

FORSKNINGSRAPPORT NR. 15/2015

Å BLI TATT PÅ ALVOR SOM HELE MEDMENNESKER.

EN FORSKNINGSBASERT EVALUERING AV BROBYGGER LAR/ROP I NOTODDEN

Stian Biong



Å bli tatt på alvor som hele medmennesker.

- En forskningsbasert evaluering av Brobygger
LAR/ROP i Notodden**

Stian Biong

Drammen 2014

Senter for psykisk helse og rus

Fakultet for helsevitenskap

Høgskolen i Buskerud og Vestfold

Å bli tatt på alvor som hele medmennesker. En forskningsbasert evaluering av Brobygger LAR/ROP i Notodden.

ISBN: 978-82-8290-014-0

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

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

Senter for psykisk helse og rus

Fakultet for Helsevitenskap

Høgskolen i Buskerud og Vestfold

Postboks 7053

3007 Drammen

E-post: postmottak@hbv.no

Hjemmeside: <http://www.hbv.no/forskning/sentra/psykisk-helse-og-rus/>

SFPRs publikasjoner kan fritt siteres ved tydelig angivelse av kilde.

Publikasjoner fra SFPR som omtales, anmeldes eller henvises til, bes sendt til Senteret.

Forord

Denne forskningsbaserte evalueringen har vært et samarbeid mellom Sykehuset Telemark HF, Klinikk Notodden-Rjukan og Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap, Senter for psykisk helse og rus (SFPR). Evalueringen er finansiert av Helsedirektoratet.

Vi vil gjerne rette en særlig takk til de deltakerne i prosjekt Brobygger LAR/ROP som deltok i evalueringen gjennom å fortelle om sine erfaringer og/eller fylle ut spørreskjema. Uten dere hadde det ikke blitt noen evalueringsrapport.

Vi vil også takke deltakere, ansatte og prosjektledere som deltok i kompetansegruppa slik at forskningsevalueringen ble samarbeidsbasert. Takk til NOPRO, Sykehuset Telemark HF og enhet for psykisk helse- og rusarbeid i Notodden kommune for et godt og nyttig samarbeid og for tilretteleggelse og bidrag til gjennomføringen av evalueringen. Takk til høghskolelektor Arne Johansen og forsker Linn Gjersing for bidragene til dataanalysene.

Drammen, 31. desember 2014

Stian Biong
Professor

Sammendrag

Bakgrunn

De ansvarlige for Brobyggersamarbeidet i Notodden ønsket en forskningsbasert evaluering av om målene for prosjektet Brobygger-LAR og Brobygger ROP, slik de er formulert i prosjektspesifikasjonene, ble nådd. Evalueringen undersøker og dokumenterer de erfaringer personer i LAR og med ROP-lidelser har med å delta i ulike bedrings- og rehabiliteringsaktiviteter og knyttet til en mer meningsfull hverdag, aktiviteter og arbeid. Evalueringen dokumenter også erfaringene til ansatte i prosjektet og nære samarbeidspartnere. En ønsker videre å undersøke hvordan de ulike aktivitetene bidrar til å nå de målene for en mer meningsfull hverdag som er satt i Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering, ROP- retningslinjen, samt i St Meld 30 (2011-2012) om rusmiddelpolitikken.

Metode

Utvalget var personer som hadde erfaringer med å delta i prosjektet og som ønsket å delta, samt ansatte og samarbeidspartnere. Datainnsamlingen skjedde ved individuelle forskningsintervju, fokusgruppe og spørreskjema. Dataanalysen ble gjort henholdsvis ved hjelp av systematisk tekstkondensering og deskriptive statistiske analyser. Forskningsetiske forhold som frivillighet, informert og muntlig/skriftlig samtykke, samt konfidensialitet er ivarettatt i hele evalueringsprosessen.

Funn

Hovedfunnet er at deltakerne beskriver sine erfaringer med å delta som knyttet til *å bli tatt på alvor som hele medmennesker*. Ansatte erfaringer handler om at de er *katalysatorer i prosessen* til deltakerne på individ- og systemnivå. Samarbeidspartnerne beskriver at de er mest fornøyd med at prosjektet har bidratt til at deltakerne fylte dagen med noe meningsfullt, og betydd muligheter for sosial fellesskap. Samarbeidspartnerne mente at deltakelse hadde bidratt til mestring, til tilpasset aktivitet/fritid/arbeid, samt redusert misbruk av rusmidler.

Konklusjon

Evalueringsstudien dokumentert at prosjektet i stor grad har nådd de effekt- og resultatmålene som ble satt. Funnene er i tråd med prinsippene for helsefremmende arbeid og recovery-orienterte tjenester om økt livskvalitet, slik de er definert av helsemyndighetene. Prosjektet har konkretisert viktige helsepolitiske føringer med hensyn til aktivitet og arbeid.

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

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

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

Prosjektnummer	49021 (84511) – Å bli tatt på alvor som hele medmennesker. En forskningsbasert evaluering av Brobygger LAR/ROP i Notodden.
Virksomhetsnavn	Senter for psykisk helse og rus, Fakultet for Helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Postboks 7053, 3007 Drammen.
Besøksadresse	Papirbredden - Drammen kunnskapspark Grønland 58, 3045 Drammen.
Telefon og fax	32 20 64 00 - 32 20 64 10
E-post og kontaktperson	Professor Stian Biong, leder av SFPR. stian.biong@hbv.no
Hjemmeside	http://www.hbv.no/forskning/sentra/psykisk-helse-og-rus/

Innholdsfortegnelse:

Forord

Sammendrag

Kapittel 1. Innledning og bakgrunn s. 7

Kapittel 2. Metodologi s. 14

Kapittel 3. Funn s. 18

Kapittel 4. Diskusjon s. 33

Kapittel 5. Konklusjoner s. 38

Referanseliste s. 39

Vedlegg s. 42

Kapittel 1. Innledning og bakgrunn

1.1.Hva er Brobyggeren?

I Notodden kommune ble det i 2006 opprettet et samarbeid mellom brukerorganisasjonene, Distriktpsikiatrisk senter og Lærings- og mestringssenteret ved lokalsykehuset, Psykisk helse, NAV og bedriften NOPRO. Hensikten er at voksne tjenestemottakere innen psykisk helse skal oppleve tjenestene som helhetlige og koordinerte. Prosjektet er forankret i toppledelsen i virksomhetene gjennom en skriftlig *samarbeidsavtale*. Samarbeidet skal bygge på likeverd og respekt for hverandres fagområder, kompetanse og rammer, og skape forståelse for at brukeren skal være i førersetet i møte med tjenestene. Aktørene har et gjensidig ansvar for å *kjenne til hverandres tilbud og informere* brukerne om disse. Samarbeidet skal ha et spesielt fokus på *koblingen mellom helse, arbeid og aktivitet*. Det skal være *lav terskel for å ta kontakt* tjenestestedene imellom, og brukerne skal oppleve *fleksible løsninger og kontinuitet*. I alle faser av et tjenestetilbud skal kopling til andre arenaer vurderes sammen med brukeren, og psykisk helse skal være et naturlig samtaleemne. Individuell plan (Helsedirektoratet, 2007) skal benyttes ved langvarige og sammensatte tjenester. Fra 2011 er prosjektet utvidet med oppvekstseksjonen og videregående skole for å utvide målsettingen til å gjelde *livsløp "fra vogge til grav"* og fra 2012 også personer og tjenester rettet mot *legemiddelassistert rehabilitering (LAR)* og *samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP)*.

Brobyggersamarbeidet skal være forankret på alle nivå i organisasjonene. På systemnivå er det en overordnet *styringsgruppe* bestående av topplederne. På tjenestenivå er det en *iverksettende gruppe* med virksomhetsledere som skal sørge for implementering i tråd med føringene i avtalen. Gjennom felles kompetansebygging, Brobyggerdager og implementeringstiltak, har en tro på at brukerne vil merke en forskjell. Det har i stor grad vært opp til den enkelte organisasjon å sørge for implementering i egen virksomhet, og antakelsen er at det er store ulikheter i hvor mye ansatte kjenner til målsettingene i samarbeidsavtalen og om disse er innarbeidet ”i en travel hverdag”.

1.2 Brobygger LAR/ROP

Styringsgruppen i Brobyggersamarbeidet tok initiativ til å søke midler om tilskudd til å etablere et prosjekt rettet mot et helhetlig aktivitet/arbeidstilbud for LAR/ROP-brukere i

Notodden. Det startet våren 2012 og prosjektet ble avsluttet ved årsskiftet 2013/2014. Prosjektet er videreført i 2014, men da med Notodden kommune som prosjektansvarlig. Tilbudet skulle ta opp i seg momenter som blant annet beskrives i den nasjonale retningslinjen for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet, den nasjonale retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, og spesielt med fokus på økt mestrings- og funksjonsnivå. Prosjektet har jobbet med unge voksne og voksne med rusutfordringer som har hatt et ønske om endring. Ingen er avvist med hensyn til alder. Prosjektet i 2012 og 2013 om Brobygger LAR/ROP, og som er gjenstand for denne evalueringen, hadde følgende målsettinger:

Effektmål:

- * Personer i LAR og personer med ROP-lidelser skal oppleve økt mestrings- og funksjonsnivå.

Resultatmål:

- * Å etablere et individuelt tilpasset aktivitet /arbeidstilbud til brukere i LAR og for personer med ROP-lidelser.
- * Å øke mestrings-og funksjonsnivået
- * Å bidra til en mer meningsfull hverdag
- * Å øke troen på framtida
- * Å bidra til større forståelse og gode holdninger hos tjenesteutøvere og på aktivitetstilbud/arbeidsplasser der personer med LAR/ROP deltar.
- * Å redusere misbruk av rusmidler
- * Aktivitet /arbeid/fritid må være en sentral del av i Individuell Plan fra innsøkning for å sikre kontinuitet etter prosjektperioden.

Hvordan ble det jobbet i prosjektet?

Alle LAR-brukere i Notodden (n=16) ble spurt om de ville delta. Åtte ønsket å komme til intervju for inntak i prosjektet. Mulige deltakere med ROP-lidelser ble besøkt i fengsel, rusinstitusjoner eller innsøkt via NAV, DPS, ruskonsulent i kommunen, eller fra NOPRO. Disse ble også intervjuet. Intervjuene hadde form av en gap-analyse, hvor det ble snakket om

ønsket situasjon, nå-situasjonen og alternative muligheter for å oppnå ønsket situasjon. Intervjumetoden var inspirert av LØFT-metodikk og prinsippene for motiverende intervju. Det var ikke spesielt faste rutiner for inntak, med tanke på et ubyråkratisk system.

Ved behov ble det etablert ansvarsgrupper og påbegynt individuell plan. Målet har vært at alle skulle ha individuell plan. Planlegging av arbeid, aktivitet og bolig ble startet opp i god tid før utskriving fra eventuelt fengsel eller rusinstitusjon. Det er i prosjektet lagt vekt på å skape gode og virksomme relasjoner. Alle deltakere har fått oppnevnt en fast kontaktperson. Med virksomme relasjoner menes en relasjon som er bygget på tillit, likeverd og respekt.

Det ble gitt veiledning til ansatte i prosjektet for å få en felles faglig plattform og forståelse av målgruppen og deres behov. Ansatte arbeidet meget fleksibelt og kunne for eksempel hjelpe til med transport mellom boligen og arbeidet eller andre ting i hverdagslivet. Utdeling av medisiner kunne gjøres forskriftsmessig på NOPRO. Det ble lagt mye vekt på å bidra til meningsfylte aktiviteter på fritiden. Rusepisoder har ikke medført konsekvenser for videre oppfølging i prosjektet, under mottoet: ”vi er der uansett.” Fokuset i slike situasjoner har vært å støtte deltakeren i en vanskelig periode og på å komme raskt tilbake i aktivitet eller arbeid.

Status i Brobygger LAR/ROP ved avslutningen 31.12.2013 var:

17 personer hadde vært innom tiltaket siden oppstarten. Yngste deltager var 22 år, mens den eldste deltakeren var 53 år. Fem deltakere var 25 år eller yngre. Ni var aktive i prosjektet ved avslutning (én kvinne og åtte menn). Av disse var tre inkludert i LAR, mens seks hørte til kategorien personer med ROP-lidelser. Seks var ved prosjektslutt i NOPRO- systemet, enten i Kreativt verksted eller Vekst. To hospiterte/fikk oppdrag i ordinær virksomhet, mens én kombinerte hospitering i ordinær virksomhet med arbeidspraksis på NOPRO.

1.3 Studiens begrensinger, avgrensinger og relevans

Datainnsamlingen fant sted mellom april og august 2014. Individuelle forskningsintervjuer, fokusgruppe og spørreskjema er valgt med tanke på å kunne besvare forskningsspørsmålene. Studien har begrensinger knyttet til det hensiktsmessige utvalget, idet det kan være personer med viktige erfaringer som har valgt å ikke delta, eller som ikke kunne delta. Bruken av individuelle intervjuer med representanter for deltakerne kan bety at færre nyanser i erfaringene kom fram, fordi individuelle intervjuer mangler den gruppedynamikken som fokusgrupper er ment å gi. På den annen side er studien vitenskapelig fundamentert ved bruk

av anerkjent kvalitativ og kvantitativ metodologi og analysemetoder og kan slik antas å ha høy troverdighet og relevans.

