



SENTER FOR
PSYKISK HELSE OG RUS

FORSKNINGSRAPPORT NR. 10/2014

PSYKISK HELSE OG RUSTEAMET I BYDEL GAMLE OSLO

- En forskningsbasert evaluering om recovery

Anna-Sabina Soggiu og Stian Biong



Psykisk helse og rusteamet i Bydel Gamle Oslo
- En forskningsbasert evaluering om recovery

Anna-Sabina Soggiu og Stian Biong

Drammen 2014

Senter for psykisk helse og rus

Fakultet for helsevitenskap

Høgskolen i Buskerud og Vestfold

Psykisk helse og rusteamet i Bydel Gamle Oslo- En forskningsbasert evaluering om recovery
ISBN: 978-82-8290-010-2

Layout omslag: Maria Prøis Rønneberg, Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

© SFPR – Senter psykisk helse og rus, fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

Senter for psykisk helse og rus
Fakultet for Helsevitenskap
Høgskolen i Buskerud og Vestfold
Postboks 7053
3007 Drammen
E-post: postmottak@hbv.no
Hjemmeside: <http://www.hbv.no/forskning/sentra/psykisk-helse-og-rus/>

SFPRs publikasjoner kan fritt siteres ved tydelig angivelse av kilde.
Publikasjoner fra SFPR som omtales, anmeldes eller henvises til, bes sendt til Senteret.

Forord

Denne forskningsbaserte evalueringen har vært et samarbeid mellom Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap, Senter for psykisk helse og rus (SFPR) og Bydel Gamle Oslo, Enhet psykisk helsearbeid, ved Team for psykisk helse og rus. Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet.

Vi vil gjerne rette en stor takk til de brukere av teamet som deltok i evalueringen gjennom å fortelle om sine erfaringer med teamets arbeid og recoveryorientering. Uten dere hadde det ikke blitt noen evalueringsrapport.

Vi spesielt takke ledere i Enhet for psykisk helsearbeid og ansatte i psykisk helse og rusteamet for et godt og nyttig samarbeid og for tilretteleggelse og bidrag til gjennomføringen av evalueringen.

Drammen, 15. mars 2014

Anna-Sabina Soggiu
Høgskolelektor

Stian Biong
Professor

Sammendrag

Psykisk helse og rusteamet i Bydel Gamle Oslo

- En forskningsbasert evaluering om recovery

Bakgrunn

Oslo kommune, Bydel Gamle Oslo, Enhet for psykisk helsearbeid ønsket en forskningsbasert evaluering av om Team for psykisk helse og rus arbeider i tråd med anbefaling nr 37 i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse («ROP-retningslinjen»). Evalueringen undersøker og dokumenterer de erfaringer 13 av personene som mottar tjenester fra teamet har med de områdene som er nevnt i dette punktet i retningslinjen og om teamet yter *recovery-orienterte tjenester*. I tillegg undersøkes deltakernes erfaringer med om å motta tjenester fra teamet bidrar til bedret helse, rus- og symptommestring. Følgende forskningsspørsmål er besvart: Hvordan beskriver personer som mottar tjenester fra psykisk helse og rusteamet sine erfaringer med om oppfølgingen er i tråd med ROP-retningslinjens anbefaling nr 37 om recovery?

Metode

Utvalget var de brukerne av teamet som ønsket å delta, og som etter teamets vurdering på undersøkelsestidspunktet kunne delta. Datainnsamlingen skjedde ved individuelle forskningsintervju. Dataanalysen ble gjort ved hjelp av systematisk tekstkondensering. Forskningsetiske forhold som frivillighet, informert og muntlig/skriftlig samtykke, samt konfidensialitet er ivaretatt i hele evalueringsprosessen.

Funn

Hovedfunnet er at deltakernes erfaringer med teamets arbeid kan beskrives som *Her tar de tingene i henda og gjør noe med det*. Funnet er i tråd med prinsippene for recovery-orienterte tjenester med hensyn til kontakten, samarbeidet og innholdet.

Konklusjon

Deltakerne beskriver sine erfaringer med teamets arbeid på en slik måte at det gir grunn til å hevde at teamet arbeider recovery-orientert og bidrar til å bedre brukernes livskvalitet. Dette dreier seg om forhold knyttet til bedret helse, rus- og symptommestring, men også bolig, aktivitet og økonomi.

Senter for psykisk helse og rus, Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

Senter for psykisk helse og rus (SFPR), Fakultet for helsevitenskap ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold arbeider for å utvikle et solid forskningsmiljø i samarbeid med personer med brukererfaring, pårørendeerfaring, klinisk erfaring, forskere og beslutningstakere. Senteret ønsker å bidra til styrking og utvikling av den nasjonale og internasjonale kunnskapen innen psykisk helse og rus med særlig vekt på fem områder; (1) Personers erfaringer med psykiske helseproblemer og hva som hjelper, (2) Person- og kontekstsentrerte tilnærminger, (3) Familie- og nettverksperspektiver, (4) Helsetjenesteorganisering, utøvelse og effektivitet og (5) Aksjonsrettet forskning, særlig brukerinvolvert forskning og handlingsorientert forskningssamarbeid i kliniske praksiser.

I tillegg driver senteret en rådgivende og konsultativ funksjon overfor kommuner, brukerorganisasjoner, helseforetak og myndigheter, samt til utvikling og gjennomføring av utdanning og kompetanseutvikling. Senteret er en hospiteringsarena for gjesteforskere og samarbeidspartnere, og bidrar til å styrke forskerkompetansen ved fakultet for helsevitenskap. Forskningen ved senteret vektlegger kontekst i forståelsen av psykisk helse og psykiske helse- og rusproblemer, og for utøvelsen av psykisk helse- og rusarbeid. Lokalmiljøet er konteksten for hvor psykisk helse- og rusarbeid skal utvikles. Sentrale områder er bedringsprosesser, arbeid, bolig, skole, fritid, lokalmiljø og de sosiale og materielle livsbetingelsene. Folkehelseperspektivet med vekt på å fremme helse og sosialt liv på individ-, gruppe og samfunnsnivå, gjennom velvære og velferd, har også grunnleggende betydning for personers psykiske helse og i psykisk helse- og rusarbeid. Forskningen ved Senter for psykisk helse og rus skal også synliggjøre at de sammenhenger og situasjoner der folk lever og bor kan bidra til å lindre eller å forsterke psykiske helse- og rusproblemer, så vel som at det sosiale og kulturelle mangfoldet kan støtte psykisk helse og bedring. Senteret legger stor vekt på tverrfaglighet og brukerinvolvering i prosjektutvikling og gjennomføring. Senteret har kompetanse innen kvalitative, kvantitative og triangulerende og blandede metodologier.

Prosjektnummer	84515 – Psykisk helse og rusteamet i Bydel Gamle Oslo- En forskningsbasert evaluering om recovery.
Virksomhetsnavn	Senter for psykisk helse og rus, Fakultet for Helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Postboks 7053, 3007 Drammen.
Besøksadresse	Papirbredden - Drammen kunnskapspark Grønland 58, 3045 Drammen.
Telefon og fax	32 20 64 00 - 32 20 64 10
E-post og kontaktperson	Professor Stian Biong, leder av SFPR: stian.biong@hbv.no
Hjemmeside	http://www.hbv.no/forskning/sentra/psykisk-helse-og-rus/

Innholdsfortegnelse:

Forord

Sammendrag

Kapittel 1. Innledning og bakgrunn s. 7

Kapittel 2. Metodologi s. 15

Kapittel 3. Funn s. 18

Kapittel 4. Diskusjon s. 26

Kapittel 5. Konklusjoner s. 30

Referanseliste s. 31

Vedlegg s. 34

Kapittel 1. Innledning og bakgrunn

Oslo kommune, Bydel Gamle Oslo, Enhet for psykisk helsearbeid ønsket en forskningsbasert evaluering av om Team for psykisk helse og rus arbeider i tråd med anbefaling nr 37 i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse («ROP-retningslinjen»). Evalueringen undersøker og dokumenterer de erfaringer 13 av de personene som mottar tjenester fra teamet har med de områdene som er nevnt i dette punktet i retningslinjen og om teamet yter *recovery-orienterte tjenester*. I tillegg undersøkes deltakernes erfaringer med om å motta tjenester fra teamet bidrar til bedret helse, rus- og symptommestring. Følgende forskningsspørsmål er besvart: Hvordan beskriver personer som mottar tjenester fra psykisk helse og rusteamet sine erfaringer med om oppfølgingen er i tråd med ROP-retningslinjens anbefaling nr 37 om recovery?

1.1 Studiens begrensinger, avgrensinger og relevans

Datainnsamlingen fant sted i januar 2014. Studien er avgrenset i relasjon til den relativt korte tidsfristen for oppdraget og de økonomiske rammene. Disse forholdene bidro til valget av å inkludere kun brukere av teamet i datainnsamlingen. I valget mellom spørreskjema eller en kvalitativ tilnærming falt valget på individuelle intervjuer med tanke på å kunne besvare forskningsspørsmålet med utgangspunkt i brukernes levde erfaringer mer enn i teori.

Studien har begrensinger knyttet til det hensiktsmessige utvalget idet det kan være personer med viktige erfaringer som har valgt å ikke delta, eller som ikke kunne delta.

Fokusgruppeintervjuer ble ikke vurdert som en optimal tilnærming til datainnsamlingen, fordi forhold mellom brukerne kunne spille negativt inn. Bruken av individuelle intervjuer kan bety at færre nyanser i erfaringene kom fram, fordi disse mangler den gruppedynamikken som fokusgrupper er ment å gi. På den annen side er studien vitenskapelig fundamentert ved bruk av anerkjent kvalitativ metodologi og analysemetoder og kan slik antas å ha høy troverdighet og relevans.

Rapportens organisering

Etter dette innledende kapittelet vil det i kapittel 2 redegjøres for metodikken. Hovedvekten vil bli lagt på kapittel 3 hvor presentasjonen av studiens funn vil bli fremstilt. Kapittel 4 diskuterer funnene i relasjon til studiens hensikt, forskningsspørsmål og teori/forskningsskunnskap om recovery og recovery-orienterte tjenester. På denne bakgrunn gis det en konklusjon.

1.2 Teamet og tjenestene

Psykisk helse- og rusteamet startet som et prosjekt med én bruker i 2001 under navnet Oppfølgende tjeneste¹, og har i dag blitt en fast tjeneste i bydelen som p.t. har 25 brukere.

