



Høgskolen i Sørøst-Norge

Emne 10 Masteroppgaven

MOPP900

Predefinert informasjon

Startdato: 04-05-2017 09:00

Termin: 2017 06

Sluttdato: 15-05-2017 14:00

Vurderingsform: Norsk 6-trinnsskala (A-F)

Eksamensform: Masteroppgave

SIS-kode: MOPP900 2 MO

Intern sensor: (Anonymisert)

Deltaker

Navn: Målfrid Kippenes

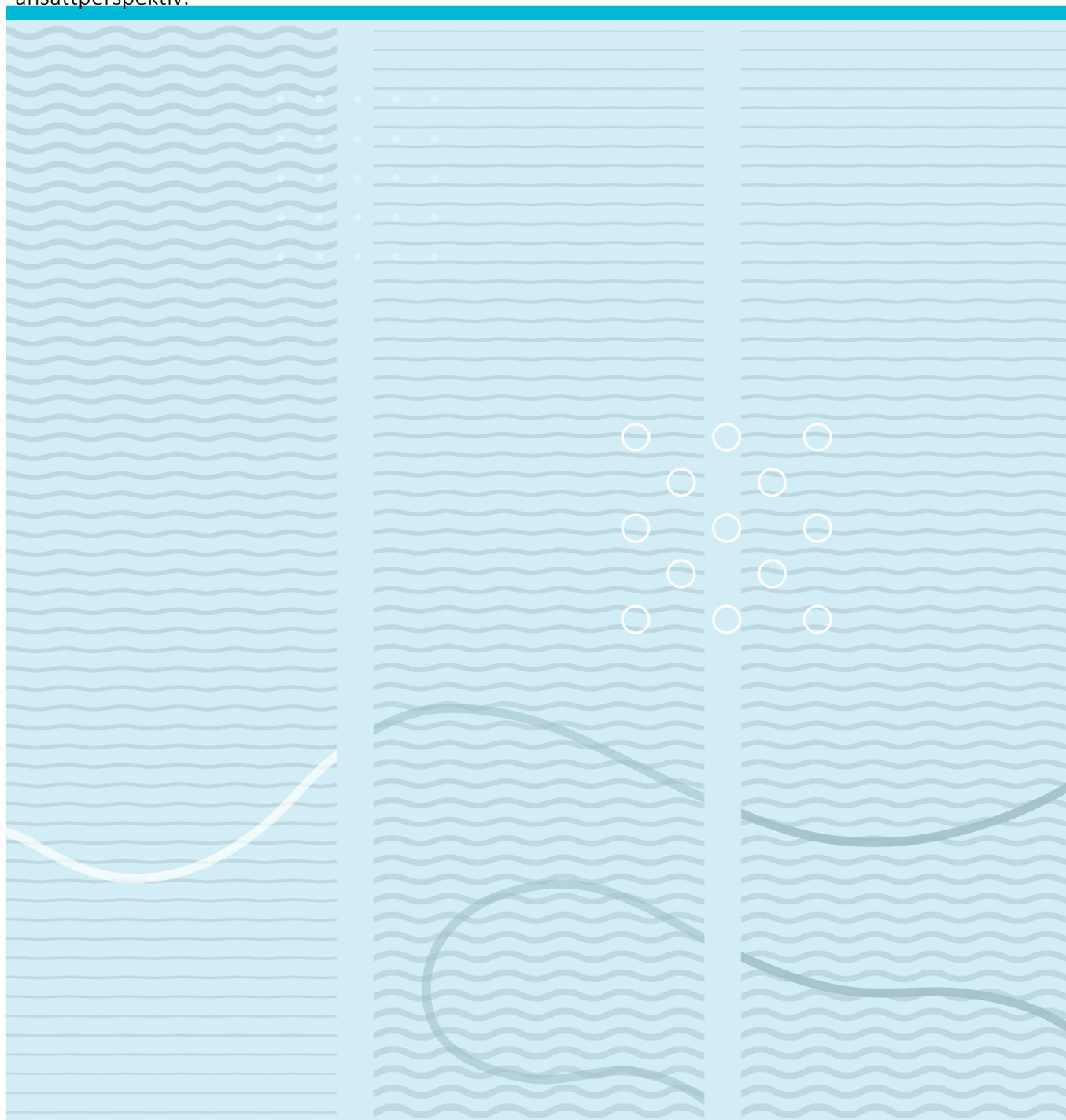
Kandidatnr.: 205

USN-id: 888360@usn.no

Målfrid Kippenes

På besøk i en annens liv

En utforskende og eksplorativ studie om booppfølging av personer med ROP-lidelser, fra et ansattperspektiv.



Høgskolen i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialfag.
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag.
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2017 Målfrid Kippenes

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Hensikten med denne masterstudien har vært å utvikle kunnskap om hva i booppfølging som bidrar til at beboere med samtidige rus og psykiske lidelser (ROP- lidelser) klarer å bli boende i egen bolig over tid. Det er en kvalitativ studie som har et beskrivende og utforskende design og det er arbeidsmetodene til et booppfølgingsteam som undersøkes. Utvalget var alle deltagerne i et booppfølgingsteam, i alt 4 ansatte.

Datainnsamlingen ble gjort med flerstegs-fokusgruppeintervju. Alle intervjuene er transkribert og transkripsjonene er analysert med utgangspunkt i Graneheim og Lundman (2003) sin fremgangsmåte for tematisk innholdsanalyse. Dette innebærer å identifisere, analysere og formidle mønstre i datamaterialet. Frivillighet, informert og muntlig/skriftlig samtykke og konfidensialitet er ivarettatt i hele evalueringsprosessen.

Hovedfunnene i studien er hva teamet opplever som sitt grunnlag for arbeidet og hvordan de gjør arbeidet i praksis. Teamet bygger først tillitsfulle relasjoner til beboerne, slik at de får anledning til å få tak i hjelpebehovet. Så bygger de sine tjenester rundt beboerens behov, slik de er definert av beboer. Tjenestene preges av de rause rammebetingelsene som kjennetegnes av tilgjengelighet, tid, og fleksibilitet. Teamet demonstrerer betydningen av personlig kompetanse, spesielt i forhold til å vite hvem man selv er, hvordan man er i møte med andre og å åpne opp for det som skjer i det mellommenneskelige rom når man legger vekk mål og planer for endring. De ansatte byr på seg selv og bidrar som medmennesker, og ikke eksperter. Gjennom å praktisere sine verdier på denne måten, lykkes de med å gi langvarige, integrerte og sammenhengende tjenester til en målgruppe som mange andre ikke når. Teamets organisering, verdisyn og praktiske utførelse harmonerer i stor grad med helsepolitiske føringer for booppfølging og med prinsippene for recovery-orienterte tjenester.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Innholdsfortegnelse	4
Forord	6
1 Innledning	8
1.1 Fra institusjon til egen bolig	8
1.2 Betydningen av å ha et eget hjem	8
1.3 Alle som trenger det, skal få hjelp til å bo	9
1.4 Hvorfor er det viktig å forske på oppfølging i kommunene?	10
1.5 Om Booppfølgingsteamet og deres mandat	10
1.6 Problemstilling	11
1.7 Hensikt med studien	11
1.8 Forskningsspørsmål	12
1.9 Begrepsavklaring	12
1.10 Presentasjon av monografien	12
2 Teori	14
2.1 Samtidige rus og psykiske lidelser	14
2.2 Hva er booppfølging?	15
2.3 Hva er betydningsfullt i oppfølging?	15
2.3.1 Brukeres stemme må være førende	16
2.3.2 Den viktige relasjonen	16
2.3.3 Recoveryorientert arbeid	18
2.3.4 Kompetansebehov i booppfølging	20
3 Metode	23
3.1 Studiens design	23
3.2 Organisering av studien	23
3.3 Utvalg, inklusjon og rekruttering	23
3.4 Vitenskapelig forankring og tilnærming	24
3.4.1 Hva er kunnskap?	24
3.4.2 Hermeneutikk	24
3.5 Dataskapingsprosess	26
3.5.1 Datainnsamling gjennom flerstegs-fokusgruppeintervjuer	26

3.5.2	Gjennomføring av flerstegs-fokusgruppeintervju	27
3.5.3	Analyse av data	28
3.6	Forskningsetikk	31
4	Presentasjon av funn	32
4.1	Helhetsinntrykk	32
4.2	Oppfølgingens grunnlag	32
4.2.1	Rammebetingelser for oppfølgingen	32
4.2.2	Verdier og holdninger	34
4.3	Sånn gjør vi det	39
4.3.1	Samarbeid med beboerne	39
4.3.2	Samarbeid med tjeneste- og behandlerapparatet	42
5	Diskusjon	45
5.1	Innledning	45
5.2	Betydningen av relasjon	45
5.3	Betydningen av rause rammebetingelser	48
5.4	Betydningen av personlig kompetanse	50
5.5	Betydningen av sosioøkonomisk arbeid og samarbeid	53
5.6	Studiens styrker og svakheter	54
5.7	Implikasjoner for praksis	55
5.8	Videre forskning	56
6	Oppsummering og konklusjon	57
	Vedlegg	67

Forord

Tusen takk til Booppfølgingsteamet for data og for å være inspirerende, gode rollemodeller. Takk til Ellen Andvig og Knut Tore Sælør for inkludering, oppmuntrende samarbeid og kyndig veiledning. Takk til mamma og pappa for uforbeholden støtte på alle måter. Og takk til Eira, Ylva og Kristin, fordi dere skaper mening i alt slitet.

Kolsås, 15.05.17

Målfrid Kippenes

1 Innledning

1.1 Fra institusjon til egen bolig

De siste 35 årene har det innen psykisk helse og rusomsorgen vært et betydelig retningsskifte fra en medisinsk til en kontekstuell og personsentrert forståelsesramme på psykisk helse og psykiske lidelser. Dette innebærer blant annet et behov for å utvide perspektivet på hva god hjelp er, og ikke nødvendigvis rette hjelpen inn mot en persons lidelse, men mot andre deler av personens liv (Borg & Karlsson, 2013). Det å ha et hjem er av de mest grunnleggende behov et menneske har, og i så måte et viktig fokus i helhetlig helse- og sosialfaglig tilnærming. Bolig er avgjørende for helse, for å mestre eget liv og for deltakelse i samfunnet (Helsedirektoratet, 2014).

Det har i samme periode foregått en omfattende nedbygging av større behandlings- og omsorgsinstitusjoner. Helsepolitiske føringer peker på at personer med rusavhengighet bør ha mulighet til å flytte fra institusjon og over i boligtiltak i kommunene (NOU 2011:15). Dette innebærer endring for organisering av tjenester og for innholdet i oppfølgingen (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014).

1.2 Betydningen av å ha et eget hjem

I FNs menneskerettserklæring blir det å bo regnet som en grunnleggende rettighet som sammen med andre faktorer kan bidra til opplevelse av helse og velvære:

«Enhver har rett til levestandard som er tilstrekkelig for hans og hans families helse og velvære og som omfatter mat, klær, bolig og helseomsorg og nødvendige sosiale ytelser» (FN's menneskerettserklæring, 1991, artikkel 25).

Boligen er et utgangspunkt for trygghet, et sosialt liv og tilhørighet til et nærmiljø. Hjemmet er nøkkelen til stabilitet, et utgangspunkt for mental helse og for å relatere og gjenfinne kontakten med omverden (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014).

1.3 Alle som trenger det, skal få hjelp til å bo

Personer med samtidige rus og psykiske lidelser (ROP-lidelser) erfarer ofte ulike utfordringer i forhold til bosituasjonen (Helsedirektoratet, 2012). En mulig konsekvens er at de faller utenfor ordinære boforhold og blir uten fast bolig, eller blir bostedsløse (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). Et hjem er viktig for de fleste, men for personer med ROP-lidelser er stabilitet i bosituasjon avgjørende for å kunne møte de utfordringene de har (Gonzalez & Andvig, 2015a, Rambøll, 2010). Det å mestre og bo i egen bolig kan bidra til stabilitet og økt livskvalitet, og kan forebygge mer lidelse ved å redusere risiko for tilbakefall. Med god støtte kan mennesker med ROP-lidelser bygge opp livene sine (Helsedirektoratet, 2014, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014).

I Norge er det menneskers eget ansvar å skaffe seg et sted å bo. For de som ikke er i stand til dette, eller i stand til å beholde sin bolig, er det lovfestet at alle skal få hjelp (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I helsepolitiske føringer står det at vi som samfunn skal legge omgivelser til rette for at vi skal integrere mangfold og ulikheter slik at alle skal kunne delta i samfunnet på egne premisser (Sosial- og helsedepartementet 1998; Sosial- og helsedirektoratet 2006; Meld. St. 30, 2011-2012). Vi forplikter oss dermed til å hjelpe de som trenger det å få tilrettelagt bolig- og bosituasjon, slik at en trygg og selvstendig tilværelse i lokalsamfunnet blir mulig (Ulfrstad, 2011). Alle skal ha et godt sted å bo, og alle personer med ROP-lidelser bør tilbys nødvendige og individuelt tilpassede tjenester i sitt hjem og nærmiljø, slik at sjansen for at personen skal klare å bli boende øker (Sosial- og helsedirektoratet, 2006; NOU 2011:15; Helsedirektoratet, 2012, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). Dette innebærer at folks hjem blir en viktig arena for samhandling og koordinering av kommunale tjenester og tilbud i spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Det er også påpekt at man må utvikle bedre tiltak for å sikre økt og bedre samhandling (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014).

Mennesker med ROP-lidelser har stort lidelsestrykk og det er tilknyttet store lidelser også for pårørende og andre involverte. For å forsøke å redusere personenes lidelse, har myndighetene vedtatt at intervensjon i rus og helseomsorg skal bevege seg fra reparasjon

til tidlig intervensjon og forebygging (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, Helsedirektoratet, 2014). I Melding til St.tinget «Se meg!» (2011-2012) trekkes det frem at tjenestene må komme tidligere inn, henge bedre sammen og bygges tettere opp rundt den som trenger hjelp (Meld. St. 30, 2011-2012).

1.4 Hvorfor er det viktig å forske på oppfølging i kommunene?

I samhandlingsreformen (2009) overføres hovedansvaret for innbyggernes helse fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Antall sykehusinnleggelser skal reduseres og kommunene får et tydelig ansvar for å tilby innbyggerne nødvendige helsetjenester. Dette innebærer at kommunen har hovedansvaret for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet og også å legge til rette for at de får den hjelpen de trenger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Det behøves mer forskning på hva personer som flytter ut av institusjon og inn i eget hjem trenger. Det anbefales også mer forskning rundt tilhørighet, deltagelse og inkludering i nærmiljøet (Gonzalez & Andvig 2015b). Det er kommunene som har nærhet til og kunnskap om lokale variasjoner og individuelle behov, og det er derfor naturlig at det gjøres forskning på kommunale tjenester (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014).

1.5 Om Booppfølgingsteamet og deres mandat

I forbindelse med at flere personer med rusavhengighet og ROP-lidelser skulle etableres i egen bolig i en av Norges største byer, opprettet ansvarlig enhet for oppfølging et prosjekt de kalte «Booppfølgingsteam». Teamet skulle primært bistå kommunen i arbeidet med å trygge overgangen fra institusjon til egen bolig for beboerne, og øke deres mulighet til å mestre sin nye bosituasjon. Teamet skulle i tråd med nasjonale føringer, tilby individuelt tilrettelagt oppfølging. De skulle bidra til å stabilisere beboernes livssituasjon og styrke nødvendige ferdigheter for å mestre dagliglivets aktiviteter og det å bo i egen bolig. En annen målsetning var at teamet skulle bidra til økt kontroll av rus og redusere risikoatferd knyttet til rusmiddelbruk, hvis beboerne ønsket dette. Teamet skulle forsøke å få tak i beboernes egne mål og støtte dem i arbeidet med å nå målene

(Sælør, 2015). Tjenestene fra teamet var tenkt som et supplement til øvrige tilbud. De skulle gis i tett samarbeid med institusjon, kommunen og andre aktuelle samarbeidspartnere, og samordne tjenester og fordele ansvar med utgangspunkt i beboernes behov (Sælør, 2015).

Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN), Fakultet for helse og sosialvitenskap, Senter for Psykisk helse og Rus gjennomførte i denne forbindelse et forskningsprosjekt på oppdrag fra gjeldende kommune. Knut Tore Sælør og Ellen Andvig har sammen med masterstudent Kaja Ostling, og meg, Målfrid Kippenes, gjennomført prosjektet. Den ene delen av prosjektet var individuelle kvalitative intervjuer av omtrent 2/3 av beboerne som Booppfølgingsteamet følger opp. Denne studien bygger på flerstegs-fokusgruppeintervjuer med de ansatte i Booppfølgingsteamet.

1.6 Problemstilling

Booppfølgingsteamet er lite og nyopprettet, men beboerne blir nesten uten unntak boende med støtte fra teamet (Sælør, Kippenes & Andvig, 2017). Teamet er derfor gode kandidater til å bidra til å undersøke følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har et booppfølgingsteam i oppfølgingen av beboere med ROP-lidelser, med hva som har betydning for at beboerne klarer å bli boende over tid i egen bolig?

