tidligere rusmisbrukere som skal etablere en ny tilværelse uten rus. Ettervernet finnes, utfordringene består i å få oversikt over alle tiltakene, slik at man kan koble sammen rett klient med riktig tiltak på det rette tidspunktet. Det kan være problematisk at brukere i aktiv rus deler hjelpetiltak med ettervernsklienter.

Rusreformen og innføring av pasientrettigheter for rusmiddelavhengige har medført at en større gruppe søker og får hjelp. Dette er positivt. Den har også ført til at kommunale oppfølgingsressursene blir fordelt på et større antall personer. Fra vårt ståsted kan det virke som om oppfølgingsressursene blir brukt på en svakere, og dårlig fungerende klientgruppe enn det som var tilfellet før. Mange av disse har et såpass lavt funksjonsnivå at en realistisk målsetning for oppfølgingen begrenser seg til å holde folk i live, og unngå at de mister boligen sin. Dette betyr at klienter som tilsynelatende klarer seg bra i større grad blir overlatt til seg selv etter endt behandling.

Tanken bak Ettervernsprosjektet har vært at man ved å gi et tilbud om oppfølging til sistnevnte gruppe i overgangsfasen mellom behandling og et rusfritt liv vil kunne redusere sjansen for tilbakefall og langvarig offentlig bistand.

*En ønsker å utvikle sammenhengende tiltakskjeder mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, slik at brukere som har vært i behandling for sitt rusproblem får adekvate kommunale tjenester når de skal etablere sitt rusfrie liv. Vi ser at denne gruppen har behov for koordinerte tjenester som retter seg spesielt mot kvalifiserende tiltak, videreutvikling av funksjonelle rusmestringsstrategier og utvikling av rusfrie nettverk. Det vil også for mange være en stor utfordring å etablere og opprettholde en stabil og trygg bosituasjon. Man har erfaring med at de som ikke får tilstrekkelig oppfølging i overgangen mellom avsluttet behandling i institusjon, og det videre livet ute i kommunen, lett får tilbakefall, og må gjennom nye runder med behandling, reetablering osv. Dette er svært ressurskrevende både for brukere, behandlingsapparat og kommunen. Når det gjelder denne gruppen synes det som om deres behov for sammenhengende tiltakskjeder har tapt i konkurransen med såkalte tyngre pasientgrupper og deres behov. Dette er en gruppe brukere som vi antar har behov for styrket innsats over en kortere. Men kritisk periode, og som deretter vil ha store muligheter for å leve et selvstendig liv. (Prosjektdirektiv Ettervernsprosjektet 2005)*

### **3. ETTERVERNSPROSJEKTETS MÅLSETNINGER**

Vi skiller her mellom Objekt mål/ resultatmål som er planlagte mål som skal gjennomføres i prosjektperioden, og effektmål som beskriver virkningene av prosjektet. Dvs. konsekvensen av en vellykket gjennomføring i et 3-5 års perspektiv.

### **3.1. Objektmål**

#### **3.1.1. Individuell plan og ansvarsgrupper**

*Alle deltagere skal ha individuell plan (IP) eller fått reetablert eller fått opprettet ansvarsgruppe som jobber aktivt med punktene i planen. IP skal sikre reell brukermedvirkning.*

Dette ble gjennomført. Der prosjektdeltagerne ikke hadde fått utarbeidet en IP i spesialisthelsetjenesten ble den utarbeidet i samarbeid med Ettervernsprosjektet. Noen planer ble revidert i løpet av prosjektperioden. En enkel brukerevaluering som ble gjennomført ved prosjektets slutt viser at 7 av prosjektdeltagerne var godt fornøyd med sin IP, 3 var middels fornøyd.

Individuell plan handler ikke bare om tjenester. Den kan også handle om strategier og opprydning for å utløse ressurser og skape tilgjengelighet og støtte i tjenestemottagerens omgivelser. (Veileder til foreskrift om Individuell plan). Dette ble klargjort i forhold til en av deltagerne. Hun tok ungdomskoleeksamen i starten av prosjektet og ønsket videre skolegang. NAV var uvillige til å innvilge dette da hun på daværende tidspunkt var under 26 år. Det er aldersgrensen for å få utdanning finansiert gjennom attføringsytelser. De mente at hun ikke oppfylte de særskilte vilkårene får og få dekket utdanning før fylte 26 år. NAV endret syn etter at utdanningsplanene hennes ble nedfelt i IP, og hun fikk innvilget søknaden sin. Hun er nå i gang med å ta studiekompetanse og vil studere videre på Høgskolen i Agder.

Samtlige prosjektdeltagere fikk opprettet ansvarsgrupper. 3 av prosjektdeltagerne har fortsatt ansvarsgruppe ved prosjektets slutt, de øvrige er avvirket eller er i ferd med å avvirkles da arbeidet er slutført. I brukerevalueringen meldte samtlige prosjektdeltagere at de var *godt fornøyd* med sin ansvarsgruppe. Der hvor ansvarsgruppen fremdeles er aktiv er psykiatri en mer fremtredende del av problemkomplekset enn i de tilfeller hvor ansvarsgruppene er avsluttet. De prosjektansatte hadde koordineringsansvaret i 8 av 10 ansvarsgrupper. I de to resterende var det fastkurator på sosialkontoret som koordinerte arbeidet.

#### **3.1.2. Tilbakefall**

*Hyppighet og årsak til tilbakefall skal måles to ganger i prosjektperioden.*

All endring er forbundet med tilbakefall, dette innebærer at det er vanskelig å kartlegge hva grunnen er. I noen tilfeller er det også diskrepans mellom hva prosjektmedarbeideren antar

er grunnen til tilbakefall og hva deltageren oppgir som begrunnelse. Vi har registrert at sjansen for tilbakefall øker proposjonalt med økt psykisk sårbarhet. Deltagerne oppgir som oftest mer konkrete grunner, som f. eks. stress.

Målinger ble registrert ved Midtveisevalueringen og ved prosjektslutt.

Halvparten av deltagerne hadde ett eller flere tilbakefall i prosjektperioden. En av deltagerne ble tatt inn i prosjektet i en tilbakefalleperiode, og startet opp med et opphold på Avgiftningsposten SSHR.

Hva som regnes som tilbakefall må vurderes uti fra den enkeltes målsetning, og 9 av prosjektdeltagerne hadde totalavhold som målsetning, 4 av disse 9 var helt klar på at de ikke stolt på seg selv ved inntak av selv små mengder rusmidler. En av deltagerne uttrykte det slik:

Hvis jeg tar en eneste øl, tar den neste ølen meg og jeg risikerer å våkne opp etter 14 dager med fullstendig blackout og masse narkogjeld.

