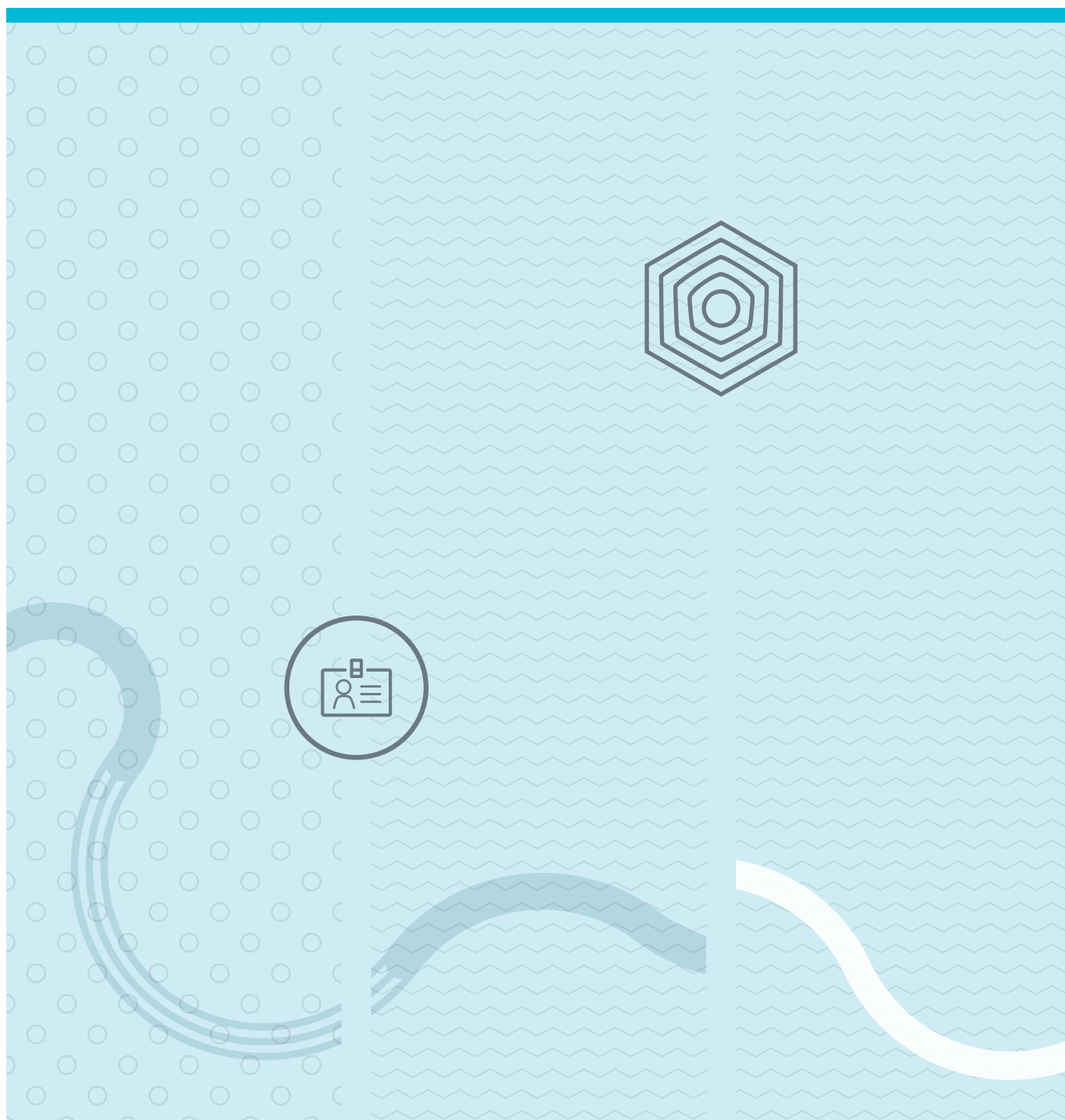


Med brukeren i førersetet?

– En forskningsbasert evaluering av Drammen kommunes
prosjekt «Ditt valg – Bolig først»

Ellen Andvig,
Asgeir Bergseth,
Bengt Karlsson
Suzie Hesook Kim



SENTER FOR PSYKISK HELSE OG RUS

FORSKNINGSRAPPORT NR. 3, 2016

Med brukeren i førersetet?

En forskningsbasert evaluering av Drammen kommunes
prosjekt «Ditt valg - Bolig først»

Ellen Andvig, Asgeir Bergseth, Bengt Karlsson og Suzie Hesook Kim

Tittel:

Med brukeren i førersetet? En forskningsbasert evaluering av
Drammen kommunes prosjekt «Ditt valg - Bolig først»

ISBN: 978-82-8290-020-1

Layout omslag: Høgskolen i Sørøst-Norge

© SFPR – Senter psykisk helse og rus, Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Sørøst-Norge.

Senter for psykisk helse og rus
Fakultet for helsevitenskap
Høgskolen i Sørøst-Norge
Postboks 7053
3007 Drammen
E-post: postmottak@hbv.no
Hjemmeside: <http://www.hbv.no/sfpr>

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

Forord

Denne forskningsbaserte evalueringen har vært et samarbeid mellom Høgskolen i Sørøst-Norge, tidligere Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap, Senter for psykisk helse og rus (SFPR) og Drammen kommune, bolig tjenesten.

Vi vil gjerne rette en stor takk til de som har deltatt i denne evalueringen, både til deltakerne i prosjektet, til de ansatte i prosjektet og til deres samarbeidspartnere. Alle har delt sine opplevelser, tanker og meninger på en generøs måte. Uten dere hadde det ikke blitt noen evaluering.

Vi vil spesielt takke Boligtjenesten og prosjekt Ditt valg - Bolig først for et meget godt, inspirerende og nyttig samarbeid om et viktig og spennende prosjekt!

Drammen 1. juni 2016

Ellen Andvig

Førstelektor

Bengt Karlsson

Professor

Senter for psykisk helse og rus, Fakultet for helse- og sosialvitenskap,

Høgskolen i Sørøst -Norge.

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

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

Prosjektnavn	Med brukeren i førersetet? En forskningsbasert evaluering av Drammen kommunes prosjekt «Ditt valg - Bolig først»
Virksomhetsnavn	Senter for psykisk helse og rus, Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Sørøst-Norge, Postboks 7053, 3007 Drammen
Besøksadresse	Papirbredden - Drammen kunnskapspark Grønland 58, 3045 Drammen
Telefon	31 00 80 00
E-post og kontaktperson	Professor Bengt Karlsson, leder av SFPR: bengt.karlsson@hbv.no
Hjemmeside	http://www.hbv.no/

Innholdsfortegnelse

Table of Contents

Sammendrag	7
Kapittel 1. Innledning	14
1.1 Housing First - modellen	14
1.2 Prosjekt Ditt valg – Bolig først.....	16
1.3 Evaluering av prosjektet	19
1.4 Rapportens organisering	19
Kapittel 2. Prosjektets helse- og sosialpolitiske og teoretiske bakgrunn	21
2.1 Helse- og sosialpolitisk bakgrunn	21
2.2 Teoretisk bakgrunn.....	23
Kapittel 3. Metodiske beskrivelser av den forskningsbaserte evalueringen	26
3.1 Organisering av studien.....	26
3.2 Gjennomføring av studien	26
3.3 Evalueringsdesign og metoder for dataskaping	26
3.4 Kvantitativ delstudie 1 – de ansattes registreringer	27
3.5 Kvantitativ Delstudie 2 -TOP-studien	28
3.6 Kvalitativ delstudie 3	30
3.7 Etske overveielser	32
Kapittel 4. Presentasjon av funn	34
4.1 Kvantitativ delstudie 1 – de ansattes registreringer	34
4.2 Kvantitativ delstudie 2 - TOP-studien	39
4.3 Kvalitativ delstudie 3	58
4.3.1 Funn fra intervjuer med deltakerne	58
4.3.2 Funn fra fokusgrupper med ansatte.....	64
4.3.3 Funn fra intervjuer med samarbeidspartnere	71
Kapittel 5. Metodiske refleksjoner	75
5.1 Metodiske refleksjoner over kvantitativ delstudie 1	75
5.2 Metodiske refleksjoner over kvantitativ delstudie 2.....	75
5.3 Metodiske refleksjoner over kvalitativ delstudie 3.....	75
Kapittel 6. Diskusjon.....	78
6.1 Prosjektets målgruppe	78
6.2 Brukerstyrt oppfølging og brukernes valgfrihet	79
6.3 Tilgang på koordinerte tjenester	80
6.4 Ambulant og tverrfaglig oppfølging.....	82

6.5 Å bo godt og trygt	83
6.6 Livskvalitet og bedringsprosesser hos deltakerne	86
Kapittel 7. Konklusjoner	91
Litteratur	94
Vedlegg.....	98

Sammendrag:

Med brukeren i førersetet? En forskningsbasert evaluering av Drammen kommunes prosjekt «Ditt valg - Bolig først»

Dette sammendraget er en del av rapporten «Med brukeren i førersetet?» som har en total lengde på 109 sider. På denne bakgrunn presenteres i det følgende et forkortet sammendrag som løfter fram og tydeliggjør de mest sentrale funnene i den forskningsbaserte evalueringsstudien, samt bakgrunn, metode og konklusjoner.

Bakgrunn

Den amerikanske Housing First-modellen (HF) har blitt populær i Norge. Modellen har en helhetlig helse- og sosialfaglig tilnærming for å hjelpe personer med samtidige psykiske helse- og rusproblemer (ROP-lidelser) til å etablere seg i egen bolig. Personen får tildelt bolig med en gang, og fokus for oppfølgingen er relasjonsbygging, oppsøkende, ambulante og koordinerte tjenester basert på brukers valg og ønsker. HF- modellen er i tråd med norsk helse- og sosialpolitikk som fokuserer på å gi personer med ROP-lidelser bistand til å opprettholde en stabil boligsituasjon. Tjenestene skal tilbys i hjemmet og være individuelt tilpasset, helhetlige, koordinerte og tverrfaglige. Brukerperspektiv og brukermedvirkning skal ivaretas i tjenestene.

Prosjekt Ditt valg – Bolig først var et HF-prosjekt i Drammen kommune som startet høsten 2013. Prosjektets hovedmål var færre bostedsløse i Drammen. I prosjektet skulle HF-tilnærmingen prøves ut som metode. Hensikten var at personer med ROP-lidelse som var bostedsløse eller sto i fare for å miste boligen, skulle kunne bo trygt og godt. Deltakerne skulle oppleve å få den hjelpen de trengte for å klare å bo, og de skulle ikke lenger definere seg som bostedsløse. Et tverrfaglig team på 5 ansatte har arbeidet i prosjektet med oppfølging av totalt 53 personer med ROP-utfordringer. En forskningsbasert følgeevaluering av prosjektet ble gjennomført. Evalueringen foregikk som et samarbeid mellom Senter for psykisk helse og rus, Fakultet for helsevitenskap v/ Høgskolen i Sørøst-Norge og Drammen kommune, bolig tjenesten. Evalueringens forskningsspørsmål var:

- 1.Hvordan beskriver deltakerne sine erfaringer med å delta i prosjekt Dvbf knyttet til brukerstyring og tjenestenes tilgjengelighet og koordinering?
- 2.Hvordan beskriver de ansatte sitt arbeid i prosjekt Dvbf knyttet til ivaretagelse av brukerstyring, tilgjengelighet, koordinering og tverrfaglig samarbeid?
- 3.Hva er samarbeidspartnernes erfaringer med å samarbeide med ansatte i Dvbf knyttet til prosjektets ivaretagelse av brukerstyring, tjenestenes tilgjengelighet og koordinering?

4.Hvordan beskriver deltakerne endringer i eget liv etter at de ble med i prosjektet knyttet til bruk av rusmidler, psykisk helse, fysisk helse, livskvalitet og arbeid / skole?

Metode

Den forskningsbaserte evalueringen var av utforskende og beskrivende karakter med bruk av både kvantitative og kvalitative metoder. Forskningen ble organisert i tre delstudier, to kvantitative delstudier og en kvalitativ delstudie. Delstudie 1 dreide seg om de ansattes registreringer av sosiale, helsemessige og rusrelaterte forhold hos deltakerne. Delstudie 2 var registrering av rusbruk, helse og sosial fungering hos 42 deltakerne ved hjelp av Treatment Outcome Profile (TOP)-skjema. Totalt 132 intervjuer ble gjennomført fra nov jan. 2014 til mars 2016. Skjemaene ble analysert med statistisk analyse. Delstudie 3 dreide seg om kvalitative intervjuer med 23 deltakere, der fem deltakere ble intervjuet to ganger, fem flerstegs fokusgruppeintervjuer med fem ansatte og telefonintervjuer med seks samarbeidspartnere. Kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet for å analysere dataene.

Funn

Delstudie 1

Til sammen har 53 personer vært deltakere, 41 menn og 12 kvinner med gjennomsnittsalder på 38 år. 11 har vært med fra oppstart. 25 personer var bostedsløse ved innkommst. 23 hadde bolig fra før, og fem kom fra institusjon. Av de 25 bostedsløse, fikk 20 fast bolig etter innkommst i prosjektet, 1 bodde midlertidig på institusjon, 4 bodde midlertidig hos familie. Ventetid på å få bolig i prosjektet var ca. 3-4 uker. 83% av det totale antall deltakere har klart å bli boende i boligen etter innkommst i prosjektet. 9 personer (18 %) mistet boligen (utkastelse) underveis og fikk ny bolig. Grunnen var primært manglende betalt husleie. Teamet forhindret 22 utkastelser. Hovedproblem ved inntak hos de 53 deltakerne totalt, ble vurdert til å være boligproblemer hos 20 personer, rusrelaterte problemer hos 19 personer, psykiske helseproblemer hos 10 personer, ADL hos 3 personer og annet hos 1 person. ROP- situasjonen vurdert ved inntak for de 53 personene viste at et flertall hadde lav eller middels grad av rusproblemer og lav eller middels grad av psykiske helseproblemer. Et mindretall hadde høy grad av rusproblemer og lav, middels eller høy grad av psykiske helseproblemer. Ved inntak var det ingen av de totalt 53 deltagere som hadde arbeidsinntekt, 29 hadde arbeidsavklaringspenger, 4 var uføretrygdet, 14 på sosialhjelp, 5 var fordelt mellom sykepenger, dagpenger og tiltakspenger og 2 hadde ingen legal inntekt. Den løpende registreringen viste 5 deltagere med arbeidsinntekt, 29 på

arbeidsavklaringspenger, 5 på uføretrygd, 13 på sosialhjelp, 1 på sykepenger og ingen uten legal inntekt. Det er verd merke å seg nesten 10% fikk arbeidsinntekt etter at de kom inn i prosjektet.

Delstudie 2, TOP-studien

Rusmidler: 62% av deltakerne brukte alkohol. Særlig den eldste aldersgruppen brukte alkohol uten kombinasjon med andre rusmidler. Deltakere i aldersgruppene 31-40 og 41-50 hadde større tendens til å bruke andre rusmidler eller en kombinasjon med alkohol og andre rusmidler.

Psykisk helse, fysisk helse og livskvalitet: Den yngste gruppen (30 år eller yngre) hadde høyest gjennomsnittsverdier relatert til psykisk helse, fysisk helse og livskvalitet. Gruppen som brukte amfetamin og gruppen som brukte cannabis hadde begge et lavere nivå av velvære enn de andre brukergruppene. Resultatene indikerer også at det å benytte alkohol i større mengder, bidrar til et lavere nivå av psykisk helse, fysisk helse og livskvalitet. Resultatene tyder også på at 28 deltakers psykiske helse, fysiske helse, og livskvalitet ikke endret seg vesentlig mens de deltok i prosjektet. Derimot er det en tendens at livskvaliteten er noe bedre ved de siste intervjuene, i forhold til de første intervjuene.

Arbeid og skole: 31% av deltakerne var i arbeid eller gikk på skolen minst en gang i løpet av alle intervjuene. 69% av deltakerne hadde hverken i arbeid eller gikk på skole. 10,9% av deltakerne var i arbeid og/eller gikk på skole under alle intervjuetidspunktene.

Kvalitativ Delstudie 3

Deltakerne: Resultatene fra analysen av intervjuer med 23 deltakere resulterte i temaene Å få sin egen bolig, Å ha en tilgjengelig profesjonell følgesvenn og Å ta styringen i eget liv. Mange var tilfredse med boligsituasjon etter at de ble med i prosjektet, mens noen som bodde i rusbelastede områder ga uttrykk for mistriivsel. Å ha en tilgjengelig profesjonell følgesvenn var beskrivelsen av ansatte som var tilgjengelige i hverdagen, som brydde seg, og som kunne kontaktes ved behov. Det ga trygghet i hverdagen for deltakerne å få hjelp til å gjennomføre praktiske gjøremål, hjelp med økonomiske forhold og med å oppsøke helsehjelp. De beskrev de ansatte som engasjerte, gode å snakke med og som ga anerkjennelse. Å ta styringen i eget liv handlet om å få hjelp på egne premisser, framtidstro og livsforbedring og å klare ting selv. Særlig det å kunne ta egne valg og beslutninger i saker som angikk dem selv, ble vektlagt. Framtidstro og livsforbedring handlet om opplevelsen av å gå fra håpløshet til å se muligheter og ta tak i eget liv. Å få bolig og hjelp til å beholde den, var en stor livsforbedring for mange - et sted å kalle et hjem. Det bidro til å skape mer orden og ro i tilværelsen. Noen fikk håp om å klare skolegang eller få seg jobb. Flere fortalte at de ruset seg mindre. Deltakelse i prosjektet

førte også til mer sosial kontakt og utadrettede aktiviteter for mange, som kontakt med familie, venner eller hobbyer. Å klare ting selv dreide seg om at deltakere ga uttrykk for at de opplevde økt mestring og kontroll i eget liv. Noen etablerte en selvstendig tilværelse, kuttet ut rus, begynte på utdanning eller fikk jobb. Andre møtte på motbakker med mye rus og «psykiske knekker». Noen fortalte om ensomhet og isolasjon.

Ansatte: Analyse av datamaterialet fra fokusgruppeintervjuene med ansatte resulterte i to tema:

1) Arbeidsformer med undertemaene Å jobbe ute i felt, Samarbeid med andre faginstanser og Tverrfaglig samarbeid i team og 2) Tilnærming til deltakerne med undertemaene Relasjonsarbeid og Helhetlig forståelse. Å jobbe ute i felt innebar å jobbe der deltakerne til enhver tid befant seg med blant annet bo-oppfølging og annen hjelp for å klare hverdagen. De ansatte koordinerte hjelpetilbudene og samarbeidet med andre instanser i kommunen og spesialisthelsetjenesten om oppfølging av deltakere. De ansatte framhevet betydningen av å jobbe tverrfaglig og å ha en ansatt med egenerfaringskompetanse. På faste morgenmøter drøftet de faglige og etiske utfordringer. I teamets beskrivelser av relasjonsarbeidet med deltakerne, framhevet de momentene å bygge tillit, gradvis tilnærming for å etablere kontakt. For å etablere tillit var det viktig å være tilstede overfor deltakerne, bruke tid til å bli kjent. De søkte å være fleksible, tilgjengelige og oppsøkende overfor deltakerne.

Under Helhetlig forståelse ble momenter som et bredt handlingsrepertoar, brukerstyring, nærmiljøarbeid, bo-oppfølging og skadereduksjon vektlagt. Bredt handlingsrepertoar innebar å sette seg inn i den enkelte deltakers fysiske og psykiske helseforhold, økonomiske, sosiale og familiemessige situasjon. De ansatte forsto brukerstyring som at deltakerne skulle være med og «holde spaken» og at å la dem styre utviklingen. En serviceplan ble benyttet der deltakerne selv formulerte sine mål, ønsker og drømmer. Brukerstyring innebar også at de ansatte møtte deltakerne på den arenaen de selv ønsket, og det innebar å etterspørre hva deltakerne selv mente de kunne greie og hva de trengte. Bo-oppfølging handlet om å assistere deltakerne med å klare hverdagslivets utfordringer og etablere rutiner knyttet til å bo i egen bolig. Nærmiljøarbeid dreide seg om fokus på å motivere deltakerne til å slå seg til der de bodde ved f.eks å gå tur sammen og bli kjent i området. De ansatte samarbeidet med huseiere, naboer, pårørende og apotekansatte, og de fulgte deltakere til fritidsaktiviteter. Men de opplevde at pårørendearbeid og arbeid med deltakernes fritid og nettverk ble mer sporadisk enn systematisk.

Skadereduksjonstilnærmingen innebar at teamet ikke stilte krav om rusfrihet hos deltakerne. I stedet fokuserte de på deltakernes psykososiale utfordringer. Teamet avdekket ofte større utfordringer knyttet til psykisk helse, rus og mestring av dagligliv hos deltakere, enn det som

ble presentert ved innkomst. Skadereduksjon innebar også å hindre at vanskelige situasjoner og kriser oppsto. Å ha et tillitsfullt forhold var en viktig forutsetning for at deltakere våget å fortelle om økt rusbruk, fare for utkastelse etc. Det viktigste skadereduserende tiltaket var å stabilisere deltakernes økonomiske situasjon, slik at de klarte å beholde boligen.

Samarbeidspartnere: Analysen av intervjuer med samarbeidspartnere resulterte i fire tema 1) Dvbf – en virksom tilnærming, 2) Dvbf gir oppfølging basert på deltakernes valg og styring, 3) Dvbf-teamet oppleves som gode samarbeidspartnere og 4) Oppfølging til deltakernes og samfunnets beste. Samarbeidspartnerne beskrev de Dvbf-ansatte som medmenneskelige, engasjerte, fleksible og tilgjengelige overfor deltakerne. Teamets oppfølging i bolig ble vurdert som svært betydningsfull, samt at de etablerte tillitsfulle relasjoner til deltakerne. Det ble pekt på at opplegget i Dvbf var sårbart fordi det var personavhengig. Samarbeidspartnerne framhevet at de ansatte jobbet etter prinsippet om deltakernes valg og styring, og de presset ikke egne løsninger eller tilbud på deltakerne. De ansatte i Dvbf ble beskrevet som gode å samarbeide med. Flere samarbeidspartnere så stor framgang og bedring hos deltakere i Dvbf. De mente at oppfølgingen fra teamet var nødvendig for at deltakerne klarte å komme seg videre i livet. De aller fleste av samarbeidspartnerne presiserte at denne formen for oppfølging var samfunnsøkonomisk lønnsom.

Konklusjoner

Basert på de fire forskningsspørsmålene, kan det gjøres følgende konklusjoner:

Bostedsløse skal bo trygt og godt: Prosjektets hovedmål om færre bostedsløse i Drammen ser ut til å være nådd. Basert på studiens funn konkluderer vi med at prosjektet har lyktes med å prøve ut HF-tilnærmingen for at personer med ROP-lidelser som er bostedsløse eller står i fare for utkastelse, skal kunne bo trygt og godt. Forskningsresultatene bekrefter langt på vei at mange deltakere opplever å få den hjelpen de trenger for å klare å bo gjennom prosjektet. Studien dokumenterer også at de fleste er tilfredse med boligen de har fått. Mens noen opplevde å bo for trangt og/eller i rusbelastede områder. Studien dokumenterer stor grad av bostabilitet, Den dokumenterer også at det å få bolig og oppfølging til å klare å bo, stimulerer deltakernes håp og drømmer om et bedre liv, og de ansattes tilnærming gir næring til håpet. Det har bidratt til at mange deltakere har begynt å orientere seg mot framtida på områder som skolegang, jobb og fritid eller begynne i behandling. Noen har allerede startet på utdanning, fått jobb og et bredere nettverk og har etablert hverdagsrutiner i boligen. Slike aktiviteter kan forstås som det å ha noe meningsfullt å gjøre, og er et sentral moment i recoveryprosesser. Studien

dokumenterer også at flere deltakere opplever å ha fått større kontroll i eget liv og større tro på seg selv, noe som kan forstås som empowerment.

Studien dokumenterer at det å få bolig og oppfølging i bolig, bidrar til å skape ro, stabilitet og trygghet hos deltakerne. For noen deltakere har det bidratt til mindre rusbruk, og enkelte har sluttet med rusmidler. Samlet sett tyder forskningsresultatene på at en stor del av deltakerne har fått bedre levekår og livskvalitet gjennom å delta i prosjektet. Vi vil framheve at mange deltakere poengterer at det er støtten fra de ansatte i hverdagen, som har bidratt til et bedre liv. Men det er også deltakere som opplever ensomhet, og deltakere som fortsetter å bruke mye rusmidler og som har lavt nivå av velvære og fysisk og psykisk helse.

Basert på forskningsresultatene, vil vi også konkludere med at målet om at de ansatte skal bistå deltakere med å få varige og trygge boforhold, er nådd. Studien rapporterer om ansatte som har videreutviklet sin kompetanse i å arbeide med mennesker med ROP-lidelser, som trenger bolig og oppfølging i bolig. Den skadereduserende tilnærming de har utviklet synes betydningsfull. Dessuten dokumenterer studien viktigheten av teamets tverrfaglige tilnærming med faglige og etiske vurderinger, samt en ansatt med erfaringskompetanse. Denne tilnærmingen styrker en recoverybasert praksis.

Ivaretagelse av brukerstyring og valgfrihet: Studien bekrefter at de ansatte ivaretar brukerperspektivet i sin tilnærming til deltakerne. Verdier som gjensidig respekt, forståelse og individets rett til selvbestemmelse, står sentralt. Brukerstyringen i prosjektet kan forstås som det å sette brukeren i sentrum, samtidig med at brukernes erfaringskunnskap og de ansattes fagkunnskap likestilles. Utøvelse av brukerstyring i praksis kan forstås som et samarbeid mellom deltaker og ansatt, der brukeren møtes på likefot og den ansatte er en profesjonell følgesvenn. Serviceplanen er et viktig hjelpemiddel i arbeidet. Studien bekrefter også at deltakernes frihet til å velge blir tillagt stor vekt i prosjektets metodeutvikling. Resultatene dokumenterer at deltakerne får velge type oppfølging og hyppighet på kontakt og at de opplever å få tilpasset og passe støtte i konkrete situasjoner. Når det gjelder boligvalg, ser valgene ut til å være mer begrenset.

Tjenestenes tilgjengelighet og koordinering: Vi vil konkludere med at prosjektet har lyktes med å prøve ut nye systemer for tjenestekoordinering. Oppfølgingen av den enkelte deltaker ser i stor grad ut til å være basert på tjenester som er koordinerte, tilgjengelige, fleksible, umiddelbare, tidsubestemte og ambulante. Studien dokumenterer at de ansatte etablerer

tillitsfulle relasjoner med deltakerne. Det bidrar til at deltakere som er lite motivert til å ta imot hjelp, våger å ta imot tjenester. Det bidrar også til at teamet avdekker mer omfattende psykiske helse- og rusproblemer, enn det noen av deltakere kunne se ut til å ha i utgangspunktet.

Studien dokumenterer at prosjektet har rettet seg mot personer med alle typer rusproblemer og lette til middels grad av psykiske helseutfordringer. Det er av stor betydning at denne gruppen får hensiktsmessig hjelp og støtte til å få en bedre hverdag med en HF-tilnærming. Det er også sannsynlig at prosjektet har forebygget forverring av tilstanden hos en rekke deltakere.

Forskningsresultatene fra denne evalueringen viser at verdigrunnlaget og arbeidsmåtene i prosjekt Dvbf, er i tråd med de aller fleste prinsippene i HF-modellen, med unntak av at mange deltakere hadde bolig fra før. Det er også viktig å merke seg at prosjektets praksis ivaretar sentrale føringer i ROP-retningslinjen og Veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Med bakgrunn i forskningsresultatene og arbeidsmetodens sammenfall med statlige anbefalinger for arbeid med målgruppen, er forskerne fra høyskolen av den oppfatning at det vil være fornuftig av Drammen kommune å videreføre dette arbeidet med samme rammebetingelser som under prosjektperioden. Vi vil også framheve at prosjekt Dvbf har utviklet en sosial innovativ praksis gjennom utprøving av HF-modellen. Prosjektet har tatt i bruk nye arbeidsmetoder innen det boligsosiale arbeidet overfor personer med psykiske helse- og rusproblemer der tjenester og bolig sees i sammenheng. Det er viktig at man får erfaringer med hvordan HF- modellen også kan gi et tilbud til personer med de mest alvorlige og mest langvarige psykiske helse- og rustilstander.

Videreføring av prosjektet: Drammen kommune tok inn Dvbf-prosjektet i kommunens boligsosiale handlingsplan med intensjoner om å legges til rette for implementeringen av HF-tilnærmingen i kommunen. Både ansatte og samarbeidspartnere gir uttrykk for bekymring for om prosjektet kommer til å bli videreført med de samme rammevilkår de ansatte har i dag. Når prosjekter skal overføres til vanlig drift, får de gjerne strammere rammer og mindre ressurser. Da er det imidlertid stor sannsynlighet for at kvaliteten på oppfølgingen av den enkelte bruker blir skadelidende.

Kapittel 1. Innledning

Denne rapporten er en forskningsevaluering av et norsk Housing First-prosjekt i Drammen kommune, kalt Ditt valg - Bolig først.

De siste årene har Housing First- modellen (Heretter forkortet HF) for tildeling av bolig og oppfølging i bolig for mennesker med psykiske helse- og rusproblemer høstet stor interesse. Modellen blir for tiden prøvd ut i en rekke norske kommuner. En grunn til HF-modellens popularitet kan være at den kan gi et svar på de boligsosiale utfordringene kommunene står overfor. Dessuten er den i tråd med tenkningen som er nedfelt i sentrale faglige og politiske satsingsområder innen psykisk helse- og rusfeltet (Snertingdal, 2014:14). Snertingdal framhever at reformene bygger på sentrale ideer som er i tråd med prinsippene i HF-modellen, slik som betydningen av lokalt baserte tjenester, humanisme, pasientrettigheter, medvirkning og sosial inkludering.

1.1 Housing First - modellen

Prosjekt Ditt valg – Bolig Først ble utviklet etter HF-modellen. Modellen har en helhetlig helse- og sosialfaglig tilnærming for å hjelpe personer med alvorlige psykiske helse- og rusproblemer til å etablere seg i egen bolig (Tsemberis, 2010; Rambøll, 2012). HF- modellen er utviklet i USA og kjennetegnes av et sett overordnede prinsipper. HF bygger på ideen om at personen skal få en varig bolig tildelt med en gang, og den baserer seg på rask stabilisering av den bostedsløses boligsituasjon. Modellen er basert på en tenkning om at det er en grunnleggende menneskerett å ha bolig og at bosted og bistand i bolig skal baseres på personens valgfrihet. Fokus for oppfølging er relasjonsbygging, tverrfaglighet og ambulant/oppøkende tjeneste (Tsemberis, 2010). Et annet viktig prinsipp er at alle tjenester brukeren mener å ha behov for, skal være umiddelbart tilgjengelige.

Det å få bolig skal ikke knyttes til krav om funksjonsnivå, rusfrihet eller deltakelse i behandling. I stedet skal personen tilbys oppfølgingstjenester som følger personen, ikke boligen. Boligtildeling skal kombineres med individuelt tilpasset støtte. Den individuelle støtten skal blant annet omfatte praktisk bo-oppfølging, hjelp til å håndtere kontakt med offentlige myndigheter, stabilisering av økonomi, behandlingstilbud etc. Innsatsen skal være helhetsorientert mot den enkeltes konkrete behov (Rambøll, 2012:5).