1.7 Hensikt med studien

Hensikten med denne studien har vært å utvikle kunnskap om hva i booppfølging som bidrar til at beboerne som mottar tjenester fra Booppfølgingsteamet, klarer bli boende i egen bolig over tid, i et ansattperspektiv.

1.8 Forskningsspørsmål

1. Hva er Booppfølgingsteamets beskrivelser av suksesskriterier og utfordringer i samarbeidet med beboerne for at de skal trives i egen bolig og bli boende over tid?
2. Hvilken kompetanse behøves for temaets fagutøvelse?

1.9 Begrepsavklaring

Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020) definerer boligsosialt arbeid som det å skaffe egnede boliger til vanskeligstilte og å styrke beboernes mulighet til å mestre boforholdet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). I denne studien benyttes ordet booppfølging, om den delen av oppfølgingen som handler om å bidra til et stabilt, godt og trygt boforhold.

I denne studien kommer jeg til å bruke forskning og bakgrunnskunnskap som kommer fra både rus og psykisk helsefeltet. Jeg har valgt ordet fagutøver om de som skal yte hjelp, fordi jeg mener det belyser at man utøver et fag fremfor et bestemt yrke. Begrepene beboer, pasient og bruker brukes der det er hensiktsmessig. Beboer brukes om personene som følges opp av Booppfølgingsteamet, men i henvisninger til lovverk, forskning og litteratur, brukes den benevnelsen som oppgis.

1.10 Presentasjon av monografien

I kapittel 2 presenteres teori om personer med ROP-lidelser fremstilt som gruppe og deretter beskrives hva som er viktig i booppfølging av denne gruppen. Videre presenteres relevante teorier om hva som er betydningsfullt for å hjelpe en annen og modeller for nødvendig kompetanse for fagutøvelsen. I kapittel 3 beskrives studiens metodiske valg. Det redegjøres for vitenskapsteoretisk ståsted og dataskapingsprosessen. I kapittel 4 presenteres studiens funn på bakgrunn av analysen. I kapittel 5 diskuteres studiens funn, både de mest fremtredende funn, men også funn som ikke har konsensus innad i teamet. Til slutt redegjøres det for mulige implikasjoner for praksis og videre forskning.

Forskningsspørsmålene og problemstillingen søkes besvart teoretisk, gjennom funn og i diskusjonen. Dette oppsummeres i konklusjonen i kapittel 6.

2 Teori

2.1 Samtidige rus og psykiske lidelser

Personer med ROP-lidelser har en alvorlig psykisk lidelse og en alvorlig rusavhengighet i kombinasjon. Denne gruppen består av like mange unike individer som en hvilken som helst annen gruppe. Det er likevel enkelte kjennetegn på problemområder på gruppenivå (Helsedirektoratet, 2012). Fortvilelse, familiekonflikter, problemer med foreldreskap, økonomiske problemer, bostedsløshet, fysiske sykdommer og vold er kjennetegn. ROP-veilederen oppgir at personer med ROP-lidelser ofte bruker rusmidler på en ødeleggende måte og faller ofte utenfor behandlingstiltak og medborgerskap i samfunnet. Jo mer alvorlig ruslidelsen er, jo høyere er forekomsten av psykiske lidelser, og omvendt. Det er høyere forekomst av psykiske lidelser hos personer med avhengighet til illegale stoffer, enn til alkohol (Helsedirektoratet, 2012). Det betyr altså at det er en større andel av personer med ROP-lidelser som misbruker illegale rusmidler. Mange i denne gruppen har lav livskvalitet på grunn av fattigdom og ensomhet (Helsedirektoratet, 2012). De er ofte i behov av langvarige, integrerte og sammenhengende tjenester (Evjen, Øiern & Kielland, 2012; Helsedirektoratet, 2012). Gjennom mange år har denne gruppen ofte fått et mangelfullt tilbud fordi tjenestene i liten grad har vært tilpasset deres utfordringer (Meld. St. 47, 2009).

Personer med ROP-lidelser er en sårbar gruppe. Det er vedtatt at helsetilsynet skal gjennomføre et landsomfattende tilsyn med tjenestetilbudet til denne gruppen i både kommune- og spesialisthelsetjenesten i 2017 og 2018. I forbindelse med tilsynet er det utarbeidet en risikorapport for å få oversikt over hvilke temaer og problemstillinger som bør undersøkes nærmere. Et av de viktigste risikopunktene for svikt er at brukerne ikke får tilpasset bolig og heller ikke tilpasset innhold av tjenester i boligen (Helsetilsynet, 2016).

2.2 Hva er booppfølging?

For personer med ROP-lidelser er oppfølging og tjenester i hjemmet ofte en del av et helhetlig behandlings- og rehabiliteringsforløp (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). Booppfølging av personer med ROP-lidelser bør være basert på individuelle behov, og målsetningene for arbeidet vil således variere (Aakerholt, Veia, Tønnesen, 2016). Det å mestre et boforhold er sammensatt og består av oppgaver som kan virke selvsagte for mange. Noen har behov for praktisk veiledning om hvordan de kan oppnå et godt forhold til utleier, hjelp til å finne informasjon om leiekontrakt, hvilke rettigheter og plikter husleieloven gir, og hva det innebærer å være en god nabo. Noen trenger mer sammensatte og langvarige tjenester som omhandler å mestre boforholdet og livssituasjonen. Oppgaver her kan være å få hjelp til oversikt over egen økonomi, betaling av regninger, ADL (activity of daily living), egen hygiene, innkjøp, kosthold og ernæring. Det å mestre rus, forebygge skader forbundet med rusmisbruk og fysisk og psykisk helsehjelp kan også være viktige områder innen booppfølging (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014).

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett på individuell plan (IP). IP er et samarbeidsdokument for alle involverte som skal gjenspeile brukernes behov, ønsker og mål. Det skal være brukerens plan. Hensikten med planen er å bidra til at brukerne får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

2.3 Hva er betydningsfullt i oppfølging?

For å samarbeide med personer med ROP-lidelser kreves det et høyt kunnskapsnivå og spesielle ferdigheter (Helsedirektoratet, 2012). Ferdighetene hviler på interesse og holdninger som respekt og evne til å se verdighet i alle mennesker (Helsedirektoratet, 2012). Fagfolks evne og vilje til å forstå personens levde erfaringer, har stor betydning. Det krever lydhørhet, fleksibilitet og tverrfaglig innsats mellom ulike tjenestenivåer (Biong & Svensson, 2009). Personer med ROP-lidelser kan ha utfordringer som gir atferd som kan være vanskelig å tåle eller forstå for fagutøvere. Kunnskap om dette vil kunne

gjøre det lettere å være empatisk og aksepterende overfor gruppen (Helsedirektoratet, 2012).

2.3.1 Brukeres stemme må være førende

Det er et stort og økende politisk engasjement for at helsetjenester og velferdstjenester skal organiseres rundt brukernes behov (Karlson & Borg, 2013, Sosial- og helsedepartementet, 1998, Helsedirektoratet, 2014 & Askheim, 2009). Oppfølgingstjenester skal også bidra til at personene tar aktivt del i prosessen i forhold til trivsel i egen bo- og livssituasjon (Helsedirektoratet, 2014). I lovverket heter det at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient eller bruker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). Brukeren er den viktigste aktøren i oppfølgingen og har selv de beste forutsetninger for å definere egne problemer, samt bidra til å finne løsninger i samarbeid med andre (Helsedirektoratet, 2014). Å bli kjent med personens mål og drømmer er sentralt (Sommer, Strand, Borg & Ness, 2013).

Personer med ROP-lidelser ønsker seg ofte det samme som mange andre; «det vanlige, normale livet», med vanlige omgivelser og gjøremål og meningsfull hverdag (Borg & Davidson 2008; Sælør, Ness og Semb, 2015). Folks oppfatning av egen helse har størst sammenheng med hvordan man takler de negative følelsene som er knyttet til symptomene de opplever (Eide, Sibbern & Johannessen, 2011). Denne oppfatningen av helse gir grunnlag for å hjelpe mennesker med psykiske lidelser til å finne innhold til et meningsfylt liv, fremfor å fokusere på å bli kvitt alle symptomer (Karlsson og Borg, 2013).

2.3.2 Den viktige relasjonen

Relasjonen mellom fagutøver og bruker er noe av det mest avgjørende for bedring (Jensen & Ulleberg 2011; Sommer, Strand, Borg & Ness, 2013). Når det i et forhold mellom to mennesker utvikler seg en gjensidig opplevelse av at en betyr noe for hverandre, da blir det naturlig å snakke om en relasjon (Bøe & Thomassen, 2017). Schibby (2012) beskriver en relasjon som en dialektisk prosess hvor mennesket bekreftes i møte

med en likeverdig annen (Schibby, 2012). I en likeverdig relasjon er det en forutsetning at partene er subjekter, et jeg og et du som møtes (Bøe & Thomassen, 2017). Filosof Hans Skjervheim beskriver hvordan man kan velge å møte mennesker enten som tilskuer eller som deltager. Hvis man går inn i et menneskemøte som tilskuer, vil man distansere seg fra den andre, og utfra egen forståelsesramme forsøke å definere den andre innenfor sin forståelsesverden. Hvis man velger å være deltager, blir begge parter i samtalen subjekter, hver med sin rolle og sine kunnskaper (Skjervheim, 1976). Fagutøveren har sitt utenfraperspektiv som kan beskrives som teoretisk og empirisk kunnskap om psykiske lidelser og behandlingen av disse. Det lidende mennesket kan med denne kunnskapen kartlegges, men det er da vanskelig å få tak i pasientens livsverden og den indre historien (Bøe & Thomassen 2017).

Innenforkunnskap er den kunnskap en person bærer med seg om sin livssituasjon, sitt nettverk, sin historie, virkelighetsforståelse, verdier og preferanser (Bøe & Thomassen, 2017). Denne kunnskapen er personens erfaringskunnskap, som er unik og subjektiv for hvert enkelt menneske. Når man opptrer overfor hverandre som subjekter, kan man forsøke å forstå den andres perspektiv (Skjervheim, 1976). Hvis en person har myndighet til selv å definere sine egne problemer på sitt språk, kan man få større eierskap til egen bedringsprosess (Bøe & Thomassen, 2017). Skjervheim er opptatt av likeverd og mener at hvis man ikke er villig til å åpne opp for å la seg påvirke av den andre, vil det påvirke den andre personens frihet (Bøe & Thomassen, 2017). Når bruker og hjelper er likeverdige og samarbeidende deltakere, kan de sammen prøve å forstå problemene og se de i sammenheng med brukers historie, erfaringer, de relasjoner den har og det livet den lever. Å gi pasienten en likeverdig stemme inn i en slik prosess handler om å gi innenfraperspektivet verdi.

Anerkjennelse er sentralt i likeverdige relasjoner (Schibby, 2012). Begrepet anerkjennelse er et komplekst begrep som kan forstås og defineres på flere måter. Det kan forstås som et filosofisk begrep som rommer ideen om å gjenkjenne, erkjenne, styrke og befeste. Den tyske filosofen Hegel bruker begrepet gjensidig anerkjennelse, hvor partene ser hverandre som subjekter. Den gjensidige anerkjennelse må ligge til grunn for at det som er fastlåst i en relasjon skal kunne endres. Schibby deler videre begrepet i ytre og indre

anerkjennelse. Den ytre anerkjennelsen kommer til uttrykk gjennom ros og belønning og er ofte knyttet opp mot bekreftelse av gode prestasjoner. Schibby beskriver dette som en mekanisk og instrumentell anerkjennelse som i verste fall kan være med på å hindre en subjekt- subjekt- relasjon. Indre anerkjennelse handler om å se og verdsette det andre menneske og dets opplevelser. Det innebærer å forsøke å forstå den andres perspektiv og forstå dennes verden ut i fra det. Indre anerkjennelse foregår altså i likeverdige subjekt- subjekt- relasjoner (Schibby, 2012). Indre anerkjennelse er en kontinuerlig og aktiv prosess hvor man lytter, forsøker å forstå, aksepterer, tolererer og bekrefter den andre. Det krever en emosjonell tilstedeværelse, tilgjengelighet og mot til å delta som medmenneske i relasjonen. Dypest sett kan man se denne anerkjennelsen som en kraft, og som et uttrykk for kjærlighet som kan virke frigjørende. En slik form for anerkjennelse kan bringe fram noe i den andre, og oppleves som en delt følelsesmessig opplevelse (Schibby, 2012).

2.3.3 Recoveryorientert arbeid

Recovery for personer ved alvorlig psykisk lidelse handler om krevende menneskelige utviklings- og livsprosjekter (Borg og Topor, 2014). Recovery som fagfelt er i ferd med å få stadig mer plass i Norge gjennom offentlige veiledere og faglige retningslinjer. Flere kommuner og tjenester vedtar å jobbe recoveryorientert (Helsedirektoratet, 2014, Helsedirektoratet 2012, Borg & Davidson, 2008). Det er ikke vist at en spesifikk behandling eller intervensjon bidrar til recovery for den enkelte (Davidson, Tondora, O'Connell, Kirk, Rockholz & Evans, 2007). Relasjonen er ofte viktigere enn hvilken metode eller tilnærming som anvendes (Helsedirektoratet, 2014; Borg & Topor, 2014). Helsepersonell trekker selv frem viktigheten av å ta seg tid til å bli kjent, vise interessere og nysgjerrighet, og gjennom samtaler forsøke å fortjene folks tillit (Sommer, Strand, Borg & Ness, 2013).

I recoveryorientert arbeid er erfaringskunnskap og fagkunnskap likestilt. Dette styrker autonomi og utjevner makt. Det styrker også likeverdigheten i relasjonen at fagutøveren viser ærlighet og følelser, at de sier ifra om egne grenser og deler av sine erfaringer (Sommer, Strand, Borg & Ness, 2013).

Grunnlaget i recoveryorientert arbeid begynner med å identifisere tjenestens verdier og at disse ligger til grunn for daglige beslutninger (Slade, 2015). Slade foreslår tre verdier: at tjenesten støtter personlig recovery, at fagutøverens rolle er å identifisere, utvikle og støtte brukerne i å nå sine mål, og at tjenestens grunnholdning er at mennesker er, eller vil bli i stand til å ta ansvar for eget liv. Det er altså viktig i recoveryorientert arbeid å opprettholde et helhetlig perspektiv på personens tilfriskning. Man må arbeide målrettet med å finne personens egne ressurser når det gjelder meningsfylte aktiviteter, arbeid, øke det sosiale nettverket, løse økonomiske og boligmessige behov for å øke livskvalitet og selvfølelse (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, Helsedirektoratet, 2012). Det er viktig at personer blir støttet i å finne meningsfulle aktiviteter for å øke sjansen for identifikasjon som ikke bare handler om lidelse og problemfokus. I denne sammenheng blir samfunnets inkludering viktig (Le Boutilliere, Slade, Lawrence Bird, Chandler, Farkas, Harding, Larsen, Oades, Roberts, Shepherd, Thorneicroft, Williams, & Leamy, 2014). Hvis det å være definert som pasient eller bruker, er noe som følger deg uansett hvor langt i recoveryprosessen du kommer, vil veien til deltagelse i samfunnet være lenger (Le Boutilliere et al. 2014, Borg & Kristiansen 2004)

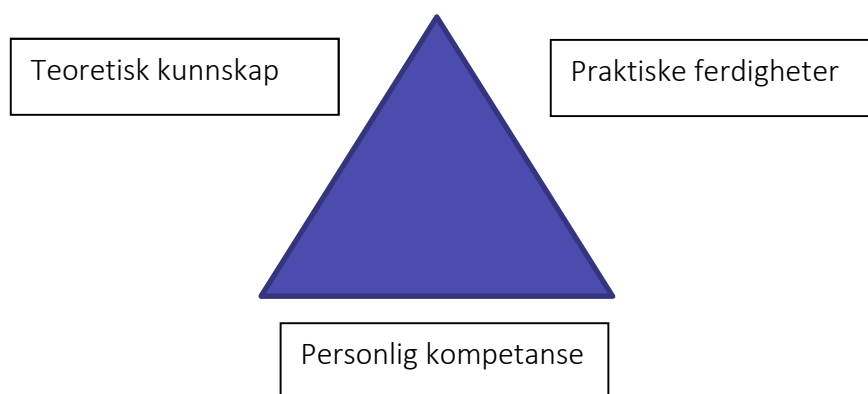
Det er viktig å legge vekt på personens egne verdier og preferanser, og støtte opp under personens egne ressurser i hele bedringsprosessen (McCormack & McCance, 2010, Karlsson & Borg, 2013, Helsedirektoratet, 2012). Håp er ofte sentralt for recovery. Noen ganger kan det å arbeide med håp være med på å skape forutsetninger for viktige vendepunkt (Davidson, Tondora, O'Connell, Kirk, Rockholz & Evans, 2007). Det er viktig å tro at livet kan endres, at mennesker ikke er uforanderlig. I perioder kan det være krevende å håpe på bedring for mennesker med stor lidelse. En av oppgavene til fagutøverne kan da være å bære håpet. Det å bære en annens håp kan innebære å håpe på vegne av den andre, men også å kunne formidle et håp man selv kjenner for denne personen (Løgstrup, 2000). Tro og håp hos fagutøveren har vist seg å være svært betydningsfullt for brukeren i sin bedringsprosess (Borg og Topor, 2014). Håp om bedring og bruk av egne ressurser kan, med nødvendig støtte fra andre, fremme muligheten for å få et så godt liv som mulig med de helseutfordringene en har (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013).