Den prosjektdeltageren som ikke hadde avhold som målsetning begrunnet dette med at det var amfetamin og extacy som var hennes foretrukne stoff. Det var i forhold til dette hun hadde vansker med kontroll. Da hun gikk inn i prosjektet hadde hun ikke brukt noen av disse stoffene siden hun fant ut at hun var gravid for 3 år siden. Hun hadde lite avlastning med barnet og var fast bestemt på at inntak av alkohol eller stoff var fullstendig uakseptabelt når hun var sammen med barnet. Etter hvert som han ble større ville hun gjerne gå ut på byen med venner og drikke litt når hun en sjelden gang hadde barnefri. Hun mente at dette ikke var noe problem siden hun ikke hadde blandet inntak av alkohol og illegale rusmidler tidligere. Som hun uttrykte det:

Jeg får ikke den tenninga av alkohol som jeg opplever med f. eks. speed og knips.

Etter å ha fulgt henne opp i over ett år er det ingen grunn til å tvile på hennes vurderinger i forhold til dette. Det ser ut som at det eneste unormale med hennes forhold til alkohol er at hun drikker mindre og ikke så ofte som andre på hennes alder. (4-5 pils eller 1 flaske rødvin pr. måned) Siden hennes målsetning var slik kan man heller ikke regne den vinflaska som noe tilbakefall. Imidlertid hadde vi en åpen og kontinuerlig dialog i forhold til alkoholbruk, og den eksponeringen for andre rusmidler som hun opplevde i frihelgene sine. Det er grunn til å tro at den respekten Ettervernsprosjektet viste i forhold til hennes vurderinger var en forutsetning for at denne dialogen kunne fortsette.

Når det gjaldt den prosjektdeltageren som hadde et tilbakefall da hun kom inn i prosjektet hadde hun i utgangspunktet avhold som sin målsetning. Som nevnt var den første oppgaven Ettervernsprosjektet gjorde i forhold til henne å kjøre henne inn til avrusning. Da hun ble skrevet ut derfra etter et par uker hadde hun gjort en avtale med avgiftningsposten om å komme opp dit for å ta antabus to ganger pr. uke. Ettervernsprosjektet skulle hjelpe henne til å holde denne avtalen. Da hun skulle møte til den avtalen var prosjektdeltageren vekk og det umulig å få tak i henne. Det tok lang tid å komme i dialog med denne deltageren. Da kontakt og tillit omsider var etablert viste det seg at alt hadde gått for fort for henne. Hjelpere rundt henne presset på at hun skulle begynne på en praksisplass, sette grenser, mestre rustrang osv. osv. Denne prosjektdeltageren fortalte selv at hun led av et *flink pike syndrom*. Hun hadde svært vanskelig for å sette grenser, spesielt når hun opplevde press fra mennesker som ville henne vel. Hun prøvde hardt med å gjøre alle rundt seg stolt og fornøyd, det gikk en stund, men førte til stadige tilbakefall med etterfølgende isolasjon.

Et stadig tilbakevendende tema var økonomiske bekymringer og frykt for å ikke klare betale regningene sine. Hun ønsket å bli uføretrygdet, kunne ikke se for seg muligheten til å forsørge seg selv. Usikkerheten knyttet til en tidsbegrenset stønad som rehabiliteringspenger var et betydelig stressmoment i livet hennes. Før hun gikk inn i behandling hadde hun vært UFB, og levde på sosialhjelp. Da hun kom inn i prosjektet hadde hun kommet langt, men opplevde et betydelig press fra omgivelsene for å stadig yte mer.

Løsningen på arbeidet med denne deltageren var å ta fatt i den største bekymringen hennes. (inntektssikring) Hun opplevde at NAV-trygd ikke trodde på henne siden de ikke ville sette i gang med en prosess for å søke uføre trygd selv om flere leger og psykiatere anbefalte dette. Hun hadde tidligere vært gjennom to avbrutte attførings forsøk og var ikke innstilt på å gjøre dette igjen.

Ettervernsprosjektet konsentrerte seg derfor med å bistå med å dokumentere den psykiske - og fysiske helsen hennes. Hun fikk hjelp til å følge opp avtaler til utredning på habiliteringstjenesten. Dette var en omfattende prosess. Hun fikk mye positiv tilbakemelding på at hun fulgte opp avtalene. Når hun hadde tilbakefall fikk hun positiv respons på at hun ikke lot rusen ta overhånd, og at hun satte grenser og ikke åpnet boligen sin for svirebrødre. Dette var et stort steg framover og hun ble gradvis mer avslappet.

Da utredningen var ferdig viste det seg at hun fikk 4 forskjellige diagnoser og 2 av disse var alvorlige. Dette opplevde hun som en lettelse, hun ble forstått og trodd. Utredningen førte også til at hun fikk den uføretrygden som hun ønsket. Dette ga henne ro og stabilitet i tilværelsen og førte til at tilbakefallene ble færre og kortere. Hun endret imidlertid målsetning fra avhold til å tillate seg tilbakefall i perioder, uten at alt dermed skulle være tapt. Ved prosjektets avslutning er hun mer avslappet, har en bedre rusmestring og har begynt å arbeide noen timer hver dag på et arbeidstreningssenter.

Som mange rusmiddelavhengige fremstår hun som svært verbal og ressurssterk, dette har i noen grad medført at hjelpeapparatet har overvurdert henne og stillet for store krav.

Halvparten av prosjektdeltagerne har altså hatt tilbakefall i prosjektperioden. Tre deltagere oppgir psykiske problemer som hovedgrunnen til dette, 2 oppgir økonomiske bekymringer. Ved prosjektets avslutning ser det ut til at 8 deltagere praktiserer avhold, en deltager praktiserer måtehold uten problemer, og en deltager opplever bedret rusmestring.

### **3.1.3. Årsaker**

*Det skal registreres og undersøkes årsaker til at deltagere går ut av prosjektet.*

Totalt 13 personer ble klarert for inntak i prosjektet, 10 av disse var med i hele prosjektperioden. Utskrivelsen av de tre som ikke fullførte prosjektet ble begrunnet slik:

- En person besluttet å søke LAR, og var derfor uaktuell i forhold til inntakskriteriene.
- En person skrev seg ut etter eget ønske da han vurderte sin problematikk til å være knyttet opp mot psykiatri, ikke rus. Han får nå oppfølging av psykiatrisk hjemmesykepleie.
- En person ble skrevet ut da hun ikke nyttiggjorde seg tilbudet. Møtte ikke til avtaler, benektet vedvarende rusmiddelbruk og var i perioder sterkt psykotisk. Hun fikk i en periode oppfølging fra RISK og gjennomgikk deretter behandling på en rus/psykiatri post.