Rapportens organisering

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

1.4 Recovery og livskvalitet

I denne forskningsbaserte evalueringen, som hovedsakelig utforsker deltakernes erfaringer med Brobygger LAR/ROP-prosjektet, med utgangspunkt i samarbeids-/bedringsorienterte praksiser, er recovery og livskvalitet forstått slik som i ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012, s. 59/72): «Et helhetlig perspektiv på pasientens tilfriskning. Målet er å finne pasientens egne ressurser når det gjelder å finne meningsfylt aktivitet, få jobb, øke det sosiale nettverket, løse økonomiske og boligmessige behov for å øke livskvalitet og selvfølelse. Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres.»

Recovery som begrep og kunnskapsområde har fått en økende interesse i Norge de senere år. Særlig innen brukermiljøer og i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene har recoveryperspektivene blitt oppfattet som viktige for forståelse av utviklingen av mer likeverdige samarbeidsformer mellom brukere og fagpersoner. Videre er begrepet tatt i bruk i den nasjonale helse- og velferdspolitikken, bl.a. i ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012) og i veilederen Sammen om mestring (Helsedirektoratet, 2014). Internasjonalt har recovery også vært utgangspunkt for omfattende tjenesteutvikling.

Recoverybegrepet har særlig blitt brukt i forhold til personer med alvorlige psykiske lidelser. I forløpsstudier er det i mer enn 50 år dokumentert at en betydelig del av personer med alvorlig psykisk lidelse opplever bedring (Warner, 1994; Borg, 2007). De senere års utvikling av psykiske helsetjenester har også bidratt til et økt fokus på recoverybegrepet. Framveksten av lokalbaserte tilbud og nedbygging av institusjonene har på ulike vis inspirert til nye praksiser og kunnskaper (Jacobson & Curtis, 2012; Slade, 2009; Karlsson & Borg, 2013).

Videre må recovery forstås i lys av et sterkere fokus på menneskerettigheter innen psykisk helse, brukermedvirkning, og andre sentrale begrep. Det unike med recovery som begrep og forskningsområde, er at kunnskapen har blitt utviklet gjennom personers levde erfaringer med psykiske lidelser og bedring. Fokus har særlig vært på hva personene selv mener skal til for «å komme seg». Recoveryforskning ble initiert i amerikanske miljøer på 1970- og 1980-tallet. Begreper, forståelser og praksiser knyttet til recovery er imidlertid svært uensartede. Vi kan snakke om to ulike kilder i begrepsutviklingen av recovery (Borg, 2007; Slade, 2009). *Den ene kilden* er de psykiske helsetjenester som har fokus på resultat og behandlingseffekt. *Den andre kilden* bygger på brukererfaringer og grasrotbevegelsers erfaringsbaserte kunnskap.

Det er tre ulike definisjoner som ofte vises til i forskningslitteratur og i tjenesteutvikling; 1. Recovery som en personlig prosess, 2. Recovery som en sosial prosess og 3. Recovery som et resultat eller klinisk recovery (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Recovery som en personlig prosess omhandler hva det innebærer å leve med og komme seg fra psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer. Dette har bidratt til å synliggjøre hverdagslivet med psykiske helseproblemer, strategier for mestring av psykisk helse- og sosiale problemer og erfaringer med helse- og velferdstjenestene. Det gir innsikt i hvilke livsutfordringer psykiske helseproblemer kan føre med seg i det daglige (Deegan, 1988; Davidson, 2003; Borg, 2007; Slade, 2009). Recovery som en personlig prosess er særlig vektlagt i brukermiljøer. De har ønsket å formidle den enorme innsatsen, tålmodighet og kraft det kreves av den enkelte ved å gjennomgå denne prosessen. Dette til forskjell fra en rekke fag- og forskningsmiljøers fokus på recovery som et resultat (Slade, Leamy, Bacon, Janosik, Le Boutillier, Williams & Bird, 2012). Gjennom recoveryforskning vises det til noen karakteristika som kjennetegner recoveryprosesser (Davidson, Andres-Hyman, Tondora, Fry & Kirk, 2008; Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade, 2011; Slade mfl., 2012). Dette er betydningen av tilknytning til personer og miljøer, håp og tro på fremtiden, gjenoppbygging av en positiv identitet, mening og egenkontroll. Recovery beskrives som en aktiv prosess, noe som foregår gradvis og gjennom prøving og feiling, og der støttende, nærende og omsorgsfulle omgivelser er viktige. Sentralt i forståelsen av recovery som en personlig prosess, er at det ikke nødvendigvis er å bli «symptomfri» eller bli kvitt alle problemene. Det er å leve et godt liv som en innbygger og ikke bli møtt som en «psykiatrisk pasient» eller «rusavhengig.» Recovery fra alvorlige rusproblemer er dessuten vist å kunne skje helt uten bistand av fagfolk, ofte omtalt som «natural recovery» og knyttet til «self-change» (Klingemann & Sobell, 2007).

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

Recovery som et resultat eller klinisk recovery har fokus på resultatorientering og er utviklet av behandlings- og rehabiliteringsmiljøer. Recovery har lenge vært brukt innenfor medisin og andre helsefag som resultatmål for «å bli frisk» og helt symptomfri. Slade (2009) peker på fire sentrale trekk ved det som betegnes som klinisk recovery: Det er et resultat eller en tilstand, det er observerbart, det er vurdert av en fagperson og det er en tilstand som ikke varierer mellom individer. I denne forståelsen er man opptatt av å operasjonalisere recovery og måle grader av bedring. Det brukes en rekke sosiale funksjonskriterier (Liebermann, Kopelowicz, Vendura & Gutkind, 2002). Det finnes internasjonale eksempler som viser til både instrumenter som måler personlig recovery, og instrumenter som måler tjenesters recoveryorientering (Borg m.fl., 2013).

ROP-undersøkelsen i Hedmark og Oppland registrerte lidelser ved bruk av standardiserte diagnostiske verktøy og fant at pasienter som burde vært til behandling i russektoren hadde en høy livstidsforekomst, særlig av agorafobi (48 prosent), sosial fobi (47 prosent) og depresjon (44 prosent) (Landheim, Bakken & Vaglum, 2002). To tredjedeler av disse lidelsene debuterte minst ett år *før* en ruslidelse (Bakken, Landheim & Vaglum, 2003). De fant også at 40 prosent av pasientene tidligere hadde mottatt behandling i psykisk helsevern. Personer som lever med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse rapporterer lavere livskvalitet, dårligere funksjonsnivå

og større vansker med å følge opp behandling, enn dem med én lidelse (Drake & Mueser, 2000; Drake & Wallach, 2000). De kan bli beskrevet og omtalt som “kompliserte og vanskelige å hjelpe”, ofte knyttet til omfattende, langvarige og sammensatte livsforhold (Drake, Osher & Wallach 1991; Mitchel, Epps & Epling, 2002). Livsforholdene kan gjøre det komplisert å få tilgang til hjelp og til skreddersydde tjenester (Davidson mfl., 2008). Personer med samtidige lidelser har typisk falt mellom, eller blir skjøvet mellom, ulike tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). For å forebygge fragmenterte tjenester anbefales en helhetlig, integrert tilnærming (Drake & Mueser, 2000; Helsedirektoratet, 2012). Det er økende oppslutning om behovet for recovery-baserte og integrerte tjenester for denne gruppen (Davidson m.fl., 2008; Thylstryp, Schepelern, & Sønderby, 2009). På tross av at faglige retningslinjer og forskning støtter integrert behandling, så finnes det ikke evidens for én spesifikk psykososial tilnærming, sammenliknet med standardbehandling, for å redusere rusmisbruk blant personer med alvorlige psykiske helseproblemer (Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried, & Walter, 2008). Davidson, Tondora, O'Connell, Kirk, Rockholz & Evans (2007) understreker nettopp poenget med at personlig og sosial recovery ikke refererer til en spesifikk behandling eller intervensjon, men til alt det personen selv gjør (og sammen med andre) for å håndtere og mestre ulike psykososiale problemer og for å leve et meningsfylt liv.

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

I Samhandlingsreformen legges det stor vekt på *samhandling* i betydningen av koordinering og fordeling av oppgaver samt koordinert og rasjonell gjennomføring av disse oppgavene slik at felles mål kan nås (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). *Samarbeid*, slik vi forstår det i denne studien, er forankret i og rettet mot menneskelige relasjoner, med utvikling av dialoger og å arbeide i fellesskap (Strong m.fl., 2011).

I en norsk sammenheng er recovery som ideologi, teori, kunnskap og praksis ved rusproblemer eller samtidige lidelser ikke utforsket. Samtidig gis det faglige føringer for at recovery skal utgjøre en del av tilnærmingen ved slike problemer (Aakerholt, 2010; Helsedirektoratet, 2012).

På denne bakgrunn er evalueringsstudiens forskningsspørsmål formulert slik:

Hvordan beskriver deltakere, ansatte og samarbeidspartnere sine erfaringer med Brobygger LAR/ROP-prosjektet?

Kapittel 2: Metodologi

2.1. Organisering av studien

Denne forskningsbaserte evalueringsstudien har vært gjennomført av Senter for psykisk helse og rus (SFPR), fakultet for helsevitenskap ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold (HBV). Prosjektansvarlig har vært professor Stian Biong. Studien er organisert som et samarbeidsprosjekt, og det ble med hensyn til dette opprettet en prosjektgruppe (heretter kalt kompetansegruppa) bestående av to deltakere og to ansatte fra NOPRO, prosjektleder(e) og prosjektansvarlig fra HBV. Kompetansegruppa har diskutert og kommet med innspill til innhold, organisering, gjennomføring og funn i studien.

2.2. Gjennomføring av studien

Arbeidet med studien har pågått siden 2013 og avsluttes med denne rapporten, levert oppdragsgiver 31.12.14. Denne tidsperioden rommer alt fra utforming av kontrakt og utvikling av problemstilling, vurderinger og beslutninger om metoder for datainnsamling, analyse og skriftlig fremstilling av studiens resultater. Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (personvernombudet) den 28. november 2013 (sak 36316, vedlegg 1). Arbeidet startet med et oppstartsmøte mellom prosjektleder og kompetansegruppa

i teamet den 14. januar 2014. Her ble det gitt informasjon om oppdraget, samt forventninger til evalueringens prosess og innhold avstemt, og den videre fremdriften for prosjektet ble fastsatt. Oppstartsmøtet var viktig for å avklare mandatet for evalueringen og for å skape en felles forståelse for hva oppdraget og gjennomføringen innebar. Datainnsamlingen foregikk i perioden april – august 2014. En foreløpig analyse og gjennomgang av kvantitative og kvalitative funn ble gjort i midtveismøtet i kompetansegruppa 15. mai 2014. Den videre dataanalysen foregikk fra 10. september til 17. november 2014. Foreløpige funn ble lagt fram for og diskutert med oppdragsgiver 19. november 2014 og med kompetansegruppa 18. desember 2014. Den endelige evalueringsrapporten ble overlevert oppdragsgiver som avtalt ved årsskiftet 2014-2015.

2.3. Metoder for dataskaping

Utvalg

Utvalgsstrategien og utvalget vil ha betydning for hvilke data som kommer frem og for overføringsmulighetene av funnene (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne evalueringen ble det anvendt en hensiktsmessig utvalgsstrategi, det vil si at forskeren intervjuet dem som ønsket å delta, mer enn aktivt å finne deltakere med ulike kjennetegn (Malterud, 2003). I utgangspunktet var alle 17 som hadde vært i prosjektet aktuelle for å inviteres til individuelle intervju. Av praktiske grunner med hensyn til rekrutteringen ble de ni som var i prosjektet ved prosjektslutt 31.12.2013 invitert. Fem av disse deltok. To intervjuer ble gjort per telefon av praktiske hensyn. Med hensyn til behovet for konfidensialitet og det begrensede utvalget beskrives ikke deltakerne nærmere her. Spørreskjema ble delt ut av prosjektansatte til 11 deltakere, og åtte skjema ble returnert. Ansatte i prosjektet ble invitert til fokusgruppeintervju. På grunn av tekniske problemer ble denne gjennomført to ganger. Tilsammen fem ansatte deltok. 10 ansatte ble også invitert til å fylle ut og returnere spørreskjema. Åtte skjema ble returnert. Kompetansegruppa kom med forslag til hvilke samarbeidspartnere som burde inviteres til spørreskjemaundersøkelse. Det ble sendt ut skjema til 15 samarbeidspartnere, og 11 ble returnert. Disse representerte NAV 2, NOPRO 1, firma 3, DPS 2, kommunen 2, ukjent 1. Kompetansegruppa har vurdert at dette til sammen bidro med nok data til å svare på forskningsspørsmålet (vedlegg 2-4).