Teamet beskriver seg selv og sine tjenester slik:

Brukerne har en alvorlig psykisk lidelse og alvorlig rusavhengighet. Brukerne bor hovedsakelig i egne boliger. Teamet har 5,6 årsverk og arbeider turnus; dag, kveld og helger året rundt. Vanlige kjennetegn hos personer som mottar tjenester fra teamet:

- Kognitiv svikt (ofte sterkt svekket hukommelse)
- Dårlig somatisk helse
- Umedisinert/feilmedisinert
- «Kasteballer» i systemet (har dårlig erfaring med hjelpeapparatet fra før)
- Tidligere vært uten fast bolig – dårlig boevne
- En del er dømt til behandling og noen er på tvang (TPHU)
- Mange er forbundet med høyrisiko for vold
- Sosialt utstøtt og stigmatisert – skaper utrygghet i nabolaget
- Mangelfullt rusfritt nettverk
- Klarer ikke i tilstrekkelig grad å benytte seg av det ordinære hjelpeapparatet
- Har psykotiske og nærpsykotiske opplevelser
- Grunnleggende mangler ift å få dekket basale behov
- Ressurser ligger brakk
- Manglende tilbud om meningsfylte aktiviteter

Rammene og innhold i tilbudet er; individuelt tilrettelagt oppfølging, individuell plan (IP), samarbeidsavtaler knyttet til leieforholdet samt hvilken oppfølging de trenger/ønsker, økonomisk forvaltning, vedtak om tjenester blir fattet av bestiller. Teamet har stort fokus på å være tilgjengelige for brukerne og samarbeidspartnere (alltid tilgjengelig på tlf.) og etterstreber å være imøtekommande i forhold til henvendelser.

Teamets oppgaver er blant annet:

- Sørge for at kontakten med spesialisthelsetjenesten og rusinstitusjoner opprettholdes og samkjøres.
- Koordinere tjenester i forhold til interne samarbeidspartnere (NAV, Boligbygg, hjemmesykepleie, LAR mfl.).

¹ Modellen er også innført under samme navn i Bydel Alna av enhetsleder Solveig Røthe (arbeidet tidl. i BGO).

- Hjelp brukerne til å utføre sine daglige gjøremål (renhold av bolig, handling, åpne posten, veiledning i forhold til økonomi, avtaler med DPS/fastlege, sosial trening, fysisk trening, matlaging og kosthold, turer og andre sosiale aktiviteter/trening).
- Koordinering (IP, ansvarsgruppemøter, samarbeidsmøter, m.m.).
- Hjelp til å lage avtaler i forhold til besøk og kontakt med pårørende (familie-/nettverk-arbeid).
- Følge opp brukeren der han/hun er (innlagt på sykehus, i fengsel, hospits, osv.).
- Følge opp krisesituasjoner raskt.
- Hyppige hjemmebesøk hos bruker.
- Minne bruker på og/eller følge bruker til avtaler
- Motivere brukere til å komme til basen i Hedmarksgata.
- Styrke brukerens evner til å bruke nødvendige helse- og sosialtjenester.
- Jobbe for å ansvarliggjøre brukeren på alle livets områder.

Hvordan teamet jobber ift kontaktetablering og bygging av relasjoner:

- Å ikke møte til avtaler skal ikke være en forutsetning for å få hjelp av (teamet prøver på nytt og på nytt hvis avtaler ikke blir overholdt).
- Teamet må tåle å bli avvist. Være utholdende og oppsøke brukeren igjen og igjen
- Opprettholder kontinuitet gjennom blant annet primærkontaktfunksjon og liten og forutsigbar arbeidsstab med lite fravær.
- Er strukturerte og forutsigbare.
- Er tydelige og setter klare grenser.
- Holder avtaler. Lover ikke mer enn vi kan holde, og gir beskjed i forveien om noe kommer i veien for avtalen.
- Ikke være konfronterende eller moralsk dømmende overfor brukeren.
- Er ydmyke, engasjerte og på tilbudssiden.
- Jobber, så mye som det lar seg gjøre, på brukerens premisser.
- Møter brukeren der han/hun er, i forhold til tilstand/utfordringer/behov.

Samtaler med brukeren er en stor del av jobben. Teamet fokuserer først og fremst på «her og nå» og fremover; på konkrete/praktiske dagligdagse hendelser og går ikke for mye inn i dype følelsesmessige problemstillinger (henvises til behandler i spesialisthelsetjenesten). Så lenge teamet behandler brukeren med respekt, skal teamet ikke være så redd for å si noe «galt».

Ofte kan det gjøre ting verre hvis teamet ikke involverer seg i/avviser det som oppleves som vanskelig hos brukeren. Som personale er det viktig å «holde ut» med denne til tider sterkt

utfordrende brukergruppen. Dette løser teamet blant annet gjennom samarbeid og felles ansvar å motvirke opplevelsen av å stå alene med en utfordrende bruker. Personalet har god oversikt over alle brukerne. Teamet opprettholder kontinuerlig debriefing/veiledning, ikke minst veiledning av hverandre i personalgruppen. Teamet prøver å holde seg faglig oppdatert, og har grunnleggende kunnskap om mellom-menneskelige prosesser og fenomener i møter med brukerne. Teamet legger ikke listen for høyt i forhold til hva man tenker er realistisk å oppnå for brukeren.

Sikkerhet og konfliktforebygging:

Dette er satt veldig høyt i teamet. Å skape en god relasjon og allianse til brukeren er det beste forebyggende tiltaket. Teamet går ikke inn i leiligheten hvis brukeren ikke vil ha besøk, og går heller ikke inn hvis det er flere personer (venner/bekjente) i leiligheten. Teamet går ikke inn hvis vi føler oss truet og bruker sansene aktivt i situasjonen; lytter, ser, rekognoserer, og «lytter» til magefølelse. Teamet vurderer atferden til bruker når han/hun åpner døren. Hvis to eller flere av teamet er hos bruker, er det på forhånd avtalt et signal: «Vi går». Dette innebærer at alle drar umiddelbart fra leiligheten uten spørsmål. Teamet står, eller sitter, ikke innerst i et rom hvis man er usikre på situasjonen. Som regel sørger men for at døren til leiligheten er åpen, slik at teamet kan foreta rask evakuering. Teamet tar aldri fra brukeren rusmiddelet hans/hennes, eller prøver å forhindre at bruker inntar et rusmiddel. Man prøver heller ikke å stoppe utagerende og eller særskilt destruktiv atferd ved å gå direkte inn i situasjonen; teamet forlater situasjonen og ringer politiet.

Suksesskriterier:

Det teamet mener suksesskriteriene for å godt jobbe med denne gruppen er følgende:

Forpliktende samarbeid og delt ansvar. Tett, godt og sømløst samarbeid med ROP på Lovisenberg DPS med fokus på behandlingsnettverk (ikke behandlingslinjer/ pasientforløp), samt en holdning om å gjøre hverandre gode. Dialog og oppdatering er viktig, fleksibilitet og tilgjengelighet det viktigste. Grunnleggende kunnskap om rus og psykisk lidelse, samt kunnskap om systemet. Andre stikkord er: Ubyråkratisk tankegang, tålmodighet og gode ansvarsgruppemøter. Samarbeidsvilje i forhold til både brukere, personale og samarbeidspartnere. Koordinering av tjenester rundt bruker. Å akseptere atferd og ikke alltid være så rask med grensesetting. Ikke ha en konfronterende stil, men bruke Motiverende Intervjutilnærming (MI). Ta vare på selvfølelsen til brukeren; vis respekt, brukerne er ofte krenkbare av ulike grunner. Realistiske mål overfor og med brukeren (respektere brukerens valg). Ansvarliggjøring og forventninger til brukere er en del av å vise respekt.

1.3 Recovery

Recovery som begrep og kunnskapsområde har fått en økende interesse i Norge de senere år. Særlig innen brukermiljøer og i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene har recoveryperspektivene blitt oppfattet som viktige for forståelse av utviklingen av mer likeverdige samarbeidsformer mellom brukere og fagpersoner. Videre er begrepet tatt i bruk i den nasjonale helse- og velferdspolitikken, bl a i ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012) og i utkastet til Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (høringsutkast fra Helsedirektoratet, 2013). Internasjonalt har recovery også vært utgangspunkt for omfattende tjenesteutvikling.

Recoverybegrepet har særlig blitt brukt i forhold til personer med alvorlige psykiske lidelser. I forløpsstudier er det i mer enn 50 år dokumentert at en betydelig del av personer med alvorlig psykisk lidelse opplever bedring (Warner, 1994; Borg, 2007). De senere års utvikling av psykiske helsetjenester har også bidratt til et økt fokus på recoverybegrepet. Framveksten av lokalbaserte tilbud og nedbygging av institusjonene har på ulike vis inspirert til nye praksiser og kunnskaper (Jacobson & Curtis, 2012; Slade, 2009; Karlsson & Borg, 2013). Videre må recovery forstås i lys av et sterkere fokus på menneskerettigheter innen psykisk helse, brukermedvirkning, og andre sentrale begrep. Det unike med recovery som begrep og forskningsområde, er at kunnskapen har blitt utviklet gjennom personers levde erfaringer med psykiske lidelser og bedring. Fokus har særlig vært på hva personene selv mener skal til for «å komme seg». Recoveryforskning ble initiert i amerikanske miljøer på 1970- og 1980-tallet. Begreper, forståelser og praksiser knyttet til recovery er imidlertid svært uensartede. Vi kan snakke om to ulike kilder i begrepsutviklingen av recovery (Borg, 2007; Slade, 2009). *Den ene kilden* er de psykiske helsetjenester som har fokus på resultat og behandlingseffekt. *Den andre kilden* bygger på brukererfaringer og grasrotbevegelsers erfaringsbaserte kunnskap. Det er tre ulike definisjoner som ofte vises til i forskningslitteratur og i tjenesteutvikling; 1. Recovery som en personlig prosess, 2. Recovery som en sosial prosess og 3. Recovery som et resultat eller klinisk recovery (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Recovery som en personlig prosess omhandler hva det innebærer å leve med og komme seg fra psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer. Dette har bidratt til å synliggjøre hverdagslivet med psykiske helseproblemer, strategier for mestring av psykisk helse- og sosiale problemer og erfaringer med helse- og velferdstjenestene. Det gir innsikt i hvilke livsutfordringer psykiske helseproblemer kan føre med seg i det daglige (Deegan, 1988; Davidson, 2003; Borg, 2007; Slade, 2009). Recovery som en personlig prosess er særlig vektlagt i brukermiljøer. De har ønsket å formidle den enorme innsatsen, tålmodighet og kraft