HF for mennesker med psykiske helse- og rusproblemer har vokst fram som et alternativ til den tradisjonelle «behandling- først»-tilnærmingen. «Behandling først»- tilnærmingen dreier seg

om at personene må kvalifisere seg til å få bolig. Før de får bolig, må de gå gjennom behandling for bli rehabilitert og bli rusfrie (Padgett, Stanhope, Henwood & Stefancic, 2011). Det er gjort en rekke studier som sammenligner utbyttet ved å delta i de to programmene. Det viser seg at HF-tilnærmingen har signifikant lavere rate av rusmisbruk og færre symptomer på psykisk lidelse, sammenlignet med «Behandling først»-tilnærmingen. I «behandling først» -tilnærmingen var det vanskeligere å hjelpe brukerne til å unngå rusbruk og tilbakefall, og de sluttet etter kortere tid (Padgett, mfl. 2011; Tsemberis, Kent & Respass, 2012). Patterson, Moniruzzaman, Palepu, Zabkiewicz, Frankish & Krausz (2013) fant i en randomisert kontrollert studie at deltakere i HF-program rapporterte om signifikant høyere livskvalitet sammenlignet med personer som deltok i tradisjonelle behandlingsprogram. Forskjellene var størst når det gjaldt opplevelsen av trygghet, sikkerhet og tilfredshet i hverdagen.

De senere år har HF-modellen spredd seg fra USA til Europa. EU-land som Danmark, Finland, Sverige, Frankrike og Irland har satt modellen i sentrum av nasjonale bosettingsstrategier for boligløse (Pleace, 2011). En europeisk studie av Buch-Geertsema (2014) rapporterte at evalueringer av fem HF-program i fem ulike europeiske land, bekreftet høy bostabilitet med denne tilnærmingen i fire av fem prosjekt.

Snertingdal (2014) og Snertingdal & Bakkeli (2015) undersøkte praksisen i tolv norske kommuner som har innført HF- modellen. De fant at kommunene ønsket å tenke nytt for å løse boligsosiale utfordringer, og HF-modellen ble opplevd som et brudd med tidligere tjenesteyting i kommunene. Samtidig var det store variasjoner mellom de norske HF-prosjektene med hensyn til definisjon av målgruppe, målsetninger, bosetning, sammensetning av oppfølgingsteam og bruk av kartleggingsverktøy. Mange av de norske HF-prosjektene var avvikende fra det amerikanske pionerprosjektet innen HF, «Pathways to Housing» sett i forhold til de overfor nevnte områdene. Snertingdal (2014) forklarte disse avvikene med at alle norske HF-prosjekt var kommunale, og dermed ikke drevet av en frivillig organisasjon, slik det amerikanske pionerprosjektet var. Hun framhevet at de norske HF-prosjektene må forstås som en del av den norske forvaltningen, og at de derfor er preget av ansvars- og ressursfordelingen mellom stat og kommune når det gjelder behandling og oppfølging.

HF- tilnærmingen baserer seg på en recoverytenkning (Tsemberis, 2010; Tsemberis mfl., 2012). Tsemberis (2010:27) definerer recovery som «en prosess der mennesker er i stand til å leve, lære, arbeide og delta i sitt nærmiljø». Recoverytilnærmingen blir nærmere redegjort for i kapittel 2.

1.2 Prosjekt Ditt valg – Bolig først

Organisering av prosjektet

Drammen kommune besluttet å prøve ut HF-tilnærmingen som et tiltak innen Boligsosial handlingsplan (2012-2014). Tiltaket ble prosjektorganisert for en periode på tre år. Prosjektet startet høsten 2013 og avsluttes desember 2016. Prosjektet fikk navnet ”Ditt valg - Bolig Først” og ble gjennomført i samarbeid med Husbanken Sør. Prosjekteier og styringsgruppe var den samme som for Boligsosialt utviklingsprogram. Prosjekteier var rådmannen ved Helse- og sosialdirektør. Drammen kommune, Husbanken og Helsedirektoratet finansierte prosjektet.

Prosjektets mål

Prosjektets hovedmål var færre bostedsløse i Drammen. I prosjektet skulle det prøves ut en metode for at bostedsløse skal kunne bo trygt og godt. Deltakerne skulle oppleve at de fikk den hjelpen de trengte for å klare å bo, og de skulle ikke lenger definere seg som bostedsløse.

I prosjektbeskrivelsen ble deltakernes frihet til å velge vektlagt som en forutsetning i metodeutviklingen. Det skulle innebære at alt arbeid, fra fremskaffelse av bolig til å definere behov for tjenester, skulle funderes på brukerens valg. Følgende sitat er hentet fra prosjektbeskrivelsen (Drammen kommune, 2013, s.4):

Tilbudet i ”Ditt valg – Bolig Først” skal gi målgruppen andre muligheter enn det kommunen kan gi i dag:

- 1. Via prosjektet prøves det ut nye systemer for tjenestekoordinerings slik at deltakerne opplever tilgjengelige, umiddelbare og tidsubestemte tjenester ut fra det deltakeren definerer som sitt behov.*
- 2. Via prosjektet profesjonaliseres de ansatte til å kunne bistå deltakere i det å få varige og trygge boforhold, i henhold til deltakerens ønsker og økonomiske muligheter.*

I prosjektbeskrivelsen (Drammen kommune 2013, s. 6-8) ble følgende tre sentrale elementer i prosjektet beskrevet:

Brukerens valgfrihet

Modellen "Housing First" er basert på at bolig er en grunnleggende rett og at bosted og bistand i bolig er basert på valgfrihet. Tilbudet skal vurderes ut fra brukers perspektiver og skal legge til rette for at bruker selv definerer sine behov og målsetninger.

Tjenester

Oppfølgingstjenestene i "Ditt valg – Bolig Først" skal bygge på tre hovedprinsipper:

- Oppfølgingen skal være brukerstyrt
- Tjenestene skal være umiddelbart tilgjengelige for brukeren og tilgjengelige så lenge brukeren ønsker det
- Oppfølgingen skal være ambulant og tverrfaglig

I ambulant brukerstyrt tilnærming angir brukerne kurs og retning, og har kontroll over samarbeidsprosessen selv om de ikke har hatt full kontroll over alle beslutninger i prosessen, for eksempel knyttet til omfanget av økonomiske ytelser. Det er brukeren som veileder sin kontaktperson i prosjekt teamet, og på den måten angir kurs og retning i oppfølgingen.

Et viktig prinsipp er at alle de tjenester brukeren mener å ha behov for, skal være umiddelbart tilgjengelig. Det vil si at tjenestene ikke skal være avhengig av ledig kapasitet, lang saksbehandlingstid eller liknende. Brukeren skal være trygg på at tjenestene er tilgjengelig så lenge brukeren selv ønsker det.

Sammensetningen av oppfølgingsressursene må ivareta tverrfaglighet. Kompetanse fra ulike aspekter i brukernes livssituasjon må ivaretas enten i temaet, eller i nært samarbeid med oppfølgings- og behandlingsressurser utenfor teamet.

Boliger

Et viktig element for en vellykket «Housing first» tilnærming er hvilke boliger som anvendes i prosjektet, og valgfrihet for deltakere i forhold til hvilken bydel de ønsker å bosette seg i. De fleste vil oppleve at en forutsetning for å kunne lykkes med å klare å stabilisere boforholdet er at boligen ligger i ordinære bomiljø, uten for store innslag av andre vanskeligstilte. I "Ditt valg – Bolig Først" bør vi unngå bosetting i kommunale utleieboliger, og i stedet forsøke å få til bosetting i private utleieboliger.

Prosjektets målgruppe

Målgruppen for prosjekt «Ditt valg - Bolig først» (heretter forkortet til Dvbf) var personer i Drammen kommune som manglet fast bolig eller holdt på å bli kastet ut av bolig og som strevde med psykiske helse- og rusproblemer. Sammenlignet med originalmetoden (Tsemberis, 2010), som er myntet utelukkende på personer uten fast bolig, valgte teamet i samarbeid med prosjektets styringsgruppe ikke å ha dette som et krav for deltagelse. I stedet valgte de en tilnærming basert på en forståelse om at å ha utfordringer innen ROP- segmentet, kan sees som en potensiell utfordring for ethvert boforhold. De vurderte det derfor som bedre, både for personen og det offentlige, å arbeide med å forhindre en utkastelse eller støtte en ordinær flytting, fremfor å vente til personen mistet boligen. Dessuten hadde de en forventning om at brukerne ville ha komplekse hjelpebehov og trenge hjelp med økonomi, somatisk og psykisk

helse, hjelp med å finne meningsfulle aktiviteter, hjelp med å etablere et sosialt nettverk og til å opprettholde kontakt med familien (jfr. Snertingdal, 2014).

Kriteriene for å bli tatt inn i prosjektet var ROP-lidelse, men ikke av de «aller tyngste psykiske lidelsene». Beslutningen om ikke å inkludere den type deltakere, ble støttet av prosjektets beslutningsteam. Det var ikke et ekskluderingskriterium at deltakernes utfordringer ikke var diagnostiserte. Prosjektleder og teamet mente at om de skulle hatt deltakere med den «tyngste problematikken», hadde de hatt behov for mer kompetanse i teamet fra spesialisthelsetjenesten. I følge originalmodellens krav (Tsemberis, 2010), er det ACT (Assertive Community Treatment)- baserte HF-team som skal følge opp deltakere med høyest grad av ROP-lidelser. Da er det krav om å ha psykiater inkludert i teamet. Et Individuelt Case Management- basert team, som Dvbf-teamet var, skal ikke ha denne typen deltagere.

Inntak av deltakere i Dvbf foregikk primært ved at prosjektleder fikk et navn fra en henvisende instans. Personen ble registrert på en venteliste. Når det var ledig plass i prosjektet, tok teamet tak i de som sto øverst på lista, og vurderte om de var innenfor målgruppa.

Tjenestetilbudet

Tjenestetilbudet i Dvbf ble gitt av et tverrfaglig team på fem ansatte fordelt på fire og en halv stilling. De ble rekruttert fra ansatte i de kommunale virksomhetene: Senter for rusforebygging, Psykisk helse, NAV og Boligtjenesten. De ansatte hadde bakgrunn som sykepleier, sosionom, studier i samfunnsvitenskap og psykologi. Dessuten hadde de en ansatt med egenerfaring. Den ansatte med egenerfaring var fullverdig medlem av teamet. Teamet var forankret i kommunens boligtjeneste og skulle tilby fleksibel, flytende støtte basert på en individuell case-management modell. Denne modellen baserer seg på at den enkelte ansatte i teamet har ansvar for å følge opp en visst antatt deltakere og etablere en relasjon til hver enkelt han / hun følger opp (Tsemberis, 2010).

Tjenestetilbudet fra det tverrfaglige teamet skulle rette seg mot deltakernes ønsker og behov. Tjenestetilbudet skulle dreie seg om boveiledning, hjelp med økonomi og etablering av gjeldsordninger, etablering av kontakt med huseier, naboer, handling og matlaging, kontakt med familie, sykepleie og hjelp og oppfølging til å skaffe arbeid/begynne på utdanning. Teamet skulle også samarbeide med andre instanser som kommunale virksomheter og med spesialisthelsetjenesten knyttet til deltakernes behov. En serviceplan skulle benyttes i arbeidet med den enkelte deltaker. Planen ville ta utgangspunkt i deltakerens eget ståsted, ønsker og

behov. Hans/hennes egne mål og forståelse for problemer og hva det skulle fokuseres på, skulle danne utgangspunkt for planen og det videre arbeidet.

Teamet skulle stille krav til deltakerne om at de, som et minimum, måtte si seg villige til å møte en fra teamet en gang i uka. Det skulle ikke stilles krav til deltakerne om å ta medisiner eller delta i andre former for behandling for å få være med i prosjektet. Hverken psykiatrisk behandling eller integrert rusbehandlingsprogram skulle tilbys som en del av prosjektet, men gjennom spesialisthelsetjenestens tilbud slik som DPS, poliklinikk etc.

1.3 Evaluering av prosjektet

Evalueringen hadde til hensikt å undersøke og dokumentere erfaringer deltakere og ansatte i Dvbf hadde med å delta i prosjektet, samt innhente samarbeidspartneres erfaringer med samarbeidet med de prosjektansatte. Følgende forskningsspørsmål sto sentralt:

- 1. Hvordan beskriver deltakerne sine erfaringer med å delta i prosjekt Dvbf knyttet til brukerstyring, tjenestenes tilgjengelighet og koordinering?**
- 2. Hvordan beskriver de ansatte sitt arbeid i prosjekt Dvbf knyttet til ivaretagelse av brukerstyring, tilgjengelighet, koordinering og tverrfaglig samarbeid?**
- 3. Hva er samarbeidspartneres erfaringer med å samarbeide med ansatte i Dvbf knyttet til prosjektets ivaretagelse av brukerstyring, tjenestenes tilgjengelighet og koordinering?**
- 4. Hvordan beskriver deltakerne endringer i eget liv etter at de ble med i prosjektet, knyttet til bruk av rusmidler, psykisk helse, fysisk helse, livskvalitet og arbeid / skole?**

1.4 Rapportens organisering

Etter det innledende kapittelet, vil det i kapittel 2 bli redegjort for prosjektets helse- og sosialpolitiske og teoretiske tilnærming. Deretter vil kapittel 3 beskrive studiens metodologi. Hovedvekten i rapporten vil være i kapittel 4 hvor studiens funn presenteres i form av funn fra tre delstudier. I kapittel 5 blir studiens funn diskutert i relasjon til forskningsspørsmålene og til aktuelle helse- og sosialpolitiske føringer med særlig vekt på ROP-retningslinjen og veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. I siste kapittel 6 vil det på denne bakgrunn

gis noen tentative konklusjoner. Forskningsstudien er gjennomført av førstelektor Ellen Andvig i samarbeid med prosjektleder Asgeir Bergseth, Boligtjenesten Drammen kommune og professorene Bengt Karlsson og Suzie Hesook Kim. Andvig, Karlsson og Kim er ansatt ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helsevitenskap, Senter for psykisk helse og rus.

Kapittel 2. Prosjektets helse- og sosialpolitiske og teoretiske bakgrunn

Dette kapittelet presenterer helse- og sosialpolitiske føringer knyttet til boligsosialt arbeid og til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Deretter presenteres evalueringens teoretiske bakgrunn knyttet til forståelse av begrepene livskvalitet og recovery.

2.1 Helse- og sosialpolitisk bakgrunn

Boligsosialt arbeid

Fra tusenårsskiftet har det vært stor interesse for boligsosiale tiltak i Norge. Boligen har fått en mer framtrædende plass i sosialpolitikken som utgangspunkt for omsorg, sosialisering og oppfølging av ulike grupper vanskeligstilte. Sørvoll (2011) kaller det «den boligsosiale vendingen», der boligpolitikk og sosialpolitikk har blitt koblet sammen. Det blir rettet oppmerksomhet mot behovet for å integrere boligtilbud og sosiale tjenester slik at noen grupper av vanskeligstilte på boligmarkedet, som personer med psykiske helse- og rusproblemer, kan få bistand til å opprettholde en stabil boligsituasjon.

Å tilby et godt bolig- og tjenestetilbud til dem som har behov for det, er i dag en viktig oppgave for kommunene. Dette ansvaret er forankret både i helse- og omsorgstjenesteloven og i lov om sosiale tjenester i NAV. Kommunenes ansvar innebærer både det å bygge boliger, tilrettelegge og skape forutsetninger for at flest mulig kan bo i egen bolig (Sosial og Helsedirektoratet, 2006).

Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2000), (Departementene, 2014) peker på behovet for å utvikle flere modeller for samhandling som bidrar til at personer med psykiske helseproblemer og/ eller rusproblemer får helhetlige, fleksible, individuelt tilpassede tjenester i egen bolig. Med denne strategien ønsker man å stimulere til og legge til rette for sosial innovasjon når det gjelder utvikling av nye bolig- og tjenestemodeller for personer som er bostedsløse.

Psykisk helse- og rusarbeid

Personer med samtidige psykiske helse- og rusproblemer har tradisjonelt falt utenfor det eksisterende behandlingsapparatet. Selv om de har et særlig behov for sammenhengende og koordinerte tjenester, ofte fra flere nivå, ser dette ut til å være utfordrende å imøtekomme for hjelpeapparatet.

En rekke helsepolitiske føringer framhever forebygging og tidlig innsats i arbeidet med personer med psykiske helse- og rusproblemer. De poengterer at tjenestene må komme tidligere inn, henge bedre sammen og bygges tettere rundt den som trenger hjelp. Det legges vekt på at målgruppa skal få oppfølging i eget hjem og nærmiljø i stedet for langvarig behandling i institusjoner (Sosial- og helsedirektoratet, 2006; Helsedirektoratet, 2012; NOU 2011:15). Det politiske målet er at så mange som mulig skal bo i egen bolig med tjenester adskilt fra boligen. Et hovedprinsipp i det faglige arbeidet er at personer som har vansker med å mestre egen boligsituasjon, skal kunne motta nødvendige og individuelt tilpassede tjenester for å kunne bo og bli boende i eget hjem (Helsedirektoratet, 2011). For fagpersonalet innebærer dette at personenes eget hjem er en sentral arena for samhandling og koordinering av kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Helsedirektoratet, 2014; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse:

I 2012 kom Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012). Retningslinjen gir eksplisitte føringer for hva et recovery-perspektiv overfor ROP-lidelser vil si: Et helhetlig perspektiv på personens tilfriskning. Målet er å hente fram personens egne ressurser når det gjelder å finne meningsfylt aktivitet, jobb, utvikle det sosiale nettverket, løse økonomiske og boligmessige behov for å øke livskvalitet og selvfølelse. Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres (Helsedirektoratet, 2012, s. 59-72). Retningslinjen presiserer videre at personer med ROP-lidelser har krav på å bli møtt av et samordnet behandlingstilbud preget av kontinuitet og kvalitet i behandlingen. Det blir også framhevet at kommunene bør tilstrebe å tilby fleksible og varige botilbud som er tilpasset brukerens hjelpebehov. Dette fordi varig bolig skaper trygge og forutsigbare rammer i personens liv.

Retningslinjen framhever at brukermedvirkning skal sikre en reell mulighet for å påvirke behandlingsopplegget. Brukermedvirkning sees som betydningsfullt ut fra et humanistisk og et behandlingsmessig perspektiv fordi brukeren kan oppnå kontroll over viktige forhold i livet sitt og gjennom dette få en økt myndighet. Derfor bør behandlingen, ifølge retningslinjen, innrettes slik at brukeren blir stand til å ta egne valg. Videre anbefaler den at individuell plan benyttes som et hjelpemiddel til brukermedvirkning og at planer og målsettinger utarbeides i samarbeid med brukeren. Retningslinjen peker på viktigheten av at tjenesteytere dyktiggjør brukeren til å

ta beslutninger, gjennom å tydeliggjøre konsekvensene av de ulike alternativene og slik bidra til at de ulike alternativene kan veies opp mot hverandre. De framhever at bruk av individuell plan fremmer slik praksis.

Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne:

Det første hovedpunkt i denne veilederen (Helsedirektoratet, 2014: 11) er at brukeren skal være viktigste aktør, og økt brukerinnflytelse skal vektlegges i samarbeidet med brukeren. Det blir framhevet at tilsetting av medarbeidere med brukererfaring styrker brukerperspektivet i tjenestene. Det blir også framhevet at pårørende skal sees som en ressurs og møtes som en samarbeidspartner, samtidig som de skal få nødvendig støtte og avlastning. Det blir også poengtert at perspektiver som empowerment og recovery bør prege tjenesteytingen.

Det neste hovedpunktet i veilederen framhever at lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid skal bidra til å bedre levekår. Under dette punktet nevnes blant annet at tjenestene skal fokusere på faktorer i brukerens liv som bolig, skole, arbeid, sosial inkludering, økonomi og hjelp i bolig.

I et tredje hovedpunkt blir det poengtert at tjenestene skal være lett tilgjengelige, også for dem som ikke søker hjelp. Brukerstyrte tilbud og ambulante og aktivt oppsøkende tjenester framheves. Dessuten slås det fast at arbeid innen psykisk helse- og rusfeltet, krever en flerfaglig tilnærming.

Et annet sentralt punkt som framheves i veilederen, er behandlingsalliansen mellom bruker og tjenesteyter. En slik allianse handler om å utvikle en god relasjon mellom partene basert på tilgjengelighet, kontinuitet og individuell tilpasning.

2.2 Teoretisk bakgrunn

HF- ideologien har en klar recoverytilnærming (Tsemberis, 2010; Snertingdal & Bratteli, 2015). Derfor vil vi under denne overskriften se nærmere på hva recoverytilnærmingen innebærer ved å ta utgangspunkt i nyere forskning om recovery. Vi vil videre belyse begrepet livskvalitet, fordi blant annet deltakernes livskvalitet måles i denne evalueringen. Livskvalitet er et begrep med mange betydninger (Næss, 2001), og vi vil her presentere ulike forståelser av begrepet.

Recoverytilnærmingen

Recovery er knyttet til en forståelse av at personer med psykiske helse- og rusproblemer kan komme seg og få det bedre. Recovery handler om måter å leve livet på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra på tross av begrensinger som psykiske helse- og rusproblemer gir. Recovery

innebærer ny mening og nye mål for livet og muligheter til å vokse og utvikle seg (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013;10). Recoveryprosesser kan forstås som en personlig prosess, som en sosial prosess og som et klinisk resultat (Borg, mfl. 2013). Recovery kan videre forstås som det å gjenvinne det som er tapt, slik som rettigheter, roller, ansvar, avgjørelsesmyndighet, potensial og støtte (Borg, 2009). I følge Borg handler recovery om bevisstgjøring av hva den enkelte vil med livet sitt, hvordan hun/han kan nå sine mål, og hvem som kan hjelpe til med dette. Ingen mennesker opplever en recoveryprosess alene, og familiemedlemmer og andre støttepersoner spiller ofte en avgjørende rolle. Selvbestemmelse og selvstyring står sentralt i recoveryprosessen.

Recovery dreier seg også om å finne ny mening i livet til tross for de begrensninger psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer setter (Boevink, 2012). Det betyr ikke at en trenger å bli kurert fra disse problemene. Snarere at en aksepterer situasjonen en er i, uten at symptomene styrer ens liv. Psykiske helse- og rusproblemer trenger ikke være til hinder for at en går inn i viktige og verdsatte roller. Å finne ny mening krever at en blir kjent med seg selv og sine talenter, egen sårbarhet og tar ansvar for eget liv. I forskningslitteraturen (for eksempel Borg, mfl., 2013) blir følgende elementer trukket fram som sentrale i bedringsprosessen: 1) Myndiggjøring (empowerment) og gjenvinning av kontroll over eget liv, 2) Reetablering av en positiv personlig og sosial identitet, 3) Tilhørighet med andre, inklusiv personlige forhold, familie og sosial inkludering i nærmiljøet, 4) Håp og optimisme med tanke på fremtiden, 4) Å finne mening og hensikt med livet.

Et område som har kommet sterkere fram i psykisk helse- og rusfeltet de senere årene, er en bevissthet om sosial ulikhet i helse og om hvordan de sosiale forholdene rundt personen både påvirker den psykiske helsa og kan stimulere bedringsprosesser, såkalt sosial recovery. Sosial recovery fokuserer på hvordan bolig, økonomi, arbeid, venner, familie og sosial tilhørighet har betydning for bedringsprosesser hos mennesker med psykiske helse og/ eller rusproblemer (Borg mfl. 2013).

Livskvalitetsbegrepet

Siri Næss (2001) skiller mellom en snever forståelse av begrepet livskvalitet og en vidtfavnende. Den snevre forståelsen innebærer, ifølge Næss, å forstå livskvalitet som subjektivt velvære eller psykisk velvære. Begrepet sees her som et psykologisk begrep som beskriver opplevelser, følelser og vurderinger av intrapsyriske tilstander som for eksempel

kjærlighet, engasjement, selvrespekt, glede, tilfredshet med eget liv, opplevelse av mening i tilværelsen etc. (Næss 2001;43).

I følge Næss (2001) omfatter en mer vidtfavnende forståelse av livskvalitet både helse, psykisk helse, psykisk velvære og levekår som bolig, inntekt, nabolag, familie, arbeid. En slik vid forståelse er også i tråd med World Happiness Report (SDSN, 2015). Et kjernetema i denne rapporten er sosiale faktorerens betydning for opplevelse av livskvalitet og god psykisk helse. Sosiale faktorer, inkludert tillit og støtte i nærmiljøer og lokalsamfunn, blir her ansett som viktige for den enkeltes livskvalitet. Folkehelseinstituttet (2016) har også en relativt bred forståelse av begrepet livskvalitet og definerer det slik:

«Livskvalitet handler om å oppleve glede og mening, vitalitet og tilfredshet, trygghet og tilhørighet, om å bruke personlige styrker, føle interesse, mestring og engasjement. Livskvalitet er derfor en viktig verdi i seg selv. I tillegg har livskvalitet sammenheng med helserelaterte gevinster som bedre fysisk og psykisk helse, sunnere livsstilvalg, sterkere nettverk og sosial støtte. Livskvalitet og trivsel styrker også motstandskraften i møte med belastninger» <http://www.fhi.no/artikler/?id=107961>

Kapittel 3. Metodiske beskrivelser av den forskningsbaserte evalueringen

3.1 Organisering av studien

Denne forskningsbaserte evalueringen har vært gjennomført ved Senter for psykisk helse og rus, fakultet for helsevitenskap ved Høgskolen i Sør-øst Norge. Prosjektansvarlig var professor Stian Biong. Førstelektor Ellen Andvig har hatt ansvaret for å gjennomføre evalueringen i tråd med oppdraget. Evalueringen ble organisert som et samarbeidsprosjekt med Boligtjenesten i Drammen kommune ved prosjektleder i Dvbf, Asgeir Bergseth. Det ble opprettet en kompetansegruppe som besto av en deltaker i Dvbf, en representant fra brukerorganisasjonen RIO (de rusavhengiges interesseorganisasjon), prosjektleder og førsteforfatter. Kompetansegruppa hadde til hensikt å involvere personer med brukererfaring i forskningen, ut fra prinsippet om å forske 'sammen med' i stedet for å bli forsket 'på'. Det bidrar også til å få fram flere stemmer i forskningen og slik få fram flere forståelser av datamateriale og funn.

3.2 Gjennomføring av studien

Arbeidet med studien har foregått i perioden november 2013 til mai 2016 og avsluttes med denne rapporten levert til oppdragsgiver den 1. juni 2016. Siste halvdel av høsten 2013 gikk med til å utforme kontrakt innholdende problemstilling, forskningsspørsmål, metoder for datasamling og for framstilling av studiens resultater. Arbeidet skjedde i nært samarbeid med Boligtjenesten. På et oppstartsmøte 12. november 2013 ble mandatet for evalueringen avklart, og det ble skapt en felles forståelse for hva oppdraget og gjennomføringen innebar. I det videre arbeidet ble studien presentert for kompetansegruppa som bidro i utformingen av intervjuguider. Datasamlingen foregikk i perioden januar 2014 til april 2016. Foreløpige funn ble lagt fram underveis og diskutert med teamet og med kompetansegruppa.

3.3 Evalueringsdesign og metoder for dataskaping

Evalueringsstudien hadde et beskrivende og utforskende design. Evalueringen foregikk fra oppstart og fram til avslutning av prosjektet. Evalueringen fulgte prosessen i prosjektet, samtidig som den fokuserte på resultater ved prosjektets slutt. Kunnskap som ble utviklet underveis gjennom forskningen, ble brakt tilbake til prosjektleder, prosjektgruppe, styringsgruppe, kompetansegruppe, samt deltakere og ansatte i organisasjonen. Det ga muligheter til å skape endringer i praksis underveis i prosjektet.

Som følge av målsettingen for studien, har det vært sentralt å frambringe systematisert og så konkret kunnskap som overhodet mulig. Vår metodologiske tilnærming til

forskningssamarbeidet er gjort med dette for øye. Som tidligere nevnt, ble på denne bakgrunn forskningsspørsmålene formulert slik:

- 1.Hvordan beskriver deltakerne sine erfaringer med å delta i prosjekt Dvbf knyttet til brukerstyring, tjenestenes tilgjengelighet og koordinering?
- 2.Hvordan beskriver de ansatte sitt arbeid i prosjekt Dvbf knyttet til ivaretagelse av brukerstyring, tilgjengelighet, koordinering og tverrfaglig samarbeid?
- 3.Hva er samarbeidspartnernes erfaringer med å samarbeide med ansatte i Dvbf knyttet prosjektets ivaretagelse av brukerstyring, tjenestenes tilgjengelighet og koordinering?
- 4.Hvordan beskriver deltakerne endringer i eget liv etter at de ble med i prosjektet knyttet til bruk av rusmidler, psykisk helse, fysisk helse, livskvalitet og arbeid/skole?

For å svare på forskningsspørsmålene ble det lagt opp til en triangulering av metoder. Det betyr at data ble skapt både ved hjelp av kvantitative målinger og bruk av spørreskjema og ved kvalitative undersøkelser (ved individuelle intervjuer, flerstegs fokusgruppeintervjuer og telefonintervjuer). Forskingen ble organisert i tre delstudier, to kvantitative delstudier og en kvalitativ delstudie. Den kvantitative delstudie 1 dreide seg om de ansattes registreringer av sosiale, helsemessige og rusrelaterte forhold hos deltakerne. Den kvantitative delstudie 2 var registrering av rusbruk, helse og sosial fungering hos deltakerne ved hjelp av Treatment Outcome Profile (TOP)-skjema. Den kvalitative delstudie 3 dreide seg om kvalitative intervjuer med deltakere, flerstegs fokusgruppeintervjuer med ansatte og telefonintervjuer med samarbeidspartnere.

3.4 Kvantitativ delstudie 1 – de ansattes registreringer

Denne delstudien er en kvantitativ registrering av sosiale og psykiske helse- og rusforhold ved målgruppen og dens utvikling.

Utvalg

Utvalget besto av 53 deltakere.

Dataskaping

Teamet gikk gjennom den enkelte deltakers situasjon og registrerte en rekke parametere både ved inntak og løpende hver måned for å følge utviklingen. Registreringen ble gjort av teamet, uten at deltager var direkte involvert. Registreringen ble kun gjort for utarbeidelse av statistikk og hadde ingen praktisk betydning for arbeidet med den enkelte deltager. Ved inntak ble følgende parametere registrert: alder, kjønn, sivilstand, eventuelt antall barn, eventuelt samvær

med barn, hvor deltager ble henvist fra, boligstatus, økonomi/ytelse, kontakt med hvilken virksomhet, individuell plan, økonomisk forvaltning, legemiddel assistert rehabilitering, teamet oppfattelse av hoved og sekundærproblem og teamet oppfattelse av deltakernes psykiske helse- og rusituasjon. Denne registreringen ble gjort kort tid etter inntak og ble ikke endret.

For å følge utviklingen gjorde teamet en månedlig vurdering av den enkelte deltaker under hele deltakelsen i prosjektet, basert på følgende parametere: lengde på deltagelse, boligstatus, om deltaker flyttet og eventuelt hvordan bolig ble skaffet, om deltaker mistet bolig under deltakelse i prosjektet, om Dvbf forhindret utkastelse, individuell plan, økonomisk forvaltning, legemiddelassistert rehabilitering, økonomi/ytelse, teamets oppfattelse av deltakers psykiske helse- og rusituasjon, og teamets oppfattelse av i hvilken grad rus påvirker deltager negativt.

Analyse

Registreringene av hver deltager ble gjort i SuperOffice. Deretter ble data eksportert til Excel for sammenstilling og opptelling. Tallene som blir presentert som funn, er hentet direkte fra dette excelarket.

3.5 Kvantitativ Delstudie 2 -TOP-studien

Delstudie 2 baserte seg på registreringer av bruk av rusmidler, helse og sosial fungering hos deltakerne gjennom bruk av TOP-skjemaer (vedlegg 9). TOP er et rapporteringsverktøy som er en del av et større system for behandling og rehabilitering av personer med psykiske helse- og rusproblemer utarbeidet av National Treatment Agency for substance misuse i Storbritannia (<http://www.nta.nhs.uk/healthcare-TOP.aspx>). Dvbf brukte kun rapporteringsskjemaet og ikke andre elementer av dette systemet.

Utvalg

Det var i alt 42 forskjellige personer som deltok i denne studien. Det ble totalt gjennomført 132 intervjuer med de 42 deltakerne. Tabell 1 viser generelle karakteristika ved de 42 deltakerne.