I ROP-veilederen er det en rekke anbefalinger for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus og psykisk lidelse. I anbefaling nr.37 i veilederen trekkes viktigheten av støtte frem. «*Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvalitet bedres*» (Helsedirektoratet, 2012). Studier som er gjort på hva som oppleves som god oppfølging av beboerne, trekker også frem viktigheten av støtte; emosjonelt, terapeutisk, i forhold til opplæring og i praktisk problemløsning (Gonzalez & Andvig 2015b). «*Å være støttespiller handler om å være sammen med personene på en slik måte at det styrker likeverd og gjensidighet i relasjonene*» (Sommer, Strand, Borg & Ness, 2013 s. 40).

2.3.4 Kompetansebehov i booppfølging

Begrepet kompetanse kommer fra det latinske ordet *competentia*, som blant annet betyr skikkethet. Det å være kompetent kan altså forstås som det å være skikket til å gjøre noe. Begrepet er kontekstuel, det vil si at man er kompetent i forhold til spesielle oppgaver eller handlinger. Yrkeskompetanse betyr således at man er skikket til å utføre et yrke (Skau, 2012). Fagutøveres kompetanse er en av hjørnesteinene til recoveryorienterte tjenester. (Chen, Krupa, Lysaght, McCay, & Piat, 2013). Det finnes ulike typer kompetanse, basert på ulike typer kunnskap. Skau (2012) har delt kompetansebegrepet inn i tre aspekter som til sammen utgjør den samlede profesjonelle kompetanse.

Figur 1 Kompetansetrekanten (Skau, 2012).



Teoretisk kunnskap er nødvendig i alle fagdisipliner og innebærer all forskningsbasert viten, litterær fagkunnskap, kjennskap til teorier, modeller og begreper (Skau, 2012). Kompetanse basert på teoretisk kunnskap regnes som vitenskapelig og er ofte produsert gjennom kvantitativ forskning. Kvantitativ forskning er resultatorientert og har fremdeles høyest status innen mange forskningsfelt i dag (Bøe & Thomassen, 2017). Hensikten med denne typen forskning er et ønske om å sikre kvalitet og forutsigbarhet i helsevesenet. Kunnskapen fra denne type forskning, egner seg i liten grad til å forsøke å forstå mening og lidelse (Bondevik, Bostad, 2003). Et annet problem er at det er vanskelig å skille ut enkelte deler av den totale påvirkningen på mennesker, og teste effekt av dette (Marthinsen & Tjelflaat, 2005). Teoretisk kunnskap foreldes også i noen tilfeller raskt, og endringene i et fagfelts praksis følger ikke nødvendigvis med i samme tempo.

Praktiske ferdigheter gjenspeiles i praktisk kompetanse som kan trenes opp. Man kan drilles i yrkesspesifikke metoder og praktiske ferdigheter som behøves for å utføre sitt fag (Skau, 2012). Eksempler på praktiske ferdigheter er sårstell for en sykepleier eller leddutslagstester for en fysioterapeut. Kunnskapen som gir praktisk kompetanse er metodisk og praktisk.

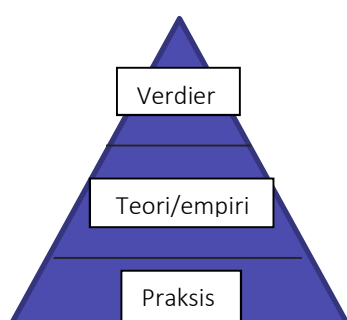
Personlig kompetanse handler om hvem vi er overfor oss selv, rollen vi har i møte med andre og hvordan vi lar oss påvirke i relasjoner (Skau, 2012). Personlig kompetanse innebærer å handle til det beste for den andre gjennom å benytte seg av sin samlede kunnskap, personlige egenskaper, holdninger, verdier og ferdigheter. På denne måten blir alltid personlig kompetanse unik. Utviklingen av personlig kompetanse kan således ikke skilles fra personlig utvikling. Det er derfor vanskelig å definere personlig kompetanse selv om man vanskelig kommer utenom denne som en del av enhver fagutøvers kjernekompetanse.

Kompetanse er viktig når man skal være profesjonell. Profesjonell kan brukes på flere måter, men her forstås profesjonell som en betegnelse på at det man leverer har høy kvalitet. Mange oppfatter det å være profesjonell som en motpol til det å være personlig. Dette synet har vokst frem gjennom utviklingen i helsesektoren med økt fokus på teknologi, effektivitet og vitenskap (Skau, 2012). Hun hevder at det i arbeidet med

mennesker aldri kan bli en motsetning mellom det å være personlig og det å være profesjonell. For uten tilstedeværelse i relasjonen blir enhver intervensjon meningsløs. Alle relasjoner er unike. Grensene for hva som er for privat, og hva som blir for upersonlig, vil variere fra relasjon til relasjon. Det kan være like krenkende for et menneske at noen trækker over dine private grenser, enn det og ikke blir sett som et helt menneske Skau (2012).

Pedagogene Handal og Lauvås har forsøkt å forklare sammenhengen mellom elementer i en fagsutøvers yrkesfaglige praksis. I møte med andre mennesker tar man med seg all kunnskap, alle erfaringer og verdier. Dette definerer Lauvås og Handal som en personlig og praktisk yrkestheori (PYT) (Lauvås og Handal, 2014).

Figur. 2 PYT (Lauvås og Handal, 2014).



En persons PYT er ikke systematisk og strukturert, men i store deler taus, full av motsetninger og mangler. PYT utvikles gjennom hele livet og dette gjør at både verdier og kunnskap kan endres. Det viser seg imidlertid at verdier er mer motstandsdyktige mot endring enn teoretisk og empirisk kunnskap. Det å forsøke å forstå sin egen praksisteori, det vil si hvilke verdier, erfaringer og kunnskaper vi besitter, kan gi oss innsikt i hvorfor vi tar de beslutninger vi gjør i yrkessammenheng. På denne måten kan man styrke sin yrkesidentitet (Lauvås og Handal, 2014).

3 Metode

3.1 Studiens design

Hensikten med denne masterstudien er å utvikle kunnskap om hva i booppfølging, som bidrar til at beboere med ROP- lidelser klarer å bli boende i egen bolig over tid. Dette gjøres gjennom å beskrive og utforske arbeidsmetodene til et booppfølgingsteam. Masterstudien har derfor et beskrivende og utforskende design (Malterud, 2003).

3.2 Organisering av studien

Denne studien har vært en del av et større forskningsprosjekt, gjennomført ved Senter for psykisk helse og rus (SFPR) ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN), på oppdrag fra Velferdsetaten i en stor norsk by (Sælør, 2015). I starten av prosjektet ble det utarbeidet en projektskisse, og godkjenning i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste ble gitt 10.03.2016 (Vedlegg 1). Det ble kort tid etter registrert nødvendig endringsmelding for dette masterstudiet. Prosjektet er finansiert av oppdragsgiver. Prosjektansvarlig har vært dekan Heidi Kapstad og Bengt Karlsson. Førsteamanuensis Knut Tore Sælør har vært prosjektleder og studien er gjennomført i samarbeid med dosent Ellen Andvig og masterstudentene Målfrid Kippenes og Kaja Ostling.

Fokusgruppeintervjuene som denne studien bygger på, ble gjennomført i perioden juni til november 2016. Analyse av data ble gjennomført i jan-mars 2017.

3.3 Utvalg, inklusjon og rekruttering

Utvalgsstrategien og utvalget vil ha betydning for hvilke data som samles inn og for overførbarhet av funnene (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne studien var utvalget forhåndsbestemt og de rekrutterende henvendelser ble gjort av ledelsen til teamet. Utvalget er alle deltagerne i Booppfølgingsteamet, i alt 4 personer. Det eneste inklusjonskriteriet er derfor at informantene må arbeide i teamet. Det foreligger ingen

andre inklusjon- eller eksklusjonskriterier. Deltagerne er 2 kvinner og 2 menn. En kvinne og en mann er i 30 årene, de andre to er i 40- og 50 årene. Alle har ulike profesjoner og ulik formell kompetanse. To har mastergrad innen helse- og sosialfag, en er psykiatrisk sykepleier og en har yrkesfaglig bakgrunn med videreutdanning innen rusfeltet. Alle har vært tidligere ansatte på det samme lavterskel botilbudet.

3.4 Vitenskapelig forankring og tilnærming

3.4.1 Hva er kunnskap?

Vitenskapsteori er opptatt av hva sikker viten er og hvordan vi får tak i denne (Bondevik & Bostad, 2003). Evidensbasert kunnskap er blitt et ord vi gjerne bruker synonymt med sikker kunnskap, et bevis for at en behandling eller en type oppfølging er virksom (Marthinsen & Tjelflaat, 2005). Mye av evidensgrunnlaget er imidlertid fremskaffet gjennom kvantitativ forskning (Bøe & Thomassen, 2017). Men erfaringer, opplevelser og fenomener fra fagfeltene psykisk helse og rus lar seg vanskelig kvantifisere. Det er derfor spesielt viktig at man forsker på fagfeltet gjennom kvalitative metoder for å skape ny kunnskap som forener forskningens systematikk med menneskers erfaringer og opplevelser (Bøe & Thomassen, 2017). I kvalitativ forskning søker man nettopp å finne viten gjennom å beskrive og tolke erfaringer og opplevelser (Malterud, 2003, Thagaard, 2013).

3.4.2 Hermeneutikk

Jeg har i denne studien hatt til hensikt å undersøke og beskrive arbeidsmetoder i booppfølgingsarbeid, nærmere bestemt teamets praktiske utførelse og deres verdimessige og faglige grunnlag for utførelsen. Alle fortolkninger av beskrivelsene til informantene kommer frem gjennom bruk av hermeneutisk metode. Metodebegrepet her er omdiskutert, men i henhold til Bondevik og Bogstad vil hermeneutisk metode bety hvordan man går frem for å oppnå forståelse av meningsfulle fenomener, for eksempel tekst (Bondevik & Bostad, 2003). I en hermeneutisk tilnærming legges det til grunn at det ikke finnes egentlig sannhet, men at vår oppfattelse alltid vil preges av vår tolkning.

Mening kan bare forstås i lys av sammenhengen vi ser den i. Forforståelse er et sentralt begrep innenfor hermeneutikken og består av alt det som definerer vår oppfatning av verden som for eksempel: språket vårt, trosretning, kultur, personlighet og sosiale koder (Thagaard, 2013). Et annet sentralt begrep er forståelseshorisont. Med det menes summen av alle forhåndsoppfatninger inkludert forforståelsen: normer, verdier, oppfatninger, holdninger, kunnskaper, erfaringer og forestillinger. I følge Hans-Georg Gadamer er det i hermeneutikken forutsatt at vi tar med oss forforståelse inn i enhver fortolkningssituasjon (Gadamer, 1999). Etter hvert som jeg erfarer noe nytt, for eksempel leser et transkribert intervju, vil forståelsen av teksten være med på å endre både min forforståelse og min forståelseshorisont. Bondevik og Bogstad referer til dette som en kontinuerlig prosess, en hermeneutisk spiral, der vi hele tiden forstår og erfarer nye ting i lys av det vi forstår og erfarer (Bondevik & Bostad, 2003). Vår forforståelse er alltid med oss, bevisst og ubevisst og vi kan aldri være nøytrale eller objektive i møte med nye inntrykk (Bondevik, Bostad, 2003). Det er likevel en viktig utfordring å vite hva som er ens grunnleggende tro (Anderssen, 1999) og å tilstrebe å være seg bevisst sin egen forforståelse (Aadland, 2004).

Det er viktig å være bevisst på at forskeren alltid vil påvirke forskningsprosessen og dens resultater (Malterud, 2003). I fortolkningsprosessen i denne studien vil det være fokus på å bevare sammenhengen mellom det informanten har sagt og fortolkningen, og målet for prosessen er å forstå helheten i størst mulig grad (Thagaard, 2013). Her er hermeneutisk metode brukt i fortolkning av tekst, gjennom alle ledd av den latente delen av den tematiske innholdsanalysen. Jeg har forsøkt å være bevisst på min forforståelse som fagutøver over lang tid i oppfølgingsarbeid med mennesker med psykiske lidelser. Inn i forskerrollen tar jeg med meg teoretiske kunnskaper, praktiske ferdigheter, mine egenskaper og mine erfaringer fra rollen som pasient, pårørende, fagutøver, kollega og leder. Faren er at jeg tillegger teamets deltagere egne holdninger, meninger og synspunkter, eller at jeg tolker viktighet av utsagn basert på min egen opplevelse av hva som er viktig. Jeg har også brukt hermeneutisk tilnærming i datainnsamlingen. I utgangspunktet hadde jeg planlagt å ha spesielt fokus på ulike temaer knyttet til brukermedvirkning. Mitt fokus var preget av min forforståelse. I møte med teamet endret jeg meg, min forforståelse og min forståelseshorisont. Jeg bestemte meg for å la være å

ha et bestemt fokus, og heller lytte og se hva som oppsto i mellom gruppedeltagerne. Slik endret jeg eget utgangspunkt for det analytiske arbeidet.

3.5 Dataskapingsprosess

3.5.1 Datainnsamling gjennom flerstegs-fokusgruppeintervjuer

Flerstegs-fokusgruppeintervju karakteriseres av at samme gruppe mennesker undersøker temaer gjennom flere møter. Metoden kan beskrives som dialog mellom gruppedeltagerne, hvor målet er kunnskapsutvikling ved å undersøke erfaringer, synspunkter og refleksjoner sammen (Hummelvoll, 2008). Å samle inn data gjennom flertrinns-fokusgruppeintervju egner seg godt til å undersøke personers meninger, erfaringer og holdninger, og metoden egner seg derfor godt til denne studien. I en gruppediskusjon blir deltagerne utfordret til spontant å sette ord på enighet og uenighet, og nye meninger og holdninger kan bli konstruert sammen i gruppen (Halkier 2010). Det at deltagerne møtes flere ganger i intervjusituasjon, gjør at det utvikles en gruppefølelse. Dette kan bidra til en aksepterende holdning som er sentralt for å kunne uttrykke seg fritt. Det er også en fordel at temaene diskuteres som en prosess som gir mer rom for utdyping og nyanser, enn hvis det kun diskuteres på et intervju (Hummelvoll, 2008).

Den som leder fokusgruppeintervjuet kalles moderator. En moderators oppgave er å introdusere medlemmene for hverandre, tema for diskusjonen og presisere at både enighet og uenighet er ønsket i intervjuene. Slik skapes rammene for det sosiale samspillet i gruppen. Moderatoren styrer dialogen i forhold til tema og tidsskjema, og passer på at alle deltagerne kommer til ordet, men deltar ikke selv direkte i diskusjonen (Halkier 2010). Den andre forskeren har rollen som observatør. Observatørens rolle er å gjøre notater over viktige observasjoner både i forhold til tematikk og gruppedynamikk, og å være med og oppsummere underveis (Hummelvoll, 2008).

3.5.2 Gjennomføring av flerstegs-fokusgruppeintervju

Dataene ble samlet inn gjennom tre flerstegs-fokusgruppeintervjuer. Intervjuene ble gjennomført av mastergradsstudent Målfrid Kippenes som moderator og Ellen Andvig fra HSN som observatør. Intervjuene varte mellom 1,5 til 2 timer. Vi gjennomførte samtlige intervjuer i lokalene til Booppfølgingsteamet på tidspunkter som var avtalt direkte mellom forskerne og teamet. Det var fulltallig deltagelse på alle intervjuene. Teamdeltagerne kjente hverandre godt fra før, og stemningen under intervjuene bar preg av lett, humoristisk, og trygg kommunikasjon. Vi ble møtt med interesse og positivitet, og forsøkte å bidra til å trygge samtalerne med å være vennlige og nysgjerrige. Vi oppfordret spesielt til å dele synspunkter også når det var uenighet i gruppa.

Intervjuguiden til første intervju ble utarbeidet på bakgrunn av forskningsspørsmålene. Til intervju to og tre ble guidene utarbeidet på bakgrunn av datamateriale og den tentative analysen av foregående intervju. Prosessen i intervjuene var mer førende enn spørsmålene som var utarbeidet på forhånd. Intervjuguide for alle intervjuene er vedlagt (Vedlegg 1).