det kreves av den enkelte ved å gjennomgå denne prosessen. Dette til forskjell fra en rekke fag- og forskningsmiljøers fokus på recovery som et resultat (Slade, Leamy, Bacon, Janosik, Le Boutillier, Williams & Bird, 2012). Gjennom recoveryforskning vises det til noen karakteristika som kjennetegner recoveryprosesser (Davidson, Andres-Hyman, Tondora, Fry & Kirk, 2008; Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade, 2011; Slade mfl., 2012). Dette er betydningen av tilknytning til personer og miljøer, håp og tro på fremtiden, gjenoppbygging av en positiv identitet, mening og egenkontroll. Recovery beskrives som en aktiv prosess, noe som foregår gradvis og gjennom prøving og feiling, og der støttende, nærende og omsorgsfulle omgivelser er viktige. Sentralt i forståelsen av recovery som en personlig prosess, er at det ikke nødvendigvis er å bli «symptomfri» eller bli kvitt alle problemene. Det er å leve et godt liv som en innbygger og ikke bli møtt som en «psykiatrisk pasient» eller «rusavhengig.» Recovery fra alvorlige rusproblemer er dessuten vist å kunne skje helt uten bistand av fagfolk, ofte omtalt som «natural recovery» knyttet til «self-change» (Klingemann & Sobell, 2007).

Recovery som en sosial prosess har et kontekstuellt perspektiv. I nordiske og britiske studier er recovery som menneskelig hverdagspraksis særlig belyst, med fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser. Hjemmet, arbeid og aktivitet, utdanning, penger, sosiale arenaer, lokalmiljøet, venner og familie, oppfattes her å ha stor betydning for recoveryprosessen (Topor, Borg, Di Girolamo & Davidson, 2009; Karlsson & Borg, 2013; Perkins & Slade, 2012; Tew, Ramon, Slade, Bird, Melton & Le Boutillier, 2012). En internasjonal studie om recovery og sosiale faktorer problematiserer det individorienterte recoverybegrepet (Tew m.fl., 2012). Forfatterne mener det blir for enkelt å snakke om kontroll over eget liv, tilknytning til sosiale miljøer og gjenoppbygging av en positiv identitet. Dette forutsetter at det er omgivelser og betingelser som muliggjør det. Tew m.fl.(2012) viser til samfunnsforskning som dokumenterer at sosiale faktorer kan fremme så vel som hindre menneskers utvikling. Muligheter til kontroll over eget liv og anerkjente roller innebærer inkluderende lokalmiljøer og sosiale strukturer som tillater dette. Tilknytning til sosiale miljøer og gjenoppbygging av en positiv identitet forutsetter fravær av diskriminering og stigma, samt levekår som bidrar til et verdig liv.

Recovery som et resultat eller klinisk recovery har fokus på resultatorientering og er utviklet av behandlings- og rehabiliteringsmiljøer. Recovery har lenge vært brukt innenfor medisin og andre helsefag som resultatmål for «å bli frisk» og helt symptomfri. Slade (2009) peker på

fire sentrale trekk ved det som betegnes som klinisk recovery: Det er et resultat eller en tilstand, det er observerbart, det er vurdert av en fagperson og det er en tilstand som ikke varierer mellom individer. I denne forståelsen er man opptatt av å operasjonalisere recovery og måle grader av bedring. Det brukes en rekke sosiale funksjonskriterier (Liebermann, Kopelowicz, Vendura & Gutkind, 2002). Det finnes internasjonale eksempler som viser til både instrumenter som måler personlig recovery, og instrumenter som måler tjenesters recoveryorientering.

ROP-undersøkelsen i Hedmark og Oppland registrerte lidelser ved bruk av standardiserte diagnostiske verktøy og fant at pasienter som burde vært til behandling i russektoren hadde en høy livstidsforekomst, særlig av agorafobi (48 prosent), sosial fobi (47 prosent) og depresjon (44 prosent) (Landheim, Bakken & Vaglum, 2002). To tredjedeler av disse lidelsene debuterte minst ett år *før* en ruslidelse (Bakken, Landheim & Vaglum, 2003). De fant også at 40 prosent av pasientene tidligere hadde mottatt behandling i psykisk helsevern. Personer som lever med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse rapporterer lavere livskvalitet, dårligere funksjonsnivå og større vansker med å følge opp behandling, enn dem med én lidelse (Drake & Wallach, 2000; Drake & Mueser, 2000). De kan bli beskrevet og omtalt som “kompliserte og vanskelige å hjelpe”, ofte knyttet til omfattende, langvarige og sammensatte livsforhold (Drake, Osher & Wallach 1991; Mitchel, Epps & Epling, 2002). Livsforholdene kan gjøre det komplisert å få tilgang til hjelp og til skreddersydde tjenester (Davidson mfl., 2008). Personer med samtidige lidelser har typisk falt mellom, eller blir skjøvet mellom, ulike tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). For å forebygge fragmenterte tjenester anbefales en helhetlig, integrert tilnærming (Drake & Mueser, 2000; Helsedirektoratet, 2012). Det er økende oppslutning om behovet for recovery-baserte og integrerte tjenester for denne gruppen (Davidson mfl., 2008; Thylstrup, Schepele, & Sønderby, 2009). På tross av at faglige retningslinjer og forskning støtter integrert behandling, så finnes det ikke evidens for én spesifikk psykososial tilnærming, sammenliknet med standardbehandling, for å redusere rusmisbruk blant personer med alvorlige psykiske helseproblemer (Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried, & Walter, 2008). Davidson, Tondora, O'Connell, Kirk, Rockholz & Evans (2007) understreker nettopp poenget med at personlig og sosial recovery ikke refererer til en spesifikk behandling eller intervensjon, men til alt det personen selv gjør (og sammen med andre) for å håndtere og mestre ulike psykososiale problemer og for å leve et meningsfylt liv.

Recovery dreier seg om å gjenskape tilhørighet i nærmiljøet og en identitet utenfor problemene sine, altså å skape seg et liv på tross av eller innenfor begrensningene av den situasjonen man er i (Borg, 2007). En faglig tilnærming i et slikt perspektiv kan basere seg på prinsippene for en personorientert tilnærming, med vekt på personenes egne verdier og preferanser i livet (McCormack & McCance, 2010). Med spesiell referanse til recovery i forhold til personer som lever med samtidige lidelser er anbefaling 37 i ROP-retningslinjen, om å støtte personens ressurser under hele forløpet (Helsedirektoratet, 2012). En mer generell referanse for den faglige tilnærmingen er bestemmelsene i lov om helse- og omsorgstjenestene i kommunen om at hjelp skal gis med hensyn til personens integritet og verdighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). I denne sammenhengen antas det at helse- og omsorgspersonellens evne til å etablere, skape og vedlikeholde relasjoner og samarbeid med personen og vedkommendes nærmeste er avgjørende (Strong, Sutherland, & Ness, 2011). Samarbeid med personer med rusproblemer om deres recoveryprosesser krever evne og vilje hos ansatte til lydhørhet, fleksibilitet og tverrfaglig innsats mellom ulike tjenestenivåer (Biong & Svensson, 2009). For å kunne oppnå et godt samarbeid kan fagfolks evne og vilje til forståelse av personen og personens levde erfaringer derfor ha stor betydning. I Samhandlingsreformen legges det stor vekt på *samhandling* i betydningen av koordinering og fordeling av oppgaver samt koordinert og rasjonell gjennomføring av disse oppgavene slik at felles mål kan nås (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). *Samarbeid*, slik vi forstår det i denne studien, er forankret i og rettet mot menneskelige relasjoner, med utvikling av dialoger og å arbeide i fellesskap (Strong mfl., 2011).

I en norsk sammenheng er recovery som ideologi, teori, kunnskap og praksis ved rusproblemer eller samtidige lidelser ikke utforsket. Samtidig gis det faglige føringer for at recovery skal utgjøre en del av tilnærmingen ved slike problemer (Aakerholt, 2010; Helsedirektoratet, 2012). I dette prosjektet, som vil utforske brukeres erfaringer med og innholdet i recovery ved samtidige lidelser, og med utgangspunkt i samarbeids-/bedringsorienterte praksiser og livskvalitet, er recovery forstått slik som i ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012, s. 59/72): «Et helhetlig perspektiv på pasientens tilfriskning. Målet er å finne pasientens egne ressurser når det gjelder å finne meningsfylt aktivitet, få jobb, øke det sosiale nettverket, løse økonomiske og boligmessige behov for å øke livskvalitet og selvfølelse. Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres.»

På denne bakgrunn er evalueringsstudiens forskningsspørsmål formulert slik:

Hvordan beskriver personer som mottar tjenester fra psykisk helse og rusteamet sine erfaringer med om oppfølgingen er i tråd med ROP-retningslinjens anbefaling nr 37 om recovery?

Kapittel 2: Metodologi

2.1. Organisering av studien

Denne forskningsbaserte evalueringsstudien har vært gjennomført av Senter for psykisk helse og rus (SFPR), fakultet for helsevitenskap ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

Prosjektansvarlig har vært dekan Heidi Kapstad og professor Stian Biong. Høgskolelektor og master i sosialt arbeid Anna-Sabina Soggiu har sammen med Stian Biong hatt ansvar for å gjennomføre evalueringen i tråd med oppdraget.

2.2. Gjennomføring av studien

Arbeidet med studien har pågått siden november 2013 og avsluttes med denne rapporten, levert oppdragsgiver 15. mars 2014. Denne tidsperioden rommer alt fra utforming av kontrakt og utvikling av problemstilling, vurderinger og beslutninger om metoder for datainnsamling, analyse og skriftlig fremstilling av studiens resultater. Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (personvernombudet) den 29. november 2013 (sak 36354). Arbeidet startet med et oppstartsmøte mellom forskerne og ansatte i teamet den 8. januar 2014. Her ble det gitt informasjon om oppdraget, samt forventninger til evalueringens prosess og innhold avstemt, og den videre fremdriften for prosjektet ble fastsatt.