Tabell 1. Generelle karakteristika ved deltakerne

Variabler	Kategorier	Fordeling (Totalt N = 42)	
		N =	%
Kjønn	Kvinne	8	19.0
	Mann	34	81.0
Alder	30 eller yngre	12	28.6
	31-40	12	28.6
	41-50	9	21.4
	51 eller eldre	9	21.4
Antall gjennomførte intervjuer	1	13	31.0
	2	5	11.9
	3	8	19.0
	4	2	4.8
	5	9	21.4
	6	3	7.1
	7	2	4.8

Dataskaping

Med TOP-skjemaet ble deltakernes bruk av rusmidler og helse og sosial fungering registrert. Helse- og sosial fungering ble målt gjennom egen vurdering av psykisk helse, dager i betalt arbeid, dager vært på skole, egen vurdering av fysisk helse, boligstatus, akutt boligproblem, risiko for utkastelse og egen vurdering av livskvalitet. Skjemaene ble fylt ut ved at en ansatt stilte spørsmålene i skjemaet til deltaker og registrerer svarene som deltageren ga. TOP-registreringen foregikk gjennom hele prosjektperioden. Den ble gjennomført systematisk hver 3. måned fra siste del av 2014 og fram til mars 2016.

Analyse

Det ble benyttet statistisk, deskriptiv analyse av materialet fra TOP-skjemaene gjennom bruk av IBM SPSS Statistikk versjon 22. Analysen ble gjennomført av professorene Bengt Karlsson og Suzie Heesook Kim ved Senter for psykisk helse og rus, Høgskolen i Sørøst-Norge. De kvantitative funnene framstilles i ulike tabeller under hovedoverskriftene A. Bruk av rusmidler, B. Fysisk helse, psykisk helse og livskvalitet og C. Arbeid og skole.

3.6 Kvalitativ delstudie 3

Den kvalitative delstudien omfatter individuelle intervjuer med prosjektdeltakere, flerstegs fokusgruppeintervjuer med prosjektteamet og telefonintervjuer med samarbeidspartnere. Alle intervjuene ble gjennomført av førstelektor Ellen Andvig.

Utvalg

Deltakere: Deltakerne ble forespurt av prosjektleder i Dvbf om å delta i intervju. 23 deltakere ble intervjuet, fem kvinner og 18 menn. Den yngste var født i -93 og den eldste i -49. Fem deltakere ble intervjuet to ganger, første gang tidlig i forløpet og andre gang sent i forløpet.

Ansatte: Utvalget besto av de fem ansatte i prosjektteamet. Det var to kvinner og tre menn. Alderen var fra rundt 30 til rundt 60 år. Av yrkesbakgrunn var det ansatte med sykepleierutdanning, sosionomutdanning, samfunnsvitenskapelig utdanning, og utdanning innen psykologifag. De hadde yrkeserfaring fra kriminalomsorgen, psykisk helse, LAR, kommunal rustjeneste og NAV. Alle fem deltok i alle fem fokusgruppeintervjuene. Det ble også gjennomført en rekke samtaler med prosjektleder for å innhente opplysninger underveis i prosjektet.

Samarbeidspartnere: Utvalget besto av seks samarbeidspartnere, fire menn og to kvinner. En arbeidet ved LAR Buskerud, to arbeidet ved NAV Drammen, en arbeidet ved Senter for rusforebygging, en på Fretex og en var gårdeier som drev privat utleie av boliger.

Dataskaping

Tabell 2 viser oversikt over hvordan dataskapingen i delstudie 3 foregikk.

Tabell 2. Oversikt over dataskaping i kvalitativ delstudie 3

Informanter	Type data	Antall informanter
Deltakere i prosjektet	Individuelle intervjuer	23 (5 av disse ble intervjuet 2 ganger)
Ansatte i prosjektet	Flerstegs fokusgruppeintervju	5
Samarbeids-partnere	Telefonintervjuer	6

Prosjektdeltakere: Data fra prosjektdeltakerne ble innhentet gjennom kvalitative, individuelle intervju. Det kvalitative forskningsintervju er egnet som metode for å avdekke menneskelige erfaringer relatert til ulike problemstillinger (Kvale & Brinkman, 2011). Målet var å innhente rike beskrivelser av deltakernes hverdagslivserfaringer. Intervjuene ble gjennomført som en åpen samtale med en temabasert intervjuguide. Den fokuserte på deres erfaringer med å delta i prosjektet (vedlegg 1).

Intervjuer med deltakere ble gjennomført i fire puljer, første gang mars-mai 2014, andre gang i nov 2014-febr. 2015, tredje gang i april-mai 2015 og fjerde gang i okt-nov 2015.

Tabell 3. Oversikt over gjennomføring av intervjuer med deltakere

	Antall intervjuer	Varighet på deltakelse i prosjektet på intervju-tidspunkt	Intervjuet for første eller andre gang
Pulje 1	12	4-6 måneder	Første gang
Pulje 2	6	1 år – 1,5 år	Første gang
Pulje 3	5	1 i 6 måneder 3 i 2 år	Første gang 2 for andre gang, 1 for første gang
Pulje 4	4	2 år - 2,5 år	Andre gang

De fleste intervjusamtalene varte fra en halvtime til tre kvarter, med unntak at to som varte 15 minutter og to som varte 90 minutter. 26 intervjuer fant sted på byens folkebibliotek, og to foregikk hjemme hos deltakere.

Prosjektansatte: Dataskapingen med de ansatte foregikk i fem fokusgruppeintervjuer i perioden februar 2014 til november 2015. Alle fokusgruppeintervjuene varte en og en halv time og ble gjennomført med ca et halvt års mellomrom i evalueringsperioden. Førsteforfatter ledet fokusgruppene. Flerstegs fokusgruppeintervjuer karakteriseres av at samme gruppe undersøker et fokusert tema gjennom flere møter (Hummelvoll, 2008). Fokusgruppeintervjuene med ansatte foregikk som granskende samtaler om deres erfaringer med å delta underveis i prosjektperioden. Fokusgruppesamtaler kan gi mulighet til kunnskapsutvikling og læring for de som deltar (Andvig, 2014).

Det ble benyttet en temabasert intervjuuguide som var knyttet til de ansattes erfaringer med å arbeide i prosjektet (vedlegg 2). Intervjuene foregikk på de ansattes arbeidsplass, og de ble tatt opp digitalt.

Samarbeidspartnere: I første omgang ble det forsøkt å innhente data fra samarbeidspartnere ved bruk av spørreskjema. Et spørreskjema ble utarbeidet og sendt på mail til 25 personer som prosjektleder definerte som aktuelle samarbeidspartnere. Det kom kun tre svar. Derfor ble det besluttet å gjennomføre individuelle telefonintervjuer med samarbeidspartnere i stedet, basert på en temabasert intervjuguide (vedlegg 3). Prosjektleder formidlet mailadresse til åtte sentrale samarbeidspartnere, og forespørsel om deltakelse i telefonintervju ble sendt til dem på mail. Seks samarbeidspartnere svarte positivt og ble intervjuet. Hvert telefonintervju varte fra tre kvarter til en time og ble gjennomført i perioden april - mai 2015. Det ble tatt notater av sitater underveis i intervjuene. I etterkant av hvert intervju ble det skrevet et mer utfyllende referat med sitater.

Analyse av det kvalitative datamaterialet

Datamaterialet fra intervjuene med deltakerne, fra fokusgruppeintervjuer med ansatte og fra telefonintervjuene med samarbeidspartnere ble analysert med bruk av kvalitativ innholdsanalyse etter Graneheim & Lundman (2004). Analyseprosessen foregikk gjennom flere steg. Lydopptakene av intervjuene ble nedskrevet ord for ord. Intervjuutskriftene ble lest flere ganger av forskeren for å få et helhetsbilde av innholdet, samtidig som innholdet ble reflektert mot forskningsspørsmålene. Dette resulterte i at sentrale utsagn ble identifisert, markert og sortert i grupper med likartet innhold. Gruppene ble fortettet til meningsbærende enheter som fremdeles var nær den opprinnelige teksten, det manifeste innholdet. De meningsbærende enhetene ble abstrahert til en rekke tema som ble eksemplifisert med tekst basert på utsagn fra de som deltok i intervjuene.

3.7 Etiske overveielser

Studien ble anbefalt av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (prosjekt nr. 36241, vedlegg 8). Deltakerne, ansatte og samarbeidspartnere fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien (vedlegg 4, 5 og 6) av prosjektledelsen. I informasjonen ble det lagt vekt på at de kunne trekke seg når som helst og uten å oppgi grunn så lenge evalueringen pågikk. Det ville ikke få noen konsekvenser for dem. Dessuten ble det lagt vekt på konfidensialitet i behandlingen av data. Alle som deltok i intervju, skrev under på en samtykkeerklæring (vedlegg 7). Ved gjennomføring av intervjuene var etisk holdning, respekt og lydhørhet viktige prinsipper, og

intervjuene foregikk på de intervjuedes premisser. For å ivareta mest mulig anonymitet i framstillingen av datamaterialet i denne rapporten, omtales informantene konsekvent som *han*.

Kapittel 4. Presentasjon av funn

I dette kapitlet presenterer vi funn fra tre delstudier: 1) kvantitativ delstudie 1, de ansattes registreringer, 2) kvantitativ delstudie 2, TOPstudien og 3) kvalitativ delstudie 3, intervjuer med deltakere, ansatte og samarbeidspartnere.

4.1 Kvantitativ delstudie 1 – de ansattes registreringer

Her presenteres funn fra teamets registreringer knyttet til generelle data om målgruppen, deltakernes bosituasjon ved inntak, bostabilitet, flytting, boligtildeling, deltakernes ROP-sitasjon ved inntak og inntekt / ytelse.

Uttrykket som refereres til som ‘inntak’, er teamets vurdering av situasjonen 2-4 uker etter inntak i prosjektet. Uttrykket ‘løpende’ betyr oppdatert informasjon på de samme parameterne. I denne presentasjonen blir det ikke tatt høyde for eventuelle reverserte endringer mellom inntak og løpende situasjon. Eksempel på dette kan være en deltager som kom inn i prosjektet uten bolig, fikk bolig, men mistet denne. I tallmaterialet vil da dette eksempelet oppsummeres som at deltaker var uten bolig gjennom hele prosjektet. For avsluttede deltagere er det status ved avslutning som blir stående. Dette er da ikke nødvendigvis den reelle situasjonen pr. dags dato.

Generelle data om målgruppa

Til sammen har 53 personer vært deltakere i prosjektet siden oppstart okt/nov 2013. Pr. 25.04.2016 var 32 deltakere med i prosjektet. 21 deltakere har blitt avsluttet siden okt/nov 2013. 11 av dagens deltakere har vært med fra oppstart. Gjennomsnittsalderen på de 53 deltakerne var 38 år. Det var 41 menn og 12 kvinner. 50 var enslige og 3 hadde samboere.

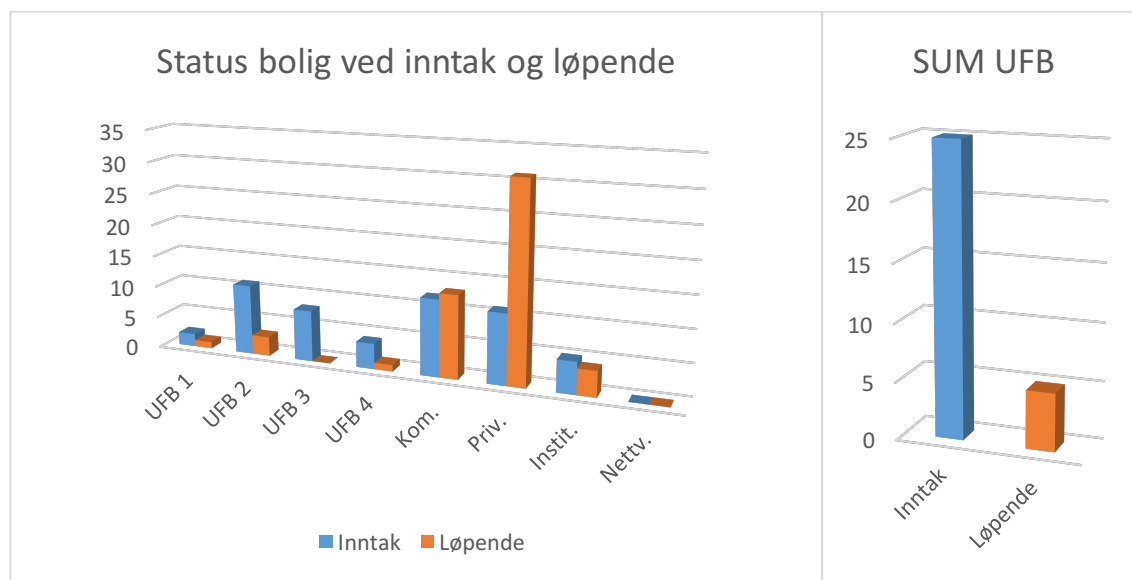
De fleste deltakerne ble henvist fra ulike virksomheter i kommunen, men det kom også deltakere fra andre instanser. Av de 53 deltakerne totalt, ble 26 personer rekruttert fra Senter for rusforebygging, 14 fra NAV og 1 person fra virksomheten Psykisk helse. 8 deltakere ble henvist fra annet tjenesteapparat som DPS, Fretex og GUTS (en privat stiftelse som gir omsorgstilbud til rusavhengige). 2 personer oppsøkte Dvbf på egen hånd.

Deltakernes bosituasjon ved inntak

Av de 53 deltakerne totalt, var 25 personer bostedsløse (i henhold til nasjonal definisjon), da de ble med i prosjektet. 23 personer hadde bolig fra før. Av disse hadde 12 kommunal bolig og 11 hadde privat bolig. 5 personer kom fra institusjon. Av de 5 som var i institusjon ved inntak, er fortsatt 2 i institusjon, 1 bor i kommunal bolig og 2 bor privat. Estimert ventetid på å få bolig gjennom prosjektet var 3-4 uker. Av de 25 deltagerne som var uten fast bolig, fikk 20 fast bolig etter innkomst i prosjektet. Av disse fikk 6 deltakere kommunal bolig og 14 fikk bolig på det

private leiemarkedet. 4 deltakere bodde midlertidig hos foreldre/slektninger. Teamet vurderte det slik at de som bodde midlertidig hos slektninger, ikke opplevde det som en belastning.

Fig 1. Status bolig ved inntak og løpende



Flytting

34 av prosjektets deltagere flyttet i løpet av den perioden de var deltagere i prosjektet. Av disse skaffet 14 deltakere seg bolig på egen hånd, mens 9 fikk bistand til å skaffe bolig selv. Dvbf-teamet skaffet bolig til 11 deltakere. Teamet arbeidet mye med å kaffe boliger i det private markedet, men dette ble erfart som svært arbeidskrevende og ga dårlig resultat. Basert på at relativt mange innen målgruppen greide å skaffe bolig enten på egenhånd eller med bistand, valgte teamet å rette ressursbruken mot dette, fremfor å skaffe boliger til deltagerne selv.

Bostabilitet

83 % av det totale antall deltakere har klart å bli boende i boligen etter innkomst i prosjektet. 9 personer (18 %) mistet boligen (utkastelse) underveis og har fått ny bolig. Av disse har 8 blitt kastet ut en gang hver, en har blitt kastet ut to ganger. Grunnen er hovedsakelig manglende betalt husleie. De prosjektansatte har forhindret 22 utkastelser.

Boligtildeling

Av prosjektets 53 deltagere (pr. 25.4.16) var 47% av disse i en av de fire kategoriene 'uten fast bolig' ved inntak. Status ved avslutning eller nåsituasjonen for de som fortsatt er deltagere, er 9% uten fast bolig og av disse bor 3 av 5 hos familie. Både Boligtjenesten og Senter for rusforebygging rapporterer om færre som søker/står på venteliste for kommunal bolig. Å

redusere antallet uten fast bolig med 35% poeng anses av teamet og Boligtjenesten som en suksess. Dette understøttes også av tallene fra Boligtjenesten og Senter for rusforebygging, selv om disse ikke kan tallfestes konkret.

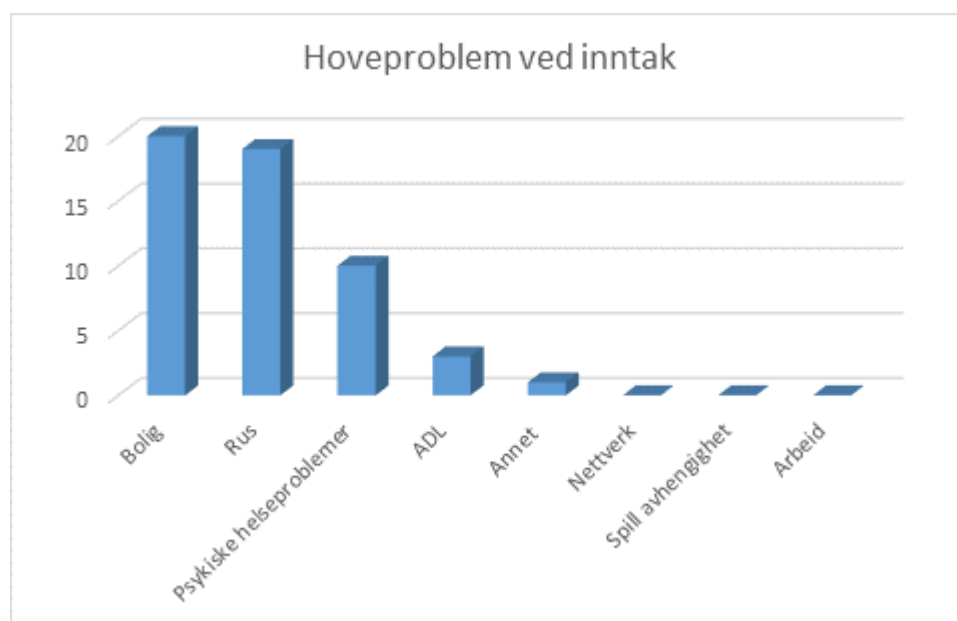
Dvbf-teamets vurdering av deltakernes hovedproblem ved inntak

Teamet registrerte sin vurdering av hoved- og sekundær problemene til deltagerne ved inntak. Hovedproblem ved inntak hos de 53 deltakerne totalt, ble vurdert på følgende måte:

20 personer hadde boligproblemer som sitt hovedproblem. (Teamet differensierte ikke årsaken til at deltagere hadde utfordringer med bolig. Eksempler på slike bakenforliggende årsaker kunne være økonomi i form av gjeld eller manglende midler til depositum, angst for å gå på visning eller stigmatisering). 19 personer hadde rus som sitt hovedproblem. (Det kunne dreie seg om at personen var psykisk og /eller fysisk preget av årelangt rusbruk eller det var rusadferd som skapte problemer for deltakeren. Rusadferd kunne være festing, samling, bruk av vold eller at deltager tiltrakk seg bekjenskaper som ga utfordringer. 10 personer hadde psykiske helseproblemer som sitt hovedproblem. 3 personer hadde ADL (activities of daily living) som sitt hovedproblem, 1 person hadde annet som sitt hovedproblem.

Teamets vurdering av deltakernes hovedproblem illustreres slik:

Fig 2. Hovedproblem ved inntak



Teamets vurdering av deltakernes ROP-situasjon med inntak og løpende

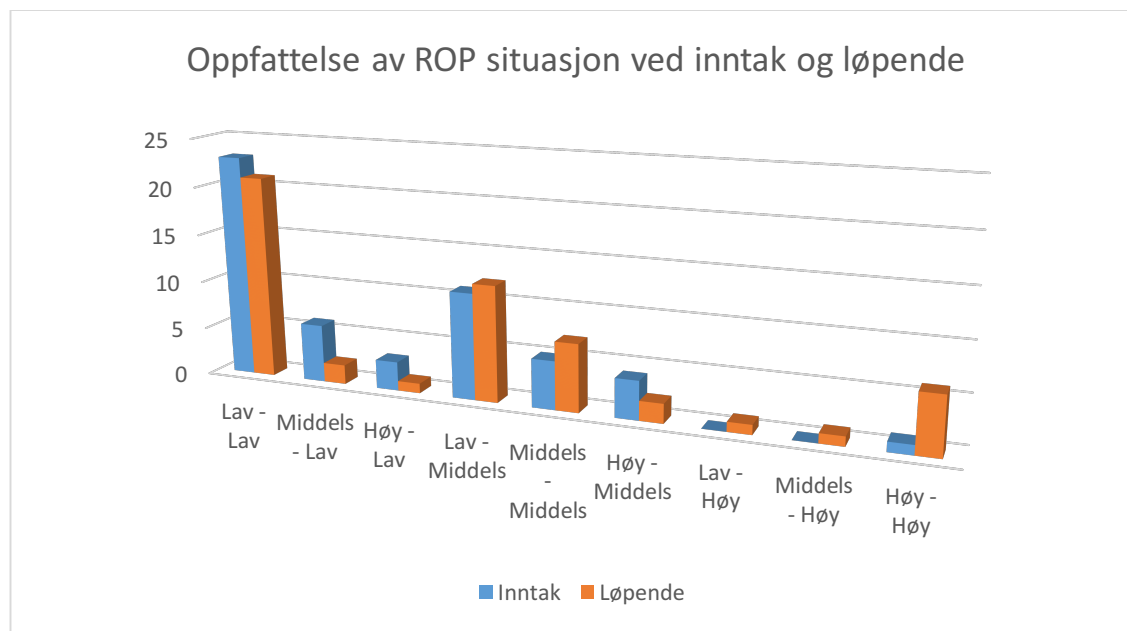
Teamet gjorde også vurderinger av hvordan de oppfattet deltakernes ROP- situasjon, både ved inntak og løpende. De skåret sin vurdering etter kriteriene lav-middels-høy på både rusproblemer og psykiske helseproblemer.

ROP- situasjon vurdert ved inntak for det totale antall deltagere (53 personer), fordelte seg slik: Lav-Lav hos 23 personer, (innebærer at 23 personer hadde lav grad av rusproblemer og lav grad av psykiske helseproblemer). Middels – Lav hos 6 personer, (innebærer at 6 personer hadde middels grad av rusproblemer og lav grad av psykiske helseproblemer). Høy-Lav hos 3 personer, (innebærer at 3 personer hadde høy grad av rusproblemer og lav grad av psykiske helseproblemer). Lav-Middels hos 11 personer, (innebærer at 11 personer hadde lav grad av rusproblemer og middels grad av psykiske helseproblemer). Middels- Middels hos 5 personer, (innebærer at 5 personer hadde middels grad av rusproblemer og middels grad av psykiske helseproblemer). Høy – Middels hos 4 personer, (innebærer at 4 personer hadde høy grad av rusproblemer og middels grad av psykiske helseproblemer). Høy-Høy hos en person (innebærer at en person hadde høy grad av rusproblemer og høy grad av psykiske helseproblemer).

Teamet gjorde også en vurdering av hvordan de oppfattet ROP-situasjonen løpende. Eller sagt på en annen måte, når de ble bedre kjent med deltageren. Dette gir følgende fordeling, for alle

53 deltagerne: Lav-lav: 21, middels-lav: 2, høy-lav: 1, lav-middels: 12, middels-middels: 7, høy-middels: 2, lav-høy: 1, middels-høy: 1, høy-høy: 6.

Fig 3. Teamets oppfatning av ROP-situasjonen ved inntak og løpende



Kommentarer til vurderingen av deltakernes ROP-problemer

Det er verd å merke seg at ca. halvparten av deltakerne vurderes ved innkomst til å ha lav grad av både psykiske helseproblemer og rusproblemer. Det er også viktig å merke seg at underveis i forløpet er det en tendens til at det blir færre med lav grad av psykiske helseproblemer og rusproblemer, mens det er flere med mer alvorlige problemer. Det gjelder spesielt rusproblemer.

Teamets vurdering av deltakernes inntekt/ytelse

Teamet registrerte også hvilken inntektskilde deltagerne hadde både ved inntak og løpende. Ved inntak hadde, av totalt 53 deltagere, ingen arbeidsinntekt, 28 arbeidsavklaringspenger, 4 ufør, 15 sosialhjelp, 4 var fordelt mellom sykepenger, dagpenger og tiltakspenger og 2 hadde ingen legal inntekt. Den løpende registreringen viste følgende fordeling: 5 deltagere med arbeidsinntekt, 28 arbeidsavklaringspenger, 5 ufør, 14 sosialhjelp, 1 på sykepenger og ingen uten legal inntekt.

Kommentar til inntekt/ytelse

Det mest åpenbare resultatet å merke seg, er at det fra å være ingen deltagere med arbeidsinntekt, er det blitt nesten 10% som har fått arbeidsinntekt etter at de ble deltagere i Dvbf.

Oppsummering

Vedørende boligsituasjon viser tallene at teamet tok inn et lite flertall uten fast bolig. Tallene viser også at nærmere halvparten av deltakerne hadde bolig fra før. Tallene tyder også på deltakerne i stor grad greide å beholde boligene sine. Det er interessant å merke seg at over 2/3 av de som har flyttet, har enten skaffet bolig helt på egen hånd eller med litt bistand fra teamet. Det kan tolkes som at det bor mange uutnyttede ressurser i målgruppen som kan vokse ved bistand. Det kan også være at andre forstyrrende elementer stabiliseres av teamets tilstedeværelse.

4.2 Kvantitativ delstudie 2 - TOP-studien

Her blir funn fra TOP-studien presentert. De kvantitative funnene framstilles i ulike tabeller under hovedoverskriftene A Bruk av rusmidler, B Fysisk helse, psykisk helse og livskvalitet, C. Arbeid og skole.

A.Bruk av rusmidler

Tabell 4. Bruk av rusmidler ved første intervju

Deltakernes bruk av rusmidler ved det første intervju tidspunktet (Ingen brukte crack eller kokain og bare en brukte opiat)	Alkohol	26	61.9
	Amfetamin	6	14.3
	Cannabis	8	19.0
	Andre rusmidler	3	7.1
Bruk av rusmidler	Ingen	9	21.4
	Bare cannabis eller med andre rusmidler	2	4.8
	Bare amfetamin eller med andre rusmidler	5	11.9
	Bare alkohol	20	47.6
	Alkohol i kombinasjon med et eller flere andre rusmidler	6	14.3

Tolkninger: (1) De fleste av deltakerne brukte alkohol (62%). Blant disse deltakerne brukte de fleste kun alkohol, og ikke i kombinasjon med andre typer rusmidler.

Tabell 5. Bruk av rusmidler ved intervju tidspunktet.

Type rusmidler	Fordeling (Totalt N = 132)	
	Ja (%)	Nei (%)
Alkohol	84 (63.6)	48 (36.4)
Amfetamin	16 (12.1)	116 (87.9)
Cannabis	27 (20.5)	105 (79.5)
Andre rusmidler	7 (5.3)	125 (94.7)

Tabell 6. Bruk av rusmidler relatert til kjønn og alder.

		Typer av rusmidler					
		Ingen	Bare Cannabis eller sammen med andre	Bare amfetamin eller sammen med andre	Bare alkohol	Alkohol sammen med et eller flere rusmidler	TOTALT
		[N = 33 (25.0%)]	[N = 6 (4.5%)]	[N = 9 (6.8%)]	N = 61 (46.2%)]	[N = 23 (17.4%)]	[N = 132]
Kjønn	Kvinne	10 (35.7)	0 (0.0)	5 (17.9)	8 (28.6)	5 (17.9)	28 (21.2) (100.0)
	Mann	23 (22.1)	6 (5.8)	4 (3.8)	53 (51.0)	18 (17.3)	104 (78.8) (100.0)
	Statistikk: $\chi^2 = 11.996^*$ (df=4; p = .017)						
Alder	30 eller yngre	10 (19.6)	4 (7.8)	1 (2.0)	30 (58.8)	6 (11.8)	51 (38.6) (100.0)
	31-40	9 (26.5)	1 (2.9)	3 (8.8)	11 (32.4)	10 (29.4)	34 (25.8) (100.0)
	41-50	7 (25.9)	1 (3.7)	5 (18.5)	7 (25.9)	7 (25.9)	27 (20.5) (100.0)
	51 eller eldre	7 (35.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (65.0)	0 (0.0)	20 (15.2) (100.0)
	Statistikk $\chi^2 = 27.993^{**}$ (df=12; p = .006)						

*p signifikant ved .05; **p signifikant ved .01

Blant de deltakerne som ble intervjuet, var det en større sannsynlighet for at menn enn kvinner hadde et rusproblem.

Forskjellen mellom deltakernes alder og type rusmiddel

Tabell 6 viser at deltakerne i den eldste aldersgruppen hadde en tendens til å bruke utelukkende alkohol som rusmiddel og ingen andre på intervju tidspunktet. Tabellen viser videre at de to midterste aldersgruppene, 31-40 og 41-50, hadde større sannsynlighet en den yngste og eldste aldersgruppen til å bruke andre rusmidler eller i en kombinasjon med alkohol og andre rusmidler.

Tabell 7. Bruk av rusmidler relater til kjønn, alder og intervju tidspunkt.

Bruk av rusmidler		Kjønn				Statistikk
		Kvinne [N = 28 (21.2%)]	Mann [N = 104 (78.8%)]	Totalt [N = 132]		
Alkohol (N = 132)	Ja	13 (15.5)	71 (84.5)	84 (63.6) (100.0)	$\chi^2 = 4.548^*$ (df=1; p = .033)	
	Nei	15 (31.3)	33 (68.8)	48 (36.4) (100.0)		
Amfetamin (N = 132)	Ja	5 (31.1)	11 (68.8)	16 (12.1) (100.0)	$\chi^2 = 1.098$ (df=1; p = .295)	
	Nei	23 (19.8)	93 (80.2)	116 (87.9) (100.0)		
Cannabis (N = 132)	Ja	6 (22.2)	21 (77.8)	27 (20.5) (100.0)	$\chi^2 = 0.021$ (df=1; p = .886)	
	Nei	22 (21.0)	105 (79.5)	105 (79.5) (100.)		
Andre rusmidler (N = 132)	Ja	1 (14.3)	6 (85.7)	7 (5.3) (100.0)	$\chi^2 = 0.212$ (df=1; p = .645)	
	Nei	27 (21.6)	98 (78.4)	125 (94.7) (100.0)		

Bruk av rusmidler		Alder					Statistikk
		30 eller yngre [N = 51 (38.6%)]	31-40 [N = 34 (25.8%)]	41-50 [N = 27 (20.5%)]	51 eller eldre [N = 20 (15.2%)]	Totalt [N = 132]	
Alkohol (N = 132)	Ja	36 (42.9)	21 (25.0)	14 (16.7)	13 (15.5)	84 (63.6) (100.0)	$\chi^2 = 0.212$ (df=1; p = .645)
	Nei	15 (31.3)	13 (27.1)	13 (27.1)	7 (14.6)	48 (36.4) (100.0)	
Amfetamin (N = 132)	Ja	1 (6.3)	5 (31.3)	10 (62.5)	0 (0.0)	16 (12.1) (100.0)	$\chi^2 = 23.650^{**}$ (df=3; p < .001)
	Nei	50 (43.1)	29 (25.0)	17 (14.7)	20 (17.2)	116 (87.9) (100.0)	
Cannabis (N = 132)	Ja	10 (37.0)	8 (29.6)	9 (33.3)	0 (0.0)	27 (20.5) (100.0)	$\chi^2 = 8.115^*$ (df=3; p = .044)
	Nei	41 (39.0)	26 (24.8)	18 (17.1)	20 (19.0)	105 (79.5) (100.)	
Andre rusmidler	Ja	0 (0.0)	5 (71.4)	2 (28.6)	0 (0.0)	7 (5.3) (100.0)	$\chi^2 = 10.200^*$ (df=3;

(N = 132)	Nei	51 (40.8)	29 (23.2)	25 (20.0)	20 (16.0)	125 (94.7) (100.0)	p = .017)
TOTALT		51 (38.6)	34 (25.8)	27 (20.5)	20 (15.2)	132 (100.0)	
Bruk av rusmidler		Intervjutidspunkt					
		Ved inntak [N = 31 (23.5%)]	Ved planrevisjon [N = 97 (73.5%)]	Ved eller etter utskriving [N = 4 (3.0%)]	Totalt [N = 132]	Statistikk	
Alkohol (N = 132)	Ja	20 (23.8)	61 (72.6)	3 (3.6)	84 (63.6) (100.0)	$\chi^2 = 0.257$ (df=2; p = .879)	
	Nei	11 (22.9)	36 (75.0)	1 (2.1)	48 (36.4) (100.0)		
Amfetamin (N = 132)	Ja	4 (25.0)	12 (75.0)	0 (0.0)	16 (12.1) (100.0)	$\chi^2 = 0.575$ (df=2; p = .750)	
	Nei	27 (23.2)	85 (73.3)	4 (3.4)	116 (87.9) (100.0)		
Cannabis (N = 132)	Ja	5 (18.5)	22 (81.5)	0 (0.0)	27 (20.5) (100.0)	$\chi^2 = 1.680$ (df=2; p = .432)	
	Nei	26 (24.8)	75 (71.4)	4 (3.8)	105 (79.5) (100.)		
Andre rusmidler (N = 132)	Ja	2 (28.6)	5 (71.4)	0 (0.0)	7 (5.3) (100.0)	$\chi^2 = 0.310$ (df=2; p = .857)	
	Nei	29 (23.2)	92 (73.6)	4 (3.2)	125 (94.7) (100.0)		

*p signifikant ved .05; **p signifikant ved .01

Tabell 8. Deskriptiv statistikk for total bruk av rusmidler i løpet av 4 uker.