Intervjuene startet med at moderator presenterte temaer, og så styrte deltagerne selv samtalerne. Underveis i intervjuene gjorde særlig observatør sammenfatninger av temaer, og gav dette tilbake til deltagerne, for at de kunne korrigere forståelsen og eventuelt presisere viktige poenger. Dette er i henhold til metoden og bidro til at informantene fikk være med å styre utviklingen i prosessen (Hummelvoll, 2008). Moderator eller observatør styrte intervjuene i liten grad, men i starten og flere ganger i løpet av intervjuene, ble alle deltagerne invitert til å si noe om et tema på rundgang. Denne sirkulære spørreformen er effektiv hvis noen av deltagerne dominerer og noen er lite aktive (Hummelvoll, 2008). Dette var tilfellet i alle intervjuene. De som var lite aktive, ble også oppfordret til å uttale seg oftere enn de andre. Gruppedynamikken ble observert og diskutert av forskerne i ettertid.

Etter hvert av de to første intervjuene ble det utarbeidet en tentativ analyse som ble presentert for gruppa i påfølgende intervju. Hensikten med dette var å gi deltakerne mulighet til å sikre at forsker og student hadde forstått hva som var blitt sagt og at

tolkningene ble oppfattet som gyldige for hva de hadde forsøkt å formidle. På den måten fikk gruppedeltagerne også anledning til å delta med kreativ tenkning og bidra til utforming av forskningsprosessen gjennom å påvirke fokuseringen i prosessen (Hummelvoll, 2008). En slik deltagelse kan også bidra til å utjevne maktposisjoner mellom forskerne og deltagerne, og man får lettere tak i deltagernes oppfatninger og erfaringer (Hummelvoll, 2008).

Det ble gjort lydopptak av intervjuene og alle intervjuene ble transkribert, to av Målfrid Kippenes og det siste av en ekstern ansatt hos HSN.

3.5.3 Analyse av data

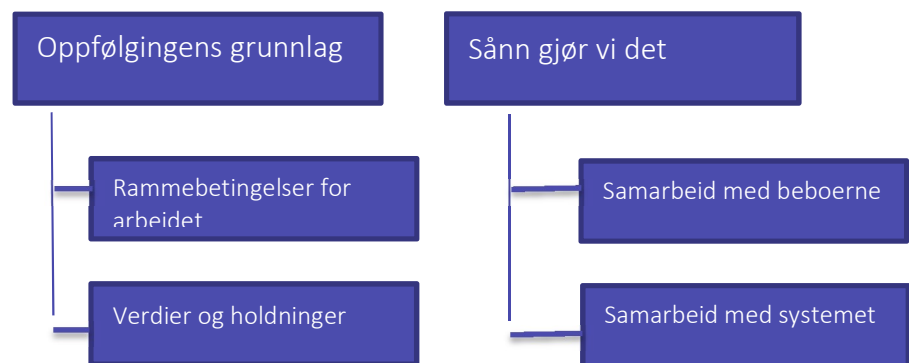
Tekstanalysen av transkripsjonene er gjort med utgangspunkt i Graneheim og Lundman (2003) sin fremgangsmåte på tematisk innholdsanalyse. Dette innebærer å identifisere, analysere og formidle mønstre i datamaterialet. Fokus i den tematiske innholdsanalysen har vært å identifisere likheter og forskjeller i tekstmaterialet. Analysen har tatt utgangspunkt i teksten fra de transkriberte intervjuene som helhet og har ikke hatt fokus på spesifikke temaer.

Fordi jeg selv hadde gjort intervjuene og transkribert 2 av lydopptakene hadde jeg et klart inntrykk av innholdet før jeg startet på tekstanalysen. Teksten ble så lest flere ganger for at jeg skulle danne meg et enda tydeligere inntrykk av helheten. Notater fra helhetsinntrykket ble notert ned. Så ble meningsbærende enheter identifisert i tekstmaterialet. Graneheim og Lundman (2003) beskriver meningsbærende enheter som en sammenstilling av ord som relaterer til samme mening. Enhetene ble fortløpende satt inn i en tabell (Tabell 1). Deretter ble teksten i de meningsbærende enhetene sammenfattet tekstnært. Denne delen av innholdet kalles for det manifeste. Så startet kondenseringen av teksten og prosessen gikk over til fortolkning, ved å bearbeide det latente innholdet. Det innebærer at forskeren sammenfatter en tolkning av meningen i teksten. I denne prosessen løftes tolkningen opp på et høyere abstraksjonsnivå. Abstraksjonen av tolkning og beskrivelser fortsatte og ble så kodet. Koder er fellesbetegnelse på alle meningsbærende enheter med lignende meningsinnhold. Koder

med tilsvarende innhold ble til slutt satt sammen til subkategorier og kategorier. Kategorisering er, ifølge metodens forfattere, kjernen i analysen (Graneheim og Lundman, 2003).

Den ferdige analysen inneholder 2 kategorier med 2 subkategorier til hver kategori.

Figur 3. Kategorier og subkategorier



I denne tabellen presenteres eksempler fra analysetabellen.

Tabell 1: Analysetabell

Menings-bærende enhet	Manifest sammenfatning	Latent Sammenfatning	Kode	Subkategori	Kategori
<p>Kvinne 2: Roma ble ikke bygget på en dag, vet du. Man må gå noen runder.</p> <p>Mann 1: Det spiller ingen rolle om det er 20 eller 50 eller 90 eller sånn der.</p> <p>Kvinne 1: Nei, for en gang lykkes det.</p>	Man må gå mange runder før det lykkes for noen.	For at en beboer skal få til en positiv endring i livet sitt, må man stå sammen med dem over lang tid.	Tålmodighet	Verdier og holdninger	Oppfølgingens grunnlag
<p>Hun har et viktig møte på NAV på fredag. Også vil hun at vi ringer henne klokken elleve, ellers kan vi risikere å stå i badekåpa liksom når vi kommer kvart på tolv. Og det er ikke det at hun ikke vil dit, men hun klarer ikke å..</p> <p>Mann 1: Hun klarer å glemme ting som er viktigst.</p> <p>Kvinne 1: Så det er sånne småting da, for oss, som kan hjelpe de da.</p>	I dag hjalp vi en beboer med en liten ting for oss, men for beboer hadde det stor betydning.	Vi støtter opp rundt beboernes praktiske utfordringer, selv om de kan virke små for oss.	Støtte	Samarbeid med beboerne	Sånn gjør de det

Funnene fra analysen presenteres i kapittel 4.

3.6 Forskningsetikk

Studien er meldt til og godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Dette ble gjort av Knut Tore Sælør. Deltakerne ble informert om studiens bakgrunn og hensikt i skriftlig informasjonsmateriale og gjennom muntlig informasjon, både fra teamets ledelse og fra forskerne. Det ble redegjort for hva deltagelse innebar, at deltakelse var frivillig og at deltagerne kunne trekke seg på ethvert tidspunkt og be om at deres opplysninger ble slettet. Dette ble gjentatt før gjennomføring av intervjuene. Det ble innhentet skriftlig samtykke til deltagelse fra samtlige deltakere. Informasjonsskriv og samtykkeskjema er vedlagt (Vedlegg 5).

Alle data har blitt behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at forskerne har og har hatt taushetsplikt i forhold til innsamlede opplysninger. Informasjonen som har blitt lagret, har kun vært brukt slik det er gjengitt i infoskrivet til deltagerne. Alle opplysningene har blitt behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i det ferdige skriftlige materialet. Lydopptakene ble slettet etter transkribering og datamaterialet slettes i sin helhet når prosjektet er ferdig, ved utgangen av juni 2017.

4 Presentasjon av funn

4.1 Helhetsinntrykk

Overordnet handler fokusgruppeintervjuene om beskrivelser og refleksjoner omkring hva teamet opplever som sitt grunnlag for arbeidet og hvordan de gjør arbeidet i praksis. Funnene i studien omhandler teamets innstilling, holdninger og tanker bak oppfølgingsarbeidet. Tid, tilgjengelighet, tillit og fleksibilitet er viktige funn som rammer rundt teamets praktiske arbeidsmåter. Funn omkring teamets samarbeid med beboerne tyder på at hver enkelt beboer får skreddersydd oppfølging, tilpasset sine behov. Disse behovene kommer frem når relasjonen er «trygg». Å skape tillit er et sentralt funn for å fremme beboernes stemme og for å jobbe mot selvstendighet. Funnene fra fokusgruppeintervjuene presenteres strukturert på samme måte som temaene fra analysen. Funnene er delt inn i 2 kategorier med to subkategorier.

4.2 Oppfølgingens grunnlag

4.2.1 Rammebetingelser for oppfølgingen

Tid, fleksibilitet og tilgjengelighet

Teamets mandat er å trygge overgangen fra institusjon til egen bolig. Teamet er opptatt av å skape gode relasjoner og et godt samarbeid med beboerne. De forteller at det krever målrettet tillitsskapende arbeid. De forteller at de anser tid, fleksibilitet og tilgjengelighet som viktige rammebetingelser for å skape tillit. *«Jeg tror suksessfaktoren vår er at vi er så tett på. At vi har tid. At vi får til å gi omsorg ofte.»*

«Det er den fleksibiliteten som vi viser, som andre ikke har tid til. Når de ringer, så kan vi ni av ti ganger møte dem ganske raskt, og det er det ikke mange som kan. Det tror jeg skaper tillit.»

De forteller at det noen ganger blir hektisk. *«Problemet dukker opp hvis det kommer to branner på en gang. Da bruker vi telefonen og sier - Sorry, nå kommer jeg en halv time for seint. Det har jo noe med respekt å gjøre i forhold til andre.»*

Organisering av tjenestene

Teamet forteller at de selv har myndighet til å påvirke både varigheten av og innholdet i tjenestene de yter. *«Vi skriver våre egne vedtak. Vi bestemmer om vi skal videreføre eller avslutte det.»* De fremstiller dette som et gode. De ser alle viktigheten av å være et ambulerende team som arbeider opp mot denne målgruppa. *«Det å ha uteteam, å være veldig nær, og ha det fokuset. Det er viktig».* En av deltagerne forteller om frykt for at denne målgruppen med tiden vil bli henvist til poliklinikker for oppfølging. Dette har han ingen tro på.

Tverrfaglig samarbeid innad i teamet

Gruppa uttrykker at de samarbeider godt, primært i de små teamene, to og to, men at de også bruker hverandres kompetanse alle fire, ved behov. Det øker bredden i tilnærmingen til beboerne: *«Jeg kan gå vekk, og (kollegaen min) kan ta litt, og slik kan vi gå litt ut og inn av det. Også har hun kanskje andre innfallsvinkler».* Det bidrar også til faglig utvikling: *«Vi kan sparre litt og diskutere videre. Og ikke bli sittende fast».* De evaluerer og planlegger i bilen mellom besøkene. En i teamet uttrykker at han synes ulikhetene innad i teamet er et gode:

«Men jeg tror vi hadde blitt gjerne av å sitte å prate om...sitte her inne i alle disse møtene, for å finne ut av om vi har samme struktur, om vi tenker likt. Jeg tror det er viktig at vi er ulike, det er ikke noen tvil om at vi er det.»

Når vi spør om hvordan de løser oppgavene, svarer de at akkurat som de er forskjellige, så løser de også oppgavene forskjellig. *«Joda, men man er jo forskjellige som personer, uansett. Og man er jo seg selv i jobben. Man er jo som man er».*

Frihet til å forme egen arbeidsdag

Innad i teamet deler de sine følelsesinntrykk, støtter og bekrefter hverandre. De oppgir at fleksibiliteten, mulighet til å bestemme over egen arbeidsdag, muligheten til å hente seg inn igjen, er viktig. De oppgir å ha stor frihetsgrad og stor mulighet til å utøve skjønn. Vurdering i forhold til arbeidsoppgaver er det teamet selv som bestemmer. De forteller at de opplever arbeidshverdagen som håndterbar, og at de gangene de kjenner på at

arbeidet er tungt, er det i forbindelse med nedstemthet og frustrasjon hos beboerne. De beskriver at de trives med at det er forholdsvis forutsigbare og håndterbare situasjoner, og at arbeidsmengden er passe stor. De har alle tidligere erfaringer med å jobbe i tøffere miljø med mer konfronterende arbeidsoppgaver. Temaet forteller om at de sjelden opplever utagering og trusler, men at når det skjer, så opplever de det ikke som truende. *«Det ikke noe som er retta mot deg. Det er systemet stort sett de er sinte på. Og vi har jo ikke fått noen direkte trusler mot oss».*

Anerkjennelse smitter

De snakker om viktigheten av å ha ledelse som ser hva de gjør, og som er interessert i teamets arbeidsoppgaver og beboere, utover å måle effekt og ressursbruk. De går langt i å si at det motsatte kan føre til at de ikke kan klare å utføre jobben sin uten å ha vesentlig belastning på grunn av stress. *«Det holder med et ord eller et smil eller en anerkjennelse på at dette går jo helt veien.»* Det kommer frem at anerkjennelsen de mottar, muliggjør at de kan gi anerkjennelse videre til beboerne og at trivsel og anerkjennelse er smittsomt. *«Jeg tror det er det vi smitter videre på de vi jobber med. At vi trives har en overførbarhet.»* Det virker som at teamet opplever at de har myndighet til å forme deres egen arbeidshverdag, og de gir denne myndigheten videre gjennom støtte, håp, respekt og varme, slik at beboerne kan oppleve å ha myndighet og mulighet til å utforme sine liv.

4.2.2 Verdier og holdninger

Gjennom alle tre intervjuene kommer det frem en tydelig felles verdiforankring, som ligger til grunn for arbeidet som utføres. Teamets respekt for beboerne går igjen som en rød tråd. De trekker frem at respekt er en verdi som de har med seg fra tiden på NN (sitt forrige arbeidssted). *«Gjensidig respekt. Møter du de med respekt, så kan du forvente respekt tilbake.»* Gjennom hvordan de ansatte ser på beboerne, kommer også verdien likeverdighet tydelig frem: *«Vi ser på dem som mennesker, som vanlige mennesker, som deg og meg. Ikke som en gruppe syke, narkomane, dårlige. Vi ser på dem som medmennesker, rett og slett.»* *«Vi stigmatiserer dem ikke. Vi prater med dem og ikke til dem».* Nærhet er en annen verdi som kommer frem. Gruppa forteller at de bryr seg om

beboerne. *«Altså jeg bryr meg, eller så hadde jeg ikke jobbet med det jeg gjør. Jeg bryr meg om de menneskene jeg jobber med. Jeg er ikke her for å tjene penger, men fordi jeg ønsker å hjelpe».* *«Jeg tror det er viktig at man har empati, at man er glad i mennesker».* En av teamets deltagere er imidlertid mer restriktiv med ordbruken og forsikrer at vedkommende beholder en profesjonell avstand.

Tålmodighet

Tålmodighet i møte med beboerne trekkes frem som viktig, da mange beboere har gjentatte tilbakefall til rus. *«Vi kan jo liksom ikke bare si at dette har du sagt før. Men det er bare å være der.»* *«Man må gå noen runder. Det spiller ingen rolle om det er 20 eller 50.»* Tålmodighet er også viktig i forhold til at beboerne ikke alltid klarer å følge opp avtaler som gjøres. *«Vi gir oss ikke så lett da. Vi ringer, tar de ikke telefonen, så prøver vi å møte opp på døra. Vi går skrittet lengre. Vi prøver mye mer før vi gir oss da».*

Håp

Håp er et begrep som teamet ikke benytter når de beskriver arbeidet sitt. En av teamets deltagere oppgir at han forbinder ordet håp med religiøsitet. De andre i teamet virker heller ikke komfortable med å knytte dette ordet til sin praksis. Når vi undersøker deres forhold til håp, beskriver de likevel sin praksis som gjennomgripende håpefull. Teamet beskriver dette gjennom å ha tro på menneskene de jobber med: *«Vi må ha tro på dem. Det tror jeg er kjempeviktig».* En annen uttrykte det slik: *«Må ha tro på dem. Har jobba med en klient i 7 år på NN (forrige arbeidssted) som i dag er gift og har 2 barn. Det funker, noen der ute får det til, da er det bare å ikke gi seg».* Endringsperspektivet i gruppa ser ut til å være at endring må komme innenfra beboeren selv. Ved å ta seg tid til å vente på at beboeren er klar til selv å ta tak, så kommer arbeidslysten utfra egen motivasjon.

Tillit

Teamdeltagerne forteller at å beholde tillit i relasjonene til beboerne prioriteres høyere enn alt annet. Teamet forteller generelt at de inntar en støttende, ikke dømmende og lite førende rolle. Også når beboere tar avgjørelser for eget liv som får negative konsekvenser. Teamet forteller at de i slike tilfeller problematiserer mulige konsekvenser, og kan av og til være tydelig på hva de ser og tenker. *«Vi setter jo spørsmålstegn rundt*

hvorfor de tar den avgjørelsen som de er i ferd med å ta. Og så kan vi jo snakke om det, men vi sier ikke at det der gjør du ikke». Når noen beboere tar valg som får negative konsekvenser, snakker teamets deltagere gjerne etterpå med beboeren om hvilke erfaringer dette fikk, men de inntar sjelden en irettesettende holdning.