Oppstartsmøtet var viktig for å avklare mandatet for evalueringen og for å skape en felles forståelse for hva oppdraget og gjennomføringen innebar. Datainnsamlingen foregikk i perioden 15. – 21. januar 2014. Etter gjennomføring og en foreløpig gjennomlesing av 12 individuelle intervjuer besluttet forskerne at intervjuene hadde bidratt med tilstrekkelig data for å besvare forskningsspørsmålet. Dataanalysen foregikk fra 27. januar til 24. februar 2014, og foreløpige funn ble lagt fram for og diskutert med teamet 4. mars 2014. Poenget med dette var dels å presentere og drøfte funnene, og dels at funnene kunne bidra til læring og eventuell praksisendring i teamet. Den endelige evalueringsrapporten ble overlevert oppdragsgiver som avtalt 15. mars 2014.

2.3. Metoder for dataskaping

Utvalg

Utvalgsstrategien og utvalget vil ha betydning for hvilke data som kommer frem og for overføringsmulighetene av funnene (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne evalueringen ble det anvendt en hensiktsmessig utvalgsstrategi, det vil si at forskerne intervjuet dem som ønsket å delta, mer enn aktivt å finne deltakere med ulike kjennetegn (Malterud, 2003). I utgangspunktet var alle brukere av teamet aktuelle for å inviteres til individuelle intervju. Samtidig er det slik at personer med samtidige rus- og psykisk helseproblemer av ulike grunner i perioder verken vil eller kan delta i et individuelt forskningsintervju. Ansatte i teamet gjorde en vurdering av hvem som for tiden egnet seg for å delta, og til sammen deltok 13 av dem som bruker teamets tjenester. Av disse var ti menn og tre kvinner. Alderen varierte fra ca 40 år til ca 60 år. De fleste hadde hatt kontakt med teamet over flere år, men det var også noen som hadde hatt kontakt bare i noen måneder.

Dataskapingsmetoder

Dataskapingsmetoden for denne evalueringen er gjort ved bruk av individuelle intervjuer. Basis for intervjuene har vært å etterspørre deltakernes erfaringer med om oppfølgingen fra teamet er i tråd med ROP-retningslinjens anbefaling nr 37 om recovery. Tematisk var intervjuene delt i tre områder; erfaringer med kontakten, samarbeidet og innholdet i tjenestene (vedlegg 2). Konkret var det utarbeidet en intervjuguide med disse punktene:

Hva er dine erfaringer med teamet når det gjelder områdene (ett om gangen):

- Relasjonene til dem som jobber i teamet (herunder respekt)
- Samarbeidet med dem som jobber i teamet (herunder Individuell Plan)
- At hjelpen du får har et helhetlig perspektiv
- At ansatte i teamet har fokus på tilfriskningen din (tilknytning, håp, identitet, mening og egenmakt)
- Om hjelpen bidrar til økt sosialt nettverk
- At du får hjelp til økonomiske og boligmessige behov
- Om hjelpen bidrar til økt livskvalitet og bedret selvfølelse
- Om hjelpen bidrar til bedre helse
- Om hjelpen bidrar til rusmestring
- Om hjelpen bidrar til symptomstring (av psykiske plager)

- Noe annet du gjerne vil ha sagt?
- Hva er du mest fornøyd med ifht hjelpen fra teamet?
- Hva er du minst fornøyd med?

2.4. Metode for dataanalyse

Analysen av data fra de individuelle intervjuene representerer i alt fem *faser*, der forskerne har benyttet seg av en beskrivende innholdsanalyse i fire *trinn* (Malterud, 2003).

Fase 1: Analyse av intervjuene forsker A

Fase 2: Analyse av intervjuene forsker B

Fase 3: Analyse av intervjuene samlet

Fase 4: Presentasjon av foreløpige funn for teamet

Fase 5: Presentasjon av funn i skriftlig evalueringsrapport

De fire trinnene i analysemetoden som ble benyttet til og med fase 3, var følgende: (1) Å få et helhetsinntrykk, (2) Å identifisere og kondensere meningsdannende enheter, (3) Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enheter og (4) Å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2003). Etter de 12 intervjuene var gjort, ble de transkriberte tekstene først lest av forskerne flere ganger hver for seg for å få et helhetsinntrykk av samtalsinnhold. Alle tekstene ble lest enkeltvis. Det ble gjort fortløpende markeringer i margen med spørsmål til tekstens innhold og mulige mening og hvilke temaer som preliminært kunne identifiseres og kondenseres. Forskerne gjennomførte så en tentativ analyse av tekstene hver for seg, og på bakgrunn av denne analysen en samlet tematisering av de meningsdannende enhetene. Både konsensus- og minoritetsoppfatninger ble søkt belyst (Kvale og Brinkmann, 2009). De meningsbærende enhetene i hvert enkelt intervju ble sett i relasjon til hverandre og kodet jfr områdene for evalueringen. Kodene ble abstrahert til sentrale temaer som kom frem i materialet. Utgangspunktet var de identifiserte meningsenhetene som var forankret i sitater fra deltakernes utsagn.

De foreløpige funnene gjort i fase tre ble deretter presentert for teamet for deres tilbakemeldinger. Tilbakemeldingene ble brukt i fase fem: ferdigstillelsen av presentasjonen av funnene i denne skriftlige rapporten.

2.5. Forskningsetiske refleksjoner

Studien er meldt til og godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) (vedlegg 1).

Gjennom et utarbeidet informasjonsskriv og muntlig informasjon fra den enkelte brukers primærkontakt ble deltakerne informert om studiens bakgrunn og hensikt. Forskerne gjentok ved intervjuets begynnelse hva det innebar å være med i studien, at deltakelse var frivillig basert og at man kunne trekke seg på ethvert tidspunkt og be om at deres opplysninger i så fall ble slettet. Rapporten er skrevet på en måte som skal ivaretar deltakernes konfidensialitet. Det ble informert om at data fra studien senest vil bli slettet ved prosjektslutt. Gitt den valgte rekrutteringsprosedyren ble det vektlagt at deltagelse var frivillig og at å avstå ikke ville ha noen konsekvenser for tjenestene fra teamet. Til tross for dette kan en ikke utelukke at noen har følt seg forpliktet til å delta, men det fremkom ikke ytringer eller annen kommunikasjon som kunne tyde på dette. Samtidig gir individuelle intervjuer en mulighet til i hvert fall å ytre negative oppfatninger og meninger.

Kapittel 3: Funn

Helhetsinntrykk

Deltakerne i evalueringen er i det store og hele godt fornøyd med kontakten, samarbeidet og innholdet i tjenestene fra teamet. De beskriver disse forholdene på en slik måte at det gir grunn til å anta at teamet bidrar positivt til deltakernes livskvalitet, i tråd med helsedirektoratets anbefalinger i ROP-retningslinjen.

Kontakten ble beskrevet som preget av respekt og anerkjennelse, og som oftest i en likeverdig form. Dessuten ble teamets tilgjengelighet og fleksibilitet spesielt trukket frem, i form av at deltakerne kan oppnå kontakt med teamet om kvelden og i helgene, samt at innholdet i tjenestene ikke i for stor grad styres av vedtakene. Ingen trakk fram at de savnet teamet om natten. At kontakten varte over tid (det vil si år) var også vesentlig, og relasjonene til teamet ble beskrevet som viktige for mange. Deltakerne hadde tillitt og tiltro til teamets kompetanse. En form for positiv masing fra teamet, og at de kunne gå litt utenfor den tradisjonelle hjelperollen, var de fleste fornøyd med, og ingen mente at teamet maste for mye. De som hadde hatt lengst kontakt med teamet var usikre på hvor lenge de skulle ha kontakt med og

samarbeide med teamet, ettersom de hadde utviklet seg positivt med hensyn til psykisk helse og rus og andre forhold. Her var det viktig å ta individuelle hensyn, og tenke at kontakten og samarbeidet ikke nødvendigvis burde avsluttes fordi det gikk bra. Deltakerne trakk fram at kontakten, samarbeidet og innholdet i tjenestene var avhengig av at de selv også var aktive og pådrivere. *Samarbeidet* ble beskrevet som ofte å startet med praktisk hjelp, som syntes å være en god inngang til å videreutvikle samarbeidet i tråd med deltakernes behov. Det ble dessuten beskrevet at teamet hadde et kontinuerlig fokus på hverdagslivet, samt deltakernes ressurser, mestring og egne synspunkter på innhold og form i oppfølgingen. Deltakerne skilte mellom teamet som oppfølgere og andre aktører som behandlere. Noen trakk fram at de hadde behov for at teamet forsto dem bedre og samarbeidet med dem også om andre ting enn det mer konkrete og hverdagslige. *Innholdet i tjenestene* var knyttet til psykososial oppfølging, ofte beskrevet i en individuell plan. Oppfølgingen ble beskrevet som å kunne bidra til reduserte innleggelser i psykisk helsevern og til rusreduksjon og –kontroll. Oppfølgingen ble gitt i form av samtaler, samvær og praktisk hjelp med boligen, økonomien, arbeid/aktivitet og helsen. Innholdet i tjenesten var i stor grad tilpasset, og ofte styrt av, deltakeren. Mange trakk fram at de klarte å bo på en tilfredsstillende måte og håndterte økonomien ved hjelp av teamet. Dette betydde ofte at teamet samarbeidet med andre, relevante tjenester som hjemmesykepleie og NAV. Teamet kunne også følge deltakerne til møter eller tjenester som de grudde seg til. Fysisk aktivitet i form av å gå turer så ut til å være et ideal, og noe som mange hadde glede og nytte av. I forhold til psykisk helse og rusing ble det trukket fram at deltakerne erfarte at teamet nok hadde som mål at rusingen skulle reduseres, samtidig som en pragmatisk tilnærming ble utøvet og verdsatt. De fleste beskrev at rusingen hadde en funksjon i livet deres, og at dette måtte være utgangspunktet for reduksjonen. Mange beskrev at den psykiske helsen også ble bedret gjennom teamets innsats. Når deltakerne kritiserte oppfølgingen pekte de på mangler i systemet, ikke personene i teamet. Det noen savnet var at teamet kunne ha større fullmakter i forhold til andre aktører i systemet og et større fokus på eksistensielle forhold.