Måleområder	Valid N	Minimumsverdi	Maksimumsverdi	Gjennomsnitt	Standardavvik
Alkohol totalt (enheter)	84	1.00	784.00	81.3333	154.27532
Amfetamin totalt (gr.)	18	.20	84.00	16.9500	20.26298
Cannabis totalt (gr.)	28	.60	100.00	10.0232	20.83989
Andre rusmidler totalt (gr.)	9	.28	840.00	97.0133	278.63832

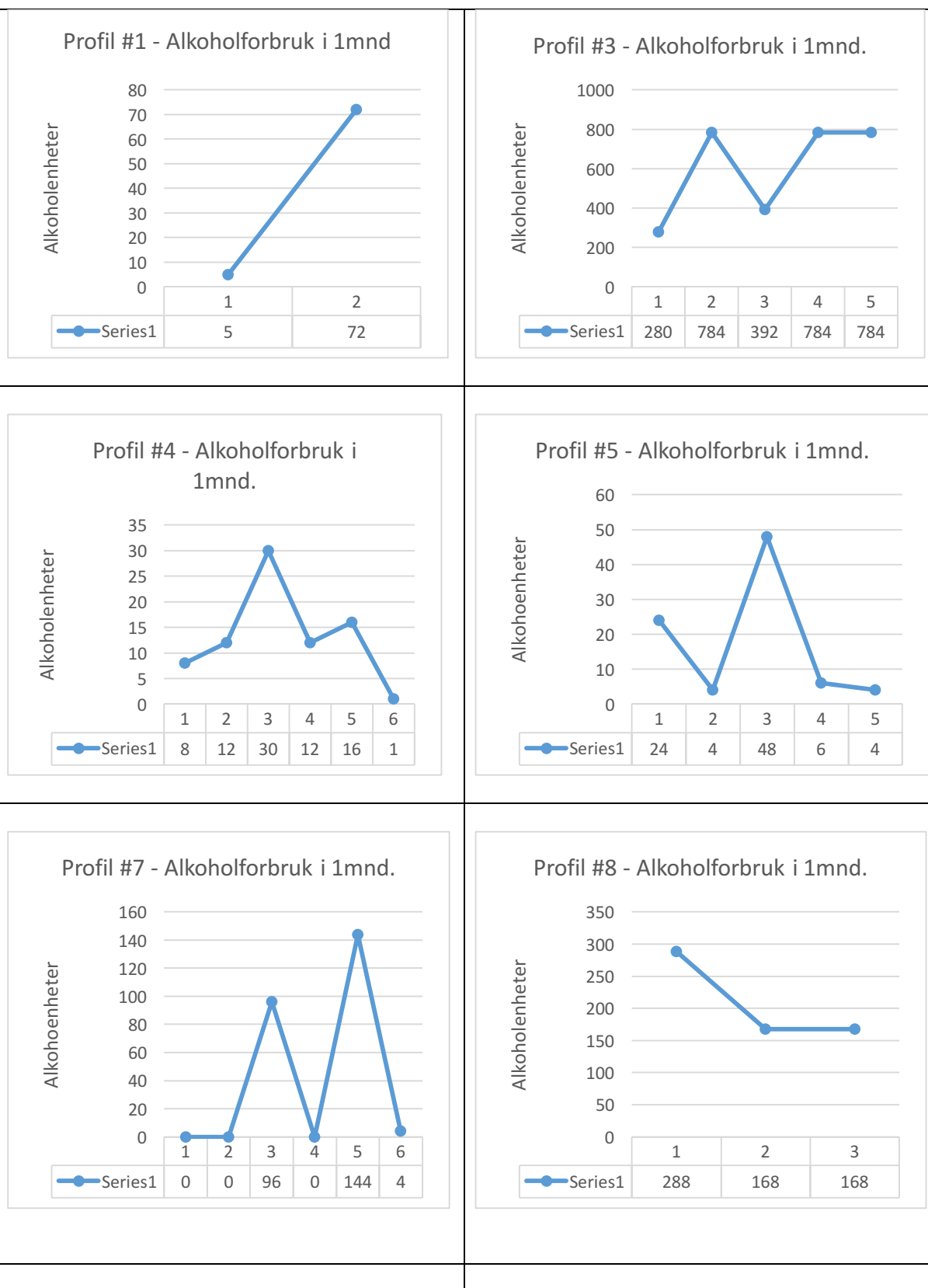
MERK: Totalt gjennomsnittstall for Cannabis og andre stoffer har blitt forskjøvet på grunn av et ekstremt høy verdi i hver av disse variablene.

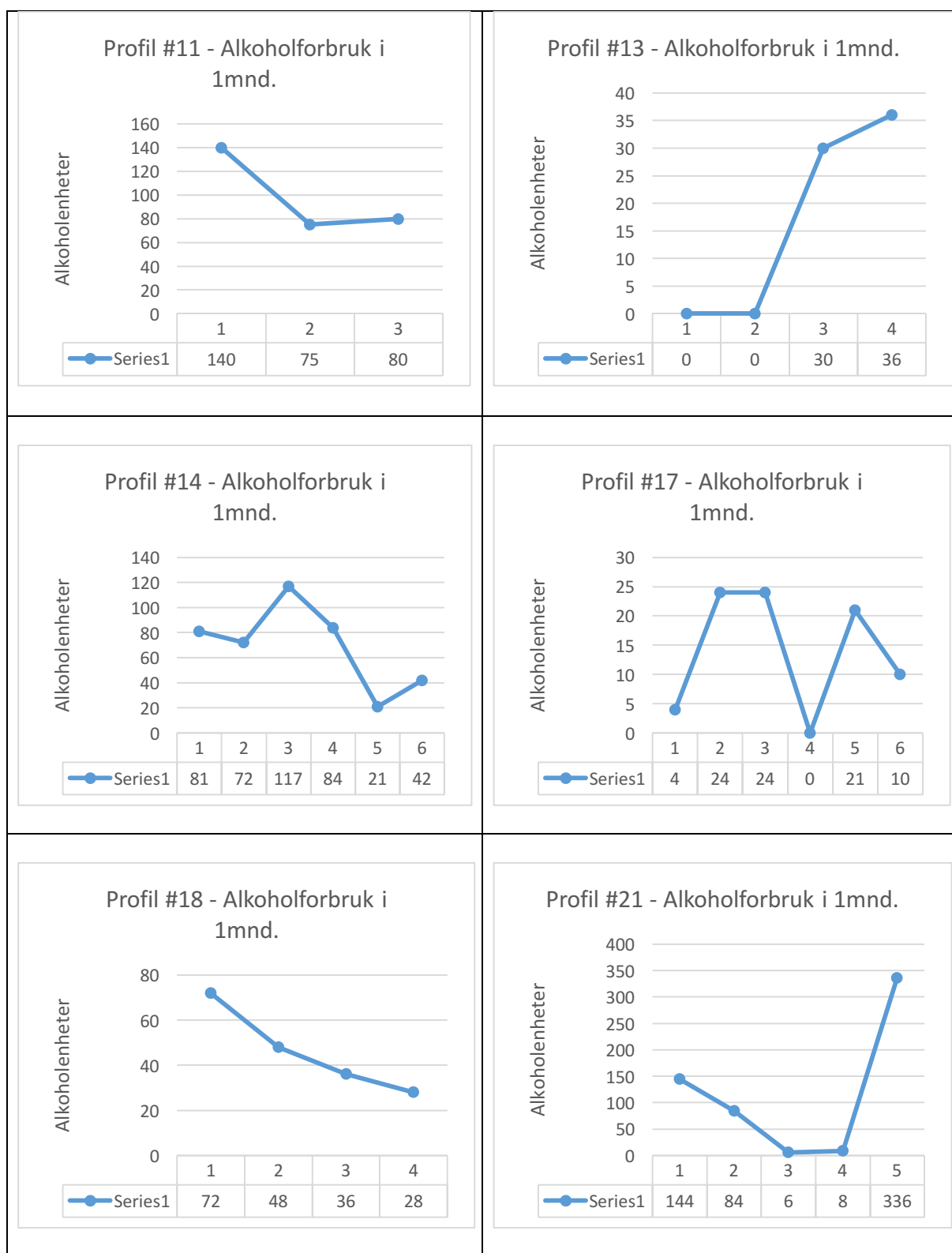
Enkeltprofiler og gjennomsnittsverdier av rusbruk ved ulike intervju tidspunkter.

I det følgende presenteres data fra deltakerne i resultatprofil (TOP). Datamaterialet er for lite til å kunne peke på noen bastante mønstre eller tendenser fra perioden for utfylling av TOP. Dette kan forklares med at det bare var 29 personer av totalt 42 som hadde mer enn ett intervju. Det er denne gruppen av 29 som danner grunnlag for å vurdere om det har skjedd noen endringer knyttet til rusbruk i løpet av perioden mellom forskjellige intervjuer. Det som gjør at datamaterielt ikke kan peke på mønstre, tendenser eller signifikante forskjeller er at det er et for lite materiale. I tillegg har ulike antall personer hatt 2, 3, 4, 5, 6, eller 7 intervjuer. Det innebærer at profilene har ulike startpunkt og ulikt avslutningspunkt i datainnsamlingen. Dette betyr at vi ikke har kunnet måle noen reduksjon eller økning i rusbruk for hele gruppen som sådan.

I det følgende vil vi presentere et utvalg av profiler av personer knyttet til bruk av henholdsvis alkohol, amfetamin og cannabis. Vi gjør dette for å illustrere hvordan forbruket av ulike rusmidler på personnivå kan se ut gjennom en måned. Som leser vil se, kan det variere i betydningen av å stige, synke og bare i liten grad holde seg stabilt hos noen få personer.

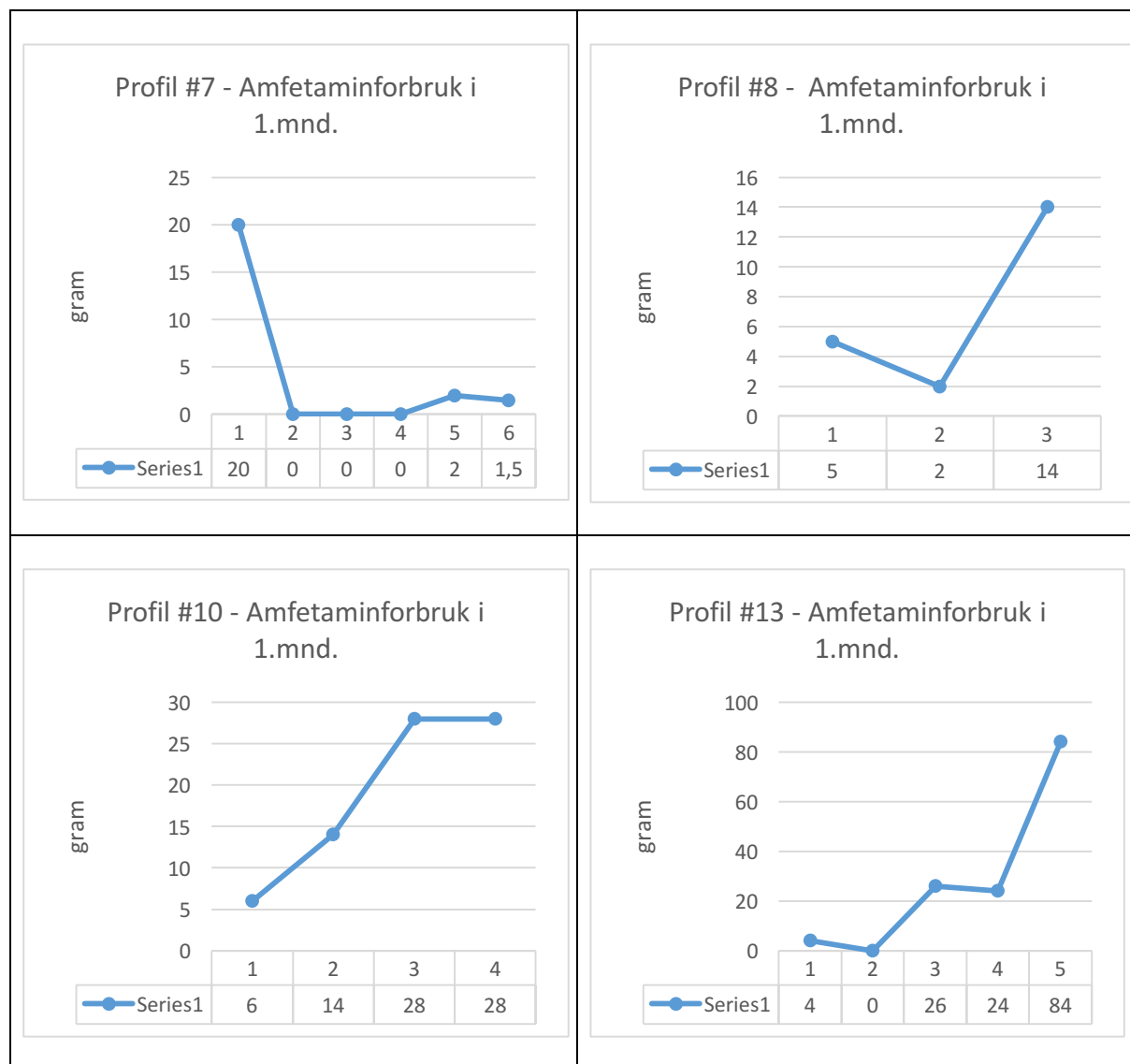
Tabell 9. Enkeltprofiler av total alkoholbruk ved 1 måneds mellomrom mellom 2 intervju tidspunkter.





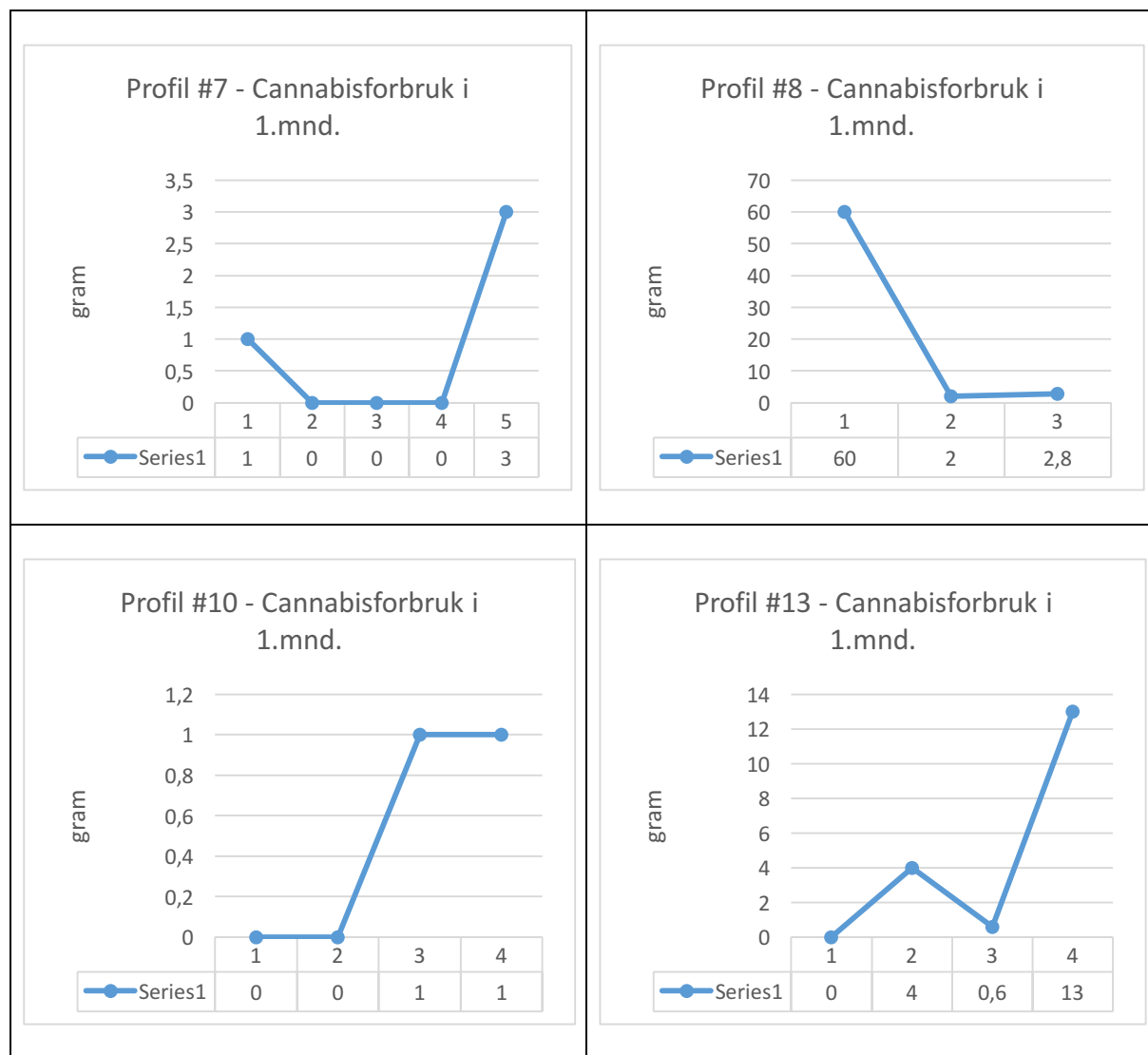
Merk: Det er 7 profiler som ikke bruker alkohol ved begge intervju tidspunkter, og 4 profiler med bruk av alkohol ved første intervju tidspunkt.

Tabell 10. Enkeltprofiler av total amfetaminbruk ved 1 måneds mellomrom mellom 2 intervju tidspunkter.



Merk: I tillegg til disse 4 profilene var det 3 profiler som brukte amfetamin bare ved første intervju tidspunkt.

Tabell 11. Enkeltprofiler av total cannabisbruk ved 1 måneds mellomrom mellom 2 intervjutidspunkter.



Merk: Det var I tillegg 4 profiler som brukte cannabis ved ett av intervjutidspunktene.

Tabell 12. Gjennomsnittsverdier av rusbruk ved ulike intervjutidspunkter.

1. Totalt forbruk av alkohol (i alkohol enheter) ved ulike intervjutidspunkter.

	N	Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennomsnitt av standardavvik
Intervju 1	20	67.0000	85.01703	19.01038
Intervju 2	15	96.0667	195.04376	50.36008
Intervju 3	17	69.2353	94.46132	22.91024
Intervju 4	9	112.2222	253.11943	84.37314
Intervju 5	10	139.9000	248.63782	78.62618

2. Totalt forbruk av amfetamin (i gram) ved ulike intervjutidspunkter.

	N	Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennomsnitt av standardavvik
Intervju 1	7	6.5143	6.83311	2.58267
Intervju 2	2	8.0000	8.48528	6.00000
Intervju 3	3	22.6667	7.57188	4.37163
Intervju 4	2	26.0000	2.82843	2.00000
Intervju 5	2	43.0000	57.98276	41.00000
	1	1.5000	.	.

3. Totalt forbruk av cannabis (i gram) ved ulike intervjutidspunkter.

	N	Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennomsnitt av Standardavvik
Intervju 1	7	26.1000	38.63034	14.60090
Intervju 2	3	2.8333	1.04083	.60093
Intervju 3	8	4.6750	5.17349	1.82910
Intervju 4	5	5.6500	5.52155	2.46931
Intervju 5	3	4.2667	3.10054	1.79010
	1	8.0000	.	.

Som det fremgår av tabellene over, er de basert på et ulikt antall intervjuer innenfor hver gruppe av tre rusmidlene. Dette innebærer at intervjuene er gjort på ulike tidspunkter hvor dataregistreringen har foregått. Det har ikke vært et felles start- eller slutt punkt. Dette gjør at det ikke er mulig å presentere gjennomsnittsdata for hele gruppen fordi intervjuene er gjort på ulike tidspunkter. Dette innebærer at det ikke er mulig å peke på klare mønstre, tendenser eller

signifikante forskjeller relatert til reduksjon eller økning i perioden intervjuene er gjort. Tabellene over er basert på gjennomsnittsverdier i antall intervjuer for hver av de tre gruppene av rusmidler: alkohol, amfetamin og cannabis. Tabellene viser den totale mengden av forbruk av de tre rusmidlene. Som tabellene viser, er det ingen nedgang over den aktuelle tidsperioden for noen av gruppene. (Den høye gjennomsnittsverdien ved første intervju for bruk av cannabis er knyttet til en persons høye forbruk. På samme måte er forbruket av alkohol høyere ved de to siste intervjutidspunktene, noe som kan forklares ved en persons forbruk). Begge disse eksemplene viser unøyaktigheten i datamaterialet ved at en person hever dramatisk gjennomsnittsverdiene. Følgelig er tolkningen av funnene svak og har ikke relevans hva angår signifikans. Samtidig er de viktige ved at de kan leses som informasjon og bakteppe for videre studier.

En forsiktig tolkning av tabellene, både av enkeltpersoner og gjennomsnittsverdier, kan peke mot at rusbruk er et langsiktig problem og at det kan vedvare over tid for den enkelte person. Videre kunne spørsmål i TOP-skjemaet knyttet til mengden av rusbruk, være erstattet av spørsmål knyttet til å slutte fremfor å redusere. I en statistisk forstand kunne dette være mer fruktbar og gi større grad av signifikans. Det samme ville gjelde for en tydelig avklaring av hva som er innbefattet i spørsmålet om alkohol. Slik det er stilt, er det vanskelig å skille mellom de som benytter alkohol i en sosial og akseptert forstand, og de som opplever forbruket som et problem eller misbruk.

B. Psykisk helse, psykisk helse og livskvalitet

Tabell 13. Deskriptive data for psykisk helse, fysisk helse og livskvalitet.

Måleområder	Valid N	Minimumsverdi	Maksimumsverdi	Gjennomsnitt	Standardavvik
Psykisk helse	127	0	20	11.70	5.390
Fysisk helse	126	1	20	12.27	5.328
Livskvalitet	127	0	20	10.93	5.457

Tabell 14. Resultater ved bruk av ANOVA for psykisk helse, fysisk helse, livskvalitet og bruk av rusmidler i løpet av 4 uker relatert til kjønn.

Måleområder	Kategorier	N =	Gjennomsnitt	Standardavvik	Statistikk
Psykisk helse	Kvinne	28	10.46	4.955	F = 1.904 (p = .170)
	Mann	99	12.05	5.480	
	Totalt	127	11.70	5.390	
Fysisk helse	Kvinne	28	11.11	5.159	F = 1.724 (p = .192)
	Mann	98	12.60	5.355	
	Totalt	126	12.27	5.328	
Livskvalitet	Kvinne	28	9.46	5.371	F = 2.621 (p = .108)
	Mann	99	11.34	5.436	
	Totalt	127	10.93	5.457	
Totalt alkoholforbruk løpet av 4 uker	Kvinne	13	252.2308	324.03862	F = 24.133** (p < .001)
	Mann	71	50.0423	61.67482	
	Totalt	84	81.3333	154.27532	

**Signifikant ved p < .01

Tabell 15. Resultater ved bruk av ANOVA for psykisk helse, fysisk helse, livskvalitet og bruk av rusmidler i løpet av 4 uker relatert til alder.

Måleområder	Kategorier	N =	Gjennomsnitt	Standardavvik	Statistikk
Psykisk helse	30 eller yngre	49	14.24	4.710	F = 6.365** (p < .001)
	31 - 40	32	9.97	4.849	
	41 - 50	26	10.85	4.540	
	51 eller eldre	20	9.35	6.523	
	Totalt	127	11.70	5.390	
Fysisk helse	30 eller yngre	49	14.84	4.215	F = 9.703** (p < .001)
	31 - 40	32	9.56	5.645	
	41 - 50	25	12.68	3.556	
	51 eller eldre	20	9.80	6.161	
	Totalt	126	12.27	5.328	
Livskvalitet	30 eller yngre	49	13.41	4.856	F = 6.365** (p < .001)
	31 - 40	32	9.88	5.332	
	41 - 50	26	8.96	4.796	
	51 eller eldre	20	9.10	5.893	
	Totalt	127	10.93	5.457	
	30 eller yngre	36	20.8333	19.73177	F = 6.246**

Totalt alkoholforbruk i løpet av 4 uker	31 - 40	21	188.8571	264.81659	(p = .001)
	41 - 50	14	80.0000	83.71012	
	51 eller eldre	13	76.6154	88.18592	
	Totalt	84	81.3333	154.27532	

**Signifikant at $p < .01$

Tolkninger: (1) Av alle aldersgruppene, var det den yngste gruppen (30 år eller yngre) som hadde høyest gjennomsnittsverdier relatert til psykisk helse, fysisk helse og livskvalitet.

Tabell 16. Resultater ved bruk av ANOVA for psykisk helse, fysisk helse, livskvalitet og totalt forbruk av alkohol i løpet av 4 uker relatert til intervju tidspunkt.

Måleområder	Kategorier	N =	Gjennomsnitt	Standardavvik	Statistikk
Psykisk helse	Ved inntak	31	11.48	5.291	F = 1.486 (p = .230)
	Ved planrevisjon	92	11.58	5.421	
	Ved eller etter utskriving	4	16.25	4.500	
	Totalt	127	11.70	5.390	
Fysisk helse	Ved inntak	31	13.23	4.890	F = 2.222 (p = .113)
	Ved planrevisjon	91	11.76	5.427	
	Ved eller etter utskriving	4	16.50	4.359	
	Totalt	126	12.27	5.328	
Livskvalitet	Ved inntak	31	10.45	4.992	F = 2.680 (p = .073)
	Ved planrevisjon	92	10.83	5.586	
	Ved eller etter utskriving	4	17.00	1.826	
	Totalt	127	10.93	5.457	
Totalt alkoholforbruk i løpet av 4 uker	Ved inntak	20	68.6000	84.59899	F = 0.266 (p = .767)
	Ved planrevisjon	61	87.8852	174.31878	
	Ved eller etter utskriving	3	33.0000	41.21893	
	Totalt	84	81.3333	154.27532	

MERK: Selv om gruppen med 4 deltakere som ble intervjuet ved utskriving, hadde et høyt gjennomsnitt knyttet til psykisk og fysisk helse og et lavt gjennomsnitt i alkoholbruk, var denne forskjellen statistisk ikke-signifikant.

Tabell 17. Resultater ved bruk av ANOVA for psykisk helse, fysisk helse, livskvalitet og status for forbruk av alkohol relatert til intervju tidspunkt.

Måleområder	Kategorier	N =	Gjennomsnitt	Standardavvik	Statistikk
Psykisk helse	Nei	43	11.33	4.859	F = 0.313 (p = .577)
	Ja	84	11.89	5.661	
	Totalt	127	11.70	5.390	
Fysisk helse	Nei	43	12.53	4.842	F = 0.160 (p = .689)
	Ja	83	12.13	5.587	
	Totalt	126	12.27	5.328	
Livskvalitet	Nei	43	10.09	5.406	F = 1.533 (p = .218)
	Ja	84	11.36	5.465	
	Totalt	127	10.93	5.457	

Tabell 18. Resultater ved bruk av ANOVA for psykisk helse, fysisk helse, livskvalitet og status for forbruk av amfetamin relatert til intervju tidspunkt.

Måleområder	Kategorier	N =	Gjennomsnitt	Standardavvik	Statistikk
Psykisk helse	Nei	112	12.19	5.260	F = 8.172** (p = .005)
	Ja	15	8.07	5.106	
	Totalt	127	11.70	5.390	
Fysisk helse	Nei	112	12.56	5.350	F = 3.092 (p = .081)
	Ja	14	9.93	4.682	
	Totalt	126	12.27	5.328	
Livskvalitet	Nei	112	11.59	5.250	F = 15.470** (p < .001)
	Ja	15	6.00	4.472	
	Totalt	127	10.93	5.457	

**Signifikant ved $p < .01$

Tolkninger: Resultatene viser at mellom gruppen som brukte Amfetamin, og gruppen som ikke brukte Amfetamin, hadde gruppen som brukte amfetamin et signifikant lavere nivå av velvære enn gruppen som brukte.

Tabell 19. Resultater ved bruk av ANOVA for psykisk helse, fysisk helse, livskvalitet og status for forbruk av cannabis relatert til intervju tidspunkt.

Måleområder	Kategorier	N =	Gjennomsnitt	Standardavvik	Statistikk
Psykisk helse	Nei	100	12.32	5.307	F =6.478* (p = .012)
	Ja	27	9.41	5.161	
	Totalt	127	11.70	5.390	
Fysisk helse	Nei	100	12.84	5.430	F = 5.760* (p = .018)
	Ja	26	10.08	4.344	
	Totalt	126	12.27	5.328	
Livskvalitet	Nei	100	11.51	5.500	F = 5.520* (p = .020)
	Ja	27	8.78	4.799	
	Totalt	127	10.93	5.457	

*Signifikant ved $p < .05$

Tolkninger: Resultatene viser at gruppen som brukte cannabis, hadde som gruppe, lavere verdier av psykisk helse, fysisk helse og livskvalitet på et signifikant statistisk nivå. Dette kan tolkes som denne gruppen har et lavere nivå av velvære enn de andre brukergruppene.

Tabell 20. Resultater ved bruk av ANOVA for psykisk helse, fysisk helse, livskvalitet og status for forbruk av andre rusmidler relatert til intervju tidspunkt.

Måleområder	Kategorier	N =	Gjennomsnitt	Standardavvik	Statistikk
Psykisk helse	Nei	121	11.87	5.393	F = 2.487 (p = .117)
	Ja	6	8.33	4.457	
	Totalt	127	11.70	5.390	
Fysisk helse	Nei	120	12.50	5.264	F = 4.847* (p = .030)
	Ja	6	7.67	4.844	
	Totalt	126	12.27	5.328	
Livskvalitet	Nei	121	11.04	5.496	F = 1.083 (p = .300)
	Ja	6	8.67	4.367	
	Totalt	127	10.93	5.457	

*Signifikant ved $p < .05$

Tabell 21. Korrelasjonsmatrise for psykisk helse, fysisk helse og livskvalitet og totalt forbruk av alkohol siste 4 uker.

