

Sidsel Sverdrup  
Lisbet Borge  
Olav Helge Angell  
Live Fyrand



DIAKONHJEMMET HØGSKOLE | RAPPORT 2011 / 5

## Rapporter fra Diakonhjemmet Høgskole

EVALUERING AV TVERRFAGLIG ENHET  
FOR DOBBELTDIAGNOSER (TEDD)

*Resultater fra første fase i en følgeforskning*

**Sidsel Sverdrup**

**Lisbet Borge**

**Olav Helge Angell**

**Live Fyrand**

**EVALUERING AV**

**TVERRFAGLIG ENHET FOR DOBBELTDIAGNOSER (TEDD)**

***Resultater fra første fase i en følgeforskning***

**Rapport 2011/ 5**



**Denne rapporten er utgitt av**

Diakonhjemmet Høgskole  
Postboks 184, Vinderen  
N-0319 Oslo  
<http://www.diaconhjemmet.no>

Rapport 2011/5

ISBN: 978-82-8048-099-6

ISBN: 978-82-8048-100-9 (elektronisk utgave)

Elektronisk distribusjon:  
Diakonhjemmet Høgskole

**Omslag**

Aud Gloppen, Blæst Design

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Mangfoldiggjøring, vide4resang av deler eller hele rapporten er ikke tillatt uten avtale med forfatterne eller Kopinor.

## Forord

Dette prosjektet er utført på forespørsel fra Vinderen DPS. Det er finansiert av Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnoser (RKDD) og Helsedirektoratet.

Prosjektet er en følgeforskning, og datainnsamling startet i september 2009. For å følge med i utvikling av de prosesser mellom og innen de nivåer som er i fokus, skjer datainnsamling som en løpende prosess over en 3-års periode som prosjektet skal pågå. I løpet av perioden blir resultater og beskrivelser presentert i underveisrapporter. Foreliggende rapport er den første. Resultater presenteres også jevnlig i ulike faglige fora og på konferanser.

Prosjektet er gjennomført som et samarbeid mellom forskningssjef Sidsel Sverdrup, som har vært prosjektleder, professor Olav Helge Angell, professor Live Fyrand og førstelektor Lisbet Borge. I foreliggende rapport har Sverdrup skrevet kapitlene 1 og 8, samt kapittel 3 med unntak av avsnitt 3.2.2 som er skrevet av Fyrand. I kapittel 2 har Borge skrevet avsnittet 2.1, mens Angell og Fyrand har skrevet avsnittet 2.2 i samarbeid. Videre har Borge i tillegg skrevet kapitlene 5, 6 og 7, mens Angell i tillegg har skrevet kapittel 4. I denne fasen av prosjektet har Borge og Angell hatt ansvar for å gjennomføre de intervjuene som presenteres i rapporten.

Vi retter en takk til både Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnoser (RKDD) og Helsedirektoratet som har finansiert prosjektet. Vi vil også takke alle våre informanter som velvilligst har ønsket å formidle sine erfaringer med og synspunkter på TEDD.

Oslo, februar 2011

Sidsel Sverdrup

forskningssjef

# Innhold

Forord .....	3
Figuroversikt.....	6
Sammendrag .....	7
1 Innledning .....	12
1.1 Bakgrunnen for TEDD .....	12
1.2 Bakgrunnen for evalueringen .....	15
1.3 Tema og problemstillinger.....	15
1.4 Rapportens oppbygging.....	17
2 Behandlingstilbudet .....	18
2.1 Kognitiv miljøterapi .....	18
2.2 Organisatoriske og strukturelle forhold.....	21
3 Forskningsdesign .....	26
3.1 Evalueringstilnærming med følgeforskning som overordnet grep .....	26
3.2 Metode.....	30
3.2.1 Intervjuopplegget .....	31
3.2.2 Data på aggregert nivå.....	32
3.3 Nærmere beskrivelse av utvalg og rekruttering .....	34
3.4 Etske hensyn.....	35
4 Behandlerne/lederne .....	36
4.1 Samhandlingsbetingelser og arbeidsdeling .....	36
4.2 Autoritetsfordeling .....	37
4.3 Ressurser .....	37
4.4 Om å arbeide tverrfaglig.....	38
4.5 Holdninger.....	40
4.6 Gjennomføring av kognitiv miljøterapi .....	41

4.7	Møtet med TEDD .....	43
4.8	Oppsummering.....	43
5	Miljøpersonalet .....	45
5.1	Samhandlingsbetingelser og arbeidsdeling .....	45
5.2	Tverrfaglig samarbeid .....	47
5.3	Autoritetsfordeling .....	48
5.4	Ressurser .....	48
5.5	Holdninger .....	50
5.6	Gjennomføring av kognitiv terapi .....	51
5.7	Sikkerhet, trygghet og ivaretaking .....	53
5.8	Om møtet med TEDD.....	54
5.9	Oppsummering.....	55
6	Pasientene .....	57
6.1	Om tilbudet fra TEDD .....	57
6.2	Om medvirkning .....	62
6.3	Om samordning .....	63
6.4	Om møtet med TEDD.....	64
6.5	Å reise fra TEDD .....	67
6.2	Oppsummering.....	67
7	Pårørende.....	69
7.1	Tjenestetilbudet .....	69
7.2	Brukerens medvirkning i utforming av tjenestetilbudet .....	70
7.3	Rollen som pårørende .....	71
7.4	Oppsummering .....	72
8	Status og prosessen videre .....	74
	Referanser .....	81

## Figuroversikt

Figur 2.1	TEDD – Flytdiagram 11.12.2008.....	23
Figur 2.2	TEDD – Flytdiagram 11.1.2011.....	25
Figur 3.1	Illustrasjon på forholdet mellom studieobjekter og evalueringsformer.....	30

## Sammendrag

Hovedproblemstillingen som reises i dette forskningsprosjektet er:

*Hvilke kritiske faktorer kan beskrives i Tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnoser (TEDD), og hvilke forbedringspotensialer på hvilke områder kan man peke på? Hva skal til for å oppnå ønsket suksess?*

### Bakgrunn og formål

Rapporten er den første dokumentasjonen som foreligger på bakgrunn av en følgeforskning. Bakgrunnen for å gjennomføre arbeidet er et behov for å systematisere erfaringer man gjør underveis i utviklingen av TEDD med hensyn til hva man oppnår på kort og lang sikt, samt en vurdering av behov for endringer og justeringer. Hensikten er å framskaffe et systematisk, forskningsbasert erfaringsgrunnlag med tanke på eventuelt å forbedre tilbudet slik at det blir best mulig. TEDD har nå eksistert i om lag 3 år, og følgeforskningen har pågått om lag 1 ½ år. Tanken er at forskningen skal pågå i om lag 1 ½ år til.

Det er et sentralt anliggende å bruke forskningen til å videreutvikle en best mulig praksis, - samt å videreutvikle samarbeidsrelasjoner og gode arbeidsrutiner for de forskjellige faggruppene som arbeider i enheten, slik at man gir et best mulig tilbud til pasientene.

### Behandlingsmodellen

Tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnoser (TEDD) representerer noe nytt i tilbudet til pasienter med både alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet, og ble startet opp for om lag 3 år siden. Enheten hadde ved oppstart plass til seks pasienter med økning til 12 pasienter. Det er en sengeavdeling lagt til et distriktpsikiatrisk senter, og er beregnet for pasienter med den største problebyrden. Nærheten til akuttavdeling, poliklinikk og tilbudene i bydelene skal danne grunnlag for samordnede og fleksible tiltak fra både første- og andrelinjetjenesten. Målet er å gi pasientene en vesentlig bedret psykisk helsetjeneste med integrert rusbehandling og samarbeid over forvaltningsnivåer og tjenester. Behandling i TEDD er et tilbud til pasienter i Diakonhjemmet sektor som har alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser. Enheten tilbyr avrusing og skjerming, kortvarige stabiliserings- og motiveringsopphold på



opp til 14 dager, eller utredningsopphold på 3–6 måneder. TEDD tar også i mot pasienter på tvungent psykisk helsevern.

Enheten gir aktiv og strukturert behandling av pasientens psykiske lidelse, rusmiddelavhengighet, samt somatiske og sosiale vansker. Familie- og nettverksarbeid inkluderes i behandlingen. Individuell plan og ansvarsgrupper er sentrale arbeidsredskaper. Sentralt står medikamentell behandling og kognitiv miljøterapi supplert med elementer fra motiverende intervju, avpasset i forhold til pasientens funksjonsnivå. Fysisk aktivitet er en integrert del av behandlingsopplegget. Et overordnet perspektiv for alle tiltak er vektlegging av ressurser og helsefremmende faktorer, som for eksempel pasientens opplevelse av sammenheng i sin indre og ytre verden.

### Metode og utvalg

I denne første fasen av følgeforskningen blir problemstillingen analysert og drøftet med referanse til resultater fra kvalitative intervjuer av fire informantgrupper, nemlig behandlere, miljøpersonalet, pasienter og pårørende. Intervjuene til samtlige grupper har i hovedsak vært sentrert rundt de samme temaområdene, og omhandlet spørsmål om samhandlingsbetingelser og arbeidsdeling, om autoritetsfordeling og ressurser, samt om holdninger. Videre omhandlet de spørsmål om gjennomføring av kognitiv miljøterapi og om møtet med TEDD.

### Resultater

Gjennomgående tyder resultater på at man har oppnådd gode behandlingsresultater for den aktuelle pasientgruppen i den perioden TEDD har eksistert. Dette kommer til uttrykk gjennom erfaringene som formidles gjennom intervjuene av alle de aktuelle informantgruppene i denne rapporten.

Intervjuene med ledergruppen understreker at tverrfaglig arbeid er et sentralt element i ideologien på TEDD. Ledergruppen har oppfattet at det ikke synes klart for alle i personalet hvordan det skal forstås og hva det innebærer i praksis. Ledergruppen er opptatt av å gjøre noe med det. Ett aspekt ved problematikken omhandler hvorvidt fagpersonale skal engasjere seg i oppgaver som andre profesjoner er "nærmere" til eller har bedre faglige

forutsetninger for enn de selv har. Det andre aspektet omhandler faggruppens mulighet til å konsentrere seg om primært å arbeide med oppgaver som innebærer å bruke egen fagspesifikk kompetanse.