Koder

Den påfølgende analysen av intervjuetekstene ble kondensert med utgangspunkt i de konkrete forholdene knyttet til livskvalitet i helsedirektoratets anbefalinger i ROP-retningslinjen: «Når det er etablert en god relasjon, er det vesentlig at man har et helhetlig perspektiv på pasientens tilfriskning. Målet er å finne pasientens egne ressurser når det gjelder å finne meningsfylt aktivitet, få jobb, øke det sosiale nettverket, løse økonomiske og bolig-messige behov for å

øke livskvalitet og selvfølelse. Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres (anbefaling 37).» I tillegg ble analysen på dette trinnet gjort med utgangspunkt i formålet med evalueringen, slik den var beskrevet i kontrakten mellom Bydel Gamle Oslo og Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Til sammen utgjorde dette 11 koder:

- En god relasjon (herunder respekt)
- Et godt samarbeid (herunder Individuell plan)
- Et helhetlig perspektiv
- Fokus på tilfriskning
- Fokus på egne ressurser
- Økt sosialt nettverk
- Hjelp til økonomiske og boligmessige behov
- Økt livskvalitet og selvfølelse
- Helse
- Rusmestring
- Symptommestring

Kodegrupper

Kodene kunne etter sitt ulike innhold abstraheres til følgende tre kodegrupper: *Å respektere grensene jeg har, Å få ha de målene som er viktige for meg, Å hjelpe meg med alt jeg spør om.*

Å respektere grensene jeg har

Denne kodegruppen omhandler hvordan deltakerne erfarte og evaluerte kontakten (relasjonen) mellom teamet og seg selv. Kontakten ble hovedsakelig beskrevet som preget av respekt og anerkjennelse og i en likeverdig form. En deltaker fortalte om respekt i form av dialog og å holde avtaler og å gjøre som man har sagt:

«Kontakten går på dialog, på en vanlig samtale, at vi utforsker ting sammen...Jeg føler at teamet respekterer meg og de grensene jeg har...Det er jo langvarig terping på det å få kommet i gang...Teamet maser på meg, det er ok at de maser, bare det ikke blir for mye...Det har ikke blitt for mye enda... At de holder avtaler, det er viktig, og at de gjør som de har sagt... De er veldig punktlig...De er nysgjerrig på ressursene mine.»

En annen beskrev respekt knyttet til hvordan teamet forholdt seg til rus:

«Jeg føler at jeg blir møtt med respekt...Det er ok at de går inn i rusingen på den måten de gjør, for ellers så hadde det kanskje blitt mer sånn behandler-funksjon...Fint at det er klare grenser der.»

Flere utdypet anerkjennelse og likeverd slik:

«Jeg har følt hele veien at jeg er blitt tatt på alvor, altså om det har vært ting som jeg har følt på, så har jeg tatt det opp og vi har kunnet snakket litt om det, om hvordan vi kan løse det og så har det løst seg... Jeg syns det er et fantastisk tilbud her, rett og slett. Kontakten, og folka. At du får hjelp når du ber om hjelp, på mine premisser... Disse er de eneste som tar meg alvorlig. Jeg stoler på teamet. De kan sakene sine...Kanskje de har vært igjennom det før, ikke sant?»

Å ta hensyn til deltakernes opplevelse av egen sårbarhet ble trukket fram som viktig for kontakten:

«Jeg føler absolutt at de respekterer meg, men...når man står i en sånn situasjon, så er man veldig sårbar, og man føler seg veldig lite verdt... Jeg syns kontakten foregår mest på mine prinsipper og det som er viktig for meg.»

Teamets eksistens, fleksibilitet og mulighetene for kontakt om kvelden og i helgene var svært viktig for flere:

«Jeg er mest fornøyd med at de i det hele tatt eksisterer, og at de er her for meg og for alle andre som har like problemer... Teamet og vedtaket er jo så fleksibelt så det holder... Jeg svinger veldig, og når stemmene i hodet blir for mye, da å kunne ta en telefon å bare kunne prate med noen (her)...Tidligere så har jeg i slike situasjoner kanskje ramla innom akuttpsykiatrien... At de er oppe så sent på kvelden, det har vært veldig viktig for meg. Og helger. Det er det store problemet. Jeg kjenner mange som har psykiske problemer som sier at helgene er grusomme...Her er det bare å ringe.»

Kontakten med ansatte i teamet over tid, teamets åpenhet og at man kunne gå litt utenfor den tradisjonelle hjelperrollen var dessuten viktig for deltakerne:

«Avtalene med teamet er viktige for meg, det skal mye til for meg å droppe dem...De tar seg veldig god tid til å høre på deg, og de er flinke og tøyelige, for å si det sånn. Jeg kan komme hit, og de sier "velkommen" med åpne armer, i stedet for å lukke døra med bestemte armer... Jeg syns det er hyggelig når de kommer hit (hjem), og jeg håper de syns det er hyggelig å komme til meg...NN er en veldig varm og imøtekommende person, og han står meg nærmest... Han tuller med meg noen ganger, og det liker jeg.»

Samtidig var det ikke klart hvor lenge man skulle ha kontakt med teamet. Å knytte seg til teamet over tid spilte inn i slike refleksjoner:

«Det jeg har tenk på er om når man kommer til det punktet at man liksom skal feide ut av det systemet og...det kan bli en litt sånn nøtt å knekke...Går ting greit, så kan dette vel ikke fortsette..da tenker jeg 95% greit, så ser vel kanskje ikke jeg betydningen av dette...men så har man jo knytta seg til folk, det er en greie det òg.»

Kontakten ble også beskrevet som avhengig av og i hvilken grad deltakerne selv var aktive og pådrivere:

«I begynnelsen så var jeg ikke aktiv i det hele tatt. De kom til meg. Jeg husker de kom, de hadde til og med en blomst og skolebrød...Jeg tror det har litt med å gjøre at det er et godt samspill, det å være litt åpen selv, at vi har respekt for hverandre, de har sitt yrke, og jeg har min greie...men jeg har også hatt min bakgrunn, så...det tar jo jeg med meg...så er det vel ingen ting det ikke går an å snakke om, heller...man velger jo det selv.»

Å få ha de målene som er viktige for meg

Denne kodegruppen omhandler hvordan deltakerne erfarte og evaluerte samarbeidet mellom teamet og seg selv. I intervjuene kom det fram at det var enkelte forutsetninger for et godt samarbeid, samt mange nyanser i samarbeidets innhold og prosess. En viktig forutsetning var fokuset på egne mål, men også at teamet kunne være fleksibel i målsettinger og i samarbeidet:

«Vi lager mål sammen, som er viktige for meg...noe jeg gjerne vil...At kontakten er god er at jeg får ha de målene som er viktige for meg... I begynnelsen var det mer planer, det var jo for å få litt struktur...Nå er det mer spontant...jeg kan ringe og foreslå ting, og så er det ok, i stedet for at det hele veien kommer fra dem.»

Ofte hadde samarbeidet startet med praktisk hjelp eller fysiske aktiviteter:

«Da jeg flyttet inn her, så hadde jeg jo en masse ting som skulle ordnes, de sa "bare si fra, så skal vi hjelpe deg med å henge opp og alt"...De har hjulpet meg masse..og mens vi prater, så får de et inntrykk av hvordan jeg har det i dag...ordentlig empati...De har vært enestående.»

En annen trakk fram betydningen av litt press fra teamet når det gjaldt samarbeidet om bosituasjonen:

«...og så var det rydding av leilighet...jeg hadde nettopp flyttet inn og hadde ikke fått noe på plass. Det ble full ordnings, fram med drill, ommøblerte og det var helt utrolig...og siden det, så har jeg stort sett klart å holde leiligheten i orden...fordi jeg vet at jeg får en sjekk, da...litt "pushing" og press.»

Med utgangspunkt i det praktiske og i hverdagen kunne samarbeidet rundt ressurser og tilfriskning videreutvikles:

«Det jeg syns er bra er at fokuset er på å mestre hverdagen og ok, jeg har et rusproblem, jeg har psykiske problemer, jeg har snakket så mye om det...Vi snakker heller om hvordan det

funker i hverdagslivet....det er bedre enn å ha fokus på "nå er det sånn og sånn"....Jeg føler teamet jobber med ressursene mine og det jeg mestrer som utgangspunkt...De er mer opptatt av det som fungerer. Det er det som er fokuset. Problemene får jeg ta med behandler... Teamet har jeg én til to dager i uka, for å sjekke leiligheten...De sjekker at alt er i orden.»

Å hjelpe meg med alt jeg spør om.

Denne kodegruppen omhandler hvordan deltakerne erfarte og evaluerte innholdet i tjenestene fra teamet. Innholdet i tjenestene ble generelt beskrevet som helhetlig og at det kunne endres fortløpende i tråd med deltakernes situasjon:

«Vi ses én gang i uka...Kontaktpersonen kommer hjem til meg, det syns jeg er all-right... Vi driver og skriver på en plan for framtida nå, planlegger ting og blir enige om ting...det kan dreie seg om alt fra en sykkeltur til busstur...det er forskjellige ting...Det er jo også det, at når jeg trenger dem, så er de jo her...Når jeg er skikkelig dårlig, så får jeg hjelp til det jeg trenger, handling og sånne ting. Det er bra. Jeg er fornøyd.»

At teamet arbeidet fleksibelt kom fram fra flere:

«Det er liksom ikke noen rammer på hjelpen du kan få...Teamet har vært et sted hvor jeg har kunnet komme når tankene er fulle av ting, lurer på noe, eller har hatt lyst til å finne på noe...så ringer jeg og lager avtale. Jeg er bare glad for at jeg hadde muligheten for å kunne komme å snakke med noen når jeg virkelig trengte det...det var en veldig fin ting...Her tar de tingene i henda og gjør noe med det. De skriver rapporter og kopierer og hjelper meg med NAV, det er veldig positivt, for jeg har...møtt så mye motgang opp gjennom tiden...Teamet ringer meg, for jeg liker ikke å ta kontakt med folk...Så får de meg og bikkja ut.»

Det kom fram at deltakerne opplevde de kunne bruke teamet til de aller fleste forhold knyttet til å bli bedre. Arbeid, familie og sosialt nettverk var sentrale forhold her:

«Teamet hjalp meg til å få arbeid...de gikk sammen med meg til arbeidsgiver eller NAV...jeg er litt nervøs når jeg skal gå, men de fulgte meg... Jeg her tenkt å få noen til å skrive en plan, søknad, til ulike stipender og legater, så skal jeg søke på dem og se om jeg får noen, og gjør jeg det, så starter jeg egen bedrift... I det siste har det vært litt mindre kontakt, for jeg klarer meg bare mer og mer selv. Nettverk utenfor teamet har jeg klart litt selv. Jeg er blitt såpass selvstendig, selv om jeg fortsatt sliter med noen ting, men jeg prøver å vise at jeg er voksen nå.»