Dataskapingsmetoder

Dataskapingsmetoden for denne evalueringen er gjort ved bruk av individuelle forskningsintervjuer, fokusgruppe og utvikling og utdeling av spørreskjema. Basis for

forskningsintervjuene og fokusgruppa har vært å etterspørre deltakernes og ansattes erfaringer med om prosjektet og deltakelse i prosjektet bidro til å nå de fastsatte målene. Tematisk var forskningsintervjuene og fokusgruppen delt i hhv 13 og 14 områder (vedlegg 5).

Utvikling av kvantitativt spørreskjema

Forskeren utviklet et spørreskjema som ble lagt frem for kompetansegruppa for gjennomgang og kvalitetssikring. Spørreskjemaene inneholdt lukkede spørsmål for vurdering på en Likert-skala, det vil si en graderingsskala hvor svaret på hvert enkelt spørsmål graderes, samt med noen åpne spørsmål for å få deltakernes egne perspektiver på hva som var deres viktige erfaringer med prosjektet (Bowling, 2002). Spørreskjemaene stilte opp syv ulike utsagn som deltakerne skulle verdisette ved å sette en ring rundt et tall på en skala fra en til seks, der seks uttrykker et utsagn deltakeren var sterkt enig i, og ett er et utsagn man er sterkt uenig i. I tillegg var det noen åpne spørsmål (vedlegg 6-8). De lukkede spørsmålene ble utviklet for å få en kvantifisert vurdering av noen temaer som det var viktig å få svar på. Spørreskjemaer har en iboende utfordring ved at den som utvikler dem, risikerer å definere hva som er interessant på forhånd, og gjennom dette lukker for viktige erfaringer (Bowling, 2002). De åpne spørsmålene ble derfor tatt med for å motvirke denne problemstillingen og gi deltakerne anledning til åpent å skrive om hva som var relevant og viktig for dem med hensyn til deres erfaringer med å delta i Brobyggerprosjektet LAR/ROP.

2.4. Metode for dataanalyse

Analysen av data fra de individuelle intervjuene og fokusgruppa er gjort ved hjelp av en beskrivende innholdsanalyse (systematisk tekstkondensering) i fire *trinn* (Malterud, 2003). De fire trinnene i analysemetoden er følgende: (1) Å få et helhetsinntrykk, (2) Å identifisere og kondensere meningsdannende enheter (koder), (3) Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enheter (kodegrupper) og (4) Å sammenfatte betydningen av data i en ny beskrivelse. Etter intervjuene og fokusgruppe var gjort, ble de transkriberte tekstene først lest av forskeren flere ganger hver for seg for å få et helhetsinntrykk av samtalens innhold. Alle tekstene ble lest enkeltvis. Det ble gjort fortløpende markeringer i margin med spørsmål til tekstens innhold og mulige mening og hvilke temaer som preliminært kunne identifiseres og kondenseres. Forskeren gjennomførte så en tentativ analyse av tekstene hver for seg, og på bakgrunn av denne analysen en samlet tematisering av de meningsdannende enhetene. Både konsensus- og minoritetsoppfatninger ble søkt belyst (Kvale og Brinkmann, 2009). De meningsbærende enhetene i hvert enkelt intervju ble sett i relasjon til hverandre og kodet jfr

områdene for evalueringen. Kodene ble abstrahert til sentrale kodegrupper som kom frem i materialet. Utgangspunktet var de identifiserte meningsenhetene som var forankret i sitater fra deltakernes og ansattes utsagn.

Foreløpige funn fra intervjuene med og spørreskjema fra deltakerne, samt funn fra spørreskjema til ansatte og samarbeidspartnere ble presentert for kompetansegruppa i mai og desember 2014 for deres tilbakemeldinger. Tilbakemeldingene er brukt i ferdigstillelsen av funn.

Spørreskjemaene ble utformet med en 6-trinns Likert skala med 1 som sterkt uenig og 6 sterkt enig. Skjemaene er analysert ved hjelp av SPSS og presenteres i form av gjennomsnittsberegninger og standardavvik (Bowling, 2002).

2.5. Forskningsetiske refleksjoner

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

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

Kapittel 3: Funn

3.1. Funn deltakere

Helhetsinntrykk

Førsteinntrykket ved gjennomlesning av intervjuetekstene var at deltakerne beskrev nyanserte erfaringer med å delta i prosjektet. De fortalte innledningsvis om hvordan de var kommet i kontakt med prosjektet, og om sine inntrykk fra møtet med og inntaket i prosjektet, og deretter om selve aktivitets- og jobbsituasjonen underveis. Det ble beskrevet som viktig at aktivitetene og jobbene var mest mulig ordinære og at det ble stilt vanlige krav til fungering. Deltakerne beskrev ulike praktiske og psykososiale utfordringer med å delta. Noen av disse handlet om å håndtere forholdet til rus i den nye situasjonen. Andre handlet om psykiske eller sosiale forhold. Årsaker til og konsekvenser av psykiske problemer og rusproblemer gjennom livet ble beskrevet. Forholdet til fortiden ble derfor opplevd som en utfordring i hverdagen, og som noe deltakerne måtte lære seg til å håndtere best mulig, med støtte fra ansatte.

Relasjonene til ansatte i prosjektet og den praktiske og sosiale støtten som ble gitt ble beskrevet som veldig viktig, for eksempel mulighetene for å få LAR-medikasjonen utdelt på arbeidsplassen, eller å bli hentet hjemme i begynnelsen. Forholdet til familien ble påvirket positivt av at deltakerne var med i prosjektet. Et ønske om å bli mer selvstendig gikk igjen, og deltakerne erfarte prosjektet som en mulighet til å arbeide mot dette målet. Noen deltakere fortalte om vonde opplevelser fra tidligere i livet, som hadde preget dem og gjort det vanskelig å bli respektert og anerkjent. Prosjektet og ansattes opptreden bidro til å erfare respekt og anerkjennelse. Det ble beskrevet at deltakerne gjennom prosjektet fikk muligheten til å gjennomgå sine prosesser mot et bedre liv på sin egen måte. Flere roste prosjektets ansatte for å ha omsorg for den enkeltes særegne behov. Dette måtte likevel balanseres mot å stille krav. Det kom fram at det å bli behandlet på linje med vanlige folk, ikke skille seg ut i særlig grad, og å slippe å bli sett (ned) på som «rusmisbruker» og «sosialklient» var viktige bidrag i erfaringene med å delta i prosjektet.

Koder

Den videre analysen utviklet 142 koder (meningsenheter), som for eksempel «å få hjelp til praktiske ting», «forholdet til far», «jeg avruste meg selv», «en ordentlig jobb», «fikk mer ansvarsfølelse» og «jeg har kommet i en ordentlig rutine».

Kodegrupper

De 142 kodene ble ytterligere vurdert etter deres ulike innhold. Dette resulterte i fem kodegrupper: 1) her tilpasses kravene etter mulighetene, 2) en ordentlig jobb, 3) bli stilt krav til, 4) håndtere fortiden og 5) være selvstendig.

Her tilpasses kravene etter mulighetene

Denne kodegruppen omhandler hvordan deltakerne erfarte at prosjektet var individuelt tilpasset når det gjaldt tid, aktiviteter, arbeid og psykososial støtte. At ansatte ga individuell støtte ble beskrevet som viktig for å oppnå sentrale ting for å mestre hverdagslivet, som for eksempel å få tilbake førerkortet:

«De strekker seg veldig langt, det har vært etter mine ønsker hele veien. Det var en hendelse i privatlivet mitt, da fikk de dratt meg opp og fikk meg (tilbake) på jobb. De har aldri skjøvet meg vekk, jeg skjøv dem vekk i blant fordi jeg ikke ville ha kontakt med noen når jeg var på mitt verste. Jeg fikk hjelp til å få tilbake førerkortet, det er jo veldig individuelt, noen trenger mye og andre trenger lite.»

At deltakelse i prosjektet kunne komme raskt i stand var også en viktig form for individuell tilpasning:

”Vi hadde ett ansvarsgruppemøte, og så startet jeg å jobbe uka etter. Det har vært etter mine ønsker hele veien, det siste året nå, så har ting gått veldig fort...Jeg har villet det selv.”

Individuell tilpasning med hensyn til tidspunktene for aktiviteter eller arbeid ble av en beskrevet som knyttet til en viktig fleksibilitet i prosjektet:

«Vi hadde fleksible dager. Var det noe, så kunne jeg bare komme tidligere dagen etter. Jeg ringte alltid og sa fra, oftest dagen før, fordi jeg pleide å vite da om jeg kom dagen etter. De sa alltid at det var OK, det har ikke vært noe press. Jeg kom og gikk når jeg ville, enda jeg tror de helst ville jeg skulle være på jobb hver dag.»

En annen fortale om betydningen av at den enkelte deltaker også hadde foretatt noen valg selv og evnet å være tålmodig, og som den individuelle tilnærmingen med hensyn til krav kunne støtte opp under:

«Dette er jo ikke for alle. Du må velge selv om du syns du er motivert nok. Da jeg sluttet på LAR, skled det litt ut, ikke på grunn av rus, men på grunn av reaksjonen på å slutte. Jeg orket ikke å jobbe. Hvis folk ikke er tålmodige, så skjønner jeg at de kan droppe ut. Hadde jeg hatt

en vanlig jobb, så måtte jeg jo ha møtt hvis jeg ikke var sykemeldt. Her tilpasses kravene etter mulighetene.»

Å anlegge et utviklingsperspektiv på den psykososiale støtten betydde at deltakerne over tid mestret saker og ting de tidligere hadde slitt med:

«For meg var (å bli hentet hjemme med bil i starten) veldig, veldig viktig... sånne ting betyr mye...Det var det med å kunne snakke sammen, med vanlige folk på en vanlig måte...og komme seg på jobb...Nå tar jeg bussen.» og

«Ikke gi opp folk, selv om det kan ta lang tid og virke håpløst. Jeg hadde ikke vært her jeg er i dag, dersom jeg ikke hadde fått den tiden jeg fikk i tiltak.»

Å oppleve en slik individuell mestring hadde hatt ytterligere positive konsekvenser for ens egen utvikling:

«...rolleskifte, som er noe av det jeg mener er det aller viktigste i prosjektet, det er å få rusmisbrukeren til å la være å tenke at "nei, jeg kan aldri skifte rolle, jeg" ...Det mener jeg er det viktigste.»

En ordentlig jobb

Denne kodegruppen omhandler hvordan deltakerne erfarte betydningen av at prosjektet var innrettet mot ordinære aktiviteter, vanlige arbeidsoppgaver og å delta i vanlige sosiale sammenhenger og - relasjoner. En beskrev dette slik:

«Brobyggerprosjektet har hjulpet meg med å heller ville konstruere noe annet: gå på jobb og være sosial.»

En annen av deltakerne beskrev det slik:

«Jeg sa "samme hva", bare jeg får en ordentlig jobb...Jeg elsker det jeg holder på med nå.»

Et annet forhold av betydning var at flere hadde hatt alvorlige og negative erfaringer knyttet til å bli behandlet «annerledes» enn andre. Betydningen av det ordinære ble på bakgrunn av disse veldig viktig, og kunne i særlig stor grad bidra både til personlig utvikling og endring:

«Å bli behandlet som skitten under skoene eller høre på de der «stakkars deg»- greiene, er ikke til nytte for noen. Det er uverdige. Du trenger hjelp til praktiske ting, og vil prate med vanlige folk på en vanlig måte. Når du ønsker å ta opp ting, vil du bli hørt på. Da vokser jeg som menneske og faser ut den gamle kriminelle tankegangen.»

Vedkommende deltaker utdypet potensialet i det alminnelige slik:

«At folk føler seg normale har veldig mye å si. Jeg ville ha arbeid, ville være sammen med vanlige folk... Jeg ville ikke leke normal. Brobyggerprosjektet gir deg egenrespekt, og hjelp til å håndtere psyken din og livet...Folk burde plasseres i en annen, normal, setting...på

videregående, på Blueshuset, normalisere "gjengen" ...ta de med på ting som ikke koster så mye, (men på) alt som foregår for normale mennesker.»

På et sted hvor mange kunne kjenne til hverandre fra tidligere, kunne de normale sosiale settingene av og til oppleves som lukket, på grunn av tidligere historier, eller det kunne bli intriger mellom deltakerne. Dette kunne vanskeliggjøre bruk av ordinære sosiale settinger:

«...det er en underliggende stigmatisering som gjør at det blir ganske komplisert...Historiene kommer opp, og det kan bli intriger. Dette tror jeg kan være noe av det mest kompliserte i prosjekter som Brobyggeren.»

Fokuset med ordinære aktiviteter, arbeidsoppgaver og vanlige sosiale sammenhenger og -relasjoner ble beskrevet som viktige for utvikling av familieforholdene:

«Familien min har aldri slått hånden av meg, men noen har vært mer skeptiske enn andre. Jeg vet jeg har såret dem og skuffet dem, men nå viser de meg tillit likevel. Jeg er blitt med på en ordning der vi tar med (familiemedlem) ut på omgang... Den tilliten betyr mye.»