### **3.1.4. Hva virker?**

*Prosjektet skal virke kompetansefremmende og utvikle ny kunnskap om hva som virker.*

Det er 2 variabler som skiller det arbeidet som ble utført i Ettervernsprosjektet fra den øvrige oppfølgingen fra RISK.

1. I motsetning til de fleste av brukerne av RISK hadde prosjektdeltagerne i Ettervernsprosjektet hadde gjennomført en eller annen form for behandling i forkant, og befant seg i siste halvdel av endringshjulet. Dette gjorde at de var mer tilgjengelig for oppfølging, råd og veiledning. De var inne i en fase hvor det skjedde mye i livet deres, en ny tilværelse skulle bygges opp eller stabiliseres. Dette er en sårbar fase for de fleste og behovet for stabil, fleksibel og tilgjengelig oppfølging er absolutt tilstede.
2. Prosjektets rammebetingelser – Siden prosjektet bare hadde 10 deltagere og 2 oppfølgere i full stilling hadde man muligheten til å følge opp hver enkelt deltager tettere i perioder hvor dette var påkrevd. Ettervernsprosjektets tidsbruk pr. deltager var ikke regulert av et vedtak med et fast timeantall pr. uke. Det hadde ikke vært mulig å ha et så stort fokus på hver deltager eller å gå dypere inn i problemområder som f. eks. økonomi hvis vi hadde hatt et tredobbelt antall klienter slik de øvrige oppfølgerne på RISK har. Ettervernsprosjektet hadde en kvalitativ tilnærming på den måte at vi hadde få deltagere, men arbeidet med flere livsområder i forhold til hver enkelt deltager.

Dette ser ut til å ha hatt en gunstig effekt i forhold til deltagernes rehabilitering. 8 av 10 deltagere ser ut til å ha kommet svært mye lenger i sin rehabiliteringsprosess i løpet av prosjektperioden. En variabel vi ikke hadde forutsett når det gjaldt denne brukergruppen var forekomsten av dobbeltdiagnoser. Mer om dette i eget avsnitt, men det viser at en grundig kartlegging i forhold til psyke er påkrevd hos alle som søker behandling for rusmiddelavhengighet.

En av deltagerne som måtte avbryte attføringen sin grunnet en kraftig depresjon sa i den forbindelse:

*Jeg hadde ikke trodd at dette skulle skje nå igjen, men jeg kjenner jo meg selv så dårlig som nykter.*

Motstandere av kartlegging, utredning og diagnostisering kritiserer dette ut fra et standpunkt om at diagnoser patologiserer og reduserer mennesker til en diagnose. Tilbakemeldinger fra prosjektdeltagerne støtter ikke en slik tankegang. Tvert imot førte diagnostiseringen til at de ble

lettet, det var en grunn til at ting var vanskelig. De opplevde at de fikk økt forståelse fra hjelpeapparatet, og at rettigheter ble utløst. Som en sa: *Endelig føler jeg at de tror på meg og forstår meg.*

Hos deltagerne i Ettervernsprosjektet har vi registrert en overdiagnostisering av psykoseproblematikk. Hos alle, unntatt en, har psykoseproblematikk vært knyttet til intensiv bruk av rusmidler. Samtidig registrerer vi en mulig underdiagnostisering av angst og depresjonslidelser. Angst- og/ eller depresjon forklart begrunnet med (tidligere) bruk av rusmidler, selv etter at deltageren har vært abstinent i lengre tid, i noen tilfeller flere år.

### **3.1.5. Dokumentasjon av samarbeidsformer**

*Prosjektet skal dokumentere samarbeidsformene mellom kommune og spesialisthelsetjeneste og beskrive samarbeidsformene som bidrar til sammenhengende tiltakskjeder.*

Ansvarsgruppe jobbing og IP er metodeverktøy som bidrar til samhandling og kontinuitet mellom hjelpeapparatets forskjellige nivå, dette er også erfaringer fra Ettervernsprosjektet. Det er vår oppfatning at det beste samarbeidet oppstår når oppfølgeren har kontakt med brukeren i forkant av behandlingen og deltar i ansvarsgruppen under behandling, dette er særlig aktuelt i de tilfeller hvor brukeren tilbringer måneder på Rehabiliteringsposten til SSHR (Tidligere Halveishuset). Dette ble gjort i forhold til en prosjektdeltager og skaper trygghet hos brukeren samtidig som førstelinjen får mulighet til å søke brukeren inn i aktuelle hjelpetiltak.

De fleste av prosjektdeltagerne hadde, som før nevnt gjennomgått behandling i 6 (8) uker på Basisposten ARA, SSHF, med et påfølgende opphold på Rehabiliteringsposten. Fire av deltagerne gikk fremdeles i Ettervernsgruppene hos ARA, som varer i 11 måneder etter avsluttet behandling. Samarbeidet mellom Ettervernet ARA og Ettervernsprosjektet var ikke uproblematisk. Det er vårt inntrykk at det brede fokus Ettervernsprosjektet hadde i forhold til økonomi, fritidstilbud, kvalifiserende tiltak m.m. gjorde at ARA fryktet for at brukerne kunne miste fokus i forhold til det å holde seg rusfri. Det ble holdt ett samarbeidsmøte mellom Ettervernet på ARA og Ettervernsprosjektet, Det ble også holdt ett samarbeidsmøtet mellom Ettervernsprosjektet og hybelprogrammet på Loland Behandlingssenter og representant fra ARA deltok i prosjektets referansegruppe.

Ettervernsprosjektet har konkludert med at det er rom for forbedringer i samarbeidet og

samarbeidsrutinene mellom de forskjellige aktørene på Ettervern i Kristiansand, prosjektet tok derfor et initiativ til å danne et Fagtreff for Ettervern i Kristiansand kommune, på sikt er det meningen at dette fagtreffet skal inngå i Rusreparerende forum. Representanter fra kommunen, spesialisthelsetjenesten, frivillige organisasjoner og brukerorganisasjoner er representert i fagtreffet og man har foreløpig samlet seg om følgende mandat:

*Ettervernsfagtreffet vil arbeide for å samordne ettervernstilbud i Kristiansand, vi vil formidle kunnskap om ettervern (eksternt og internt) og tilstrebe en felles faglig forståelse for hva ettervern er.*

Det er planer om å arrangere fagdager med ettervern som tema i løpet av høsten 2007.

Det er vår oppfatning at et slikt samarbeidsforum vil bidra til et bedre samarbeid på tvers av ideologiske skillelinjer og nivåer i rusomsorgen i forhold til ettervern.

I brukerevalueringen krysser samtlige av deltagerne av på *passer godt*  
Når de blir bedt om å ta stilling til påstanden:

*Ettervernsprosjektet samarbeider godt med andre hjelpere rundt meg.*

## **3.2. Effektmål**

### **3.2.1. Integrasjon**

*Deltagerne er integrert i sitt lokalmiljø, i forhold til meningsfylte aktiviteter og sosial tilhørighet.*

Vi mener å ha belegg for at denne målsetningen er nådd i løpet av prosjektperioden for samtlige prosjektdeltagere.