Holdninger til pasientene blant lederne/behandlerne, kan sammenfattes med ordet "respekt" for hva de mente er viktig å formidle til pasientene.

Indirekte ga de intervjuede i ledergruppen uttrykk for at det står noe igjen før kognitiv miljøterapi (KMT) "sitter" i systemet. Det ble framholdt at det tar tid å skjønne og lære seg de aktuelle teknikkene.

Resultater fra intervjuene med miljøpersonalet peker på at både samhandlingsbetingelser og arbeidsdeling synes å fungere godt mellom miljøpersonalet. De arbeider tverrfaglig, både i praktisk arbeidsfordeling og i utøvelse av terapeutiske oppgaver, og utfyller hverandre bra. Også samarbeidet mellom miljøpersonalet og ledelsen fungerer stort sett bra. På den ene siden oppleves lederen av avdelingen som tydelig og omsorgfull, men på den annen side er det likevel tydelig frustrasjon over alt for mye ansvar og oppgaver grunnet for dårlige pasienter. Vaktturnusen blir omtalt som hard og går ut over det mulige samarbeidet med behandlerne. Signaler på slitasje kan være til stede. Det savnes også tydeligere retningslinjer i arbeidet, spesielt i forhold til miljøpersonalet på natt.

Autoritesfordelingen synes tydelig. Alle vet hvem sjefen deres er, samtidig som at ansvarsfordelingen oppleves lite hierarkisk. Behandlerne har det siste ordet i pasientsaker og det oppleves hovedsakelig greit. Det kan likevel synes som at det er to sjikt i avdelingen; behandlerne og miljøpersonalet. Behandlerne bestemmer tiltak som miljøpersonalet har ansvar for og skal utføre. Det brukes også forskjellige benevnelser; personalet omtales som miljøpersonalet, mens behandlerne omtales som terapeuter og ikke personale. Miljøpersonalet sier de ikke heller omtales som terapeuter eller behandlere. Dette kan skape utydelige skiller og kanskje forvirring i forhold til målet om å implementere kognitiv miljøterapi. Savnet av en egen leder av miljøpersonalet kommer også tydelig fram.

Avdelingen har gode ressurser i forhold til å gi personalet støtte til videreutdanning og veiledning. Likevel synes det ikke at den kognitive miljøterapien er helt på plass. Mange ga uttrykk for usikkerhet rundt dette arbeidet.

Pasientene gir uttrykk for en positiv opplevelse fra erfaringene sine med TEDD. De beskriver det som en annerledes institusjon som knyttes til et engasjert personale, varme omgivelser, respekt, likeverdighet og omsorg. Betydning av egne rom og fine omgivelser vektlegges.

Et viktig kjernepunkt er at TEDD ikke skriver ut pasientene etter russprekk. Dette har gitt pasientene en svært nyttig erfaring og som har hatt betydning i deres bedringsprosess. På den annen side ga enkelte pasienter uttrykk for at noen kan miste motivasjon når de ser at enkelte pasienter ruser seg under oppholdet.

Intervjuene peker på at pasientene har en blandet erfaring når det gjelder nytten av den kognitive miljøterapien. Noen mener de har fått med seg et verktøy de kan bruke videre, mens andre ikke har forstått så mye av den. Det aller viktigste for dem har vært tilbudet om ulike former for fysisk aktivitet og hjelp til å komme i en tilfredsstillende bolig. Pasientene er imidlertid delte i synet på betydningen av å involvere pårørende i deres behandling.

Samordning av behandlingsopplegget synes å ha fungert bra for pasientene. Både individuell plan og ansvarsgrupper ble anvendt. Utskrivingen fra TEDD synes å være vanskelig for enkelte pasienter da overgangen blir for brå. Noen kan trenge mer oppfølging fra avdelingen en stund etterpå. Andre ga uttrykk for anerkjennelse til TEDD på måten planleggingen av utskrivelsen ble foretatt på.

Pårørende gir uttrykk for at det er positivt at det er kommet et helsetilbud hvor både ruslidelsen og den psykiatriske lidelsen blir fokusert samtidig. Dette er nytt for dem. De fleste pårørende sa at de hadde sett en positiv endring hos sine nære etter oppholdet. Spesielt er de fornøyd med at det har vært fokusert på endring av medisiner og arbeid med bolig-situasjonen.

I forhold til rollen som pårørende gir mange av dem uttrykk for svært mange og til dels dårlige erfaringer med tidligere behandlingsapparat, samt for at de har hatt en strevsom og belastende hverdag med mye uforutsigbarhet, samt lite forventninger til behandlingssystemet. Gruppen har særlig savnet to forhold fra TEDD: Det første er informasjon, og det andre er involvering i behandlingen. Mangel på informasjon omhandler flere forhold. En generell informasjon savnes, blant annet om hva som foregår på TEDD, om muligheten for å kunne besøke sin nære på avdelingen, og om mulige råd for hvordan de kan møte sin sønn,

datter eller brors problemer. Flere bemerket at de har lest på internett og hjemmesiden til TEDD at pårørende er en viktig ressurs i behandlingen, noe de har merket mindre til selv. En bedre dialog med pårørende kan derfor være et viktig tilskudd, ikke minst til de pårørende i seg selv.

### Konklusjon

Resultatene fra denne første fasen av følgeforskningen er i hovedsak positive med hensyn til det behandlingstilbud TEDD representerer. Resultater peker på at man har funnet en god modell, men at det er forbedringsmuligheter ved den. Så langt peker følgeforskningen på flere slike utfordringer. Løsning av disse vil trolig bidra til å forbedre tilbudet.

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunnen for TEDD

Tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnoser (TEDD) representerer noe nytt i tilbudet til pasienter med både alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet. Det er en sengeavdeling lagt til et distriktpspsykiatrisk senter, og er beregnet for pasienter med den største problebyrden. Nærheten til akuttavdeling, poliklinikk og tilbudene i bydelene skal danne grunnlag for samordnede og fleksible tiltak fra både første- og andrelinjetjenesten. Målet er å gi pasientene en vesentlig bedret psykisk helsetjeneste med integrert rusbehandling og samarbeid over forvaltningsnivåer og tjenester.

Dobeltdiagnose viser til samtidig rusmiddelavhengighet og alvorlige psykiske lidelser, spesielt schizofrenidiagnose eller bipolare lidelser med psykotiske symptomer. Begrepet "sammensatte lidelser" er trolig mer dekkende, da disse pasientene dessuten sliter med angst og depresjon, og har store yrkesmessige, sosiale, økonomiske og boligmessige vansker, i tillegg til somatiske lidelser. Kombinasjonen rus og psykisk lidelse har negative følger for forløp og effekt av behandling, med høy risiko for frafall, stadige innleggelses på akuttavdelinger, økt risiko for suicid og hiv-infeksjon, forverring av psykose, depresjon og annen psykopatologi, og økt rusmiddelbruk (Gråwe & Hagen, 2008). Enkelte pasienter kan ha opp til ti re-innleggelses i spesialisthelsetjenesten i året.

Gjennomgang av kontrollerte psykososiale behandlingsstudier for denne pasientgruppen viser at effektiv behandling kombinerer slike behandlingstiltak, og at behandlingstiltak basert på kognitive og atferdsbaserte prinsipper som integrerer behandling av både rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser, er forbundet med bedre behandlingsresultater (Kavanagh & Mueser, 2007). Mueser og medarbeidere (2006) beskriver elementer i integrert behandling:

- Grundig og omfattende kartlegging, for eksempel av pasientens psykososiale historie, psykoseopplevelser, tidligere innleggelses, sosial og arbeidsmessig fungering, boligforhold, medisinske behov, bruk av rusmidler, motiver for og konsekvenser av rusbruk

- Integrert behandlingsplan, og kriseplan som omhandler både psykiske og rusrelaterte kriser
- Bruk av motiverende intervju og kognitiv terapi, rettet mot å lære nye ferdigheter for å mestre rustring, risikosituasjoner og tilbakefall, trening i problemløsning, sosial mestring, boferdigheter etc.
- Familieintervensjoner for å redusere belastningen på familien og styrke samarbeidet mellom pasient, hjelpeapparat og familie kan være aktuelt
- Farmakologisk behandling med antipsykotiske og stemningsstabiliserende medikamenter
- Substitusjonsbehandling for opiatavhengige
- Regelmessig fysisk aktivitet, rettet mot økt sosial mestring, selvfølelse, livskvalitet og forebyggende helsearbeid
- Oppsøkende tiltak, stadietilpasset behandling og skadereduksjonsmodell
- Sømløse innleggelser og utskrivinger

Den aktuelle pasientgruppen har et særlig stort behov for samordnede og fleksible tiltak fra både første- og andrelinjetjenesten. Hjelpen må være tilgjengelig når pasienten trenger den. Tradisjonell institusjonsbehandling av denne gruppen har foregått i sengeavdelinger og i tiltak innenfor rusomsorgen. Disse tiltakene har ofte vært et stykke fra pasientenes alminnelige liv, både geografisk og innholdsmessig. Parallelt har det vært arbeidet med tiltak hvor man skulle kunne møte pasientene nærmere deres daglige liv, med oppsøkende tjenester eller mer fleksibel bruk av poliklinikker. Mange gode tiltak har ikke fungert godt nok på grunn av manglende kontinuitet og sammenheng mellom leddene i behandlingskjeden. Det har vist seg vanskelig å få tiltak i førstelinjen til å fungere i et godt samspill med tjenestene i sykehusavdelingene. TEDD representerer her noe nytt – en sengeavdeling ved et distriktpsikiatrisk senter, tett forbundet med de andre enhetene ved DPS, som ruspoliklinikk, allmennpsykiatrisk poliklinikk og ambulanseteam, og med stor nærhet til tjenestene i bydelene, for eksempel sosialkontorene. Hensikten er å styrke kommunikasjon og samarbeid mellom de ulike tilbudene.

Behandling i TEDD er et tilbud til pasienter i Diakonhjemmet sektor som har alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser. Enheten tilbyr avrusing og skjerming, og kortvarige stabiliserings- og motiveringsopphold på opp til 14 dager, eller utredningsopphold på 3–6 måneder. TEDD tar også i mot pasienter på tvungent psykisk helsevern. Enheten hadde ved oppstart plass til seks pasienter med økning til 12 pasienter i løpet av 2008.

Målet for de kortvarige oppholdene er skadereduksjon, forebygging av funksjonsfall og motivering for endring og behandling. Fokus er behov for integrerte tiltak i forhold til rusmisbruk, psykisk lidelse, somatisk situasjon og sosialsituasjon. Utrednings- og behandlingsoppholdet på 3–6 måneder tilbys pasienter som ikke tidligere har vært tilfredsstillende utredet. Utredningen munner ut i en plan for videre rehabilitering og behandling, oppstart av slike tiltak og kontakt med øvrig hjelpeapparat i første- og andrelinjetjenesten.

TEDD skal altså tilby pasientene et gjennomgående behandlingstilbud forankret i en sengeavdeling, men samtidig integrert i DPS sine øvrige funksjoner, med nærhet til førstelinjetjenesten og sykehusavdelingene. Målet er å gi disse pasientene en vesentlig bedret psykisk helsetjeneste med integrert rusbehandling.

TEDD gir aktiv og strukturert behandling av pasientens psykiske lidelse, rusmiddelavhengighet, samt somatiske og sosiale vansker. Familie- og nettverksarbeid er planlagt som ledd i behandlingen. Individuell plan og ansvarsgrupper er sentrale arbeidsredskaper. Sentralt står medikamentell behandling og kognitiv miljøterapi supplert med elementer fra motiverende intervju, avpasset i forhold til pasientens funksjonsnivå. Fysisk aktivitet er en integrert del av behandlingsopplegget. Et overordnet perspektiv for alle tiltak er vektlegging av ressurser og helsefremmende (salutogene) faktorer, som for eksempel pasientens opplevelse av sammenheng i sin indre og ytre verden. Teoretisk er tilbudet basert på kognitiv miljøterapi.

TEDD tar kontakt med pasientens pårørende, og er opptatt av deres situasjon og behov. Et tiltak man vurderer her kan være kurs for pårørende i samarbeid med poliklinikk og lærings- og mestringssenteret.

## 1.2 Bakgrunnen for evalueringen

Parallelt med oppstarten og den begynnende driften av TEDD i 2008 ønsket man å iverksette en evaluering. Hensikten skulle være å beskrive og analysere det som skjer i den nye enheten, med hensyn til om og i hvilken grad man får til det man ønsker overfor pasientene som tas inn til akuttopphold og til utrednings- og behandlingsopphold. TEDD representerer dessuten en ny tilnærming. Vurdering av behov for kvalitetsforbedring av tilbudet er følgelig sentralt.

Det er behov for systematisering av erfaringer man gjør underveis med hensyn til hva man oppnår på kort og lang sikt, og vurdering av behov for endringer. Dette nødvendiggjør underveisevaluering over en lengre periode.

## 1.3 Tema og problemstillinger

Hovedproblemstillingen i prosjektet er:

*Hvilke kritiske faktorer kan beskrives i TEDD, og hvilke forbedringspotensialer på hvilke områder kan man peke på? Hva skal til for å oppnå ønsket suksess?*

I prosjektets første fase, forberedelsesfasen, utarbeides en systematisk beskrivelse av tilbudet, men henblikk på å kartlegge områder for kritiske faktorer og forbedringspotensialer. Problemstillinger her er:

1. Hvordan er målene med TEDD formulert i sentrale dokumenter?
2. Hvordan kan man definere målbare indikatorer på suksess for TEDD?
3. Hvilke forhold hemmer eller fremmer TEDD som samarbeidsprosjekt med resten av spesialisthelsetjenesten og bydelene, og som et hensiktsmessig tiltak for brukerne?

Svarene på disse spørsmålene danner grunnlaget for det videre arbeidet med evalueringen av TEDD på både strukturnivå og aktørnivå, knyttet til fire temaområder: *strukturelle forhold*, forhold vedrørende *behandlingsform og behandlingstilnærming*, forhold vedrørende *pasientene*, samt forhold vedrørende *behandlingsmodellene*. Med utgangspunkt i fore-



liggende dokumenter og informasjon samlet inn gjennom intervju ved oppstarten av evalueringsprosjektet i 2008 ble de fire temaområdene spesifisert som følger:

1. *Integrert behandling på DPS-nivå:* TEDD skal være en del i en sammenhengende behandlingsskjede, tett opp til allmennpsykiatrisk poliklinikk med et poliklinisk tilbud til pasienter med mest framtrepende psykiske lidelser, Enhet for rus og psykiatri (ruspoliklinikken) for pasienter med mest uttalte rusproblemer, rehabiliteringsenheten, ambulant team, akuttavdelingen ved Psykiatrisk klinikk, tilbudene i bydelene, samt familie og nærmiljø. I hvilken grad er organiseringen fordelaktig med hensyn til å legge en tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose på DPS-nivå? Hvilke faktorer er viktige for å lykkes?
2. *Individuelt tilpasset behandling i miljøet,* med vekt på kognitiv miljøterapi. Hvordan implementere kognitiv miljøterapi i en slik avdeling? Hvordan sikre konsekvent utføring av kognitiv miljøterapi og god, individuelt tilrettelegging i miljøet?
3. *Skadereduksjon og bedret livskvalitet.* I hvilken grad får pasientene bedret sin funksjon og sitt liv? Gir tilbudet et godt grunnlag for videre tiltak på spesialist- og bydelsnivå?
4. *De to behandlingsmodellene: 14 dager og 3-6 måneder.* Hvor godt fungerer hver av de to behandlingsmodellene? Passer de til alle pasientgruppene, og oppnår man det man ønsker? Hva skal til for eventuell bedring av kvaliteten i tilbudet?

TEDDs pasientgruppe er heterogen, og det er viktig å få kunnskap om tilrettelegging av behandlingen i forhold til individuelle forskjeller, for eksempel motiverte versus umotiverte pasienter, pasienter med rusavhengighet versus rusmisbruk, pasienter med traumer versus pasienter uten traumer, pasienter med antisosial atferd versus pasienter uten slik atferd. Tilsvarende er det viktig å få kunnskap om "timingene" og samordningen av ulike tiltak, som medikamentelle, individualterapeutiske, gruppeterapeutiske og familiebaserte tilnærminger, nettverkstiltak, bo-tiltak og yrkes- eller aktivitetsrettede tiltak.

De ovennevnte forholdene skal studeres over en tidsperiode på om lag 3 år for å få grunnlag for å vurdere om man har oppnådd det man sikter mot. Beskrivelse og analyse av utvikling av tiltak og prosessene disse genererer underveis over tid er sentralt.

## 1.4 Rapportens oppbygging

Rapporten er bygget opp slik at behandlingstilbudet beskrives i kapittel 2. Der blir det presentert en nærmere redegjørelse for hva kognitiv miljøterapi innebærer, og hvordan dette er tenkt satt i system i en organisatorisk og strukturell sammenheng på TEDD.

Kapittel 3 redegjør for studiens forskningsdesign, herunder evalueringsgrepet som er valgt, samt en gjennomgang av hvilke typer utvalg og data som benyttes, og hvordan data er hentet inn.

Empiriske resultater blir deretter presentert i de fire påfølgende kapitlene. Kapittel 4 redegjør for resultater i tilknytning til behandlere, kapittel 5 redegjør for resultater i tilknytning til miljøpersonalet. I kapittel 6 og 7 presenteres resultater fra henholdsvis pasienter og pårørende. Det siste avsluttende kapittel 8 trekker opp status så langt, og peker på noen utfordringer som kan være viktige å gripe fatt i for den videre utviklingen av et best mulig tilbud ved TEDD.

## 2 Behandlingstilbudet

TEDD representerer noe nytt i behandlingssammenheng i tilbudet som gis til pasienter med dobbeltdiagnose. I dette kapitlet beskrives først hva TEDD er basert på behandlingsmessig, og det gis en kortfattet presentasjon av kognitiv miljøterapi. Derneft beskrives hvordan tilbudet er bygget opp og strukturert organisatorisk, både i forhold til Vindern DPS og i forhold til det øvrige behandlingstilbudet i regionen.

### 2.1 Kognitiv miljøterapi

Kognitiv miljøterapi er en ny tilnærming som har vært lite utprøvd på norske institusjoner. To sengeposter, i henholdsvis Orkdal (Simonsen, 2007) og Tromsø (Fredheim, 2009) har beskrevet erfaringer med å implementere metoden. I Sverige og Danmark har derimot kognitiv miljøterapi vært anvendt i flere år. Flere positive erfaringer er rapportert, spesielt i forhold til en bedre helhetlig tilnærming i det tverrfaglige samarbeidet, bedre utnyttelse av faggruppens ressurser, samt bedre struktur og tydeligere dokumentasjon av behandlingseffekt hos pasientene (Perris, 1991, Oestrich & Holm, 2006). Undersøkelser har vist at kognitiv miljøterapi bidrar til bedring av livskvalitet hos psykotiske pasienter (Svensson et al., 2000), og sammenlignet med standard miljøterapi opplevde pasientene som mottok kognitiv miljøterapi større reduksjon av psykotiske symptomer (McCann, 2001).

Kognitiv atferdsterapi har i utgangspunktet vært benyttet som en form for individuell samtaleterapi. Dette er inngående beskrevet av Berge og Repål (2010). Kognitiv terapi er en systematisk, strukturert og målrettet tilnærming der samtalen er retningsbestemt av et innhold og en plan. Samtalen er basert på et gjensidig samarbeid mellom hjelper og pasient, og en felles forståelse av problemer, mål og metoder for å oppnå et godt resultat. Undervisning om sykdommen og om behandlingen, samt praktiske hjemmeoppgaver, er viktige elementer i behandlingsmetoden. Grunntanken er at tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og handlinger henger sammen. Mennesket har ikke evne til å påvirke følelser eller kroppsreaksjoner direkte. Men følelsene påvirkes av hva vi tenker og hvordan vi handler. Vi kan handle annerledes, og på den måten endres følelsene. Og vi kan få hjelp til å bli klar over hvordan vi tenker. Når tankene er blitt bevisste, kan vi se på dem og undersøke

om de er hensiktsmessige eller sanne. Er de ikke det, kan vi lete etter alternative tanker. Og så kan vi teste ut om følelsene endres når vi tenker annerledes.

I praksis går metoden ut på at man sammen med pasienten forsøker å identifisere situasjoner der negative eller ubehagelige følelser aktiveres. Så forsøker pasient og hjelper sammen å identifisere situasjonen som utløste den negative følelsen, hvilken måte personen handlet på, og hvilke negative automatiske tanker som ble aktivert. ABC-modellen er ofte benyttet i denne sammenheng og er et godt rammeverk for miljøterapeutisk dialog. A står for "activating event", B for "beliefs" og C for "consequences". På norsk er dette oversatt til hendelse (situasjon), tanke og konsekvenser. Konsekvenser inkluderer både følelsesreaksjoner, kroppslige reaksjoner og handlinger som iverksettes, samt sosiale følger (Simonsen, 2007). I disse samtalesituasjonene benyttes ofte et skjema med tre kolonner for å hjelpe pasientene til å kjenne igjen og skille mellom tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og handlinger. Dette er et godt redskap for å reflektere over egne erfaringer, og bidrar til hjelp til selvhjelp, ved at pasientene selv lærer å kjenne igjen negative automatiske tanker og se etter alternative tanker, samt å påvirke sine følelsesreaksjoner gjennom å handle annerledes. På denne måten blir de i stand til å finne svar og løsninger på egne vansker. Denne arbeidsmåten krever et likeverdig samarbeid mellom behandler og pasient. Det er pasientenes tanker, følelser og meninger som er sentrale. Et gjensidig samarbeid om felles mål mellom de involverte terapeutene og pasientens behandlingsplan står sentralt. Kognitiv terapi kan benyttes ved de fleste psykiske lidelser, og flere randomiserte kontrollerte studier viser at kognitiv terapi er nyttig også ved psykotiske lidelser (Chadwick, 2009).

Tradisjonelt har miljøterapi på psykiatriske institusjoner hatt sin forankring i et psykodynamisk forståelsesperspektiv og en individualterapeutisk tradisjon. Den enkelte psykoterapeut og miljøterapeut har blitt definert som betydningsfulle personer i pasientenes liv, som overføringsobjekt, egostøtte, container eller tilknyttingsperson (Simonsen, 2007). En slik tilnærming kan bidra til at pasientene opplever seg som hjelpeløse, mister troen på seg selv og overlater ansvaret til helperne. Oestrich og Holm (2006) understreker dette perspektivet når de viser til at objektivisering av pasienten i behandlingen gjør det vanskelig å få til et likeverdig samarbeid, som er et sentralt prinsipp i kognitiv terapi. Ulike profesjoner har sine tradisjonelle roller og posisjoner i forhold til behandlingen, og holdningen er ofte

eklektisk så vel i teori som i praksis. Dette kan i praksis bety at ulike behandlere behandler samme pasient ut fra forskjellige teorier og forståelsesmåter. Dette har bidratt til uklarheter, både i forhold til teori om virksom miljøterapi, og hvilket ansvar miljøterapeuter har i forhold til øvrig behandling. Resultatet kan bli flerfaglighet snarere enn tverrfaglighet, og i verste fall kan de ulike yrkesgruppene motarbeide hverandre med den konsekvens at pasientene får lite nytte og læring av institusjonsoppholdet.

Miljøterapeutene har et eget ansvar for å skape et terapeutisk miljø for pasientene. Miljøet skal være en arena som gir rom for både trygghet og utfordring og skape muligheter for kommunikasjon med andre mennesker og læring. Miljøet skal også muliggjøre korrigerende av pasienters feiltolkninger av virkeligheten, bedring av selvtillit og økt selvinnsikt, og at angsten minskes (Perris, 1991).

På TEDD er det valgt å etablere kognitiv miljøterapi som en enhetlig og felles avdelingsideologi, i tråd med Oestrich & Holm (2006) sine anbefalinger. Hovedinnholdet i arbeidsoppgavene for miljøterapeuten er å følge opp pasientens kognitive behandlingsplan og kriseplan, ved bruk av kognitive metoder. Sosial ferdighetstrening, undervisning og fysisk aktivitet er viktige brikker i dette. Miljøterapeutene får dermed et tydeligere ansvar som terapeuter og muligheter for å være gode rollemodeller. Målet er å korrigere negative og uhensiktsmessige selvoppfatninger, øke pasientens refleksjonsevne og mestringsfølelse, samt å fremme håp og tro på egen framtid.

Det miljøterapeutiske arbeidet består av mange hverdagslige aktiviteter både innenfor og utenfor institusjonen. Mange av pasientene er i utgangspunktet fysisk inaktive, og for disse vil fysisk aktivitet være en atferdsendring, som kan bidra til å endre ubehagelige følelser. Fysisk inaktivitet svekker også den fysiske helsen, og et systematisk tilbud om fysisk aktivitet er viktig også for å bevare og styrke kroppslig helse, og bidrar til omsorg for hele mennesket. Gjennom sosial ferdighetstrening tilstrebes at pasientene får muligheter til å øve seg på arenaer som er utfordrende for dem. Dette krever en bevisstgjøring av det konkrete arbeidet som utføres. På den måten kan den praktiske utførelsen og den verbale og ikke – verbale kommunikasjonen følge de kognitive prinsippene i de fleste aktiviteter, slik at målet om at

pasientene får en bedre forståelse av seg selv og sine omgivelser kan oppnås (Oestrich & Holm, 2006).

Erfaringene fra Danmark (2006) understreker betydningen av læring i kognitiv miljøterapi gjennom formidling av teoretisk kunnskap, veiledning og praktisk trening. Regelmessig undervisning er en viktig forutsetning. Det anbefales også at det arbeides med å etablere en gjensidig forståelse mellom de ulike tverrfaglige yrkesgruppene, slik at de kan fungere som gode team og utfylle hverandre på best mulig måte.

## **2.2 Organisatoriske og strukturelle forhold**

Det faglige arbeidet er ledet av en ledergruppe ledet av seksjonsoverlegen som også har det medisinskfaglige ansvaret. I ledergruppen er i tillegg disse med: lederen for miljøpersonalet som er lederens assisterende enhetsleder, psykologspesialisten som har det psykologfaglige ansvaret, ledende sosionom som har det sosionomfaglige ansvaret og har fungert som lederens stedfortreder overfor bydelene i det som gjelder samarbeidet mellom bydelene og DPS, idrettspedagogen som har ansvar for timeplanlegging og aktiviteter, samt en konsulent. Ledergruppen er ment å representere det tverrfaglige miljøet som ligger til grunn for arbeidet på TEDD. Derfor er gruppa såpass stor.

Bortsett fra idrettspedagogen og konsulenten representerer de andre som er med i ledergruppa, større og mindre faggrupper i personalet. Idrettspedagogen er med i ledergruppa fordi fysisk aktivitet og mestring er grunnleggende elementer i arbeidet på TEDD. Av de som er med i ledergruppen, har seksjonsoverlegen, psykologspesialisten og ledende sosionom behandlingsansvar.

Psykologspesialisten har ansvaret for behandlingsmøtene og for opplæring av psykologer. Det er for tiden én psykolog under spesialistutdanning ved TEDD. Psykologspesialisten har ansvaret for behandlingsmøtene og veileder miljøpersonale i miniteam.

Ledende sosionom har ansvar for veiledning for sosionomene og har oppgaver som gjelder samhandlingen med bydelene. Ledende sosionom leder boligprosjektet til TEDD, har formelt delansvar for interne seminarer og innføringskurset og er formelt "barneansvarlig" sammen

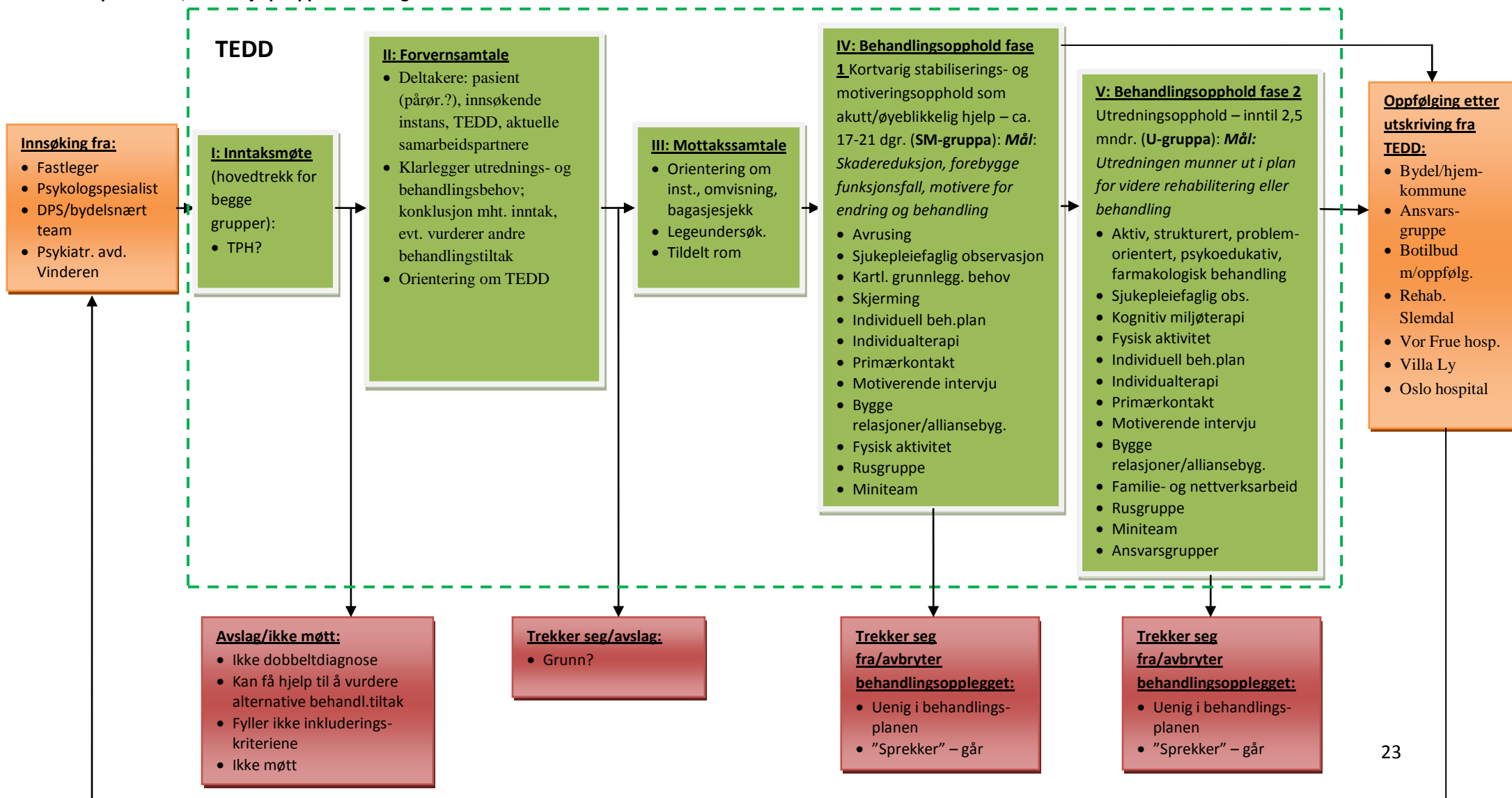
med barnevernspedagogen. Boligprosjektet "Min bolig - mitt hjem: bo-oppfølging av pasienter med dobbeldiagnoser" skal hjelpe pasienter til etablering og tilpasset oppfølging i varig bolig, og etter hvert til å sluse dem over i et tilfredsstillende hjelpe- og støtteapparat. Prosjektet innebærer at det skal utvikles en metode for dette og for samarbeid med andre hjelpeinstanser, for deretter å formidle den tilegnede erfaring og kompetanse til andre. Prosjektet er et samarbeid mellom TEDD og ByBo i Stiftelsen Kirkens Bymisjon i Oslo (Karagöz 2010).

Figur 2.1 stiller opp et flytdiagram som er ment å vise pasientflyt fra innsøking til og med utskrivning fra TEDD, inkludert frafall på ulike stadier i den planlagte gjennomføringen. Denne figuren er basert på informasjonen vi samlet inn i starten av prosjektet (høsten 2008), og illustrerer intensjonene slik de var ved oppstart. I figuren er det vi kan kalle TEDD som system avgrenset ved hjelp av den grønne, stiplede linjen. I samband med "input" eller innsøking er de aktuelle innsøkingsinstansene nevnt. Slik strukturen er lagt opp for et opphold på TEDD, er det noen felles faser eller elementer i opplegget som alle pasientene er tenkt å ha felles. Det gjelder fase I til IV på figuren: inntaksmøte, forvernsamtale, mottakssamtale og behandlingsopphold fase 1. For de forskjellige fasene spesifiserer figuren hva hver enkelt omfatter. På figuren er det også spesifisert typer av frafall i forbindelse med hver av fasene, fra at en person får avslag på søknad ved at det på inntaksmøtet blir fastslått av pasienten ikke fyller kriteriene til inntak, til at en pasient trekker seg som følge av sprekke eller uenighet om behandlingsplanen under behandlingsoppholdet.

Figuren skisserer to faser i behandlingen eller to typer av behandlingsopphold. Den som er kalt fase 1, innebærer et kortvarig stabiliserings- og motiveringsopphold som akutt eller øyeblikkelig hjelp. Det er ment å vare ikke lenger enn ca. 17-21 dager. Målet for arbeidet i denne fasen er primært skadereduksjon, den skal forebygge funksjonsfall og bidra til å motivere for endring og behandling. Denne fasen omfatter de elementene og strukturen som er nevnt i den aktuelle boksen på figuren. Etter denne behandlingsfasen kan pasienten bli utskrevet og overført til oppfølgingstiltak utenfor TEDD.

Figur 2.1 TEDD – Flytdiagram 11.12.2008

Målgruppe: Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk som trenger skjerming mot rusmisbruk eller har en forverring av sin psykiske lidelse – står i fare for å ikke klare seg på det funksjonsnivået de er, fare for forverring og funksjonsfall, miste bolig, behandlingsplass el. lignende - pasienter med destruktiv rusing, utslitte pårørende, utslitt hjelpeapparat eller lignende.





I modellen i figur 2.1 framgår det at alternativet til utskriving er at pasienten blir overført til neste fase på TEDD, behandlingsfase 2 som er et utredningsopphold. Dette oppholdet er tenkt å kunne ut i en plan for videre rehabilitering eller behandling utenfor TEDD. I figuren er dette symbolisert ved pilen til oppfølgingen etter utskriving, og er illustrert i figuren.

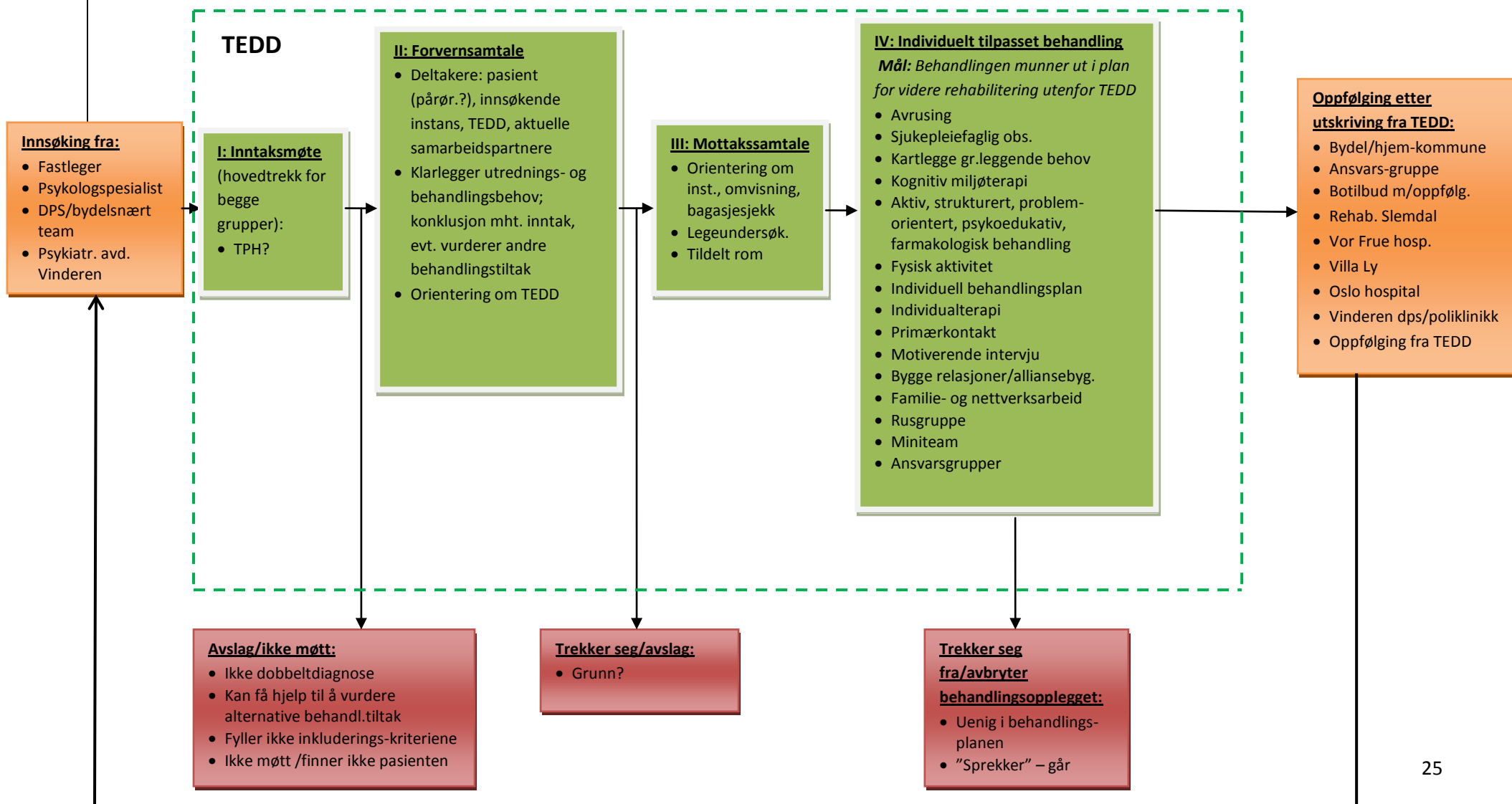
Imidlertid har det etter hvert vist seg at denne oppdelingen i behandlingsfase 1 og 2 ikke svarer til det forløpet pasientene har på TEDD: I praksis er det knapt noen pasienter som blir skrevet ut fra TEDD etter fase, som vi foran også har omtalt som "behandlingsmodell for kortidsopphold". Det betyr at i praksis kan fase 1 og 2 slås sammen til ett behandlingsopphold, der dette oppholdet omfatter de elementene som fase 1 og 2 på figuren til sammen utgjør.

På denne bakgrunn har vi konstruert et nytt flytdiagram for TEDD, som vist i figur 2. 2. I denne figuren er de to fasene slått sammen til én fase, behandlingsfasen som i innhold og varighet er individuelt tilpasset.

Figur 2.2 illustrerer tilpasninger og modifikasjoner som allerede er foretatt i løpet av den første driftsperioden, og som er oppstått som ledd i de erfaringer og tilpasninger man har gjort til nå.

Figur 2.2 TEDD – Flytdiagram 11.1.2011

Målgruppe: Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk som trenger skjerming mot rusmisbruk eller har en forverring av sin psykiske lidelse – står i fare for å ikke klare seg på det funksjonsnivået de er, fare for forverring og funksjonsfall, miste bolig, behandlingsplass el. lignende - pasienter med destruktiv rusing, utslitte pårørende, utslitt hjelpeapparat eller lignende.



### **3 Forskningsdesign**

Dette kapitlet beskriver valg av forskningsdesign. Evalueringen karakteriseres som en følgeforskning. Her redegjøres det for dette overordnede grepet, samt valg av metoder og rekruttering av informanter til undersøkelsen. Prosjektet problemstillinger og innfallsvinkelen knyttet til at det er en følgeforskning, gjør at det er hensiktsmessig med et kvalitativt design. Det gjennomføres semistrukturerte intervjuer med alle informanter som inngår i undersøkelsen. Informantene utgjøres av pasientene som er de direkte brukerne av behandlingstilbudet, samt deres pårørende. I tillegg inngår sentrale aktører fra miljøpersonalet, samt fra behandlere og ledere. Det redegjøres mer inngående i det følgende for det metodiske grepet, samt de ulike aspekter ved så vel utvalg av informanter som av intervjuopplegget.

#### **3.1 Evalueringstilnærming med følgeforskning som overordnet grep**

Foreliggende evaluering kan karakteriseres som en følgeforskning. Den har imidlertid flere målsettinger, og dette peker på behov for en kombinasjon av flere evalueringstilnærminger. Dels skal det som skjer i den nye TEDD-enheten beskrives og analyseres. Dels skal det vurderes om og i hvilken grad man får til det man ønsker overfor pasientene som tas inn til henholdsvis korttids-/akuttopphold og til et lengre utrednings- og behandlingsopphold. Dels skal det i tillegg foretas en vurdering av behov for kvalitetsforbedring av tilbudet.

Evalueringen har et langsiktig perspektiv, og pågår over en 3-års periode. Dette innebærer at alle målsettingene ikke bare skal analyseres på ett tidspunkt, men snarere som en løpende prosess. Evalueringsspørsmålene som reises er både resultatorienterte, samtidig som de er prosessorienterte og i tillegg eksplisitt forbedringsorienterte. Det ønskes med andre ord en resultatpresentasjon knyttet til både virkemidler og måloppnåelse. Samtidig ønskes det en prosesstilnærming av de samme forholdene, samt råd om hvordan kvaliteten eventuelt kan eller bør forbedres, også dette i relasjon til de samme virkemidlene og målsettingene med dem. Helheten dette knippet av spørsmål representerer kan best karakteriseres som en kompleks evaluering, eller som en evaluering av komplekse sammenhenger. Det er således ikke kun én enkelt evalueringstilnærming som er aktuell å benytte, men snarere en

kombinasjon av målevaluering og prosessevaluering, men hvor det overordnede grepet kan karakteriseres som *følgeforskning* eller *følgeevaluering*.

Siktemålet med de ulike tilnærmingene er ulikt. *Målevalueringen* har søkelyset på om og i hvilken grad målene med behandlingen som gis i TEDD til de ulike pasientgruppene er nådd, i den perioden evalueringen skal pågå. I denne sammenheng etableres en baseline ved prosjektstart av så vel TEDD som av evalueringen. Gjennom dette tidfestes et utgangspunkt dels for sammenlikning av måloppnåelse av de enkelte virkemidlene, og dels for vurdering av hvordan prosessen med hensyn til endring, utvikling og kvalitetsforbedring skjer over den samme perioden. Disse forholdene studeres i *målevalueringen* på tre ulike tidspunkt, med sammenlikning av måloppnåelse på t1, og intervallene t2 og t3 i en tidslinje. Det deskriptive elementet vil være framtreddende i studien. *Prosessevalueringen* har søkelyset på utvikling og endring av ulike forhold knyttet til pasienterfaringer og ansattes erfaringer, i lys av behandlingsmessige, organisatoriske og strukturelle forhold, og samspillet mellom disse. I behandlingssammenheng representerer tilbudet som sådan noe nytt så vel faglig, innholdsmessig som strukturelt, organisatorisk. Også i prosesstilnærmingen vil det deskriptive elementet være framtreddende. Evalueringen går imidlertid lenger enn det, fordi tilbudet TEDD er under utvikling og utprøving, og samhandling med og feedback fra forskerne er ett av virkemidlene som tenkes brukt for å kvalitetsforbedre tilbudet. Det overordnede grepet som karakteriserer hele evalueringen kan derfor betegnes som *følgeforskning* eller *følgeevaluering* fordi den vil ha et uttalt påvirkende siktemål. Dette skal skje i form av løpende tilbakemeldinger til TEDD, og hvor hensikten er å bidra til endre eller kvalitetsforbedre tilbudet. Fokus er på sammenhengen mellom de virkemidlene som er iverksatt og de mål man ønsker at tiltaket som helhet skal forholde seg til.

En slik tilnærming gjennomføres for at det skal være mulig å endre kurs og justere på tiltaket, ordningen eller prosessen, og anvendes for å gi grunnlag for å svare på om organiseringen og oppbygging av tiltaket er tilfredsstillende eller om tiltaket fungerer som forventet, samtidig som det kontinuerlig vil fokuseres på forbedringer. Det legges vekt på å skape dialog mellom ulike involverte interessenter på bakgrunn av de analyser og funn forskerne kommer fram til. Hensikten er å forbedre eller endre, og arbeidet med dette pågår samtidig med utviklingen av tiltaket (dvs. TEDD). Prosessen i seg selv er viktig, og samtale og

samhandling mellom oppdragsgiver og oppdragstaker finner vanligvis sin form underveis i prosjektperioden. Den kan både være tett og løs – i form av hyppig eller sjeldne tilbakemeldinger og møter – avhengig av behov. Hensikten er imidlertid å bidra til en utvikling som fremmer best mulig praksis.

Samlet skal kombinasjonen av de ulike evalueringsgrepene bidra til å forbedre innsatsen som gjøres i TEDD, til økt kompetanse og læring for de som er involvert i prosjektet, og som omfatter så vel pasienter, pårørende og alle impliserte ansatte.

Sammenlikning er helt sentralt i evalueringsstudier (Sverdrup, 2002). Sammenlikninger kan utføres på forskjellige måter og med forskjellig forskningsmessig fokus, avhengig av hva som studeres og hvordan det er mulig å etablere en baseline for det som skal måles, og som man søker å endre eller påvirke. For å kunne studere endring må man sammenlikne en opprinnelig situasjon slik den ble beskrevet før, eller i forbindelse med at et tiltak ble i verk-satt, med en ny situasjon slik den beskrives etter at et tiltak har blitt implementert og vært i virksomhet en kortere eller lengre periode.

I denne sammenheng etablerer vi flere former for baseline. De kan dels studeres uavhengig av hverandre, men de henger likevel nøye sammen. For det første blir det etablert et utgangspunkt for sammenlikningen, gjennom en *baseline* (t1) som er sammenfallende i tid med oppstart av TEDD. De behandlingmessige målsettingene, slik de er formulert i grunnlagsdokumentene for oppbygging og drift av TEDD, herunder kognitiv miljøterapi og beskrivelse av målsettingene i de to ulike behandlingsmodellene, danner et viktig premis for det ene utgangspunktet for baseline i denne studien. I disse målsettingene er det tydeliggjort hva målene med TEDD er, og hvordan man søker å nå dem. Langt på vei fore-ligger det også en konkretisering av målene. Dette gir følgelig et viktig utgangspunkt for sammenlikning. I neste avsnitt redegjør vi for disse forholdene, både med hensyn til hva kognitiv miljøterapi går ut på og de organisatoriske rammene for utvikling og drift av tilbudet.

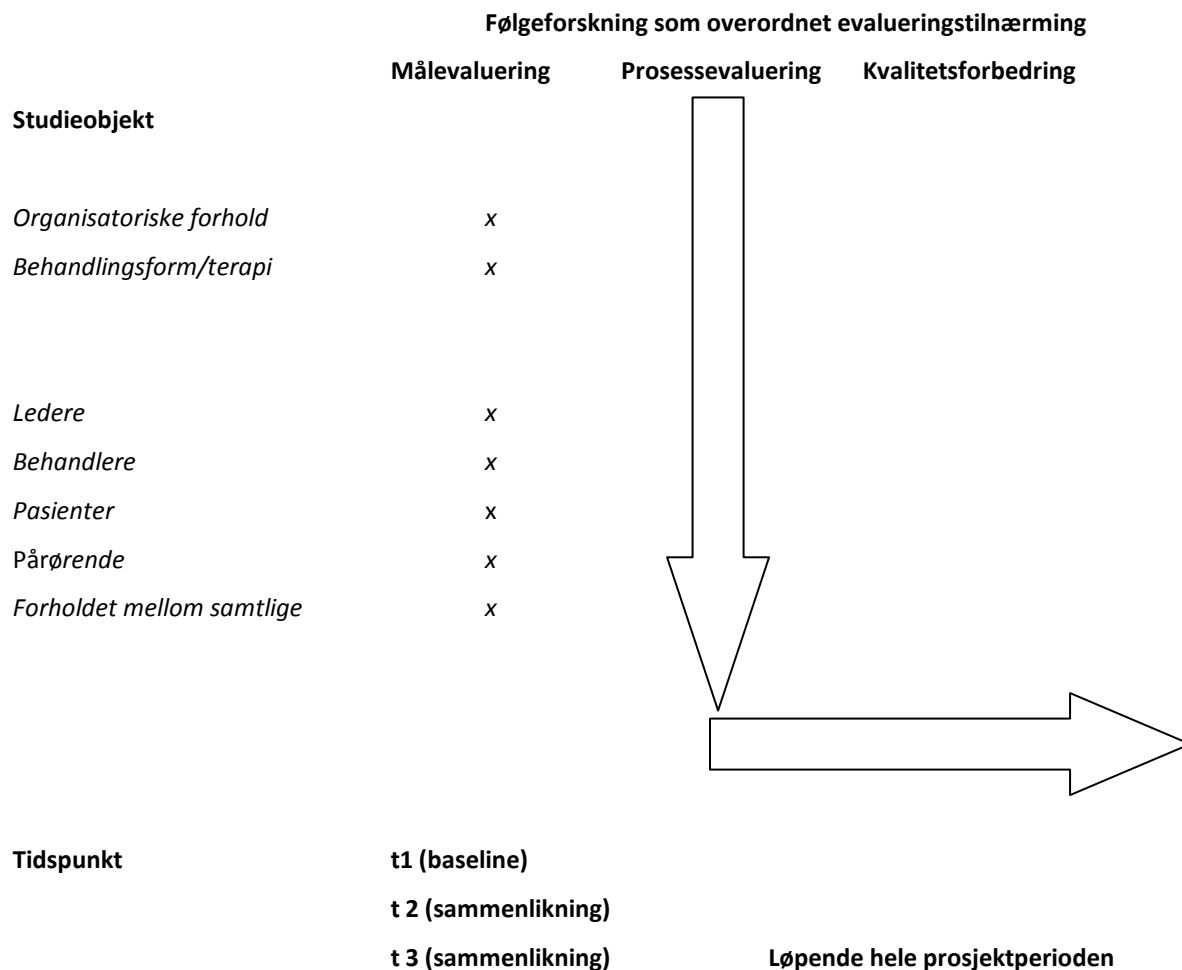
Den andre innfallsvinkelen for sammenlikning finner vi gjennom måten vi innhenter data på, og som også redegjøres detaljert for senere i kapitlet. Evalueringsgrepet for å studere

endring på bruker- eller individnivå innebærer at representanter fra leder, behandler- og miljøterapeutnivå blir intervjuet om de samme forholdene på tre forskjellige tidspunkter; t1, t2 og t3, med om lag 1 års mellomrom. Gjennom sammenlikning av svarene på disse tre tidspunktene får vi inntak til informasjon om så vel måloppnåelse som eventuelle endringer. Data fra pasientene og pårørende innhentes løpende, gjennom intervjuing av utskrivingsklare pasienter, og eventuelt deres pårørende, samt kvantitative analyser av data på aggregert nivå. For å sikre sammenlikning med hensyn på endringer i pasienttilfredshet og pasientenes tilstand, blir disse dataene gruppert i tre kohorter som sammenfaller med tidspunktene for analyse av intervjudata fra ansatte. Evalueringsspørsmålet vil da være om tilbudet man hadde til den første kohorten er bedret eller endret for den andre og tredje kohorten.

De empiriske resultatene, som blir betraktet som et uttrykk for den virkeligheten de som er involvert i TEDD lever i og erfarer, blir dels sammenliknet med målsettingene i de forannevnte dokumentene, og dels med utgangspunkt i studiens etablerte baseline t1, og de påfølgende tidspunktene t2 og t3, gjennom informantdata fra ledere, behandlere, pasienter og pårørende – og forholdet mellom disse gruppene. Gjennom studier av de empiriske resultatene på de tre ulike tidspunktene, registreres dels måloppnåelse og dels endringer gjennom en 3-årig prosess.

På bakgrunn av dette, og av evalueringens problemstillinger består evalueringsgrepet i denne studien av både en horisontal og en vertikal tilnærming. Skissemessig kan det framstilles på følgende måte i nedenstående figur:

**Figur 3.1** Illustrasjon på forholdet mellom studieobjekter og evalueringsformer



### 3.2 Metode

Evalueringen består av en kombinasjon av flere tilnærminger ved hjelp av både kvalitative og kvantitative standardiserte metoder, herunder *intervjuer med sentrale nøkkelinformanter* på ulike nivåer i TEDD (nærmere beskrevet under). Det vil også bli vurdert om dette eventuelt skal suppleres med fokusgruppeintervjuer basert på malen som er utviklet for gjennomføring av de kvalitative intervjuene (Sverdrup, 2008). Intervjuene er prosjektets sentrale data-grunnlag. De blir imidlertid supplert med informasjon fra *ulike typer dokumenter* knyttet til utvikling og drifting av TEDD. Dessuten anvendes også data fra *Diakonhjemmet Sykehus sin database*. Dette er data på aggregert nivå som sykehuset har gjennom DIPS (Diakonhjemmet

Pasient-Informasjon-system) og gjennom Dia-lis (Diakonhjemmet ledelses- og informasjons-system). Forskerne har ikke egen tilgang til databasene, men får tilgang til aktuell informasjon ved å bestille relevante oversikter fra Diakonhjemmet Sykehus dataansvarlige. Her inngår oversikter over den aktuelle pasientgruppen ved TEDD (på aggregert nivå). Dermed blir det ikke koblet informasjon til den enkelte pasient. Andre aktuelle data knyttet til kjennetegn ved den aktuelle pasientgruppen er alder, diagnose, innleggelsesdata, liggetid, m.v.

Intervjumetoden er benyttet i tidligere prosjekter gjennomført av Sverdrup (Sverdrup m. fl., 2008). Den ansees som godt egnet til å få svar på de spørsmål som reises i prosjektet. Sammenholdt med dokumentanalysene og bruken av kvantitative data gjennom Dia-lis gir denne typen metodetriangulering informasjon som er tilstrekkelig (og nødvendige) for å besvare prosjektets overordnede problemstillinger.

### **3.2.1 Intervjuopplegget**

Til intervjuene ble det utarbeidet strukturerte intervjuguider, med strukturerte spørsmål og åpne svarkategorier, bygget opp rundt de foran nevnte temaområdene. Referatgrunnlag fra intervjuene har vært den viktigste datakilden. Informantene ble imidlertid også spurt om de kunne tillate lydopptak. Hensikten med dette er primært å ha en "back-up" dersom noe viste seg å være uklart ved referatene. Det var dermed ikke noen forutsetning for datainn-samlingen å benytte lydopptaker. Forskerne som gjennomførte intervjuene er meget erfarne, og har arbeidet på denne måten tidligere (jf Sverdrup, 2007). Ingen av informantene ble spurt om egen sykehistorie og diagnose. Dette er dels fordi prosjektet er rettet mot erfaringer med selve tilbudet og hvordan det kan utvikles og bedres. Det er også fordi innleggelse og tilbud på TEDD kun gis til pasientgrupper med dobbeltdiagnose, slik det er redegjort foran. Dette innebærer at prosjektet har den nødvendige informasjon om pasient-gruppen som helhet. Ytterligere informasjon om enkeltpasienter er ikke nødvendig. Og dermed er det også tilstrekkelig kunnskap for det som er hensikten med prosjektet. Fokus i intervjuene har vært sentrert rundt selve behandlingstilbudet. Informanter er ledelse og personale ved TEDD, øvrige hjelpe- og behandlingsapparat, pasientene, og pårørende eller annet nettverk pasientene har.



Prosesser på TEDD blir beskrevet og analysert med henblikk på forbedring og endring, for å oppnå de mål som er satt for virksomheten. Datainnsamlingen skal skje som en løpende prosess, og tar hensyn til at utvalgsstørrelsen er liten. I praksis innebærer dette for de som er ansatt på TEDD at de kan bli intervjuet to, og maksimalt tre ganger, på bakgrunn av den samme intervjuguiden i løpet av prosjektperioden. Guiden kan imidlertid bli noe endret eller justert underveis i prosjektet, dersom det skjer endringer i selve TEDD som tilsier at guiden må tilpasses dette. Pasienter og pårørende blir kun intervjuet en gang hver, men dataene blir analysert og sammenliknet for kohortene av pasientgrupper for hvert av årene prosjektet pågår. Spørsmålene er: Hva fungerer, hva kan forbedres, hvordan kan det forbedres? Søkelyset rettes mot forholdet mellom aktør og struktur, og samhandlingen mellom og innen individer og grupper. Strukturnivået er det overordnede organisatoriske systemet, med utførere, fagteam og behandlingsskjeden. Aktørnivået inkluderer både hjelpere og pasienter.

På strukturnivå vil viktige variabler i evalueringen være samhandlingsbetingelser og arbeidsdeling, autoritetsfordeling og ressurser. På individnivå er sentrale variable holdninger, kunnskap, identitet, tilhørighet og mestring, skadereduksjon og livskvalitet hos pasientene, antall reinnleggelser i psykisk helsevern, og holdninger, kunnskaper og ferdigheter hos hjelperne.

### **3.2.2 Data på aggregert nivå**

TEDD har valgt flere spørreskjema som skal fylles ut av og med pasientene. Dette skal dels skje ved innleggelse og dels ved utskrivning. De registrerte data skal overføres til datafiler som gjør det mulig å få kunnskap og oversikt over den aktuelle pasientgruppen på aggregert nivå.

Ved innleggelse skal følgende spørreskjema fylles ut: AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) +DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test), SOS-33 (Stavropol – Oslo - Symptomliste), BDI-II (Beck Depression Inventory), samt BAI (Beck Anxiety Inventory), GAF (Psykisk symptombelastning og sosial og yrkesmessig fungering), PKKS/Rusdata (Pasientklient kartleggingsskjema) og Nettverkskart.

Ved utskriving skal følgende spørreskjema fylles ut: SOS-33 (Stavropol – Oslo-Symptomliste), BDI-II (Beck Depression Inventory) og BAI(Beck Anxiety Inventory), GAF (Psykisk symptombelastning og sosial og yrkesmessig fungering), PKKS/Rusdata (Pasient-klient kartleggings-skjema).

Med unntak av GAF og PKKS/Rusdata-skjemaene, som skal fylles ut av personalet, skal de andre skjemaene fylles ut av pasientene selv.

Prosedyren vedrørende selvutfyllingsskjema innebærer at det er miljøterapeut som både er ansvarlig for informasjon om og veiledning av utfylling av skjemaene, og for at de leveres ferdig utfylt tilbake til dem. Miljøterapeut skal deretter levere alle skjemaene til ansvarlig behandler som skal overlevere alle skjemaene til seksjonsoverlegen. Pasientenes sykdom og tilstand ved innskrivingstidspunktet ved TEDD er svært dårlig for de aller fleste. Det vil derfor ta noe tid før de er i stand til å fylle ut de aktuelle spørreskjemaene. Utfyllingen og innleveringen av skjemaene tilbake til miljøterapeut og ansvarlig behandler vil derfor variere noe med hensyn til tidspunkt for tilbakelevering.