Samtidig var det noen behov som ikke hadde blitt dekket av teamet, for eksempel mer eksistensielle forhold, skriving av attester eller hjelp til å reise utenlands:

«Jeg har veldig behov for å snakke om eksistensielle ting, for hva som betyr noe for meg i dag er noe helt annet enn før...Jeg syns at teamet kunne hørt mer på meg når det er ting som gjelder livet mitt, at de tar litt mer del i det.. for det føles godt å bli forstått. Om jeg fornemmer at den andre er interessert, så er det bra.»

«Hvis jeg har trengt en attest f.eks, så har det vært litt problematisk å få det. Og jeg vet ikke helt hvorfor, om det har å gjøre med at de ikke er lege, ikke psykolog, det har ikke jeg helt skjønt...Noen ganger, i forbindelse med dokumentasjon og bekreftelser og søknader til NAV, har det vært litt sånn firkantet...Jeg tror det har noe med systemet å gjøre.»

«De kan ikke hjelpe meg med det jeg ønsker mest...De har ikke makt til å gjøre det, som til å reise til hjemlandet og hilse på familien min...Jeg savner ikke noe ellers, nei.»

Samarbeidet omhandlet naturlig nok også hjelp i forhold til psykisk helse og rus, ofte i form av symptommestring:

«Her er det bare å ringe...er jeg heldig og ringer tidlig nok, så kanskje de har tid til å gå en tur. Så tilgjengeligheten er viktig. Når jeg klarer å ta tidlig kontakt, så klarer jeg å stoppe...det er ikke så mye som skal til for at ting skal stoppe og ikke utvikle seg for meg, jeg klarer å kuppere.»

«Jeg isolerte meg, var lite ute og hadde angst, kunne ikke ta bussen og sånne ting, det var en prosess...Da var det at teamet kom inn og tok noen grep, vi tok turer på byen og trente...så nå fungerer det veldig greit for meg...Vi hadde rett og slett trening, for jeg trengte det da...»

«Jeg har til og med begynt å ruse meg mindre...Jeg har fått mer smaken på å ikke ruse meg, og skjønte det at ok, det går an å gå turer, å erfare noe uten rus...Jeg ser jo det at rusperiodene har endret seg...før var jeg 3 uker på fylla og én uke av, og nå, siden august i fjor, så har det vært to rusperioder, med 12 dager på, det er stor forskjell.»

Deltakerne beskrev at de opplevde at teamet hadde en pragmatisk tilnærming til rus, selv om de fornemmet at målet var minst mulig eller ingen rusing:

«De snakker om at jeg skal redusere, det er et tema. Jeg synes det er greit at de er opptatt av det...Det er viktig at teamet ønsker at jeg ikke bruker, men jeg vil ikke hjelpes ut av det, jeg kommer til å fortsette så lenge jeg føler at intervallet varer...Jeg føler at jeg blir respektert for det av teamet, selv om noen prøver seg på "jasså, har du gått på en sprekk?"...Det er ikke noe som heter "sprekk"...det er et valg som man går til med begeistring og forventning.»

«Primærkontakten min stiller opp med én gang, eller en av de andre, hvis jeg trenger det. Hvis jeg får lyst til å ruse meg, så er det hjelp å få. Hvis jeg begynner, så har jeg lovt å varsle primærkontakten først.»

Hvordan samarbeidet skulle være under rusepisoder var som oftest klarlagt på forhånd. En deltaker beskrev at vedkommende i slike situasjoner ønsket mer kontakt. At planlagte aktiviteter kunne gjennomføres var viktig:

«Når jeg ruser meg, det er en regel om at når folk er for rusa så skal de ikke ha så mye kontakt med teamet, kunne jeg tenkt meg mer kontakt da, selv om det er ok at de setter noen grenser også...De grensene er satt på forhånd, så jeg blir jo ikke avvist...Kommer de på torsdag og jeg er kjempefull, så blir det et kort besøk, selv om vi har gått turer i slike

situasjoner da óg...faktisk...Det å drikke foran dem, det gjør jeg ikke...Om den planlagte aktiviteten kan gjennomføres kommer an på formen (min)...Det er greit.»

Rus som tema ble ikke trukket fram på spørsmål om helsa. For helsa ble fysisk aktivitet beskrevet som viktig, samt at teamet pushet på for at deltakerne kom seg ut og på tur. Dette kunne resultere i en ønsket vektreduksjon:

«Vi har gått turer, jeg sliter med med vekta. Jeg har gått ned ganske mange kilo i vekt, jeg merker jo at klærne passer og at jeg blir mer fornøyd. Jeg snakket med en venninne i går, som sa at jeg hadde gått mye ned... Vi samarbeider om helsen min.»

Når det gjelder helse, så blir jeg litt "pusha" en del på det å komme meg ut, gå turer...jeg er kanskje ikke så flink til det...å gjøre ting alene...De stiller seg jo positive til treningsstudio og andre greier»

En annen fortalte at vedkommende hadde jobbet med helsa på egenhånd:

«Jeg har fått bedre helse, men det kan jeg takke meg selv for...jeg har slanka meg uten hjelp fra andre...Jeg spiser mindre...det var ikke noe målsetting med teamet...»

Kontakten, samarbeidet og innholdet i tjenestene bygget på en tilnærming basert på deltakernes ressurser, og som bidro til å styrke livskvaliteten:

«Det er mye bra her...De er nysjerrige på ressursene mine... Jeg har aldri møtt noe liknende, jeg er veldig fornøyd. Jeg er gått fra helvete til himmelen... Det har påvirket livskvaliteten min at teamet har støttet meg og vært tilgjengelige. Det har hjulpet meg.»

Samtidig var det nødvendig med en viss egeninnsats for å bedre livskvaliteten:

«Den som har hjulpet meg mest, er meg selv, egentlig. Jeg har hatt tro meg selv, livet er for kort til å gå rundt å være lei deg...å deppe det bort...den styrken jeg har kan lett forsvinne...Jeg begynte å mestre ting, og når jeg begynte å mestre det ene etter det andre, så åpnet det seg nye bilder av verden seg for meg, jeg så verden litt annerledes...Plutselig så fikk jeg det til, noe som jeg ikke hadde trodd jeg fikk til.»

Ny beskrivelse

Kodegruppene Å respektere grensene jeg har, Å få ha de målene som er viktige for meg, og Å hjelpe meg med alt jeg spør om kunne uttrykkes i en ny beskrivelse slik en av deltakerne beskrev sine erfaringer: *Her tar de tingene i henda og gjør noe med det.* Beskrivelsen rommet de ulike forholdene i kodegruppene knyttet til kontakten, samarbeidet og innholdet i tjenestene. Deltakernes erfaringer med teamets arbeid kan forstås som at teamets innsats tilrettela for øvingsarenaer for deltakerne i hverdagen og på ulike områder knyttet til deres livskvalitet. Poenget med å ta tingene i henda og gjøre noe med det var å utvikle kontakten,

samarbeidet og innholdet i tjenestene fra å «gjøre for» til at deltakeren «gjør selv.» Dette løftet fram en sosial identitet hos deltakerne mer som en aktør og et subjekt enn en tjenestemottaker med samtidige lidelser. Dette er noe av det mest sentrale i recovery-orienterte tjenester.

Kapittel 4: Diskusjon

Formålet med denne studien er å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av teamets arbeid med hensyn til ROP-retningslinjens anbefaling nr 37 om recovery (Helsedirektoratet, 2012). Hensikten er derfor å undersøke i hvilke grad brukere av teamet opplever at teamet arbeider recovery-orientert og om de opplever at livskvaliteten øker gjennom hjelpen de får av teamet. Samlet sett beskrev deltakerne sine erfaringer med teamets arbeid som at *Her tar de tingene i henda og gjør noe med det*. Beskrivelsen rommer ulike forhold knyttet til kontakten, samarbeidet og innholdet i tjenestene i form av å respektere de grensene brukerne har, å jobbe med de målene brukerne opplever som viktige for seg, og å hjelpe brukerne med alt de spør om. Deltakernes erfaringer med teamets arbeid kan forstås som at teamets innsats tilrettelegger for øvingsarenaer for deltakerne i hverdagen og på ulike områder knyttet til deres livskvalitet.

Borg mfl. (2013) viser i sin kunnskapssammenstilling om recovery orienterte praksiser blant annet til forskning om recovery som en personlig prosess. Målet i denne type prosesser er «å komme seg» til tross for lidelse og helseproblemer. Forskningen om personlig recovery belyser den store innsatsen, tålmodigheten og kraften som kreves av den enkelte selv ved å gjennomgå og være i denne prosessen. Recoveryforskning ved samtidige lidelser knyttet til denne personlige prosessen er formidlet i engelskspråklige land, men ikke foreløpig i Norge, så langt vi kjenner recovery-forskningen her til lands. Karakteristika som kjennetegner prosessen er dokumentert blant annet av Davidson mfl. (2008) og Leamy mfl. (2011). Her fremheves disse fem områder som sentrale elementer i personlige recoveryprosesser: Tilknytning til personer og miljøer, betydningen av håp og tro på fremtiden, gjenoppbygging av en positiv identitet, mening i livet og egenkontroll (empowerment). Disse områdene vil derfor utgjøre perspektivene i diskusjonen.

Her tar de tingene i henda og gjør noe med det, i betydningen av å respektere de grensene som brukerne har, synes å være knyttet til å skape forutsetninger for områdene håp og

identitet. Davidson mfl. (2008) viser hvordan det å arbeide med håp og håpefull praksis nettopp er svært betydningsfullt for å skape forutsetninger for viktige vendepunkter i brukerens liv. Vendepunktene inneholder ofte opplevelsen av et subjekt-subjekt møte som skaper et relasjonelt grunnlag for at vedkommende kan utvikle og skape aktiviteter knyttet til viktige prosjekter i livet. Når teamet starter sitt recovery-arbeid med å hjelpe brukeren med praktiske saker og ting, i betydningen av å vise helt konkret at de tar tingene i henda, så synes det ut fra empirien i denne studien at de formidler håp om endring, mestring og bedring. Herrestad og Biong (2011) viste i sin studie om håpefull praksis i et ambulant akutteam at ansattes håpefulle praksis innebærer at de veksler mellom å inspirere og tilrettelegge for å skape bevegelser i fastlåste situasjoner for brukerne. De fant at ansattes handlinger kunne inndeles i «å komme i posisjon for å skape bevegelse», «å sette pasienten i bevegelse» og «å støtte pasientens bevegelse.» Teamets vektlegging av praktisk hjelp og turer synes å være eksempler på håpefulle praksiser som på sikt kan bidra til å skape bevegelser på ulike områder i brukernes hverdagsliv. Deegan (1988) viser hvordan personlig recovery handler om å skape seg en ny og verdsatt sosial identitet og å oppleve seg som et subjekt og aktør i eget liv. At teamet respekterer brukerens egne grenser synes viktig i denne sammenhengen. Forutsetningene for samarbeidet om brukerens personlige recoveryprosesser i hverdagslivet blir å skape allianser, blant annet gjennom å ikke krenke og å anerkjenne personens egen kunnskap om hva som er problematisk og om hva som kan hjelpe (Schibbye, 1996). Fra et slikt perspektiv blir dessuten brukeren selv den som best kan vurdere resultatene av recoveryprosessene med tanke på livskvalitet. Teamet må derfor innta en aktivt lyttende holdning og opptre mer som endringsagenter og barrierebrytere for brukerne (Borg, 2009). Empirien i denne studien tyder på at teamet evner dette på en god måte, og at teamet i sin praksis kan sies å være inspirert av Skjervheim's (1976) idé om å være deltaker (subjekt) mer enn tilskuer (objekt) i brukernes personlige recoveryprosesser. Skjervheim beskriver deltakerposisjonen som en treleddet relasjon; mellom meg, den andre og «saken» (problemene). I en slik relasjon kan fagfolk og personen som har behov for hjelp sine kunnskapsgrunnlag bli mer likeverdig. Partene kan dessuten utvikle en felles forståelse av livsomstendigheter, problemer og løsninger. Teamet kan på denne måten skape den nødvendige tilknytning som Leamy mfl. (2011) har vist som et av fem sentrale elementer i personlige recoveryprosesser.

Her tar de tingene i henda og gjør noe med det, i betydningen av at brukerne får ha de målene som er viktige for dem, synes å være knyttet til å skape forutsetninger for området mening i livet. Anthony (1993, s. 17), som tidligere var leder for Center for Psychiatric Rehabilitation,

Boston, har definert recovery slik: «Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg» (i Borg mfl., 2013). Anthony løfter blant annet fram at recovery innebærer ny mening i livet. Slik brukerne forteller om det, så innebærer det å kunne formulere og arbeide med ens egne mål ny mening. Flere trakk fram at teamets arbeid og støtte til å få ha de målene som var viktige for en selv hadde medført bedring på mange områder for dem, blant annet i forhold til rusing, psykisk helse, bolig, arbeid og aktivitet. Frankl (1959) viser i sin bok «Man's Search for Meaning» forskjellene på mening med livet og mening i livet. Frankl hevder at vår allmennmenneskelige utfordring er å skape mening i livet, i og med de forutsetningene vi har. Å få ha de målene som er viktige for meg fremstår i denne sammenhengen som særlig betydningsfullt for å kunne skape mening i livet. Strukturelle forutsetning for dette, og som empirien viser til, er først og fremst at teamet eksisterer i den formen det gjør, samt at vedtakene om hjelp fra teamet beskrives av brukerne som fleksible og at teamet i sin tilnærming er tøyelige. Empirien dokumenterer at dette har medført reduksjoner i antall akuttinnleggelser i psykisk helsevern. Brukerne peker på betydningen av samarbeidet med teamet. Samarbeid med personer med sammensatte lidelser krever evne og vilje hos ansatte til lydhørhet, fleksibilitet og tverrfaglig innsats mellom ulike tjenestenivåer (Biong & Svensson, 2009). For å kunne oppnå et godt samarbeid med og rundt brukerne kan teamets evne og vilje til å forstå personen og personens levde erfaringer derfor ha stor betydning. Samarbeid, slik vi forstår det, mer forankret i en person-orientert praksis som tar utgangspunkt i brukernes egne verdier og preferanser (McCormack & McCance, 2010), og som er rettet mot menneskelige relasjoner med utvikling av dialoger og å arbeide i fellesskap (Strong mfl., 2011). Empirien viser at teamet synes å få til nettopp dette, blant annet gjennom å fokusere brukernes ressurser og mestring og tilrettelegge for brukernes aktive medvirkning i utviklingen av de målene som er viktige for dem, i forhold til for eksempel rus. En slik tilnærming blir av flere beskrevet som avgjørende for at de har mestret å redusere inntaket av rusmidler, og at reduksjonen har bidratt til utvidelse av mening i livet. Et poeng i forhold til samarbeid som ble trukket frem av flere er hvor lenge man kan eller bør ha kontakt med teamet. Brukerne forteller at de knytter seg til teamets medarbeidere, at avtalene med teamet er viktige, og det skal mye til for dem å droppe avtalene. Et spørsmål som kom opp var om ikke det at ting gikk bra nettopp kunne være et argument for å fortsette å ha kontakt med teamet. Fra et recovery-perspektiv har Deegan (1988) trukket fram at det ikke

finnes noe endepunkt for disse prosessene, fordi prosessene er sykliske og ikke liniære. Empirien viser at noen etter hvert som hverdagslivet utviklet seg positivt for dem blir mer og mer selvstendige og velger å redusere samarbeidet med teamet, eller arbeide med viktige livsområder uten teamets hjelp.

Her tar de tingene i henda og gjør noe med det, i betydningen av å hjelpe brukerne med alt de spør om, synes å være knyttet til å skape forutsetninger for økt egenkontroll (empowerment), over tid. Helse- og omsorgsdepartementet peker på at helsefremmende arbeid, basert på empowerment-ideologien bør styrkes i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Empowerment er definert både som mål og strategi på individ- og gruppenivå og skal bidra til at den enkelte (eller grupper) får økt kontroll over faktorer som påvirker helsen, samt til å forbedre denne (Rappaport 1981). Helsefremmende arbeid og empowerment baserer seg på en bred definisjon av helse: en prosess og ressurs i hverdagen med tanke på mestring, basert på motivasjon til endring og å kunne gjøre noe selv. Dette synet ble første gang uttrykt i Ottawa erklæringen (Helsedirektoratet, 1987) med dets fem hovedprinsipper for helsefremmende arbeid: å utvikle en helsefremmende politikk, å skape støttende miljøer, å styrke innsatsen i lokalsamfunnet, å utvikle personlige ferdigheter, og å nyorientere helsevesenet. Teamets arbeid i form av å hjelpe brukerne med alt de spør om handler mest om ett av disse prinsippene: å skape støttende omgivelser. Glover (2005) snakker om «recoverynærende omgivelser». Dette er et viktig begrep som poengterer at noen omgivelser er gode for mennesker og gir næring til vekst, utvikling og håp. Andre kan representere barrierer og krenkelser. Borg mfl (2013) løfter fram at det i økende grad blir fokusert på å forstå recovery også som en sosial prosess, vel så mye som en personlig. Recoveryprosesser forstås dermed også som aktiviteter og strategier basert i personens hverdagsliv og lokalmiljø. I denne forståelsen bringes det inn et kontekstuellt perspektiv på recovery (Tew mfl., 2012). I nordiske studier er recovery som hverdagspraksis særlig belyst, med fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser. Hjemmet, arbeid og aktivitet, utdanning, penger, sosiale arenaer, lokalmiljøet, venner og familie oppfattes her å ha stor betydning for recoveryprosessen (Topor mfl., 2009; Karlsson & Borg, 2013). I Storbritannia vises det til at sosiale og materielle betingelser og medborgerskap har vært sentralt for begreps- og praksisutvikling og forskningsinnretning (Perkins & Slade, 2012). Mange vitenskapelige publikasjoner påpeker derfor at recovery ikke foregår i et vakuum eller på profesjonelles kontor eller i behandlingsenheter. Recovery foregår i selve livet (Davidson, 2003; Borg, 2007; Davidson, 2008; Rinaldi, Perkins, Glynn, Montibeller, Clenaghan & Rutherford, 2008;

Karlsson & Borg, 2013). Ved å innta et sosialt perspektiv på recovery-orienterte praksiser kan mange av de miljømessige ekstrabelastningene som brukerne erfarer bli synlige for teamet og andre. Dette betyr at det er særlig viktig å hjelpe brukerne med «alt» de spør om. Et poeng vi vil løfte fram her, er at teamet ikke nødvendigvis må ha svar på alt brukerne spør om. For eksempel vil hjelp knyttet til eksistensielle forhold bety at teamet kan undre seg, prøve å forstå og reflektere sammen med brukeren. Dette vil konkretisere en humanistisk og hermeneutisk praksis, hvor for eksempel psykisk helse- og rusproblemer ses i sammenheng med hver enkelt brukers liv og erfaringer, og hvor virkeligheten om disse fenomenene kan forstås ved at de settes inn i brukerens betydningssammenheng (Haugsgjerd mfl., 2009). En slik helhetlig hjelp antar vi vil være et viktig bidrag for økt egenkontroll.

Målet i ROP-retningslinjen's anbefaling nr 37 er å støtte personens ressurser under hele forløpet «på en slik måte at livskvaliteten bedres» (Helsedirektoratet, 2012, s. 72). Funnet i denne studien om at *Her tar de tingene i henda og gjør noe med det* antyder at livskvaliteten for brukerne er knyttet til relasjonene og samarbeidet over tid med teamet, at teamets innsats tilrettelegger for øvingsarenaer for deltakerne i hverdagen, og at bolig, aktivitet og økonomi utgjør mye av den praktiske tilnærmingen fra teamet.

5. Konklusjon

Deltakerne i studien beskriver sine erfaringer med teamets arbeid på en slik måte at det gir grunn til å hevde at teamet arbeider recovery-orientert og bidrar til å bedre brukernes livskvalitet. Dette dreier seg om forhold knyttet til bedret helse, rus- og symptomstring, men også bolig, aktivitet og økonomi. Med en slik bred forståelse og tilnærming til brukernes behov og situasjon og behovet for tverrfaglige samarbeid, ivaretar teamet også flere av prinsippene i helsefremmende arbeid.