8 av prosjektdeltagerne har en stabil og god bosituasjon.

1 prosjektdeltager er i ferd med å flytte inn i et forsterket bomiljø, etter å ha blitt korrekt diagnostisert.

1 prosjektdeltager er i ferd med å flytte inn i egen leilighet i tilknytning til et evangeliesenter hvor han har tilbrakt de siste 7 måneder. Han er ferdig utredet, har fått en diagnose og er i ferd

med å utprøve mer virksomme medisiner. Han vil anke et tidligere avslag på behandling ved Modum bad.

9 prosjektdeltagere er integrert i en alminnelig fritidsaktivitet ved hjelp av metoden Fritid med Bistand.

9 prosjektdeltagere er i enten praksis, arbeid, arbeidstrening eller utdanning på dagtid.

I brukerevalueringen krysser 8 deltagere av på *Passer godt* når de skal ta stilling til påstanden:

*Jeg har fått hjelp til å endre min situasjon.*

1 deltager krysser av på *passer middels*.

1 deltager krysser av på *vet ikke/ikke aktuelt*.

### **3.2.2. Inntektssikring**

*Deltagerne er inntektssikret og har en forutsigbar økonomisk situasjon*

9 av prosjektdeltagerne fikk hjelp av Ettervernsprosjektet i forhold til økonomi, og 6 oppgir at deres økonomiske situasjon bedret seg i løpet av prosjektperioden. 4 oppgir at deres økonomiske situasjon er uendret.

5 deltagere fikk hjelp i forhold til å sette opp budsjett/ økonomistyring

6 deltagere fikk hjelp til å søke om økonomiske ytelser/ lån eller trygd.

2 av deltagerne fikk hjelp til å søke frivillig nettbankstyring hos Kristiansand Sosialkontors, samt gjeldsrådgivning.

8 av deltagerne krysser av på *godt fornøyd* når de svarer på spørsmålet:

*Hvor fornøyd er du med den hjelpen du har fått i forhold til økonomi.*

En deltager er middels fornøyd.

### **3.2.3. Færre kommunale tjenester**

*Kommunen er inne med færre tjenester enn før behandling og ettervern.*

Det ser ut til å være tilfelle, 5 deltagere har fremdeles en form for oppfølging fra kommunen, men denne er redusert i forhold til tidligere tilbud.

### **3.2.4. Redusert behov for spesialiserte helsetjenester**

*Deltagerne vil ha mindre behov for spesialiserte helsetjenester.*

Denne målsetningen er vanskelig å si noe konkret om fordi man vet lite om hvilket behov de hadde i forkant. Det ser ut til at utredningene har ført til at flere av deltagerne benytter seg av spesialiserte helsetjenester enn det som var tilfellet før behandling, utredning og ettervern. Men det er grunn til å tro at denne gruppen hadde et underforbruk av slike tjenester tidligere. Imidlertid er den behandlingen de mottar målrettet og adekvat. Det er derfor grunn til å anta at behovet vil reduseres på sikt. Hvis tendensen man sporer i forhold til rusmestring fortsetter må man også kunne anta at behovet for ytterligere behandling for avhengighet bortfaller.

### **3.2.5. Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste**

*Samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste og kommune om ettervern er bedret.*

Det er grunn til å tro at Ettervernsfagtreffet vil bedre dette samarbeidet ytterligere. Tidligere var det RISK som stod ansvarlig for å søke rusmiddelavhengige inn i behandling. Dette arbeidet er nå overført til Kristiansand Sosialkontor. Det er planer om å igjen legge denne funksjonen til RISK, noe som vil medføre en mer direkte kontakt mellom oppfølgingstjenesten og behandlingsstedet. Om dette gjennomføres vil det bidra til mer sammenhengende tiltakskjeder og økt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den delen av det kommunale hjelpeapparatet med tette kontakt til brukergruppen.

### **3.2.6. Relevante metoder**

*Man har kommet fram til og utarbeidet relevante metoder for Ettervernsarbeidet.*

Foreløpig måloppnåelse og brukertilfredshet tyder på at de metoder beskrevet i neste kapittel har en gunstig effekt på denne brukergruppen som prosjektdeltagerne representerer.

## **4. METODEVERKTØY**

*Prosjektet skal beskrive og dokumentere anvendte metoder*

Vi regner også ansvarsgruppejobbing og bruk av IP som en metode kommer vi ikke nærmere inn på de her da dette ble beskrevet i avsnitt nr. 3.1.1.

Vi besluttet tidlig i prosessen å fokusere på individuell oppfølging, fremfor å etablere grupper. Grunnen til dette var at flere av prosjektdeltagerne allerede hadde tilbud om ettervernsgrupper en gang pr. uke i regi av behandlingsstedet, en stor andel benyttet også NA og AA.

Vi startet arbeidet med en behovskartlegging. Deretter hadde vi individuelle samtaler med hver enkelt bruker, disse foregikk vanligvis hjemme hos brukeren. Dette var et bevisst valg basert på en tanke om at man skal hjelpe der de er. Det at oppfølgeren kommer hjem til en gjør at man møtes på en annen måte enn når klienten må komme til oppfølgeren og man møtes på et kontor, som oppfølger får man gjerne en unik innsikt.

Man blir invitert inn i den andres liv, og dette fordrer en varsomhet hos oppfølgeren. Man må opptre som gjest og hjelper ikke som en kontrollør. De aller fleste av prosjektdeltagerne oppfattet dette som positivt. Unntaket var en som led av en betydelig grad av paranoia. Det at man møtes på brukerens arena gjorde at mange følte seg tryggere enn de ville ha gjort ved å møte opp til samtale på et offentlig kontor. De fikk muligheten til å vise flere sider av seg selv.

#### **4.1. Endringsfokuset Rådgivning**

I de individuelle samtalene benyttet Ettervernsprosjektet teknikker fra Endringsfokuset rådgivning.

Endringsfokuset rådgivning ble først benyttet for å hjelpe alkoholikere til å slutte å drikke, nå blir metoden brukt på en rekke områder. Det er en ikke-konfronterende, pasient- og ressursorientert samtaleform, som fokuserer på å bringe fram selvmotiverende utsagn som fremmer endring i adferd.