En annen beskrev utviklingen av familieforholdene gjennom prosjektperioden slik:

«Jeg har mye bedre kontakt med familien, ja, nå bor jeg sammen med dem igjen...Det er helt annerledes, det var ikke sånn før, da hadde jeg ikke fått lov til å bo der.»

Bli stilt krav til

Denne kodegruppen omhandler hvordan deltakerne erfarte betydningen av at prosjektet stilte krav til dem, og krav som ble oppfattet som alminnelige. Slike krav fungerte som hjelp til å stille krav til seg selv:

"Brobyggerprosjektet er med krav. Det å kunne hjelpe mennesker til å stille krav til seg selv, det skaper respekt til seg selv, og det gjør det bedre..."

Flere deltakere hadde erfaringer med krav som kom som en konsekvens av å delta i legemiddelassistert rehabilitering. Krav knyttet til samme fenomen (rusfrihet), men som var begrunnet i funksjonsevne i forhold til jobben ble beskrevet som mer nyttige enn for eksempel urinprøver:

«Jeg spurte på intervjuet hva som ville skje hvis jeg kom rusa på jobb, for det ville jeg ikke at jeg skulle ha lov til. Det er ikke noe strengt krav at du må komme nykter. Er du på jobb, så er du på jobb. Jeg håper flere kan oppleve nytten i dette, fordi det stilles noen krav. Ikke med

urinprøver, men med å gjøre enkle ting. Det kunne godt vært strengere, for på verkstedet får vi jo håndtere maskiner.»

Krav til sosial fungering hadde også betydning for kravene den enkelte satte til seg selv:

«Jeg måtte lære meg å ta bussen for å komme på jobb uten å bli hentet. Det handler bare om å pushe seg, enten gjør du det, eller så kan du bare sette deg og syte. Det var ikke så farlig, så nå tar jeg buss. Først kom jeg klokka ti, men det ble jo litt dumt når de andre begynte sju, så snart kom jeg sju, jeg også.»

Håndtere fortiden

Denne kodegruppen omhandler hvordan deltakerne erfarte betydningen av at prosjektet hjalp dem til å håndtere fortiden. I dette inngikk også håndtering av rus, fordi rusingen ofte hadde vært knyttet til forhold i fortiden:

«Mange som er borte etter overdose, gikk ikke under på grunn av rus, men på grunn av en umulig oppvekst.»

Forhold i fortiden kunne også bety at deltakeren selv hadde påvirket andre negativt:

«Min dritt har gitt andre traumer. Jeg har et komplisert forhold til far. Dette vet jeg, men jeg kan ikke gjøre noe med det... Brobyggerprosjektet hjelper meg i den kampen.»

Å håndtere fortiden handlet ofte også om egne, aktive valg som måtte tas i hverdagslivet:

«Traumene mine må jeg leve med, men jeg går ikke i bakgater lenger, og omgås ikke folk jeg ikke må omgås. Jeg har kuttet all kontakt med gamle ruskompiser. Det har jeg valgt selv, ellers hadde jeg aldri kommet ut av miljøet.»

Måten ansatte hadde forholdt seg til rus på hadde hatt positive konsekvenser for den enkelte:

”Brobyggerprosjektet har hjulpet meg med å holde meg unna rus på den måten at jeg har vært ærlig, jeg ville ikke ljuke lenger... Dette her har reddet livet mitt. Noe av det som har gjort at det har gått så bra, det er menneskene som jobber der.”

Hjelpen til å håndtere fortiden og rus bidro til et annet forhold til nå-tiden:

«Det er blitt unaturlig å sitte sammen med en gammel bekjent og prate dritt, det skjer noe med deg både fysisk og psykisk.»

To andre trakk fram at det å håndtere fortiden og rus også handlet om hjelp til å håndtere fremtiden:

”Nå klarer jeg å stå opp om morgenen. Det gjorde jeg ikke før. Nå har jeg noe å gå til, og det er noe som de (ansatte) bidrar til...” og ”Jeg skal begynne på skolen til høsten...og ta lappen.”

Være selvstendig

Denne kodegruppen omhandler hvordan deltakerne erfarte betydningen av at prosjektet hjalp dem til å være mer selvstendige. Prosjektet ga deltakerne en mulighet til å bygge egen kompetanse:

«Jeg fant jo ut at jeg fikk til mye mer enn jeg trodde. Jeg skal begynne på skole til høsten, bli ruskonsulent eller noe. Man må jo velge det sjøl, men jeg ville ikke leve som jeg gjorde før. Jeg ville gjøre noe annet med livet mitt. Man må slutte å si til seg selv at man ikke er i stand til å skifte rolle. Når du får en sjanse, må du ta den. Det er bare du sjøl som kan fikse livet ditt.»

Erkjennelsen om betydningen av egeninnsats for å få til mestring og endring ble også trukket fram av en annen deltaker. Å bevare egen verdighet var et sentralt punkt knyttet til det å være selvstendig:

«Jeg snek på T- banen i årevis, men så tenkte jeg at jeg kunne jo begynne å ta den på vanlig måte. Jeg ville ta meg sammen, gå ut i jobb, bli nykter. Jeg ble med i xx og tok -kurs. Det var veldig bra å ta initiativ sjøl, for det handler også om å bevare min egen verdighet. Jeg vil ikke ljuke mer, jeg vil være ærlig. Jeg tar sikte på å gå helt av LAR, for jeg trenger ikke de greiene der mer, nå vil jeg bare jobbe.»

Opplevelsen av større selvstendighet kunne også bidra til økt livskvalitet og at konsekvensene av å ta andre valg enn tidligere ble tydeliggjort:

«Livskvaliteten min er blitt mye bedre. Jeg ble med på fisketuren oppe i Gaula, det var veldig bra, ikke bare for fiskinga, men jeg likte å være på tur. Jeg fikk brukt meg selv til nye ting og på nye måter. Nå må jeg ta et valg når det gjelder omgangskrets. Jeg har skjønt at jeg ikke kan løse problemene mine med dop, det livet vil jeg ikke tilbake til. Jeg liker å være på jobb, sitte på møterommet, det er fint å være litt til hjelp, også.»

Ny beskrivelse

På bakgrunn av helhetsinntrykket, kodene og kodegruppene kan deltakernes erfaringer med deltakelsen i Brobygger LAR/ROP beskrives som å bli tatt på alvor som hele medmennesker. Den nye beskrivelsen oppsummerer deltakernes erfaringer med å ha deltatt i en prosess med økt mestrings- og funksjonsnivå som mål. De tre første kodegruppene handler om å bli tatt på alvor. Tilpasning av kravene etter mulighetene, å benytte alminnelige arenaer og å tilby ordinære aktiviteter og jobber i en vanlig sosial setting, samt å bli stilt krav til, tydeliggjør betydningen av og innholdet i å bli tatt på alvor. Alle la i denne sammenhengen vekt på at deltakelse i prosjektet hadde vært en prosess styrt av deres individuelle ønsker og behov, og

ansatte i prosjektet fikk mye ros for sin fleksibilitet og for å ha tatt hensyn til den enkeltes behov og utviklingsmuligheter i praksis. De to siste kodegruppene, å håndtere fortiden, samt å være selvstendig, handler om å bli ansett som et likeverdig og likestilt medmenneske. Alle var klare på at håndteringen av fortiden og økt selvstendighet krevde stor egeninnsats og arbeid med egen motivasjon. Hjelpen de fikk relatert til å være medmenneske ble oppfattet som et bidrag til økt livskvalitet og til frigjøring fra en tradisjonell offerrolle. Å ikke bli klandret ved eventuelt nye rusepisoder var viktig, og å få kunne prøve på nytt med fokuset framover var viktig.

Flere av deltakerne uttrykker at det er synd prosjektet var avsluttet, fordi mange yngre kunne hatt nytte av å komme kontakt med denne arbeidsmetodikken. Dette må ses som et uttrykk for at deltakerne mener prinsippene bak Brobyggerprosjektet LAR/ROP med fordel kan brukes som mønster for mer permanente helsefremmende og forebyggende tiltak for denne gruppen.

Spørreskjema deltakere

Tabell 1. Deltakeres erfaringer med å nå ulike mål gjennom prosjektet. Gjennomsnittsberegning og standard avvik.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Å bli tryggere på å bli sammen med andre mennesker	8	3	5	4,50	,756
Å være sammen med andre mennesker	8	3	6	4,63	1,061
Å redusere misbruk av rusmidler	8	3	6	5,00	1,309
Å få bedre helse	8	4	6	5,00	,926
Å føle mestring	8	3	6	4,75	1,165
Å kunne møte folk med nåværende rusproblemer	7	1	5	3,71	1,380
Å finne ut hva jeg skal gjøre videre i livet	7	1	6	4,29	1,799
Å fylle dagen med noe meningsfullt	8	3	6	5,00	1,195
Å få bedre kontakt med familie/pårørende	8	3	6	4,88	1,356
Aktiviteter/fritid/arbeid ble tilpasset meg	8	4	6	5,38	,744
Å delta har økt troen min på fremtiden	8	2	6	4,88	1,458
Å få aktiv oppfølging underveis	8	2	6	5,25	1,389

Svarene fra de åtte deltakerne som deltok gjennom å besvare spørreskjema, tyder på at de som svarte var mest fornøyd med *den individuelle tilretteleggelsen av aktiviteter, fritid og arbeid*. Det samme forholdet gjelder for spørsmålet om å få *aktiv oppfølging underveis*. Å redusere misbruk av rusmidler, å få bedre helse og å fylle dagen med noe meningsfylt scorer også høyt. I den andre enden var deltakerne minst fornøyd med i hvilke grad deltakelse i prosjektet hadde bidratt til at de kunne møte folk med nåværende rusproblemer. Fem av åtte bekrefter at aktiviteter/fritid/arbeid er en del av vedkommendes individuelle plan (IP). Fem svarer også at ansattes/samarbeidspartneres forståelse og holdninger er endret, mens én svarer negativt på dette spørsmålet. På det åpne spørsmålet om «noe annet du har lyst å legge til» fremkom tre viktige utsagn: *Bedre selvtillit, Fikk lyst til å kutte ned på rusbruken når du var i aktivitet, samt Det er viktig med recovery-plan.*

3.2. Funn ansatte

Helhetsinntrykk

Førsteintrykket ved gjennomlesing av teksten fra fokusgruppeintervjuet var at ansatte i prosjektet beskrev nødvendigheten av en fleksibel tilnærming til arbeidsoppgavene. Det som virket for den ene, virket sjelden for den andre. Det at hver enkelt av deltakerne i prosjektet hadde sin egen vei å gå, krevde en stor grad av individuell innsats og utholdenhet fra ansatte, ofte med anstrengelser som ikke nødvendigvis ga resultater med det samme. Rollen og oppgavene som ansatt ble derfor utfordret. Ansatte måtte arbeide mye med å etablere relasjoner og daglige rutiner, mest i forhold til deltakerne, men også i forhold til samarbeidspartnere.

Det ble understreket at det var nødvendig å la hver enkelt deltaker få ha styringen over egen prosess. Ansatte kunne ikke tillate seg å ta kontrollen i for stor grad. Denne vektleggingen av en person-orientert tilnærming og den ganske klare avvisningen av standardisering, ga inntrykk av å være et bevisst valg hos ansatte og betydde at de måtte utvise utholdenhet, i tillegg til fleksibilitet. Når de siden skulle møte andre offentlige myndigheter, kunne de av og til få problemer med de valgene som hadde blitt tatt, for eksempel med hensyn til graden av brukermedvirkning. Ansatte beskrev at om ansvarspersonene «i systemene» samarbeidet bedre på tvers av faggrenser kunne mange problemer vært unngått. Samtidig beskrev ansatte at de tverrfaglige og tverretatlige samarbeidsforholdene stort sett hadde bedret seg i prosjektperioden.

Koder

Den videre analysen utviklet 112 koder (meningsenheter), som for eksempel «bruke ressursene etter behovet», «tilpasse seg ny virkelighet», «begynne i det små», «endre seg i sitt eget tempo», «drive forsvarlig» og «frivillige organisasjoner».

Kodegrupper

De 112 kodene ble ytterligere vurdert etter deres ulike innhold. Dette resulterte i fem kodegrupper: 1) fleksibilitet, 2) daglige rutiner, 3) utholdenhet, 4) kontroll over egen prosess og 5) tverrfaglige relasjoner.

Fleksibilitet

Denne kodegruppen omhandler hvordan ansatte erfarte betydningen av en person-orientert tilnærming, der de ikke sjelden måtte avgjøre valg av innsats på egen hånd og etter behovene til deltakeren. En ansatt beskrev det slik:

«Det er viktig å kunne bruke ressursene etter behovet. Jeg har kunnet være veldig fleksibel, men f.eks. fritidsarbeid er utenom kontortid, og det er det ikke alltid lett å få forståelse for.»