«Det er tulle å bruke masse energi på å få noen til å ta et bestemt valg, hvis man merker at man ikke når inn. Da får heller folk stå i det noen dager, for å kjenne på konsekvensene. Også får vi plukke dem opp etterpå, uten å ha den «hva var det jeg sa» -holdningen».

Gjennom alle tre intervjuer markeres det av to av deltagerne at de tar avstand til faglige og teoretiske begreper. *«Når jeg skal møte en ny bruker som skal inn og motta booppfølging, så sitter jeg ikke og tenker at nå skal jeg bruke Empowerment». Noen uttalelser virker som indikasjoner på at det er en motsetning mellom faglige vurderinger og praktiske vurderinger. «Også ikke hele tiden gå å gjenspeile litteraturen eller kunnskapen du sitter på faglig. Men at man bruker seg selv som verktøykasse. Det tror jeg er viktig». Det er mange uttalelser som kan tyde på at faglige begreper er implisitt, men ikke i bruk i dagligtalen:*

«Jeg føler ikke at det er feil at dere tar i begrepet håp, men det blir som etikken, vi snakker ikke om etiske retningslinjer hver gang vi kommer på kontoret, men etikk er noe vi bare har i ryggen. Jeg kaller det pynteord jeg. Det ser fint ut i dokumenter og oppgaver og sånn, men det har jo ikke noe med den daglige relevansen å gjøre».

Teamet forteller at de blir glade når de opplever at beboere lykkes med sine prosjekter. Av erfaring har de lave forventninger til den andres bedringsprosess, og høster glede når små skritt tas: *«Jeg må si at for min del, så har jeg glede av å hjelpe andre. Å se at andre blir glade for den hjelpen du gir. At de setter pris på det.»* Andre ga uttrykk for at det å kunne bidra til endring, var en viktig motivasjon for eget arbeid: *«Jeg tror at trua på å ha lyst til å gjøre en endring, har holdt oss oppe.»*

«Jeg tror det at vi som har vokst opp på NN (forrige arbeidssted), vi trenger ikke de store fremskrittene, de store resultatene, for å allikevel trives på jobb. Vi trenger ikke å vise til de enorme ord, det trenger vi ikke. Vi trenger de små skrittene».

Denne samtalen er et eksempel på at glede utløses av beboernes små skritt:

«Mann 1: Og seinest i dag så fikk vi en kjempeoverraskelse, da hun ene som vi følger opp plutselig husket at hun skulle bli intervjuet i dag, og det var riktig dag.

Kvinne 1: Altså det er aldri riktig dag ellers,

Mann 1: Ja det er å gripe tak i de lyspunktene og heise dem opp. Og det er jo en glede å se. Ja, det skal ikke mer til. Ja dette her er en kjempebra dag. Flott start på ei uke. Så der har vi lagt lista.

Latter

De er også opptatt av at det er betydningsfullt for dem å få beboernes tillit: *«Det er deres hverdagsproblematikk. Og det er oss de henvender seg til. Og det er egentlig ganske stort».* Teamet forteller om hvordan de takler dager med egne negative følelser som frustrasjon, tomhet og oppgitthet. Noen ganger snur det i møte med en ny beboer:

«Og da ble vi møtt med en kaffekopp og en prat og positivitet, så kjenner jeg, «men, jøss, jeg var sliten for en halv time siden, hvorfor er jeg ikke det nå?» Det der synes jeg er litt rart. Det er litt sånn energi boost».

Å legge til rette for verdige boforhold

Teamet diskuterer at en bolig bør være et sted man kan trives og være trygg. Boligen de får tildelt er ikke alltid egnet eller gode nok, men teamet diskuterer at det er vanskelig å avgjøre på «systemnivå» hva som er godt nok, fordi det er så mye som er individuelt: *«Han bor i et veldig belasta strøk og det er bare kommunale boliger, men han stortrives der».*

«Noen synes det er trygt å bo i et belasta område for da slipper man å ha de kravene om at man skal være en vanlig mann som går på jobb. Mens noen trives med å bo i et borettslag for da glir man litt mer inn i samfunnet».

«Mann 1: Hun trives i leiligheten, men ikke i området.

Kvinne 1: Hun synes det er for langt unna byen.

Mann 1: Det er en fantastisk leilighet, men den er helt malplassert i forhold til hennes liv»

Gruppa reflekterer over om boligene er gode nok, sett med beboernes øyne, og hva de kan bidra med hvis det ikke er tilfellet. *«Vi jobber med å få noen flytta nå, bort fra det rusbelastede miljøet.»* Arbeidet handler også av og til om å realitetsorientere enkelte beboere på hva de kan forvente i forhold til boligstandard og beliggenhet. *«Det er en balansegang også, de kan jo ikke alltid få alt de ønsker seg», «Det er fort gjort å se alt som er feil, vi jobber med å belyse det positive.»*

På spørsmål om teamets refleksjoner over beboernes bostandard, svarer gruppa at de er vant til å tåle at folk har forskjellig standard. Det kommer an på øynene som ser hva som er godt nok. *«Noen ser søppel, noen ser gull og diamanter. Det er veldig forskjellig hva folk tenker er nødvendig for å trives.»* Teamet forteller at de kan foreslå endringer, men at de da er bevisste på å ha et ikke-dømmende, positivt og handlingsorientert fokus. *«Den senga er ikke verdig i det hele tatt. Men vi legger fokuset på handleturen. Nå skal vi ut å kjøpe ny overmadrass og nytt sengetøy» og vi selger det inn. Det blir positivt.»*

En av medlemmene beskriver at det er viktig med en fordomsfri holdning til verdighetsbegrepet:

«Man skal vokte seg vel for å gå inn i en bolig å holde seg for nesa og uttrykke sine meninger med en gang. Jeg tror ikke det er så viktig at jeg må si hva jeg mener om den leiligheten. Jeg kan ikke si at «her kan du umulig trives» det er kanskje noe av det verste du kan si til et

menneske. Hvis noen er tett eller det ikke er vann på badet eller strømmen er borte eller et eller annet sånn, så sier de jo ifra, også vi hjelper dem med det, og det øker jo trivselen».

4.3 Sånn gjør vi det

4.3.1 Samarbeid med beboerne

Å skape en tillitsfull relasjon

Teamet beskriver at tillit er avgjørende for å oppnå en allianse med beboerne. *«Det første vi gjør er ikke å sende dem til å ta oppvasken eller å vaske gulvene, men vi sjekker hvordan de har det. Om de har det bra. Det tror jeg skaper tillit.»* De ansatte trekker frem tanker om at det er tillitsskapende å være på samme side som beboerne, som en alliert samarbeidspartner *«Vi slåss på samme sida. Vi hjelper dem der de er, de får være som de er, og vi godtar det.»* Når tillit er etablert, virker målet med samarbeidet å være todelt: Å få tak i beboers behov og å fremme selvstendighet.

Å støtte beboerne på sin ferd

De forteller at de skreddersyr opplegg rundt den enkeltes ønsker og behov. De kommer ikke med ferdige løsninger. *«Det er de som styrer det.»* Teamet er ikke først og fremst opptatt av mål og planer: *«Vi legger ikke en plan på bordet første dagen vi møter dem og legger masse planer. Innen da skal du ha gjort det og det og det og».* «Brukerstemmen» og hjelpebehovet kommer frem når relasjonene er trygge, og situasjonen er preget av ro.

«Kvinne 2: De har jo ikke relasjoner i rusfritt miljø, så de synes det er kjempehyggelig at vi setter oss ned og tar en kopp kaffe og prater med dem. Mann 2: Og i den prosessen kommer det han trenger hjelp til da».

En annen i teamet sier det slik:

«En beboer sier rett ut at han vil at vi skal komme og besøke han fordi han er redd for å bli veldig ensom. Det er for selskap egentlig, men så dukker det jo stadig opp ting da, som bør tas tak i.»

Vi får inntrykk av at teamet opplever å ha innflytelse ved å «bare være». En av deltagerne beskriver at de sjelden har klare mål når de går inn i en samtale. De er åpne for det som kommer. Men de forsøker ikke å endre den andre, men blir med i den andres tempo.

*«Det er en kjempeprosess. Vi har fått ryddet ut masse, i hans tempo.
Når vi ser at han ikke er i form, så presser vi han ikke. Men da tar vi
heller en kaffe sammen den dagen, også prater vi litt. Og neste gang,
DA skjer det noe.»*

Der teamet likevel vurderer at det hadde vært hensiktsmessig med en endring som beboer ikke tar initiativ til, beskriver en at de «.. sår et frø, også lar vi det gro litt, da beholder de muligheten til å ta valg selv».

Å hjelpe til med de «små ting»

Det virker å være bred enighet om at en av hovedoppgavene deres er å hjelpe beboerne med «små ting», ofte av praktisk karakter. «Et møte, en telefon (..) Det får så store konsekvenser hvis vi hjelper til med slikt. Det er småting for oss. Men stort for dem.» Et eksempel på en slik liten ting er å ordne seg pass:

*«Mann 2: For oss er det å bestille time, møte opp og bestille pass, for
dem er det 14 dagers jobbing.*

Kvinne 2: Syv år tok det hun ene.

*Kvinne 1: Det hun var mest engstelig for var jo passbilde. Hun liker ikke
å se seg selv på bilde da, men det gikk veldig fint.*

Mann 1: Hun fikk se bilde av meg (latter).

Mann 2: Da tenkte hun, det blir ikke verre enn det (mer latter).

Mann 1: Da var det greit. Det gjelder å bruke seg selv».

Å bruke seg selv og vise seg som feilbarlig, er et av arbeidsverktøyene som beskrives gjentakende i intervjuene. Samtalen om passet er et eksempel på det. En uttaler: «Vi viser at vi gjør feil. Og vi er åpne på det og kan le litt av det. Vi normaliserer på en måte feil da, det er lov å gjøre feil.»

Å jobbe mot selvstendighet

Teamet fremhever at de har et underliggende mål om at oppfølgingen skal gjøre beboerne selvstendige. Dette gjør de ansatte ved å gjøre ting sammen med beboerne, ikke for dem. *«Vi prøver å støtte de i det de vil oppnå. Vi skal ikke sy puter under armene på beboerne, og gjøre ting for dem. Det er deres liv og deres oppgaver».* De presiserer at det er nødvendig med progresjon i forhold til enkelte praktiske ting:

«Men akkurat den praktiske biten, der bør vi ha en progresjon på det man skal klare selv. Vi må ikke gjøre oss uerstattelige. Vi skal jo ikke være her resten av ditt liv og ordne medisiner og sånn, men i den overgangsfasen som er sårbar nå, så kan vi hjelpe deg. Og så må vi slippe litt.»

Å avslutte

Gruppen har i liten grad avsluttet relasjoner med de beboerne de har hatt kontakt med over tid. De reflekterer rundt hvordan det skal gå med beboerne, når de skal trekke seg ut. *«De har jo brutte relasjoner hele gjengen, så vi blir jo de nærmeste på en måte.»*

«Det er vanskelig. At det ikke blir for nært, så det blir kjempe vanskelig avslutte. Det er en grense der. Vi skal hjelpe dem til å bli selvstendig. Og det gjør vi. Men vi blir allikevel glad i, vel glad i er kanskje et veldig sterkt begrep».

Det er bred enighet om at alle som mottar oppfølging er ensomme i større eller mindre grad. Avslutning av oppfølgingen blir også i denne sammenheng tatt opp. *«Jeg tror i hvert fall at det må finnes en løsning på den ensomheten, så de ikke er så ensomme når vi reiser derfra. At ikke statusen er den samme som det var da vi fikk bestillingen».*

De bekymrer seg kollektivt for hvordan det skal gå med beboerne, når de er ferdige med oppfølgingen:

«Hva gjør man med mennesker som er så ensomme da? Så sier vi at nå er vi ferdig. Men vi kan ikke ha 250 i teamet heller. Vi må prøve å bestille noen tjenester av bydel som vi vet kan videreføres hos klient. Og skape tillit til dem».

4.3.2 Samarbeid med tjeneste- og behandlerapparatet

De ansatte i Booppfølgingsteamet er opptatt av å bistå beboerne med å få tilgang på helse- og sosialtjenester. I den forbindelse hjelper de dem helt konkret med timebestilling, påminnelser og transport, når det er nødvendig. I noen tilfeller har beboerne store nettverk av hjelpere, som det kan være krevende å beholde oversikten i.

«Det har med framgangen å gjøre. Noen er bedre enn andre til å følge opp avtaler og da er det jo greit, men noen av dem har jo veldig mye å holde styr på. Jeg hadde jo blitt svimmel selv, jeg».

De ansatte i teamet forteller at de samarbeider med en rekke aktører rundt beboerne, blant annet saksbehandlere i NAV, ansatte på MAR, fastleger, psykologer og hjemmesykepleiere. De deltar også i ansvarsgruppemøter rundt enkelte beboerne. I forbindelse med det å bistå beboere med å bytte bolig på grunn av dårlige boforhold, understreker teamet viktigheten av et bredt samarbeid for samlet å fremme saken overfor Boligbygg: *«..da bruker vi de gode hjelperne vi har rundt oss i systemet».*

De ansatte kommer også med mange eksempler på erfaringer om at systemene ikke er til det gode for beboerne. Det gjelder både holdninger og kontinuitet i tjenestene. De reagerer på at det stadig er nye fagutøvere i beboernes liv: *«Det er mye nye folk rundt dem hele tiden. Ja de flyttes rundt på institusjoner ofte i mange år, også bytter de behandler på sosialkontoret hele tiden. Også føler de at de må komme med sin livshistorie hver gang».*

En i teamet uttaler at han mener at det er liten grad av samhandling mellom Nav og boligkontoret. Og at dette i ett tilfelle har bidratt til at en beboer mistet boligen:

«Hvorfor folk mister boligen? Det har noe å gjøre med kommunikasjonen internt i bydel NAV systemet, at det er ikke gode informasjonsflytkanaler. Og beboer tapte på at de to instansene ikke kommuniserte seg imellom - før vi prøvde, og utfordret boligoppfølgeren til å ta kontakt med NAV og motsatt. Men da var det for sent».

De reagerer alle på holdninger hos enkelte samarbeidspartnere:

«Mann 1: Du ser jo hvordan enkelte behandlere velger å snakke med mennesker som har avbrutt en behandling på avrusning for eksempel. Kjempestygt. De har kun fokus på det negative. Hva var det som gikk galt? Hva er det som får deg til det?»

I noen tilfeller opplever teamet at det også mangler riktig kompetanse:

«Vi har jo kollegaer rundt i systemet som ikke kan jobbe med denne gruppa i det hele tatt. Det er jeg helt ærlig på. Vi har uegna mennesker rundt oss». «Så er det mye redsel. Det er mange unge nyutdanna folk som ikke kan gå inn i den jobben vi har. De er redde, livredde. Hvis man møter de folkene med redsel. Hvilke signaler sender du ut da?»

De presiserer at selv om de enkelte ganger står på «barrikadene» for beboerne, så går de sjelden på akkord med systemet eller er illojale mot kollegaer i andre etater.

«Kvinne 1: Noen ganger føler jeg at beboerne tror at vi kan være med.. da ordner alt seg liksom.. Systemet er jo sånn det er.

Kvinne 2: Vi kan jo påvirke en del da. Det må jeg jo si.

Kvinne 1: Ja da.

Kvinne 2: Vi er med å bekrefte dem på en måte.

Kvinne 1: Så vi blir liksom et mellomledd da, på en måte. Så de får litt forståelse for hverandre.»

Samarbeid med beboernes private nettverk

De ansatte forteller at de skaffer seg oversikt over beboernes private nettverk, og trekker inn ressurspersoner i enkelte tilfeller. De tematiserer at de ikke opplever at alle i nettverket til beboerne er ressurspersoner, og at det kan være best å fokusere på relasjonen til den de driver oppfølging med.

«Når vi kommer på hjemmebesøk så vil vi helst at det kun skal være den personen der, fordi det er ting vi har lyst til å kunne snakke åpent om uten at det er andre til stede. Det har med taushetsplikt å gjøre. Vi vet ikke alltid hva slags relasjon det er heller».

De trekker også fram at beboernes ensomhet er mer fremtredende enn ressurssterke private nettverk.

Teamet prøver å introdusere beboerne til aktiviteter og rutiner i nærmiljøet, basert på ønskene til beboerne. «Vi var med i starten og gikk en tur til byen og skulle vise hvordan man kommer seg hjem. At hun var trygg på veien ned liksom». Teamet støtter opp og bidrar gjerne til nettverksbygging, hvis beboerne ønsker det.

5 Diskusjon

5.1 Innledning

Hensikten med denne studien har vært å utvikle kunnskap om hva som bidrar til at beboerne som mottar tjenester fra Booppfølgingsteamet, klarer å bli boende i egen bolig over tid, sett fra teamets perspektiv. Analysen av de ansattes erfaringer peker på to hovedkategorier: 1. Selve fagutøvelsen. 2. Grunnlaget denne utføres på. Teamets organisering, verdisyn og praktiske utførelse harmonerer i stor grad med helsepolitiske føringer for booppfølging i alt arbeid, og med recoveryorientert arbeid, selv om recovery ikke er tematisert i intervjuene eller i teamets grunnlagsdokumenter.