Sentrale prinsipper er at sosialarbeideren uttrykker empati, bidrar til å skape diskrepans (dvs. å få fram forskjellen mellom der klienten ønsker å befinne seg og der vedkommende faktisk er) Man styrer unna argumentering, søker å få fram selvmotiverende utsagn. Videre støtter man selvfølelsen og mestringsforventninger. Dette kan kort beskrives som EDRAS ( **E**mpati – **D**iskrepans – **R**ulle med motstand – **A**rgumenter unngås – **S**tøtt mestring)

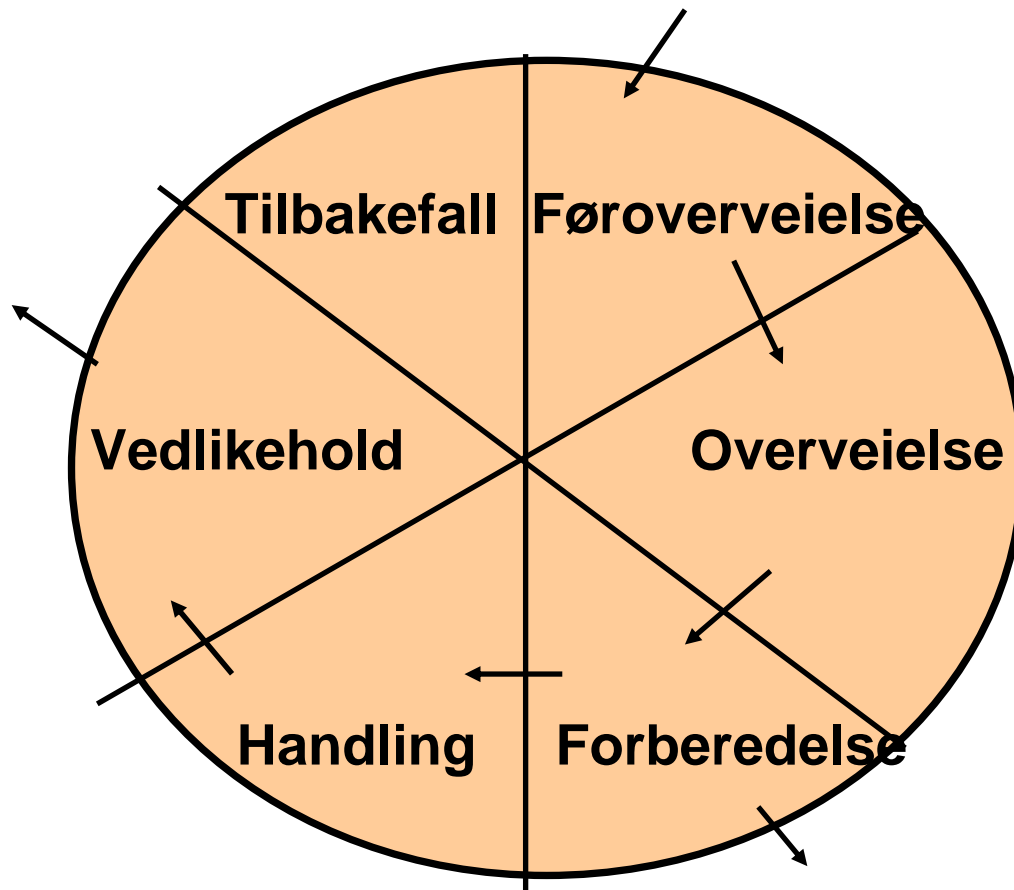
I praksis er det viktig å stille åpne spørsmål, lytte reflekterende, oppsummere og gi støtte og oppmuntring og få fram selvmotiverende utsagn.

Åpne spørsmål begynner ofte med spørre ord, i motsetning til lukkede spørsmål som ofte begynner med verb. Ved å bruke åpne spørsmål inviterer man til å utdype det tema man snakker

om og det er vanskelig å svare ja eller nei på slike spørsmål. Oppsummeringer sikrer en god flyt i kommunikasjonen og reduserer misforståelser fordi man på denne måten sikrer at man har forstått riktig, det bidrar også til å skape tillit.

#### 4.2. Endringshjulet

Når man snakker om Endringsfokusert rådgivning bør også ha *endringshjulet* i bakhodet.



Prosjektdeltagerne i Ettervernsprosjektet befant seg i den siste halvdel av endringshjulet, noen var i handlingsfasen da de ble tatt inn andre i vedlikeholdsfasen og en deltager var faktisk på tilbakefall og det første prosjektmedarbeideren gjorde var å kjøre vedkommende til avgiftningsposten.

Ved å plassere prosjektdeltagerne inn i stadier i endringshjulet får man også en klarere forståelse for hva som skiller Ettervernsprosjektet fra den øvrige oppfølgingen på RISK. Det var ikke så mye det arbeidet man gjorde, men de klientene man gjorde det med, og det stadiet de befant seg på i endringshjulet.

#### **4.2.1. Føroverveielser**

I denne fasen er man lite oppmerksom på adferdens negative sider, man er lite tilgjengelig for informasjon og det er vanskelig å motivere til endring. Man benekter og bagatelliserer problemet, det kan forekomme rasjonalisering hvor vedkommende rettferdiggjør adferden sin, aktiv protest eller resignasjon. En av de som først ble tatt inn i Ettervernsprosjektet viste seg etter kort tid å befinne seg på dette stadiet. Det var snakk om en ung jente, hun gikk til polikliniske samtaler og hadde i kort tid bodd på et evangeliesenter. Det viste seg at i hennes tilfelle var det familien og andre hjelpere rundt som var mer innstilt på at hun skulle inn i Ettervernsprosjektet enn det hun selv var. Hun ble derfor skrevet ut, men ikke før hun ble overført til andre oppfølgere som fikk i oppdrag å arbeide skadereduserende og å motivere til videre behandling.

#### **4.2.2. Overveielse**

I denne fasen opplever man et økende ubehag, man kjenner både på de positive og negative sidene. Man er ambivalent til om det er nødvendig å endre adferden og kan være ubesluttsom og skiftende. Imidlertid er man mer tilgjengelig for informasjon og samtale. En av deltagerne i Ettervernsprosjektet hadde jeg fulgt opp i lang tid, gjennom mitt arbeide i AMBO (ambulerende boteam) på RISK. Da oppfølgingen startet opp befant han seg i denne fasen, og de Ettervernsprosjektet startet opp var han i slutfasen av behandlingen, han bodde på et halveishus og gikk i ettervernsgruppene til ARA. Han befinner seg nå i vedlikeholdsfasen, har fremdeles litt oppfølging, benytter seg flittig av NA. Han har ikke hatt noen tilbakefall.

#### **4.2.3. Forberedelse**

"Jeg har bestemt meg og datoen er satt!"