	Psykisk helse	Fysisk helse	Livskvalitet	Totalt forbruk av alkohol siste 4 uker
Psykisk helse	-	.666** (N = 126)	.757** (N = 127)	-.352** (N = 84)
Fysisk helse	-	-	.598** (N = 127)	-.492** (N = 83)
Livskvalitet	-	-	-	-.497** (N = 84)
Totalt forbruk av alkohol siste 4 uker	-	-	-	-

**Signifikant ved $p < .01$

Tolkninger: Resultatene indikerer at (1) psykisk helse og fysisk helse, psykisk helse og livskvalitet, og fysisk helse og livskvalitet er sterkt knyttet sammen i en positiv betydning. Noe som tyder på at disse tre variablene, generelt, gjenspeiler nivået av velvære som sammenhengende dimensjoner. (2) Mengden av alkoholbruk er negativt signifikant korrelert med psykisk helse, fysisk helse og livskvalitet. Dette indikerer at det å benytte alkohol i større mengder, bidrar til et lavere nivå av psykisk helse, fysisk helse og livskvalitet.

Tabell 22 og 23: Gjennomsnittlige forandringer i psykisk helse, fysisk helse og livskvalitet mellom første og siste kontakt (N= 28).

Tabell 22. Gjennomsnitt og korrelasjon.

Måleområder	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt av standardfeil	Korrelasjon (Pearson R)
Psykisk helse – 1. kontakt	11.43	5.266	.995	0.343 ($p = .074$)
Psykisk helse – 2. kontakt	11.36	5.736	1.084	
Fysisk helse – 1. kontakt	12.71	5.069	.958	0.609** ($p = .001$)
Fysisk helse – 2. kontakt	11.25	5.427	1.026	
Livskvalitet – 1. kontakt	10.46	5.232	.989	0.251 ($p = .198$)
Livskvalitet – 2. kontakt	10.75	6.381	1.206	

** $p < .001$

Tabell 23. Paret T-test.

Pairs	Parete forskjeller					t (df = 27)	Sig.
	Gjennom- snitt	Standard- avvik	Gjennomsnitt av standardfeil	95% Kofidensintervall nedre grense	95% Kofidensintervall øvre grense		
Psykisk helse – 1. og 2. kontakt	.071	6.318	1.194	-2.378	2.521	.060	.953
Fysisk helse – 1. og 2. kontakt	1.464	4.655	.880	-.340	3.269	1.665	.108
Livskvalitet – 1. og 2. kontakt	-.286	7.164	1.354	-3.064	2.492	-.211	.834

Funn knyttet til psykisk helse, fysisk helse og livskvalitet

Data om psykisk helse, fysisk helse, og livskvalitet har blitt samlet inn fra 28 respondenter ved minst to intervjudtidspunkter. Av de 42 respondentene var data samlet inn slik: 13 respondenter kun ved et første intervju, 6 ved to intervjuer, 7 ved tre intervjuer, 2 ved fire intervjuer, 9 ved fem intervjuer, 3 ved seks intervjuer, og 2 ved sju intervjuer. Blant de 6 respondentene som hadde data innsamlet ved to intervjudtidspunkter, var det en person som ikke fullførte spørreundersøkelsen knyttet til psykisk helse, fysisk helse, og livskvalitet. Dette er årsaken til at data innsamlet ved to intervjudtidspunkter, er basert i alt 28 respondenter.

Tabellene 22 og 23 presentert ovenfor, sammenligner deltakernes skåringer knyttet til psykisk helse, fysisk helse, og livskvalitet, ved det første intervjudtidspunktet, med skåringene fra det siste intervjudtidspunktet. Dette betyr at den siste skalaen kan være fra det andre, tredje, fjerde, femte, sjette eller syvende intervjuet.

Resultatene viser at det ikke var en signifikant forskjell på deltakernes skåringer om psykisk helse, fysisk helse og livskvalitet, mellom det første intervjudtidspunktet og det siste. Noe som tyder på at deltakernes psykiske helse, fysiske helse, og livskvalitet ikke endrer seg vesentlig. Derimot (1) er det en tendens at livskvaliteten er noe bedre ved de siste intervjuene, i forhold til de første intervjuene. Videre tyder resultatene på at (2) deltakernes fysiske helse har en

tendens til å forbli den samme fra det første intervjutidspunktet til det siste. Det vil si at de med høyt nivå av fysisk helse har en tendens til å forbli på et høyt nivå, og de med lavere nivå forsetter å holde seg på et lavt nivå.

C. Arbeid og skole

Tabell 24a. Arbeid og/eller skole ved intervjutidspunkt.

Antall intervjuer	Arbeid og/eller skole		Total N ved intervjutidspunkt N =
	Ja N (%)	Nei N (%)	
1	6 (14.3)	36 (85.7)	42
2	7 (25.0)	21 (75.0)	28
3	9 (37.5)	15 (62.5)	24
4	4 (25.5)	12 (75.0)	16
5	6 (42.9)	8 (57.1)	14
6	3 (60.0)	2 (40.0)	5
7	2 (100.0)	0	2

Det er ikke umiddelbart nyttig å utføre en statistisk test som måler forskjellen mellom intervjuene. Dette fordi det er for få deltakere i hvert intervju. Allikevel bør det være nyttig å se at det er en tendens til at en større andel av deltakere enten er i arbeid og/eller studerer. Dette viser seg ettersom deltakere deltok på flere intervjutidspunkter.

MERKNADER:

Det var 13 av 42 deltakere som var i arbeid eller gikk på skolen minst en gang i løpet av alle intervjuene. Det vil si at 31 prosent av alle deltakerne hadde arbeid eller gikk på skolen, i løpet av et eller flere intervjuer. Basert i alle intervjuene var mer enn 2/3 (69%) av deltakerne hverken i arbeid eller gikk på skole. Fra de 132 intervjuene som ble gjennomført, var det 38 personer som var i arbeid eller i skolegang. Dette betyr at 10,9% av deltakerne var i arbeid og/eller gikk på skolen under alle intervjutidspunktene.

Blant de deltakerne som hadde deltatt i flere intervjuer (N = 28), var 23 ikke i arbeid eller gikk på skole ved første intervjutidspunkt. Blant disse 23 deltakerne ved siste intervjutidspunkt, var det 7 deltakere (30,4%) som ikke hadde arbeid eller gikk på skolen. Det var 3 deltakere som var i arbeid og/eller gikk på skolen ved hvert intervjutidspunkt (en deltaker gjennom tre intervjutidspunkter, og 2 deltakere gjennom 6 intervjutidspunkter).

Tabell 24b. Status om arbeid ved intervjutidspunkt.

Antall intervjuer	I arbeid		Total N ved intervjutidspunkt N =
	Ja N (%)	Nei N (%)	
1	4 (9.5)	38 (90.5)	42
2	3 (10.7)	25 (89.3)	28
3	4 (16.7)	20 (83.3)	24
4	4 (25.5)	12 (75.0)	16
5	5 (35.7)	9 (64.3)	14
6	3 (60.0)	2 (40.0)	5
7	2 (100.0)	0	2

Tabell 24c. Status om skolegang ved intervjutidspunkt.

Antall intervjuer	I skolegang		Total N ved intervjutidspunkt N =
	Ja N (%)	Nei N (%)	
1	3 (7.1)	39 (92.9)	42
2	4 (14.3)	24 (85.7)	28
3	5 (20.8)	19 (79.2)	24
4	2 (12.5)	14 (87.5)	16
5	2 (14.3)	13 (85.7)	14
6	1 (20.0)	4 (80.0)	5
7	0 (0)	2 (100.0)	2

Funn angående vanskeligheter med å finne bolig, eller å stå i fare for utkastelse

Funnene basert på innsamlet data fra de første intervjuene indikerer at 8 deltakere hadde vanskeligheter med å finne bolig, og 2 deltakere stod i fare for utkastelse. Ingen av disse deltakerne hadde de samme problemene ved senere intervjutidspunkter. To deltakere (en ved det andre intervjuet og den andre ved det tredje intervjuet), hadde problemer med å finne bolig. To andre deltakere sto i fare for å bli kastet ut (en ved det tredje intervjutidspunktet og den andre ved det fjerde).

4.3 Kvalitativ delstudie 3

Her presenteres funn fra delstudie 3 som består av funn fra intervjuer med deltakere, ansatte og samarbeidspartnere. Først presenteres funn fra deltakere, deretter funn fra ansatte og til sist funn fra samarbeidspartnerne.

4.3.1 Funn fra intervjuer med deltakerne

Resultatene fra analysen av intervjuer med deltakerne resulterte i tre tema. 1) Å få sin egen bolig, 2) Å ha en tilgjengelig profesjonell følgesvenn og 3) Å ta styringen i eget liv.

Å få sin egen bolig

Deltakerne beskrev det å mangle bolig som at livet var tungt og at helsa ble dårlig. Da opplevde de å miste muligheten til å tenke framover og til å gjøre noe med egen livssituasjon: «Da klarer man ikke å komme seg ut i arbeid eller skole, eller fullføre noe sånt. Man har ikke sjans til det, får ikke til å etablere seg». Deltakerne poengterte at de ønsket å bo i et vanlig bomiljø som ikke var belastet med rus og kriminalitet.

I det store og hele ga deltakerne uttrykk for stor tilfredshet med sin boligsituasjon etter at de ble med i prosjektet. Boligene ble skaffet på det private leiemarkedet, andre var kommunale. Deltakerne var tilfreds med at de fikk boliger med standard husleiekontrakt, med samme rettigheter som andre leietakere. Særlig de som hadde fått leiligheter i vanlige boligområder gjennom det private leiemarkedet, ga uttrykk for glede og tilfredshet.

Noen av deltakere fikk bolig i en stor blokk med et stort antall leiligheter eid av en privat utleier. Disse leilighetene ble også leid ut til andre personer med sosiale problemer. Deltakerne fortalte at stedet hadde rykte på seg for å være en sosial getto med mye rus. Flere av de som flyttet inn i denne blokka, ga uttrykk for at det var mye bråk og uro der, og de opplevde at det var uholdbart å bo der i lengden. Andre var tilfreds med å bo der.

Enkelte deltakere bodde under dårlige forhold mens de ventet på å finne noe bedre. Disse hadde for eksempel fått hybel i kjellere med små vinduer og lite lys. Å bo slik, ble sett av noen deltakere som midlertidig ordning, ikke som en varig og tilfredsstillende bolig. En som håpet på å få en annen bolig gjennom prosjektet, fortalte om sin nåværende boligsituasjon:

«Leiligheten her er grei nok, men den ligger på feil område. For dette er et sånt veldig rusbelagt område. Jeg vil veldig gjerne bort herfra egentlig, for dette har jo blitt et rusbygg da. Det blir veldig mye støy og bråk og turbulent her innimellom, og politiet er her nesten hver dag nå. Så det er ikke så holdbart å bo her, egentlig. Du får jo masse

trafikk utenfor her og rundt her, folk som skal ha kontakt med de som bor her, sånn, kjøp og salg (av narkotika), og litt av hvert».

Selv om noen få opplevde utilfredsstillende boforhold, var samtlige deltakere som ble intervjuet, påfallende lite kritiske til det Dvbf kunne bidra med på boligfronten. Vi fikk inntrykk av at de hadde forståelse for den vanskelige boligsituasjonen i Drammen. Mange var realistiske til hva de kunne forvente på boligmarkedet og tok til takke med enkle boforhold. Et eksempel var deltakeren som ga uttrykk for tilfredshet, selv om han bodde trangt. Han fortalte med galgenhumor og glimt i øyet om bosituasjonen sin:

«Jeg bor i kommunal bolig. Der bor det alt fra gamle pensjonister til meg, og noen andre trygda mennesker som ikke gjør stort av seg. Så det er veldig greit der. Det er litt smått og trangt, men jeg har alle de tinga alle andre har, på en måte, selv på 35 kvadrat. Det blir som en liten dobbelgarasje. Soverommet er litt for lite for min 180 seng, så jeg får ikke opp skapdørene ordentlig, og jeg har ikke råd til å kjøpe ny seng. Men jeg har tatt av et par skapdører, så jeg kan gå rett inn i det».

Å ha en tilgjengelig profesjonell følgesvenn

Dette temaet omhandler deltakernes beskrivelser av de ansatte som tilgjengelige i hverdagen og som ansatte som bryr seg.

Ansatte som er tilgjengelige i hverdagen: Samtlige deltakere beskrev de ansatte som hjelpere som var tilgjengelige for dem. Deltakerne opplevde at de ansatte kunne kontaktes ved behov og at de responderte umiddelbart. En sa det slik: «De kan følge meg og bli med meg. De er bare glade for å bli med, de hjelper meg uansett. De er med meg hele veien, jeg får hjelp til akkurat det jeg trenger».

Det ble framhevet hvor betydningsfullt det var at de ansatte var tilgjengelige når deltakerne hadde det ekstra vanskelig, for eksempel på dager med stort russug eller sterk følelse av mismot. Det ble også lagt vekt på at de ansatte tok initiativ til kontakt: «Hun ringer når det er ting som skal skje, ja hun er veldig oppsøkende».

Tilgjengeligheten innebar også at de ansatte bidro med hjelp og støtte til å gjennomføre praktiske hverdagslige gjøremål sammen med deltakerne. Det kunne være alt fra å montere møbler fra Ikea, kjøre til butikken, hjelpe med å avskilte bilen til å ta en kopp kaffe sammen på kafè. Det betydde også mye at de ansatte ble med til tannlege og lege, på visninger på leiligheter og hjalp med å ordne opp i gammel gjeld:

«De er tilgjengelige, det er gull verd. Jeg får hjelp til å skrive søknader, hjelp til å formulere, feks papirer til kontorer i Oslo. Mary (ansatt) blir med meg dit, så slipper jeg å gå aleine rundt i Oslo og slipper å kjenne på fristelsene der».

Mange trakk fram betydningen av å få hjelp til å ordne NAV-saker gjennom en ansatt i prosjektet med NAV-bakgrunn, i stedet for å måtte oppsøke NAV-kontoret. Det gjorde at tjenester knyttet til økonomisk støtte og bolig ble tilgjengelig for dem og ble ordnet raskt og effektivt på en annen måte enn det de var vant til fra NAV. Uttrykket at de ansatte ga «tett oppfølging» ble hyppig brukt av deltakerne. Deltakerne opplevde at de ansatte hadde mer tid og ressurser til å følge dem opp enn de var vant med fra før.

Deltakerne framhevet hvor positivt det var at ansatte kom på hjemmebesøk i stedet for å møtes på et kontor. Det gjorde hjelpen mer tilgjengelig. En forklarte at å være vertinne gjorde forholdet mer likeverdig, og det ble mindre skamfullt å ta imot hjelp. Dessuten ble det framhevet at hjemmebesøk av ansatte hjalp dem å skape rutiner for renhold og orden i hjemmet.

Ansatte som bryr seg: Ansatte som brydde seg, ble beskrevet som engasjerte, som likte jobben sin og som passet til den. En sa det slik:

«De er veldig *på* i det arbeidet de gjør. Jeg tror de synes dette er *morro* å holde på med. Det er veldig mye menneskene som er ansatt, som gjør at det er så bra. De bryr seg med deg personlig og er opptatt av hvordan du har det».

Samtidig ble det påpekt at de ansattes hjelp og støtte ble opplevd som «passe» tilpasset, ikke for mye så det ble påtrengende, ikke for lite. Deltakerne kontrasterte sine opplevelser av å møte ansatte i prosjektet som brydde seg, med opplevelsen av ansatte i NAV som ikke brydde seg. Mange fortalte om erfaringer med maktesløshet og manglende imøtekommenhet og forståelse fra NAV-ansatte.

Prosjektansatte som brydde seg, ble beskrevet som gode å snakke med, som åpne, lyttende, forstående og som personer man kunne snakke med om alt. En fortalte at den første samtalen med en av de ansatte i prosjektet varte i fire timer. Det kom også fram positive erfaringer med å møte en ansatt med egenerfaring, for han forsto virkelig hva problemene dreide seg om:

«Hvis jeg forteller om en ting i livet mitt, så veit han, han trenger ikke sitte der og spørre og grave; hvordan fungerer det, hvordan er ditt, hvordan er datt, fordi da veit han hva jeg prater om».

Deltakerne la vekt på at de følte seg anerkjent og verdsatt i møtet med de ansatte. «Jeg *ser* at hun bryr seg, en føler at en ikke er en mappe blant mange andre mapper, en føler seg mer verdsatt». Andre beskrev hvordan de fikk oppmuntring og anerkjennelse av de ansatte. Ansatte

som aksepterte deltakerne som de personene de var, uten å dømme, gjorde at deltakerne fikk stor tillit til dem:

«Jeg ser jo nesten Lise (ansatt) som like mye vennen min som en som, holdt jeg på å si, passer på meg. Du får en sånn tilhørighet da. Så jeg stoler på henne så mye som det går an. Jeg kan si alt til henne, fordi at hun følger meg opp. Ja, jeg får tiltro til henne. Hun er en sånn person du kan prate med om alt. Absolutt alt, uansett hvor flaut det er, så tar hun det. Da får jeg i hvert fall den der tiltroen. Og sier du at du har en dårlig dag eller et eller annet, så dømmer hun deg ikke. Hun tar det som det er da. Så prater hun litt rundt og prøver å forstå deg litt og sånn. Det er den måten hun jobber på da, som jeg synes er så ålreit».

Å ta styringen i eget liv

Dette temaet handlet om hjelp på egne premisser, framtidstro og livsforbedring, å klare ting selv og nedturer.

Hjelp på egne premisser: Betydningen av å få hjelp på egne premisser ble presisert gjennom utsagnet: «jeg kan jo si opp dem, men de kan ikke si opp meg, sånn at hjelpa fortsetter da, så lenge jeg trenger den». Uttrykk som «det er jeg som bestemmer», «alt foregår på min bestilling», «det er seriøst ditt valg, de ansatte lever opp til det», gikk igjen i intervjuene. Sitatene kan forstås som at deltakerne opplevde å ha styringen over hjelpen de fikk, i stedet for å være passive mottakere. En deltaker fortalte:

«Noe av det første de (ansatte) sa til meg var: ”Det er så mye du ønsker - og husk at det er *du* som styrer.” Det var ganske viktig for meg i begynnelsen, for jeg har vel aldri likt at noen skal fortelle meg hva jeg skal gjøre. Det er viktig at du føler at du har styringa selv, da. At det ikke er de som kommer for å kontrollere eller sjekke».

Å kunne ta egne valg og beslutninger i saker som angikk dem selv, betydde mye. I det å ha styringen selv, lå også opplevelsen av at de ansatte støttet dem og utfordret dem til selv å være aktive og ta ansvar og initiativ. Som en sa: «det ligger litt på mitt initiativ, at jeg spør om han har en time ledig». Deltakerne fortalte om hvordan ansatte stimulerte dem til å ta ansvar, for eksempel i forhold til å rydde i eget hjem eller etterspørre hva deltakeren selv kunne gjøre for å få en bedre livssituasjon:

«De spør: «Hva vil du gjøre for å gjøre situasjonen din lettere?» De er veldig interessert i hva *jeg* vil gjøre da for å få en bra bosituasjon. Så sånn er de flinke, de står ikke bak deg og slår deg med pisken».

Framtidstro og livsforbedring: Mange fortalte at da de ble med i prosjektet, gikk de fra en opplevelse av håpløshet til å ta tak i eget liv. Det kan forstås som en bevegelse mot framtidstro og å gjøre endringer i eget liv. På spørsmål om hva deltakelse i prosjektet betydde i deltakernes

liv, brukte de uttrykk som «livsforbedring», «økt livskvalitet», «tilfriskning», «større tro på framtiden». De framhevet spesielt opplevelsen av større ro og trygghet, økt motivasjon til å ta tak i eget liv og økt sosial kontakt.

Å få bolig og hjelp til å beholde boligen, var den største livsforbedringen for mange. Å ha sitt eget sted som de kunne kalle et hjem, bidro til å skape orden og ro i tilværelsen og ga for flere muligheten til å orientere seg mot et liv med mindre rus. En fortalte at å ha sitt eget hjem, stimulerte til å drive med aktiviteter som å lytte til musikk og lese, utvikle sine kunstneriske talenter som å spille eget instrument, tegne og skrive dikt. Slike aktiviteter gjorde livet meningsfullt og styrket muligheten til å holde seg rusfri for denne deltakeren. En annen framhevet at å ha ro og orden rundt seg, ga mulighet til å være alene på en god måte. Det mente han bidro til å bli mer kjent med seg selv og egne verdier. Dessuten poengterte de fleste deltakerne at å ha et trygt sted å bo, var en forutsetning for å orientere seg ut mot samfunnet. Det bidro til motivasjon til og håp om å klare skolegang og til å prøve seg i arbeidslivet.

Opplevelsen av større ro og trygghet i tilværelsen etter å ha kommet inn i prosjektet, var gjennomgående i materialet fra de første til de siste intervjuene. Opplevelsen av ro og trygghet var nært knyttet til vissheten om at de ansatte var tilgjengelige. Det var for flere en stor trygghet å vite at ansatte hadde nøkkel og kunne låse seg inn om man hadde tatt en overdose eller var i psykisk krise. Mange deltakere poengterte at livet var blitt roligere med mindre rusing etter at de ble med i Dvbf. En sa det slik: «Så nå har jeg liksom roa meg ned med rusinga. Det er ikke så mye vill festing lenger, jeg kan slappe av hjemme og trenger ikke fly på byen hele tida». En annen fortalte at han røykte mindre hasj nå som livet hadde falt mer på plass. Han hevdet at han nå kunne klare seg med å røyke hasj bare en gang om dagen og bruke den som avslapning og kos.

For mange så det å ha fått fast bolig ut til å skape drømmer og håp om et bedre liv. De så flere lyspunkter i tilværelsen fordi de hadde fått bolig, ordnet økonomi og støtte fra de ansatte i prosjektet. Deltakerne ble mer motivert til å orientere seg mot framtida på områder som skolegang og jobb, (re)etablere kontakt med egne barn og starte opp rusbehandling og/eller psykiatrisk behandling og kjøpe sin egen leilighet. En beskrev det slik:

«Istedenfor at det er helt svart, så har det blitt et lysglimt borti den tunnelen. Og det lyset har blitt sterkere, og jeg føler at jeg faktisk kan klare det. Altså sånn, bare jeg får meg jobb nå, så er veldig, veldig mye i orden. Da kan jeg på en måte starte livet igjen. For

det har stått på pause i tre år. Nå tør jeg å tenke forover. Jeg tør å tenke mer positivt om meg selv».

Deltakelse i prosjektet førte også til mer sosial kontakt og utadrettede aktiviteter for mange av deltakerne. Noen begynte å trene, andre begynte å ta opp videregående fag eller søke jobber. Mange ga uttrykk for at de var blitt «mer sosiale» ved å være med i prosjektet. Flere framhevet gjenforening og økt kontakt med familien som en stor positiv endring. En sa det slik: «Det har blitt en livsforbedring for meg og moren min og familien min og alle». Fra nesten ikke å ha kontakt med familien på flere år, hadde de nå hyppig kontakt. En annen hadde fått ordnet regelmessig samvær med barnet sitt som han ikke hadde hatt kontakt med på flere år. En tredje deltaker fortalte at livet hadde endret seg fullstendig etter å ha fått hjelp til tannlegebehandling. Han ga uttrykk for at nye tenner ga han livskvaliteten tilbake fordi han kunne fungere sosialt igjen. Han hadde isolert seg i mange år fordi han skammet seg over utseendet. Nå turte han å ta kontakt med folk igjen.

Å klare ting selv: Det siste året av prosjektet kom det tydeligere fram at flere deltakere som hadde vært med en lengre periode, opplevde økt mestring, kontroll og styring i eget liv. En beskrev opplevelsen av mestring slik: «Det er den mestringsfølelsen, at du klarer ting selv. Jeg kan styre økonomien min, lage den maten jeg vil, øve når jeg vil». Flere framhevet også at de i mye større grad turte å møte utfordringer i eget liv, fordi de visste at de hadde støtte i de ansatte. En sa det slik:

«Jeg tør å møte utfordringer mye bedre enn det jeg gjorde før. Jeg har noen i ryggen her hele tida som hjelper meg og støtter meg opp... sånn at jeg tør å ta en utfordring da. Det er det som er den store forskjellen».

Flere av intervjuene det siste året dokumenterte solskinnshistorier som kan tyde på at disse deltakerne var i gang med gode recoveryprosesser. De fortalte om hvordan de etablerte en selvstendig tilværelse, kuttet ut rus, begynte på utdanning eller kom ut i jobb. De ga uttrykk for at de hadde fått nytt håp og tro på framtiden og at de klarte seg i sin nye tilværelse. Som en sa: «jeg har liksom fått tilbake livet mitt og den hverdagen jeg savna». En deltaker hadde sluttet og ruse seg og fått praksisplass knyttet til teknisk reparasjonsarbeid. Han hadde fått jobben på grunn av sin gamle fagutdanning og fortalte med entusiasme om sin nye jobb:

«Du har mye mer livsgnist da, enn det man hadde før. Da gikk man jo bare inn i en tåke og egentlig tok bare sånn dag for dag. Nå har du jo noe du brenner for og lyst til å gjøre da. Jeg har jo ikke verdens sikreste jobb, men jeg elsker jobben jeg driver med. Jeg elsker å jobbe, ha noe å stå opp til om morgenen. Det er den beste medisinen for alt, det å ha noe å gjøre, det er jeg helt overbevist om. For jeg klarer ikke å sitte bare hjemme.

Jeg er like mye arbeidsnarkoman som jeg har vært narkoman, tror jeg, så jeg *må* liksom ha noe å gjøre for å stimulere hodet mitt».

Samtidig viser datamaterialet at recoveryprosessene også kunne gå opp og ned med mange motbakker, mye rus og «psykiske knekker». Flere deltakere trengte lang tid å få styring på livet, lengre enn den perioden de hadde vært med i Dvbf. De fortsatte å streve med uro og ustabilitet, og de fortalte om ensomhet og isolasjon. For eksempel ble ensomheten stor, når de valgte å prøve å leve et liv med mindre eller ingen rus og kutte kontakt med gamle ruskamerater. Det var heller ikke så lett å etablere kontakt og bli kjent med folk i nabolaget. En fortalte om naboer som ikke hilste og så vekk når han gikk forbi, selv om han hilste på dem. Disse deltakerne framhevet spesielt hvor viktig det var at de hadde de ansatte i Dvbf som ikke ga dem opp og viste at de holdt ut og trodde på dem uansett:

«Jeg mista jo hodet lite granne når sommeren kom. Da ble jeg sittende mye hjemme alene, og da sprakk jeg. Fikk et sånt mentalt tilbakefall, og så kom skylappene opp, og så bare gjorde jeg det jeg kunne. Og en sprekk for meg varer ikke en dag eller to, det varer et halvt år. Men da var de (Dvbf-ansatte) jo der. Uansett om jeg var rusa eller ikke, så møtte de meg, og det var jo ikke noe problem. Hadde jeg ikke hatt den oppfølginga der, så tror jeg jeg hadde fortsatt sittet der».

4.3.2 Funn fra fokusgrupper med ansatte

Analyse av datamaterialet fra fokusgruppeintervjuene med ansatte resulterte i to tema: 1) Arbeidsformer med de tre undertemaene Å jobbe ute i felt, Samarbeid med andre faginstanser og Tverrfaglig samarbeid i team og 2) Tilnærming til deltakerne med de to undertemaene Relasjonsarbeid og Helhetlig forståelse.

1.Arbeidsformer

Å jobbe ute i felt: Teamets viktigste arbeidsform kan beskrives som å jobbe «ute i felt» eller som å jobbe ambulant. For teamet betydde det å jobbe der deltakerne til enhver tid befant seg. De beskrev det som «å vandre blant», i betydningen at hjelperne vandret blant deltakerne som de ga hjelp og støtte.

Etter dagens faste morgenmøte for å utveksle erfaringer, oppdatere hverandre og diskutere faglige utfordringer, gikk de til arbeidet med deltakerne. Det var oppsøkende virksomhet, kafebesøk, hjemmebesøk etc. Å arbeide ute i felt innbar å gi deltakerne bo-oppfølging og annen hjelp for å klare hverdagen. Det ble gitt boveiledning, hjelp til handling og matlaging, hjelp med økonomi, etablering av kontakt med huseier, naboer, kontakt med familie, fysisk pleie og

hjelp og oppfølging til å skaffe arbeid/begynne på utdanning. Dessuten brukte de ansatte mye tid på å koordinere hjelpetilbudene og hjelpe deltakerne til å få etablert kontakt med behandlingsinstanser som psykiatritjeneste, rusbehandling, lege- og tannbehandling etc.

Teamet anslo at arbeidet deres fordelte seg med møtevirksomhet/administrasjon intern: 30% (inkluderer morgenmøte, ukemøte og journalføring). Koordinering: 10% (avtale møter og lignende med deltagere og/eller samarbeidspartnere). Samvær/arbeid direkte med deltagere: 40% (hjemmebesøk, møter på kafe osv. Vente på/lete etter deltagere som ikke kommer: 10%. Møtevirksomhet/administrasjon ekstern: 10% (ansvarsgruppemøter, legetimer, tannlege osv).

Samarbeid med andre faginstanser: Teamet samarbeidet med en rekke andre faglige instanser internt i egen kommune, NAV og spesialisthelsetjenesten. De opplevde at samarbeidet med de fleste instanser og virksomheter var godt og konstruktivt, mens i samarbeidet med enkelte andre møtte de utfordringer. De erfarte at samarbeidet ofte var personavhengig, og de hadde mange eksempler på enkeltpersoner de samarbeidet godt med. I noen samarbeidsforhold var det fagpersoner som hadde problemer med å anerkjenne Dvbf-teamets arbeid, på grunn av stor forskjellighet i faglig tilnærming.

Tverrfaglig samarbeid i team: De ansatte framhevet hvor viktig det var å jobbe sammen i et tverrfaglig team. De så det som en stor styrke at teamet var sammensatt av folk med ulike fagbakgrunn og at de hadde en ansatt med egenerfaringskompetanse. Da kunne de utfylle hverandre og lære av hverandre. Teamet framhevet hvor viktig det var at medarbeideren med egenerfaring undret seg og stilte spørsmål ved forhold som de andre ofte tok for gitt.

Teamet møttes daglig for å planlegge, diskutere opplegg og tilbud for den enkelte deltaker. De daglige morgenmøtene ble sett som viktig for læring og refleksjon. Her kunne de drøfte sine erfaringer og se dem fra ulike vinkler basert på deres ulike fagbakgrunn og praksiserfaringer. Hensikten var å få større forståelse for deltakernes situasjon. De framhevet at slik kunne kompetansen i teamet utnyttes på en hensiktsmessig måte, og de forskjellige perspektivene og erfaringene til de ansatte ble satt mer i spill.

Et eksempel var teamets felles bekymring for en deltaker som ikke følte seg hjemme i sin nye leilighet. Den var for stor, han greide ikke ansvaret for den, og klarte ikke være alene der. Forskeren merket seg hvordan drøftingen rundt deltakerens situasjon var preget av forståelse

og innlevelse knyttet til utfordringen å skulle etablere seg i egen bolig etter mange år med rus og en tilværelse uten fast bolig.

Da en ansatt i prosjektet ble langtidssykemeldt, ble det en utfordring for de andre i teamet å ivareta den ansattes oppgaver knyttet til saksbehandling av økonomisk sosialhjelp. Teamet erfarte at det var en viss sårbarhet knyttet til oppfølgingen, fordi den var organisert som case management. Når det gis en-til-en oppfølging og det utvikles tette, nære relasjoner mellom deltaker og ansatt, kan det bli sårbart når en ansatt blir syk. De ansatte erfarte også at relasjonen til deltaker noen ganger ble for tett eller at «kjemien ikke stemte». Slike forhold ble løpende diskutert i teamet, og det var åpenhet for at den ansatte kunne byttes ut med en annen.