I dette kapittelet diskuteres noen av studiens mest betydningsfulle funn opp mot teori på hva som er betydningsfullt i oppfølging av personer med ROP-lidelser.

5.2 Betydningen av relasjon

En god samarbeidsrelasjon er en forutsetning for god oppfølging (Jensen & Ulleberg 2011; Sommer, Strand, Borg & Ness, 2013). Et av studiens mest sentrale funn er hvordan teamets relasjonsarbeid med beboerne er god hjelp i seg selv og bidrar til å kunne yte god hjelp. Funnene tyder videre på at relasjonen mellom beboer og teamet er basert på verdier som respekt, tillit og tro på individets rett til selvbestemmelse. Slike verdier hos personalet er ansett som viktige forutsetninger for recoveryorienterte tjenester (Chen, Krupa, Lysaght, McCay & Piat, 2013; Biong & Soggiu, 2015). Verdiene til de ansatte blir praktisert blant annet ved at de støtter beboerne i å ta valg i eget liv og således gjør det mulig for dem å ta makten over eget liv. Selv om beboerne og teamets deltagere er likeverdige, betyr ikke det at de er likestilte, da de har ulike roller (Skau 2012). Makt er tilstede i alle relasjoner mellom mennesker. Det vil alltid ligge implisitt i en hjelperrolle at man har mer makt enn den som eier problemet. Det er viktig at fagutøveren har et bevisst forhold til denne makten og tar ansvaret som medfølger (Ørstavik, 2008). Personer med ROP-lidelser har, som alle andre, behov for å ha kontroll over viktige forhold i eget liv og mulighet til å ta egne valg (Helsedirektoratet, 2014).

En forutsetning for recoveryprosesser er at det skapes relasjoner basert på tillit, og å anerkjenne hva brukerne synes er vanskelig og hva som er hjelpsomt (Edland-Gryt & Skatvedt, 2012). Teamet skreddersyr tjenestene rundt beboernes egendefinerte behov og forsøker å støtte beboernes egne prosjekter. Tillit i relasjonen bidrar til at det også er rom for å utfordre beboerne. Selv når beboerne tar avgjørelser som de ansatte ikke synes er gode, så forblir de støttende og ikke fordømmende. Et kjennetegn på fagutøvere som arbeider recoveryorientert, er at de har mot til å håndtere de ulike og komplekse endringsprosessene som brukerne har. De evner å delta med sin ekspertise i et samarbeid med brukerne.

Det er mange eksempler på at denne målgruppen har tidligere erfaringer med tilbud som er fragmenterte og begrensede. Mange har også opplevd å bli møtt på en nedverdiggende eller lite håpefull måte (eks: Edland-Gryt & Skatvedt, 2012; Evjen, Øiern & Kielland, 2012; Lie & Nesvåg, 2006; Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2006; Sælør, Ness & Semb, 2015). Ekeland (2014) reiser kritiske spørsmål om hvorvidt måten tjenesteapparatets krav til dokumentasjon og standardiserte tilnærminger kan bidra til at fagutøvere vanskelig kan se tjenestemottager som likeverdige individer - fordi standardisering i seg selv kan virke objektiviserende (Ekeland, 2014). Kanskje fleksibiliteten og den helhetlige tilnærmingen som beskrives gjennom funnene i denne studien, representerer en kontrast til utviklingen Ekeland (2014) beskriver. Funnene i denne studien tyder på at Booppfølgingsteamet i stor grad lykkes i å utøve det som mange andre sliter med å omsette i praksis.

Det er mange dokumenterte historier hvor brukerne forteller om viktigheten av å føle at fagutøveren genuint bryr seg om dem, sågar at det oppstår kjærlighet og vennskap, og at dette har vært avgjørende for dem (Borg & Topor 2014, Lauveng 2006, Thune 2004). I en gjennomgang av 6 lands forskjellig retningslinjer fra 2011, kommer det frem at det er viktig å se brukerne som noe mer enn brukere av tjenester. Fagutøveren må tilstrebe å se at disse personene har ressurser og evner (Le Boutilliere et al, 2014). Borg og Kristiansen (2004) beskriver hvordan dette øker likeverdigheten i relasjonen (Borg et al 2004). De finner at i noen tilfeller vil det at relasjonen mellom brukerne og fagutøverne ligner vennskap, motiverer begge parter til å strekke seg lenger i forhold til hverandre. På

denne måten vil det også være rom for uenighet og til og med konflikter (Borg og Kristiansen, 2004).

Seikkula og Trimble (2005) trekker frem at det i dialogen mellom fagutøver og bruker oppstår følelser som kan ligne på nettopp kjærlighet, og at denne kjærligheten er helende for mennesker. Booppfølgingsteamet forteller om varme, nære menneskemøter og bekrefter at det oppstår ekthet og nærhet i relasjonene. Når vi forsøker å utforske temaet, er det tydelige forskjeller i gruppa. En bruker formuleringen «jeg er glad i», mens andre er opptatte av å bekrefte at de beholder en profesjonell avstand. Å være profesjonell er det motsatte av å være amatør (Borg & Topor, 2014). Når da ordet amatør stammer fra ordet kjærlighet, må da det å være profesjonell knyttes til det å holde avstand? Skjervheim (1976) er opptatt av at det finnes to grunnholdninger til mennesket, den desengasjerte og den interesserte. Den desengasjerte profesjonaliteten har vært høyere rangert enn den engasjerte, historisk sett. Et ideal for den profesjonelle har vært å bevare en nøytralitet i forhold til pasienten. Faren for overinvolvering blir sett på som et mye større problem enn faren for likegyldighet (Skjervheim, 1976). Det er mange som mener det motsatte, nemlig at det er viktig for resultatet av behandling at fagutøver evner å være nær (Lauveng 2006, Thune 2004, Seikkula og Trimble 2005).

Funnene i denne studien tyder på at de ansatte gir mye av seg selv og ofte strekker seg lenger enn det som er forventningene til beboerne. Borg og Kristiansen trekker frem at gode hjelpere gjør små ting som regnes som på kanten av «profesjonell oppførsel» (Borg & Kristiansen, 2004). Eksempler på dette kan være å låne bort litt penger eller kjøpe en pakke røyk til noen. Å oppleve at du får spesiell behandling kan gi en opplevelse av at du er spesiell og dette har vist seg å kunne være viktig for den enkeltes recovery (Denhov & Topor, 2012; Andvig, 2016, Borg & Topor, 2014). I studien kommer teamets små eksempler på særbehandling spesielt tydelig frem i kontrasten deres tjenester utgjør, i forhold til andre tjenester beboerne mottar. En fortolkning av dette kan være at det for andre fagutøvere ikke er vanlig å strekke seg langt overfor denne målgruppa. Teamets væremåte kan imidlertid styrke beboernes opplevelse av likeverd og likhet, samtidig som det utfordrer profesjonelle standarder om å holde avstand og ha en terapeutisk nøytralitet (Borg & Topor, 2014, Karlsson, Borg, Revheim & Jonassen, 2016).

5.3 Betydningen av rause rammebetingelser

Studiens funn tyder på at stor grad av tilgjengelighet, fleksibilitet og tid er viktig for samarbeidet med beboerne og at dette øker tjenestenes grad av kontinuitet og muliggjør trygge relasjoner. Dette sammenfaller med annen forskning som er gjort på samme målgruppe (Edland-Gryt & Skatvedt, 2012, Ness, Borg & Davidson, 2014, Sælør, Ness & Semb, 2015). Sentrale veiledere og retningslinjer innenfor psykisk helse- og rusfeltet har også konkludert med det samme. (Helsedirektoratet, 2012, Helsedirektoratet, 2014, Meld st. 25, 1997). Men det er mange eksempler på at praksis i andre deler av helse og sosialtjenesten «henger etter» (Karlsson, 2016). Helsevesenet i Norge har fremdeles fokus på måling og økonomistyring, og rause rammebetingelser er kostbart i et rent økonomisk perspektiv. Ekeland (2014) trekker frem at den empiriske kunnskapen, her representert ved viktigheten av å bruke tid og å være tilstede der det trengs, taper terreng i forhold til standardisert hjelp, fordi denne bedre kan måles. I dette perspektivet er helsehjelp en vare som skal gå i økonomisk balanse (Ekeland, 2014). Dette inntrykket støttes av et av studiens funn som er teamets negative erfaringer med andre tjenestesteder som har mindre rause rammebetingelser. Teamet beskriver at de har observert tjenester med strukturelle begrensninger som går ut over beboerne, og holdninger hos fagutøvere som ikke er hensiktsmessige for å oppnå tillitsfulle relasjoner. Teamet spekulerer selv på om det er en sammenheng mellom det å ha for mange å følge opp, og det å beholde gode holdninger overfor de man skal yte tjenester til.

Målgruppa som beboerne utgjør i denne studien, er i behov av langvarige, integrerte og sammenhengende tjenester. Dette er godt dokumentert (eks: Evjen, Øiern & Kielland, 2012; Helsedirektoratet, 2012). Kanskje de rause rammebetingelsene er nødvendige for å kunne yte et godt nok tilbud til målgruppa. Beboerne beskriver i prosjektrapporten at tjenestene de mottar fra Booppfølgingsteamet, står i positiv kontrast til mye av den hjelpen de har fått tilbud om tidligere (Sælør, Kippenes & Andvig, 2017). Funnene i denne studien tyder på at de ansatte mener at de rause rammebetingelsene i oppfølgingen bidrar til at beboerne mestrer å bo og bli boende over tid.

Et av funnene i studien tyder på at anerkjennelse de får fra sin ledelse, gir gode tjenester. Teamet opplever at de gis frihet til å utøve sine arbeidsoppgaver og at de høster

anerkjennelse for jobben de gjør. De virker ikke å trenge mye bekreftelse, men de opplever at de får tilstrekkelig forståelse og rom til å ta faglige avgjørelser. Det kan virke som at ledelsen praktiserer indre anerkjennelse i relasjonene med de ansatte. Teamet opplever seg som sett og hørt og at ledelsen ser deres perspektiver og verdsetter deres måte å løse arbeidsoppgavene på. Teamet beskriver at de har erfart å arbeide uten en slik anerkjennelse, og at det i lengden ikke ville fungert. De virker oppriktig beriket av relasjonen de har til ledelsen. Det virker også som om det er den samme berikelsen de trekker frem når de beskriver sin glede over sitt arbeid med beboerne. Det er rimelig å anta at de viderefører den indre anerkjennelsen de opplever i relasjon til ledelsen, til relasjonene med beboerne.

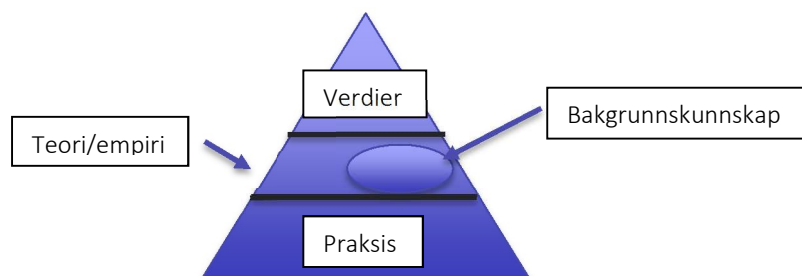
Samarbeidet mellom fagutøver og beboer påvirkes i stor grad av valg av organisasjonsform. Også fagutøverens muligheter til å benytte sin kompetanse i møtet med bruker påvirkes av dette og har konsekvenser for profesjonell utvikling og trivsel. Brukersentrerte tilbud fordrer at forholdet mellom fagutøver og bruker endrer seg fra mer tradisjonelle organiserte former, og endring i dette forholdet fordrer ny organisering (Henriksen & Ulvestad, 2007). I dagens helse-Norge er det fokus på både mer brukerstyrte tjenester og mer målstyring. Dette kan virke sprikende. Politiske føringer og plandokumenter som promoterer mer brukerstyring, er langt foran de fleste praksiser (Karlsson & Borg, 2013). Oppfølgningsteamet gjør sitt arbeid der beboerne befinner seg - i eget hjem og i deres nærmiljø. Oppsøkende virksomhet overfor denne målgruppa er ofte komplisert fordi personer med ROP-lidelser kan være vanskelig å nå. Helsedirektoratet mener at oppsøkende virksomhet bidrar til at brukerne kan ivareta daglige aktiviteter, og samtidig synliggjøre sine ressurser og tjenestebehov. Slik virksomhet bør ligge til ambulerende team som opererer på brukernes arena (Helsedirektoratet, 2014). Et av funnene i studien er teamets opplevelse av at dette er den beste måten å arbeide på overfor denne målgruppen. De er bekymret for om den helsepolitiske utviklingen med økt målstyring vil føre til at det de kaller «uteteam», eller ambulerende team, erstattes av polikliniske tilbud.

5.4 Betydningen av personlig kompetanse

Et av funnene i studien tyder på at Booppfølgingsteamet har tro på at egen kompetanse er sentral for arbeidet de gjør, og at de gjør det som er nødvendig. Det er altså tydelig samsvar mellom det de yter og det de tror på. Det er imidlertid mange uttalelser som tyder på at teamets deltagere i sin praksis har en avstand til det de oppfatter som teori. Flere av teamets deltagere beskriver på ulike måter at de «legger vekk teorien og faget, og går ut og gjør jobben». Det virker dermed ikke som om de oppfatter at det er samsvar mellom teori og praksis. Det undersøkes ikke nærmere i intervjuene hva denne diskrepansen består i. Et av funnene i studien er den sterke verdimessige forankringen deltagere har i sitt arbeid. En måte å forstå diskrepansen på kan være at teamets opplevelse av egen praktisk yrkest teori, overveiende har et verdimessig grunnlag for praksis. Og følgende av dette er at det teoretiske grunnlaget reduseres til fordel for det verdimessige grunnlaget.

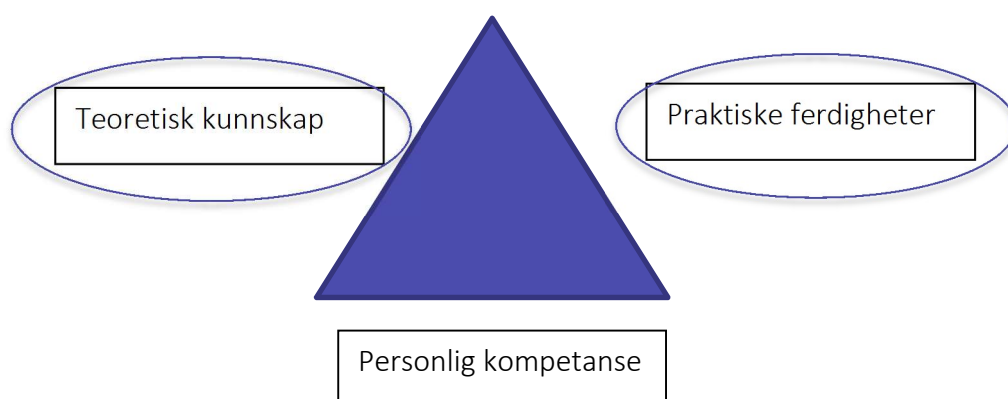
Summen av alt som inngår i en persons PYT er med på å avgjøre hvordan vi tolker virkeligheten og hvilke valg vi tar i praksis (Lauvås og Handal, 2014). Men PYT inneholder også kunnskap som er mer eller mindre skjult. Dette kan man betrakte som bakgrunnskunnskap. Booppfølgingsteamets teoretiske og erfaringsbaserte grunnlag kan i denne sammenheng tolkes til å være bakgrunnskunnskap, mer enn kunnskap som bevisst brukes som et verktøy i faglige vurderinger.

Figur 4. PYT med bakgrunnskunnskap



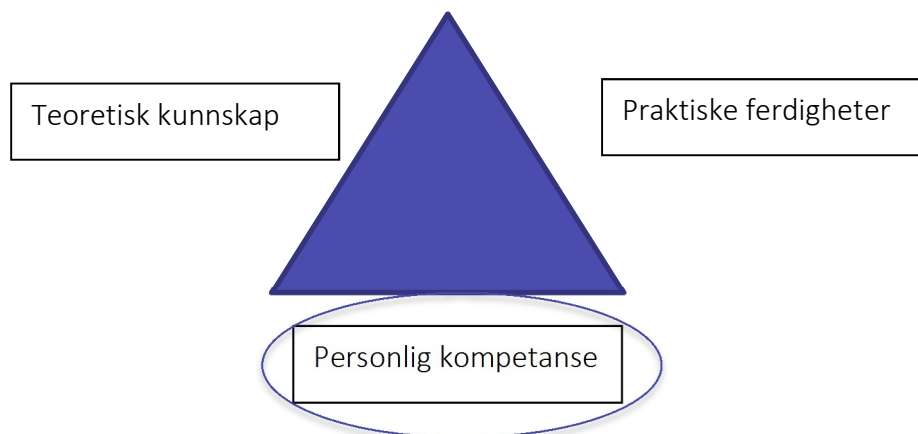
En annen mulig tolkning kan være at teamet opplever at de benytter en annen kompetanse enn det de observerer i praksis de samhandler med. Deres uttalelser som omhandler avstand til faget, kan handle om at de opplever en avstand til fagutøvelse som er basert på teoretisk og vitenskapelig kunnskap, og at denne føles fremmed i deres praktiske hverdag. Det vil si at når de beskriver at de «legger fra seg faget», så mener de at de legger fra seg et fag de ikke opplever at de representerer i sin fagutøvelse.