I denne fasen skifter fokus fra oppmerksomhet rundt hva som har vært problemet med adferden til arbeidet rundt dette. Her kan det være nyttig med en handlingsplan og der er en stor mottagelighet for råd og veiledning. Den før nevnte prosjektdeltageren brukte denne fasen til å klare opp. Han brukte NA og RISK svært aktivt i denne perioden og hadde svært få tilbakefall. Han hadde vært rusfri i 3 måneder før han gikk inn i behandling, og da han fikk en mulighet til å starte behandlingen et par måneder før han var forespeilet plass var han svært godt forberedt. Han fulgte også et klargjøringsprogram som RISK arrangerte på denne tiden, det var et forberedelsesprogram for de som skulle inn i behandling og ventet på plass der.

#### 4.2.4. Handlingsfasen

Her tar man steget fra følelser og tanker til aktiv handling. Resultatet fra jobben gjort i *overveielse* og *forberedelse* er avgjørende for prognosen. Mulige feller her er at man prøver løsningsstrategier som tidligere har vist seg å være lite effektive, at man ikke er godt forberedt på situasjonen. Hvor mye man har investert kan også være avgjørende. Når det gjelder vårt eksempel var det første gang han hadde vært inne i behandling på den måten unngikk han å bruke løsningsstrategier som tidligere hadde slått feil. Han var svært godt forberedt og hadde brukt NA, Klargjøringsprogrammet og AMBO for å forberede seg. Mange investeringer var gjort både i forhold til tid og viljestyrke.

#### 4.2.5. Vedlikeholdsfasen

80% av prosjektdeltagerne befant seg i denne fasen, noen hadde avsluttet behandlingen ganske nylig, en deltager hadde avsluttet behandlingen for 8 år siden og hadde befunnet seg i denne fasen siden det, uten tilbakefall. Han var imidlertid i en periode med store omveltninger, han hadde fått avslag på videre oppfølging og han fryktet tilbakefall da han kom inn i prosjektet. Dette viser at å vedlikeholde en endringsprosess kan ta år, og for noen et helt liv. Situasjonen til denne deltageren var at han ikke hadde etablert noen ny identitet etter at rusen var borte, han var *eks-misbruker* og lite annet. En ADHD diagnose gjorde at han hadde vansker med å strukturere hverdagen sin, han hadde også en tendens til å involvere mange hjelpere til å løse det samme problemet. Ettervernsprosjektet gikk inn på følgende områder:

- ❑ Det ble utarbeidet en Individuell plan, som konkretiserte de områder han ville arbeide med og klargjorde hvilken instans som skulle bistå med hva.
- ❑ En ansvarsgruppe ble etablert for å strukturere arbeidet med IP og måloppnåelse.
- ❑ Det siste, og kanskje det viktigste i hans tilfelle var integrering i en vanlig aktivitet. Som uføretrygdet hadde han lite kontakt med andre deler av samfunnet en det som var beregnet for tidligere rusmiddelavhengige.

For å oppnå dette brukte Ettervernsprosjektet et tilbud og en metode som heter Fritid med Bistand (FmB). Denne metoden bruker Kristiansand kommune til å integrere folk med særlige utfordringer i en alminnelig fritidsaktivitet. FmB vil bli nærmere beskrevet i et eget avsnitt, men for denne prosjektdeltageren ble resultatet han ble medlem i Turistforeningen hvor han nå er et høyt skattet medlem og en ressursperson. Han arrangerer turer for andre, og stiller som hyttevakt på Turistforeningens hytter. Han er ikke lenger en *eks-misbruker*, men friluftsmann og fjellfører.

Vedlikeholdsfasen består av kontinuerlig arbeid og bevissthet om viktigheten av å opprettholde egen motivasjon, det krever innsikt i rusens og adferdens funksjon, kjennskap til egen tilbakefalleprosess, og det er alltid en fare for at ambivalensen kan vende tilbake. Dette støtter 12-trinns tankegangen om at rusmiddelavhengighet er en livslang og kronisk lidelse.

Det har før vært nevnt at 80 % av prosjektdeltagerne hadde gjennomgått behandling på ARA i Kristiansand. I løpet av denne behandlingen utarbeidet de en Individuell oppfølgingsplan som også ble brukt aktivt i Ettervernsprosjektet, den gikk inn som et vedlegg til Individuell plan. En vesentlig del av denne oppfølgingsplanen var at prosjektdeltageren hadde skrevet ned sine 5 tydeligste tegn på tilbakefall.

#### **4.2.6. Tilbakefall**

Et spørsmål vi i ettervernsprosjektet ofte fikk var om prosjektdeltagerne ville bli skrevet ut av prosjektet ved tilbakefall. Det ble de ikke, i stedet intensiverte vi arbeidet i disse periodene. Det ser ut til å ha hatt en positiv effekt. De fleste rusbehandlingsinstitusjoner skriver ut sine pasienter hvis de viser symptomer på den lidelsen de er inne til behandling for, dette gjelder også ettervernet til ARA i Kristiansand. Dette er forståelig når man har en gruppe eller et terapeutisk miljø å ta hensyn til, og smitteeffekten ved tilbakefall kan være betydelig. Siden alle deltagerne i Ettervernsprosjektet fikk individuell oppfølging var ikke utskrivning nødvendig, selv om enkelte hadde perioder med tilbakefall.

En prosjektdeltager hadde to perioder med tilbakefall. Den siste perioden ble han skrevet ut av ettervernet til ARA, han mistet retten til å møte barnet sitt, stod i fare for å miste jobben, leiligheten og sykkelen som han hadde fått gjennom Fritid med Bistand (han var med i en sykkelklubb) ble hentet som et avdrag på gjeld. Oppfølgeren hans fra Ettervernsprosjektet fulgte han tett opp i denne perioden, hun bidro til at han fikk et skjermingsopphold på en psykiatrisk institusjon og var med han på møter i etterkant der han fikk ordnet opp i noe av det som hadde blitt ødelagt pga. tilbakefall. Han ble han satt noe tilbake i forhold til mål han hadde satt seg, men han var fremdeles i vedlikeholdsfasen på endringshjulet. På evalueringsskjemaet skrev han følgende:

Hjelpen jeg har fått har vært uvurderlig. Jeg hadde ikke klart meg så godt som jeg gjør nå visst jeg ikke hadde hatt den hjelpa og støtta jeg har fått av hele nettverket mitt. Hildegunn (fra Ettervernsprosjektet) har stått på 110% for meg hele veien og jeg kommer til å være evig takknemlig for dette.

Dette var den prosjektdeltageren som i begynnelsen av prosjektet uttalte at han ikke kunne ta en øl, for da tok den neste ølen han. Erfaringer vi gjorde ved å følge opp tett i tilbakefall perioden viste at dette førte til økt rusmestring og skadebegrensning. Imidlertid var omkostningene han hadde ved tilbakefall så pass betydelige at han ikke har endret målsetning om avhold.