Fleksibilitet kunne også innebære å gjøre andre ting enn det som var forventet i forhold til sin rolle. Eksemplet med utdeling av LAR-medikamenter på arbeidsplassen handlet om en praktisk, og forsvarlig, tilnærming til dette:

«Vi har medisinsk kompetanse, så vi kan gi ut medisiner slik det passer best, eller bruke legevakta hvis det er best.»

Å være fleksibel og å ha fleksible rammevilkår ble trukket fram som betydningsfullt for å kunne tilpasse og tilrettelegge innsatsen etter behovene. Rammevilkårene ble dessuten beskrevet som betydningsfulle for om øvrige tiltak var nyttig eller ikke:

«Slikt må det være rom for, hvis ikke rammevilkårene er der, nytter det ikke med samtaler, heller.»

Daglige rutiner

Denne kodegruppen omhandler hvordan ansatte erfarte betydningen av å arbeide med deltakernes daglige rutiner, noe som kunne ligge utenfor stillingens ordinære grunnpreg. Ansatte beskrev en meget individuell tilnærming og praksis knyttet til dette:

«De må klare å møte opp, i starten hjelper vi dem med transport og slikt, men de må venne seg til kravene og være nyktre på jobb. Når de får trygghet og tilknytning, tilpasser de seg den nye virkeligheten.»

Enkle ting som handling og matlaging inngikk i arbeidet med å etablere daglige rutiner:

«Du kan ikke jobbe hvis du ikke har spist først. Derfor må vi følge opp og lære dem rutiner, det skjer ikke av seg selv. Jo bedre rutiner de lager seg, jo bedre blir kostholdet også... Folk må lære seg å gå i butikken, handle og gjøre enkle ting.»

Ansatte beskrev også at de bidro til å tilrettelegge miljøet, for eksempel hjemme hos deltakeren, dersom det var behov for det:

«Noen har ikke bo-evne. Da må vi trå til og ordne opp i leiligheten, følge opp. De må finne ut hva som er best for dem. Vi har vært katalysatorer i den prosessen. Etter hvert finner de sin måte å bo på.»

Utholdenhet

Denne kodegruppen omhandler hvordan ansatte erfarte relasjonsarbeidet med deltakerne og betydningen av å tåle det som var slitsomt, og likevel fortsette prosessene:

«En veldig tung samtale kan slite deg ut, fysisk og psykisk. Og det kommer stadig nye folk (i prosjektet). Noen tør omtrent ikke å slippe deg inn. Du må begynne i det små, gi dem tid, og tilrettelegge.»

Et annet aspekt ved å være utholdende i relasjonsarbeidet og med å etablere individuelle aktivitets- og arbeidsforhold var relatert til deltakernes forhold til lokalsamfunnet:

«Det er ressurskrevende, folk har en historie og N er et lite sted. Vi kan ikke love noe når det gjelder arbeid. Vi må prøve igjen og igjen. Vi nøster opp, ser hva som kan gjøres.»

Kontroll over egen prosess

Denne kodegruppen omhandler hvordan ansatte erfarte brukermedvirkningen i prosjektet både med hensyn til hva som vurderes som nyttig hjelp og i forhold til framdrift:

«Han valgte frivillig å gå i behandling til slutt, det hadde vært en lang vei. Det har vært mye brukerstyring i hans tilfriskning. Arbeidsplassen ga ham rom til å finne seg sjøl og sin plass. Folk må få endre seg sjøl i sitt eget tempo, det er kjempeviktig.»

Kontroll over egne endrings- og utviklingsprosesser handlet også om brukermedvirkning når det gjaldt spørsmålet om å trappe ned på eller slutte med legemidler som deltakere ikke lenger følte ga dem et positivt bidrag til livet. Flere av deltakerne hadde trappet ned, eller uttrykte ønske om å trappe ned på behandlingen, eller avslutte LAR- behandling. Enkelte hadde trappet ned selv, for eksempel i samarbeid med fastlegen, og de ansatte beskrev at dette hadde fungert greit. For andre hadde det vært et ønske om å trappe ned på en mer kontrollert måte, nå eller senere, som en del av prosessen med å bygge et selvstendig liv. Dette handlet igjen om kontroll over egne individuelle veivalg og brukermedvirkning:

«Han har trappa ned sjøl, det gikk for så vidt greit. Og målet hans nå er å komme inn i det sosiale med én gang. Han har byttet gruppe, de første hadde han ikke så mye felles med, de ville ikke slutte med rus. Noen vil egentlig ikke hit (NOPRO), de vil ikke risikere å møte noen de har historier med. Da må vi prøve å legge til rette.»

Tverrfaglige relasjoner

Denne kodegruppen omhandler hvordan ansatte erfarte samarbeidet internt i prosjektet og mellom prosjektet og andre etater. De tverrfaglige og tverretatlige relasjonene ble beskrevet som prosesser hvor de fleste erfarte at samarbeidsforholdene hadde blitt bedre:

«Legevakta var de vi hadde mest problemer med. De stolte ikke helt på at det vi drev med var forsvarlig. Det var litt «de er jo fortsatt i rus, så får de jobbe og får medisiner?» Jeg håper det er en holdningsendring på gang der. Vi samarbeider bra med psykisk helse og rus i kommunen, og tilgjengeligheten til DPS er blitt mye bedre.»

Et eksempel på dårlige tverrfaglige relasjoner og negative holdninger til prosjektet og deltakerne framkom i dette eksemplet:

«Vi hadde slitt for å få en til å gå på NAV-møte, og da vi kom, kom politiet og la ham i jern. Der har vi kanskje samhandla dårlig nok. Vi fikk tak i en politiattest, og den var ikke slik politiattester skal se ut. Da ringte jeg, og de sa at de ikke stolte helt på disse «LAR-greiene».

Samarbeidet relatert til frivillige organisasjoner med tanke på aktivitetstilbud ble også beskrevet som utfordrende:

«Å få med de frivillige organisasjonene er et ork, vi hadde jo ei inne på xx, men det er ikke lett å gå dit når selvtilliten er under grasrota.»

Ny beskrivelse

På bakgrunn av helhetsinntrykket, kodene og kodegruppene kan ansattes erfaringer med prosjektet beskrives som at de er *katalysatorer i prosessen*. De ansatte beskrev ulike aspekter både på individ- og systemnivå ved sin rolle som hjelpere i et nyskapende sysselsettingsprosjekt rettet mot personer med langvarige og sammensatte lidelser. Å være katalysator i deltakernes prosesser innebar å utøve stor fleksibilitet og utholdenhet i tilnærmingen, samt en dobbelthet i rollen som ansatt. Man skulle både utøve en viss kontroll og gi betydelig støtte til deltakerne i deres daglige rutiner og utviklingsprosess. Den enkelte ansatte måtte derfor ofte gjøre saker og ting som lå utenfor deres egentlige oppgaver og mer

enn det som var forventet av dem. Katalysatorarbeidet kan forstås som å ivareta et omsorgs- og behandlingsansvar overfor (noen) deltakerne i en periode, fordi oppfølgingen og relasjonsarbeidet ble utøvet med tanke på endringer. Ansatte la stor vekt på at katalysatorarbeidet skulle bidra til at hver enkelt kunne finne sin egen vei til bedring, og på sikt gjøre seg (mer) uavhengig av hjelp utenfra ved å bygge opp et eget liv og ta mer kontroll over egne prosesser. Brukermedvirkning sto sentralt i katalysatorprosessen. Det var et tilbakevendende poeng at effektiv hjelp forutsatte stor innsats fra deltakeren selv, samt vilje hos ansatte til å godta at den det gjaldt selv bestemte hvilke prioriteringer som skulle gjøres underveis, blant annet med hensyn til aktiviteter og arbeid. Tilgangen til veiledning og NOPRO sin kompetanse og nettverk var helt sentralt i dette arbeidet.

Problemene ansatte beskrev som katalysatorer i prosessen handlet dels om hvor motiverte deltakerne selv var for å gjennomføre nødvendige endringer underveis, og dels om ureflekterte holdninger og kunnskapsløshet innad i offentlige organer. Katalysatorens rolle i en modell som la vekt på brukerstyring og selvstendige valg kunne være motsetningsfylt både på individ- og systemnivå. På den ene siden hadde ansatte ambisjoner om å oppnå konkrete resultater og derfor et ønske om å utøve støtte og en viss kontroll, på den annen side kunne ansatte ikke tillate seg å gjøre seg for mektig. Da ville modellen falle sammen. Slik sett ble det stilt store krav om personlig egnethet til rollen som katalysator. Maktforholdene mellom partene kom i spill.

Spørreskjema

Tabell 2. Ansattes erfaringer med om deltakelse i prosjektet hadde bidratt til endringer hos deltakerne. Gjennomsnittscore og standardavvik.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ble tryggere på å være sammen med andre mennesker	8	3	6	5.00	.926
Fikk være sammen med andre mennesker	8	2	6	5.25	1.389
Redusere misbruk av rusmidler	8	4	6	4.75	.707
Fikk bedre helse	8	4	6	4.63	.916
Følte mestring	8	4	6	5.13	.641
Kunne møte folk med nåværende rusproblemer	8	4	6	5.00	.926
Fant ut hva vedkommende skal gjøre videre i livet	8	4	5	4.50	.535
Fylte dagen med noe meningsfullt	8	4	6	5.62	.744
Fikk bedre kontakt med familie/pårørende	8	4	6	5.00	.756
Fikk tilpasset aktiviteter/fritid/arbeid	8	4	6	5.13	.641
Fikk økt troen på fremtiden	8	4	6	5.25	.707
Fikk aktiv oppfølging underveis	8	5	6	5.50	.535

Ni av 12 spørsmål ble av ansatte besvart som enig/sterkt enig. Dette handlet først og fremst om prosjektet hadde bidratt til at deltakerne hadde fått *fylt dagen med noe meningsfullt*, at ansatte kunne gi aktiv oppfølging underveis, samt at prosjektet hadde betydd muligheter for deltakerne til å være sammen med andre. I den andre enden av skalaen mente ansatte at deltakelse i prosjektet ikke hadde bidratt så mye til at den enkelte deltaker hadde funnet ut hva vedkommende skulle gjøre videre i livet. Sju av åtte bekrefter at aktiviteter mv er den del av IP. Alle svarer at forståelsen for mennesker i LAR-behandling eller som lever med ROP-lidelser er endret, gjennom *møte med mennesket bak lidelsene*. På det åpne spørsmålet om «noe annet du har lyst å legge til» fremkom et viktig utsagn: *Prosjektet har vist oss at det nytter og at det er tilnærmet slik vi må jobbe i framtiden med mennesker med ROP-lidelser*.

3.3. Funn samarbeidspartnere

Spørreskjema

Tabell 3. Samarbeidspartneres erfaringer med om deltakelse i prosjektet hadde bidratt til endringer hos deltakerne. Gjennomsnittsscore og standardavvik.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ble tryggere på å være sammen med andre mennesker	10	0	6	3.40	2.319
Fikk være sammen med andre mennesker	10	2	6	4.80	1.229
Redusere misbruk av rusmidler	8	1	6	4.00	1.852
Fikk bedre helse	9	1	6	3.89	1.691
Følte mestring	9	1	6	4.56	1.424
Kunne møte folk med nåværende rusproblemer	8	0	5	2.88	1.959
Fant ut hva vedkommende skal gjøre videre i livet	10	0	5	2.60	2.011
Fylte dagen med noe meningsfullt	9	3	6	5.00	1.225
Fikk bedre kontakt med familie/pårørende	9	0	6	3.00	2.179
Fikk tilpasset aktiviteter/fritid/arbeid	10	1	6	4.20	1.476
Fikk økt troen på fremtiden	10	0	6	3.70	2.003
Fikk aktiv oppfølging underveis	10	1	6	4.60	1.430

Samarbeidspartnerne er mest fornøyd med at prosjektet har bidratt til at deltakerne fylte dagen med noe meningsfullt, samt at prosjektet hadde betydd muligheter for deltakerne til å være sammen med andre. Mange mente at deltakelse hadde bidratt til følelse av mestring, til tilpasset aktivitet/fritid/arbeid, samt redusert misbruk av rusmidler. I den andre enden av skalaen mente noen at deltakelse i prosjektet ikke hadde bidratt så mye til at den enkelte deltaker hadde funnet ut hva vedkommende skulle gjøre videre i livet. De som var godt fornøyd hadde samarbeidet med prosjektet mer enn ett år, mens de som var minst fornøyd hadde samarbeidet med prosjektet 3-6 måneder. Seks visste ikke om aktiviteter mv var en del av IP, to bekreftet dette, mens én svarte «nei.» Seks bekreftet at deres egen forståelse og holdning til mennesker i LAR-behandling eller som lever med ROP-lidelser hadde bedret seg,

lærer stadig mer. To svarte «nei.» Noen beskrev samarbeidet med prosjektet som «unik» og «profesjonelt», mens andre beskrev det som «noe rotete gjennomføring, men økt forståelse og positive resultater» eller «dårlig, har i liten grad blitt involvert.»