Figur 5. Kompetansetrekanten med vekt på teoretisk og praktisk kompetanse.



Forventninger til fagutøverens kompetanse i helsevesenet er fremdeles mange steder definert som kompetanse basert på teoretisk kunnskap, spesifikk erfaring eller yrkesferdigheter. Fagutøvere har først og fremst lært å stole på teori, på kunnskap som er evidensbasert, som er generaliserbar og som lar seg gjenfinne i foreskrevne metoder og manualer (Karlsson & Borg, 2013). Kompetanse basert på slik kunnskap praktiseres gjerne som ekspertise. Ved å benytte standardiserte kartleggingsverktøy og behandlingsmetoder basert på evidens, som primært fremkommer av generaliserbar, kvantitativ forskning, signaliserer vi som fagutøvere at vi har et forhåndsdefinert bilde av hva vi leter etter i brukernes historie, og at vi vet hva som hjelper (Karlsson & Borg, 2013). Flere av funnene i studien er at teamets deltagere praktiserer annen kompetanse i møte med beboerne.

Figur 5. Kompetansetrekanten med vekt på personlig kompetanse.



Teamet bruker seg selv med sine personlige egenskaper og møter beboerne som genuine mennesker. Andre studier understøtter at brukerne/pasientene opplever at fagutøvers egenskaper er svært viktige (Karlsson & Borg, 2013). Ydmykhet, sensitivitet, lydhørhet og ærlighet trekkes frem av brukere som viktige egenskaper hos en fagutøver (Karlsson & Borg, 2013). Funnene i denne studien viser at booppfølgingsteamets deltagere fyller sin fagutøvelse med personlig kompetanse. De anerkjenner menneskene i samarbeidet som hele mennesker og responderer på det de sier med genuin interesse. De evner å være så åpne og lydhøre at de kan følge den andres tempo og tematikk uten å dømme, kategorisere eller å styre. Dette sammenfaller med verdigrunnlaget i recoveryfeltet. Den gjensidige påvirkningen mellom fagutøver og beboer krever en åpenhet og en toleranse fordi man blir synlig som menneske, vel så mye som fagutøver. Det er altså avgjørende å ha holdninger som rommer helheten i menneskene man samarbeider med, være interessert i den andre, evne å vise dette og klare å åpne seg for andre slik i en slik grad at man er emosjonelt tilgjengelig (Schibby, 2012). Til dette trenger man empati, og evne til å se sin egen rolle i relasjonen, og i brukernes prosess (Bøe & Thomassen, 2017, Eide & Eide, 2014, Karlsson & Borg, 2013).

Deltagerne i teamet fremstår som trygge på seg selv og sin fagutøvelse. Å våge å vise seg usikker og til og med miste seg selv, er tillitsskapende (Karlsson & Borg, 2013). Viktigheten av å tørre å være seg selv og gjøre feil trekkes frem som et viktig funn i studien. Men for å stå i denne usikkerheten, man må ha en stor indre trygghet, spesielt i møte med

forventninger om at du som fagutøver nettopp skal ha kontroll (Seikkula & Trimble, 2005). For å utvikle denne kompetansen, er det viktig å åpne opp for egen forandring. Det følelsesmessige engasjementet man får, er svært verdifullt. Det å se en annen gjør at vi kan oppleve oss selv annerledes og bli bekreftet. Å anerkjenne og hjelpe en annen innebærer ofte å være med på endringsarbeid. Man legger da til grunn at brukerne skal endre noe ved seg selv eller i sine liv, fordi det eksisterende ikke fungerer, men vi må også være åpne for at det også kan skje endringer i oss selv. I studien kommer det frem at teamet sjelden har egne målsetninger for møtene med beboerne. De møter dem med raushet og tar utgangspunkt i hva beboerne selv ønsker der og da. For virkelig å kunne lytte til en annens fortelling, må man tone ned egne målsetninger, hensikter og intensjoner (Bøe & Thomassen, 2017). Å gi opp å ha til hensikt å forandre, er en forutsetning for forandring (Eide & Eide, 2014). Selv om dette er i tråd med helsepolitiske og faglige anbefalinger (Helsedirektoratet, 2014; Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2006), er det langt igjen til dette reflekteres i mange ordinære tilbud. Der er ofte fokus på målsetninger og fremdrift fremdeles sentralt (Karlsson, 2016). Men mye tyder på at Booppfølgingsteamet ivaretar de helsepolitiske anbefalingene.

5.5 Betydningen av sosioøkonomisk arbeid og samarbeid

Booppfølgingsteamets mandat er å bidra til å trygge brukernes overgang fra institusjon til egen bolig ved indirekte å stabilisere brukernes livssituasjon. Teamet hjelper beboerne med flytting og etablering i egen bolig og bidrar til etablering av samarbeid med andre deler av det offentlige hjelpeapparatet. På denne måten bidrar de ansatte til å stabilisere beboernes livssituasjon og dette kan bidra til økt livskvalitet.

Et av studiens viktige funn tyder på at teamet hjelper deltakerne med å ivareta sine rettigheter, og få tilgang på offentlige tjenester som de ikke klarer å få til selv. For å yte sammenhengende og koordinerte tjenester, er det sentralt med samarbeid fagutøvere imellom (Helsedirektoratet, 2014). Det er mange eksempler på at mennesker med ROP-lidelser ikke så lett får tilgang på helse- og sosialtjenester. Booppfølgingsteamets rolle i samarbeid med andre deler av hjelpeapparatet omtales som «døråpner» av beboerne (Sælør, Kippenes & Andvig 2017). Teamet forteller selv at de fungerer som en støtte i

møte med andre deler av behandlings- og hjelpeapparatet, og teamets deltagelse bidrar til at beboerne får større tilgang på nødvendige tjenester. Det viser seg at når fagutøvere gir støtte til personer som trenger sosioøkonomisk hjelp, kan det skape fornyet tillit til ulike instanser i systemet. Der det tidligere har vært mistillit, kan tillit på denne måten bli gjenopprettet (Edland-Gryt, & Skatvedt, 2012).

De ansatte har fokus på beboernes sosiale og økonomiske situasjon. Slike tjenester ser ut til å være en forutsetning for å etablere og opprettholde et hverdagsliv som alminnelige borgere (Meld. St. 30, 2011-2012, Helsedirektoratet, 2014). Veien inn i rusproblemer henger ofte sammen med sosioøkonomiske faktorer som manglende inntekt, utdanning og arbeid (Meld. St. 30, 2011-2012). Man kan derfor også se sosioøkonomisk arbeid som forebyggende for utvikling av enda mer omfattende helse- og rusproblemer.

Det er også funn i studien som omhandler teamets frustrasjon i møte med samarbeidspartnere som NAV og boligkontoret. Teamet peker på mange erfaringer med lite fruktbare møter med systemet, og mange opplevelser av feilvurderinger og kritikkverdige holdninger hos menneskene de samarbeider med. Eksempelene de tar frem, bidrar til å tydeliggjøre deres egen praksis som mer egnet i forhold til beboernes utfordringer.

5.6 Studiens styrker og svakheter

Dette er en kvalitativ studie som gir fyldige beskrivelser av erfaringene fra samarbeidet mellom beboere og Booppfølgingsteamet. Datamaterialet er omfattende og gir en bred, variert og nyansert fremstilling av samarbeidet, sett fra et ansattperspektiv. Antall deltakere kan isolert sett se begrenset ut, men utgjør alle de ansatte i teamet. De ansatte er invitert til å snakke om både suksesskriterier og utfordringer fra deres arbeid, men det kan være vanskelig å trekke frem selvkritiske vurderinger overfor sine kollegaer. Kanskje ville individuelle intervjuer gitt mulighet for et mer nyansert bilde.

Validiteten kan forstås som at man virkelig undersøker det man har til hensikt å undersøke, og at studien således er troverdig (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er flere

faktorer som avgjør hva som gjør denne studien troverdig. Kvalitativ forskning skal være transparent. I denne studien er det argumentert for studiens relevans, valg av problemstilling, beskrivelse av egen forforståelse, datainnsamlingsprosesser og analysemetode. Det er forsøkt å beholde kontakt med virkeligheten vi har forsket på gjennom å presentere tentative analyser for fokusgruppa før hvert intervju. Dette kan bidra til å gi forskerne merforståelse av informantenes virkelighetsoppfatning og det inviterer informantene til å være med på å forme retningen av forskningsprosessen (Hummelvoll, 2008). Dette bidrar til å styrke troverdigheten på denne studien. I presentasjonen av funn er det forsøkt å beholde kontakt med virkeligheten vi har forsket gjennom å gjengi relevante sitater i mellom den analytiske teksten (Tong, Sainsbury & Craig, 2007, Graneheim og Lundman, 2003).

I en studie hvor man har hermeneutikk som tilnærming i analysen, vil resultatene aldri kunne etterprøves med det samme resultatet. Det er i denne studien brukt Graneheim og Lundman (2003) sin systematiske trinnvise analyseprosess for å søke å styrke validiteten gjennom systematikk og dokumentert fremgangsmåte.

Kvalitativ metode søker ikke å skape generaliserbare resultater. Vi kan derimot diskutere overførbarhet av resultater (Malterud, 2003). En studies overførbarhet handler om hvorvidt studiens funn kan gjelde for andre kontekster og grupper. Overførbarheten styrkes når forsker redegjør for hele forskningsprosessen. Den transparente forskningen gjør at andre kan følge prosessen som fører frem til funnene.

5.7 Implikasjoner for praksis

I lys av funnene i denne studien kan fagutøvere vurdere sine profesjonelle holdninger og strategier i forhold til oppfølgingsarbeidet i sin praksis. Funnene understreker viktigheten av at fagutøvere møter personer med ROP-lidelser som genuine medmennesker med all sin kompetanse.

Studien viser at rause rammebetingelser styrker relasjonen mellom fagutøver og beboer, gir gode tjenester og gir fagutøvere mulighet til å gjøre faglig vurdering basert på bred

kompetanse. Rammebetingelser i et tjenestetilbud vedtas på politisk og administrativt nivå. Det kan derfor argumenteres for at implikasjonene til denne studien har vel så mye relevans for organiseringen av tjenester, enn for klinisk praksisutøvelse. Funnene i denne studien, sammen med andre studier med lignende resultater, kan således bidra til å utvikle rause ordinære tjenestetilbud til personer med ROP-lidelser.

5.8 Videre forskning

Vi vet etter hvert mye om hva som har betydning i booppfølging av mennesker med ROP-lidelser. Et av funnene i denne studien er at de rause rammebetingelser bidrar til å skape gode tjenester. Forskning kan gi verdifull kunnskap om hvor mye rammebetingelse har å si på kvaliteten av tjenestene, hvis det gjøres studier på booppfølging med ulike rammebetingelser. Det kan også behøves mer kunnskap om hvilken kompetanse det er behov for i oppfølgingsarbeid. Personer med ROP-lidelser har behov for mer enn bare god oppfølging. De har behov for trygge strukturelle rammer i sine liv for å kunne klare å bo. Temaer det behøves mer kunnskap om, er hvordan slike strukturelle rammer som fattigdom og boligsosialpolitikk påvirker tilbudet til målgruppa.

6 Oppsummering og konklusjon

Booppfølgingsteamets mandat er å bidra til å trygge beboernes overgang fra institusjon til egen bolig og å bidra til å øke deres sjanser for å bli boende. Studiens funn tyder på at mandatet gjennomføres på en god måte. Teamet bygger først tillitsfulle relasjoner til beboerne, slik at de får anledning til å få tak i hjelpebehovet. Så bygger de sine tjenester rundt beboernes behov, slik de er definert av beboer. Tjenestene preges av rause rammebetingelsene som sikrer tilgjengelighet, tid, og fleksibilitet. De ansatte byr på seg selv og bidrar som medmennesker, og ikke eksperter. Beboerne styrer sine liv, mens teamet forsøker å støtte opp om beboernes prosjekter. En del av tjenestene er praktisk hjelp til «små ting» som beboerne har vanskeligheter med å gjøre selv. Ledelsen anerkjenner teamets myndighet til å styre egen hverdag og dette godet gir de videre til beboerne. Gjennom å praktisere sine verdier på denne måten, lykkes de med å gi langvarige, integrerte og sammenhengende tjenester til en målgruppe som mange andre ikke når. Teamet demonstrerer betydningen av personlig kompetanse, spesielt i forhold til å vite hvem man selv er, hvordan man er i møte med andre og å åpne opp for det som skjer i det mellommenneskelige rom når man legger vekk mål og planer for endring. Dette innebærer å slippe kontrollen, og stå i usikkerhet og ha tillit til at det finnes helende krefter som oppstår i relasjonen. Å anerkjenne hele personen man jobber med uten å redusere denne til en størrelse i sin egen verden, gir mulighet for vekst og utvikling for både bruker og fagutøver.

Funnene i denne studien føyer seg inn i rekken av studier med sammenfallende funn. Vi vet nå mye om hvor viktig det er med rause rammebetingelser som styrker relasjonen og muligheten for fagutøvere til å gjøre faglige vurderinger basert på bred kompetanse. Dette er likevel ikke implementert i de fleste helsetjenester. Det vil alltid være begrensede ressurser som skal fordeles og uenighet om hvilken behandling som virker best. Tiden vil vise om samfunnet etter hvert vil anerkjenne at definisjonen av hva som er betydningsfullt i oppfølging kommer fra personene med ROP-lidelser -de som bærer smerten.

Referanser/litteraturliste

Anderssen, T. (1999). *Et samarbeid- noen kaller veiledning*. I Psykoterapiveiledning, red. Michael Rønnestad og Sidsel Reichelt. Oslo: TANO Aschehoug.

Andvig, E. (2016). Det å bli alminnelig og samarbeide om det hverdagslige. I: Karlsson, B. (red.) *Det går for sakte - i arbeidet med rus og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 151-166.

Askheim, O.P (2009). Brukermedvirkning- kun for verdig trengende? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 01/2009 s.52-58

Biong, S., & Soggiu, A. S. (2015). «Her tar de tingene i henda og gjør noe med det» - Om recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 12(1), 50-60.

Biong & Svensson, (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.

Bondevik, H & Bostad, I. (2003) *Tenkepauser, filosofi og vitenskapsteori*. Oslo: Akribe Forlag.

Borg, M. & Davidson, L. (2008). Recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health* 17(2), 129-141.

Borg, M, Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*. Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid NAPHA.

Rapport nr 4. Hentet fra: <http://www.napha.no/content/6702/Recovery>

Borg M. & Kristiansen K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in metal health services. *Journal of mental health*, oct 20014, 13 (5): 493-505.

Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

Bøe, T. D & Thomassen A. (2017): *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget

Chen, S.P. Krupa, T. Lysaght, R. McCay, E. & Piat, M. (2013). The development of recovery competencies for in-patient mental health providers working with people with serious mental illness. *Administration and Policy in Mental Health*, 40, 96-116.

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. *Psychiatric Rehabilitation*, 31(1), 23-31.

Denhov, A. & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users' perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(4), 417-424.

Edland-Gryt, M. & Skatvedt, A. (2012). Thresholds in a low-threshold setting: An Empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *International Journal of Drug Policy*, 24(3), 257-264.

Eide, H.& Eide, T. (2014) *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konflikthåndtering, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. Sibbern, T. Johannessen, T (2011) Empathic accuracy of nurses' immediate responses to fibromyalgiapatient's expressions of negative emotions: an evaluation using interaction analysis. *Journal of Advanced Nursing* 67(6), 1242–1253.

Ekeland, T.-J. (2014). Frå objekt til subjekt – og tilbake? - Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(3), 211-220.

Evjen, R., Øiern, T., & Kielland, K. B. (2012). *Dobbelt opp: Om psykiske lidelser og Rusmisbruk* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Gadamer, Hans-Georg. (1999). *Forståelsens historisitet som det hermeneutiske problem. I Hermeneutikk. En antologi om forståelse*. red. Guhldal J. & Møller. M. København: Dansk Gyldendal.

Gonzalez, M. T. & Andvig, E. (2015a). The lived experience of getting and having a home of one's own: A meta-synthesis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(11), 905-18.

Gonzalez, M. T. & Andvig, E. (2015b). Experiences of Tenants with Serious Mental Illness Regarding Housing Support and Contextual Issues: A Meta-Synthesis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(12), 971-988.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2003) Qualitative content Analysis in nursing Research: consensus, procedures and measures to Archive trustworthiness. *Nurse Education Today* (2004) 24, 105-112.