Referanser

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. doi: 10.1037/h0095655
- Bakken, K., Landheim, A.S., & Vaglum, P. (2003). Primary and secondary substance misusers: do they differ in substanceinduced and substanceindependent mental disorders? *Alcohol* (38), 54-59.
- Biong, S., & Svensson, T. (2009). Bridging the gaps: Experiencing and preventing fi fe-threatening heroin overdoses in men in Oslo. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 4 (2), 94-105.
- Borg, M. (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life: perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 452-459.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En kunnskapssammenstilling*. Rapport 4/2013.Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Cleary, M., Hunt, G., Matheson, S., Siegfried, N., & Walter, G. (2008). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev*, CD001088.
- Davidson, L. (2003) *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press.
- Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M. J., Kirk, T., Jr., Rockholz, P., & Evans, A.C. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: moving from concept to reality. *Psychiatr Rehabil J*, 31(1), 23-31.
- Davidson, L., & White, W. (2007). The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *J Behav Health Serv Res*, 34(2), 109-120. doi: 10.1007/s11414-007-9053-7
- Davidson, L., Andres-Hyman, R., Tondora, J., Fry, J., & Kirk, T. (2008). From "Double Trouble" to "Dual Recovery": Integrating models of recovery in addiction and mental health. *Journal of Dual Diagnosis*, 4(3), 273-290.
- Davidson, L., Tondora, J., Lawless, M. S., O'Connell, M. J., & Rowe, M. (2009). *A Practical guide to recovery-oriented practice: tools for transforming mental health care*. New York: Oxford University Press.
- Deegan, P. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Drake, R.E., Osher, F.C., & Wallach, M.A. (1991). Homelessness and dual diagnosis. *American Psychol*, 46(11), 1149-1158
- Drake, R.E., & Mueser, K.T. (2000). Psychosocial Approaches to Dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 105-118.
- Drake, R.E., & Wallach, M.A. (2000). Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services*, 5, 1126-1129.
- Frankl, V. (1959). *Man's Search for Meaning. An Introduction to Logotherapy*. Boston: Beacon Press.
- Glover, H. (2005). Recovery based service delivery: are we ready to transform the words into a paradigm shift? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4 (3), 1-4. www.auseinet.com/journal/vol4iss3/glovereditorial.pdf
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J.A. (2009). *Perspektiver på psykisk*

- lidelse- å forstå, beskrive og behandle*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (1987). *Ottawa charteret om helsefremmende arbeid*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *St.meld. nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om helse- og omsorgstjenestene i kommunene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012-2013). *Meld. St. 10 God kvalitet- trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Herrestad, H., & Biong, S. (2011). Inspirere og tilrettelegge for å skape bevegelser i fastlåste situasjoner: Om håpefull praksis i et ambulant akuttpsykiatrisk team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 109-119.
- Jacobson, N. (2001). Experiencing recovery: a dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatr Rehabil J*, 24(3), 248-256.
- Jacobson, N., & Curtis, L. (2012). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 333-341.
- Karlsson, B. & Borg, M.(2013). *Psykisk helsearbeid - humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Klingemann, H., & Sobell, L.C. Eds. (2007). Promoting self-change from addictive behaviours. Practical implications for policy, prevention and treatment. New York: Springer.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *InterView. Introduktion til et håndværk*. 2. utgave. København: Hans Reitzels Forlag.
- Landheim, A.S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi*,(12): 309-318.
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470-1476. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. Hentet fra doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 256-272. doi: doi:10.1080/0954026021000016905
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing. Theory and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Mitchel, D.P., Betts A., & Epling, M. (2002). Youth employment, mental health and substance misuse: a challenge to mental health services. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 9(2), 191-198.
- Perkins, R., & Slade, M. (2012). Recovery in England: transforming statutory services? [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *International Review of Psychiatry*, 24(1), 29-39. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2011.645025>
- Rappaport, J. (1981). Inpraise of a paradox: A Social Policy of Empowerment over Prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 1-25.

- Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M. & Rutherford, J. (2008). Individual Placement and Support: From research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 50-60.
- Schibbye, A.L. (1996). Anerkjennelse; en terapeutisk intervensjon? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33, 530-537.
- Skjervheim, H. (1976). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug forlag.
- Slade, M. (2009). Personal Recovery and Mental Illness: *A Guide for Mental Health Professionals*. London: Cambridge Medicine.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(04), 353-364. doi: 10.1017/S2045796012000133
- Strong, T., Sutherland, O., & Ness, O. (2011). Considerations for a discourse of a collaboration in counselling. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 2(1), 25-40.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C. (2012). Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460. doi: 10.1093/bjsw/bcr076
- Topor, A. (2001). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm: Natur och kultur.
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2009). Not just an individual journey: social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*. doi: 10.1177/0020764009345062
- Thylstrup, B., Schepelern, K.J., & Sønderby, L. (2009). Treatment effect and recovery – dilemmas in dual diagnosis treatment. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26(6), 552-560.
- Warner, R. (1994). *Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy*. London: Routledge.
- Aakerholt, A. (2010). *ACT-håndbok*. 1. utgave. Brumunddal: Kompetansesenter rus- region Øst.

Stian Nissen Biong
Institutt for sykepleievitenskap Høgskolen i Buskerud
PO Box 7053
3007 DRAMMEN

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 29.11.2013

Vår ref: 36354 / 2 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.11.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

36354	<i>Psykisk helse- og rusteamet i Bydel Gamle Oslo (Oslo kommune): Recovery</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Buskerud, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Stian Nissen Biong</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marte Byrkjeland

Kontaktperson: Marte Byrkjeland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 36354

Det tas høyde for at det vil kunne bli registrert indirekte personidentifiserende opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med datainnsamlingen.

Rekruttering går via kontaktperson i teamet. Vi forstår det slik at disse har naturlig tilgang til personopplysninger om utvalget (slik at evt. taushetsplikt ikke er til hinder for førstegangskontakten). Dersom utvalget står i et avhengighetsforhold til de som oppretter førstegangskontakt, er det viktig at frivilligheten ved deltagelse presiseres. Dette ved en understreking av at det ikke vil påvirke forhold til den som spør om de ikke vil delta, evt. også ved at utvalget bes samtykke direkte til forsker (ikke via den som spør).

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Informasjonsskrivene vurderes som tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Personvernombudet vurderer at det vil kunne bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Personvernombudet legger til grunn at forsker setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Buskerud sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 31.12.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som bosted, diagnose, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet; Psyisk helse- og rusteamet i bydel Gamle Oslo: Recovery.

DEL A

Bakgrunn og hensikt

For å få belyst dine opplevelser og erfaringer med i hvilken grad tjenestene til ROP-teamet i Bydel Gamle Oslo arbeider i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger om «recovery» inviteres du med dette til å delta i et individuelt intervju om dette. Intervjuet vil bli gjennomført av undertegnede eller av en annen forsker ved Høgskolen i Buskerud/Vestfold. Prosjektets hensikt er å undersøke og beskrive hvordan brukere av teamets tjenester opplever og erfarer samarbeidet, relasjonene og om hjelpen som gis er respektfull, helhetlig og tar utgangspunkt i dine ressurser og mestring. Målet er å dokumentere dette og bidra til økt kunnskap om disse forholdene. Kunnskapen som utvikles vil kunne bidra til bedret praksis i teamet og i andre team med samme oppgaver.

Hva innebærer studien?

For å få undersøkt erfaringene dine nærmere ønsker vi å gjennomføre et individuelt intervju med deg i januar/februar 2014. Intervjuet varer ca 30-45 minutter, og kan gjennomføres der du ønsker det. Dersom du kan tenke deg å delta ber vi deg gi beskjed om dette til teamet. For å kunne undersøke innholdet i det som kommer frem i intervjuet vil det bli tatt opp på lydbånd for så å bli skrevet ut på papir og bearbeidet.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at forskeren vil ha taushetsplikt overfor alle opplysninger som samles inn. Datamaterialet vil slettes senest innen den 31.12.2014. Resultatene vil bli publisert i en rapport til Oslo kommune/Helsetilsynet og i en vitenskapelig artikkel. Du vil få tilgang til disse dokumentene.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta og det vil være mulig å trekke seg underveis uten at det får konsekvenser for tilbudet du får fra teamet. Dersom du ønsker å delta undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og tar med denne når intervjuet gjennomføres. Dersom har spørsmål eller generelt ønsker mer informasjon kan du kontakte Stian Biong på telefon 32 20 64 70.

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Dekan Heidi Kapstad ved Høgskolen i Buskerud/Vestfold, fakultet for helsevitenskap, er administrativ ansvarlig. Prosjektleder er professor Stian Biong. Evalueringen er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige rapporten. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når prosjektet er ferdig,

innen 31.12.14.

Økonomi

Studien er finansiert av Oslo kommune/Helsedirektoratet.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien, se pkt 3 foran.

Drammen, januar 2014.

Med vennlig hilsen

Stian Biong
Forsker

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien «Psykisk helse- og rusteamet i bydel Gamle Oslo: Recovery»

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien «Psykisk helse- og rusteamet i bydel Gamle Oslo: Recovery»

(Signert av forsker, dato)

Senter for psykisk helse og rus ønsker å bidra til styrking og utvikling av kunnskap innen psykisk helse og rus med særlig vekt på fem områder:

- Personers erfaringer med psykiske helseproblemer og hva som hjelper
- Person- og kontekstsentrerte tilnærminger
- Familie- og nettverksperspektiv
- Helsetjenesteorganisering, utøvelse og effektivitet
- Aksjonsrettet forskning, særlig brukerinvolvert forskning og handlingsorientert forsknings-samarbeid i klinisk praksis

The mission of the Centre for Mental Health and Substance Abuse is contribution to the development of knowledge with the following specific foci:

- Subjective experiences of mental health problems and 'helpful' help
- Individual and contextual approaches of help and support in mental health care
- Family and network perspectives in studies of mental health problems and substance abuse
- Innovations in mental health service organisation, practice, and evaluation
- Participatory action research involving mental health service providers and service users

Høgskolen i Buskerud og Vestfold

- Senter for psykisk helse og rus

Adr. Papirbredden
- Drammen kunnskapspark
Grønland 58
3045 Drammen

Kontakter:

Professor Stian Biong:
stian.biong@hbv.no
– tlf. 952 15 498

ISBN: 978-82-8290-010-2

www.hbv.no/sfpr