Kapittel 4: Diskusjon

Formålet med denne studien er å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av hvordan deltakere, ansatte og samarbeidspartnere beskriver sine erfaringer med Brobygger LAR/ROP-prosjektet. Hovedfunnet er at deltakerne beskriver sine erfaringer med å delta som knyttet til *å bli tatt på alvor som hele medmennesker*. Ansattes erfaringer handler om at de beskriver sine erfaringer som å være *katalysatorer i prosessen* til deltakerne både på individ- og systemnivå. Samarbeidspartnere beskriver at de er mest fornøyd med at prosjektet har bidratt til at deltakerne fylte dagen med noe meningsfullt, og ga muligheter for sosial fellesskap. Samarbeidspartnere mente at deltakelse har bidratt til mestring, til tilpasset aktivitet/fritid/arbeid, samt redusert misbruk av rusmidler. Samlet sett dokumenterer evalueringen at prosjektet tilrettela for øvings- og utviklingsarenaer i hverdagen for deltakerne med tanke på aktivitets- og arbeidstilbud, samt på andre områder knyttet til deres livskvalitet.

Borg m.fl. (2013) viser i sin kunnskapssammenstilling om recovery-orienterte praksiser blant annet til forskning om recovery som en personlig prosess. Målet i denne type prosesser er «å komme seg» til tross for lidelser og helseproblemer. Forskingen om personlig recovery ved psykiske lidelser belyser den store innsatsen, tålmodigheten og kraften som kreves av den enkelte selv ved å gjennomgå og være i denne prosessen. Karakteristika som kjennetegner prosessen er dokumentert blant annet av Davidson m.fl. (2008) og Leamy m.fl. (2011). Leamy fremhever disse fem områder som sentrale elementer i personlige recoveryprosesser: Tilknytning til personer og miljøer, betydningen av håp og tro på fremtiden, gjenoppbygging av en positiv identitet, mening i livet og egenkontroll (empowerment). I norsk sammenheng har recovery ved rus og/eller ROP-lidelser etter vår erfaring så langt blitt lite utforsket. Skjellet (2009) belyser i sin masteroppgave om recovery ved alkoholavhengighet de personlige og relasjonelle prosessene knyttet til bedringen. Soggiu og Biong (2014) undersøker hvordan personer med samtidige lidelser erfarte recovery-orienteringen i et lokalt psykisk helse- og rusteam i en bydel i en stor by i Norge. Funnene antyder at

bedringsprosessene særlig var knyttet til relasjonene og samarbeidet med ansatte i teamet om de målene som personene selv synes var viktige. Levekår og hverdagsliv fremstår som særlig betydningsfulle områder å bygge samarbeidet om. Ness, Borg og Davidson (2014a) fant i en litteraturstudie om recovery ved samtidige lidelser at recovery ved ROP-lidelser best kan fremmes gjennom å bidra til et meningsfylt hverdagsliv, fokus på ressurser og fremtid og re-etablering av et sosialt liv og sosiale relasjoner. Forhold som erfares som barrierer mot recovery ved denne typen lidelser er mangel på tilpasset hjelp, uoversiktlige og komplekse helse- og velferdssystemer og mangelfullt koordinerte tjenester. Ansattes rolle i slike prosesser beskrives tre-leddet: som «å gå ved siden av» og støtte personens personlige prosesser, opprettholde samarbeidet over tid, samt manøvrere ofte fragmenterte tjenester (Ness, Borg, Semb & Karlsson, 2014b). Funnene fra den seneste recovery-forskningen ved ROP-lidelser vil utgjøre perspektivene i diskusjonen.

Å bli tatt på alvor som hele medmennesker, i betydningen av tilpasse kravene etter mulighetene og tilby ordinære aktiviteter og arbeid, synes å være knyttet til å skape forutsetninger for områdene mening, håp og identitet. Ness m.fl. (2014a) peker på betydningen av et meningsfylt hverdagsliv. Davidson m.fl. (2008) viser hvordan det å arbeide med håp og håpefull praksis nettopp er svært betydningsfullt for å skape forutsetninger for viktige vendepunkter i deltakernes liv. Vendepunkter inneholder ofte opplevelsen av et subjekt-subjekt møte som skaper et relasjonelt grunnlag for at vedkommende kan utvikle og skape aktiviteter knyttet til viktige prosjekter i livet. Når ansatte starter sitt recovery-arbeid med å hjelpe deltakeren med praktiske saker og ting relatert til å mestre ordinære aktiviteter, så synes det ut fra empirien i denne studien at de formidler håp om endring, bedring og personlig utvikling. Herrestad og Biong (2011) viste i sin studie om håpefull praksis i et ambulant akutteam at ansattes håpefulle praksis innebærer at de veksler mellom å inspirere og tilrettelegge for å skape bevegelser i fastlåste situasjoner. De fant at ansattes handlinger kunne inndeles i «å komme i posisjon for å skape bevegelse», «å sette pasienten i bevegelse» og «å støtte pasientens bevegelse.» Ansattes vektlegging av praktisk hjelp også utenfor arbeidsplassen synes å være et eksempel på håpefulle praksiser som på sikt også kan være katalysator for å skape bevegelser på andre områder i brukernes hverdagsliv. Deegan (1988) viser hvordan personlig recovery handler om å skape seg en ny og verdsatt sosial identitet og å oppleve seg som et subjekt og aktør i eget liv. Empirien her bekrefter betydningen av dette, og at prosjektet har bidratt til dette. At ansatte viser deltakerne respekt i form av å stille det som blir oppfattet som relevante krav synes viktig i denne sammenhengen. Forutsetningene

for samarbeidet om deltakernes personlige recoveryprosesser i hverdagslivet blir å skape allianser, blant annet gjennom å ikke krenke og å anerkjenne personens egen kunnskap om hva som er problematisk og om hva som kan hjelpe (Schibbye, 1996). Å bli stilt krav til kan da forstås som å bli tatt på alvor og med et fokus på ressurser og fremtidig funksjon. Et poeng empirien belyser er at kravene må oppfattes som relevante for aktiviteten/arbeidet, og ikke utelukkende som kontroll. Fra et anerkjennende perspektiv blir deltakeren selv den som best kan vurdere resultatene av recoveryprosessene med tanke på livskvalitet. Ansatte må derfor innta en rolle som med-vandrer og opptre mer som endringsagenter og barrierebrytere for deltakerne (Ness m.fl., 2014b). Empirien i denne studien tyder på at prosjektet evnet dette på en god måte, og at ansatte i sin praksis kan sies å være inspirert av Skjervheim's (1976) idé om å være deltaker (subjekt) mer enn tilskuer (objekt) i brukernes personlige recoveryprosesser. Skjervheim beskriver deltaker-posisjonen som en treleddet relasjon; mellom meg, den andre og «saken» (problemene). I en slik relasjon kan fagfolk og personen som har behov for hjelp sine ulike kunnskapsgrunnlag bli mer likeverdige. Partene kan dessuten utvikle en felles forståelse av levekår, livsomstendigheter, problemer og løsninger. Ansatte kan på denne måten skape den nødvendige tilknytning som Leamy m.fl. (2011) har vist som et av fem sentrale elementer i personlige recoveryprosesser, samt skape forutsetninger for (nye) sosiale relasjoner, slik Ness m.fl. (2014a) belyser.

Å bli tatt på alvor som hele medmennesker i betydningen av at deltakerne gjennom prosjektet fikk hjelp til å håndtere fortiden og erfare seg selv som å være mer selvstendig, synes å være knyttet til å skape forutsetninger for mening i livet. Anthony (i Borg m.fl., 2013) har definert recovery slik: «Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg». Ness m.fl. (2014a) løfter også fram at recovery innebærer ny mening i livet. Slik deltakerne forteller om det, så innebærer det å kunne være i aktivitet og arbeid, selv når funksjonsnivået ikke er helt på topp, å ha mening i livet. Flere trakk fram at prosjektet hadde hjulpet dem til å holde seg unna rus og at dette ga utviklingsmuligheter. Frankl (1959) viser i sin bok «Man's Search for Meaning» forskjellene på mening *med* livet og mening *i* livet. Frankl hevder at vår allmennmenneskelige utfordring er å skape mening i livet, i og med de forutsetningene vi har. Håndtering av fortiden og å være selvstendig fremstår i denne sammenhengen som særlig betydningsfullt for å kunne skape mening *i* livet.

Strukturelle forutsetning for dette, og som empirien viser til, er først og fremst prosjektets fleksible og oppsøkende måte å arbeide på over tid, hvor ansatte (og samarbeidspartnere) sin praksis fungerer som katalysatorer for deltakerne både personlig og i forhold til tjenestene (Ness m.fl., 2014b). Deltakerne beskriver prosjektet og ansatte som fleksible og tøyelige, egenskaper som passer godt inn i de beslutninger deltakerne selv hadde tatt om utviklingen av sine liv. Empirien dokumenterer at prosjektet ikke er for alle, i betydningen av at det ser ut til å fungere godt for dem som har bestemt seg for å gjøre endringer i livet. Deltakerne peker på betydningen av samarbeidet med ansatte for å oppnå det de ønsker av utvikling, mestring og endring. For å kunne oppnå et godt samarbeid med og rundt deltakerne kan ansattes evne og vilje til å *forstå* personen og personens levde erfaringer derfor ha stor betydning. Et reelt samarbeid er forankret i en person-orientert praksis som tar utgangspunkt i deltakernes egne verdier og preferanser (McCormack & McCance, 2010), og som er rettet mot menneskelige relasjoner med utvikling av dialoger og å arbeide i fellesskap (Strong m.fl., 2011). Empirien viser at ansatte synes å ha fått til nettopp dette, blant annet gjennom å fokusere deltakernes ressurser og mestring og tilrettelegge for deres aktive medvirkning i utviklingen av de målene som var viktige for dem. En slik tilnærming blir av flere beskrevet som viktige for at de selv har mestret å redusere inntaket av rusmidler, eller sluttet i LAR, og at reduksjonen/avslutningen har bidratt til utvidelse av mening i livet. Et poeng i forhold til samarbeid er hvordan man i Brobyggersamarbeidet jobber videre med deltakerne (og andre med tilsvarende behov) når prosjektet nå er avsluttet. Fra et recovery-perspektiv har Deegan (1988) trukket fram at det ikke finnes noe endepunkt for disse prosessene, fordi prosessene er sykliske og ikke linjære.

Å bli tatt på alvor som hele medmennesker synes å være knyttet til å skape forutsetninger for økt egenkontroll (empowerment) over tid. Helse- og omsorgsdepartementet peker på at helsefremmende arbeid, basert på empowerment-ideologien bør styrkes i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Empowerment er definert både som mål og strategi på individ- og gruppenivå og skal bidra til at den enkelte (eller grupper) får økt kontroll over faktorer som påvirker helsen, samt til å forbedre denne (Rappaport 1981). Helsefremmende arbeid baserer seg på en bred definisjon av helse, både som en prosess og ressurs i hverdagen med tanke på mestring, basert på motivasjon til endring og å kunne gjøre noe selv. Dette synet ble første gang uttrykt i Ottawa erklæringen i 1986 (Helsedirektoratet, 1987) og med dets fem hovedprinsipper for helsefremmende arbeid: å utvikle en helsefremmende politikk, å skape støttende miljøer, å styrke innsatsen i lokalsamfunnet, å utvikle personlige ferdigheter, og å

ny-orientere helsevesenet. Prosjektets og ansattes bidrag i form av å hjelpe deltakerne med å være mer selvstendige handler kanskje mest om ett av disse prinsippene: å skape støttende miljøer. Glover (2005) snakker om «recovery-nærende omgivelser». Dette er et viktig begrep som poengterer at noen omgivelser er gode og gir næring til vekst, utvikling og håp. Andre kan representere barrierer og krenkelser. Borg m.fl. (2013) løfter derfor fram at det i økende grad er blitt fokusert også på å forstå recovery som sosiale prosesser, vel så mye som personlige. Recoveryprosesser forstås dermed også som aktiviteter og strategier basert i personens lokalmiljø. I denne forståelsen bringes det inn et kontekstuellt perspektiv på recovery (Tew m.fl., 2012). I nordiske studier er recovery som hverdagspraksis særlig belyst, med fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser. Hjemmet, arbeid og aktivitet, utdanning, penger, sosiale arenaer, lokalmiljøet, venner og familie oppfattes her å ha stor betydning for recoveryprosessen (Topor m.fl., 2009; Karlsson & Borg, 2013). I Storbritannia vises det til at sosiale og materielle betingelser og medborgerskap har vært sentralt for begreps- og praksisutvikling og forskningsinnretning (Perkins & Slade, 2012). Mange vitenskapelige publikasjoner påpeker derfor at recovery ikke foregår i et vakuum eller på profesjonelles kontor eller i behandlingssenheter. Recovery foregår i selve livet (Davidson, 2003; Borg, 2007; Davidson m.fl., 2008; Rinaldi, Perkins, Glynn, Montibeller, Clenaghan & Rutherford, 2008; Karlsson & Borg, 2013). Ved å innta et sosialt perspektiv på recovery-orienterte praksiser kan mange av de miljømessige ekstrabelastningene (stigma) som deltakerne erfarer bli synlige for ansatte og andre. Empirien antyder at det kan være utfordringer knyttet til sosiale recoveryprosesser på et sted hvor mange kjenner hverandre, fordi forhold fra tidligere kan komme i veien. Dette kan derfor ha betydning for deltakernes tilgang til ordinære sosiale arenaer som frivillige organisasjoner eller om holdninger de møter i offentlige tjenester. Problemstillingen utfordrer behovet for en humanistisk og hermeneutisk praksis i alle tjenester, hvor for psykisk helse- og rusproblemer ses i sammenheng med hver enkelt persons liv og erfaringer, og hvor virkeligheten om disse fenomenene best kan forstås ved at de settes inn i personens betydningssammenheng (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009). Å utvikle en slik holdning i lokalmiljøet antar vi vil være et viktig bidrag fra Brobygggersamarbeidet for å utvikle en helsefremmende politikk, i tråd med Ottawa-erklæringens første prinsipp.