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og Oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommunen og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet, (2011) *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Kap 5 individuell plan og koordinator. §16 pasientens og brukerens rettigheter.

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*
Prop. 15S. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*
Hentet: 12.5.2015 fra: www.lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30

Helsetilsynet (2016) *Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse Oppsummering av Rapport fra Helsetilsynet 3/2016* Funnet 05.05 2017 på:
https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport_3_2016.pdf

Henriksen, A.K. & Ulvestad, A.K. (2007). Der alle tenker likt – tenker ingen: Om bruk av Kvalitetsindikatorer i psykisk helsearbeid. I A.K. Ulvestad, A.K. Henriksen, A.G.Tuseth & T. Fjelstad (Red.). *Klienten – den glemte terapeut: Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. (s. 349 367). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, J.K. (2008). The multistage focus group interview: A relevant and fruitful method in action research based on a co-operative inquiry perspective. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 1, 3-5.

Jensen, P. & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Karlsson, B (2016). (red.) *Det går for sakte - i arbeidet med rus og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Karlsson, B., Borg, M., Revheim, T. & Jonassen, R. (2016). To see each other more like human beings ... from both sides. Patients and therapists going to a study course together. *International Practice Development Journal*. 6(2).

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014). «*Bolig for velferd*», Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020).

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Introduktion til at håndværk* (2. utg.). København: Hans Reitzel.

Lauvås G. & Handal, P. (2014) *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Lauveng, A. (2006) *Unyttig som en rose*. Oslo: Cappelen

Le Boutilliere, C. Slade, M. Lawrence V. Bird, V J, Chandler, R. Farkas, M. Harding, J. Larsen, L. Oades, G. Roberts, G. Shepherd, G. Thorneicroft, G. Williams, J. Leamy, M. (2014) Competing priorities: staff prespective on supporting recovery. *Administration and Policy in Mental Health*, 42, 429-438

Lie, T. & Nesvåg, S. (2006). *Evaluering av rusreformen* (B. 2006/227). Stavanger: IRIS, International Research Institute of Stavanger.

Løgstrup, K.L. & Engen B. (2000) *Den etiske fordring*. Oslo: Cappelen

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Marthinsen, E & Tjelflaat, T (2005) *Evidensbasert forskning og praksis – en introduksjon til diskusjon*. Hentet 05.05.17 fra <http://www.forebygging.no/Kronikker/2007-2005/En-introduksjon-til-diskusjonen-om-evidensbasert-forskning-og-praksis/>

McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing. Theory and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Melding til Stortinget nr 30 (2011-2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, alkohol narkotika-doping*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Melding til Stortinget nr 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Melding til stortinget nr 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted- til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2006). *Integrert behandling: av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ness, O. Borg, M. & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(3), 107-117.

NOU (2011:15) *Rom for alle. En sosial boligpolitikk for framtiden*. Kommunal- og Regionaldepartementet.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 05.05.2017, fra: www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63

Rambøll Management Consulting (2010). *Kunnskapsoversikt over forskning om Vanskeligstilte på boligmarkedet 2004 – 2010*. Husbanken. www.husbanken.no

Schibby, A.-L.L. (2012). *Relasjoner: et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Seikkula, J. & Trimble, D. (2005): Healing elements of Therapeutic conversation: Dialogue as an Embodiment of Love. *Family process*, Vol 44 nr 4, 2005 s 461-475.

Skau, G (2012) *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skjervheim, H. (1976). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug forlag.

Slade, M. (2015) *100 råd som fremmer recovery – En veiledning for psykisk helsepersonell*. Rapport nr 1/2015. Hentet 05.05.17 fra: [www.napha.no/recovery_pavirkning/systematisk kunnskapssammenstilling](http://www.napha.no/recovery_pavirkning/systematisk_kunnskapssammenstilling). Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid NAPHA. Rapport nr 4. Hentet fra: www.napha.no/content/6702/Recovery

Sommer, M. Strand, M. Borg, M. Ness, O. (2013). Medvandrer og hverdagshjelper. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 1/2013 s.36-45

Sosial- og helsedepartementet (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*: St.prp. nr. 63 (1997-98). Oslo: Sosial- og Helsedepartementet.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Oslo: Sosial-Og helsedirektoratet. Hentet 05.05.17 fra [www.ahus.no/omoss_/avdelinger_/lillestrom distriktpsikiatriske-senter-lillestrom dps_/omoss_/Documents/Veileder%20%20Psykisk%20helsearbeid%20for%20voksne%20i%20kommunene.pdf](http://www.ahus.no/omoss_/avdelinger_/lillestrom_distriktpsikiatriske-senter-lillestrom_dps_/omoss_/Documents/Veileder%20%20Psykisk%20helsearbeid%20for%20voksne%20i%20kommunene.pdf)

Sælør, K.T (2015) *Prosjektbeskrivelse for forskningsbasert evaluering av prosjekt «Booppfølging»*. Oslo velferdsetat (VEL).

Sælør, K. T., Ness, O., & Semb, R. (2015). Taking the plunge: Service users' experiences Of hope within the mental health and substance use services. *Scandinavian Psychologist*, 2(e9).

Sælør, K-T. Kippenes, M. & Andvig, E. (2017) *Oppsummeringsrapport fra «Evaluering av Booppfølgingsteamet i Velferdsetaten i Oslo kommune»* Forskningsrapport 2. Hentet 05.05.17 fra: <https://www.usn.no/getfile.php/13460931/usn.no/filer/forskning/Hva%20forsker%20vi%20p%C3%A5/Helse%20og%20velferd/Psykisk%20helse%20og%20rus/Forskningsrapport%20nr%202%202017.pdf>

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Oslo: Fagbokforlaget

Thune, M. (2004). *Jeg har en drøm*. Lanser Forlag

Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-Item Checklist for Interviews and Focus Groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19, 349-357.

Ulfrstad, L.M. (2011). *Velferd og bolig. Om boligsosialt (sam-)arbeid*. Oslo: Kommuneforlaget.

Ørstavik, S (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 02/2008. s.111- 119.

Aadland, E. (2004). *Den truverdige leiaren*. Oslo: Silage

Aakerholt, A. Veia, V. Tønnesen, B.L. (2016). *Hjelp til å bo*. Oslo: Gyldendal akademisk

Figurer og tabeller

Figur 1. Kompetansetrekanten	s.20
Figur 2. PYT	s.22
Figur 3. Kategorier og subkategorier	s.29
Figur 4. PYT med bakgrunnskunnskap	s.50
Figur 5. Kompetansetrekanten med vekt på teoretisk og praktisk kompetanse	s. 51
Figur 5. Kompetansetrekanten med vekt på personlig kompetanse	s. 52
Tabell 1. Analysetabellen	s.30

Vedlegg

Vedlegg 1 Godkjenning NSD	s. 68
Vedlegg 2 Intervjuguider 1-3	s. 71
Vedlegg 3 Informasjonsskriv og samtykkeskjema.	s. 74

Vedlegg 1 – Godkjenning NSD.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Knut Tore Sælør

Institutt for sykepleievitenskap Høgskolen i Sørøst-Norge

Grønland 58

3045 DRAMMEN

Vår dato: 10.03.2016

Vår ref: 47174 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.02.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

47174	<i>Forskningsbasert evaluering av prosjekt "Booppfølginsteam" i Oslo Velferdsetat</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Knut Tore Sælør</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, 31.12.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

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@sv.uit.no



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 47174

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget (beboere) informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er greit utformet, men dato for forventet prosjektslutt 31.12.16 skal tilføyes informasjonsskrivet.

REKRUTTERING

I følge meldeskjemaet og prosjektbeskrivelsen skal rekruttering av utvalget skje via ansatte i VEK. Deretter skal de som ønsker å delta i studien gi beskjed til ansatte i VEK som deretter videreformidler informasjon til forsker. Personvernombudet forutsetter at dere tar hensyn til konfidensialitet og at forespørselen rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltagelse ivaretas. Vi minner om at frivillighet kan være problematisk når en rekrutterer gjennom eget nettverk hvis det er et avhengighetsforhold mellom den som rekrutterer og informant.

SENSITIVE OPPLYSNINGER

Basert på opplysninger i meldeskjemaet og prosjektbeskrivelse tar vi høyde for at vil kunne komme frem opplysninger om at informantene har vært mistenkt, siktet eller dømt for strafferettslige forhold eller helserelaterte opplysninger om informantene. Vi har derfor endret dette punktet i meldeskjemaet til at det kan behandles sensitive opplysninger.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at dere behandler alle data og personopplysninger i tråd med Høgskolen i Sørøst-Norge sine retningslinjer for innsamling og videre behandling av forskningsdata og personopplysninger. Ettersom det skal behandles sensitive personopplysninger, er det viktig at dere krypterer opplysningene tilstrekkelig.

PROSJEKSLUTT OG ANONYMISERING

I meldeskjemaet har dere informert om at forventet prosjektslutt er 31.12.2018. Ifølge meldeskjemaet skal dere da anonymisere innsamlede opplysninger. Anonymisering innebærer at dere bearbeider datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjør dere ved å slette direkte personopplysninger, slette eller omskrive indirekte personopplysninger og slette digitale lydopptak.

MASTERPROSJEKT

I følge meldeskjemaet skal to masterstudenter melde egne prosjekter. Vi ber om at prosjektnummeret for dette prosjektet (47174) oppgis i de nye meldingene.

From: Belinda Helle [<mailto:belinda.helle@nsd.no>]

Sent: 4. mai 2016 14:10

To: Knut Tore Sælør <Knut.Tore.Salor@hbv.no>

Subject: Prosjektnr: 47174. Forskningsbasert evaluering av prosjekt Booppfølginsteam i Oslo Velferdsetat

Hei,

Viser til endringsskjema registrert 03.05.16.

Vi har nå registrert at utvalget utvides til å inkludere ansatte som skal delta i fokusgruppeintervjuer. Denne delen av datainnsamling skal gjennomføres av medforsker Ellen Andvig og masterstudent Målfrid Kippenes. Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltagelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet har ingen merknader til endringen.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt, og personvernombudets tilbakemeldinger. Vi vil ta ny kontakt ved prosjektslutt.

Vennlig hilsen,

--

Belinda Gloppen Helle

Rådgiver/Adviser

Tel: +47 55 58 28 74

nsd.no | twitter.com/NSDdata

Vedlegg 2 – Intervjuguider 1-3

Fokusgruppeintervju 1

Fokusgruppeintervjuene vil legge opp til samtale om følgende tema:

Ansattes erfaringer med å arbeide i prosjektet og deres refleksjoner om:

- Hvordan bo-oppfølgingen er organisert?
- Beskrivelser av hvordan teamet konkret jobber med deltakerne og om botreningen som tilbys
- Ivaretagelse av deltakernes valgmuligheter, brukermedvirkning og selvbestemmelse
- Opplever dere at folk synes det å ta egne avgjørelser i forhold til bolig og livssituasjon, er et gode, noe de selv ønsker?
- Er det mulig innenfor rammebetingelsene å la beboerne ta egne avgjørelser når det gjelder oppfølging og bosituasjon?
- Har dere erfart å stå ved siden av når en beboer tar avgjørelser som får skadelige konsekvenser for dem? Hvordan opplevde du det?
- Refleksjoner rundt hva er godt nok når det gjelder bosituasjon. Hva er verdighet i dette perspektivet?
- Teamets fokus på rusfrihet eller arbeid med skadereduksjon
- Hvordan teamet samarbeider med hverandre og med deltakerne
- Samhandling /samarbeid med andre instanser i forhold til beboerens ønsker og uttrykte behov

Intervjuguide til fokusgruppeintervju 2

Refleksjoner og diskusjon rundt oppsummering av forrige intervju.

Ansattes erfaringer og refleksjoner om:

- Avslutninger. Hvilke erfaringer har dere så langt? (At dere er blitt deres nære, og at hjelpebehovet ikke nødvendigvis har endret seg).
- Samhandling /samarbeid med nettverket til beboerene. I hvilken grad brukes nettverk som ressurser dere kan trekke inn?

Det virker som om dere ikke utvikler «slitasje».

- Hva er et godt arbeidsmiljø for deg?
- Hvis det oppstår en vanskelig situasjon som skaper frustrasjon i deg, hva gjør du da?

Ting vi ikke fikk spurt om forrige gang.

- Refleksjoner rundt hva er godt nok når det gjelder bosituasjon. Hva er verdighet i dette perspektivet?
- Har dere erfart å stå ved siden av når en beboer tar avgjørelser som får skadelige konsekvenser for dem? Hvordan opplevde du det?

Intervjuguide til fokusgruppeintervju 3

Refleksjoner og diskusjon rundt oppsummering av forrige intervju.

Ansattes erfaringer og refleksjoner om:

- Samhandling /samarbeid med nettverket til beboerne. I hvilken grad brukes nettverk som ressurser dere kan trekke inn?
- Hvis det oppstår en vanskelig situasjon som skaper frustrasjon i deg, hva gjør du da?
- Refleksjoner rundt hva er godt nok når det gjelder bosituasjon. Hva er verdighet i dette perspektivet?
- Har dere erfart å stå ved siden av når en beboer tar avgjørelser som får skadelige konsekvenser for dem? Hvordan opplevde du det?
- Mer indre drivkraft?
- Å bli berørt
- Annerkjennelse

Vedlegg 3 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I EVALUERINGSFORSKNING AV BOOPPFØLGINGSTEAMETS ARBEID, OSLO VEL - ANSATTE

DEL A

BAKGRUNN OG HENSIKT

Denne forespørselen gjelder deltagelse i evalueringen av Booppfølgingsteamets arbeid i Oslo Vel.

Vi vil med dette brevet spørre deg om du vil delta i to fokusgruppeintervjuer sammen med andre ansatte i Boppfølgingsteamet. Hensikten med evalueringen er å undersøke dine/deres erfaringer med teamets oppfølgingsarbeid for personer med rus- og /eller psykiske helseproblemer som har flyttet ut i egen bolig. Fokusgruppen vil møtes to ganger, en gang i juni 2016 og en gang i september 2016.

Målet med fokusgruppeintervjuene er å vurdere hvilken type oppfølging og hvilket innhold i tilbudet som har vært nyttig og bidratt til at beboerne kan bo i egen bolig og få økt sosial inkludering i samfunnet.

En mastergradsstudent vil delta sammen med forsker i begge intervjuene. Hun ønsker å stille noen spørsmål rundt muligheter for medbestemmelse for beboerne knyttet til deres bo- og livssituasjon.

De som forespørres skal være over 18 år og ansatt i Oslo kommune i Booppfølgingsteamet og ha samarbeidet med beboere/deltakere i prosjektet.

HVA INNEBÆRER STUDIEN?

Fokusgruppen vil starte opp i juni 2016 og bli gjennomført to ganger. For å kunne vurdere innholdet i det som kommer fram i gruppen, vil det bli brukt lydopptaker. Opptaket vil deretter bli skrevet ut på papir og analysert av forskerne. Dato for prosjektslutt er juni 2017. Da vil lydfilene bli slettet.

Det vil være masterstudent Målfrid Kippenes og forsker Ellen Andvig som sammen gjennomfører fokusgruppeintervjuene. Målfrid Kippenes er masterstudent ved Master i klinisk helsearbeid, Psykisk helse, ved Høgskolen i Sørøst-Norge. Ellen Andvig er ansatt som førstelektor ved samme høgskole, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Senter for psykisk helse og rus.

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 forskerne vil ha taushetsplikt overfor alle opplysninger som samles inn. Resultatene vil bli publisert i en masteroppgave, en rapport og vitenskapelige artikler. I rapporten og artiklene vil ingen opplysninger kunne spores tilbake til deg. Dersom du sier ja til å delta har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har også rett til å få korrigert eventuelle feil, eller slette materialet dersom det ikke allerede inngår i ulike publikasjoner.

FRIVILLIG DELTAGELSE

Det er frivillig å delta i studien og det vil være mulig å trekke seg underveis i evalueringen uten å oppgi grunn. Om du trekker deg, vil det ikke få noen konsekvenser for ditt arbeid i Booppfølgingsteamet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og tar med denne til forskerne. Dersom har spørsmål eller ønsker mer informasjon om prosjektet kan du kontakte Ellen Andvig, Høgskolen i Sørøst-Norge, tlf. 47855580.

DEL B

PERSONVERN

Informasjonen som lagres skal kun brukes slik som beskrevet ovenfor. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Dekan Heidi Kapstad ved høgskolen i Sørøst-Norge Fakultet for helse- og sosialvitenskap, er administrativ ansvarlig. Ellen Andvig er prosjektleder. Evalueringen er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

RETT TIL INNSYN OG SLETNING AV OPPLYSNINGER OM DEG

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige rapporten eller i artiklene. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når prosjektet er ferdig, ved utgangen av juni 2017.

INFORMASJON OM UTFALLET I STUDIEN

Du har som informant rett til å få tilgang til resultatene av evalueringen.

Drammen 03.05.16.

Med vennlig hilsen

Ellen Andvig

Forsker

Målfrid Kippenes

Masterstudent

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE TIL FOKUSGRUPPEINTERVJU

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA:

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver