

«Ruster boligen for krig, men ber brukerne om å ta ansvar for eget liv»

- Hvordan innholdet i et kommunalt botiltak for personer med alvorlige ROP- lidelser og voldsproblematikk kan se ut



University
of Stavanger

Helsevitenskapelige Fakultet

Master i rus- og psykisk helsearbeid

Masteroppgave 40 studiepoeng

Kandidat navn: Malin Christine Eggerud

Veileder navn: Hildegunn Sagvaag

Dato: 01.06.2021

Forord

Med innleveringen av masteroppgaven starter det et nytt kapittel. Det har vært en utfordrende og interessant prosess som nå avsluttes. Jeg ønsker i den forbindelse å takke veilederen min Hildegunn Sagvaag, først og fremst for at hun satte meg på sporet av dette prosjektet. Jeg vil også takke deg for all hjelpen jeg fikk i forbindelse med fokusgruppeintervjuene, det var stor hjelp for meg! Du har så utrolig mye kunnskap og hatt gitt meg mange gode innspill og refleksjoner, som jeg aldri hadde tenkt på selv. Takk for at du har delt!

Videre ønsker jeg å takke deltakerne i studien for engasjementet og for at dere har prioritert å sette av tid til å delta i studien min. Ønsker dere masse lykke til i ny jobb og med oppstarten av nytt botiltak

- Malin Christine Eggerud

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	4
1. Introduksjon til studien	5
1.2 Litteratursøk	8
1.2. Å leve med alvorlig ROP- lidelse	8
1.3. Oppsummeringer, formål og problemstilling	10
1.4. Studiens avgrensninger	10
2. Teoretisk rammeverk	10
2.1. Et helhetlig perspektiv på helse: Hva er et verdig tilbud?	10
2.2. Recovery	12
3. Kvalitativ Metode	14
3.1. Vitenskapsteoretisk perspektiv	14
3.3. Innsamling av data	15
3.4. Rekruttering	17
3.5. Utvalg	17
3.6. Intervjuguide	18
4. Analyse av datamaterialet SDI- metoden	18
4.1. Analyseprosess	19
5. Forforståelse	21
6. Forskningsetiske vurderinger	22
7. Resultater	22
7.1. Det kommunale tjenesteapparatet: <i>Utvikle gode samarbeidsrelasjoner og utvikle et stødig team</i>	24

7.2. Faglige metoder og tilnæringer: <i>Miljøterapi og støtte personens egne interesser i meningsfull aktivitet</i>	30
7.3. Voldsrisiko og sikkerhet: <i>Forsterket bolig og økt kunnskap om voldsrisiko ut i kommunen</i>	35
7.4. Lovverk: <i>Instansene må kjenne hverandres virkeområder og en gjeng som taper på endringene i 2017</i>	40
8. Diskusjon	44
9. Konklusjon	50
9.1. Videre forskning på området	51
10. Pålitelighet, troverdighet og overførbarhet	52
11. Referanseliste	54
12. Vedlegg	56

Sammendrag

Hensikten i denne masteroppgaven har vært å undersøke hvordan et kommunalt tjenestetilbud i et botiltak tilknyttet ROP- prosjektet i Stavanger kommune kan se ut. Studien siktet seg inn på hvilke metoder og virkemidler som er viktige for at tjenestene skal favne et helhetlig perspektiv på helse. Gjennom to fokusgrupper undersøkte studien ansattes erfaringer og refleksjoner rundt hva et verdig tjenestetilbud kan innebære for personer med alvorlige rus- og psykiske lidelser og voldsproblematikk. Datamaterialet ble senere transkribert og analysert ved hjelp av Tjoras (2012) SDI- metode og det ble generert datasett i softwareprogrammet Nvivo. De viktigste funnene i studien handler om ansattes miljøterapeutiske tilnærminger og meningsfull aktivitet, hvordan det å øke kunnskapen om voldsrisikovurderinger i kommunen kan bidra til et tettere samarbeid rundt brukeren, hvordan det å bruke funksjon over diagnose i vurderingen av samtykkespørsmål og samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Funnene ble knyttet opp mot et recoveryperspektiv og tidligere forskning i diskusjonsdelen. Studien konkluderer med at et helhetlig tilbud favner noe mer enn bare bolig og ulike tjenester, et verdig tilbud må inneholde respekt for enkeltindividets følelser og oppfatninger om egen situasjon. Samtykkekompetanse ser ut til å være en hindring for å oppnå gode tjenester til rett tid og deltakerne i denne studien trekker frem økt kompetanse om voldsrisiko og kontaktpersoner knyttet til botiltaket som løsninger som kan bidra til å lettere samarbeidet.

1. Introduksjon til studien

Stortingsmeldingen «åpenhet og helhet» (nr. 25, 1997-97) skulle legge grunnlaget for en helhetlig politikk og sammenhengende tjenester for personer med alvorlige lidelser og omfattende problemer. Meldingen fremhevet kommunenes basisansvar for målgruppen og formålet var bedre og mer sammenhengende tjenester, tilpasset behovet til den enkelte (*Åpenhet og helhet : om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, 1997). Samhandlingsreformen (2008-2009) skulle tydeliggjøre kommunenes rolle i samarbeidet om helse- og omsorgstjenester for målgrupper som tidligere var lagt til spesialisthelsetjenesten, som nå har blitt kommunenes ansvar. For kommunene innebærer det at de trenger å levere et høyere antall hjemmebaserte tjenester, til en tyngre målgruppe enn tidligere (*Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid*, 2009). Hjemmebaserte tjenester krever midlertidig andre tilnæringsmetoder og virkemidler fra de ansatte. Et trygt og effektivt team blir enda viktigere for å opprettholde sikkerhet og sørge for effektive og gode tjenester (Sjølie, Karlsson, & Kim, 2010; *Åpenhet og helhet : om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, 1997).

I 2012 publiserer helsedirektoratet et hefte med anbefalinger tilpasset personer som lider av rus og psykiske lidelser. «Nasjonale faglige retningslinjer for utredning og behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse» inneholder 93 anbefalinger som tar sikte på å øke livskvaliteten til gruppen. Recovery er et faglig perspektiv som anbefales som tilnærming til gruppen og i tillegg til et perspektiv på helhetlig tilfriskning som favner alle aspekter i livet (Helsedirektoratet, 2011). Recovery kan beskrives som en personlig og sosial prosess, som innebærer å styrke personens egne ressurser (Karlsson & Borg, 2017). Det overordnede målet med reformene og nasjonale føringer har vært å øke livskvaliteten til utsatte og sårbare grupper gjennom målrettede tiltak basert på brukermedvirkning.

Målgruppen i denne studien er personer som lider av samtidig psykisk lidelse og ruslidelse og som ikke klarer å oppnå bolig på egenhånd (<https://hop2020.stavanger.kommune.no/6-helse-og-velferd/>)

I ROP- retningslinjene (2011) omtales diagnosen som ROP-lidelse og indikerer både rus- og psykiske helseutfordringer. Ifølge brukerplans oversikt fra 2018 faller ca 6000 personer i Norge inn under begrepet alvorlig ROP-lidelse (Brukerplan, 2018). Begrepet er tettere forbundet med nivået av funksjonssvikt knyttet til ivaretagelse av en selv, boligen og nettverket rundt seg, enn alvorlighetsgraden på diagnosene (Helsedirektoratet, 2011) og

gruppen kjennetegnes av at de har sammensatte behov som ofte krever tjenester både fra primær- og spesialisthelsetjeneste. Sykdomsforløpene er ofte langvarige og svingende, og preges av hyppige innleggelser (Helsedirektoratet, 2011; Pettersen & Rudningen, 2014).

En stabil boligsituasjon er en forutsetning for å kunne iverksette- og lykkes med hjelpetiltak og kommunen bør tilstrebe varige og fleksible løsninger som er tilpasset brukerens hjelpebehov (Frantzen, Karagöz, & Berge, 2012; Helsedirektoratet, 2011). Mangel på kommunale boliger, manglende boevne og liten evne eller vilje til å motta kommunale tjenester er noen av årsakene til at det er vanskelig å gi tilbud og oppfølging. Det er fortsatt usikkerhet rundt hvilken type boliger som er de beste boligløsningene for personer med alvorlige ROP-lidelser (no, 2008; Wågø, Høyland, & Bø, 2019). Rapporten *boligkvalitet og verdighet* (2019) har studert ulike boligløsninger i ulike kommuner og funnet noen fellestrekk. Det å ha en egen bolig, som brukerne mestrer å ta vare på, bidrar til et mer verdig liv. Videre kjennetegnes en god bolig av at den har de vanlige kvalitetene til en bolig. Noe brukerne ga uttrykk for, var at det skulle være «passe lite», men stor nok til å få plass til møbler brukeren måtte ha og et eget soverom. Uteområder eller en liten hage der de kunne plante ble trukket frem som positivt av flere. Fra botiltakets perspektiv, er mindre boliger gunstig fordi det innebærer mindre plass å samle ting på (Wågø et al., 2019). Å vedlikeholde boligene til brukerne oppleves som en utfordring. Å ha fokus på å finne robuste løsninger og materialer som tåler såkalt hard bruk ser ut til å fungere godt (Wågø et al., 2019).

Alvorlig ROP-lidelse medfører ofte manglende innsikt i egen situasjon. Sammen med kognitiv svikt blir det vanskelig for brukerne å følge opp behandlingsopplegget. Studier viser samtidig at de ofte ikke er i stand til å søke hjelp eller ikke deler hjelpeapparatets forståelse av behov for hjelp (Pettersen & Rudningen, 2014). Videre kan alvorlige psykiske lidelser i noen tilfeller øke risikoen for voldsutøvelse og risikoen øker med et samtidig rusmisbruk (Flannery, Staffieri, Hildum, & Walker, 2011; Helsedirektoratet, 2011; Pettersen & Rudningen, 2014). Olsen- utvalgets rapport fra 2014, konkluderer med at ruslidelse er den fremste psykiske lidelsesårsaken til drap i Norge, ved siden av dyssosial personlighetsforstyrrelse. Det er godt dokumentert at alvorlige psykiske lidelser og ruslidelse i kombinasjon med tidligere voldshistorikk gir økt risiko for alvorlige hendelser på et senere tidspunkt (Flannery et al., 2011; Otto, 2000; *Sammen om mestring : veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*, 2014). Rapporten til Pettersen og Rudningen (2014) peker på utfordringer knyttet til begrensningen i tiltak som

kan utføres i bolig, når risikoen for vold eskalerer eller psykisk helse forverres. Andre utfordring ser ut til å dreie seg om samlokalisering, der miljøet står i fare for å bli preget av uro og utrygghet, på grunn av det Vassenden m. fl. omtaler som «lav sosial kapital». (Vassenden, Bergsgard, & Lie, 2012). Analysene i rapporten «samspill eller svartepetterspill» viser at det er utfordrende å etablere og organisere et bo- og tjenestetilbud for denne gruppen. Utfordringer knyttet til samhandling mellom instanser og mangel på kunnskap om hverandres virkeområder kompliserer situasjonen ytterligere. Det foreligger lite forskningsbasert kunnskap om samhandling og betydningen av samhandling mellom ansatte og målgruppen (Pettersen & Rudningen, 2014).

I Stavanger i perioden 2019-2020 ble det gjennomført en evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for personer med ROP-lidelser. Konklusjonen var at tilbudet ikke er tilstrekkelig utformet eller tilrettelagt for denne gruppen og at det er behov for mer kunnskap om hvilke tiltak som «virker». Som et ledd i handlings- og økonomiplanen 2020-2023 skal Stavanger kommune gjennomgå organisering og arbeidsmetoder i disse tjenestene, for å vurdere om de samlede ressursene kan utnyttes bedre. Formålet er at brukerne skal få færre ansatte å forholde seg til og at tjenestene skal være tilpasset deres behov (<https://hop2020.stavanger.kommune.no/6-helse-og-velferd/>).

Studien har gjennom 2 fokusgrupper samlet inn beskrivelser og refleksjoner fra ansatte og ledelse i et nyoppstartet boligtiltak. Undersøkelsen rettet seg mot innholdet i det kommunale tjenestetilbudet og hvilken type kunnskap og virkemidler de ansatte opplever at de trenger, for at tjenestene på den ene siden *skal virke* og hva det kan innebære å gi et verdig tilbud til denne målgruppen, ligger i kjernen av forskningsspørsmålet. Sentrale begreper er helhetlig tilfriskning og det å støtte personens egne ressurser. At enkelte ROP-personer har en forhøyet risiko for å utøve vold mot de ansatte, kan i perioder komplisere arbeidet med gruppen ytterligere (Sjølje et al., 2010) og i undersøkelsen er tiltak eller virkemidler som handler om ansattes sikkerhet en stor del av oppgaven. Flere av artiklene til denne studien peker på at det (Ness, Borg, & Davidson, 2014; Pettersen & Rudningen, 2014) er mangel på kunnskap om hvilke metoder som fungerer for å hjelpe denne gruppen. Forskningen er også delt i sine meninger om det forhindrer eller reduserer re-innleggelser (Slade et al., 2014).

1.2. Litteratursøk

En sentral del av forarbeidet var å sette seg inn i relevant litteratur. For å finne frem til relevant forskning på området ble det gjennomført litteratursøk i Idunn, Cinahl (inkluderer

Medline) og Pubmed. Det ble søkt på norsk og engelsk. Engelske søkeord som ble benyttet var: Substance abuse, mental illness/health issues, housing, risk of violence, community services, activities/ADL. Kombinasjoner av søkeord på norsk bestod av: ROP-lidelser, rus og psykiske lidelser, voldsrisiko, tjenestetilbud, ansattes erfaringer, kommune, bolig og aktivitet. Ulike variasjoner av ordene og kombinasjoner ble brukt. Inklusjonskriterier ble valgt ut fra relevans til forskningsspørsmål; Kommunalt tjenesteapparat, ROP- lidelse, vold, meningsfull aktivitet. Artiklene ble selektert ved å bruke PICO- strategien og vurderingsgrunnlaget for inklusjon ble: Er det rett målgruppe? Hvilket fenomen studeres i artikkelen? Kan det overføres til min studie? Hva sier resultatene? (Santos, Pimenta, & Nobre, 2007). Artiklene måtte være fagfellevurderte for å inkluderes i studien. Eksklusjonskriterier var artikler som ikke inkluderte voldsrisiko, fordi det krever et annet tilbud for brukere der man må ta hensyn til voldsrisiko. Alle artikler som ikke var relatert til kommunalt tjenesteapparat ble ekskludert, i tillegg artikler som var brukerstudier, fordi studien vil ha ansattes perspektiv. Unntaket her er rapporten til Wågø (2019) som viser til brukertilfredshet på tildelt bolig i kommunen.

Som en del av det å etablere et kunnskapsgrunnlag, ble det i tillegg foretatt direkte søk på regjeringen.no, helsedirektoratet, rop.no, brukerplan og napha.no. De samme søkeordene ble brukt i direkte søket.

Etter en grundig gjennomgang stod det igjen 5 artikler og 3 rapporter som alle beskrev målgruppen opp mot bolig og aktivitetstilbud, i en eller annen form.

1.3. Å leve med alvorlig ROP- lidelse

Brukerplan sin levekårsundersøkelse fra 2018 kartla 5351 personer som kan sies å falle inn under gruppen «alvorlig ROP- lidelse» (Brukerplan, 2018). Begrepet ROP- lidelse brukes om personer som har en samtidig psykisk lidelse og et rusmiddelproblem. Med ruslidelse forstås et behandlingstrengende rusmiddelproblem, i henhold til ROP- retningslinjenes definisjoner. Begrepet ROP-lidelse henger sammen med nivået av funksjonssvikt og ikke alvorlighetsgraden på diagnosen.

Rusmidler kan gi en subjektiv følelse av avslapping og spenningsreduksjon, men svekker også viktige nevrokognitive funksjoner som hukommelse, resoneringsevner og kan redusere kontroll og hemninger. Psykiske skadevirkninger som følger av rusmiddelbruk avhenger av individuell sårbarhet, men noen personer er særlig utsatt for rusmidlenes negative virkninger. I denne gruppen finner vi blant annet schizofreni diagnoser, bipolare lidelser og enkelte

alvorlige personlighetsforstyrrelser. Konsekvensene av rusmisbruk er at det kan gi alvorlige somatiske eller psykiske helseskader. Man skiller mellom skadelig bruk og avhengighetssyndrom. Skadelig bruk omtaler all rusbruk som kan knyttes til helseskade, men det foreligger ikke nødvendigvis et avhengighetssyndrom. Avhengighetssyndrom diagnostiseres når en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener har utviklet seg som en konsekvens av gjentatt stoffbruk. Når ulike psykologiske og biologiske fenomener oppstår som følger av et miljø preget av rusmiddelbruk kalles det en nevroadapsjon, og øker risikoen for å utvikle eller opprettholde et rusmiddelproblem (Helsedirektoratet, 2011). Personer med alvorlige ROP-lidelser ser ut til å ha et høyere rusmiddelbruk enn personer uten ROP- eller mindre alvorlige ROP-lidelser (Brukerplan, 2018).

Som nevnt omtales ROP-lidelser ut fra funksjonssvikt og ikke diagnosen i seg selv. Mange ROP-personer har komplekse og sammensatte helseplager som krever både somatisk og psykisk oppfølging. Dess dårligere funksjonsnivå, dess høyere krav stilles det til fleksibilitet i boligtilbud og fra de ansatte (Frantzen et al., 2012). Over halvparten av personer innenfor tjenesteapparatet som har svært dårlig fungering, er personer med alvorlig ROP- lidelse. De klarer i begrenset eller liten grad å ivareta dagligdagse gjøremål i bolig, butikker og kontakt med det offentlige. De opplever å ha generelt svært lav sosial fungering i alle sammenhenger (Brukerplan, 2018).

Noen ROP-pasienter har vanskeligheter med å skaffe seg eller beholde bolig og enkelte er bostedsløs (Helsedirektoratet, 2011; Wågø et al., 2019). Tall fra brukerplan viser at så mange som 2343 (8%) personer i denne gruppen enten er bostedsløse eller har en bosituasjon som er uegnet. I tillegg kan det være en utfordring å finne egnet lokalisering til boligtiltak for ROP-personer, grunnet stigma og holdninger i samfunnet (Vassenden et al., 2012; Wågø et al., 2019). I flere casestudier ble det pekt på behov for døgnbemannede boliger (Pettersen & Rudningen, 2014). Boliger spesielt tilpasset såkalt hard bruk omtales som forsterkede boliger.

Alvorlige ROP- lidelser medfører ofte en manglende selvinnsikt, og sammen med kognitiv svikt kan det gjøre det vanskelig for brukerne å følge opp et behandlingsprogram eller avtaler. Noen brukere avviser hjelpen som tilbys fra tjenesteapparatet, enten fordi de har dårlige erfaringer fra tidligere, det er uvant med tett oppfølging eller som følger av manglende sykdomsinnsikt (Helsedirektoratet, 2011; Pettersen & Rudningen, 2014).

I noen tilfeller kan alvorlige psykiske lidelser innebære en forhøyet risiko for voldsutøvelse. Risikoen øker betraktelig når rusmidler kommer inn i bildet (Helsedirektoratet, 2011).

Flannery m. fl. (2011) har identifisert flere enkeltstående årsaksforklaringer som kan gi et vurderingsgrunnlag for situasjoner som innebærer økt voldsrisiko. De mest sentrale årsaksforklaringene er akutte psykoser, overdreven sensorisk stimuli, avslag på helsetjenester, negativ holdning hos personalet og generell provokasjon fra andre. Årsaksforklaringene kan være til stede uten at personen nødvendigvis utøver vold av den grunn.

Voldshendelser utløst i psykose assosieres med en historikk av mishandling som barn eller psykopatiske personlighetstrekk. Tre kliniske variabler er assosiert med voldsutøvelse som skjer på et senere tidspunkt; Tidligere voldshistorikk, rusbruklidelser og personlige opplevelser med å være voldsoffer (Flannery et al., 2011). At ROP- personer kan ha en forhøyet voldsrisiko gjør ikke bare ansattes arbeidshverdag utfordrende i perioder, men det kan og være risikofyllt (Otto, 2000).

1.4. Oppsummering og Problemstillingen ble formulert slik:

Som vist til innledningsvis, så kan det å leve med ROP- lidelser medføre store konsekvenser for individet som har lidelsene, men det kan og presentere en risiko for personalet som skal jobbe med dem. Det finnes endel forskning på området, men få studier beskriver hva et verdig tilbud inneholder og få studier omhandler ROP- personer med voldsrisiko. Studien sikter seg mot å innhente kunnskap om hvordan et verdig tilbud kan se ut for målgruppen og hvilke metoder eller virkemidler ansatte knyttet til botiltaket opplever som gode måter å tilnærme seg på.

Problemstillingen ble formulert slik:

Hva er ansattes faglige refleksjoner rundt et godt bolig- og aktivitetstilbud for personer med ROP-lidelser og voldshistorikk, før oppstarten av et boligtiltak?

Fordi formuleringen er så åpen, ble problemstillingen operasjonalisert gjennom tre forskningsspørsmål:

- 1) Hva tenker de ansatte et verdig tilbud består av?
- 2) Hvilke refleksjoner har de ansatte rundt balansen mellom å sørge for et godt tjenestetilbud og deres egen sikkerhet i arbeidshverdagen?
- 3) Hvilken type kunnskap er nødvendig for å arbeide med personer med alvorlig ROP-lidelser og voldsproblematikk? (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2010; Thagaard, 1998)

1.5. Studiens begrensninger

Denne undersøkelsen har begrensninger i at den studerer et lite antall ansatte og ledelse ved et spesifikt, ny-oppstartet botiltak i Rogaland. Med hensyn til boligens størrelse og personvern diskuteres ikke enkeltpersoner som antas å skulle bo i tiltaket, men diskusjonene baserer seg på generelle beskrivelser av erfaringer og oppfatninger. Studien har naturlige begrensninger i at den beskriver overflaten og går for eksempel ikke inn i dybden på hvordan de ansatte tenker å jobbe med faglige metoder ovenfor en spesifikk bruker. Det i sin omgang vil påvirke resultatene, som viser til generell kunnskap om hva som kjennetegner et vellykket botiltak for ROP-personer.

2. Bakgrunnsteori

2.1. Et helhetlig perspektiv på helse

I denne studien skulle forskningsspørsmålet beskrive hvordan et verdig tilbud kan se ut for denne målgruppen. Det ble søkt gjennom litteraturen, først og fremst i regjeringsdokumenter og pensum, etter én helhetlig beskrivelse av hva et *verdige tjenestetilbud* bør eller kan bestå av. Ingen «fullstendige» beskrivelser dukker opp for forskeren. Studien vil ta utgangspunkt i at et verdig tilbud, er en kombinasjon av å inkludere helsetjenestepolitiske føringer, som nasjonale føringer og relevant lovverk og et humanistisk menneskesyn som vokter personen i sentrum og subjektive opplevelser av situasjoner eller hendelser.

Det er en lovfestet rettighet å motta øyeblikkelig hjelp og nødvendige helsetjenester etter kommunens helse- og omsorgstjenestelov. Begrepet verdig tilbud stadfestes som en rettighet i hol § 4-1, 1. ledd, bokstav b (<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§4-1>). Her understrekes det midlertidig at hjelpen som tilbys, skal være forsvarlig. Man kan ikke definere et verdig tilbud uten å ta med rettighetsparagrafene i kommunens helse- og omsorgstjenestelov (Hol) i betraktningen. Først og fremst består et verdig tilbud av tjenestene øyeblikkelig hjelp (jf. hol § 3-5) og deretter nødvendig helsehjelp etter hol § 3-1 (<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§3-1>). Hol § 3-2 beskriver hva kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester og hva de skal inneholde (<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§3-2>). Her listes blant annet *opp sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering* (hol §3-2, nr.5).

Til sist handler et verdig tilbud, fra et lovmessig standpunkt, om brukerens rettigheter til å bli hørt og medvirke i egen sak, etter pasient- og omsorgstjenestelovens § 3-1, andre ledd (<https://lovdata.no>).

Vi kan trekke linjer mellom hol § 3-2, nr. 5 til det humanistiske perspektivet. Humanistiske perspektiver kjennetegnes av et syn på mennesket som rasjonelt, autonomt og potensielt godt. Idet ligger det at vi er selvstendig, tenkende individer med friheten til å handle- med den nødvendige betingelse av å være styrt av fornuft. Humanismen vektlegger et helhetssyn som bygger på at mennesker har tre ulike dimensjoner; Kropp, sjel og ånd. Når behovene er dekket på alle tre områdene, kan man trekke tråder mot god helseomsorg (Barbosa da Silva, Hugaas, Ljungquist, & Norheim, 2006). Et humanistisk perspektiv vil vektlegge elementer som personens opplevelse av mening i hverdagen, håp, fellesskap, handling, aktivitet og legge følelser til grunnlag for et verdig tilbud (Karlsson og Borg).

I ROP- retningslinjene anbefales et helhetlig perspektiv på tilfriskning og det å støtte personens egne ressurser på en slik måte at personen opplever økt livskvalitet. Dette kan enkelt knyttes til et humanistisk perspektiv. Veilederen anbefaler å følge opp med tiltak som fokuserer på organisering av behandlingen, psykoterapeutiske behandlingstiltak og sosialrettede oppfølgingstiltak. Sosialrettede tiltak er ulike tiltak som legger vekt på å trene opp personens ferdigheter, med formål om at de skal bli mer selvstendig og med det øke livskvaliteten. Videre er sosialrettede ferdigheter det som kan beskrives som meningsfulle aktiviteter. Det omfatter alt fra tur og trening, til organiserte aktiviteter i form av kurs, opplæring eller arbeid.

Oppsummer vil studien ta utgangspunkt i at et helhetlig perspektiv på tilfriskning er utgangspunktet for et verdig tilbud, som består av lovfestede rettigheter til akutt- og nødvendig helsehjelp, samt lovfestet rett til brukermedvirkning. At tjenestene videre beskrives som å skulle være *verdige* tolkes ut fra et humanistisk perspektiv, som et tjenesteapparat som vektlegger brukerens rett til autonomi, gjennom å medvirke i rehabiliteringen med bakgrunn i personens egne ferdigheter. Videre utgjør det aktiviteter som enten gir en opplevelse av mening eller økt livskvalitet, at det skal gi mening for brukeren impliserer at medvirkning står sentralt.

2.2. Recovery

ROP- retningslinjenes anbefalinger blir recovery anbefalt som tilnærming til brukere (Helsedirektoratet, 2011). Recovery på individnivå kan beskrives som en dypt personlig reise. Den handler om å endre holdninger og verdier, følelser, målsetninger og roller i livet. Målet er å leve et tilfredsstillende liv på tross av utfordringene som lidelsen gir. Det innebærer å finne en ny mening med livet og å vokse seg sterkere som følger av alt man kommet seg gjennom (Anthony, 1993). Nyere studier beskriver recovery mer som et samspill mellom personens egne prosesser og innsatsen i miljøet rundt som støtter i prosessene (Ness et al., 2014; Slade, 2009). I veilederen for lokalbasert psykisk helse og rusarbeid *sammen om mestring* (2014), beskriver Helsedirektoratet recovery som et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at *bedring er en sosial og personlig prosess*, der målet er å leve et godt og meningsfullt liv, på tross av begrensningene som sykdom kan sette. Myndiggjøring og kontroll over eget liv står sentralt i bedringsprosessene. For noen handler det om å bli frisk, mens for andre handler det om å akseptere at de må leve med utfordringene og tilpasse seg kroniske lidelser (*Sammen om mestring : veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*, 2014).

Forskningen er samstemt i at det finnes noen elementer en recoveryprosess bør inneholde; Erfaringsbasert kunnskap- «jeg er eksperten i eget liv». En annen grunnstein i recovery er personer med brukererfaring. De har helt andre perspektiver på hva som skal til for at brukeren kan oppleve mestring og recovery enn fagpersoner. Til sist handler recovery om å erkjenne at ikke alle mennesker ønsker seg A4- livet og å ha respekt for den enkeltes ønske om å leve marginalisert, vel vitende om at mange mener det ikke er i tråd med sosiale normer. Recovery handler om å skape et godt liv for den enkelte, ikke om fraværet av sykdom (Karlsson & Borg, 2017; Ness et al., 2014; Slade et al., 2014).

Recovery har et humanistisk menneskesyn som aktualiserer autonomi og frihet først og fremst. I autonomibegrepet ligger det implisitt at personen er i stand til å ta vare på seg selv og fremstår med verdighet og selvrespekt. Retten til frihet forutsetter ansvar og medansvar; personen må fremstå tilstedeværende og være i stand til å utvise respekt og omtanke. Innen en humanistisk recoveryorientering forsøker man å etablere begrepene *samvær*, *samhandling* og *samarbeidende praksiser* (Karlsson & Borg, 2017). Denne måten å tilnærme seg recovery, innebærer at personen selv må ta initiativet og kontrollen over sitt eget liv, der ansatte sin oppgave blir å tilrettelegge forholdene og miljøet rundt. De skal skape gode forutsetninger for

recovery (Ness et al., 2014; Slade et al., 2014). Innen recoveryfilosofien står meningsfulle aktiviteter sentralt. Det å ha en form for arbeid, trening, interesser å fylle dagene med eller venner å besøke blir beskrevet som viktig. Å gjøre hverdagslige aktiviteter i et ordinært miljø er et av områdene som ser ut til å fremme recovery hos brukerne. Alle har ulikt utgangspunkt og for noen vil det være viktig med aktiviteter som gir tilbake til samfunnet og som styrker deres posisjon i samfunnet. For andre vil det være stor hjelp om ansatte bidrar til å holde kontroll på hverdagslige gjøremål, fordi det kan gi en form for stabilitet i hverdagen. Recovery snur på det tradisjonelle synet på brukeren som en utfordring for systemet og retter heller fokuset på at det er personen som må leve med lidelsene som har utfordringene (Ness et al., 2014). ROP- retningslinjenes definerte mål for oppfølgingstiltak manifesteres gjennom anbefaling nr. 37 som sier at «Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvalitet bedres» (Helsedirektoratet, 2011, p. 72).

3. Kvalitativ metode

I kappen redegjøres det for de metodiske valgene som er tatt og avveiningene som ble gjort i prosessen med å utvikle studien. Formålet med denne kvalitative studien er å studere ansattes refleksjoner og perspektiver på hva et kommunalt tjenestetilbud for personer med ROP-lidelser og voldsproblematikk bør inneholde. Studien retter seg mot hvilke kunnskaper og virkemidler som er nødvendig for å kunne tilby et *verdig tilbud*, med tjenester som *virker*.

En kvalitativ undersøkelse søker etter kunnskap gjennom nyanserte beskrivelser fra informanternes livsverden. I motsetning til kvantitativ forskning som søker etter konkrete målinger, søker kvalitativ forskning etter presise beskrivelser og logisk meningsfortolkning. Datainnsamlingen ble gjennomført som 2 fokusgruppeintervjuer der ansatte delte refleksjoner og meninger rundt ulike tema knyttet opp til boligtiltaket (Kvale & Brinkmann, 2009). Videre inneholder det metodiske kapitlet beskrivelser av rekruttering, utvalg og beskrivelser av intervjuguide. Studien ble forankret i og både fenomenologien og hermeneutikken, og datamaterialet ble analysert gjennom å følge Tjora sin «stegvis deduktiv-induktiv» (SDI) tilnærming til teksten. SDI- modellen har nysgjerrigheten som utgangspunkt, med mål om en generaliserbar forståelse (Tjora, 2012). Til sist gjennomgås etiske overveininger og forskerens forforståelse i det metodiske kapitlet.

3.1. Vitenskapsteoretisk Perspektiv

Et vitenskapsteoretisk perspektiv sier noe om formålet med den vitenskapelige studien og definerer noen vitenskapelig kvalitetskrav. Videre forteller den noe om hvilken filosofisk gren perspektivet er forankret i (Johannessen et al., 2010). Med bakgrunn i studiens problemstilling og forskningsspørsmål ble det valgt et humanistisk perspektiv, fordi det vektlegger kvaliteter i mennesker som selvrefleksjon, opplevelse av mening, verdier, håp, fellesskap og handling, aktivitet og følelser. Det passer godt med å studere et sosialt fenomen som *hvordan et botiltak kan tilrettelegge innholdet i tjenestene sine, på en måte som gjør at brukerne opplever økt livskvalitet og stimulerer til å delta i eget liv* (Karlsson & Borg, 2017). Det humanistiske perspektivet springer ut fra en hermeneutisk- fenomenologisk tilnærming, der mennesket ansees som et fullstendig og kulturelt individ der kropp, sjel og ånd er i samspill (Karlsson & Borg, 2017).

Fenomenologi innen kvalitativt design innebærer å beskrive menneskers erfaringer, sett i lyset av den sammenhengen den forekommer innenfor. Deltakernes refleksjoner og beskrivelser av erfaringer med å arbeide med målgruppen i et botiltak, danner grunnlaget for datainnsamling (Johannessen et al., 2010). Hermeneutikk er læren om fortolkning. En hermeneutisk forståelsesramme ble valgt fordi formålet er å forstå hva et verdig tilbud inneholder.

Perspektivet egnet seg for å studere sosiale fenomener og ved å fortolke ansattes diskusjoner, var formålet å komme nærmere en forståelse av hvordan innholdet i et tjenestetilbud kan se ut for en alvorlig ROP- syk person (Polit & Beck, 2012). Ved å undersøke deler av innholdet i teksten, er meningen at det skal utvikles en dypere forståelse av hva teksten handler om. For hver gang denne prosessen ble gjentatt i denne studien, oppstod en bedre forståelse av alle de ulike elementene som et kommunalt botiltak inneholder, kunnskap om hvordan ansatte kan støtte ROP- personens ressurser og samtidig opprettholde sin egen sikkerhet. Denne metoden å tilnærme seg kunnskap på, omtales som den hermeneutiske spiral, der kunnskap oppstår som en vekselvirkning mellom helhet og delen av. For hver del som undersøkes opp mot helheten oppstår det ny kunnskap og spiraleffekten som oppstår bidrar til økt forståelse av fenomenet.

For å motvirke egen forforståelse og vise til objektivitet i resultatene ble de presentert som en kombinasjon av forskerens fortolkninger og utdrag fra teksten i kapittel 6 i masteroppgaven (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.2. Innsamling av data: Fokusgruppe

For å besvare forskningsspørsmålet på en god og effektiv måte, ble datainnsamlingen gjort ved å gjennomføre 2 mini-fokusgrupper. Fokusgrupper består oftest av mellom 4-8 deltakere (Jenny, 1995). Av Tjora (2020) beskrives fokusgrupper med 3-4 deltakere som «mini-fokusgrupper». Informantene var alle utdannet- og hadde erfaring innenfor rus og psykisk helsearbeid og utgjorde teamet som skulle starte opp botiltaket. Yrkesgruppene som var representert var sykepleier, vernepleier, ergoterapeut, det var en brukerrepresentant og samt deltakere fra ledelsesnivå. De hadde gode forutsetninger for å kunne snakke uttømmende om temaene og det ble derfor ansett som positivt at gruppen ikke var større (Tjora, 2012). Formålet med å bruke fokusgruppe var at informantene skulle utveksle anekdoter, stille spørsmål og kommentere eller spille videre på de andre informantenes utsagn og erfaringer. Ved å invitere de ansatte til å diskutere seg imellom ville det være mulig å undersøke hva de ansatte som en gruppe mente om de ulike temaene, hvilke oppfatninger de hadde og hvorfor de mente det de mente (Jenny, 1995).

I fokusgrupper benyttes moderator istedenfor intervjuer. Moderator sin rolle er hovedsakelig å styre ordet, ta notater fra diskusjonen underveis og sørge for at alle er med i diskusjonen. I denne studien fungerte veileder som assisterende moderator og bidro til å holde diskusjonene i gang med ulike innspill og refleksjoner, mens moderator tok notater og fulgte med på at diskusjonstemaene var egnet til å besvare forskningsspørsmålet (Tjora, 2012).

Intervjusettingen var bygget opp i tre faser. I første fase ble det gjennomført en hilserunde, der alle presenterte seg selv og sin utdannelse og rolle i boligtiltaket. Etter å ha introdusert temaene og informert om lydopptak, starter diskusjonen med et åpent spørsmål; «*Hvilke vurderingsgrunnlag som blir brukt i utformingen av et tjenestetilbud*». Spørsmålet ble formulert så åpent med tanke på å få deltakerne til å prate om det første som kom i tankene og for å få i gang diskusjon. Ved begge fokusgruppene kjenner informantene til hverandre fra tidligere, så stemningen så ut til å bli komfortabel raskt. Diskusjonen gikk inn i andre fase i fokusgruppe 1, og de ansatte skulle diskutere mest mulig fritt hva de opplever som nødvendig for at tjenestene «skal virke». Herunder hvilket forhold deltakerne har til recoveryorientering og hva de tenker må til for at det kan fungere for brukergruppen, hvordan de synes et godt utformet boligtilbud består av, hvilke faglige tilnærminger de ansatte har erfaring med og hva de tenker om å forholde seg til voldsrisiko. Fokusgruppe 2 var en forlengelse av deltakernes

egne refleksjoner og temaområdene som ble satt for diskusjonene baserte seg på hvordan man kunne forebygge voldsrisiko med de ressursene som er tilgjengelige for botiltaket, hvilke instanser som var de viktigste samarbeidspartnerne og hvorfor, hvilke refleksjoner deltakerne hadde rundt HCR-20 og begrensninger i forhold til tjenestetilbud i kommune. Siste tema som ble tatt opp var hvordan lovverket påvirket brukerne og de ansatte i sin utførelse av arbeidet.

Som ved forrige fokusgruppe opplevdes informantene komfortable med å snakke fritt eller komme med andre perspektiver i diskusjonen (Thagaard, 1998). Det som opplevdes som en stor fordel, var at det var mange ulike fagprofesjoner i diskusjonene, særlig i fokusgruppe 1. Det oppleves som positivt at utvalget bestod av ulike profesjoner fordi det ga flere ulike perspektiver inn i diskusjonen og fagpersonene bidro til å løfte frem temaene som var viktige for dem, ut fra deres faglige perspektiver (Powell & Single, 1996).

Fokusgruppe ble en god tilnærming til forskningsspørsmålet fordi de ansatte fokuserte på det som opplevdes viktig for dem, innenfor tema (Powell & Single, 1996). Den induktive tilnærmingen til forskningsspørsmålet ble opprettholdt, ved å skape tema ut av informantenes valgte tema i fokusgruppe 2. Videre ble datasettene analysert og hovedkategoriene til kodene oppstod i datamaterialet fra første fokusgruppe (Tjora, 2012).

3.3. Rekruttering

Kontaktinformasjon til boligiltakets prosjektleder ble formildet via veileder, som allerede har opprettet samarbeid i forbindelse med ROP- prosjektet til Stavanger kommune.

For å rekruttere informanter ble det sendt en forespørsel til prosjektleder på e-post. Hun oppsøkte de som var aktuelle for å delta i undersøkelsen og forsker mottok en liste med mailadresser til de som sa seg villig til å delta (Thagaard, 1998). Det ble utformet et informasjonsskriv sammen med en samtykkeerklæring, hentet ut fra NSD.no (Vedlegg nr. 4). Deltakerne fikk informasjon om studiens innhold og formål, samt kontaktinformasjon hvis de hadde spørsmål. Informasjon om frivillighet, mulighet til å trekke seg etter samtykke, samt taushetsplikt ble informert om i samtykkeerklæringen som deltakerne signerte og sendte tilbake før intervjuene fant sted (Tjora, 2012).

3.4. Utvalg

Utvalget var strategisk sammensatt av deltakere som har både kjennskap- og tilknytning til bolig- og tjenesteprojektet. Som nevnt, innehold fokusgruppen 4 informanter per intervju. To av informantene deltok i begge fokusgruppene. De ble rekruttert både på prosjekt- og ledelsesnivå og fra førstelinjen (Tjora, 2012). Alle som deltok hadde en form for sterk tilknytning til prosjektet, enten ved at de hadde vært med å utforme bolig- og tjenestetilbudet eller de skulle arbeide i boligtiltaket og med brukerne. Det var 4 deltakere per fokusgruppe. Størrelsen på utvalget ble naturlig begrenset siden det var ansatte ved ett spesifikt botiltak sine refleksjoner som skulle undersøkes.

3.5. Intervjuguide

Intervjuguiden ble utformet fra sentrale tema i studien, basert på litteratursøk til prosjektplan; Bolig, Meningsfull aktivitet, risiko for vold ovenfor ansatte og recovery basert arbeid. Det ble utviklet 2-4 åpne spørsmål under hvert tema (vedlegg 1). Informantene skulle reflektere rundt tema som var viktige for dem og på den måten styrte de innholdet i samtalen (Thagaard, 1998). Semi- strukturert intervjuguide passer til å undersøke informantenes oppfatninger, erfaringer og refleksjoner rundt et godt tjeneste- boligtiltak, som både støtter personens egne ressurser og samtidig ivaretar ansattes sikkerhet (Kallio, Pietilä, Johnson, & Kangasniemi, 2016).

Basert på hva tidligere forskning sier om viktige tjenester for målgruppen og kjente utfordringer relatert til bolig, aktivitet og voldsrisiko ble de utviklet spørsmål relatert til; Bolig (utforming og tjenesteinnhold), Voldsrisiko, hva de ansatte tenker rundt det å «støtte personens egne ressurser» (anb. Nr. 37, henstilt mot meningsfull aktivitet og ADL (Activities of daily living)) og hva de ansatte mener hemmer dem i arbeidet, herunder refleksjoner rundt virkemidler eller løsningsforslag de måtte ha (lovverk, kunnskap, samarbeid mellom instanser). Ut fra tema i første intervjuguide, ble intervjuguiden til fokusgruppe to utviklet (vedlegg 2) (Thagaard, 1998). Datasettet fra fokusgruppe én ble kodet først. Ut fra kodene som oppstod her ble intervjuguiden til fokusgruppe to utviklet og temaene handlet om samarbeidspartnere knyttet til botiltaket, voldsrisiko og HCR-20, lovverket og miljøterapeutisk tilnærming til brukere i tyngre sykdomsperioder.

Siden moderator ikke har samme mulighet til å samspille eller gå inn i dypere meningsutvekslinger i en fokusgruppe ble det lagt ekstra vekt på formulering i intervjuguiden. Under hvert spørsmål ble det notert underspørsmål eller stikkord, for å sikre flyt i diskusjonene, oppklare spørsmål eller styre samtalen inn på rett spor (Powell & Single, 1996). Strategien ga moderatorene en mulighet til å både styre diskusjonene mot forskningsspørsmålet, hente ut mer konkret informasjon og å få mer driv i samtalen hvis det ble litt stille og i en periode (Thagaard, 1998).

4. Analyse: SDI- metoden

Fokusgruppeintervjuene ble kodet i to ulike enheter. Arbeidet med analyse startet med å transkribere begge fokusgruppeintervjuene i Word. Intervjuene ble transkribert ordrett og i sin helhet, inkludert pauser og tenkelyder, som hmm eller ehhh, fordi de gir et inntrykk av hvilken måte deltakerne snakker om tema. Fordi intervjuene måtte foregå over videooverføring og samtalene ble tatt opp på bånd, mistet man muligheten til å tolke non-verbalt språk. Det ble et ledd i å utvise transparens, gjennom å utelate minst mulig fra intervjusettingen (Graneheim & Lundman, 2004).

I denne prosessen støtter studien seg på Tjoras (2020) stegvis deduktiv- induktive metode (SDI) og Graneheim og Lundmans (2004) artikkel om innholdsanalyse i tilnærmingen til datamaterialet. Et vesentlig premiss i SDI- metoden er «induktivt drevet nysgjerrighet» (Tjora, 2012). SDI- metoden jobber stegvis fra rådata til konsepter eller teorier. Tjora (2012) beskriver metoden som en oppadgående prosess, som arbeider seg fra rådata til teori eller konsepter. Prosessen kvalitetssikres gjennom kodetester som blir beskrevet underveis i analysen, men prinsippet for kvalitetssikringen er det deduktive premisset om tilbakeføring, fra teori til rådata, for å undersøke om tema fortsatt er logisk plassert i kategorien eller om man trenger mer informasjon fra kodesettet (Tjora, 2012).

SDI- metoden genererer et stort antall koder og for å holde oversikt over analysen, ble softwareprogrammet *Nvivo* (Nvivo, 2021) ble brukt for å organisere kodegruppene i datasettene. Kodene ble utviklet i tre nivåer.

4.1. Analyseprosess

Ekstrahering av essens fra datamaterialet. Første kodenivå dreide seg som å fange opp hvilke tema deltakerne snakker om. Kodene besto av lengre tekstutdrag fra intervjuene, der

informantene snakket om spesielle tema som opptok dem. Tekstutdragene ble lange nok til at man får en forståelse av tema. Studiens problemstilling har flere aspekter ved seg, og inneholdt ulike analyseenheter eller kodeenheter; Innholdet i et kommunalt tjenestetilbud, sikkerhet i bolig og voldsrisiko, ansattes opplevelse av trygghet og lovverket. På forhånd ble det bestemt at alle tema som oppstod under intervjuet skulle kodes på lik linje; I nesterunde ble det undersøkt om temaene hadde direkte relevans til studiens utgangspunkt eller om det var gjenstand for videre oppfølging på et senere tidspunkt. Det ble og på forhånd tatt en beslutning om å fokusere på det latente innholdet i teksten. Det er en mer fortolkende tilnærming til å analysere tekst, og latent innhold forsøker å si noe om de underliggende meningene. For eksempel ble en diskusjon rundt kursing i voldsrisiko fortolket som at *ledelsen har fokus på ansatte sikkerhet og forebyggende arbeid*. Ved første gjennomlesning av materialet kom det frem innhold som var klart manifest, som handlet om faglige metoder og konkrete beskrivelser av et fenomen. For eksempel kom det frem endel manifest innhold når deltakerne fortalte om hvilke tiltak som er gjort for å forsterke boligen (Graneheim & Lundman, 2004).

Fokusgruppeintervjuene ble transkribert og kodet ved to separate anledninger, fordi fokusgruppe 2 ble utviklet fra tema i første fokusgruppe (omtales videre som datasett 1 og 2). Første fasen handlet om å skaffe en overordnet oversikt over hovedtemaene i undersøkelsen. Det ble utviklet koder ut fra kodesett 1 i første omgang. Deretter supplerte datasett 2 på tema som allerede var opprettet, eller det ble opprettet nye koder når det var nødvendig. Etter første koding var det generert 149 ulike koder, ved gjennomlesning ble det klart at det ble et for stort antall koder som lignet mye på hverandre. Man endte opp med å miste essensen i det latente innholdet. En utfordring var at mange av temaene som oppstod er tett knyttet til hverandre, noe som gjorde det utfordrende å skille tema eller få deltakerne til å holde seg strengt til ett tema av gangen. Et eksempel på dette var tema *samarbeid*, som kom opp under mange diskusjoner. Beslutningen falt på at dette måtte være et selvstendig tema, fordi deltakerne snakket om samarbeid som noe som skjedde på systemnivå og som en forutsetning for å kunne levere gode og trygge tjenester.

En såpass tallrik førstekoding er i tråd med SDI- metoden fordi den bidro til en strengere nedenfra- og -opp analyse. Hensikten med en tallrik førstekoding var å undersøke alle temaene hver for seg, for å få en overordnet forståelse av hva deltakerne snakket om, ikke bare konkret hva de sa. At kodene var empirinære sikret det induktive i analysen, fordi kodene

ble skapt ut fra deltakernes utsagn. Ved å gjenta denne prosessen og samtidig gå tilbake til de transkriberte fokusgruppene, var dette en metode for å sikre induksjon (Tjora, 2012).

Reduksjon av materialets volum gjennom underkoder. Her ble antall koder redusert ved å utvikle underkoder som fanget opp ulike perspektiver rundt temaene. (Tjora, 2012). I fase to ble det bestemt at kodene skulle ha lengre utdrag fra tekst, slik at de meningsbærende enhetene ble sett i lys av konteksten på diskusjonen. Det ga mulighet til å gruppere koder med tematisk sammenheng inn i færre, men større kodegrupper. Det innebar i neste omgang å kunne kutte ut flere koder, fordi kodegruppene som oppstod, staket ut retningen til studien. Det medførte at noen tekstutdrag overlapper hverandre i første kode, men skilles ut gjennom de meningsbærende enhetene – undertema, ved neste sortering. Temaene fikk kodenavn som ble utviklet av fraser eller uttrykk i teksten. Både for å beholde det empirinære, men og for å lettere huske innholdet i kodene. I fase to ble materialet redusert ned til 7 hovedkoder, med totalt 11 undertema. Reduksjon av materialet var viktig både for å finne tilbake til *hva det var deltakerne virkelig snakket om*, men og for å kunne legge til rette for idégenerering i neste fase. Siste steg var å sikre kodene faktisk var empirinære og det foretatt en kodetest. Formålet med testen er å sikre induksjon, ved å sitte igjen med et kodesett som bare kunne vært utviklet gjennom empirien og ikke på forhånd, og som presist gjengir detaljer fra den empiriske dataen (Tjora, 2012). Til slutt ble det laget oppsummeringer av hovedinnholdet i alle kategorier og underkategorier og beskrivelser som besvarte forskningsspørsmålet ble spesielt vektlagt.

3) Idégenerering ut fra detaljene som oppstår fra datasettet

Underveis i analysen har veileder hatt tilgang på koder og funnene har blitt diskutert gjennom hele prosessen. Ut fra datasettet ble det i tredje steg utviklet 4 kategorier; Faglige tilnærminger og metoder, Sikkerhet og voldsrisiko, system og kommunalt tjenesteapparat. Under disse kategoriene ble det utviklet tema som var relatert.

5. Forforståelse

Som forsker er forforståelsen viktig å redegjøre for ovenfor de som ønsker å lese, for å kunne vurdere kvaliteten på studien. Samtidig er det viktige erkjennelser ovenfor seg selv, da forforståelsen kan påvirke studien på flere måter. Dette kapitlet vil bli skrevet med personlig form fordi refleksjonene handler om mine personlige verdier og skal bevisstgjøre meg som forsker, rundt egne tanker og holdninger. Ved å skrive ut forforståelsen bevisstgjøres man på

nettopp egne verdier, tanker og holdninger, og på den måten kan bli oppmerksom på at de ikke skal farge fortolkningene som forsker som søker etter kunnskap (Thagaard, 1998).

Jeg arbeider i dag på en sikkerhetspost på sykehuset og pasientgruppen fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter phvl. § 3-3 eller er overført på dom. Det er mange likhetstrekk med målgruppen hos botiltaket og det kan farge min oppfattelse av studiens tema. Jeg møter målgruppen på sitt aller sykeste og farligste. Min opplevelse av hvordan pasientene opplever sin egen psykose, er enorm redsel og frustrasjon, men fremfor alt ute av stand til å ivareta seg selv eller andre. Når de er stabiliserte og medisinerte drar de. Det kan innebære at min forforståelse preges av tanker i retning av samfunnsvern og stabile sykdomsforløp heller enn autonomi. Tilnærmingen til pasienter på avdelingen er klart handling- konsekvensrettet fordi det å opparbeide tillitt til samfunnet er en stor del av behandlingstilnærmingen.

Et annet aspekt ved min forforståelse er at mange av våre pasienter forblir «svingdør-pasienter». Min opplevelse er at med hjelp av institusjonens rammer klarer de å holde seg rusfrie og ta kontroll over egen atferd. Spesialisthelsetjenesten har en helt annen maktbalanse og kontroll i møte med sine pasienter, gjennom adekvat medisinering og manglende tilgang på illegale rusmidler. Når vilkårene for tvang ikke lenger kan sies å være oppfylt overtar gjerne kommune og oppfølgingsteam pasienten. Som et resultat av det kommer flere pasienter i retur, fordi rammene og kontrollen ikke lenger er til stede og de får tilbake autonomi i eget liv. Det har resultert i nye voldsepisoder eller trusler eller de kommer tilbake til oss med et større psykisk lidelsestrykk enn forrige gang. Jeg har opplevd å se noen av dem litt mer kognitivt svekket enn forrige gang, ofte på permanent basis. Dette gjør noe med hvordan jeg forstår og føler rundt begrepet autonomi og selvbestemmelse.

Jeg tenker at begrepet autonomi er ganske stort for meg og det blir viktig å forholde seg bevisst og kritisk til egne oppfatninger under arbeidet med analysen (Thagaard, 1998). Ved noen tilfeller opplever jeg det som mer moralsk rett å gripe inn på et tidligere tidspunkt, før sykdommen(e) opptar hele personens «kropp og sjel». Jeg tror nok personlig mer på skadebegrensning på vegne av enkeltperson og samfunn fremfor retten til å bestemme over eget liv. Som forsker ligger det et ansvar på å ikke prosjektere sine personlige følelser og oppfatninger av hva som er god livskvalitet, over på mennesker som strever med helt andre oppfatninger og utfordringer enn hva som er «normalen» i samfunnet (Thagaard, 1998).

6. Forskningsetiske vurderinger

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Vedlegg nr. 3) og er gjennomført i tråd med gjeldende godkjenning og lovverk for forskning. Innen etiske vurderinger er det særlig tre typer hensyn man bør ta; Retten til selvbestemmelse, respekt for privatliv og å unngå skade. Alle deltakerne kunne på ethvert tidspunkt trekke seg fra studien også etter deltakelse. Før intervjuene startet ble det sendt ut et informasjonsskriv til alle deltakerne der de ble informert om innholdet i- og formålet med studien. Videre signerte samtlige deltakere under på en samtykkeerklæring som gikk ut på personvern og deltakelse i studien (vedlegg nr. 4). Studiens utgangspunkt tilsa at det var minimal *risiko for skade*.

Fenomenet som skulle studeres ikke var av sensitiv art og det var ikke nærliggende å anta at tematikk av særlig følsom eller- avslørende karakter skulle oppstå. Fordi intervjuene skulle tas opp på bånd og deltakerne kunne identifiseres gjennom lyd og bilde, ble alle deltakerne informert ved intervjuets oppstart, i tillegg til å signere samtykkeerklæringen. Videre var det ingenting som skulle tilsi at det ville være andre former for konsekvenser ved deltakelse i studien (Johannessen et al., 2010).

Under transkribering og arbeider med tekst var informantenes identitet skjult ved å kun benytte forbokstaven på deltakerne. Navn, kontaktinformasjon, lydfiler og opptak ble lagret på anvist område på Universitetet i Stavanger sin forskningsserver. Alt skriftlig materiell i forbindelse med analysen har vært oppbevart nedlåst og ble senere slettet og makulert etter prosjektets slutt (Thagaard, 1998).

7. Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene fra studien. Formålet har vært å få økt kunnskap om hva ansatte tenker er viktig i utformingen av et nyoppstartet kommunalt bolig- og aktivitetstilbud. Hva innebærer det at tjenestene er «verdige» og hvordan kan de ansatte tilrettelegge for økt livskvalitet for brukerne. Ved å følge SDI- metoden systematisk gjennom analyseprosessen, ble det utviklet 4 ulike kategorier med 11 tilhørende underkategorier.

Kategorier	Underkategorier/ Tema
Faglige metoder og tilnærminger	- <i>Hva trenger beboerne fra oss? Tett og helhetlig oppfølging</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Støtte personens egne ressurser</i> - <i>Recovery</i> - <i>Stigma</i>
Det kommunale tjenesteapparatet	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Opprette et godt samarbeid rundt botiltaket: spesialisthelsetjenesten</i> - <i>Fokus på å bygge et stødig team</i> - <i>Fleksibilitet</i>
Sikkerhet og voldsrisiko	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Sikkerhetstiltak i bolig</i> - <i>Faktisk ikke engang ønsket i Bergelandsgata</i> - <i>Voldsrisiko: «Vi vil ha kompetansen»</i> - <i>Voldsrisiko: definerer innholdet i tjenestene</i>
Lovverk	<ul style="list-style-type: none"> - <i>En gruppe som taper på endringene i 2017</i> - <i>Hemmer på mange måter</i> - <i>Funksjon foran diagnose i samtykkespørsmål</i> - <i>Ressursene må følge brukeren</i>

7.1. Det kommunale tjenesteapparatet: *Utvikle gode samarbeidsrelasjoner, økt kunnskap innen HCR-20 og utvikle et stødig team*

Kategorien handler om hvilke egenskaper ved personalgruppen som gjør dem til et stødig team, hvilke samarbeidspartnere som er viktige for botiltaket- både i forbindelse med ivaretagelse av somatisk helse, men og rettet mot meningsfull aktivitet. Til slutt presenteres botiltakets viktigste samarbeidspartner, spesialisthelsetjenesten.

7.1.1. Fokus på å bygge et stødig team og samarbeide

«Jeg tenker vi skal passe på at vi skal være et stødig team og at vi har fokus på samarbeid. Jeg tenker det er ganske grunnleggende» - refleksjoner rundt hva som kan gjøre at de ansatte føler seg trygge på jobb

Studien indikerer at det å skape et trygt og godt team handler om å ha en god relasjon innad i gruppen, stille opp i krisesituasjoner og ta godt vare på hverandre eller enkeltkollegaer i etterkant av en hendelse. Det å ha et godt arbeidsmiljø som er basert på tillit, oppleves forebyggende for voldsrisiko og funnene i studien indikerer at det er en forutsetning for at ansatte skal føle seg trygge på jobb og å skape et godt miljø rundt brukerne. En deltaker peker på at det er noe relasjonelt i det å føle seg trygg. Oppleves ansatte som trygge og stødige, vil det forhåpentligvis speiles over til brukerne og gjøre at de også føler seg tryggere rundt de ansatte.

«Jeg tenker jo at hvis vi er trygge, så føles det og tryggere for beboerne. Det er jo litt det med speiling» - Refleksjoner rundt om hvorfor det er viktig å være et stødig team.

Det som får deltakerne til å føle seg trygge på jobb, er at de føler at de arbeider med trygge og kompetente kolleger. Ifølge studien er det noen spesifikke kriterier som gjelder for atferd og sammensetning i en god personalgruppe; God og åpen kommunikasjon – verbal og non-verbalt, visshet om at man har kollegastøtte i en eventuell krisesituasjon og at de ansatte har endel kunnskap og erfaring med gruppen fra før. Det at ulike aldersgrupper er representert i personalgruppen og ikke alt for ung personalsammensetning blir og trukket frem som et viktig element.

«Det som vil gjøre meg trygg å jobbe i et miljø med voldsrisiko, er at jeg føler jeg jobber med trygge og kompetente kolleger som jeg kjenner godt og som jeg kan kommunisere god med, både verbalt og non-verbalt. Og som jeg vet ville stått der med meg i en alarmsituasjon- eller en ubehagelig situasjon.»

En leder peker på at det å være et godt team- medlem, handler om å forstå seg selv og hvordan man påvirker miljøet rundt seg. Hun kaller det å kjenne sine egne styrker og svakheter i samhandling med andre mennesker. *«Hva er det som trigger meg i en situasjon- og hva kan jeg gjøre for å unngå å trigge andre og hva er mine egne sårbarheter og triggere?»*

Funnene viser at for å skape et trygt og godt team er man nødt til å kjenne hverandre og ha fokus på et godt arbeidsmiljø. En deltaker påpeker at det skal være lav terskel for å snakke om utfordringer innad i teamet og at ansatte som er mer sårbare for spesielle situasjoner må ivaretas. Det skal være lav terskel for å overføre fra teamet dersom man ikke føler seg trygg.

«Når vi kommer opp i potensielt farlige situasjoner eller det har vært utagering, så setter vi oss sammen alle sammen, og vi gir oss ikke før vi er fornøyd. Hvis det har vært rettet mot en spesifikk, så blir den veldig ivaretatt av hele kollegagruppen»

Særlig i lys av at botiltaket er ny-oppstartet, viser funnene til at deltakerne har forventninger til at det er fokus på kompetanse og utvikling. De tar det som en forutsetning at de får den kompetansen som er nødvendig for å føle seg trygge og kompetente til å forebygge og håndtere en risikosituasjon. Funnen tilsier at det oppleves viktig for ansatte å ha løpende diskusjoner rundt tema vold; *At man har noen former for diskusjoner eller kursing.*

«Jeg for min del, så var det at dette var nytt – det var et samarbeidsprosjekt og da tenker jeg jo at det vil være fokus på kompetanse og utvikling. I forhold til fag og teori, men og i forhold til opplæring i MAP» - Tanker ansatte har gjort seg om å arbeide med voldsrisiko

7.1.2. Samarbeid

Å samarbeide handler om å bygge et tettere nettverk rundt den enkelte brukeren. Studien indikerer at mye av samarbeidet er knyttet til forebyggende arbeid. For eksempel har botiltaket et ønske om å samarbeide med NAV og politi. Funnene indikerer at det å opprette samarbeidsavtaler og å ha faste kontaktpersoner som kjenner gruppen, kan være en løsning på enkelte samarbeidsproblemer. Samarbeid var det stikkordet som gikk igjen i alle kategoriene. Videre indikerer resultatene at samarbeid påvirker alle aspekter ved botiltaket, fra miljøterapien og innholdet i tjenestetilbudet, til samarbeid for å forebygge- eller tilrettelegge rundt innleggelse. Studien peker mot at et godt samarbeid har grunnlaget sitt i nok kunnskap om lovverk og at instansene har innsikt i hverandres virkeområder og at kunnskap om voldsrisikovurderinger viktig. Funnene peker på at samarbeid som underkategori bør forstås som planmessigheten og de praktiske løsninger i samarbeidet – «Hvordan få til å samarbeide».

7.1.3. Spesialisthelsetjenesten

Studien viser at spesialisthelsetjenesten blir ansett som den viktigste samarbeidspartneren. Funnene indikerer at de viktigste samarbeidsområdene dreier seg rundt voldsriskovurderinger og opplæring i HCR-20 ute i kommunen, raskere vei til innleggelse og at brukeren blir innlagt på samme avdelingen.

Studien viser til at samtlige deltakere har erfaringer med et vanskelig samarbeid rundt innleggelse av brukere i spesialisthelsetjenesten. De trekker blant annet frem mangel på- eller dårlig kommunikasjon som en hovedårsak. Andre årsaker kan handle om at de ulike instansene ikke har god nok kunnskap om hverandres virkeområder.

En deltaker trekker frem at til og med halvannenlinje- tjenesten har utfordringer med samarbeid opp mot spesialisthelsetjenesten. Han trekker frem samtykkekompetanse som en annen årsak til at det er vanskelig å samarbeide.

«Til og med vi har store problemer med å samarbeide med psyk, for det er samtykkekompetanse som blir vurdert og lite annet»

At det er to ulike lovverk gjør det vanskelig å vite hvem som har lov til hva. Her viser funnene først og fremst til kommunikasjon mellom instanser som utfordrende. Deltakerne tror at det å ha en viss innsikt i hverandres lovverk ville bedret samarbeidet, fordi man plutselig har litt mer kjennskap til hva den andre kan og ikke kan gjøre. *Vi sier jo noe om at vi vil ha et forpliktende samarbeid. Og da bør de ulike instansene kjenne til hverandre.* Andre årsaker tilskrives at instansene oppleves delt og fragmentert. Deltakerne beskriver to instanser som skyver ansvarsoppgaver over på hverandre. *«De sitter på hver sin tue og bare neineinei, dette gjør vi også får noen gjøre det andre».* Videre viser funnene at det er en kollektiv opplevelse av å bli møtt med *«ingen vet her og ingen vet der».*

Funnene viser at det å få innsikt og opplæring hverandres virkeområder og lovhjemler kan gi en forståelse av hvilke rammer de ulike jobber under. *Hvertfall sånn at vi vet våre lover og regler da, at de vet hvordan vi jobber og hva vi har lov til. Og det fremkommer jo og at de kanskje ikke vet like mye hva vi har lov til og vi vet ikke hva de har lov til.* Det å ha samme opplæring her, oppleves å gi en bedre felles forståelse av problemene. Det kan hende at det vil bli lettere for kommunen å bli tatt på alvor når de kontakter spesialisthelsetjenesten, hvis de deler et felles språk om tema.

«Jo mer felles språk vi har med spesialisthelsetjenesten, jo lettere er det å forstå hverandre og det er lettere å samarbeide og jo lettere er det å bli tatt på alvor når kommunen ringer til spesialisthelsetjenesten og ber om hjelp».

Det er en utfordring at personer med alvorlige ROP-lidelser oftere blir re-innlagt enn andre brukergrupper. Deltakerne anser det som utfordrende for et godt samarbeid at brukerne blir innlagt på ulike avdelinger, med nye personer som ikke kjenner til brukeren og deres historie. De ønsker seg en «rød tråd» mellom de ulike oppholdsstedene for brukeren, slik at særlig bruker får mer flyt i behandlingssituasjonen sin. Deltakerne poengterer hvor viktig en relasjon er for god miljøterapi og behandling. De ønsker seg derfor en fast avdeling der brukerne blir innlagt- *en slags moderpost*. Det kan oppleves tryggere for bruker å bli møtt av kjent personal ved innleggelse. Trygghet kan igjen være positivt for å dempe voldsrisiko. I denne studien blir det trukket frem at en fast kontaktperson knyttet til målgruppen, kan forbedre samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste fordi de vil opparbeide seg god kjennskap til både brukerne og hva slags type botiltak dette er.

«At det er en «breiere gang» - en kortere vei inn til stabilisering og medisinerings på psykiatrisk når brukerne blir dårlige.

7.1.4. Tett og helhetlig oppfølging

Favner alle aspekter ved helhetlig tilfriskning. ROP- personer har ofte et sammensatt behov for tjenester og de ansatte ble spurt hvilke tjenester eller virkemidler som gir en tett og helhetlig oppfølging av brukeren. Funnene indikerer at samarbeid opp mot ulike instanser for å ivareta somatisk helse, økonomi og spesialisthelsetjeneste er en stor del av tett og helhetlig oppfølging.

«Endel tjenester som må kobles opp via andre samarbeidspartnere. For å ivareta somatisk helse» - Refleksjoner rundt hva tett og helhetlig oppfølging kan innebære

En deltaker påpekte at det ikke bare er lett å bestille en time og møte opp. Brukerne kan være vanskelig å få kontakt med og det kan være utfordrende for dem å møte opp på en anvist plass til angitt tidspunkt. Funnene viser at måten botiltaket ønsker å sikre oppfølging av tjenester, er ved å arbeide *på brukerens premisser*.

Funnene kan indikerer at en del av et verdig tilbud også innebærer å ivareta brukerens integritet ved å unngå å møte opp på plasser og kontorer som trigger dem.

«Okey, hva er en hensiktsmessig og bra måte å møte brukerne på? Så skal jo beboerne også si noe om hva de har behov for. Og det vil jo sette litt retning for hvilke metoder og struktur vi vil ha»

Av metoder som ligger i virksomhet blir recovery trukket frem, samt voldsrisikohåndtering (MAP) og traumbasert omsorg. Funnene tilsier at det er viktig å sikre nødvendige tjenester og helhetlig ivaretagelse av brukeren gjennom samarbeidsmøter og ansvarsgruppemøter. Deltakerne oppgir at flere og mer konkrete metoder og tilnærminger kommer på plass når man har funnet hvilken kunnskap som allerede finnes i personalgruppen, de har blitt kjent med beboerne og deres utfordringer. De ansatte og ledelsen er opptatt av at det er brukerne som skal definere hva de ønsker hjelp med

Deltakerne ble spurt hvilke samarbeidspartnere de opplevde som viktigst for å kunne gi et godt tilbud til brukerne. Resultatene viser klart at spesialisthelsetjenesten er den viktigste samarbeidspartneren. Etter det er politi, NAV og fastlege samarbeidspartnere som oppleves nødvendig å etablere et godt samarbeid med.

Som et ledd i å styrke dialogen mellom instansene er det et ønske om å opprette samarbeidsavtaler. Deltakerne i studien tenker at ulike samarbeidsavtaler kan bidra til et mer forpliktende samarbeid og et bedre oppfølgingstilbud for brukerne, bidra med ekstra rammer i botiltaket og forebygge episoder. Ledelsen ønsker å opprette en samarbeidsavtale med NAV, der de kommer til boligen og beboerne slipper å forholde seg til NAV- kontorer. Formålet er å sikre at brukerne får de tjenestene som er nødvendig og at ansatte får muligheten til å støtte brukerne i sårbare situasjoner. Brukerne beskrives å ha lav frustrasjonsterskel når det kommer til NAV systemet. Funnene her kan tolkes i retning av at fleksible tjenester, kan være samarbeid der møtevirksomheten holdes i bolig. Her trekkes NAV til bolig frem i studien som et interessant samarbeid. Det kan sikre en tett og helhetlig oppfølging, tilpasset brukerens funksjonsnivå. Funnene indikerer at det kan være et ledd i å forebygge voldsrisiko og at NAV-ansatte kan oppleve å føle seg trygge i møte med brukere med aggresjonsproblematikk.

Funnene i diskusjonen indikerer at det å holde møte på hjemmebane med ansatte som kjenner brukeren og deres utfordringer, kan forebygge utageringer og oppleves tryggende både for den NAV- ansatte og for brukeren.

Botiltaket planlegger å opprette et samtykkeskjema som de ønsker at brukerne skal skrive under på. Det er et sett med husregler, som for eksempel sier at beboerne ikke har lov til å

ruse seg i bolig. Den andre delen av samtykkeskjema omhandler fritak fra taushetsplikten, slik at den ikke er et hinder for samarbeid på tvers av instanser som fastlege og politi.

«I det samtykkeskjema som alle beboerne forhåpentligvis signerer på, så vil de samtykke til fritak fra taushetsplikten med fastlege, spesialisthelsetjenesten og politi. Grunnen for at vi ønsker å kommunisere med politi er for å gi en bedre tjeneste, dersom politiet vet at en beboer har vært mye ute på byen og gjort sånn og sånn. Eller har problemer med noen i rusmiljøet, ikke for at vi skal ringe dem og si «Hei, nå har vi sett noe rus»

Hensikten er «å kunne gi en bedre tjeneste». Her indikerer funn at samarbeid med politiet bli viktig hvis man skal få innsikt i om personen har ruset seg mye eller har problemer med andre i det kriminelle miljøet.

«Det er veldig mye som skjer på utsiden av boligen som ikke vi får med oss, på grunn av taushetsplikt».

Boligbygg er en intern samarbeidspartner i kommunen og administrerer husleie. De har ikke aktiv kommunikasjon med botiltaket. Dersom en beboer ikke betaler husleie, risikerer ledelsen ved botiltaket å gå flere måneder uten å få vite noe. Studien viser til at det er et ønske om forbedret samarbeid internt i kommunen generelt.

Fleksibilitet i systemet kan, ifølge studien funn, være en annen metode for å utvise fleksibilitet, ligger i turnusen. Ved å ha lengre arbeidsdager eller medlever- turnus mener deltakerne at de kunne fått mer ut av tilbudet, fordi er tilgjengelige på det tidspunktet brukerne oftest er aktive. Det blir færre ansatte å forholde seg til, noe som kan bidra til mer stabile relasjoner mellom ansatte og brukere.

Det opprettet en langvakt ved botiltaket, men deltakerne påpeker at det kan bli problematisk å utnytte potensialet i den, dersom sikkerhetstiltak krever flere personal i samhandling vil det ikke kunne gjennomføres aktiviteter uansett.

7.2. Faglige metoder og tilnæringer: *Miljøterapi og støtte personens egne interesser.*

Denne kategorien handler om hvilke metoder eller tilnæringer de ansatte ser for seg å bruke i det miljøterapeutiske arbeidet med brukerne. Funnene indikerer at deltakerne ønsker å ha et høyt fokus på miljøterapi, og å tilnærme seg med brukerne med tålmodighet, *møte brukerne på deres premisser* og være *fleksible* i tilnærmingen. Deltakerne er opptatt av at brukeren skal

være i sentrum og bestemme hvordan tilbudet skal se ut. Resultatene ble undersøkt i lys av meningsfulle aktiviteter, ADL (activities of daily living) eller hvordan de kan støtte i tyngre sykdomsperioder. Et av hovedfunnene i studien dreier seg rundt hvordan botiltaket ønsker å bygge tilbudet rundt «hva beboerne trenger fra dem». Brukerne blir med å bestemme over eget liv, være med å delta i hverdagen og videre hvordan ansatte kan støtte personens egne ressurser gjennom meningsfull aktivitet, var temaene som oppstod i denne kategorien. Resultatene viser at det å «støtte personens egne ressurser gjennom meningsfull aktivitet» blir ansett som en av de viktigste tjenestene blant deltakerne.

7.2.1. Hva trenger beboerne fra oss?

Deltakerne i studien viser til at de ønsker å utvikle tjenestene med bakgrunn i brukernes behov og ønsker. Funnene indikerer at botiltaket ønsker å basere endel av miljøterapien på meningsfulle aktiviteter i hverdagen og at de har fokus på individuell tilnærming til brukerne. Videre viser funnene at det er viktig å ta hensyn til ROP-personens dagsform og tilpasse seg etter den.

7.2.2. Meningsfull aktivitet:

«Det handler om å finne meningsfulle aktiviteter å fylle hverdagen med»

Deltakerne i studien var opptatt av at botiltaket skulle være et godt og trygt miljø å bo og oppholde seg i. De ansatte ønsker å ha fokus på aktiviteter i hverdagen og på at brukerne skal oppleve mestring. Funnene støtter meningsfull aktivitet som tilbudet deltakerne mente var et av de viktigste miljøterapeutiske virkemidlene. Avhengig av funksjonsnivå, viser studien at meningsfulle aktiviteter kan deles opp i nivåer; noen trenger hjelp til å utføre vanlige ADL-aktiviteter som å holde leilighet ryddig, handle eller lage mat. Andre trenger å knyttes opp mot noen meningsfulle aktiviteter på utsiden av boligen for å *oppleve mestring og styrke personlige egenskaper*.

«Aktivitet og deltakelse i hverdagen. Vi har hvertfall snakket om at det skal vi ha stort fokus på. Det er både tur og matlaging og- ja, det vi kan klare å få til egentlig» - Refleksjoner rundt hvilke typer aktiviteter som oppleves viktige

Meningsfull aktivitet skal defineres ut fra brukernes behov, ønsker og funksjon. Meningsfull aktivitet i form av turer og frisk luft er viktig for den psykiske helsen. Samtidig kan endel brukere ha liten sykdomsinnsikt, streve med motivasjon eller ha vansker med å se behovet for

fysisk aktivitet. De ansatte forventer at det er her den største delen av motivasjonsarbeidet kommer til å foregå. De ansatte er tydelige på at det er brukeren som må definere hvilke aktiviteter de vil starte opp. Igjen handler deltakelse i hverdagen om at det er brukernes ønsker og interesser som står i sentrum. Ut fra funn i denne studien kan vi dele meningsfull aktivitet opp i nivåer; 1) Tur, matlaging, hjelp til å holde bolig, handle 2) Fisketur, golf (botiltaket har fått sponset medlemskap fra privat aktør), trening, kontakt med gammelt nettverk som familie og barndomsvenner 3) Organisert og tilrettelagt arbeid (jf. Fuglekasseprosjektet i Oslo, kurs eller utdanning)

Som en deltaker påpekte, så har denne gruppen ofte liten tilhørighet utenfor rusmiljø eller psykiatrisk og et viktig formål med meningsfull aktivitet, er å skape tilhørighet på andre arenaer. *Ja, vi har alle en tilhørighet- med de karene her, hvor har de tilhørighet? I et rusmiljø eller inne på psyk.* Studien indikerer at det å skape tilhørighet i andre grupper er viktig og at ansatte kan støtte personens ressurser på ulike måter. Ansatte og brukere må i første omgang bli kjent med hverandre og skape et positivt miljø for finne ut hvilke interesser og ressurser brukerne har. Ressurser kan også være nettverket rundt brukeren. Det er viktig å kartlegge hva personen har av familie og venner rundt seg eller interesser de hadde i barndommen. Deltakerne trekker frem hverdagsaktiviteter som fisketurer, trening og gåturer, det som «vanlige mennesker» tar for gitt, som meningsfulle aktiviteter som kan tilby mestring i hverdagen.

«Det også skape en tilhørighet på andre arenaer – Tilby det som andre tar for gitt, som du sier» - refleksjoner over tilhørighet i samfunnet.

Funnene i studien relaterer meningsfull aktivitet opp mot mestringsfølelse og økt selvfølelse, ikke konkrete forventninger eller målbare kriterier. Ansatte er opptatt av det er de som må være kreative og tenke utenfor boksen – for å tilrettelegge for gjennomføringen av aktivitet. I det å tilrettelegge for aktivitet, snakker deltakerne om begrepet fra to sider; tilrettelegge for å gjennomføre aktiviteten, gjennom medlemskap og det å ha en bil tilknyttet botiltaket slik at logistikk og økonomi ikke er et hinder i seg selv.

7.2.3. Å delta i eget liv: Støtte personens egne ressurser

«Litt sånn om selve måten vi kan jobbe på inne i boligen. Det vil bli vektlagt individuelle handlingsplaner, ut fra den enkeltes funksjonsnivå. Hva trenger brukerne hjelp til? Det kan være alt fra å holde bolig, ADL-ferdigheter, handling og matlaging. Men og liksom det å

finne en meningsfull aktivitet og noe å holde på med i hverdagen som den enkelte interesserer seg for».

Å støtte personens egne ressurser må, ut fra resultatene tolkes som ressurser som både iboende og økonomiske ressurser. De ansatte og ledelsen har planer om å søke midler for å dekke opp for å dekke opp økonomiske begrensninger. Sponsede medlemskap i ulike aktiviteter og foreninger er forslag på ulike virkemidler som skal motivere brukerne til deltakelse. Studien indikerer at fleksibilitet handler både om metoder for tilnærming og om å etablere et fleksibelt system som arbeider på brukernes premisser og ut fra individuelle kriterier. I denne studien forstås tilrettelegging som praktiske handlinger for å tilrettelegge hverdagen opp mot brukerens funksjonsnivå.

Både ledelse og ansatte ved botiltaket er opptatt av at brukerens behov og ønsker skal være i sentrum. Hver bruker får opprettet et eget team som de skal jobbe sammen med. *Det er de som styrer eget liv og det er de som bestemmer. Også kan vi være med.* For å sikre at brukerne har reel innflytelse i eget liv, skal de ha egne «beboer-møter», der brukerne er med å sette agendaen. Det skal være et forum der brukeren og teamet har jevnlig møter. Bruker kan komme med innspill på lik linje med de ansatte og de jobber sammen mot gode løsninger. Det er viktig med trivsel og derfor skal brukerne ha medbestemmelsesrett i forhold til hvem som skal være med i teamet hans eller hennes. *I utgangspunktet så får de et primærteam først.* Deltakerne er tydelige på at de ikke ønsker å «tvinge frem relasjoner» og det skal være muligheter for å endre relasjoner ikke fungerer; *Så skal de selvfølgelig få lov til å si noe på det etterpå, når man har blitt litt kjent. Det skal være stort fokus på at man kan endre.* Avdelingsleder planlegger å delta på noen av disse møtene, slik at hun kan få direkte tilbakemeldinger hvis noe bør endres.

Funn i denne studien peker mot at fleksibilitet handler om å justere tilnærmingen til brukerne. *Å være fleksibel*, kan bety at ansatte er mer eller mindre «faste i rammene» rundt brukeren.

«Å være fleksibel vil jo være på – for de brukerne som trenger det, sine premisser. Noen trenger kanskje mer rigide rammer for å fungere. Det vil jo være fleksibelt fra vår side å være mer eller mindre faste».

Deltakerne er tydelige på at de skal støtte brukerne *i alle deres livsforhold*. De har gode og dårlige perioder, noe de ansatte må være forberedt på og justere seg etter. Villigheten til å ta imot hjelp kan bero på sykdomsinnsikt og tidligere erfaringer med hjelpeapparatet.

«En stor del av jobben vår er å følge opp- og nedturer. Møte de der de faktisk er» - Refleksjoner rundt hva det innebærer å være fleksibel.

Når dagsform og motivasjon svært varierende er det viktig at de ansatte ikke lager seg en forhåndsoppfatning, selv om brukeren er «vanskelig å motivere». Funn i denne studien peker på at det er viktig at ansatte «slår til» når brukere har de gode dagene. I tillegg viser studien til en gruppe som har vært levd svært marginalisert, med lite innhold og stigma rundt seg store deler av livet. Det kan innebære en ambivalens når det gjelder å møte opp på nye steder eller utforske nye interesser. Det blir viktig at personalet støtter i disse prosessene. Det kan handle om at brukerne trenger å bli kjørt for å i det hele tatt møte opp eller at de ønsker at personalet blir med.

«Det er veldig mange som aldri vil noe, men så plutselig en dag så har de lyst til å gjøre det – akkurat den dagen» - Refleksjoner rundt hvorfor det er viktig at de ansatte står i avvisninger over tid

En ansatte snakker om å «finne de gyldne øyeblikkene», de små glimtene der brukeren lar seg motivere til deltakelse. På den andre siden kan brukerne på egenhånd plutselig være motivert til å gjøre noe, for eksempel gå tur. Funnene viser at ansatte må være påkoblet i disse øyeblikkene og sørge for at aktiviteten blir gjennomført.

«Og det å på en måte slå til når de faktisk er der, at vi må være litt på! «han har jo ikke villet gjøre noe en dag, to dager, ei uke- tre uker». Da må vi være klare da, og ikke ta det for gitt at det ikke går. Da gjelder det å lete etter de gyldne øyeblikkene» - refleksjoner over å stå i avvisninger

En deltaker påpeker at ved å ha bil tilgjengelig i botiltaket når de situasjonene melder seg har man større mulighet for å klare å utnytte de gyldne øyeblikkene.

«Og det er noe med den bilen som vi snakket om da, som er veldig viktig. For hvis du har holdt på med en bruker en hel dag, uke – eller måned for å få han med ut på en tur og en dag så plutselig «jeg har lyst til å gå tur». Da skal du ha den bilen også skal du kjøre til den plassen og du skal gå den turen» - Refleksjoner rundt viktigheten av å tilrettelegge de fysiske forholdene for aktivitet

7.2.4. Recovery

«For å få best mulig utgangspunkt må vi fronte recoveryfilosofien og alliansestykingen. Det er liksom der jeg tenker personal med erfaringsbakgrunn kan gjøre en kanonforskjell!» - Refleksjoner rundt hva som kan kjennetegne et verdig tilbud

De ansatte ble spurt om de kjente til recovery. Noen deltakere har god kjennskap til tilnærmingen, mens andre oppleves å ikke ha så mye praktisk erfaring med å arbeide recoveryorientert. Om recovery sier deltakerne at det ikke er komplisert. Det handler om å delta i eget liv, støtte brukernes egne ressurser og de ansatte må tilrettelegge ut fra de begrensningene som finnes.

«Altså, det er jo så enkelt som å bruke ressursene og ønsket til den enkelte. Å være med å bidra i eget liv» «Hvis det hadde vært komplisert, så hadde det ikke het recovery- og styrking av personlige egenskaper og oppbygging av menneske» - Refleksjoner rundt hva en recoverytilnærming innebærer

Funnene peker på at likemenn er selve grobunnen i recoveryfilosofien. Det handler om å skape håp hos den enkelte, ved å vise gjennom eksempel at det går an å skape seg et bedre liv, på tross av uhelse.

En deltaker i studien trekker frem viktigheten av å ansette erfaringskonsulent, særlig inn i bolig. Det er forskjell på en person med brukererfaring og en brukerspesialist. En brukerspesialist kan jobbe opp mot systemnivå og ledelse, for å forsøke å skape endringer og holde brukerperspektivet levende. De har erfaring med å lykkes i rehabilitering, noe som kan gi forutsetninger for å bidra i utvikling av tjenestetilbudet til denne målgruppen.

En deltaker påpeker at likemenn er viktige alliansebyggere mellom fagfolk og ROP-personen. Brukerne har ofte større tillitt til personer som deler samme historien. Brukerspesialister har med sin bakgrunn i personlige erfaringer, en forståelse og innsikt i ROP-personens situasjon. Funnene i studien indikerer at likemenn har bedre forutsetninger for å formidle utfordringer fra bruker, videre til fagfolk på en god måte. *«Det som fagfolk ikke har legitimitet til å si»*

«Hva er det egentlig som skjer med den målgruppa her og hvordan er det egentlig det fungerer med disse folka? Det som fagfolk ikke har helt legitimitet til å si at dem forstår» - Refleksjoner rundt hvordan brukerspesialister kan brukes for å endre praksis på systemnivå

«Likemenn er en av forutsetningene for recovery tilnærmingen og må være representert i personalgruppa, hvis botiltaket skal kunne si at de arbeider recoveryorientert».

7.3. Sikkerhet og voldsrisiko: *Forsterket bolig og økt kunnskap om voldsrisiko ut i kommunen.*

«Trygghet er ikke noe man eier, egentlig. Det er noe relasjonelt i det. Altså, er pasienten trygg og har det godt, så vil det ikke være potensialet for risiko og vold. Det kommer gjerne når man ikke er trygg og når man har det vondt og vanskelig» - refleksjon over type kunnskap som er nødvendig for å føle seg trygg på jobb

«Selv om man har en voldsrisikovurdering, som kan være med på å gi en slags trygghet – men det gir ingen form for sikkerhet»

7.3.1. «Ikke engang ønsket i Bergelandsgata»

Funn i studien indikerer utfordringer i forhold til regulering av følelser og fysisk og verbal utagering i målgruppen. Videre avdekker funnene at brukerne ofte har dårlige opplevelser i møte med systemet, mange har verbalt eller fysisk utagert på NAV- kontoret fordi de ikke har blitt møtt på behov. *Økonomi er ofte et sårbart tema for den gruppen her. Mange har opplevd å bli utestengt fra NAV, gjerne fordi de har blitt så frustrerte at de har brølt eller utagert- om det er verbalt eller fysisk. Det hjelper ikke akkurat på frustrasjonen når du vil ha penger.*

Mange i denne gruppen har opplevd å være bostedsløse og mange klarer ikke å ta vare på boligen sin. Studien viser til at brukerne ikke engang er ønsket i lavterskeltilbudene i byen. Årsakene knyttes i studien til rusbruk, manglende boevner og utagerende atferd. Boliger blir ofte ødelagt eller det er økonomiske årsaker til at brukerne mister leilighetene sine.

«Noen i denne gruppen er ikke engang ønsket i Bergelandsgata. De har gjerne prøvd ufattelig mange tilbud, blitt kastet ut – de er ikke velkomne i bofelleskap eller midlertidig bolig på grunn av atferd» - Generelle kjennetegn ved målgruppen, utsagnene er ikke direkte relatert til brukerne som skal flytte inn

En deltaker viser til utfordringene i å samarbeide med denne gruppen; *de er jo ofte ikke kontaktbare. Hverken på telefon eller e-post eller noe.* De har ofte utfordringer med å møte til avtalt tid og generelt følge opp avtaler. Videre viser studien at sykdomsinnsikt og selvinnsikt være utfordrende viser studien, fordi det spiller en rolle i brukerens oppfattelse av hvilke behov som må dekkes. At noen brukere har dårlig sykdomsinnsikt kan gjøre at enkelte

reagerer svært negativt ovenfor personalet dersom det blir nødvendig med innleggelse på tvang og er noe ansatte bør ha med i beregningen. Ett personal beskriver hvordan en relasjon kan svinge fra å være veldig god til å bli dårlig, bare fordi den ansatte var tilstede under tvangsinnleggelse.

Med bakgrunn i deltakernes erfaringer, kan det bli vanskelig å få til ting i grupper i botiltaket. Funn viser til at mange kjenner til hverandre innad i målgruppen og ansatte må være forberedt på å ta hensyn til taushetsplikt og personvern. Videre viser funne til at de ansatte bør være forberedt på at konflikter kan oppstå mellom beboere og at negativ stemningen ovenfor botiltaket og personal kan smitte raskt; *de smitter hverandre med den mentaliteten, og det vil vi komme oppi*. Han viser til at de kommer fra mye samme rusmiljøet der konflikter er kjent for å oppstå og det er generelt liten grad av tillit. Erfaringene er at alle fordeler går i den enkeltes favør og studien peker mot at det kan bli utfordrende for ansatte å samle beboerne til aktiviteter i fellesskap.

«Altså det er misnøye, så skal de jo på død og liv flytte ut av botiltaket, for det passer jo ikke for dem, de føler seg jo ikke like syke som de andre»

En stor del av «verdige tilbud» handler om ansattes holdninger; *hvis han var så sprø på onsdag, skal det ikke henge igjen lenger enn torsdag morgen*. Det at ansatte er profesjonelle og heller har fokus på problemløsning i etterkant av en episode, oppleves som viktig ifølge studien.

«Vi kan ikke lage livet ditt, men vi skal være på siden når du lager livet ditt – og styrke deg. Det har med verdighet og respekt å gjøre»

7.3.2. Voldsriskovurderinger: «Vi vil ha kompetansen»

«Sånn som jeg ser det, ligger det store muligheter til å få til mer ting- andre ting hvis vi har mer kompetanse på dette her. Hvordan man kan utføre en voldsriskovurdering og hva vi kan bruke den til. Hvordan kan vi jobbe- når vi vet litt mer?»

Studien peker på at det ikke er nok kompetanse i kommunen generelt når det gjelder voldsriskovurderinger. Funn i studien indikerer at utfordringene med samarbeid kan relateres til manglende kompetanse om hverandres lovverk. Samtlige av deltakerne anerkjenner behovet for å styrke kompetansen innen lovverket, fordi *det er så mange å forholde seg til i kommunen*. De ser god nytteverdi i å få kunnskap og innsikt i spesialisthelsetjenesten sine

lovhjemler og funnene i studien peker på at det å ha innsikt i hverandres virkeområder kan gjøre ansatte mer bevisste på hvilke muligheter som ligger i lovverket.

«Jeg tror det er behov for å styrke kompetansen på det området, for det er mange lovverk å forholde seg til for oss i kommunen. Også er det veldig godt å vite om lovverket til spesialisthelseetjenesten» -

«Hvor er hindringene i lovverket, hvor er mulighetene, hva kan vi faktisk ta i bruk. Det er veldig varierende hva slags kompetanse vi har da. Det er et enormt stort område, det er ikke lett å holde oversikten»

Funn indikerer i denne studien, en opplevelse av at mye gammel voldshistorikk henger igjen rundt brukeren og at det ofte er en hindring i å utvikle et godt tjenestetilbud ute i kommunen. Her peker funnene enstemmig at kommunalt ansatte bør ha kjennskap til hva en voldsrisikovurdering er, og hva den legger for premisser; *at man kan bruke de vurderingene til noe. At vi kan jobbe rundt dette og allikevel få til ting.* Motivasjonsfaktoren er å kunne *«bruke vurderingene til noe»*. Ved å ha kunnskap om voldsrisikovurderinger ønsker de ansatte bruke denne aktivt i utformingen av den daglige miljøterapien og utforming av bolig- og aktivitetstilbudet.

«Jeg tenker jo først og fremst at det å ha kjennskap til hva en voldsrisikovurdering er, å skjønne hva den legger som premisser i forhold til hvordan vi skal tolke det og forstå det. Hvordan bruke den i den daglige miljøterapien» - Refleksjoner rundt hvorfor kunnskap om voldsrisiko er viktig for kommunen

Til sist peker funnene peker mot en ledelse som har høyt fokus på gode debrifingsrutiner og forebyggende arbeid. Prosessen med å utvikle planarbeider omfatter så langt: ROS- analyser for aktivitet og bolig og voldsrisikovurderinger. De har og planer for opplæring av ansatte gjennom MAP- kurs (forebygging om mestring av aggresjon) og et generelt fokus på opplæring innen forebyggende arbeid, veiledning og diskusjoner og personalmøter. Gode debrifing-rutiner skal også utarbeides.

«Også skal vi ha MAP da, som er et pilotprosjekt i kommunen» - om konkrete metoder for å styrke kompetansen til de ansatte innen voldsrisiko

7.3.4. Påvirker tjenestetilbudet: En hemske for brukeren:

Gammel voldshistorikk blir av en deltaker definert som en «hemske» for brukerne. Et eksempel fra studien er «antall personer i samhandling» med brukere som har definert høyt voldsrisikopotensialet. Han poengterer samtidig at voldsrisikovurderinger er viktige, men de må representere nåtiden og de må være kontekstavhengige.

«For å ta utgangspunkt i HCR-20, så er det jo historien. Også er det det kliniske «her og nå» og framtidsutsiktene. Jeg tenker at i forhold til å tildele bolig og jobbe opp mot, så er det jo gjerne det at man tar denne vurderingen og bruker til å lage innhold i boligen og dagene – for å forhåpentligvis få en endring. Det gir jo ingen mening å ha en voldsrisikovurdering hvis man ikke skal bruke den til noe» - Refleksjoner rundt hvorfor kunnskap om voldsrisiko ut i kommunen er viktig.

Kommunen tenker at de ikke har rammer til å ivareta brukeren, hverken i forhold til bolig eller aktivitet og voldshistorikken blir et hinder for å oppnå gode, individuelt tilpassede tjenester.

«Det erfaringsmessig vi kan se i kommunen er at det ikke er nok kompetanse om voldsrisikovurdering og hvordan den brukes. Vi ser at hvis brukerne har voldshistorikk, så kan det gjerne stå til hinder for at de gjerne får bolig eller bofelleskap her og der. For vi tenker at vi ikke har rammer til å ta vare på de i forhold til omsorgsnivået de trenger da. Og da tenker jeg at det kan være til hinder for å få de rette tjenestene, hvis du ikke har bolig. Det kan være til hindring for å komme i gang med aktiviteter og diverse andre miljøterapeutiske ting». – Refleksjoner rundt hvorfor det er viktig at voldsrisikovurderingene er oppdatert og at ansatte har kunnskap om hvordan de skal tolke dokumentet.

Funnene viser til at voldsrisikovurderinger legger føringer fra lovens side og kan være en hindring for å oppnå et «verdige tjenestetilbud». Deltakernes erfaringer er at dersom en bruker har voldshistorikk, påvirker dette ofte bo- og aktivitetstilbudet i lang tid fremover. Funnene indikerer at voldsrisiko ofte ikke sees i kontekst og at brukere med «foreldet voldshistorikk», kan bli forhindret i å delta på aktiviteter og de kan for eksempel få avslag på å sitte i bil med personal. I denne sammenhengen kan det forhindre meningsfulle aktiviteter. De ansatte tror det vil være lettere å behandle HCR-20 som et levende dokument dersom de også sitter på kunnskapen om hvordan voldsrisiko skal vurderes.

«Det er jo spesialisthelsetjenesten som utfører til vanlig. Men nå vil vi og ha den kompetansen, sånn at vi kan bruke den aktivt og at det er litt sånn ferskvare da»
- Refleksjoner rundt hvordan man kan tilrettelegge tjenestene og arbeide rundt voldsrisiko.

7.3.5. Sikkerhetstiltak i botiltaket: Forsterket bolig

Resultatene i studien indikerer at boligen skal tjene to formål, det ene er at det skal oppleves positivt å bo der, den andre delen handler om sikkerhet.

De ansatte er opptatt av at boligtiltaket skal legge til rette for et stabilt og godt miljø, *der det er trygt å bo og oppholde seg i for beboerne*. Det skal ikke være lukkede kontordører og det er vektlagt at de ansatte må trives med å være fysisk aktive og være glad i å finne på ting sammen med brukere. Det handler om at brukerne skal få miljøtrening og oppleve mestring.

«Vi skal fremme et positivt miljø. Nettopp med tanke på at de skal ut i samfunnet og oppleve mestring»

«Jeg tenker på dette med et verdig tilbud. Det henger ganske mye ilag med ansattes sikkerhet og. For vi skal fremstå som trygge personer som faktisk er her for å hjelpe og for at brukerne skal føle seg trygge på oss og kunne ha en god relasjon. Da tenker jeg at våres sikkerhet er ganske viktig og påvirker tilbudet deres» - Refleksjon rundt det å balansere mellom sikkerhet og verdig tilbud.

I utformingen av boligen er det viktig å tilrettelegge de fysiske forholdene og romme gruppen godt. Studien trekker frem åpne og oversiktlige boforhold bidrar til trygghetsfølelse, samtidig som de ansatte har mer kontroll på hva som foregår. Boligen bærer preg av at den er forsterket og utformet med sikkerhet i tankene. Hele boligen er oppført i materialer som skal tåle såkalt hard bruk og møblene skal være tunge å flytte på. Fellesarealene er utformet slik at ansatte har oversikt over hvem som oppholder seg der og hvem som går fra første til andre etasje, med personalbase oppe og nede. Dette gir de ansatte kontroll over personer og bevegelse i boligen. Inngangspartiet har et slusesystem, noe som gir en høyere grad av sikkerhet i boligen.

«De som bor nede kan ikke gå opp, holdt jeg på å si - med mindre personalet har registrert det»

Boligen har også løsninger som gir brukerne mer privatliv, for eksempel er det mulig å komme seg til kontor og garderober uten at de ansatte trenger å gå oppi eller forbi brukerne

Leilighetene til beboerne er relativt små, foruten om møbler er leilighetene bygget for bedre brannsikkerhet. Utformingen av ventilasjonsanlegg og ekstra takhøyde, så man ikke fikler med ledninger og brannvarslere er en del av sikkerhetstiltakene. Leilighetene skal være lette å holde rene og er ifølge deltakerne det man omtaler som nedspylbare.

«Det har vært med en farearkitekt sånn at fargene i hele bygget går i litt gammelrosa og grønt og litt duse farger»

De ansatte ønsker at boligen skal være hjemmekoselig og legge forutsetninger for et godt miljø, samtidig må de tenke sikkerhet hele veien. Det innebærer for eksempel at de må tenke seg om før de dekorerer fellesarealene. Boligen ble designet med tanke på trivsel. Farger på vegger er for eksempel valgt ut sammen med en fargearkitekt.

«Målet vårt er jo å gjøre det så hjemmekoselig som mulig. Men vi må og tenke sikkerhet. Da kan vi ikke kjøpe inn masse lystaker og tunge ting. Vi må hele tiden tenke på det» - Nyansatt avdelingsleder

7.4. Lovverk: *Instansene må kjenne til hverandres virkeområder og en gjeng som taper på endringene i 2017.*

I denne kategorien kommer utfordringene knyttet til målgruppen opp. Funnene i denne studien indikerer en forventning om at det kan bli vanskelig å stabilisere i forhold til rus, og deltakerne viser til negative erfaringer med hvordan det påvirker psykisk helse og voldsrisiko. Ustabile sykdomsforløp kan tolkes ut fra denne studien som en årsak til at det er vanskelig å komme i posisjon til å hjelpe. Det er en kollektiv opplevelse av at det er vanskelig å tolke lovverk, og i denne studien trekkes høy terskel for tvang og miljøet som samtykkekompetansen vurderes i, frem som et hinder for å gi nødvendig helsehjelp. Funnene i studien viser til at funksjon kan oppleves som et bedre vurderingsgrunnlag for samtykkekompetansen for målgruppen. Formålet er være å tilrettelegge tjenester med bakgrunn i funksjonsnivå og fremtidsutsikter. I denne studien indikerer funnene at det å ha noen rammer brukerne kan sees som et ledd i individuelt tilpassede tjenester, ut fra brukerens funksjon.

«For vi skulle jo ønske vi kunne skreddersy på denne måten, i forhold til lovverket og»

7.4.1. En gjeng som taper veldig på endringene i 2017

Studien kan vise til erfaringer med å bli frustrert og at lovverket hemmer endel i ulike situasjoner. Deltakerne oppleves samstemte i at tanken bak lovendringene er gode- det skal være høy terskel for å bruk av tvang. Likevel kan det se ut som denne gruppen taper endel på endringene i 2017. De ansatte har erfaring med at det har blitt vanskeligere å gi et tilbud til de som ikke kan ta vare på seg selv eller er en fare for andre.

«Jeg og opplever jo absolutt at lovendringen i 2017, når det ble strengere i forhold til samtykke og tvang at ... Tanken er kanskje fin, men ikke nødvendigvis så positiv for de aller sykeste»

Å ha to ulike lovverk å forholde seg til kompliserer samarbeidet og har generelt liten overføringsverdi for brukerne. Spesialisthelsetjenestens strammere lovverk forbereder ikke brukere på de langt løsere rammene ute i kommune.

Et poeng er at de brukerne som har mange re-innleggelses risikerer gjentatte brudd på struktur, rutiner og relasjoner ved å være kasteball mellom to ulike lovverk. Det er fra streng struktur til nærmest full autonomi. Deltakerne savner en «rød tråd imellom» lovverkene.

«Altså, når det er to ulike lovverk, for den gruppa her som gjerne blir svingdørspasienter da, så er det jo lite hensiktsmessig å operere med to ulike lovverk. For du lærer jo ingenting, du får ingen utvikling som du kan ta med deg videre, for rammene er jo forskjellig. Hvis du er litt kognitivt svekket på grunn av det ene og det andre – da lærer du én ting mens du er innlagt på tvang også har du ingenting å ta med deg videre».

7.4.2. Funksjon foran diagnose

«På den ene siden så ønsker man jo at lover og regler skal være universelle. For å unngå forskjellsbehandling og alt som det innebærer ... Når autonomien er såpass på dagsorden er dette en gjeng som taper veldig på akkurat det. Fordi ... Ja, hvor mye samtykkekompetanse har de til enhver tid? Det kan man sette spørsmålstegn ved og hvor fri er man egentlig til å velge når man er rusavhengig og kroppen bare skriker etter rus?» - Nyansatt vernepleier

«Altså, folk har en egen rettighet til å forgå her i det her landet her, bare fordi de kan svare adekvat på spørsmål om både det ene og det andre» - Brukerspesialisten om erfaringer med praksisen rundt samtykkekompetanse.

Funnene viser at det bør vurderes å ta i bruk funksjon istedenfor diagnose når samtykkekompetanse skal vurderes.

«Fordi, nå er kriteriet for å bli lagt inn på tvang enten at man ikke har samtykkekompetanse eller at man har en farlighetsvurdering. Og samtykkekompetanse går jo mye på dette med diagnose. Hvis man ser mer på funksjon da og tar hensyn til mer enn de siste fire dagene. Jeg tenker, for å få det til å fungere med den gruppa her, så er det mange ting ved lovverket som burde være annerledes.» - Prosjektleder om utfordringene ved lovverket, for den tyngste målgruppen.

Funn i denne studien tyder på at noe av utfordringen i spørsmålet om samtykkekompetanse, er miljøet og rammene som samtykkekompetansen vurderes i. Deltakerne beskriver erfaringer med tidligere situasjoner, der svært syke brukere blir innlagt to ganger i løpet av 48 timer eller de skrives ut etter få dager. Studien viser til at når man blir innlagt for observasjon, innskrenkes først og fremst tilgangen på rusmidler. Som deltakerne beskriver, så kan en psykose klinge av etter noen dager med søvn og mat. *Man får roet seg ned, man får litt mat, litt søvn. Også skal man skrives ut til kommunen igjen, men da har man plutselig tilgang på rus igjen, kanskje man ikke har tak over hodet. Så går det i en sånn loop da, inn og ut som en svingdørspasient.*

«Det er noe som skriker litt på etikk. Loven sier- eller tolkes iallfall sånn at de skrives ut etter et par dager, hvis det ikke er grunnlag for tvang lenger Men hva er konsekvensen? Hvordan vil den pasienten få det om to uker, om tre uker? Hvordan vil familien ha det? Samfunnet rundt?» - Prosjektleder om hvilke konsekvenser det kan få når lovverket ikke fanger opp brukerens behov

Funnene peker i retning å ta i bruk all kunnskapen man har om den enkelte, når man skal vurdere samtykkekompetanse. Den informasjonen som ligger tilgjengelig, det kan være fremtidig voldsrisikopotensiale i kombinasjon med bruk av illegale rusmidler, som blir trukket frem som et eksempel av en deltaker. Resultatene viser ganske klart at det er et opplevd behov for å ta inn vurderinger rundt framtidsutsiktene for alvorlig psykisk lidelse eller voldshendelser i spørsmålet om samtykkekompetanse.

«Hvor mye samtykkekompetanse har de til enhver tid? Det kan man sette spørsmålstegn ved, og hvor fri er man egentlig til å velge når man er rusavhengig og kroppen bare skriker etter rus?» - Refleksjoner rundt samtykkekompetanse hos alvorlig ROP-syke personer

I noen tilfeller kan det se ut som instansene jobber mot hverandre. Et eksempel fra brukerspesialisten er at endringene i 2017 har medført at langt flere skal forsøke frivillighet før tvang. Hvis spesialisthelsetjenestens observasjoner dokumenterer fravær av psykose og vurderer voldspotensialet som lavt, kan dette brukes i kontrollkommisjonen som et argument for å forsøke frivillighet. Brukerspesialisten sin erfaring er at dette sjeldent lykkes i den tyngste gruppen, og at resultatet ofte er at brukerne blir svært syke og umedisinerte.

«Flere av våre pasienter i Obs- teamet har nå gått av tvangsmedisinering som følger av det greine her. Og det er rett og slett et mareritt og stå å se på. For vi vet hva som kommer til å skje, og det skjer allerede den første uka uten, ikke sant» - Brukerspesialist

7.4.3. Judisielle vurderinger

En deltaker i studien trekker frem at personer i denne gruppa begår mange ulike lovbrudd, men kan ikke straffes – eller det ender ikke opp noe sted fordi personen er kjent psykisk syk. En judisiell vurdering tar stilling til om personen er strafferettslig tilregnelig eller ikke. Studien viser at det kan være behov for å ta inn judisielle vurderinger hos de brukerne med store utfordringer knyttet til rus, voldsrisiko eller gjentakende kriminell atferd. Gjennom en judisiell vurdering kan kommunene få mange av de samme rammene som spesialisthelsetjenesten. Studien viser til at TPH er et virkemiddel som kan gi noen individuelle rammer for brukergruppen og kommunen. Det kan være å kontrollere eller dempe rusbruk, ved at brukeren må avlevere urinprøver. Eller det kan være at man har et tvangsvedtak på medisinering, for å unngå ustabile behandlingsforløp hos brukere som ikke ønsker å ta medisiner.

«Kanskje hvis man da blir erkjent at joda, du er tilregnelig, du kan straffes eller dømmes til TPH. Da vil det komme noen vilkår igjen, som kanskje vil gjøre det lettere å følge opp personen og gi gode tjenester og dempe rus.» - Refleksjoner rundt hvordan botiltaket kan ramme inn brukerne når de ikke har hjemmel i lovverket.

«For oss i kommunen kan det og være lettere å følge opp og gi tjenester til de som er på TPH, for det finnes visse rammer og vilkår som må følges Det gjør plutselig at vi får litt andre rammer som gjør at alt fungerer bedre. Fordi at hvis man ruser seg, så er det en konsekvens, som kanskje er verre enn å holde seg rusfri da»

8. Diskusjon:

I dette kapitlet skal studiens viktigste funn drøftes opp mot problemstillingens tre forskningsspørsmål; Hva består et verdig tilbud av og hvilken type kunnskap og virkemidler er nødvendig for å arbeide med ROP- personer med voldsproblematikk? Hovedfunnene i studien peker på et botiltak som forsøker å balansere sikkerhet i bolig med trivsel og mestring. Resultatene peker på at det er viktig å være et stødig team der ansatte stoler på hverandre og at de ansatte har god nok opplæring i å håndtere voldsrisiko. Videre peker funnene på at botiltaket har mange likehetstrekk med recoverytilnærmingen i sin miljøterapi. Studien viser at meningsfulle aktiviteter blir trukket frem som det viktigste virkemiddelet for å kunne utføre miljøterapi, og at det er brukeren som setter agendaen for hva han eller hun ønsker hjelp med. I forbindelse med meningsfulle aktiviteter viser studien at tilrettelegging og det å ha et skikkelig tilbud, som for eksempel Jæren recoverycollege eller medlemskap i ulike aktiviteter viktig. Det miljøterapeutiske arbeidet er stort, og ansatte må være forberedt på å støtte brukerne i alle typen situasjoner. I denne studien trekker deltakerne frem det å være fleksibel og kunne tilpasse seg brukernes dagsform er viktig. Et viktig funn i denne kategorien er at ansattes holdninger og respekt for brukerne er det som oppleves som kjernen i «verdigheten» i tilbudet. I siste avsnitt diskuteres botiltaket samarbeidspartnere, her viser funnene i studien tydelig at det er spesialisthelsetjenesten som er den viktigste samarbeidspartneren. Funnene peker på et utfordrende samarbeid og at samtykkekompetanse oppleves som en hindring for stabilisering av ROP- lidelsene. Her trekker deltakerne i studien frem fast avdeling og kontaktpersoner som kjenner til brukerne og botiltaket som potensielt gode løsninger. Funnene vil bli diskutert opp mot recovery som et faglig perspektiv og funnene underbygges med tidligere forskning på området.

8.1. Kategorien sikkerhet og voldsrisiko handler om hvordan ansatte forholder seg til voldsrisiko i bolig og i forbindelse med aktiviteter. Boligen er utgangspunktet for behandling og oppfølging av brukerne og bør ansees som en stor del av et verdig tilbud (Helsedirektoratet, 2011). Deltakerne i studien er opptatt av at det skal være et trygt og godt sted å bo og det skal være stort fokus på trivsel og fellesskap.

I tillegg er botiltaket er også utformet med tanke på en høyere grad av sikkerhet. Resultatene som har blitt presentert dreier seg både om hvordan ansatte planlegger å arbeide opp mot brukere med voldsrisikopotensialet og hvilken type kunnskap og planer botiltaket har for å forebygge og håndtere voldshendelser. Funnene i denne studien peker på kjente utfordringer

relatert til å bosette målgruppen og at samtlige har forsøkt flere tilbud før de ble tildelt denne boligen (Pettersen & Rudningen, 2014; Vassenden et al., 2012; Wågø et al., 2019). Resultatene i studien kan vise til en forventning om at det kan oppstå vold, ved at ulike forsterkede tiltak er utformet i boligen. Umiddelbart kan det se ut til å stride mot en recoveryfilosofi som fronter ansvar for eget liv og deltakelse (Karlsson & Borg, 2017). Funnene støttes av tidligere forskning som sier at boliger som er oppført i såkalte harde og slitesterke materialer er å anbefale. Andre tiltak som er direkte relatert til sikkerhet er at boligen er brannsikker og har utbedret ventilasjon og ekstra takhøyde (Pettersen & Rudningen, 2014; Wågø et al., 2019). At en person med tidligere voldshistorikk har høyere risiko for å utøve vold igjen (Flannery et al., 2011), er et argument for ekstra sikkerhetstiltak. Hovedinngangen har en sluse og boligen bærer preg av en høyere grad av sikkerhet, som kan tyde på at formålet er å redusere rusbruk og forebygge alvorlige hendelser i boligen (Vassenden et al., 2012). Fellesområdene er åpne og oversiktlige, slik at både ansatte og brukere har kontroll på omgivelsene. Brukernes egne leiligheter er ikke så veldig store og de er i tillegg nedspylbare (Wågø et al., 2019).

Et annet tema under voldsrisiko, er funn som oppsummerer hvorfor det er viktig å være et samlet team gjennom utsagnet «Det har noe med speiling å gjøre, hvis vi er trygge, føler de seg tryggere» (Pettersen & Rudningen, 2014; Sjølie et al., 2010). Ut fra funnene kan man argumentere for at et stødig team kan være et virkemiddel som forebygger voldsrisiko. Funnene peker mot at et stødig team, er et team som kjenner hverandre og som samarbeider godt. Særlig viktig er samholdet innad i teamet når det oppstår hendelser, og resultatene peker på at ansatte trenger trygge kolleger de kan stole på og som har masse erfaringer med å jobbe med målgruppen fra før.

En stor del av det å føle seg trygg er å ha nok kunnskap om voldsrisiko, og botiltaket har et stort fokus på at de ansatte skal læres opp i voldsrisikohåndtering og forebygging. Det foreligger planer fra ledelsens side om ulike voldsrisikoanalyser i ulike kontekster, samt kurs og opplæring. Tidligere forskning viser til at det å være opplært i voldsrisikohåndtering, gjør at ansatte føler seg tryggere i møte med brukeren (Flannery et al., 2011). Pettersen og Rudningen (2014) påpeker at kompetanse om vold er forutsetningen for et trygt team og påpeker samtidig at vold og utageringer ofte fører til innleggelse (Pettersen & Rudningen, 2014). Et annet funn som trår frem fra dette studie er at voldsrisikoen påvirker bolig- og tjenestetilbudet. Erfaringer hos deltakerne i studien er at kommunen tenker at de ikke har kompetanse til å ivareta forsvarlighetsdelen av omsorgstilbudet og det blir vanskelig å finne

adekvate botiltak (Frantzen et al., 2012). Videre indikerer funn at botiltaket ønsker å få den samme kunnskapen om voldsrisikovurdering, kalt HCR-20, inn i kommunen. Formålet, som det kommer frem i resultatene er å utvikle et godt tilpasset tjenestetilbud til brukeren, basert på kunnskap om voldsrisiko og kontekst. I denne studien har deltakerne erfaringer med at voldsrisikovurderinger fra langt tilbake i tid hindrer brukerne i å utføre visse aktiviteter. Voldsrisiko kan derfor sees på som et virkemiddel for å kunne utvikle et verdig tilbud, fordi ansattes følelser påvirker relasjonen til bruker.

8.2. Faglige metoder og tilnærminger er kategorien som handler om samhandling mellom ansatte og brukere og det sosiale innholdet i et kommunalt tjenestetilbud.

Ett av hovedfunnene i studien er tema *Hva trenger beboerne fra oss* og handler om hvordan de ansatte kan møte brukerne på en god måte, i det miljøterapeutiske arbeidet. Utsagnet til en deltaker om at «de bestemmer selv, så skal vi være med å hjelpe» kan ut fra funnene i studien, sies å være kjernen i botiltakets psykososiale og miljøterapeutiske utgangspunkt. Funnene lar seg overføre enkelt til et recoveryperspektiv, som har brukeren i sentrum og fokus på å hjelpe personen til å utvikle et meningsfullt liv (Helsedirektoratet, 2011; Karlsson & Borg, 2017; Slade et al., 2014).

Videre tyder funn i studien på at meningsfulle aktiviteter er alt fra hverdagslige aktiviteter som å lage mat og gå på butikken, til trening eller andre aktiviteter eller interesser som bidrar til å styrke brukerens personlige egenskaper. Brukeren skal selv definere aktiviteter, ut fra egne ønsker og behov. Tidligere forskning på området støtter funn i studien i at meningsfulle aktiviteter kan sees i ulike nivåer, ut fra brukerens nåværende funksjonsnivå. Nivene kan deles i å mestre å bo, aktiviteter utenfor bolig og tiltak som kurs eller utdanning (Ness et al., 2014; Pettersen & Rudningen, 2014). Recovery er en sosial prosess som foregår på ulike arenaer og en deltaker i studien viser til at meningsfulle aktiviteter kan tilpasses funksjonsnivå, gjennom å oppsøke frivillige organisasjoner eller tilby kurs som retter seg spesielt mot denne målgruppen. Eksempler er Jæren Recoverycollege og Blåkors, som har et godt utviklet tjenestetilbud for målgruppen. Deltakerne har planer om å ta kontakt ut mot næringslivet, for å undersøke hvilke tilbud som kan være aktuelle. Funnene indikerer at ansatte som er kreative i tilrettelegging og vil oppsøke ulike tilbud og tjenester, kan gjøre det lettere å gi et adekvat tilbud om meningsfull aktivitet (Ness et al., 2014; Slade et al., 2014). I denne studien trekker deltakerne frem at det å ha fokus på meningsfulle aktiviteter, handler om å gi brukerne en opplevelse av mestring. Å spille på personens egne ressurser og

fremtidige ønsker ligger i kjernen av recoveryfilosofien og man kan argumentere for at det er nettopp her de ansatte befinner seg, når de snakker om at det er brukeren som definerer innholdet i tjenestene og at de [ansatte] tilrettelegger ut fra brukerens funksjon (Helsedirektoratet, 2011; Karlsson & Borg, 2017; Ness et al., 2014; Slade et al., 2014). I denne studien indikeres det at meningsfull aktivitet kan være den viktigste psykososiale tjenesten de ansatte kan tilby, ut fra funnene kan man argumentere at mye handler om finne tilhørighet i et annet miljø enn rusmiljøet (Slade et al., 2014). Resultatene beskriver samtidig en kjent utfordring i at det kan være utfordrende å motivere brukerne (Pettersen & Rudningen, 2014).

Deltakerne ble spurt direkte om recovery og studien indikerer at det er varierende hvor mye erfaring deltakerne har med å arbeide under en definert recoverytilnærming. Resultatene i studien peker på at erfaringsmedarbeidere kan bidra som alliansebyggere mellom brukeren og de ulike tjenestene (Slade et al., 2014). I denne studien fremkommer det at deres unike posisjon med «en fot i begge leire», kan fungere som et bindeledd mellom fagfolk og brukeren. På det tidspunktet hvor intervjuet fant sted, var det ikke ansatt erfaringsmedarbeidere i botiltaket og man kan argumentere for at det vil være en forutsetning for å kunne si at man arbeider recoveryorientert (Slade et al., 2014).

En deltaker påpeker under en diskusjon at recovery er ikke komplisert. Men forutsetningen for å starte recovery er at personen selv ønsker endring. Studien viser at botiltaket planlegger å benytte seg av beboerrettede møter for å sikre reel brukermedvirkning. At møtet er brukeren sitt eget og at teamet har en lyttende rolle i denne sammenhengen, er helt i tråd med recoverypraksis (Pettersen & Rudningen, 2014). Utfordringene kan vise seg å være det kvia m.fl. sin forskning viser, om ansatte som strever med å praktisere reel brukermedvirkning i denne gruppen og at ansatte gjerne går i «recoveryfella», som artikkelen til Kvia m. fl. (2020) viser til. Ansatte bør for eksempel være forsiktige med å gå inn i møter med klare alternativer for aktivitet, fordi det impliserer at man ikke har troen på at brukeren er i stand til å egne avgjørelser (Kvia, Dahl, Grønnestad, & Jensen, 2020).

Studiens resultater peker på at ansatte er forberedt på å støtte brukerne som har dårlig sykdomsinnsikt og ofte ulik oppfattelse av nødvendige behov. De må også kunne stå i tunge sykdomsperioder sammen med brukerne (Pettersen & Rudningen, 2014). Deltakerne i denne studien trekker frem en fleksibel tilnærming og det å være tålmodig med relasjonen, som tilnærminger til brukere som er vanskelig å komme i posisjon (Frantzen et al., 2012). Denne

studien indikerer at miljøterapeutisk arbeid først og fremst handler om å være fleksibel i møte med ulike brukere og deres ulike situasjoner. Videre indikerer funn i denne studien at et verdig tilbud henger sammen med ansattes forståelse for brukeren og holdninger til utagerende atferd og under- og etter hendelser. En deltaker viser til at å vise respekt kommunikasjon som er basert på åpenhet og ærlighet. Forskning i både relatert til recoveryperspektivet og andre studier, kan vise til at det å bli behandlet med verdighet og respekt er viktig (Ness et al., 2014; Pettersen & Rudningen, 2014).

8.3. Kategorien det kommunale tjenesteapparatet handler om kommunens ansvar for å tilrettelegge og levere innholdet i tjenestene og sørge for at tjenestetilbudet er forsvarlig. I dette kapitlet inkluderes også kategorien lovverk, på grunn av sin sterke relasjon til innhold i tjenester.

Det finnes hendelser og situasjoner som botiltaket ikke har kapasitet til å håndtere (Pettersen & Rudningen, 2014; Sjølie et al., 2010). Funnene peker på den store rollen som spesialisthelsetjenesten spiller, for at kommunen skal klare å gi brukerne et helhetlig tilbud som også er forsvarlig. I studien fremkommer det beskrivelser av et tjenesteapparat som har utfordringer med å samarbeide når brukerne opplever krisesituasjoner som kan medføre innleggelse (Pettersen & Rudningen, 2014). Funnene i studien er tydelige på at spesialisthelsetjenesten er den viktigste samarbeidspartneren til botiltaket og at det er samarbeid rundt en raskere vei til innleggelse og voldsrisikovurderinger (HCR-20) (Flannery et al., 2011).

Resultatene peker på at samtlige deltaker har dårlige erfaringer med å samarbeide med spesialisthelsetjenesten rundt innleggelse. De trekker frem kjente utfordringer som mangel på- eller dårlig kommunikasjon (Frantzen et al., 2012). Denne delen av diskusjonen presenterer funn relatert til samtykkekompetanse og tvang. Det oppleves interessant å utforske i et recoveryperspektiv, som har mye av sitt utgangspunkt i autonomi. I studien viser funnene at høy terskel for tvang oppleves å være en årsak til at brukerne ofte går psykisk syke lenger enn nødvendig. I studien beskrives utfordringer rundt vurderingen av samtykkekompetansen når ansatte forsøker å få en bruker innlagt. Det kan diskuteres om det skyldes kommunen og spesialisthelsetjenestenes ulike oppfatninger av «godt nok» og «forsvarlig behandling». Funn fra denne studien indikerer at en av utfordringene knyttet til samtykke, er at psykoser kan opphøre når tilgangen på rusmidler forsvinner og personen får mat og søvn. Når psykosen opphører, opphører grunnlaget for tvangsinnleggelse og brukeren skrives ut til kommune

igjen, viser erfaringer fra denne studien (Frantzen et al., 2012). Flere deltakere beskriver alvorlig syke brukere som blir vurdert som samtykkekompetente fordi de svarer adekvat på spørsmålene som stilles og dermed oppfyller kravene for samtykkekompetanse (*Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*, 2011). En viktig diskusjon som gjør seg gjeldende, er hvorvidt ansattes oppfattelse av samtykkekompetanse beror på det Kvia (2020) beskriver i sin artikkel om reel recovery. I artikkelens eksempel beskrives ansatte som lot brukeren bestemme om de ønsker å gå med skitten t-skjorte, men ikke tillot deltakelse i enkelte møter, for å skjerme følelser og unngå konfrontasjon. I denne studien begrunner deltakerne sin fortvilelse over den høye terskelen for tvang, i at det produserer svingdørspasienter og at brukeren må gjennom multiple innleggelse. Men spørsmålet man kan stille, er om denne oppfattelsen tar hensyn til deltakernes opplevelse av uverdige forhold for personen eller om det kan være et eksempel på en situasjon som gjør det vanskelig å praktiskere reel recovery – som må innebære at ikke alle ønsker å leve et A4- liv (Karlsson & Borg, 2017; Kvia et al., 2020; Ness et al., 2014; Slade et al., 2014). Den andre siden av denne diskusjonen, som kommer frem av resultatene i studien, er hvor samtykkekompetent man er *når kroppen bare skriker etter rus* og man i tillegg er litt kognitivt svekket.

Forskningen støtter likefult funnene i denne studien, om et utfordrende og komplisert samarbeid mellom instansene. Funn i denne studien peker på at kommunikasjonsproblemer ser ut til å stamme fra to ulike lovverk som ikke samvirker og mangel på kunnskap om hverandres lover og virkeområder (Frantzen et al., 2012). På den måten kan situasjonen som deltakerne beskriver, nemlig at *alle sitter på hver sin tue og ingen vet noen ting oppstå*. Det å øke kunnskapen om hverandres områder kan skape en felles forståelse og et felles språk, som igjen kan bidra til at kommunen opplever å bli tatt seriøst når de kontakter spesialisthelsetjenesten. Gjennom denne tilnærmingen kan noen av barrierene i brukerens recovery oppleves litt mindre (Ness et al., 2014; Slade et al., 2014). Ved å øke kunnskapen om hverandres virkeområder kan *bestiller- utfører- tilnærmingen* som kommunalt ansatte opplever fra spesialisthelsetjenesten kanskje endres mer om likeverdig samarbeid, fordi spesialisthelsetjenesten forstår rammene og vilkårene til kommunen (Pettersen & Rudningen, 2014).

Funn i denne studien indikerer at lovendringene i 2017 ikke nødvendigvis var positive for denne gruppen. Det skal for ordens skyld bemerkes det at ansattes holdninger i utgangspunktet er positive til høy terskel for tvang, men erfaringer peker mot at det har blitt mer vanskelig å gi et godt tilbud til personer som ikke kan ta vare på seg selv eller som er en

fare for seg selv eller andre. I denne studien blir det påpekt at det er mange ting ved lovverket som burde være annerledes, blant annet vises det til at to ulike lovverk gjør det vanskeligere å få samarbeidet rundt denne målgruppa til å fungere. Et recoveryperspektiv vil argumentere for at dette ville være å se på brukeren som problemet og ikke fulgt recovery sin holdning om at det er brukeren som må leve med disse utfordringene som har problemene (Ness et al., 2014; Slade et al., 2014). Et eksempel som derimot kan tale for recovery som blir trukket frem i studien, gjelder særlig brukere som begår mange kriminelle lovbrudd. Resultatene viser til at en mulig løsning på utfordringene som kommunen opplever i forbindelse med rusbruk, psykisk lidelse og kriminalitet, er judisielle vurderinger. Grunnsteinen i recovery, autonomi har to sider ved seg når man skal diskutere kontroll over andre mennesker. Fordi retten til frihet forutsetter at personen er i stand til å ta ansvar og medansvar og at personen klarer å fremstå med verdighet og respekt, kan en juridisk vurdering av pasientens funksjonsnivå og framtidsutsikter være en måte å avklare hva brukeren faktisk har kapasitet til å ta ansvar for og ikke (Karlsson & Borg, 2017). At noen har foretatt en grundig juridisk vurdering av brukerens samtykkekompetanse og voldsrisiko kan kanskje være et steg mot å løse de praktiske utfordringene i recoverytilnærmingen (Kvia et al., 2020), ved å frita ansatte i større grad i spørsmålene om sikkerhet og forsvarlighet knyttet til voldsrisiko. Videre viser funn i studien at det kan bidra til mer stabile sykdomsforløp. I denne studien kan funn tolkes i retning av at dette kan være et ledd i å skreddersy tilbudet til personer med alvorlige ROP-lidelser og voldsproblematikk. Funnene indikerer at denne typen samarbeid er ment til å knytte et tettere nettverk rundt brukeren.

Funnene i studien belyser hvordan et verdig tjenestetilbud kan se ut for personer med alvorlig ROP-lidelser og voldsrisiko. Artikkelen til Kvia m. fl. (2020) påpeker hvordan ansatte strever med å praktisere reel recovery ovenfor personer med ROP-lidelser. For ROP-personer med en forhøyet voldsrisiko kan det synes enda mer utfordrende ut fra denne studien, fordi tjenestetilbudet i tillegg blir innskrenket. Videre kan funnene være relevante i oppstart av lignende botiltak, som kan søke etter kunnskap og inspirasjon til utformingen av tjenestetilbudet, fra dette botiltaket. I studien peker funnene mot et spenningsfelt mellom kontroll og ansvar for eget liv, gjennom recovery. Det er et viktig diskusjonstema dersom ansatte skal kunne arbeide recoveryorientert med brukerne, fordi mens tjenestene på den ene siden skal være verdige og etter brukerens ønsker, skal de samtidig være forsvarlige- ovenfor brukere og ansatte.

8. Konklusjon

Resultatene peker mot at et verdig tilbud slik det blir beskrevet av dette botiltaket, først og fremst består av en permanent bolig, som er utgangspunktet for å kunne tilby og følge opp tjenester. Ansatte planlegger for en helhetlig ivaretagelse av brukernes helse, ved å koble opp andre helsetjenester til botiltaket. Funnene trekker frem fastlege, NAV, politi og andre instanser som brukeren måtte individuelt trenge, som samarbeidspartnere for å ivareta brukernes somatiske helse og økonomi. Å få NAV til å komme til bolig handler om å individuelt tilpasse tjenestene til brukerne. Brukeren slipper belastningene ved å møte på NAV, samtidig som ansatte kan sikre at møtet blir gjennomført. Oppfølging på møtet tilbys brukeren og kan være et godt eksempel på hvordan man jobber recoveryorientert.

Endel annen del av det helhetlige tilbudet er det kommunale tilbudet som omhandler det psykososiale – *Hva trenger beboerne fra oss?* Når deltakerne snakker om meningsfulle aktiviteter, snakker de praktisk talt om å støtte personens egne ressurser. Det er så recovery som det kommer. Dessverre kan realiteten vise seg å være litt annerledes, hvis funn fra studien har rett i at brukere som har voldshistorikk kan ha store praktiske begrensninger i det kommunale tilbudet. Et viktig poeng som kommer frem av generell karakter, er at brukerne ofte ikke får bolig, fordi kommunen tenker de ikke har kompetanse til å ivareta personen. Et annet eksempel fra studien er bilkjøring. I studien har det blitt pekt mot at kommunen bør få opplæring i HCR-20, det kan gi botiltaket mulighet til å tilpasse tjenestene etter «dagens voldspotensiale». Det kan medføre en mer individuelt tilpasset tjeneste. Et annet perspektiv er at det kan være et virkemiddel som innfører mer recoverytilnærming for personer med alvorlig ROP- lidelse og voldshistorikk.

Likemenn er forutsetningen for å kunne si at man arbeider recoveryorientert og sånn sett faller botiltaket på utsiden av definisjonen, dersom det ikke prioriteres. Det er gode grunner til å forske videre på om ansettelse av personer med brukererfaring kan påvirke brukernes opplevelse av et verdig tjenestetilbud, opp mot en konkret rolle som alliansebygger mellom ansatte og bruker.

At botiltaket er en forsterket bolig preget av sikkerhet, ekskluderer ikke umiddelbart botiltaket fra å arbeide recoveryorientert. Men utfordringen for reel recovery og det å ta ansvar for eget liv i denne målgruppen, kan se ut til å ligge i spenningsfeltet mellom hva kan brukerne faktisk ta ansvar for og hva kan de ikke ta ansvaret for. Studien viser til interesse rundt det å bruke en totalvurdering av personens funksjon, som vurderingsgrunnlag for samtykkekompetanse. Det

kan være en hjelp for kommunen fordi det gir dem noe som rammer inn brukerne, ofte ved å innføre rusprøver eller ved tvangsmedisinering. Som artikkelen til Pettersen og Rudningen (2014) påpeker, så er det en rekke etiske utfordringer i forbindelse med innskrenkning av frihet. Likevel ligger det i autonomibegrepet, som vi har sett i diskusjonen, som et minimum et ansvar for å ivareta seg selv og andre personer. I studien blir judisielle vurderinger presentert som en løsning for å avklare spørsmålet om tilregnelighet. Det kan ha mange fordeler med seg. Det kan være en praktisk tilnærming til å styrke forsvarlighetsdelen i pbrl § 3-1 for kommunen. Å utføre en grundig utredning av hva personen er i stand til å ta ansvar for og ikke, kan gi mer individuell tilpasning av tjenestetilbudet. Det kan videre gi ansatte en trygghet til å utføre mer recoveryorientert arbeid, fordi man har tryggheten i faglige vurderinger. Dette er alle ting som kan være interessante tema å forske på i fremtiden.

Resultatene i denne studien støttes av tidligere forskning når det kommer til erfaringer med et utfordrende samarbeid opp mot spesialisthelsetjenesten. Mangel på forståelse for hverandres virkeområder ser ut til å være en av årsakene. En annen fordel ved å gi kommunene opplæring i HCR-20, kan være at samarbeidet forbedres fordi instansene «snakker samme språk».

8.1. Videre forskning

Fremover kan det være interessant for ROP- prosjektet å forske på hvilke faglige metoder som tas i bruk i den daglige miljøterapien og om økt kunnskap om HCR- 20 i kommunen medfører at brukere får enklere tilgang på botiltak og om vurderingsgrunnlaget for aktiviteter endrer seg.

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten var et av de viktigste funnene i studien ut fra forskerens perspektiv, fordi det er et område som tidligere forskning har påpekt mangler samarbeid (Frantzen et al., 2012; Pettersen & Rudningen, 2014; *Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid*, 2009). I studien presenteres ulike løsningsforslag på samarbeidsutfordringene. Det mest interessante funnet, sett fra forskerens perspektiv, er fast psykiatrisk avdeling knyttet til botiltaket og en fast kontaktperson på psykiatrisk avdeling. Formålet med å opprette et direkte samarbeid er å forebygge innleggelses eller tilrettelegge for gode innleggelsesforløp. Det er kan i første omgang høres mest realistisk ut å starte med en fast kontaktperson knyttet til botiltaket. Ulike fordeler med en fast kontaktperson er at de får inngående kjennskap til botiltaket og deres rammer og de får kunnskap om brukeren. Det kan medføre at samarbeidet går lettere og tjenestene blir bedre tilpasset brukerens behov. Det kunne være interessant og fulgt opp om dette var en ordning som kan bidra til et bedre

samarbeid før, - under og etter innleggelse eller om det kan bidra til å forhindre re-innleggelser.

Til slutt viser funn i denne studien at det kan være nærliggende å stille spørsmål ved miljøet som samtykkekompetansen vurderes i. Flere utsagn fra deltakerne kan peke på at instansene har ulike observasjoner av situasjonen, her ser tilgang på rusmidler – eller ikke ut til å være en vesentlig faktor. Fra et forskningsmessig perspektiv kan dette være interessant å følge opp, fordi det kan gi en bedre forståelse av hvorfor noen pasienter ender opp med multiple innleggelser og dermed jobbe mot konkrete metoder for å forebygge.

9. Pålitelighet, troverdighet og overførbarhet

Pålitelighet, troverdighet og overførbarhet er vurderingskriterier innen kvalitativ forskning, som beskriver forskningsprosessen og handler om kvalitetsaspektet ved studien (Johannessen et al., 2010).

Pålitelighet handler om studiens interne logikk (Tjora, 2012). En måte å utvise pålitelighet på innen kvalitativ forskning, er ved å gi en konsis utgreiing av hvordan data har blitt utviklet og behandlet gjennom forskningsprosessen. Innen kvalitativ forskning kan det bli vanskelig å reprodusere en studie, men påliteligheten styrkes ved å beskrive typen data som brukes i studien og hvordan den bearbeides. Denne studien har forsøkt å vise til pålitelighet ved å beskrive bakgrunnen for studien, formål, målgruppe, utvalg og utvikling i prosjektet så nøyaktig som mulig. Masteroppgaven tok utgangspunkt i en problemstilling som var relevant for et botiltak knyttet til ROP-prosjektet i Stavanger kommune. Sammen med politiske føringer og anbefalinger fra regjeringen, var det logisk å innta et humanistisk perspektiv til studien. På grunn av temaenes tette sammenheng under fokusgruppeintervjuene, fikk veileder en større rolle som moderator i diskusjonene, slik at forskeren kunne sikre at temaene i intervjuguiden ble besvart. (Thagaard, 1998). Det var ingen større endringer i prosjektet underveis, men på grunn av tidsbegrensninger ble det ikke anledning til å gjennomføre et tredje fokusgruppeintervju. De resterende temaene var tema «ruster til krig», som også er en del av denne oppgavens overskrift, samt temaet likemenn. Det er nærliggende å anta at dette har påvirket resultatene i studien.

Det var ingen større etiske hensyn å ta, med tanke på at alle involverte parter var bevisste på å holde eventuelle personvernsopplysninger og annen sensitiv informasjon på utsiden av diskusjonen. Alle diskusjoner er på generelt grunnlag, og dette påvirker dybden i materialet,

siden deltakerne bare kan være så konkrete, uten å vise til faktiske hendelser og eksempler knyttet til botiltaket. Det vil være naturlig om studien ville generert annen informasjon etter oppstart. Videre har forskeren benyttet SDI-metoden som et ledd i å vise transparens. SDI-metoden sitt formål er å kvalitetssikre empirisk forankring og systematikk. Gjennom kategorier og koder var målet å få frem generaliserte konsepter. I kapitlet om analyse er den trinnvise metoden beskrevet utførlig. Funnene i studien, særlig i temaer som omhandlet miljøterapi gjorde at det ble logisk å teoretisk knytte studien opp mot recoverytilnærming som et faglig perspektiv. Det ble tydelig underveis i prosessen at mange av funnene støttes av tidligere forskning på området.

I forbindelse med begrepet *åpen forskning*, så har datasett ligget tilgjengelig for veileder, slik at hun fritt kunne utføre egne analyser. Videre kan induktivt rettede analyser være utfordrende, fordi man ikke har hypoteser som utgangspunkt. For eksempel kunne ikke forsker forutse at samtykkekompetanse skulle bli et så stort tema i studien som det ble. Det kan og ha påvirket resultatene, ved at forskeren ikke var godt nok forberedt på disse temaene.

Et siste ledd i å utvise pålitelighet, ble å skrive kapitlet om forskerens egen forforståelse.

Denne er svært relevant for å få innsikt i hvordan forskeren har preget studien (Tjora, 2012).

Gyldighet: Studien kan falle under det som kalles en pragmatisk gyldighet. I dette tilfellet var prosjektet rettet mot et spesifikt botiltak og forskningsspørsmålet var til en viss grad styrt av typen informasjon som ROP- prosjektet til Stavanger kommune hadde behov for. Studien har besvart forskningsspørsmålet, ut fra hvilke type kunnskaper og virkemidler som er viktig for at dette botiltaket skal kunne levere et helhetlig tjenestetilbud til alvorlig syke ROP- personer med voldsrisiko (Tjora, 2012).

Generaliserbarhet: Resultatene må sees i lys av at botiltaket ikke har startet opp enda, og ansatte og brukere er ikke blitt kjent. Det kan medføre at botiltaket kan endre på noen deler av praksisen etter oppstart av boligen. Kanskje lar ikke løsningene eller tilnærmingene seg gjennomføre slik planlagt- eller de får ikke de resultatene man hadde sett for seg, og må justere seg etter det.

I forbindelse med replikerbarhet, må det påpekes at det var ønskelig med et tredje fokustrupointintervju. Det er nærliggende å anta at det ville påvirket resultatene i studien. Studien har flere begrensninger i forhold til replikasjon; Det er et spesifikt botiltak, med en smal målgruppe. Det gjør at funnene i denne studien for eksempel ikke kan overføres til

lignende botiltak med personer uten voldsrisiko. Videre er det begrensninger i forhold til variasjon i utvikling i tjenestetilbud i kommunene (Pettersen & Rudningen, 2014), noe som kan påvirke svaralternativer for deltakerne.

I denne studien vil anbefalinger om videre forskning basere seg på det Tjora (2014) omtaler som «interne caser». Anbefalingene ble presentert i kapittel 9.1. Det merkes at anbefalingene ikke tilfredsstillt kravene til den generiske forskningen, som er nødvendig for å være innenfor forskningsetiske prinsipper (Tjora, 2012).

10.Referanseliste

- Anthony, W. A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
doi:10.1037/h0095655
- Barbosa da Silva, A., Hugaas, J. V., Ljungquist, M., & Norheim, A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brukerplan. (2018). Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i helse vest. Retrieved from <https://helse-stavanger.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester/regionalt-kompetansesenter-for-rusmiddelforskning-i-helse-vest-korfor/fag-og-tjenesteutvikling/brugerplan#2018>
- Flannery, R. B., Staffieri, A., Hildum, S., & Walker, A. P. (2011). The violence triad and common single precipitants to psychiatric patient assaults on staff: 16-year analysis of the Assaulted Staff Action Program. *Psychiatric Quarterly*, 82(2), 85-93.
- Frantzen, C., Karagöz, E., & Berge, T. (2012). En modell for boligfaglig samhandling for personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddellidelse.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*.
- Jenny, K. (1995). Introducing Focus Groups. *BMJ: British Medical Journal*, 311(7000), 299-302.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. In (Vol. 72, pp. 2954-2965).
- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery : tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju (2. utg.)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvia, A., Dahl, C., Grønnestad, T., & Jensen, M. J. F. (2020). Easier to Say ‘Recovery’ than to Do Recovery: Employees’ Experiences of Implementing a Recovery-Oriented Practice. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-12.
- Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(3), 107-117. doi:10.1108/ADD-02-2014-0007
- no, R. (2008). St. meld. nr. 47 (2008–2009): Samhandlingsreformen-Rett behandling-på rett sted-til rett tid [Report no. 47 (2008–2009): Reform of cooperation-Correct treatment at the right place at the right time].
- Nvivo. (2021). Nvivo (12.6.1.) Retrieved from <https://www6.uis.no/dist/>. [programvare]
- Otto, R. K. (2000). Assessing and managing violence risk in outpatient settings. *Journal of clinical psychology*, 56(10), 1239-1262. doi:10.1002/1097-4679(200010)56:10<1239::AID-JCLP2>3.0.CO
- 2-J
- Pettersen, K.-S., & Rudningen, G. (2014). Samspill eller svarteperspill? *En studie av ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser med voldsproblematikk. Rapport, 10, 2014.*
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed. ed.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.
- Powell, R. A., & Single, H. M. (1996). Focus groups. *International journal for quality in health care*, 8(5), 499-504.
- Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid.* (2009). (Vol. nr. 47 (2008-2009)).
- Sammen om mestring : veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.* (2014).
- Santos, C. M. d. C., Pimenta, C. A. d. M., & Nobre, M. R. C. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista latino-americana de enfermagem*, 15(3), 508-511.
- Sjøløe, H., Karlsson, B., & Kim, H. (2010). Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome—a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 881-892.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness : a guide for mental health professionals*: Cambridge University Press.

- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., . . . Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20.
- Thagaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse* (Vol. 2): Fagbokforlaget Bergen.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (Vol. 2): Gyldendal akademisk Oslo.
- Vassenden, A., Bergsgard, N. A., & Lie, T. (2012). «Ryktet forteller hvor du bor» Botetthet og integrering blant rusavhengige kommunale leietakere.
- Wågø, S. I., Høyland, K., & Bø, L. A. (2019). Bokvalitet og verdighet–en evaluering av boliger for mennesker med rus-og psykiske lidelser. *SINTEF Fag*.
- Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet*. (2011). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Åpenhet og helhet : om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. (1997). (Vol. nr 25 (1996-97)). Oslo: Departementet.

Vedlegg nr. 1: Intervjuguide 1

Intervjuguide

Recovery:

1. Beskriv hvilke vurderingsgrunnlag som blir brukt i utformingen av tjenestetilbudet til personer med ROP-lidelser.

Oppfølgingsspørsmål: Er det flere eller andre vurderinger i de individuelt tilpassede tjenestene?

Stikkord: kriterier eller grunnlag som utløser rettigheter i vurderingene av tjenestetilbudet; vurdering av prioritering av tjenester, personens funksjonsnivå, utfordringer som går igjen, hvilke tjenester har de fra tjenesteapparatet og hvilke tjenester ønsker brukerne oftest?

2. Hvilke faglige metoder ligger til grunn i arbeidet med å tilnærme seg- og tilrettelegge tjenestetilbudet for personer med ROP-lidelse i dette bo- og aktivitetstilbudet?

Stikkord: Faglige vurderinger og metoder (Eks. MI). Behandlingstilnærming, fokus på å integrere behandlingsprinsipper inn i daglige gjøremål (psykososiale tiltak, angstmestring mv.), meningsfulle aktiviteter.

Oppfølgingsspørsmål: Er dere kjent med recovery? – Hvordan forstår dere det å skulle arbeide recoveryorientert?

Stikkord: Begreper, tilnæringsmetoder eller tiltak som kan sies å være typisk for recovery. Hva tenker de ansatte er noen av kjerneelementene i en recoverybasert tilnærming for denne brukergruppen?

Oppfølgingsspørsmål: Har dere noen positive eller negative erfaringer med å arbeide recoveryorientert?

Stikkord: Brukernes livssyn, økt motivasjon, [manglende] sykdomsinnsikt, forståelse av behov, avvisning av hjelp som ansatte opplever er nødvendig for tilfriskning, mer/mindre aggresjon.

Bolig:

1. Hvilke vurderinger bør ligge til grunn i utformingen av boligtilbud til ROP-pasienter med voldsproblematikk?
Stikkord: Tilgjengelige boliger (utforming, lokasjon), tilpasning til bruker og «et verdig tilbud» fra et tiltak- og tjenesteperspektiv → Funksjonsvurdering, tjenestetilbud, oppfølging i bolig/ADL, tilgjengelig personal og døgnbemanning
2. Hvordan tror dere det vil fungere at flere personer med samme type problematikk bor i et felles hus?
Stikkord: Negative konsekvenser for bofellesskapet? Konsekvenser for beboere? – Spesielt i perioder med høyt lidelsestrykk og eventuelt uro. Prosedyrer eller strategier for å håndtere dette?

Meningsfull Aktivitet:

1. Rop-retningslinjenes anbefaling nr. 37 sier at det er viktig å støtte personens egne ressurser. Hvilke tanker har dere om hvordan dette kan gjøres gjennom meningsfull aktivitet?
Stikkord: Type aktiviteter, hjelp med ADL/psykososiale oppfølgingstiltak
Oppfølgingsspørsmål 2: Hvilke tanker har dere om å «støtte personens egne ressurser» når personen er sterkt preget av ROP eller perioder der lidelsestrykket er spesielt høyt?
Stikkord: Realitetsorientering, vrangforestillinger, forverring, lar tiltaket seg gjennomføre i praksis? Pasient- og ansattssikkerhet. Balanse mellom tvang og tilpasning av tilbudet.
2. Hvilken type aktiviteter eller tiltak tenker dere at brukere kan ha god nytteverdi av og oppleve som god hjelp, til tross for at de kanskje ikke ønsker å motta hjelp i utgangspunktet?
Stikkord: Hvordan hjelpe noen som ikke ønsker hjelp, hvordan komme i posisjon til å samhandle med brukeren? Balanse mellom [frivillig] tvang og tilpasning av tilbudet.
Oppfølgingsspørsmål 1: Hvilke tanker har dere rundt voldsrisiko i disse sammenhengene?

Voldsrisiko:

1. Hvilke tanker har dere om hva som kan være en god strategi for å tilnærme seg brukere som i utgangspunktet ikke ønsker hjelp og som har voldshistorikk?
Stikkord: Faglige metoder, ansattes sikkerhet på arbeidsplassen, bygge samarbeid i situasjoner der samhandling oppleves vanskelig eller bruker ikke opplever tjenestene som meningsfulle.
2. Hvilken type kunnskap mener dere er nødvendig for at ansatte skal føle seg trygge på jobb?
Stikkord: Voldsrisikovurdering, deeskalering, kommunikasjonsferdigheter, balansen mellom vurdering av bo- og aktivtetsbehov og tvang.

Ansattes erfaringer fra tidligere arbeid:

1. Beskriv deres egen opplevelse av et «*verdige tilbud*» til personer med ROP-lidelser.

Stikkord: Uavhengig av ressurser, opplevelse av behov, basale behov; bolig, mat osv. Forslag til tjenester eller måter å forstå eller tilnærme seg personen med ROP-lidelse.

2. Hvilke tjenestetilbud opplever dere som gode for brukerne per i dag?
3. Hvilke 3 tjenester eller elementer vil dere trekke frem som viktigst i utformingen et godt bo- og aktivitetstilbud, basert på tidligere erfaringer?

Stikkord: Gode og sosiale relasjoner (med ansatte eller andre), tilgang på bolig og/eller aktivitet, individuell tilpasning av tjenester, reduksjon av rusbruk, voldsrisiko mv. Forskjell i opplevelsen av behov mellom kjønn?

Vedlegg nr. 2

Intervjuguide nr. 2

Tenker du at dette kan være en logisk retning å sende fokusgruppe nr. 2?

1. Ruster til krig samtidig som man oppfordrer til å ta ansvar
 - *Recovery: Forrige gang diskuterte dere hva som var viktig å tenke på i boligens utforming, for å ivareta beboerne og ansattes sikkerhet. Noen stikkord var tunge møbler, slusesystem og tiltak for å forhindre brann. «Ruster for krig, samtidig som man oppfordrer til å ta ansvar»*
Diskuter spenningsfeltet mellom kontroll og det å være en aktiv deltaker i eget liv.
 - *Tett og fleksibel oppfølging: Hvilke samarbeid på tvers instanser ville dere prioritert høyest med tanke på både sikkerhet og beboernes tjenestetilbud?*
Avtale om oppmøte med NAV, kriseplaner i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, politi, andre i kommunen eks. økonomi.
 - *Manglende lov og regelverk: I forrige spørsmålsrunde kom det frem at dere opplever at lovverket er til hinder for denne målgruppen. Diskuter hvilke endringer som må til for at målgruppen kan ivaretas med dagens lovverk.*
Samtykkekompetanse, manglende tvangshjemler og frivillighet før tvang.
 - *Behov for fortløpende voldsrisikovurderinger og kompetanse: Hvordan kan man forebygge voldsepisoder, med de ressursene som er tilgjengelig (boligens utforming, miljøterapi/relasjon, timing, antall personal, andre offentlige instanser som politi)*
 - *Recoveryorientering forutsetter brukerinvolvering på alle nivå: I forrige intervjurunde var flere av dere opptatt av erfaringsmedarbeidere/ «likemenn». Allianse mellom «dem og oss (fagfolk)», fremme håp om tilfriskning og reel recovery-tilnærming var begrunnelsene. Bør det være en jevnere fordeling mellom faglig ansatte og likemenn på et botiltak som dette? Begrunn gjerne hvorfor dere mener det dere mener.*
 - *HCR-20: I forrige intervju kom det frem at voldsrisikovurderinger tilbake i tid kan hemme psykososiale tiltak og aktiviteter. Hvordan tenker dere at en voldsrisikovurdering kan oppdateres, for å få en mulig ny og nyansert vurdering?*
Hvordan kan dette gi utslag i miljøterapien?
Hva kan være konsekvenser ved å skalere ned voldsrisikopotensialet?
 - *«På brukernes premisser» Innholdet i tjenestene: Opplever dere at botiltaket har mottatt nok ressurser til å utvikle og etablere et verdig tilbud? Hva ville dere eventuelt endret eller tilført?*

Vedlegg nr. 3 Meldeskjema fra NSD:

Meldeskjema 806865

Skriv ut

Sist oppdatert

29.11.2020

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Adresse eller telefonnummer
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- Lydopptak av personer

Type opplysninger

Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedømmer eller lovovertridelser?

- Helseopplysninger

Prosjektinformasjon

Prosjektittel

Kommunalt ansattes refleksjoner om innholdet i Bolig – og aktivitetstilbud for personer med ROP- lidelser og voldsproblematikk

Prosjektbeskrivelse

Studiens formål er å undersøke ansattes faglige refleksjoner før- og erfaringer etter oppstart av et bolig- og aktivitetstilbud for personer med alvorlig ROP-lidelser og voldsproblematikk. Gjennom kvalitativ metode inviteres ansatte i en fokusgruppe for å reflektere rundt faglig forståelse av hva et godt bo- og aktivitetstilbud inneholder og hvordan det sammenfaller i praksis. Målet for studien er å løfte frem ansattes erfaringer med å utvikle et godt tjenestetilbud til ROP brukere med voldsproblematikk, for å få mer kunnskap om hensiktsmessige strategier for å ivareta ansattes sikkerhet.

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Kun kontaktinformasjon med tanke på informasjon om deltakelse og oppmøte.

Prosjektbeskrivelse

Prosjektplan 9.10.docx

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Malin Christine Eggerud, mc.eggerud@stud.uis.no, tlf: 41361262

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Hildegunn Sagvaag, hildegunn.sagvaag@uis.no, tlf: 99793634

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Fokusgruppe bestående av ansatte ved et bolig- og aktivitetsprosjekt for personer med alvorlig ROPP-lidelse og voldsproblematikk. Samme utvalget intervjues i to omganger.

Rekruttering eller trekking av utvalget

Rekruttering foregår gjennom kontakt med leder for bo- og aktivitetsprosjektet

Alder

18 - 76

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Adresse eller telefonnummer
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- Lydopptak av personer
- Helseopplysninger

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Gruppeintervju

Vedlegg

Intervjuguide 19.10.docx

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Grunnlag for å behandle særlige kategorier av personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (art. 9 nr. 2 bokstav a)

Redegjør for valget av behandlingsgrunnlag

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

samtykke 26.10.docx

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Ved å kontakte masterstudent Malin Eggerud, skriftlig eller muntlig

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

Ved å kontakte masterstudent Malin Eggerud, skriftlig eller muntlig

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

- Mobile enheter tilhørende behandlingsansvarlig institusjon
- Maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- opplysningene krypteres under lagring
- Opplysningene anonymiseres fortløpende

Varighet

Prosjektperiode

01.12.2020 - 31.05.2021

Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?

Nei, data vil bli oppbevart uten personopplysninger (anonymisering)

Hvilke anonymiseringstiltak vil bli foretatt?

- Lyd- eller bildeopptak slettes
- Personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger

Vedlegg nr. 4: Samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet?

Kommunalt ansattes refleksjoner om innholdet i

Bolig – og aktivitetstilbud for personer med ROP- lidelser og voldsproblematikk

Vil du delta i et forskningsprosjekt? Formålet er å oppnå mer kunnskap om hvordan et godt bo- og aktivitetstilbud for personer med ROP-lidelser og voldsproblematikk kan utvikles, samtidig som ansattes trygghet ivaretas. Videre er målet å undersøke hva som kan bidra til å redusere voldsrisiko ovenfor ansatte, gjennom at personer med ROP-lidelsen får tilgang på tjenester som bidrar til å nyttiggjøre seg av egne ressurser. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Problemstillingen søker etter ansattes faglige refleksjoner rundt hvordan et godt bo- og aktivitetstilbud for personer med alvorlig ROP og samtidig voldsproblematikk utvikles og hva det kan inneholde. Studien skal undersøke hvordan tilbudet utformes før oppstart og hvordan det har utviklet seg 1 måned etter oppstart. Formålet er å undersøke hvordan tjenestene kan utvikles, med tanke på voldsrisiko ovenfor ansatte. Videre er ROP-retningslinjenes anbefaling nr. 37 sentral i studien, med tanke på det «å støtte personens egne ressurser» gjennom tilnærming til bolig og aktivitet. Hensikten med studien er å undersøke ansattes refleksjoner rundt hvordan et adekvat tilbud til denne brukergruppen kan utformes og hva et trygt og «verdige tilbud» inneholder.

Forskningsprosjektet er en masterstudie.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger, Helsevitenskapelig fakultet, Avdeling for folkehelse er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du har fått spørsmål om å delta i denne studien fordi du er nyansatt ved bolig- og aktivitetsprosjektet. Dine refleksjoner er viktige for studien, på bakgrunn av den kunnskapen du allerede besitter som profesjonsarbeider og som bidragsyter til bolig- og aktivitetsprosjektets oppstart og videre utvikling.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta i prosjektet innebærer dette å møte opp til 2 fokusgruppemøter, ett møte før oppstart og ett møte 1 måned etter oppstart av bolig- og aktivitetstilbudet. Det er satt av 1,5- 2 timer per møte.

Spørsmålene vil dreie seg om hva ansatte tenker kan være et godt botilbud for brukergruppen, hva meningsfull aktivitet kan innebære, opplevelsen av hva som er et verdige tilbud og hvordan ansatte

kan arbeide for å redusere voldsrisiko. Under tema voldsrisiko vil tidlige signaler, deeskalering og tjenestetilbudets utforming for å ivareta trygghet være sentrale tema.

Diskusjonene tas opp og lagres på bånd, for deretter å transkriberes. Diskusjonene skal ikke benyttes til andre formål enn denne studien og alle opptak slettes så snart disse ikke lenger er relevante å beholde. Det diskuteres ingen private opplysninger i denne studien. Personopplysninger som registreres vil være kontaktinformasjon som navn, mailadresse og telefonnummer.

I første fokusgruppe skal det diskuteres hva et «verdige» bo- og aktivitetstilbud inneholder og hvordan tilbudet kan bidra til å ivareta ansattes sikkerhet på arbeidsplassen, før oppstart av selve prosjektet. I andre fokusgruppe følges spørsmålene opp, for å undersøke om innholdet i bolig- og aktivitetstjenestene oppleves som tilstrekkelig i forhold til ivaretagelse av ansattes sikkerhet, om boligløsningene fungerer slik det er tenkt og om tjenestene oppleves som «verdige».

Dersom helseopplysninger kommer frem i eksempler på voldsepisoder eller situasjoner som kan være relevante for å besvare spørsmålene, transkriberes og oppbevares disse på lik linje med annen tekst. Opplysninger og eksempler relatert til konkrete voldsepisoder vil ikke bli benyttet videre i analysearbeidet, da voldsopplevelsen eller skadeomfanget i seg selv ikke vil være relevant for studien. Studien sikter inn mot ivaretagelse av ansattes sikkerhet gjennom å se på typen tjenester, innholdet i tjenestetilbudet - og risikovurderingene som er foretatt før-, under og etter oppstått situasjon.

På grunn av situasjonen rundt Covid-19 vil fokusgruppeintervjuet utføres via videooverføring. Konkret informasjon vil bli sendt på mail når du er bekreftet som deltaker.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Kun forsker og veileder vil ha tilgang på kontaktopplysninger om deg.

Kontaktinformasjon oppbevares bak kode på sikkert område ved Universitetet i Stavanger.

Utskrifter blir anonymisert

Veileder for masterprosjektet er professor Hildegunn Sagvaag vil ha tilgang på all informasjon vedrørende studien.

Ingen deltakere vil kunne gjenkjennes i publikasjoner fra denne studien.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent.

Masteroppgaven leveres 1. juni 2021 og anonymiserte data blir oppbevart i 3 år og deretter slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Universitetet i Stavanger ved masterstudent Malin Christine Eggerud. Alternativt kan veileder for studien professor Hildegunn Sagvaag kontaktes dersom du har spørsmål vedrørende denne studien.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *kommunalt ansattes refleksjoner om innholdet*
i

Bolig – og aktivitetstilbud for personer med ROP- lidelser og voldsproblematikk, og har fått anledning
til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta i kvalitativ metode, intervju i fokusgruppe
- At faglige leder/ leder for utvikling av bo- og aktivitetstilbudet kan gi opplysninger i form av kontaktinformasjon om meg til prosjektet – hvis aktuelt

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)