Gjennom hele prosjektperioden hadde teamet drøftinger rundt spørsmål om deltakernes autonomi på den ene siden og de ansattes egen iver etter å hjelpe på den andre. De etiske overveiningene handlet ofte om dilemmaer knyttet til hvor mye de skulle presse på overfor deltakeren for at noe skulle skje, og hvor mye de skulle overlate til deltakeren selv:

«Det tok jo nesten fire uker etter at han flytta inn før han åpna pappeskene sine. Vi hadde vært der og snakka om å handle kjøkkenutstyr. Så plutselig kom den dagen at han ikke ønska oss mer, fordi han likte ikke den barnehage-mentaliteten vår, at vi var der og dytta. Altså - hvor går grensene? Hvor skal vi dytte og ikke dytte? Og etter den hendelsen, så har vi liksom ikke kommet oss innpå ham igjen».

Og hva skulle de gjøre med deltakerne som gjentatte ganger uteble fra avtaler og som det var vanskelig å holde kontakt med? Dette var deltakere som ikke møtte til avtale på flere måneder, og som det heller ikke var mulig å søke opp hverken på telefon, på byen, i leiligheten eller i nærmiljøet. Teamet drøftet stadig hvor lenge de skulle være tålmodige, vente og gi tid, og vurderte det opp mot når de skulle avslutte forholdet.

Teamet framhevet at løpende etiske og faglige drøftinger var nødvendige for å holde oppe bevisstheten om verdiene knyttet til deres praksis og til hvordan de kunne ivareta kravene som lå nedfelt i HF-prinsippene – at hjelpen skulle være basert på deltakernes egne valg og styring. Gjennom de løpende refleksjonene kunne de hjelpe hverandre med å være tro mot verdigrunnlaget og styrke hverandres læring og utvikling knyttet til holdningsendringen om at deltakerne bestemmer. De sørget også for å få nye faglige input ved at flere tok videreutdanninger og masterutdanninger som deltidsstudenter, i prosjektperioden.

De ansatte framhevet arbeidsfellesskapet og støtten de hadde i hverandre. Det stimulerte til læring, utvikling og opplevelse av fellesskap. De ansatte ga gjentatte ganger uttrykk for arbeidsglede, trivsel og meningsfullhet i jobben. De så resultater hos deltakerne, og dette forsterket motivasjonen. De ble kjent med deltakerne og opplevde å være til hjelp. En ansatt trakk fram betydningen av å kunne «gi kjærlighet og omsorg» som en beskrivelse av drivkraften i arbeidet med deltakerne. De la også vekt på at deres praksis var annerledes enn praksiser de hadde hatt i andre jobber. De beskrev sitt verdigrunnlag og arbeidsmåter som systemmessig annerledes enn det som var vanlig praksis andre steder i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. For eksempel hadde de større mulighet til å utøve skjønn i arbeidet sitt, fordi de ikke måtte følge vedtak fattet av andre.

2. Tilnærming til deltakerne

Relasjonsarbeid: I teamets beskrivelser av relasjonsarbeidet med deltakerne, sto momentene å bygge tillit og gradvis tilnærming for å etablere kontakt sentralt.

Å bygge tillit ble sett som en forutsetning for å etablere en god relasjon til deltakerne: «å skape relasjon er å vinne tiltro». De ansatte poengterte at tillit var noe som måtte utvikles over tid og som de som ansatte måtte gjøre seg fortjent til. For å etablere tillit var det viktig at de ansatte var tilstede overfor deltakerne, brukte tid til å bli kjent, gikk fram med varsomhet: «ikke avvise, men høre på den enkelte og prøve å komme i dialog og finne løsninger». De søkte å være fleksible, tilgjengelige og oppsøkende overfor deltakerne. En ansatt beskrev sammenhengen mellom det å snakke sammen, bygge tillit, ivareta brukerstyring og å utvikle en relasjon slik:

«Jo mer relasjon og kommunikasjon, jo mer brukerstyrt blir det, jo mer har deltakerne følelsen av kontroll, jo mer stoler de på oss, jo mer kommer fram om hvor skoen trykker. Det handler om å respektere den andre som en legitim annen».

De ansatte framhevet erfaringer med at deltakere ofte unngikk kontakt og trakk seg vekk når de opplevde krav og press. Mange deltakere hadde dårlige erfaringer med systemene og med fagfolk generelt. Å etablere kontakt innebar derfor at de ansatte måtte være tålmodige og avventende. Samtidig måtte de ha evne og mulighet til å kunne handle umiddelbart overfor deltakernes ønsker og behov. Det kunne bli mange bomturer før de nådde fram, før deltakeren var mottakelig og «tiden var moden». Plutselig kunne han være klar for kontakt, klar for å gjøre noe med sin situasjon, og da la de ansatte vekt på å være tilgjengelige der og da.

For å etablere kontakt med og tillit hos deltakerne var det ofte betydningsfullt å ha en gradvis tilnærming. Som et eksempel fortalte teamet om en mann med mye sosial angst og rus som bodde i en kontainer og ikke hadde kontakt med hjelpeapparatet. De møtte moren først, deretter

mannen selv. De overbeviste ham om at det var han som skulle få bestemme og styre opplegget som deltaker i Dvbf. Fire dager etter fikk han leilighet på det ordinære leiemarkedet og fikk ordnet økonomien sin for ett år framover. I begynnelsen åpnet han ikke døra for dem, da kommuniserte de via sms. Etter hvert kunne de ringe ham, så møtes direkte. Slik fikk de gradvis utviklet en relasjon. De erfarte at han fikk større selvtillit og større tillit til hjelpeapparatet gjennom denne tilnæringsmåten, ikke minst fordi han selv fikk styre farten, kontakten og premissene.

Helhetlig forståelse. Momenter som ble vektlagt under dette temaet var et bredt handlingsrepertoar, brukerstyring, nærmiljøarbeid, bo-oppfølging og skadereduksjon.

Bredt handlingsrepertoar innebar å ha individuelle opplegg for oppfølging av hver enkelt. De hadde ingen standard og ingen fast agenda. Teamet la vekt på å få en mest mulig helhetlig forståelse av hver deltakernes situasjon. De søkte å sette seg inn i den enkeltes fysiske og psykiske helseforhold, økonomiske, sosiale og familiemessige situasjon. De prøvde med andre ord å få et mest mulig helhetlig bilde av personen i kontekst. Forståelsen ble utviklet etter hvert som de ble kjent og var sammen med personen i hans eller hennes hverdag. De prøvde å tilpasse seg hver enkelt deltaker og hans / hennes ønsker: «det kommer jo veldig an på bestilling, hva de ønsker», «de trenger oss på forskjellig plan, på forskjellige måter». En annen utdypet: «vi jobber ikke med vedtak, vi gjør alt, vi prøver å tenke globalt i forhold til hver enkelt». Å «gjøre alt» kunne innebære både å bære ut søppel og handle mat sammen med deltaker og samtale om dype eksistensielle tema.

De ansatte forsto brukerstyring som at deltakerne skulle være med og «holde spaken» og at deres jobb var «å gjøre det så funksjonelt for deltakerne som mulig, ved å la dem styre utviklingen». For å kartlegge hva deltakerne ønsket å arbeide med og hva slags mål de hadde, ble det benyttet en «sørvisplan». I denne planen var det deltakerne selv som formulerte sine mål, ønsker og drømmer. De ansatte framhevet at sørvisplanen fungerte som et verktøy for å samtale med deltakers om deres mål og ønsker og til å stake ut kursen for hva de ønsket hjelp og støtte til. Arbeidet med planen foregikk som et samarbeid mellom den enkelte deltaker og ansatte i prosjektet om deltakers ønsker, muligheter og løsninger. De ansatte poengterte at det var deltakerne som satt med svarene. Selv la de vekt på å ha en undrende, lyttende, spørrende og forhandlende tilnærming i samtalene.

Brukerstyring innebar også at de ansatte møtte deltakerne på den arenaen de selv ønsket. Teamet var også opptatt av å etterspørre hva deltakerne selv mente de kunne greie og hva de trengte. En ansatt brukte uttrykket «å gå veien sammen med deltakeren». En annen utdypet ved å forklare at «deltakeren må få lov å prøve ut det han ønsker, kanskje gå flere runder, kanskje erfare at han ikke greier det før han har gått ti runder. Da oppdager han kanskje ting han ikke var klar over». Brukerstyring dreide seg også om å gjøre ting sammen med deltakerne, ikke for dem. En presiserte at innebærer «å bygge ned den tradisjonelle maktbarrieren der deltakerne er vant med systemets makt over dem og snu det til at deltakeren er sjefen».

Teamet framhevet at bo-oppfølging handlet mye om å assistere deltakerne med å klare hverdagslivets utfordringer og etablere rutiner knyttet til å bo i egen bolig. Det kunne dreie seg om rengjøring, skrive søknader, lære om økonomi, lage budsjett, få oversikt over inntekt og utgifter, bevisstgjøring av innkjøp, lære om kosthold, gjennomgå regler i samfunnet, lære om konsekvenser av adferd som for eksempel at mye festing og manglende betaling av husleie, fører til utkastelse. Andre dagligdagse gjøremål de ansatte bisto med, var for eksempel hjelp med flytting, følge til tannlege, følge på visning og være med på familiebesøk. De ansatte hadde de faste ukentlige avtaler med mange av deltakerne, mens andre deltakere måtte de lete opp på byen for å holde kontakt med.

En av de ansatte definerte nærmiljøarbeid som «arbeide med å få deltakerne til å slå seg til der de har fått bolig». De ansatte gikk tur i nærmiljøet sammen med deltakerne for å bli kjent og finne fram til butikker og treningssentre. I en blokk fulgte de opp flere deltakere, og de samarbeidet med huseiere. De la vekt på å forholde seg til naboer (dersom deltakeren samtykket), og de ble ofte kjent med naboene ved innflytting. De samarbeidet med apotek i nærmiljøet og ble med deltakere for å hente LAR-medisiner. De gjorde avtaler med apotek-ansatte som kunne ringe og gi beskjed når deltaker uteble fra å hente sin medisin. Dessuten kunne apotek-ansatte ringe når deltakeren møtte fram, slik at de ansatte i Dvbf kunne treffe ham på apoteket. En annen side ved nærmiljøarbeidet knyttet de ansatte til kjennskap til hvilket område det var aktuelt å bosette deltakerne i. De prøvde å plassere dem som var rusfri vekk fra rusbelastede områder. Et område teamet opplevde at de ikke hadde tid og kapasitet til å arbeide godt nok med, var pårørendearbeid og nettverksarbeid. De samarbeidet med pårørende i enkelttilfelle, og de fulgte deltakere til ulike aktivitetsopplegg i nærmiljøet, men arbeidet på disse områdene ble mer sporadisk enn systematisk.

Teamet stilte ikke krav om rusfrihet hos deltakerne. I stedet beskrev de en utvidet skadereduksjons-forståelse basert på det de kalte en helhetlig tilnærming til deltakernes psykososiale utfordringer. I følge teamet var skadereduksjon innebygget i mye av oppfølgingsarbeidet. En ansatt forklarte teamets tilnærming til skadereduksjon slik:

«Skadereduksjon er at du på en eller annen måte greier å minimalisere skaden av de valgene de tar til et nivå som står i forhold til situasjonen. Det er for eksempel ikke noen vits at de mister hus og alt mulig fordi om de ikke kommer på et møte».

Teamet framhevet at en forutsetning for å jobbe med skadereduksjon, var å ha en relasjon til deltakeren, basert på en viss grad av åpenhet og tillit. Teamet oppdaget stadig deltakere som hadde større utfordringer enn det som ble presentert når de kom inn i prosjektet. Utfordringene kunne være både rus- og spillavhengighet, psykiske helseproblemer og problemer med å mestre dagliglivet. Utfordringene ble gjerne satt ord på etter hvert som deltagerne ble så trygge at de turte å snakke om slike tema. Ofte erfarte de ansatte at når de hadde hjulpet deltakerne med å løse sosiale problemer som å få et sted å bo og få orden på økonomien, kom de mer eksistensielle problemene fram. Da hendte det at de avdekket mer alvorlige rusproblemer eller psykiske helseproblemer som for eksempel psykose. Slike helseproblemer kunne ha blitt dekket over gjennom år med rus, som en form for selvmedisinering. De ansatte presiserte også at selv om de oppdaget psykoseutfordringer hos deltakere, fortsatte oppfølgingen gjennom Dvbf. Basert på deltakerens behov, kunne oppfølgingen eventuelt foregå i samarbeid med spesialist-helsetjenesten.

Forutsetningen for at de ansatte oppdaget mer alvorlige problemer, var at de hadde mulighet til å bruke tid på å være sammen med deltakerne i deres hverdag slik at de kunne bli kjent og utvikle en trygg og tillitsfull relasjon. En slik relasjon la også et grunnlag for å samtale om rusbruk. De ansatte poengterte imidlertid at slike samtaler måtte foregå i deltakernes takt og på deres premisser. Han eller hun måtte være klar til det – og ville det. Slike samtaler skulle ikke påtvinges, og deltaker måtte ha styringen. De ansatte opplevde at tidspunktet for når tiden var moden for samtaler om rus, var svært individuelt. For noen deltakere kunne det kan ta lang tid før det utviklet seg et tillitsforhold mellom deltaker og ansatte der deltakeren opplevde det trygt og åpent nok til å snakke direkte om rus. Ofte «sansen» de ansatte når det var greit å ta opp temaet. De beskrev det som å «føle seg fram» og «trø varsomt». For noen kunne det ødelegge relasjonen om de prøvde å presse fram en samtale om rus. Da kunne deltakerne miste tilliten og trekke seg tilbake.

De ansatte poengterte også at skadereduksjon var å samarbeide med naboer, huseiere og andre i miljøet rundt deltakeren for å hindre at det oppsto vanskelige situasjoner og kriser. Derfor var det viktig at deltakerne stolte på de ansatte, slik at de turte å si ifra når noe problematisk inntraff, for eksempel hvis det oppsto perioder med økt rusbruk, mye utagerende festing og fare for utkastelse. Det tok ofte lang tid før de turte å være ærlige om slike tema overfor de ansatte.

Det viktigste skadereduserende tiltaket var imidlertid å stabilisere deltakernes økonomiske situasjon, slik at de klarte å beholde boligen. Da kunne de fortsette ha et trygt boforhold i nærmiljøet:

«Det skadereduserende tiltaket vi gjør absolutt mest av, handler om økonomi. Vi kan fatte vedtak på kommunale ytelser i teamet, det betyr trygge boforhold, trygge livsopphold. Vi følger opp dem som ikke klarer huske at de har et vedtak på tre måneder. Vi er i kontakt med huseiere og trygger den delen, trygger boforhold ved å si at vedtaket kommer, vi må bare få tak i de riktige dokumentene så kommer det. Den delen gjør vi hver uke. Så hvis vi skal peke på *ett* skadereduserende tiltak, så vil jeg påstå at det er det vi gjør mest av».

Skadereduksjon kunne også innebære mer tradisjonelle områder som å motivere en deltaker til å bytte sprøytespiss ved hver injeksjon eller å gå til tannlegen før det gikk så langt at tennene falt ut.

4.3.3 Funn fra intervjuer med samarbeidspartnere

Analysen av datamaterialet fra intervjuer med samarbeidspartnere resulterte i de fire temaene 1) Dvbf – en virksom tilnærming, 2) Dvbf gir oppfølging basert på deltakernes valg og styring, 3) Dvbf-teamet oppleves som gode samarbeidspartnere og 4) Oppfølging til deltakernes og samfunnets beste.

Dvbf - en virksom tilnærming

Alle samarbeidspartnerne ga uttrykk for entusiasme og tilfredshet med prosjektet. De var fulle av lovord over måten det ble arbeidet på i prosjektet og over samarbeidet med de Dvbf-ansatte. Som en sa: «Jeg har hatt mye samarbeid med dem. Flinke folk. Jeg vet hva jeg får og mer enn det. Det er jackpot å få brukeren inn hos dem».

Samarbeidspartnerne beskrev de Dvbf-ansatte som medmenneskelige, engasjerte, fleksible og tilgjengelige overfor deltakerne. En sa det slik: «Essensen i det de driver med, er det

medmenneskelige. Det at de bryr seg, i motsetning til skrivebords-ekspederingen de driver med på NAV». En annen beskrev de ansattes arbeid slik:

«De har en veldig ad-hoc og nær tilnærming til brukeren. De er alltid tilgjengelig og følger opp brukers behov som å følge til lege, hjelpe med bo-trening, få de rette instansene på plass. De er hele tida på tilbudssida, er alltid der for bruker».

Samarbeidspartnerne framhevet at de Dvbf-ansatte bidro med hjelp og støtte til deltakerne på en måte de selv hverken hadde ressurser, tid eller mulighet til, men som de mente at deltakerne absolutt hadde behov for. En informant mente det var en fordel, at de ansatte i Dvbf hadde mer overordnet makt og myndighet, enn de for eksempel hadde i den vanlige rusomsorgen. Det gjorde at de Dvbf-ansatte kunne ordne sosialvedtak etter sosial-tjenesteloven, og at de kunne bruke skjønn på sin måte.

Betydningen av at deltakerne fikk varig bolig raskt, ble også framhevet. Samarbeidspartnerne ga flere eksempler på ansatte i Dvbf som fulgte opp deltakere i boligen slik at de fikk trening i å bo og til å skape seg et hjem. Oppfølging i deltakernes bolig ble vurdert som svært betydningsfull av flere samarbeidspartnere. Det ble spesielt framhevet som positivt at de ansatte kunne følge med på hvordan det var i boligen, hjelpe deltakerne å holde orden, vaske og bære søppel, slik at de etter hvert kunne lære å gjøre dette på egen hånd.

Flere samarbeidspartnere pekte på at det å etablere sitt eget hjem, bidro til at deltakerne fikk stabilitet og trygghet i eget liv. Først da kunne de begynne å orientere seg mot andre meningsfulle aktiviteter. En sa det slik.

«Prosjektet er målretta mot å skaffe bolig. Varig bolig er kjernen for denne gruppa mennesker, et sted å være trygg, der de kan skape seg et hjem. Da kan de også begynne å tenke på arbeid og annen meningsfull aktivitet etterhvert, noe de også får tett oppfølging til gjennom de ansatte i prosjektet».

Det ble også gitt eksempel på ansatte fra Dvbf som hentet deltakere hjemme om morgenen og kjørte dem til jobb. Informanten så dette både som svært positivt og helt nødvendig i en overgangsfase. På denne måten kunne deltakerne få mulighet til å utvikle rutiner for å klare å komme seg på jobb på egen hånd.

Betydningen av at de Dvbf-ansatte etablerte tillitsfulle relasjoner til deltakerne, ble også framhevet: «De ansatte jobber uformelt, er tilgjengelige på mobiltelefon, henter, bringer, går tur med bruker, går på kafe. Alt for å skape tillit. Tilliten gjør at bruker kan gjøre endring i livet sitt».

Samtidig pekte flere på at opplegget i Dvbf var sårbart, fordi det var personavhengig. Et eksempel som ble gitt, var da en ansatt i prosjektet var syk over lengre tid. Etter denne samarbeidspartners erfaring, greide ikke de andre i teamet å følge like godt opp den jobben som denne veilederen hadde gjort: «Da var det folk som ikke fikk utbetalinger, økonomisk hjelp etc. De har bygget opp masse tillit over tid, og når den personen blir borte, så er det sårbart».

Dvbf gir oppfølging basert på deltakernes valg og styring

Samarbeidspartnerne framhevet at de ansatte jobbet etter prinsippet om deltakernes valg og styring. En beskrev det på denne måten: «Brukeren står i førersetet, den ansatte står bak og støtter og hjelper dem til å gjennomføre de måla de setter seg. På denne måten er det veldig målretta jobbing».

Flere mente at de ansatte i Dvbf fulgte metodikken i Housing First på en god måte. En forklarte at det dreide seg om at teamet ikke presset sine egne løsninger eller tilbud på deltakerne. I stedet erfarte han at de veiledet og motiverte deltakerne til å finne løsninger selv. Dette gjorde de ved å komme med forslag og forhandle med deltakerne, og de respekterte også at potensielle deltakere ikke ville delta:

«Når jeg henviser en deltaker til dem og de får et nei fra ham, eller de ikke får tak i ham, så prøver de fram til de får et klart og tydelig nei. Ikke bare en gang, men flere. De må vite 100% om han vil eller ikke».

En annen samarbeidspartner beskrev hvordan hun opplevde de Dvbf-ansattes fleksibilitet til å gi oppfølging på deltakernes premisser og i deres tempo:

«De gjør bare det som må gjøres og følger det som er planlagt i brukerens fart, om det er i sneglefart eller om det er i rakettfart. De er der hver dag når det trengs for at bruker skal komme over dørstokkmila, eller de kan følge i rakettfart når brukeren er der. De har den muligheten og den fleksibiliteten. Det har ikke jeg i min jobb».

Dvbf-temaet erfares å være gode samarbeidspartnere

De ansatte i Dvbf ble beskrevet som fagfolk det var lett å samarbeide med. Samarbeidspartnerne erfarte at de var tilgjengelige og på tilbudssiden. De ble oppfattet som fleksible og velvillige når det gjaldt å gjøre avtaler, og de stilte velvillig opp på møter, ansvarsgrupper, etc. Det ble spesielt framhevet at de var på tilbudssiden når det gjaldt å gi veiledning, støtte og oppmuntring knyttet til oppfølgingen av deltakere de samarbeidet om.

Oppfølging til deltakernes og samfunnets beste

Alle samarbeidspartnerne poengterte at den gruppen mennesker med psykiske helse- og rusproblemer, som var prosjektets målgruppe, trengte den tette oppfølgingen de fikk i prosjektet. De mente at denne oppfølgingen var nødvendig for at de skulle klare å komme seg videre i livet. Flere samarbeidspartnere framhevet at de hadde sett stor framgang og bedring hos flere deltakere i Dvbf. De aller fleste av samarbeidspartnerne presiserte at denne oppfølgingen er samfunnsøkonomisk lønnsom: «Det de ansatte i Dvbf bidrar med, er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Det er en investering i den enkelte som på sikt bidrar til at de blir i stand til å stå på egne bein».

En informant mente at de Dvbf-deltakere som han hadde kontakt med, fikk en annen holdning til å eie og ta vare på ting når de fikk sin egen bolig og oppfølging fra prosjektet. Han erfarte at det gjorde livet deres tryggere og mer forutsigbart når de fikk orden på økonomien gjennom gjeldsordninger, uføretrygd og trekkordninger for husleie. Da ble de heller ikke kastet så lett ut av boligen: «Det bidrar til at brukerne legger lista høyere i forhold til å bli sagt opp. De får et roligere og mer stabilt liv, og så klarer de å betale husleia og sikre hjemmet».

En annen ga imidlertid uttrykk for bekymring for om prosjektet nådde fram til personer med den alvorligste ROP-problematikken. Han hadde en oppfatning av at Dvbf prioriterte de som var «lettest å hjelpe», og ikke de «tyngste som hadde trengt det aller mest».

Alle samarbeidspartnerne la vekt på at prosjektet måtte videreføres og implementeres i vanlig kommunal drift i Drammen kommune.

Kapittel 5. Metodiske refleksjoner

5.1 Metodiske refleksjoner over kvantitativ delstudie 1

Tallmaterialet som ble presentert delstudie 1, er gjennomført som målinger og registreringer av forhold knyttet til målgruppa. Tallmaterialet viser interessante funn som gir viktig informasjon om deltakergruppa. Vurderingene og skåringene baserte seg på teamets egne vurderinger. De fleste elementene som ble målt, var rent kvantitative og ga ingen eller svært lite grunnlag for diskusjon, som for eksempel inntekt/ytelse eller boligstatus. De parametre som hadde grunnlag i en subjektiv vurdering, eksempelvis vurdering av psykisk helse- og rusituasjon og hva som var deltagers hovedproblem ved inntak, ble løst gjennom diskusjon og oppnåelse av konsensus i gruppen. En kan imidlertid undre seg om validiteten på målingene knyttet til ROP-problemene alvorlighetsgrad, ville blitt styrket dersom deltakerne selv hadde fått gjøre vurderingene.

5.2 Metodiske refleksjoner over kvantitativ delstudie 2

En svakhet ved kvantitativ delstudie 2 er at dataregistreringen er usystematisk, gjort på forskjellige tider og med ulikt antall på deltakere. Det gjør det vanskelig å få fram svar på forskningsspørsmålene. En grunn til at dataregistreringen er usystematisk, er at noen deltakere ikke har vært mulige å få tak, eller vært så ruset at det ikke har vært hensiktsmessig å stille spørsmålene.

Mange av tabellene som presenteres, er basert på et ulikt antall intervjuer innenfor hver gruppe av de ulike parametre. Dette innebærer at intervjuene er gjort på ulike tidspunkter hvor dataregistreringen har foregått. Det har ikke vært et felles start- eller slutt punkt. Dette gjør at det ikke er mulig å presentere gjennomsnittsdata for hele gruppen. Dette innebærer også at det er vanskelig å peke på klare mønstre, tendenser eller signifikante forskjeller relatert til reduksjon eller økning av de ulike parametre i perioden intervjuene er gjort. Fordi det er et lite antall deltakere (N), kan for eksempel en persons høye forbruk av rusmidler dra opp gjennomsnittsverdiene. Det bidrar til at tolkningen av funnene blir svak og får liten relevans når det gjelder signifikans.

5.3 Metodiske refleksjoner over kvalitativ delstudie 3

Det var Dvbf-teamet som valgte ut og forespurte intervjupersoner om å delta på intervjuer. Denne framgangsmåten kan ha ført til en seleksjon av informanter, og gjelder både prosjektdeltakere og samarbeidspartnere som ble intervjuet. Teamet kunne ha valgt ut

intervjupersoner som var spesielt fornøyde eller positive til prosjektet. En styrke ved delstudie 3 er imidlertid at 23 deltakere ble intervjuet og at fem deltakere ble intervjuet to ganger på ulikt tidspunkt i forløpet. Det ga en bredde i deltakernes erfaringer med å delta. Deltakerne som stilte til intervju, ble oppfordret av de ansatte før intervjuet til å løfte fram kritikk og forhold de var misfornøyde med. Deltakerne ble også ved begynnelsen av intervjuet informert om at en hensikt med studien var å lære mest mulig om prosjektet, både på godt og vondt. Flere deltakere som ble intervjuet, beklaget at de ikke hadde noe negativt å komme med.

Etter første pulje med deltakerintervjuer, så vi imidlertid en fare for at vi hadde fått tak i de som hadde best grep om eget liv, og ikke de som hadde det vanskeligst. For å imøtegå muligheten for skjevt utvalg, fikk alle deltakere i pulje 2, 3 og 4 utbetalt 300 kr for å stille til intervju. Den summen skulle dekke utgifter til eventuell reise til intervjustedet og veie opp for belastningen det medførte å la seg intervju av en forsker. Ved å betale deltakere denne summen i de tre rundene, fikk vi et mer variert utvalg. Også personer blant deltakerne som strevde mest med rus, psykiske helseproblemer og ustabilitet i hverdagen, stilte til intervju. En svakhet med utvalget av deltakere var imidlertid at ingen av de seks personene som forsvant ut av prosjektet, ble intervjuet. Det hadde vært interessant å innhente kunnskap om deres erfaringer med prosjektet og om grunner til at de trakk seg. Deltakere fra denne gruppen var det imidlertid ikke mulig å få tak i.

Metoden flerstegs fokusgruppeintervju med de ansatte, vurderes som hensiktsmessig med tanke på å få fram deres erfaringer og oppfatninger underveis i prosessen, både som gruppe og som enkeltindivider. Det var stor grad av trygghet og entusiasme i gruppa. De ansatte delte raust av sine tanker og opplevelser knyttet til arbeidet i prosjektet, og de kunne gi uttrykk for uenighet. Gjennom fokusgruppesamlingene kunne prosessene i prosjektet følges. Fem samlinger ga god tid og stort rom til fordypning og refleksjon over ulike tema. Tema som ikke ble drøftet godt nok den ene gangen, kunne følges opp og utdypes neste gang. Dessuten fikk teamet en foreløpig analyse i begynnelsen av andre, tredje og fjerde fokusgruppeintervju. Slik ble de delaktige i kunnskapsutviklingen fordi de kunne diskutere, nyansere og utdype ulike tema. Det ga dem også muligheten til å påvirke hvordan data skulle analyseres og forstås.

En annen styrke ved denne forskningsevalueringen er at funnene har blitt presentert og diskutert i flere faglige og forskningsmessige sammenhenger. Underveis i prosjektperioden ble det levert fire delrapporter som ble diskutert i Boligtjenesten og i styringsgruppa. Dessuten ble

intervjueguider og analyser av det kvalitative datamaterialet presentert, drøftet og bearbeidet i kompetansegruppa. Problemstillinger knyttet til ulike stadier i forskningsevalueringen samt datamateriale, ble presentert og drøftet ved flere anledninger i forskergruppa ved Senter for psykisk helse og rus v/ Høgskolen.

Kapittel 6. Diskusjon

I dette kapitlet blir funn fra de tre delstudiene drøftet og sett i relasjon til prosjektets mål og prinsipper når det gjelder brukerstyring, botilbud, bostabilitet, koordinert tilgang på tjenester, samt recovery og livskvalitet hos deltakerne. Funnene blir også knyttet opp mot sentrale føringer i ROP-retningslinjen fra 2011, veileder i kommunalt psykisk helse og rusarbeid i kommunene fra 2014, samt til noe forskning om HF og recovery.

Diskusjonen blir organisert under overskriftene 1) Prosjektets målgruppe, 2) Brukerstyrt oppfølging og brukernes valgfrihet, 3) Tilgang på koordinerte tjenester, 4) De ansattes relasjonsarbeid, 5) Tverrfaglig og ambulant oppfølging, 6) Å bo godt og trygt, og 7) Bedringsprosesser og livskvalitet. I diskusjonen blir det vist til funn fra alle de tre delstudiene. Her blir de omtalt som delstudie 1, delstudie 2 og delstudie 3.

6.1 Prosjektets målgruppe

I prosjektbeskrivelsen ble målgruppa definert til å være personer med psykiske helse- og rusproblemer – ROP-lidelser, men ikke personer med de tyngste ROP-utfordringene. Funnene fra delstudie 1 og 2 dokumenterer at det i hovedsak er lettere til middels ROP-problemer som deltakerne sliter med ved inntak. I delstudie 1 ble rundt halvparten av deltakerne vurdert til å ha lav grad av psykiske helseproblemer og lav grad av rusproblemer ved inntak. Kun en person hadde høy grad av psykiske helseproblemer og høy grad av rusproblemer. Delstudie 2 viser at mange deltakere brukte alkohol (62%), av disse var det 14% som brukte alkohol i kombinasjon med andre rusmidler. Rusmidler som cannabis, amfetamin og andre ble benyttet hos ca 17% av deltakerne. Heroin ble svært lite brukt i målgruppen. De psykiske helseutfordringene hos deltakerne ble vurdert av teamet til å dreie seg mye om angst, stemningslidelser og ADHD, og i liten grad om psykoser.

Beskrivelsene av målgruppa dokumenterer at prosjektet har rettet seg mot personer med alle typer rusproblemer og lette til middels grad av psykiske helseutfordringer. Dessuten er det viktig å ta med i betraktningen at de ansatte oppdaget at flere deltakere hadde mer omfattende og alvorligere psykiske helse- og rusproblemer enn antatt, etter hvert som de ble kjent. Funnene dokumenterer at denne gruppen har behov for de tjenestene Dvbf kunne tilby. Dessuten viser funnene at de fleste deltakerne har et rehabiliteringspotensial. Det er også verd å løfte fram sannsynligheten for at deltakelse i prosjektet har forebygget forverring av psykiske helse- og rustilstander hos en rekke deltakere. I HF-tilnærmingen kreves det et ACT-team med lege eller

psykiater som medlemmer av teamet, for å kunne gi et fullverdig tilbud til personer med de mest alvorlige psykiske helse- og rusproblemer (psykose og heroinutfordringer). I evalueringen av de norske HF-prosjektene fant Snertingdal (2014) at ingen hadde et fullverdig ACT-team, ettersom de ikke hadde lege eller psykiater i teamet, og fordi de fleste prosjektene etterstrebet i jobbe etter Individuell Case Management –modellen. Det er derfor betimelig å stille spørsmålet om hvem som skal ta seg av personene med de mest alvorlige og «tyngste» ROP-utfordringer og med små utsikter til bedring.

6.2 Brukerstyrt oppfølging og brukernes valgfrihet

Et viktig mål for prosjektet var at bosted og bistand skulle baseres på valgfrihet og at oppfølgingstjenestene skulle være brukerstyrte. Forskningsresultatene fra delstudie 3 bekrefter at brukerbestemmelse – eller det teamet kaller brukerstyring - blir satt høyt i de ansattes tilnærming til deltakerne. Både deltakere og samarbeidspartnere gir uttrykk for erfaringer med at brukerperspektivet blir gjennomført i praksis og at oppfølgingen ser ut til å være basert på deltakernes egne mål, valgfrihet og fravær av tvang. Forskningsresultatene dokumenterer en grunnleggende holdning hos de ansatte om at deltakerne er mennesker som har kompetanse, ressurser og potensiale for vekst og utvikling. Gjennom sin tilnærming formidler de ansatte en tro på deltakernes evner til å utvikle seg og få et meningsfullt liv til tross for de livsbelastningene de strever med. En slik innstilling er også i tråd med en recoverytilnærming hos de ansatte (Borg mfl., 2013). En sentral faktor for recovery er at personens kunnskap om eget liv får forrang i samarbeidet med hjelperen. Mye tyder på at det samme blir vektlagt i dette prosjektet. Samtidig er det viktig å være bevisst på at makt er tilstede i alle relasjoner mellom mennesker. Det vil alltid ligge implisitt i en hjelperrolle at hjelperen har mer makt enn den som eier problemet (Foucault, 1982). I dette prosjektet, der brukerstyring er et mål og en ledesnor i arbeidet, er det kanskje mer nærliggende å forstå brukerstyring som det at brukeren settes i sentrum, samtidig med at brukernes erfaringskunnskap og de ansattes fagkunnskap likestilles. Det innebærer at deltakerne er eksperter på eget liv, og de ansatte er eksperter på sitt fagfelt. En slik holdning vil bidra til å utjevne makt og styrke likeverdigheten i relasjonen. Det som i dette prosjektet kalles brukerstyring, kan derfor forstås som et samarbeid mellom deltaker og ansatt, der brukeren møtes på likefot. I dette samarbeidet blir den ansatte en medvandrer – eller profesjonell følgesvenn (Andvig & Hummelvoll, 2015; Sommer, Strand, Borg & Ness, 2013).

Brukerperspektivet i Dvbf er i tråd med ROP-retningslinjen som framhever brukermedvirkning som sentral i behandling og oppfølging for å sikre brukerne reell innflytelse på utformingen av tjenestene. Betydningen av at brukeren kan oppnå kontroll over viktige forhold i livet sitt og få økt myndighet, vektlegges. Dessuten framhever ROP-retningslinjen at behandling og oppfølging bør innrettes slik at brukeren blir i stand til å ta sine egne valg. Bruken av serviceplan i prosjektet er i tråd med ROP-retningslinjen som poengterer at individuell plan bør utvikles for den enkelte som et middel til brukermedvirkning.

6.3 Tilgang på koordinerte tjenester

Prosjekt Dvbf har et mål om å prøve ut tjenestekoordinering slik at deltakerne opplever tilgjengelige, umiddelbare og tidsubestemte tjenester. Snertingdal (2014) framhever også at koordinert tilgang på tjenester er en viktig tilnærming for norske HF-prosjekter.

Forskningsresultatene i delstudie 3 tyder på at oppfølgingen av den enkelte deltaker er basert på tjenester som er tilgjengelige, fleksible, umiddelbare, tidsubestemte og basert på det deltakerne definerer som sitt behov. Resultatene viser også at deltakerne får velge type oppfølging og hyppighet på kontakt og at de opplever å få tilpasset og passe støtte i konkrete situasjoner. Det kan forstås som at de ansatte handler når tiden er moden: passe nærhet, passe distanse og passe tid som brukes. Det kan også tyde på at de ikke handler ut fra rutiner og regler, men møter personen individuelt og med en villighet til å se hva han eller hun lengter etter og har behov for.

Resultatene tyder også på at tjenestene som blir gitt i dette prosjektet, skreddersys til den enkelte deltaker basert på en case management modell. Deltakernes opplevelse av å ha en profesjonell følgesvenn, bekrefter at de ansatte fungerer som en los gjennom systemet, slik Snertingdal (2014) beskriver denne modellen. Deltakere og samarbeidspartnere beskriver de ansatte som tilgjengelige fagfolk som gir praktisk og sosial støtte og som assisterer deltakerne i møte med hjelpeapparatet. De sørger for tilgang til tjenester og ved å koordinere det deltakerne har behov for av tjenester fra andre instanser. Dette er svært sentralt fordi mange deltakere opplever å stå alene mot systemet, og de trenger noen de kan stole på som kan tale deres sak. Dessuten kan det være vanskelig for deltakerne å vite hva de til enhver tid har krav på av velferdsstatlige goder (Snertingdal & Bakkeli, 2015: 50).

Resultatene fra delstudie 3 dokumenterer at de ansatte hjelper deltakerne med å få tilgang på rettigheter og offentlige tjenester som de ikke har turt eller orket å oppsøke på egen hånd. Slike tjenester er en forutsetning for å etablere og opprettholde et hverdagsliv som alminnelige mennesker. Funnene bekrefter også betydningen av at de ansatte fokuserer på deltakernes sosiale og økonomiske situasjon. Melding til Stortinget 30, Se meg! (2011-2012) poengterer nettopp at veien inn i rusproblemer ofte henger sammen med sosioøkonomiske faktorer som inntekt, utdanning og arbeid. Å sørge for at deltakerne får tilgang på overgangsstønad, uførepensjon og gjeldsordninger er i tråd med Meld. til Stortinget 30, (2011-2012) og Helsedirektoratet (2014). Begge dokumentene framhever at å få orden på økonomiske problemer kan bety mye for den videre rehabiliteringen for personer med psykiske helse- og rusproblemer. Fleksibilitet, tilgjengelighet og sammenheng i tjenestene er også i tråd med HF-prinsippene, med ROP-retningslinjen og Helsedirektoratet (2014).

Betydningen av de ansattes relasjonsarbeid

I funnene fra delstudie 3 blir teamets relasjonsarbeid med deltakerne framhevet. Relasjonens betydning for opplevelsen av god hjelp er et framtrедende funn i denne evalueringen. Det bekreftes både av deltakere og samarbeidspartnere. Funnene viser at det blir etablert relasjoner mellom personen som søker hjelp og den profesjonelle basert på verdier om gjensidig respekt og forståelse og på individets rett til selvbestemmelse. Slike verdier hos personalet er beskrevet som fundamentale innen recoveryorienterte tjenester (Chen, Krupa, Lysaght, McCay & Piat, 2013; Biong & Soggiu, 2015). De framheves også i veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid (Helsedirektoratet, 2014).

Funnene i delstudie 3 forteller om hjelpere som viser genuin interesse, omsorg og som bryr seg om den enkelte. Gjennom samtaler, samhandling og praktiske hverdagslige handlinger kommuniserer de ansatte at «jeg bryr meg om deg». For eksempel gjennom å sette på vaskemaskinen sammen, gå en tur eller ta en kopp kaffe sammen. Forskningsresultatene dokumenter at de ansatte har et sterkt engasjement for jobben de gjør med deltakerne. Ansatte som er varme, engasjerte og tilgjengelige blir trukket fram som sentralt i HF-modellen. Det er essensielt at de ansatte har en forpliktelse til å følge opp deltakere og viser i praksis at de faktisk gjør det (Tsemberis, 2010).

Funnene viser at de ansattes vektlegging av å etablere tillit og vise respekt for deltakernes integritet og rett til selvbestemmelse, bidrar til at deltakerne får tillit og våger å ta imot tjenester. Det viser også at de ansatte bidrar til å skape et støttende klima som motiverer deltakere til å ta imot hjelp – og slik få tilgang på tjenester de har behov for. Når det etableres og utvikles trygghet og tillit i relasjonen mellom deltaker og fagperson, vil det også bidra til åpenhet. Det blir lettere å fortelle om problemer i hverdagen, som for eksempel rusmiddelbruk, når man vet man ikke blir avvist eller utvist fra prosjektet. Det er også viktig å framheve relasjonens betydning og dens varighet over tid for å kunne avdekke at de psykiske helseproblemene og/eller rusproblemene noen ganger kan være større og alvorligere enn de ser ut til i utgangspunktet, slik funnene rapporterer. Samtidig er det en sårbarhet knyttet til tette og nære relasjoner fordi den ansatte blir en svært viktig person i deltakerens liv (jfr Snertingdal & Bakkeli, 2015). Det kan også oppstå problemer når en ansatt blir syk over lengre tid eller slutter, og kontinuiteten i relasjonen blir brutt.

Funnene i delstudie 3 viser også at de ansatte gir mye av seg selv og ofte gjør noe som er annerledes eller mer enn det deltakerne forventer av dem. En slik væremåte kan gjøre at deltakerne opplever at de er spesielle og får spesiell behandling, noe som har vist seg å være viktig for recoveryprosessen (Denhov & Topor, 2012; Andvig, 2016). Slike væremåter hos de ansatte styrker deltakernes opplevelse av likeverd og likhet og utfordrer profesjonelle standarder om å holde avstand og ha en terapeutisk nøytralitet (Karlsson, Revheim & Jonassen, 2013).

Resultatene fra delstudie 3 dokumenterer også betydningen av å ha tid til rådighet i oppfølgingen av personer med psykiske helse- og rusproblemer. Funnene viser at for å lykkes med relasjonsarbeidet, er det nødvendig å ha tilstrekkelig tid til å etablere en tillitsfull relasjon – og til å fastholde og videreutvikle den. I denne sammenheng er det også viktig å framheve at relasjonene mellom ansatte og deltakere i dette prosjektet har vart over tid. Relasjonsarbeidet har vært preget av kontinuitet i oppfølgingen. Ingen av de fem ansatte har sluttet i løpet av de tre årene prosjektet har pågått. I motsetning til Snertingdal & Bakkeli (2015) som fant at høy turnover var en utfordring i flere andre norske HF-prosjekter.

6.4 Ambulant og tverrfaglig oppfølging

Et viktig hovedprinsipp i prosjektet Dvbf er at oppfølgingen skal være ambulant og tverrfaglig. Funnene i delstudie 3 bekrefter at oppfølgingen som tilbys i prosjektet er ambulant. De ansatte arbeider der deltakerne befinner seg, i deres hjem, nærmiljø og med oppsøkende virksomhet

overfor de som er vanskelig å nå. Gode rammebetingelser, åpne fullmakter og mulighet til å utøve skjønn, ser ut til å bidra til at de ansatte kan tilby et bredt spekter av tjenester. Det tyder på at det er få begrensninger på hjelpen som tilbys. En slik holdning synes å stå i kontrast til det som generelt kan gjenkjennes som økte krav til standardisering og manualisering i mange praksiser i dagens helse- og sosialfelt. En ambulant tjeneste er også i tråd med Helsedirektoratet (2014) som framhever viktigheten av oppsøkende virksomhet på brukerens arena. Helsedirektoratet mener at slik virksomhet bidrar til at brukeren kan ivareta daglige aktiviteter og samtidig synliggjøre sine ressurser og tjenestebehov.

Funnene i delstudie 3 tyder på at teamet ivaretar prinsippet om tverrfaglighet, både med hensyn til teamets sammensetning og i deres arbeidsmåter. Funnene viser hvordan de utfyller hverandre i samarbeidet og spiller på hverandres ulikheter for å gi et bredest mulig tilbud til deltakerne. Teamets daglige refleksjonsstunder ser ut til å utvikle et læringsfellesskap der de utvikler sin profesjonalitet knyttet til prosjektets målsetting. I dette læringsfellesskapet foregår det en kontinuerlig bevisstgjøring knyttet til ivaretagelsen av brukerperspektivet og brukerstyringen. Holdningsarbeidet tas kontinuerlig på alvor ved at egen praksis blir systematisk reflektert over. Ifølge HF-ideologien er det nødvendig med en pågående bevisstgjøringsprosess for å ivareta en slik holdningsendring hos de som arbeider innenfor en slik tilnærming (Tsemberis, 2010; Rambøll, 2012). Funnene tyder også på at den ansatte med egenerfaring bidrar til å utvide tverrfagligheten og styrke en ressursorientert og recoverybasert tilnærming i teamet. Ansettelse av kolleger med erfaring med psykiske helse-/ rusutfordringer beskrives i forskningslitteraturen som en forutsetning for recoveryorienterte psykisk helse- og rustjenester (se bla. Borg, mfl., 2013). Ansatte med egenerfaring framheves også av Helsedirektoratet (2014) som viktig for å styrke brukerperspektivet i tjenestene og fremme en recoveryorientert praksis. Ansatte med egenerfaring som kan møte deltakerne på deres egne arenaer, gjør det lettere å innrette hjelpen etter deres ønsker og behov (Olsø, Almvik & Norvoll, 2014).

6.5 Å bo godt og trygt

Hovedmålet med prosjektet var færre bostedsløse i Drammen kommune. Et annet sentralt mål i prosjektet var at «deltakerne skulle få varige og trygge boforhold i henhold til sine ønsker og økonomiske situasjon». Vi vil her se nærmere på deltakernes erfaringer knyttet til opplevelsen av å bo godt og trygt, basert på overskriftene Boligtilbud og boligvalg, Bostabilitet og Det å ha et hjem.

Boligtilbud og boligvalg

Delstudie 1 rapporterer at prosjektet har fått redusert antall deltakere uten fast bolig med 35% poeng. Dette bekreftes gjennom at både Boligtjenesten og Senter for rusforebygging rapporterer om færre fra målgruppen som søker/står på venteliste for kommunal bolig.

Vi har tidligere vært inne på at ca. halvparten av deltakerne hadde bolig da de ble med i prosjektet. De ble tatt inn fordi de sto i fare for å miste boligen. I følge den amerikanske HF-modellen (Tsemberis 2010; Rambøll, 2012) skal alle som tas inn i prosjektet være boligløse. Samtidig er det viktig å se dette i lys av at det er andre forhold i Norge enn i USA, på grunn av den norske velferdsmodellen. Mange av deltakerne som kom inn i Dvbf, var allerede inne i hjelpeapparatet og hadde en form for oppfølging. Fordi så mange virksomheter henviste kandidater til Dvbf, kan dette tolkes som at de mangler nødvendige verktøy, virkemidler eller ressurser i egen virksomhet til å møte de reelle behovene til denne målgruppen.

Når det gjelder boligframskaffelsen i prosjektet, var den primært basert på at de ansatte bisto deltakerne med å få bolig gjennom det private leiemarkedet eller at deltakerne skaffet seg bolig selv. Prosjektet hadde ikke boliger som sto klare til nye deltakere. Det var heller ingen boliger i kommunen som var øremerket til prosjektdeltakerne. Basert på funn fra delstudie 1, skaffet 24 deltakere seg bolig på egen hånd, 9 fikk bistand av teamet, mens teamet skaffet bolig til 11 deltakere. Det er interessant å merke seg at så mange greide å skaffe seg bolig på egen hånd eller med assistanse fra de ansatte. Det kan tyde på at de hadde ressurser og pågangsmot som ble hentet fram gjennom støtte fra de ansatte i prosjektet. Snertingdal og Bakkeli (2015) peker på at deltakere i Housing first-prosjektene kan møte skepsis og fordommer hvis de forsøker å leie av private og at det derfor kan være vanskelig å leie på det private markedet. Kan det være at deltakere i Dvbf fant boliger på det private markedet, fordi de ikke hadde de mest omfattende psykiske helse- og rusproblemer?

Funnene fra delstudie 3 tyder på at mange deltakere var tilfredse med boligen de fikk gjennom prosjektet. Standard husleiekontrakt og samme rettigheter som andre leietakere, ga sikkerhet for at de kunne bli boende over tid. Men det var også deltakere som var misfornøyd med størrelsen på boligen eller fordi boligen lå i rusbelastede områder. En blokk i et rusbelastet område der flere deltakere bodde, pekte seg ut i negativ retning. Det har vist seg uheldig å samlokalisere mennesker med psykiske helse- og rusproblemer i denne typen boliger (Vassenden, Bergsgaard & Lie, 2012). Slike samlokaliseringer er heller ikke i tråd med Tsemberis' anbefalinger. Snertingdal & Bakkeli (2015) peker på at dersom deltakere ender opp

i leiligheter de ikke er fornøyd med, kan det medføre at de ikke er like motivert til å beholde boligen, som de hadde vært dersom de hadde kunnet velge bolig.

Bostabilitet

En viktig indikator på bostabilitet er å se på andel deltakere i bolig, andel deltakere som har flyttet, andel deltakere i fengsel/institusjon, andel deltakere som er kastet ut (Snertingdal & Bakkeli, 2015). I følge delstudie 1 i dette prosjektet ble 82 % av det totale antall deltakere boende i boligen etter innkommst i prosjektet. De prosjektansatte forhindret 22 utkastelser. 9 personer (18 %) mistet boligen på grunn av utkastelse underveis og fikk ny bolig. Delstudie 2 rapporterer om at 2 deltakere sto i fare for utkastelse ved innkommst. Ingen av disse deltakerne hadde de samme problemene ved senere intervju tidspunkter. To andre deltakere stod også i fare for å bli kastet ut senere i forløpet. På bakgrunn av disse tallene, vil vi konkludere med at bostabiliteten i prosjektet er høy.

Forskningsresultatene fra delstudie 3 viser at det å ha sin egen bolig og klare å bo der, har avgjørende betydning for opplevelsen av trygghet og stabilitet i hverdagen for mange deltakere. Det samme bekreftes i en rekke studier om oppfølging i bolig for mennesker med psykiske helse- og rusproblemer, blant annet i artikkeloversiktene til Gonzalez & Andvig (2015 a,b). Når deltakerne slår seg mer til ro og opplever større trygghet i hverdagen, slik funnene viser, er det større mulighet for at de blir boende og unngår utkastelser. Få utkastelser kan også tyde på at de ansattes skadereduksjonstilnærming har vært virkningsfull i arbeidet med deltakerne. De ansattes fokus på å forhindre utkastelser slik at deltakerne kan beholde boligen over tid, ser ut til å bidra til stabilitet i deltakernes liv.

I vurderingen av bostabiliteten i dette prosjektet, er det også viktig å ta med i betraktningen at halvparten av deltakerne hadde bolig fra før de kom inn i prosjektet. Det kan være at de var i en bedre posisjon til å oppnå bostabilitet, enn personer som er bostedsløse (Snertingdal, 2014). De gode resultatene angående bostabilitet i denne evalueringen må også sees i lys av at flertallet av deltakerne ikke hadde de tyngste psykiske helse- og rusproblemene.

Å ha et hjem

Bostabilitet og det å bo godt og trygt er nært knyttet til opplevelsen av å ha sitt eget hjem. Deltakerne i Dvbf bekrefter betydningen av å høre til et sted og ha et hjem. I datamaterialet var det påfallende mange utsagn som dreide seg om hvor «roligere livet var blitt» etter at de fikk bolig og oppfølging fra Dvbf. Bekymringer, angst og uro ble redusert når bolig og økonomi var på plass. Funnene fra delstudie 3 forteller også om betydningen av å kunne drive med

dagligdagse gjøremål og etablere rutiner i hverdagen. Dessuten viser funnene hvordan de ansattes tilgjengelighet og oppsøkende virksomhet gir deltakerne en opplevelse av trygghet knyttet til det å bo, beholde boligen over tid og til å klare hverdagen. Å ha en stabil bosituasjon og et hverdagsliv med rutiner, gjør at man får mer orden på livet. Det kan også åpne opp for å begynne å finne ut hva man ønsker for framtiden. Å bo godt og trygt ser ut til å gi større overskudd til å ta tak i andre utfordrende sider ved livet, som det å tenke framover og legge planer. Å ha et hjem der en kan føle seg trygg og det å få støtte til å klare hverdagen, har dessuten stor betydning for recoveryprosessen (Borg mfl., 2013; Gonzalez & Andvig, 2015a,b).

Imidlertid dokumenterer funnene i delstudie 3 at selv om mange har fått en trygg og stabil bosituasjon, kan ensomhet være en stor utfordring etter at de har etablert seg i boligen. Gonzalez & Andvig (2015a) bekrefter at ensomhet ofte er den største trusselen for denne gruppen mennesker når de bor alene. Bolig er ikke nok, det er også nødvendig å ha tilhørighet, opplevelse av å være inkludert og del av et fellesskap. Når man føler seg isolert og ensom uten kontakt med andre, kan det bli fristende å oppsøke rusfellesskap og/ eller de psykiske helseproblemene kan forverres.

6.6 Livskvalitet og bedringsprosesser hos deltakerne

Vi vil her fokusere på spørsmålet om og eventuelt hvordan deltakelse i prosjektet har bidratt til økt livskvalitet og stimulert til bedringsprosesser hos deltakerne.

Livskvalitet hos deltakerne

Funnene fra delstudiene 2 og 3 gir et varierende bilde knyttet til livskvalitet hos deltakerne. Samlet sett kan funnene tyde på at det er deltakere som har fått bedre livskvalitet gjennom å delta i prosjektet. Det bekreftes til en viss grad av analysen i delstudie 2 som antyder en tendens til at livskvaliteten er noe bedre ved de siste registreringene sammenlignet med de første registreringene. Men analysen i delstudie 2 viser også at gruppen av deltakere som brukte cannabis og gruppen som brukte amfetamin, skilte seg ut ved at de hadde lavere verdier av psykisk helse, fysisk helse og livskvalitet. For gruppen som brukte cannabis, var det lavere på et signifikant statistisk nivå. Det kan tolkes som at disse gruppene hadde et lavere nivå av velvære enn andre deltakere i Dvbf. I studien til Snertingdal & Bakkeli (2015) var det gruppen amfetaminbrukende unge menn som skilte seg ut ved at de strevde mest med ustabile bo-og livsforhold.

I prosjekt Dvbf var det en gruppe deltakere som ble borte fra prosjektet etter å ha vært med i kortere eller lengre tid, uten at de avsluttet deltakelsen formelt. Selv om vi ikke har opplysninger om årsaken til at de forsvant, kan vi anta at det tilbudet Dvbf hadde å gi dem, ikke var viktig eller riktig for dem på det aktuelle tidspunktet.

De kvalitative funnene fra delstudie 3 viser imidlertid at mange deltakere opplevde å ha fått en bedre og mer stabil hverdag i egen bolig og at livet endret seg i positiv retning. Opplevelse av trygghet og velvære, sosial tilhørighet gjennom kontakt med familie, interesse for og oppstart av skole, jobb og andre meningsfulle aktiviteter, ny tro på framtiden og på seg selv, er alle elementer som går igjen i funnene. Det samme gjør beskrivelser av bedre økonomi og tilgang på koordinerte tjenester fra andre instanser som NAV, lege, spesialisthelsetjeneste etc. Disse forholdene kan tyde på økt livskvalitet for disse deltakerne, basert på den brede forståelsen av begrepet livskvalitet hos Næss (2001). Et annet sentralt element som ser ut til å bidra til en opplevelse av økt livskvalitet hos deltakere, er støtten og hjelpen fra de ansatte med å realisere egendefinerte mål og ønsker. Dette poenget er sammenfallende med funn fra en studie i en kommunal ROP-tjeneste (Biong & Soggiu, 2015). De fant at livskvaliteten for brukerne var nært knyttet til relasjonene og samarbeidet med teamet om de områdene og de målene som brukerne mente var viktige.

Samtidig tyder funn fra delstudie 3 på at det å ha få valg på boligmarkedet, det å måtte ta til takke med lav boligstandard og bo i rusbelastede strøk, kan trekke i negativ retning når det gjelder opplevelse av livskvalitet for noen deltakere. Det samme gjør opplevelsen av ensomhet hos flere deltakere. Dessuten viser funn fra delstudie 2 at det er deltakere som fortsetter å ha stort inntak av rusmidler underveis i prosjektet, og som har lavt nivå av velvære. På tross av høyt rusinntak, tyder imidlertid funn fra delstudie 3 på at de har fått et mer funksjonelt liv med bedre levekår, og de har fått regelmessig oppfølging av ansatte de har tillit til.

Recoveryprosesser hos deltakerne

Flere av funnene fra deltakernes erfaringer med å være med i prosjektet, kan forstås som personlige og sosiale bedringsprosesser. I forståelsen av recovery som har med sosial og personlig recovery å gjøre, trenger man ikke være kvitt sine psykiske helse- og/ eller rusproblemer. Man kan likevel være i en recoveryprosess.

Karakteristika som kjennetegner recovery som personlig prosess, er blant annet betydningen av håp og identitet ut over egne problemer (Biong & Soggiu, 2015, s. 57). Et sosialt perspektiv på recovery har å gjøre med folks hverdagsliv og setter fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser (Borg mfl., 2013). Sosiale recoveryprosesser beskrives blant annet som det å ha en god boligsituasjon, orden på økonomien, kontakt med familie, sosial inkludering og meningsfulle aktiviteter (Borg, 2009; Borg mfl., 2013).

I den videre framstillingen vil vi belyse tre sentrale momenter fra forskningsresultatene i delstudie 3 og belyse dem i relasjon til forskning om recoveryprosesser. De tre momentene er: 1) det å ha noe meningsfullt å gjøre, 2) håp og tro på framtiden og 3) det å ha kontroll over eget liv.

Det å ha noe meningsfullt å gjøre: I alle delstudiene har det kommet fram resultater som viser at det er deltakere som har kommet i jobb eller begynt på skole i løpet av prosjektperioden. Fra delstudie 1 rapporteres det at 5 deltakere (nærmere 10%) fikk arbeidsinntekt løpet av perioden de var med i prosjektet. TOP-studien bekrefter også det er en tendens til at en større andel av deltakerne enten er i arbeid eller studerer mens de deltar i prosjektet. 13 av 42 deltakere var i arbeid eller gikk på skole minst en gang i løpet av alle intervjuene. 10,9% av deltakerne var i arbeid og/eller gikk på skole under alle intervjuetidspunktene.

I delstudie 3 forteller flere deltakere om hvordan de har etablert en selvstendig tilværelse i egen bolig, kuttet ut rus, begynt på utdanning eller kommet ut i jobb eller praksisplass. Å ta utdanning og å være i jobb kan knyttes til opplevelsen av ansvar og forpliktelse. Det handler om at noen har behov for en og at en er til nytte, og har sammenheng med å oppleve mening. Opplevelsen av at livet er meningsfullt, er et sentralt moment i recoveryprosesser (Borg mfl., 2013). Arbeid og utdanning bidrar også til å stryke deltakernes inkludering og tilhørighet i samfunnet og er tråd med ROP-retningslinjen. Den poengterer at lønnet arbeid kan ha vesentlig betydning for den enkeltes økonomi, bidra til innflytelse og uavhengighet og fremme muligheten for sosial deltakelse og opplevelse av mestring.

Forskningsresultatene i delstudie 3 tyder også på at andre deltakere enn de som har kommet i jobb eller utdanning, har funnet ny mening i tilværelsen. For noen dreier det seg om det å bety noe for egne barn og annen familie, mens for andre kan det å etablere hverdagsrutiner i boligen eller gjenoppta hobbyer gi opplevelse av mening. Opplevelser knyttet til mening og det å være betydningsfull, styrker også identiteten som noe annet enn det å være pasient/ bruker. Ness, Borg, Karlsson, Almåsbaakk, Solberg & Torkildsen (2013) gjorde en studie om betydningen av

meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser for mennesker med rusproblemer. De fant at meningsfulle aktiviteter bidro til personlig og sosial utvikling, kontinuitet og stabilitet i livet. Dessuten bidro meningsfulle aktiviteter til å få en meningsfull rusfri arena, og til å bli møtt med respekt og verdighet. Det er også viktig å merke seg at det å kunne arbeide med egne mål som har betydning for en selv, slik deltakerne i Dvbf gjorde, kan bidra til å skape mening i livet (Biong & Soggiu, 2015).

Håp og tro på framtiden: Funnene tyder på at mange deltakere har fått nytt håp og tro på framtiden gjennom deltakelse i prosjektet. Håp og drømmer har stor betydning for recoveryprosessen hos personer med psykiske helse- og rusproblemer (Deegan, 1988). Det dreier seg om å finne fram til det positive, det som kan fremme håp og stimulere personens mål og drømmer. Vissheten om støtte fra ansatte som ser muligheter og potensialer framfor problemer, som er nærværende og bryr seg, har stor betydning for å gi næring til håpet. Ansatte med slike kvaliteter beskrives av deltakerne i Dvbf, og er i samsvar med funn hos blant annet Borg mfl. (2013) og Sælør, Ness & Semb (2015).

Større kontroll over eget liv: Helsedirektoratets (2014:30) definerer empowerment som

«En prosess som gjør mennesker i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse. Prosessen må ta utgangspunkt i menneskets egne ressurser og evne til å kontrollere eget liv, gitt at de gis makt eller autoritet, gjøres i stand til og tillates å delta i sentrale vurderinger og valg».

Forskningsresultatene i delstudie 3 kan tyde på at deltakere opplever å ha fått større kontroll i eget liv og større tro på seg selv. Empirien viser at deltakere har fått en økt bevissthet om hva de vil med livene sine og ser muligheter til å realisere egne mål og ønsker. De se ut til å ha blitt styrket gjennom å ta valg og beslutninger på sentrale livsområder. Dette kan forstås som empowerment eller myndiggjøring hos deltakerne, noe som også beskrives som et viktig element i personlige recoveryprosesser. Det å arbeide med egne mål, ser ut til å styrke deltakernes personlige ansvar og derigjennom selv-empowerment. Deltakerne blir vist tillit til å ha makt og autoritet til å gjøre endringer i eget liv for å gjenvinne kontroll. Det er også viktig at de ble gitt friheten til å ta risiko og feile. Å ta egne valg og beslutninger angående eget liv og helse, mobiliserer også personen til å forholde seg til og delta i sine omgivelser. I følge Slade, Leamy, Bacon, LeBoutillier, Williams & Bird (2012) kan empowerment relateres både til en opplevelse av tjenester som styrker og bemyndiger en til å ha kontroll på hjelpen en får, og det å ha personlig ansvar inkludert det å være et myndig medlem av samfunnet.

Det verd å merke seg at enkelte deltakere har sluttet å ruse seg mens de har deltatt i prosjektet, og andre har begrenset inntaket. Å mestre å slutte å ruse seg eller begrense inntaket kan også sees som det å ta større kontroll og styring over eget liv. Det har ikke blitt stilt krav om rusreduksjon eller rusfrihet fra de ansattes side. Det er heller ikke en forutsetning for personlig og sosial recovery at en slutter å ruse seg. At noen likevel har sluttet eller begrenset rusbruken, har å gjøre med deres egne valg. Det kan også ha sammenheng med måten de har blitt møtt av de ansatte på. Å få aksept for den man er, uten å bli dømt, har blant annet med fravær av krav om rusfrihet å gjøre. Empirien tyder på at de ansatte viser respekt og aksept og godtar deltakerne som de er. Slik legges grunnlaget for å etablere kvalitativt annerledes relasjoner enn det mange av deltakerne er vant med fra andre hjelperelasjoner. Når de ansatte viser at de også aksepterer deltakernes «dårlige sider», blir de alminneliggjort. De ansatte ser ikke ut til å ha en agenda som innebærer et ønske om å forandre deltakerne. Det samme bekreftes av Biong & Soggiu (2015). De fant at brukerne framhevet de ansattes dialogiske tilnærming som avgjørende, for at de mestret å redusere inntaket av rusmidler.