Oppfatningen av avhengighetsbegrepet skriver seg fra AA`s teori om alkoholisme som en sykdom hvor manglende evne til måtehold ble oppfattet som en sentralt kriterium. Flere forskningsrapporter viser at noen alkoholikere klarer å leve med et stabilt måtehold over lengre tid. For at dette skal lykkes kreves et velfungerende nettverk med måteholden eller ingen rusmiddelbruk. (Fekjær 2004)

### **4.3. Rød tråd**

Med rød tråd mener vi at en sosialarbeider følger opp et lite antall klienter på flere livsområder. Dette er motsatt av det vi registrerer i stadig flere kommuner hvor sosialtjenesten blir spesialisert og oppstykket. Som sosialklient i Kristiansand kommune kan man oppleve å måtte forholde seg til et stort antall saksbehandlere og kuratorer, f. eks.:

- ❑ Fastkurator sosialkontor
- ❑ Økonomisk saksbehandler sosialkontor
- ❑ Oppfølgingskurator for rus og/ eller helse
- ❑ Kurator i spesialisthelsetjenesten – Ruspoliklinikken
- ❑ Saksbehandler NAV attføring
- ❑ Saksbehandler Fritid med Bistand

Ettervernsprosjektet gikk aktivt inn for å redusere antall hjelpere inne og dette ble oppfattet som positivt av prosjektdeltagerne som har en tendens til å bli svært frustrert over å bli sendt fra et kontor til et annet. I de fleste tilfeller overtok vi koordinatorrollen fra fastkurator, vi fikk også opplæring i metoden Fritid med Bistand og påtok oss den funksjonen. Prosjektdeltagerne kunne ta kontakt med prosjektmedarbeiderne i saker som angikk økonomi. Når prosjektdeltagerne ønsker det gikk vi sammen med de til møter med andre offentlige etater som NAV.

Fordelene med dette var:

- ❑ Prosjektdeltagerne slapp å forholde seg til mange hjelpere
- ❑ Mer av saksbehandlingen ble utført av personer som stod nærmere prosjektdeltageren
- ❑ Ettervernsprosjektet fikk innsikt i mer av deltagerens livssituasjon og kunne gi mer målrettet og adekvat bistand

- Deltagerne slapp å informere stadig nye personer om sin situasjon
- Man unngikk volleyball prinsippet (Klienten blir holdt i svevet for å unngå at han lander på din banehalvdel)
- Ting kunne ordnes raskere, og man slapp unødig ventetid.

En slik rød tråd metode krever imidlertid en viss varsomhet, det er en balansegang mellom effektivt og målrettet sosialt arbeid og å overta livet til prosjektdeltageren. Målsetningen med rød tråd må hele tiden være å gjøre seg selv overflødig.

Ser man på evalueringsskjemaet som prosjektdeltagerne fylte ut ved prosjektets avslutning viser dette at:

8 av 10 fikk hjelp av prosjektet i forhold til økonomi, alle 8 var godt fornøyd med den hjelpen de mottok.

6 av 4 opplevde at økonomien hadde bedret seg i prosjektperioden

8 av 10 startet på arbeid/ praksis/utdanning i prosjektperioden

7 av disse 8 fikk hjelp av prosjektet i denne prosessen.

9 av 10 oppgir at Ettervernsprosjektet har bistått dem i forbindelse med avtaler/ møter med andre hjelpeinstanser, og det samme antallet oppgir av prosjektet har hjulpet dem å finne fram til aktuelle og nødvendige hjelpetiltak.

9 av 10 fikk hjelp til å komme i gang med fritidsaktiviteter.

Det er lett å forstå at klienter blir frustrert og lei av å bli sendt fra den ene saksbehandleren til den andre i et stadig mer spesialisert kommunalt hjelpeapparat. Spesialiseringen og fragmentering gjør at hjelpeapparatet oppfattes som uoversiktlig

#### **4.4. Fleksibilitet**

Kriser har en lei tendens til å oppstå også utenom ordinær arbeidstid. Ettervernsprosjektet tok derfor tidlig et standpunkt om at man ønsket å utvise mest mulig fleksibilitet i forhold til oppfølgingen av hver enkelt deltager. Rammebetingelsene for prosjektet var slik at dette kunne la seg gjøre, med to ansatte i 100 % stilling, og bare 10 prosjektdeltagere. Alle 10 deltagerne krysset av på *passer godt* når de skulle ta stilling til påstanden: *Oppfølgingen fra Ettervernsprosjektet er fleksibel.*

9 av 10 krysset av på *Passer godt* når de skulle ta stilling til påstanden *Ettervernsprosjektet er*

*tilgjengelig når jeg trenger det.* (1 krysset av på *passer middels*).

Svarfordelingen var lik når de skulle ta stilling til påstanden *Oppfølgeren har god tid til meg*.

Begge prosjektmedarbeiderne møtte på deltageres ansvarsgruppe i den grad dette var mulig, vi holdt også hverandre løpende orientert i forhold til deltagerne slik at vi kunne avløse hverandre ved sykdom og ferier. Dette sikret kontinuitet og stabilitet.

#### **4.5. Permen**

Når man sitter på ansvarsgrupper blir man slått av at den eneste uten kalender og papirer foran seg er hovedpersonen. For å bidra til at prosjektdeltagerne fikk en bedre oversikt laget Ettervernsprosjektet en liten samleperm i myk plast til å ta med på møter. Innholdet varierte litt fra deltager til deltager, men stort sett inneholdt permen IP, ansvarsgruppereferater, huskeliste over forskjellige oppgaver (med mulighet til å krysse ut det som var gjort og tidsfrist), budsjett/ økonomiske opplysninger, utredninger m.m.

Permen ble svært godt mottatt av prosjektdeltagerne, og noen etterspurte egne permer til f. eks. økonomi. Permen bidro til å minske forskjellen mellom hjelpere og klient, til å myndiggjøre prosjektdeltageren og hjelpe han/ hun til å få en bedre oversikt over rehabiliteringsprosessen.

#### **4.6. Fritid med Bistand**

FmB er et alternativ til bruk av støttekontakter, den har om målsetning å gi mennesker med funksjonshemninger eller ulike bistandsbehov muligheten til å bli integrert i en alminnelig fritidsaktivitet. I forhold til rusmiddelavhengige ble den først benyttet i prosjektet Rustet for Fritid, senere gikk tilbudet inn som en del av det ordinære tjenestetilbudet i Kristiansand Kommune.

FmB som metode er utarbeidet med inspirasjon fra normaliseringsteorier. Det handler om å gi mennesker med en lite verdsatt sosial rolle i samfunnet en verdsatt sosial rolle på den ordinære fritidsarenaen. Dette er koblet sammen med den retningen av Empowerment som legger vekt på en sterk offentlig satsing. (Midsundstad 2006, s. 11)

Arbeidsmetoden FmB er en problemløsningsmodell hvor den enkelte gjennom veiledning og opplæring i en prosess gis hjelp til å inkludere seg selv.