Målet i ROP-retningslinjen's anbefaling nr 37 er å støtte personens ressurser under hele forløpet «på en slik måte at livskvaliteten bedres» (Helsedirektoratet, 2012, s. 72). Funnet i denne studien om at deltakelse i Brobygger LAR-ROP beskrives som *å bli tatt på alvor som*

hele medmennnesker antyder at livskvaliteten for deltakerne er knyttet til tilpassede, ordinære aktiviteter, krav som oppleves som relevante, hjelp til å håndtere fortiden og rus, samt å erfare seg som mer selvstendig. Relasjonene og fleksibelt samarbeid over tid med ansatte, og at (noen) ansatte fungerer som katalysatorer personlig og strukturelt, ser ut til å være en praksis som ivaretar helsepolitiske føringer.

5. Konklusjon

Deltakerne i studien beskriver sine erfaringer med prosjektet og ansattes arbeid på en slik måte at det gir grunn til å hevde at Brobygger LAR-ROP prosjektet arbeidet recovery-orientert og bidro til å bedre brukernes livskvalitet. Det synes dokumentert at prosjektet i stor grad nådde de effekt- og resultatmålene som ble satt. Prosjektet har konkretisert viktige helsepolitiske føringer med hensyn til aktivitet og arbeid. Med den brede forståelsen og tilnærmingen til deltakernes behov, fungering og situasjon, samt ivaretakelsen av tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, ivaretok prosjektet også flere av prinsippene for helsefremmende arbeid.

Personlige og sosiale recoveryprosesser ved ROP-lidelser avsluttes ikke med et prosjekts avslutning. Det er derfor en utfordring for Notodden-samfunnet og Brobyggersamarbeidet å finne hensiktsmessige måter å arbeide videre på for denne gruppa i tråd med den dokumenterte kunnskapen som presenteres her, både med hensyn til form og innhold. Noen stikkord kan være: utforming av vedtak med hensyn til tilstrekkelig tid for endring, sammenhengende, individuell og oppsøkende hjelp, miljøarbeiderfunksjonen i NOPRO, veiledningsbehov for dem som jobber med målgruppa, frivillige organisasjoners bidrag, holdninger i tjenester, arbeidsgivere og lokalsamfunn, samt ikke å klandre personer som ruser seg på nytt men gi støtte med tanke på å komme raskt tilbake i aktivitet eller arbeid.

Referanser

- Bakken, K., Landheim, A.S., & Vaglum, P. (2003). Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance induced and substance independent mental disorders? *Alcohol* (38), 54-59.
- Biong, S., & Svensson, T. (2009). Bridging the gaps: Experiencing and preventing fi fe-threatening heroin overdoses in men in Oslo. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 4 (2), 94-105.
- Borg, M. (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life: perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En kunnskapssammenstilling*. Rapport 4/2013.Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Bowling, A. (2002). *Research methods in health. Investigating health and health services*. 2nd Ed. Philadelphia: Open University Press.
- Cleary, M., Hunt, G., Matheson, S., Siegfried, N., & Walter, G. (2008). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev*, CD001088.
- Davidson, L. (2003) *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press.
- Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M. J., Kirk, T., Jr., Rockholz, P., & Evans, A.C. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: moving from concept to reality. *Psychiatr Rehabil J*, 31(1), 23-31.
- Davidson, L., Andres-Hyman, R., Tondora, J., Fry, J., & Kirk, T. (2008). From "Double Trouble" to "Dual Recovery": Integrating models of recovery in addiction and mental health. *Journal of Dual Diagnosis*, 4(3), 273-290.
- Deegan, P. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Drake, R.E., Osher, F.C., & Wallach, M.A. (1991). Homelessness and dual diagnosis. *American Psychol*, 46(11), 1149-1158
- Drake, R.E., & Mueser, K.T. (2000). Psychosocial Approaches to Dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 105-118.
- Drake, R.E., & Wallach, M.A. (2000). Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services*, 5, 1126-1129.
- Frankl, V. (1959). *Man's Search for Meaning. An Introduction to Logotherapy*. Boston: Beacon Press.
- Glover, H. (2005). Recovery based service delivery: are we ready to transform the words into a paradigm shift? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4 (3), 1-4. www.auseinet.com/journal/vol4iss3/glovereditorial.pdf
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J.A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse- å forstå, beskrive og behandle*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (1987). *Ottawa charteret om helsefremmende arbeid*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestrings. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *St.meld. nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om helse- og omsorgstjenestene i kommunene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012-2013). *Meld. St. 10 God kvalitet- trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Herrestad, H., & Biong, S. (2011). Inspirere og tilrettelegge for å skape bevegelser i fastlåste situasjoner: Om håpefull praksis i et ambulant akuttpsykiatrisk team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 109-119.
- Jacobson, N., & Curtis, L. (2012). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 333-341.
- Karlsson, B. & Borg, M.(2013). *Psykisk helsearbeid - humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Klingemann, H., & Sobell, L.C. Eds. (2007). Promoting self-change from addictive behaviours. Practical implications for policy, prevention and treatment. New York: Springer.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *InterView. Introduktion til et håndværk*. 2. utgave. København: Hans Reitzels Forlag.
- Landheim, A.S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi*,(12): 309-318.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. Hentet fra doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 256-272. doi: doi:10.1080/0954026021000016905
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing. Theory and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Mitchel, D.P., Betts A., & Epling, M. (2002). Youth employment, mental health and substance misuse: a challenge to mental health services. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 9(2), 191-198.
- Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014a). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(3), 107-117.
- Ness, O., Borg, M., Semb, R., & Karlsson, B. (2014b). «Walking alongside:» collaborative practices in mental health and substance abuse care. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(55). Hentet fra doi: 10.1186/1752-4458-8-55
- Perkins, R., & Slade, M. (2012). Recovery in England: transforming statutory services? [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *International Review of Psychiatry*, 24(1), 29-39. Hentet fra doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2011.645025>
- Rappaport, J. (1981). Inpraise of a paradox: A Social Policy of Empowerment over Prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 1-25.
- Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M. & Rutherford, J. (2008). Individual Placement and Support: From research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 50-60.
- Schibbye, A.L. (1996). Anerkjennelse; en terapeutisk intervensjon? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33, 530-537.
- Skjellet, T. (2009). *Veien fra alkoholavhengighet til rusfrihet- hva hjelper? Sett fra brukerens*

- perspektiv*. Masteroppgave i psykisk helsearbeid. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Skjervheim, H. (1976). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug forlag.
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. London: Cambridge Medicine.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(04), 353-364. doi: 10.1017/S2045796012000133
- Soggiu, A.-S., & Biong, S. (2014). *Psykisk helse og rusteamet i bydel Gamle Oslo*. Forskningsrapport nr. 10. Drammen: Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Senter for psykisk helse og rus.
- Strong, T., Sutherland, O., & Ness, O. (2011). Considerations for a discourse of a collaboration in counselling. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 2(1), 25–40.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C. (2012). Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460. doi: 10.1093/bjsw/bcr076
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2009). Not just an individual journey: social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*. doi: 10.1177/0020764009345062
- Thylstrup, B., Schepele, K.J., & Sønderby, L. (2009). Treatment effect and recovery – dilemmas in dual diagnosis treatment. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26(6), 552-560.
- Warner, R. (1994). *Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy*. London: Routledge.
- Aakerholt, A. (2010). *ACT-håndbok*. 1. utgave. Brumunddal: Kompetansesenter rus- region Øst.

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

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

Vår dato: 28.11.2013

Vår ref: 36316 / 2 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.11.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

36316	<i>Evaluering av Brobygger LAR og ROP</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Buskerud, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Stian Nissen Biong</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2015, 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@sv.uit.no

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet "Evaluering av Brobygger-LAR og ROP"

– Deltakere –

DEL A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder deltagelse i evalueringen av Brobygger-LAR og ROP.

Du kan delta på to måter.

- 1) For å få belyst dine erfaringer som deltaker ønsker vi at du besvarer et spørreskjema (vedlagt). Dette spørreskjemaet returneres deretter i vedlagte konvolutt.
- 2) Du kan også bidra gjennom en gruppesamtale med andre deltakere. I gruppesamtalen er hensikten å undersøke nærmere dine/deres erfaringer med å delta i Brobygger-LAR og ROP. Om du ikke ønsker å delta i gruppesamtale kan du delta i en individuell samtale.

Målet med spørreskjemaet og gruppesamtalen/individuell samtale er: 1) å vurdere om deltakelse i Brobygger-LAR og ROP har bidratt til økt livskvalitet, aktivitet og arbeid og en mer meningsfull hverdag for deg/dere, 2) Om deltakelsen har bidratt til å nå relevante mål i den nasjonale retningslinjen for LAR, samt i ROP-retningslinjen, og 3) større forståelse og gode holdninger hos tjenesteutøvere og på aktivitetstilbud/arbeidsplasser der personer med LAR/ROP deltar.

De som forespørres skal være over 18 år og ha erfaring med legemiddelassistert rehabilitering, eller samtidige rus- og psykisk helseproblemer og delta i/ha deltatt i Brobygger-LAR og ROP prosjektet.

Hva innebærer studien?

Vi ønsker at du fyller ut spørreskjemaet som blir delt ut til deg innen **15. mars 2014**

Gruppesamtalen/individuell samtale vil bli gjennomført våren 2014. Om du vil delta kan du ta kontakt med en av de ansatte i prosjektet. For å kunne vurdere innholdet i det som kommer fram i gruppen vil dette bli tatt opp på lydbånd for så å bli skrevet ut på papir og analysert av forskerne. Dato for prosjektslutt er 30.06.2015 og da vil spørreskjema og lydbånd bli slettet.

Forskeren som skal gjennomføre gruppesamtalen/individuell samtale er Stian Biong. Han er ansatt ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Senter for psykisk helse og rus.

Om du i etterkant av intervjuet skulle få behov for særlig oppfølging vil vi bidra til det. I så fall kan du ringe Stian Biong på telefon 32 20 64 00.

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 30.06.2015. Resultatene vil bli publisert i en rapport til Sykehuset Telemark Helseforetak og vitenskapelige artikler.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien og det vil være mulig å trekke seg underveis i evalueringen. Dersom du ønsker å delta gruppesamtale/individuell samtale undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og tar med denne til forskeren. Dersom har spørsmål eller ønsker mer informasjon om prosjektet kan du kontakte Stian Biong på telefon 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 Høgskolen i Buskerud og Vestfold, fakultet for helsevitenskap, er administrativ ansvarlig. Prosjektleder er professor Stian Biong. Evalueringen er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

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

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige rapporten. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når prosjektet er ferdig, innen 30.06.2015.

Økonomi

Studien er finansiert av Helsedirektoratet/Sykehuset Telemark HF.

Informasjon om utfallet av studien

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

Drammen, 7. februar 2014.

Med vennlig hilsen

Stian Biong
Forsker

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien *"Forskningsbasert evaluering av Brobygger-LAR og ROP"*.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien *"Forskningsbasert evaluering av Brobygger-LAR og ROP"*.

(Signert, rolle i studien, dato)

Stian Biong

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet "Evaluering av Brobygger-LAR og ROP"

– Ansatte–

DEL A

Bakgrunn og hensikt

For å få belyst dine erfaringer med prosjektet Brobygger-LAR og ROP ønsker vi at du som ansatt skal besvare et spørreskjema. Dette spørreskjemaet returneres så til forskeren i vedlagte konvolutt. Ansatte som ønsker det inviteres også til å delta i en fokusgruppe. Fokusgruppen vil bli ledet av undertegnede. Den vil vare i ca 1,5 time og målet er å utdype de erfaringene dere har som ansatte knyttet til overnevnte prosjekt. Hensikten med evalueringen er 1) å undersøke brukeres, ansattes og samarbeidspartneres erfaringer og opplevelser med hvorvidt Brobygger-LAR og ROP bidrar til økt livskvalitet, aktivitet og arbeid og en mer meningsfull hverdag for brukerne, 2) å vurdere om deltakelse i prosjektet har bidratt til å nå relevante mål i den nasjonale retningslinjen for LAR, samt i ROP-retningslinjen, og 3) større forståelse og gode holdninger hos tjenesteutøvere og på aktivitetstilbud/arbeidsplasser der personer med LAR/ROP deltar.