Funnene fra delstudie 2 og 3 viser at det er deltakere som fortsetter å streve med sine psykiske helse- og rusproblemer, og det kan gå opp og ned med dem over tid. Tabellene over rusbruk av enkeltpersoner og gjennomsnittsverdier i delstudie 2 (TOP-studien) kan peke på at rusbruk er et langsiktig problem og som vedvarer over tid for den enkelte. Mange deltakere i dette prosjektet vil fortsatt trenge oppfølging av teamet framover. Det er også viktig å ha forståelse for at recoveryprosesser må få ta den tiden de trenger. Prosessene er individuelle og veien mot bedring kan ta mange omveier og gå sakte (jfr. Snertingdal & Bakkeli, 2015).

Kapittel 7. Konklusjoner

Evalueringsens forskningsspørsmål var:

- 1.Hvordan beskriver deltakerne sine erfaringer med å delta i prosjekt Dvbf knyttet til brukerstyring og tjenestenes tilgjengelighet og koordinering?*
- 2.Hvordan beskriver de ansatte sitt arbeid i prosjekt Dvbf knyttet til ivaretagelse av brukerstyring, tilgjengelighet, koordinering og tverrfaglig samarbeid?*
- 3.Hva er samarbeidspartnernes erfaringer med å samarbeide med ansatte i Dvbf knyttet prosjektets ivaretagelse av brukerstyring, tjenestenes tilgjengelighet og koordinering?*
- 4.Hvordan beskriver deltakerne endringer i eget liv etter at de ble med i prosjektet knyttet til bruk av rusmidler, psykisk helse, fysisk helse, livskvalitet og arbeid / skole?*

Basert på disse fire forskningsspørsmålene, kan det gjøres følgende konklusjoner:

Bostedsløse skal bo trygt og godt: Prosjektets hovedmål om færre bostedsløse i Drammen ser ut til å være nådd. Basert på studiens funn konkluderer vi med at prosjektet har lyktes med å prøve ut HF-tilnærmingen overfor personer med ROP-lidelser som er bostedsløse, eller som står i fare for utkastelse, skal kunne bo trygt og godt. Forskningsresultatene bekrefter langt på vei at mange deltakere opplever å få den hjelpen de trenger for å klare å bo. Studien dokumenterer også at de fleste er tilfredse med boligen de har fått, både med størrelse, beliggenhet og med å ha fått samme rettigheter som andre leietakere. Mens noen opplever å bo for trangt og/eller i rusbelastede områder. Studien dokumenterer stor grad av bostabilitet, og mange utkastelser har blitt forhindret. Forskningsresultatene dokumenterer at det å få bolig og oppfølging stimulerer deltakernes håp om et bedre liv. Studien bekrefter at de ansattes tilnærming med å se muligheter, være nærværende og bry seg, gir næring til håpet hos deltakerne. Det har bidratt til at mange har begynt å orientere seg mot framtida på områder som skolegang, jobb og fritid eller begynne i behandling. Noen har allerede startet på utdanning, fått jobb og et bedre nettverk og har etablert nye hverdagsrutiner. Slike aktiviteter kan forstås som det å ha noe meningsfullt å gjøre, og er et sentral moment i recoveryprosesser. Studien dokumenterer også at flere deltakere opplever å ha fått større kontroll i eget liv og større tro på seg selv, noe som kan forstås som empowerment. Empowerment handler om å ha kontroll over hjelpen en får og ta personlig ansvar, noe som også er viktige momenter i recoveryprosesser. Studien dokumenterer at det å få bolig og oppfølging i bolig, bidrar til å skape ro, stabilitet og trygghet hos deltakerne. For noen deltakere har det bidratt til mindre rusbruk, og enkelte har sluttet med rusmidler. Samlet sett tyder forskningsresultatene på at en stor del av deltakerne

har fått bedre levekår og livskvalitet gjennom å delta i prosjektet. Vi vil framheve at mange deltakere poengterer at det er støtten fra de ansatte, som har bidratt til et bedre liv. Det gir trygghet å vite at de ansatte er tilgjengelige ved behov. Men det er også deltakere som opplever ensomhet, og deltakere som fortsetter å bruke mye rusmidler og som har lavt nivå av velvære og fysisk og psykisk helse.

Basert på forskningsresultatene, vil vi også konkludere med at målet om at de ansatte skal profesjonaliseres til å bistå deltakere i det å få varige og trygge boforhold, er nådd. Studien rapporterer om ansatte som har videreutviklet sin kompetanse i å arbeide med mennesker med psykiske helse- og rusproblemer som trenger bolig og oppfølging i bolig. De ansatte viser omsorg for den enkelte gjennom samtaler og praktiske hverdagslige gjøremål. Dessuten dokumenterer studien viktigheten av et tverrfaglig sammensatt team. Deres løpende faglige og etiske vurderinger, samt en ansatt med erfaringskompetanse, styrker en recoverybasert praksis.

Ivaretagelse av brukerstyring og valgfrihet: Studien bekrefter at de ansatte ivaretar brukerperspektivet i arbeidet med deltakerne. Verdier som gjensidig respekt, forståelse og individets rett til selvbestemmelse, står sentralt. Brukerstyringen i prosjektet kan forstås som det å sette brukeren i sentrum, samtidig med at brukernes erfaringskunnskap og de ansattes fagkunnskap likestilles. Deltakerne blir sett som eksperter på eget liv, med kompetanse, ressurser og potensiale for vekst og utvikling. Utøvelse av brukerstyring i praksis kan forstås som et samarbeid mellom deltaker og ansatt, der brukeren møtes på likefot og den ansatte er en profesjonell følgesvenn. Serviceplanen er et viktig hjelpemiddel i arbeidet. Studien bekrefter også at deltakernes frihet til å velge blir tillagt stor vekt i prosjektets metodeutvikling. Resultatene dokumenterer at deltakerne får velge type oppfølging og hyppighet på kontakt og at de opplever å få tilpasset og passe støtte i konkrete situasjoner. Når det gjelder boligvalg, ser valgene ut til å være mer begrenset.

Tjenestenes tilgjengelighet og koordinering: Vi vil konkludere med at prosjektet har lyktes med å prøve ut nye systemer for tjenestekoordinering. Oppfølgingen av den enkelte deltaker ser til en stor grad ut til å være basert på tjenester som er tilgjengelige, fleksible, umiddelbare og tidsubestemte. Dessuten koordinerer teamet tjenester fra andre instanser. Studien dokumenterer at de ansatte er oppsøkende, tilgjengelige og at hjelpen er ambulant og foregår på deltakernes arenaer. Studien dokumenterer at de ansatte etablerer tillitsfulle relasjoner med deltakerne. Det bidrar til at deltakere som er lite motivert til å ta imot hjelp, våger å ta imot

tjenester og fortelle om sine hjelpebehov. Det er også viktig å merke seg at en tillitsfull relasjon og tilstrekkelig tid til rådighet hos de ansatte, gir mulighet til å avdekke mer omfattende psykiske helse- og rusproblemer, enn det de ser ut til å være i utgangspunktet. Studien dokumenterer at prosjektet har rettet seg mot personer med alle typer rusproblemer og lette til middels grad av psykiske helseutfordringer. Det er av stor betydning at denne gruppen får hensiktsmessig hjelp og støtte til å få en bedre hverdag gjennom en HF-tilnærming. Det er også sannsynlig at prosjektet har forebygget forverring av tilstanden hos en rekke deltakere. Forskningsresultatene fra denne evalueringen viser at verdigrunnlaget og arbeidsmåtene i prosjekt Dvbf, er i tråd med de aller fleste prinsippene i HF-modellen, med unntak av at flere deltakere hadde bolig fra før. Det er også viktig å merke seg at prosjektets praksis ivaretar sentrale føringer i ROP-retningslinjen og Veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Med bakgrunn i forskningsresultatene og arbeidsmetodens sammenfall med statlige anbefalinger for arbeid med målgruppen, er forskerne fra høyskolen av den oppfatning at det vil være fornuftig av Drammen kommune å videreføre dette arbeidet med samme rammebetingelser som under prosjektperioden.

Vi vil også framheve at prosjekt Dvbf har utviklet en sosialt innovativ praksis gjennom utprøving av HF-modellen. Prosjektet har tatt i bruk nye arbeidsmetoder innen det boligsosiale arbeidet overfor personer med psykiske helse- og rusproblemer der tjenester og bolig sees i sammenheng. Det er viktig at man får erfaringer med hvordan HF- modellen også kan gi et tilbud til personer med de mest alvorlige og mest langvarige psykiske helse- og rustilstander.

Videreføring av prosjektet: Drammen kommune tok inn HF-prosjektet i kommunens boligsosiale handlingsplan med intensjoner om å legges til rette for implementeringen av HF-tilnærmingen i kommunen. Planen pr. 1. juni 2016 er at kommunens politikere skal avgjøre spørsmålet om implementering i september 2016. Både ansatte og samarbeidspartnere gir uttrykk for bekymring for om prosjektet kommer til å bli videreført med de samme rammevilkår de ansatte har i dag. Prosjekter som finansieres helt eller delvis av eksterne midler, har ofte bedre rammebetingelser og større frihet enn de man finner i ordinære praksiser. Når prosjekter skal overføres til vanlig drift, får de gjerne strammere rammer og mindre ressurser. Da er det imidlertid stor sannsynlighet for at kvaliteten på oppfølgingen av den enkelte bruker blir skadelidende.

Litteratur

Andvig, E. (2014). Förundran i hermeneutisk forskning – ett exempel från fokusgruppsamtal. I: Lassenius, E. & Severinsson, E. (red.) *Hermeneutik i vårdpraxis. Det nära, det flyktiga, det dolda*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

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.

Andvig, E. & Hummelvoll, J.K. (2015). From struggling to survive to a life based on values and choices: first -person experiences of participating in a Norwegian Housing First project. *Nordic Journal of Social Research*, vol.6. <http://dx.doi.org/10.15845/njsr.v6i0>

Biong, S. & Soggiu, 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.

Boevink, W. (2012). TREE: Towards recovery, empowerment and experiential expertise of users of psychiatric services. In: Ryan, P., Ramon, S. & Greacen, T. (Eds.) *Empowerment, Lifelong Learning and Recovery in Mental Health: Towards a New Paradigm*. New York: Palgrave Macmillan, 36-49.

Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet. Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46, 452-459.

Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapsutvikling*. Rapport nr. 4/2013, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

Busch-Geertsema, V. (2014). Housing First Europe. Results of a European Social Experimentation Project. *European Journal of Homelessness* 8(1), 13-28

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. *Adm Policy Ment Health*, 40, 96-116.

Deegan, P. (1988). Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.

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.

Departementene (2014). *Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid* (2014-2020).

Drammen kommune (2013). *Prosjektplan for Ditt Valg – Bolig Først!*

Folkehelseinstituttet (2016). *Livskvalitet og trivsel i Norge*. <http://www.fhi.no/artikler/?id=107961>, hentet 03.05.16

- Foucault, M. (1982). The Subject and Power. *Critical Inquiry*, 8(4), 777-795, <http://www.jstor.org/stable/1343197> accessed 25.05.15.
- 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), 905-918, DOI: 10.3109/01612840.2015.1052866
- 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, DOI:10.3109/01612840.2015.1067262
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.
- 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 kommuner og spesialisthelsetjenesten*. (Veileder: IS2076/2014). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). St.meld nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). St.meld nr. 30 (2011-2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, alkohol-narkotika-doping*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)* Prop 15S. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- 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.
- Karlsson, B., Borg, M., Revheim, T. and Jonassen, R. (2013). 'To see each other more like human beings ... from both sides'. Patients and therapists going to a study course together. *International Practice Development Journal*. Vol. 3. No. 1. <http://www.fons.org/library/journal.aspx>
- Kvale S. & Brinkman S. (2011). *Interview. Introduction til et håndverk*. København: Hans Reizel.
- Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbaek, L., Solberg, P. & Torkelsen, H. (2013). Å delta med det du kan: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (10)3, 219-228.
- NOU (2011:15). *Rom for alle. En sosial boligpolitikk for framtiden*. Oslo: Kommunal og Regional departementet.

- Næss, S. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA, rapport nr. 3.
- Olsø, T.M., Almvik, A. & Norvoll, R. (2014). Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2(10), 121-131.
- Padgett, D.K., Stanhope, V., Henwood, B.F. & Stefancic, A. (2011). Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness: comparing housing first with treatment first programs. *Community Mental Health Journal*, 47, 227-232.
- Patterson, M., Moniruzzaman, A, Palepu, A. Zabkiewicz, D., Frankish, C.J. & Krausz, M. (2013). Housing First improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12 month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48, 1245-1259, DOI 10.1007/s00127-013-0719-6
- Pleace, N. (2011). The Ambiguities, Limits and Risks of Housing First from a European Perspective. *European Journal of Homelessness* 5(2), 113-127.
- Rambøll Management Consulting (2012). *Housing first – muligheter og hindringer for implementering i Norge*. Husbanken. www.husbanken.no
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., LeBoutillier, C., Williams, J. and Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 21(4), 353-364.
- Snertingdal, M.I. (2014). *Housing First i Norge – en kartlegging*. Fafao-rapport 2014:52.
- Snertingdal, M.I. & Bakkeli, V. (2015). *Housing First i Norge – sluttrapport. Prosesser, resultater og kartleggingsskjema*. Fafao-rapport 2015:52
- Sommer, M., Strand, M., Borg, M. & Ness, O. (2013). Medvandrer og hverdagshjelper. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1, 36-45.
- Sosial og helsedirektoratet (2006). *På vei til egen bolig: Strategi, for å forebygge og bekjempe bostedsløshet, tilskudd, eksempler, samarbeid og deltakere*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- 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. <http://dx.doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e9>
- Sørvoll, J. (2011). Den boligsosiale vendingen. Norsk boligpolitikk fra midten av 1990-tallet fram til i dag. Vedlegg 2 i *NOU 2011:15. Rom for alle*, s. 171-181.
- Tsemberis, S. (2010). *Housing First Manual: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction*. Minnesota; Hazelden.
- Tsemberis, S., Kent, D. & Respress, C. (2012). Housing Stability and Recovery Among Chronically Homeless Persons With Co-Occuring Disorders in Washington, DC. *American Journal of Public Health*, 102 (1):13-16.

Vassenden, A., Bergsgaard, N.A. & Lie, T. (2012). «Ryktet forteller hvor du bor». *Botetthet og integrering blant rusavhengige kommunale leietakere*. Rapport IRIS, 2012/316.

World Happiness Report Update, Vol 1 (2016) http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2016/03/HR-V1_web.pdf, hentet 18.05.16

Vedlegg

Vedlegg 1 Intervjuguide for deltakere

Vedlegg 2 Intervjuguide for ansatte

Vedlegg 3 Intervjuguide for samarbeidspartnere

Vedlegg 4 Forespørsel om deltakelse i forskningsevaluering for deltakere

Vedlegg 5 Forespørsel om deltakelse i forskningsevaluering for ansatte

Vedlegg 6 Forespørsel om deltakelse i forskningsevaluering for samarbeidspartnere

Vedlegg 7 Samtykke til deltakelse i studien

Vedlegg 8 Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger fra NSD

Vedlegg 9 Resultatprofil (TOP)

Vedlegg 1

Intervjuguide - evaluering av prosjekt ”Ditt valg – Bolig Først” i Drammen kommune

-Deltakere-

Intervjuene vil legge opp til samtale om følgende tema:

Erfaringer med å delta i prosjekt Ditt valg – bolig Først

Hva betyr det for deltaker å ha blitt med i prosjektet

Hva har skjedd av endringer i deltakers liv etter kontakt med prosjektet (inkludert psykologiske forandringer)

Deltagers erfaring med

- tilgang til bolig og boligens standard
- integrering i ordinært bomiljø
- bo-oppfølging og botrening
- valgmuligheter og selvbestemmelse knyttet til boligen
- brukermedbestemmelse og mulighet for egne valg knyttet til bo-oppfølging og evt andre offentlige tjenester
- krav fra tjenesteyterne (for eksempel knyttet til å ta medisiner, delta i behandling, rusfrihet)
- oppfølging / bevisstgjøring knyttet til skadereduksjon
- personalets engasjement
- noe som kan bli bedre i prosjektet i måten de ansatte jobber på?

Vedlegg 2

Intervjuguide - evaluering av prosjekt ”Ditt valg – Bolig Først” i Drammen kommune

-Ansatte-

Fokusgruppeintervjuene vil legge opp til samtale om følgende tema:

Ansattes erfaringer med å arbeide i prosjekt Ditt valg – bolig Først

Ansattes refleksjoner om

- deltageres valgmuligheter knyttet til bolig
- deltakernes tilgang til bolig og boligenes standard
- deltakernes mulighet for integrering i ordinært bomiljø
- hvordan bo-oppfølgingen er organisert
- hvordan bo-oppfølgingen knyttes til nærmiljøet
- kontakten med andre hjelpeinstanser i kommunen og spesialisthelsetjenesten
- ivaretagelse av deltakernes valgmuligheter og selvbestemmelse
- oppfølging / bevisstgjøring knyttet til skadereduksjon
- ivaretagelse av brukerstyring
- engasjement i deltakernes situasjon
- botreningen som tilbys
- hvilken målgruppe prosjektet ”Ditt Valg – Bolig Først” treffer
- hvordan teamet samarbeider med hverandre og med deltakerne
- teamets forpliktelser overfor utleier
- samhandling med andre instanser

Vedlegg 3

Intervjuguide- evaluering av prosjekt "Ditt valg – Bolig Først" i Drammen kommune

- Samarbeidspartnere-

Erfaringer med samarbeid med de ansatte i prosjekt ditt valg bolig først

Erfaringer med samarbeid om deltakere i prosjekt ditt valg bolig først

Tanker om oppfølgingen som deltakerne får fra prosjektet knyttet til tema som

- Bolig
- Booppfølging
- Deltakernes valgmuligheter og brukermedvirkning

Tanker om hvilken betydning /virkning det har for deltakerne å være med i prosjektet

Vedlegg 4

Forespørsel om deltakelse i forskningsevaluering av prosjektet «Ditt valg – Bolig først» i Drammen kommune. – Deltakere–

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder deltagelse i forskningsevaluering av prosjektet «Ditt valg – bolig først » med vekt på de som er deltakere i «Ditt valg – Bolig først».

Vi vil med dette brevet spørre deg om du vil delta i intervjuer. Hensikten er å undersøke nærmere hvilke erfaringer du har med å delta i «Ditt valg – Bolig Først». Vi ønsker å gjennomføre intervjuene to ganger i året i 2014 og 2015 og en gang våren 2016, til sammen 5 intervjuer. Det første intervjuet vil bli i januar 2014. Dersom du vil delta færre ganger, kan du det. I tillegg vil du bli invitert til å besvare et anonymt spørreskjema om forhold knyttet til rus, fysisk og psykisk helse og livskvalitet.

Målet med intervjuene og spørreskjemaet er å vurdere hvilken oppfølging du får og hvilket innhold i tilbudet «Ditt valg – bolig Først» som har vært nyttig for deg. Blant annet er vi interessert i å vite mer om hva som kan bidra /har bidratt til at du kan bo og leve i egen bolig og hva du trenger for å bli mer inkludert i samfunnet.

De som forespørres skal være over 18 år og være deltaker i «Ditt valg – Bolig Først» i Drammen kommune.

Hva innebærer studien?

Intervjuene med deltakerne vil starte opp i januar 2014 og bli gjennomført 2 ganger årlig i 2014 og 2015 og en gang i 2016. Om du vil delta, kan du ta kontakt med en av de ansatte i «Ditt valg – Bolig først ». For å kunne vurdere innholdet i det som kommer fram i intervjuene, vil de bli tatt opp på lydbånd for så å bli skrevet ut på papir og analysert av forskerne. Dato for prosjektslutt er 31.12.2018 og da vil spørreskjema og lydbånd bli slettet.

Forskeren som skal gjennomføre intervjuene er Ellen Andvig. Hun er ansatt som førstelektor ved Høgskolen i Buskerud, Fakultet for helsevitenskap, Senter for psykisk helse og rus.

Om du i etterkant av intervjuet skulle få behov for særlig oppfølging, vil ansatte ved ”Ditt valg – Bolig først” bidra til det. I så fall kan du ringe tlf. 32045070.

Vi ønsker at du fyller ut spørreskjemaet som blir delt ut i forbindelse med det første intervjuet i januar 2014. Vi ønsker også at du fyller ut det samme spørreskjemaet i forbindelse med de andre intervjuene.

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. Datamaterialet vil anonymiseres og skjema slettes senest innen den 31.12.2018. Resultatene vil bli publisert i en rapport og vitenskapelige artikler.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien og det vil være mulig å trekke seg underveis i evalueringen uten å oppgi grunn. Dersom du ønsker å delta i intervjuene, 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 eller Stian Biong, Høgskolen i Buskerud, tlf. 32 20 64 00.

Personvern

Informasjonen som lagres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med evalueringen. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Dekan Heidi Kapstad ved høgskolen i Buskerud, fakultet for helsevitenskap, er administrativ ansvarlig. Ellen Andvig er daglig ansvarlig og professor Stian Biong er prosjektleder. Evalueringen er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

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

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige rapporten. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når prosjektet er ferdig, innen 31.12.2018.

Informasjon om utfallet av studien

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

Drammen 04.desember 2013.

Med vennlig hilsen

Stian Biong

Professor

Ellen Andvig

Førstelektor

Vedlegg 5

Forespørsel om deltakelse i evalueringsforskning avprosjektet «Ditt valg – Bolig Først». **– Ansatte –**

DEL A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder deltagelse i evalueringen av prosjektet «Ditt valg – Bolig først » med vekt på de ansatte som er knyttet til dette prosjektet.

Vi vil med dette brevet spørre deg om du vil delta i fokusgruppeintervjuer sammen med andre ansatte i ”Ditt valg- Bolig Først” som har samarbeidet med deltakere i prosjektet. I fokusgruppeintervjuene er hensikten å undersøke nærmere dine/deres erfaringer med arbeidet knyttet «Ditt valg – Bolig Først». Fokusgruppen vil møtes to ganger i 2014 og i 2015 og en gang i 2016, til sammen fem ganger. Dersom du vil delta i færre fokusgruppemøter, kan du det. Første fokusgruppeintervju vil være i februar 2014.

Målet med fokusgruppeintervjuene er å vurdere hvilken type oppfølging og hvilket innhold i tilbudet «Ditt valg – Bolig først» som har vært nyttig og bidratt til at deltakerne kan bo i egen bolig og få økt sosial inkludering i samfunnet.

De som forespørres skal være over 18 år og være ansatt i Drammen kommune knyttet til ”Ditt Valg – Bolig først” og ha samarbeidet med deltakere i prosjektet.

Hva innebærer studien?

Fokusgruppen med 8-10 deltakere vil bli startet opp i januar 2014 og bli gjennomført fem ganger i perioden januar 2014 til juni 2016. Om du vil delta, kan du ta kontakt med prosjektleder for ”Ditt valg – bolig først”. For å kunne vurdere innholdet i det som kommer fram i gruppen, vil det bli brukt lydbåndopptaker. Opptaket vil deretter bli skrevet ut på papir og analysert av forskerne. Dato for prosjektslutt er 31.12. 2018. Da vil lydfilene bli slettet.

Forskeren som gjennomfører fokusgruppeintervjuene er Ellen Andvig. Hun er ansatt som førstelektor ved Høgskolen i Buskerud, Fakultet for helsevitenskap, 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. Datamaterialet vil anonymiseres og lydfiler slettes senest innen den 31.12.2018. Resultatene vil bli publisert i en rapport og vitenskapelige artikler.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien og det vil være mulig å trekke seg underveis i evalueringen uten å oppgi grunn. Dersom du ønsker å delta i fokusgruppeintervjuer, 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 eller Stian Biong, Høgskolen i Buskerud, tlf. 32 20 64 00.

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med evalueringen. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Dekan Heidi Kapstad ved høgsolen i Buskerud, fakultet for helsevitenskap, er administrativ ansvarlig. Ellen Andvig er daglig ansvarlig og Stian Biong er prosjektleder. Evalueringen er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

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

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige rapporten eller i artiklene. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når prosjektet er ferdig, innen 31.12.2018.

Informasjon om utfallet av studien

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

Drammen 04. desember 2013.

Med vennlig hilsen

Stian Biong

Professor

Ellen Andvig

Førstelektor

Vedlegg 6

Forespørsel om deltakelse i forskningsevaluering av prosjektet «Ditt valg – Bolig først» i Drammen kommune.

- Samarbeidspartnere -

Denne forespørselen gjelder deltagelse i evalueringen av prosjektet «Ditt valg – Bolig først » med vekt på samarbeidspartnere som er knyttet til prosjektet.

Vi vil med dette brevet spørre deg om du vil delta i et telefonintervju. Intervjuet vil dreie seg om faktorer i samarbeidet med ansatte i prosjekt «Ditt valg Bolig først». Du vil ikke bli spurt om opplysninger som angår den enkelte deltaker i prosjektet, men om din oppfatning av samarbeidet rundt deltakerne. Hensikten med intervjuet er å vurdere innholdet i tilbudet «Ditt valg – Bolig først» og betydningen det har for deltakerne.

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. Datamaterialet vil anonymiseres og skjema slettes senest innen den 31.12.2018. Resultatene vil bli publisert i en rapport og vitenskapelige artikler.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien og det vil være mulig å trekke seg underveis i evalueringen uten å oppgi grunn. Dersom du ønsker å delta i intervjuet, svarer du på mailen fra Ellen Andvig. Deretter kan vi avtale tid for intervjuet. Intervjuet vil vare fra en halv time til en time.

Dersom du har spørsmål eller ønsker mer informasjon om prosjektet kan du kontakte Ellen Andvig, Høgskolen i Buskerud og Vestfold, tlf. 47855580.

Personvern

Informasjonen som lagres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med evalueringen. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Dekan Heidi Kapstad ved høgskolen i Buskerud, fakultet for helsevitenskap, er administrativ ansvarlig. Ellen Andvig er daglig ansvarlig og professor Stian Biong er prosjektleder. Evalueringen er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

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

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige rapporten. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når prosjektet er ferdig, innen 31.12.2018.

Drammen 01.04 2015.

Med vennlig hilsen

Stian Biong

Professor

Ellen Andvig

Førstelektor

Vedlegg 7

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i evalueringsstudien av «*Ditt valg – Bolig Først*» i Drammen kommune.

(Signert av informant, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien «*Ditt valg – Bolig Først* » i Drammen kommune.

(Signert, rolle i studien, dato)

Stian Biong

Ellen Andvig

Ellen Andvig
Institutt for sykepleievitenskap Høgskolen i Buskerud
PO Box 7053
3007 DRAMMEN

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

Vår dato: 02.12.2013

Vår ref: 36341 / 2 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.11.2013. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 29.11.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

36341	<i>Samarbeidsbasert forskningsevaluering av Ditt valg - Bolig først i Drammen kommune</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Buskerud, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ellen Andvig</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

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marte Byrkjeland

Kontaktperson: Marte Byrkjeland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices:

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

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

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



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 36341

Formålet er en forskningsbasert evalueringsstudie av prosjektet Ditt valg - bolig først i Drammen kommune. Utvalget vil bestå av deltakere i prosjektet, ansatte i prosjektet og samarbeidspartnere i prosjektet.

Det tas høyde for at det vil kunne bli registrert indirekte personidentifiserende opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med datainnsamling fra de ansatte og deltakerne i prosjektet. Spørreundersøkelsen som sendes ut til samarbeidspartnerne gjennomføres anonymt på papir og faller derfor utenfor meldeplikten.

Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen, og den behandling av opplysninger som finner sted.

Data fra de ansatte samles inn gjennom fokusgruppeintervju. Deltakerne intervjues individuelt og besvarer et anonymt spørreskjema (Resultatprofil - TOP), jf. telefonsamtale med Ellen Andvig 29.11.2013. For at spørreskjemaet skal være anonymt må feltet for "Klient-ID" og "saksbehandler" fjernes. Det legges til grunn at forsker sletter feltene før utlevering av skjemaet til deltakerne.

Det vil bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Informasjonsskrivene vurderes som tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår, forutsatt at dato for prosjektslutt og anonymisering rettes til 31.12.2018, og at informasjon om at Ellen Andvig er daglig ansvarlig tilføyes.

Vi ber om å få tilsendt reviderte informasjonsskriv til personvernombudet@nsd.uib.no.

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

Prosjektet skal avsluttes 31.12.2018 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. rolle i prosjektet, alder, kjønn, arbeidserfaring, utdanning, bostedskommune) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Resultatprofil (TOP)

Senter for rusforebygging

Nedre Strandgate 11, 3015 Drammen



DRAMMEN
KOMMUNE

Klient-ID

Saksbehandler

Kjønn: M ☐ K ☐

Fyllt ut:

Ved inntak ☐

Ved planrevisjon ☐

Ved utskrivning ☐

Etter utskrivning ☐

Dato for utfylling, (dd/mm/åååå)

Del 1: Bruk av rusmidler (Skriv IB (Ikke besvart) bare dersom informasjon ikke er gitt, eller spørsmålet ikke er besvart)

Notér antall dager rusmidler er brukt, samt gjennomsnittlig mengde som er inntatt de dagene rusmiddelet er brukt hver av de siste fire ukene.

1 standard alkoholenhet (AE) = 1 flaske pils/rusbrus 0,33L = 1 gl vin 1,2 dl = 1 drink 4cl. 1 fl vin 12 % 0,75L = 6 AE.
1 fl vodka 40 % 0,70L = 18,5 AE. 1 fl sprit 60 % 0,70L = 28 AE.

Regne ut alkoholenheter:

volum(ml) x alkoholprosent

1500

	Mengde		Uke 4	Uke 3	Uke 2	Uke 1	Totalt
a Alkohol	<input type="text"/> AE/dag		<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
b Opiater*	<input type="text"/> g/ dag		<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
c Crack	<input type="text"/> g/ dag		<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
d Kokain	<input type="text"/> g/ dag		<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
e Amfetamin	<input type="text"/> g/ dag		<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
f Cannabis	<input type="text"/> g/ dag		<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
g Andre rusmidler	<input type="text"/> g/ dag		<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28

(Navn).....

*Alle typer opioider som denne brukeren ikke har fått på resept av sin lege.

Del 2: Risikoatferd ved injisering (Skriv IB (Ikke besvart) bare dersom informasjon ikke er gitt, eller spørsmålet ikke er besvart)

Notér antall dager klienten injiserte rusmidler siste fire uker. ("Hvis nei, skriv "0" og "N", og gå til del 3")

	Uke 4	Uke 3	Uke 2	Uke 1	Totalt
a Injisert	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 0-28
b Injisert med nål eller pumpe brukt av andre?			Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Skriv "J" hvis ja på ett el. to. Ellers "N"
c Injisert med skje/lokk, vann eller filter/dott brukt av andre?			Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	

Del 3: Helse, sosial fungering (Skriv IB (Ikke besvart) bare dersom informasjon ikke er gitt, eller spørsmålet ikke er besvart)

a Klientens vurdering av sin psykiske helse (angst, depresjon, problematiske følelser)

Dårlig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 Bra 0-20

Noter antall dager arbeidet og på skole/universitet siste fire uker:

	Uke 4	Uke 3	Uke 2	Uke 1	Totalt
b Dager i betalt arbeid	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 0-28
c Dager vært på skole	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 0-28

d Klientens vurdering av fysisk helsetilstand (grad av fysiske symptomer og sykdomsplager)

Dårlig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 Bra 0-20

Noter bostedsstatus for siste fire uker

e Akutt boligproblem Ja ☐ Nei ☐ "J" eller
f Risiko for utkastelse Ja ☐ Nei ☐ "N"

g Klientens vurdering av sin livskvalitet (kan nyte livet, kommer overens med familie og venner, etc.)

Dårlig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 Bra 0-20

—
Med brukeren i føreraset?

En forskningsbasert evaluering av Drammen
kommunes prosjekt «Ditt valg – Bolig først»

—
Ellen Andvig,
Asgeir Bergseth,
Bengt Karlsson
Suzie Hesook Kim

—
ISBN: 978-82-8290-020-1

© SFPR – Senter psykisk helse og rus
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Høgskolen i Sørøst-Norge

usn.no/sfpr