Ettervernsprosjektet innledet et samarbeid med den gruppen som arbeidet med FmB. Dette samarbeidet innebar at prosjektmedarbeiderne fikk opplæring i metoden, og kunne følge opp prosjektdeltagerne i forhold til FmB. Vi hadde jevnlig samarbeidsmøter.

Metoden er forholdsvis enkel, prosessen ser noenlunde slik ut:

1. Uforpliktende informasjonsmøte
2. Kartlegging av drømmer, interesser, ønsker og erfaringer.
3. Kartlegge aktuelle fritidsaktiviteters innhold
4. Gjøre valg av fritidsaktivitet
5. Lage en plan for inkluderingen hvor forventninger avklares
6. En person i fritidsaktiviteten får oppgaven som tilrettelegger
7. Tiltaket evalueres jevnlig.

8 av prosjektdeltagerne søkte og fikk innvilget FmB forholdsvis tidlig i prosjektet. En av deltagerne måtte vente helt til avslutningen av prosjektet før han følte seg psykisk sterk nok til å begynne, og den siste prosjektdeltageren vurderte at det var for tidlig for henne å påbegynne en slik prosess.

FmB var noe av det som var mest vellykket med hele prosjektet. Ikke minst fordi det følger økonomiske midler med vedtaket. Prosjektdeltagerne fikk mulighet til å gå til innkjøp av det utstyret de trengte for å starte i fritidsaktiviteten. Som en av deltagerne sa da vi hadde vært å handlet inn utstyr til at han kunne spille inn og arrangere egenprodusert musikk:

Dette er det kuleste noen noensinne har gjort for meg!

Det hører med til historien at denne personen fikk distribuert musikken sin via internett og dette førte til flere spillejobber og en mulig platekontrakt. Det er mange talenter i sosialkontorenes klientregistre.

## **5. SAMARBEIDSPARTNERE**

Ettervernsprosjektet hadde tett samarbeid med andre hjelpeinstanser som deltok i ansvarsgruppene. Eksempler på dette var fastleger, NAV - trygd, NAV – arbeid, Arbeid med bistand, fastkurator, økonomisk saksbehandler, kvalifiseringstjenesten, Barnevern og representanter fra behandlingssted og spesialisthelsetjenesten.

I tillegg til dette var det et utstrakt samarbeid med Kirkens Bymisjons Enter prosjekt, hvor 7 av prosjektdeltagerne i kortere eller lengre perioder benyttet seg av arbeidstreningstiltak, trening, sosiale tiltak m.m. Enter Prosjektet til KBM har for mange av prosjektdeltagerne fungert som et viktig bindeledd mellom en tilværelse preget av rus og en normal tilværelse. Enter tilbyr et skjernet, men også utfordrende miljø som er preget av respekt, mestring og gode opplevelser. I forhold til en deltager som er enslig forsørger med lite nettverk koblet Enter henne sammen med en vennefamilie med barn i samme alder.

Også samarbeidet med Fritid med Bistand må nevnes i denne sammenhengen, i tillegg til det som står beskrevet under metoder, har dette tiltaket i stor grad bidratt til økt livsinnhold, rusmestring, selvtillit og integrasjon av prosjektdeltagerne. Både oppfølgingen og den økonomiske støtten som følger et FmB vedtak har vært en svært verdifull del av ettervernsprosjektet.

## **6. AVVIK I FORHOLD TIL OPPSATTE MÅL**

Man registrerer ingen avvik i forhold til oppsatte mål foreløpig, skillet mellom Effektmål og objektmål gjør også at man må ha et lenger tidsperspektiv i forhold til førstnevnte. Før prosjektstart antok man at rehabiliteringsprosessen for prosjektets målgruppe kunne slutføres i prosjektperioden men dette er ikke konkretisert i prosjektdirektivet. Den gruppen rusmiddelavhengige som kunne ha fullført en rehabiliteringsprosess på kortere tid, er de som ikke har hatt et langvarig hjelpebehov og utstrakt kontakt med førstelinjetjenesten. De har heller ikke den psykiske sårbarheten som vi registrerte hos flertallet av prosjektdeltagerne.

Et annet ankepunkt kan være at det ikke ble utarbeidet faste rutiner for samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten skal foregå, men et er også vanskelig da graden av hjelpetiltak heller bør ta utgangspunkt i den enkeltes behov heller enn fastlagte rutiner. Bruk av IP og ansvarsgrupper sikrer uansett samarbeid på tvers av nivåer, kontinuitet og individuell tilrettelegging.

## LITTERATURLISTE

**Bagh, Jette: *Tenk i færre, men bedre hender*, Sygeplejersken, København 25/2005**

**Berg, John E.: *Ressursorientert (re) habilitering*, Universitetsforlaget, Oslo 1994**

**Dahl m.fl.: *Evaluering av ettervernet i Fredrikstad*, faglig rapport – Høgskolen i Østfold 2002**

**Evjen m. fl. : *Dobbelt Opp*, Universitetsforlaget Oslo 2003**

**Fekjær, Hans Olav: *RUS*, Gyldendal, Oslo 2004**

**Furuholmen og Andresen: *Fellesskapet som Metode*, Cappelen Oslo 2006**

**Hammelin og Larsen : *Menneskesyn i teorier om mennesket*, Gyldendal Oslo 1997**

**Midsundstad, Anders: *Rustet for Fritid*, Kristiansand Kommune 2006**

**Sosial og Helse direktoratet : *Individuell plan 2005*, Veileder til forskrift**

**Stalsberg Mydland, Trond: *Rustet for Fritid*, Prosjektrapport nr. 11/2005 Agderforskning**

**Tveit og Rydberg: *Forelesning i kommunikasjon og Endringsadferd*, Videreutdanning Rusproblematikk Folkeuniversitetet i Agder 06/07**

### **Kriterier for inntak i Ettervernsprosjektet.**

1. Deltagere må være bosatt i Kristiansand
2. Deltagere må eie eller leie en egnet bolig.
3. Deltagere må ha gjennomgått, eller er i ferd med å gjennomgå medikamentfri behandling for rusproblemer (Institusjon eller poliklinisk)
4. Deltagere må være på vei ut av en forholdsvis omfattende ruskarriere (+/- 5år)
5. Deltagere bør ha et avklart forhold til politi og rettsvesen dvs. ingen ventende soning.
6. Deltagere bør ha rus som sin hovedproblematikk (ikke psykiatri og/eller personlighetsforstyrrelser)
7. Kjønnfordelingen bør være 1-3 (kvinner og menn )
8. Deltagere bør ha et antatt potensiale for full rehabilitering.  
(i forhold til rus, jobb, utdanning bolig og familie/venner)