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene ønsker vi å be deg å fylle ut spørreskjemaet som deles ut i februar/mars 2014.

For å få undersøkt erfaringene dine/deres nærmere, ønsker vi å gjennomføre en fokusgruppe med ansatte. Dersom du ønsker å delta kan du ta kontakt med din nærmeste leder. Denne gjennomføres våren 2014. For å kunne vurdere innholdet vil det bli tatt opp på lydbånd for så å bli skrevet ut på papir og analysert.

Forskeren som skal gjennomføre intervjuene er Stian Biong. Han er ansatt ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, 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 forskeren vil ha taushetsplikt overfor alle opplysninger som samles inn. Datamaterialet vil slettes senest innen den 30.06.2015. Resultatene vil bli publisert i en rapport til Sykehuset Telemark Helseforetak og vitenskapelige artikler.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien og det vil være mulig å trekke seg underveis i evalueringen. Dersom du ønsker å delta i fokusgruppe undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og tar med denne til forskeren. Dersom har spørsmål eller generelt ønsker mer informasjon kan du kontakte Stian Biong på telefon 32 20 64 00.

DEL B

Personvern

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

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

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

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige rapporten. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når prosjektet er ferdig, innen 30.06.2015.

Økonomi

Studien er finansiert av Helsedirektoratet/Sykehuset Telemark.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Drammen, 7. februar 2014.

Med vennlig hilsen

Stian Biong
Forsker

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien *"Forskningsbasert evaluering av Brobygger-LAR og ROP"*.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien *"Forskningsbasert evaluering av Brobygger-LAR og ROP"*.

(Signert, rolle i studien, dato)

Stian Biong

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet "Evaluering av Brobygger-LAR og ROP"
– Samarbeidspartnere–

DEL A

Bakgrunn og hensikt

For å få belyst samarbeidspartneres erfaringer med samarbeid og aktiviteter relatert til prosjektet Brobygger-LAR og ROP ønsker vi at du som samarbeidspartner besvarer et spørreskjema. Dette spørreskjemaet returneres så til forskeren i vedlagte konvolutt. Hensikten med evalueringen er 1) å undersøke brukeres, ansattes og samarbeidspartneres erfaringer og opplevelser med hvorvidt Brobygger-LAR og ROP bidrar til økt livskvalitet, aktivitet og arbeid og en mer meningsfull hverdag for brukerne, 2) å vurdere om deltakelse i prosjektet har bidratt til å nå relevante mål i den nasjonale retningslinjen for LAR, samt i ROP-retningslinjen, og 3) større forståelse og gode holdninger hos tjenesteutøvere og på aktivitetstilbud/arbeidsplasser der personer med LAR/ROP deltar.

Hva innebærer studien?

For å få belyst samarbeidspartneres erfaringer ønsker vi at du fyller ut det tilsendte spørreskjemaet **innen 15. mars**. Utfyllingen skjer anonymt.

Forskeren som skal gjennomføre evalueringen er Stian Biong. Han er ansatt ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, 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 slettes senest innen den 30.06.2015. Resultatene vil bli publisert i en rapport til Sykehuset Telemark Helseforetak og vitenskapelige artikler.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien og det vil være mulig å trekke seg underveis i evalueringen. Dersom har spørsmål eller ønsker mer informasjon kan du kontakte Stian Biong på tlf. 32 20 64 00.

DEL B

Personvern

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

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det vil ikke være mulig å identifisere deg eller andre 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 slettes innen 30.06.2015.

Økonomi

Studien er finansiert av Helsetilsynet/Sykehuset Telemark HF.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Drammen, 7. februar 2014.

Med vennlig hilsen

Stian Biong
Forsker

Temaguide til bruk i gruppesamtale/individuell samtale – Deltakere/Ansatte

Hvilke erfaringer og opplevelser har dere med om prosjektet bidrar til:

Økt livskvalitet

Økt aktivitet

Økt mestring

Bedre funksjonsnivå

Arbeid

En mer meningsfull hverdag

Et mer selvstendig liv (LAR 10.3.2.)

Mer aktiv oppfølging (LAR 10.3.2)

At egne ressurser fokuseres (anbf. 37)

At aktiviteter/fritid/arbeid er en del av Individuell plan (anbf 38)

Tilbud som er tilpasset individuelle behov og utviklingsmuligheter (LAR 10.3.2)

Meningsfulle aktiviteter/fritid/arbeid (anbf. 74)

Større forståelse og gode holdninger hos tjenesteutøvere og på aktivitetstilbud/arbeidsplasser der personer med LAR/ROP deltar.

Ansatte: Samhandlingen mellom kommunen/DPS/NOPRO/NAV. Tverrfaglig/tverretattlig samarbeid behandling/fengsel/kommunen/innen kommunen/ansvarsgruppe/fastlege

Spørreskjema "Forskningsbasert evaluering av Brobygger-LAR og ROP" – DELTAKERE

1. Bakgrunnsinformasjon: Kjønn:..... Alder:.....

2. Hvordan ble du rekruttert til Brobygger-LAR og ROP (sett kryss)?

Behandlingsinstitusjon....Venner/bekjente....Sosial-/ruskonsulent....

Fastlege....DPS....Fengsel/kriminalomsorg....NOPRO....NAV....Annet....

3. Er du i aktivitet/arbeid nå eller er du tidligere deltaker i prosjektet?

a) Aktiv deltaker Hvor lenge har du vært med i Brobygger-LAR/ROP?
0 – 3 mnd.... 4-6 mnd.... 7-9 mnd.... 10-12mnd....
Lengre.... (Sett kryss)

b) Tidligere deltaker..... Hvor lenge var du med i Brobygger-LAR/ROP?
0 – 3 mnd.... 4-6 mnd.... 7-9 mnd.... 10-12mnd....
Lengre.... (Sett kryss)

4. Hvilke aktiviteter/arbeid/fritidstilbud har du deltatt på?

.....(skriv)

5. Deltakelse i Brobygger-LAR/ROP.

Hvor mye er du sterkt enig eller sterkt uenig i følgende utsagn. For hvert utsagn setter du en sirkel rundt et tall fra 6 til 1. Ring rundt tallet 6 er et uttrykk for at du er sterkt enig i utsagnet – ring rundt 1 er sterkt uenig. Deltakelse i prosjektet har bidratt til:

	<i>Sterkt enig</i>				<i>Sterkt uenig</i>	
1. Å bli tryggere på å være sammen med andre mennesker	6	5	4	3	2	1
2. Å være sammen med andre mennesker	6	5	4	3	2	1
3. Å redusere misbruk av rusmidler	6	5	4	3	2	1
4. Å få bedre helse	6	5	4	3	2	1
5. Å føle mestring	6	5	4	3	2	1
6. Å kunne møte folk med nåværende rusproblemer	6	5	4	3	2	1
7. Å finne ut hva jeg skal gjøre videre i livet	6	5	4	3	2	1
8. Å fylle dagen med noe meningsfullt	6	5	4	3	2	1
9. Å få bedre kontakt med familie/pårørende	6	5	4	3	2	1
10. Aktiviteter/fritid/arbeid ble tilpasset meg	6	5	4	3	2	1
11. Å delta har økt troen min på framtiden	6	5	4	3	2	1
12. Jeg har fått aktiv oppfølging underveis	6	5	4	3	2	1

6. Er aktiviteter/fritid/arbeid en del av din Individuelle Plan? (sett ring) Ja/Nei

7. Synes du ansatte/samarbeidspartnere forståelse og holdninger er endret? Ja/Nei

8. Opplever du at ditt mestrings- og funksjonsnivå økte i prosjektet? Ja/Nei

9. Noe annet du har lyst til å legge til?

Spørreskjema "Forskningsbasert evaluering av Brobygger-LAR og ROP"
ANSATTE

1. Hvor lenge har du vært ansatt?:

3-6 mnd.... 6-12 mnd..... 12mnd eller mer.... (Sett kryss)

2. Hva har vært det viktigste for deg ved å være ansatt?

Hvor mye er du sterkt enig eller sterkt uenig i følgende utsagn. For hvert utsagn setter du en sirkel rundt et tall fra 6 til 1. Ring rundt tallet 6 er et uttrykk for at du er sterkt enig i utsagnet – ring rundt 1 er sterkt uenig. Prosjektet har bidratt til at deltakerne:

	<i>Sterkt enig</i>					<i>Sterkt uenig</i>	
1. Ble tryggere på å være sammen med med andre mennesker	6	5	4	3	2	1	
2. Fikk være sammen med andre mennesker	6	5	4	3	2	1	
3. Reduserte misbruk av rusmidler	6	5	4	3	2	1	
4. Fikk bedre helse	6	5	4	3	2	1	
5. Følte mestring	6	5	4	3	2	1	
6. Kunne møte folk med nåværende rusproblemer	6	5	4	3	2	1	
7. Fant ut hva vedkommende skal gjøre videre i livet	6	5	4	3	2	1	
8. Fylte dagen med noe meningsfullt	6	5	4	3	2	1	
9. Fikk bedre kontakt med familie/pårørende	6	5	4	3	2	1	
10. Fikk tilpasset aktiviteter/fritid/arbeid	6	5	4	3	2	1	
11. Fikk økt troen på framtiden	6	5	4	3	2	1	
12. Fikk aktiv oppfølging underveis	6	5	4	3	2	1	

5. Er aktiviteter/fritid/arbeid en del av Individuell Plan? (sett ring) Ja/Nei

6. Synes du din forståelse av og holdninger til personer med Legemiddelassistert rehabilitering eller med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser har endret seg? Ja/Nei. På hvilken måte:.....

7. Opplever du at mestrings- og funksjonsnivået økte i prosjektet? Ja/Nei

8. Noe annet du har lyst til å legge til?

Spørreskjema "Forskningsbasert evaluering av Brobygger-LAR og ROP" – SAMARBEIDSPARTNERE

1. Samarbeidspartner (etat/virksomhet/firma):

..... (beskriv)

2. Hvordan ble du kjent med Brobygger LAR/ROP?

..... (beskriv)

3. Hvor lenge har du/dere samarbeidet med Brobygger LAR/ROP?:

- 3 mndr.... 3-6 mnd 6-12 mnd... . mer enn 12 mnd..... (Sett kryss)

4. Hva har vært det viktigste for dine deltakere ved dette samarbeidet

Hvor mye er du sterkt enig eller sterkt uenig i følgende utsagn. For hvert utsagn setter du en sirkel rundt et tall fra 6 til 1. Ring rundt tallet 6 er et uttrykk for at du er sterkt enig i utsagnet – ring rundt 1 er sterkt uenig. Vet du ikke, kan du sette 0.

Prosjektet har bidratt til at deltakerne:

Sterkt enig

Sterkt uenig

1. Ble tryggere på å være sammen med andre mennesker	6	5	4	3	2	1
2. Fikk være sammen med andre mennesker	6	5	4	3	2	1
3. Reduserte misbruk av rusmidler	6	5	4	3	2	1
4. Fikk bedre helse	6	5	4	3	2	1
5. Følte mestring	6	5	4	3	2	1
6. Kunne møte folk med nåværende rusproblemer	6	5	4	3	2	1
7. Fant ut hva vedkommende skal gjøre videre i livet	6	5	4	3	2	1
8. Fylte dagen med noe meningsfullt	6	5	4	3	2	1
9. Fikk bedre kontakt med familie/pårørende	6	5	4	3	2	1
10. Fikk tilpasset aktiviteter/fritid/arbeid	6	5	4	3	2	1
11. Fikk økt troen på framtiden	6	5	4	3	2	1
12. Fikk aktiv oppfølging underveis	6	5	4	3	2	1

5. Er aktiviteter/fritid/arbeid en del av Individuell Plan? Ja/Nei/Vet ikke

6. Synes du din forståelse av og holdninger til personer med Legemiddelassistert rehabilitering eller med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser har bedret seg? Ja/Nei. På hvilken måte:.....

7. Opplever du at mestrings- og funksjonsnivået økte i prosjektet? Ja/Nei

8. Samarbeidet med Brobygger-LAR/ROP vil jeg beskrive som:

.....

9. Noe annet du har lyst til å legge til?



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

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

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

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

**SENTER FOR
PSYKISK HELSE
OG RUS**

Adresse:

Papirbredden
Drammen kunnskapspark
Grønland 58
3045 Drammen

Kontakter:

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

Førsteamanuensis Ottar Ness
ottar.ness@hbv.no
90 12 53 12



ISBN: 978-82-8290-014-0



Bakside