En gjennomgang av hoveddatafilen (SPSS-filen) som er basert på svarene fra selvutfyllingsskjemaene, viser at svært mange spørsmål i de ulike skjema ikke er besvart, både fra innskrivings- og utskrivingstidspunktet. Det synes også å være noe uklart hvordan prosedyren praktiseres for utfylling og anvendelse av skjema som personalet skal fylle ut ved innskrivings- og utskrivingstidspunktet (GAF).

Dette kan skyldes flere forhold. En viktig årsak kan være at TEDD som behandlingsinstitusjon fortsatt må sies å være i en oppstarts - og utviklingsfase før institusjonen finner sin endelige form organisasjonsmessig og strukturelt. I en slik utviklingsfase vil etablering av en funksjonell struktur på prosedyre og prosess knyttet til utfylling, innlevering og anvendelse av aktuelle spørreskjema ved inn- og utskrivingstidspunktet kunne være en utfordring, både for pasienter og for personalet som er ansvarlige for at dette skjer. Å sikre en forutsigbar prosedyre og struktur som er tilpasset målgruppen ved institusjonen synes å være nød-

vendig på lenger sikt for å sikre at innsamlede data har en kvalitet som gjenspeiler pasientenes virkelighet og den faktiske effekten av behandlingen ved TEDD.

### 3.3 Nærmere beskrivelse av utvalg og rekruttering

Utvalget består av informanter fra flere ledd i behandlingskjeden. På hver sine måter er de sentrale for å besvare problemstillingene:

1. Strategiske nøkkelinformanter fra TEDDs ledelse, - dvs. de som har iverksatt det nye konseptet som TEDD er, og som er sentrale med hensyn til å ivareta og implementere kognitiv miljøterapi. Antall informanter ble i utgangspunktet anslått til mellom 8 og 10. I denne første fasen er det foretatt fem intervjuer med representanter for denne gruppen.

2. Informanter fra ulike grupper innenfor miljøpersonalet – dvs. de som har den daglige pasientkontakten og som er sentrale for implementeringen av de ulike aspekter som inngår i kognitiv miljøterapi i praksis (fysisk aktivitet, mestring av og trening på ulike oppgaver). Antall informanter ble i utgangspunktet anslått til om lag 20 personer. I denne første fasen er det foretatt intervjuer av 11 representanter for denne gruppen.

3. Pasienter som har vært til behandling i TEDD – dvs. den direkte målgruppen for hele konseptet. Antall informanter har vært i utgangspunktet vært vanskelig å anslå, men bruttoutvalget er samtlige pasienter som har mottatt behandling på TEDD. Med denne pasientgruppen er det grunn til å tro at det er vanskelig å rekruttere informanter. Nettoutvalget kan derfor bli betydelig redusert i forhold til bruttoutvalget, med et anslag på maksimalt 50 pasienter i løpet av prosjektperioden. I denne første fasen er det foretatt 8 pasientintervjuer.

4. Pårørende til pasienter - som er berørt av pasientenes situasjon, og som (i mange tilfeller) kan bidra til å påvirke tilfriskningen. Ettersom disse skal rekrutteres ved tillatelse fra pasientene (se under), er det være grunn til å tro at nettoutvalget for denne kategorien blir vesentlig mindre enn nettoutvalget for pasientgruppen, med anslagsvis maksimal 20 informanter. I denne første fasen er det foretatt intervjuer av fem pårørende.

Rekruttering av de ulike informantgruppene har foregått på følgende måte:

Kategori 1: Skjer gjennom dialog og kontakt med sentrale nøkkelinformanter (prosjektets bestillere).

Kategori 2: Henvendelser til representanter fra de ulike grupper av miljøpersonale ved hjelp av henvisninger fra kategori 1.

Kategori 3: Henvendelser til samtlige brukere når behandler vurderer dem som utskrivingsklare. Samtlige får et invitasjonsbrev med orientering om undersøkelsen samt samtykkeerklæring.

Kategori 4: Henvist fra og basert på tillatelse fra pasientene (kategori 3). Dersom tillatelse gis fra pasientene får pårørende en henvendelse med invitasjon og orientering, samt samtykkeerklæring.

Erfaringene med rekrutteringen av informanter i prosjektets første fase viser at det til dels har vært vanskelig å rekruttere miljøpersonale til intervjuing. På bakgrunn av en liste over alle tilsatte ble det tatt utgangspunkt i dem som ledelsen vurderte som de mest sentrale å intervju, i alt 17 personer. Alle ble forespurt og alle som samtykket, ble intervjuet. Rekrutteringsprosessen tok lenger tid enn ventet på forhånd; det tok til dels lang tid å få kontakt med dem vi henvendte oss til. Likeledes har det vært vanskelig å rekruttere pasienter til intervjuing, og prosessen har gått svært langsomt.

### **3.4 Etiske hensyn**

Evalueringen er rettet mot å innhente informasjon fra sentrale aktører for å forbedre en tjeneste. Alle krav knyttet til sikring av personvern, anonymitet og konfidensialitet er ivaretatt. Det er søkt om, og gitt tillatelse og godkjenning fra Regional Etisk Komite (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, til å gjennomføre prosjektet.

## **4 Behandlerne/lederne**

Det er gjennomført intervjuer med fire behandlere, samt en leder som ikke har behandlingsansvar. Intervjuene fant sted i perioden september 2009 til mars 2010.

Intervjuene var sentrert rundt seks temaområder, og omhandlet spørsmål om samhandlingsbetingelser og arbeidsdeling, om autoritetsfordeling og ressurser, samt om holdninger. Videre omhandlet de spørsmål om gjennomføring av kognitiv miljøterapi og om møtet med TEDD.

### **4.1 Samhandlingsbetingelser og arbeidsdeling**

Seksjonsoverlegen, psykologspesialisten, ledende sosionom og legen i utdanningsstilling (LIS-legen) har behandlingsansvar. Med unntak av den siste er alle behandlerne del av ledergruppen. Samhandlingsbetingelser og arbeidsdeling behandlerne imellom er omtalt i kapitlet om behandlingsorganisasjonen (kap. 2).

Psykologspesialisten har ansvaret for behandlingsmøtene og for opplæring av psykologer. I perioden denne delen av prosjektet ble gjennomført var det én psykolog under spesialistutdanning ved TEDD. Psykologspesialisten har ansvaret for behandlingsmøtene og for veiledning av miljøpersonalet i miniteam.

Lederen for sosionomgruppen har ansvar for veiledning for sosionomene og har oppgaver som gjelder samhandlingen med bydelene. Lederen for sosionomgruppen leder boligprosjektet til TEDD, har formelt delansvar for interne seminarer og innføringskurset og er formelt "barneansvarlig" sammen med psykologspesialisten. Boligprosjektet "Min bolig - mitt hjem: bo-oppfølging av pasienter med dobbeldiagnoser" skal hjelpe pasienter til etablering og tilpasset oppfølging i varig bolig, og etter hvert til å sluse dem over i et tilfredsstillende hjelpe- og støtteapparat. Prosjektet innebærer at det skal utvikles en metode for dette og for samarbeid med andre hjelpeinstanser, for deretter å formidle den tilegnede erfaring og kompetanse til andre. Prosjektet er et samarbeid mellom TEDD og ByBo i Stiftelsen Kirkens Bymisjon i Oslo (Karagöz 2010).

LIS-legen deltar i avdelingens møter på likefot med de andre behandlerne og har fast lege- og psykoterapiveiledning.

## 4.2 Autoritetsfordeling

Det som gjelder interne autoritetsfordeling, ble ikke eksplisitt berørt i intervjuene med behandlerne. I et par av intervjuene ble det nevnt forhold som har med eksterne relasjoner å gjøre på en måte som aktualiserer spørsmål om makt og autoritet. Det gjaldt følgende tema:

- a) det som ble kalt "uklarhet i organisasjonen [dps] mellom stab og linje" og handler om at lederne på TEDD har for lite selvstyre, dvs. for liten makt til å påvirke forhold på TEDD, det være seg bygningsmessige forhold som påvirker det faglige arbeidet (skjerming av balkonger), lønnsmessige forhold (som for eksempel kan påvirke muligheten til å holde på dyktige medarbeidere) og spørsmål om tilgang til kontorrekvisita/kopimaskin og lignende,
- b) muligheten til å påvirke personalressursene (en brøkstilling som diakon ble trukket inn av direktøren uten at ledelsen på TEDD ble tatt med på råd),
- c) inntak på TEDD (muligheten til å ha avgjørende påvirkning på sammensetningen av pasientgruppen ut fra hvor krevende den er for personalet).

## 4.3 Ressurser

Når det gjelder organisering av personalressursene, er det et spørsmål om strukturering av personalet og deres arbeid i en situasjon der "pasientene flyter" (er lite strukturerte):

*Det handler om at vi må ha struktur, vi må ha timeplan, mens pasientene flyter. Denne utfordringen har vi hver dag. Klarer vi å være strukturerte mens pasientene flyter, samtidig som vi klarer å være åpne og ha gode holdninger og ha forståelse for at det er vanskelig for oss alle å ha struktur.*

Kognitiv miljøterapi er grunnstrukturen.

Å få det til å fungere har også sammenheng med å holde arbeidsmotivasjonen hos personalet ved like. Det skjer i miljøet ved å

*være til stede, oppmuntre og skryte masse. Vi kommer ikke lenger enn det pasientene vil, og vi kan ikke lage målsettinger som sliter personalet ut. Målet er at pasientene skal reise litt bedre ut av TEDD. Men vi må være realistiske i forhold til målsettingene, og at personalet kjenner at de fikk til noe.*

Det gjelder både å være svært positiv og samtidig bevare realismen i arbeidet både ved å holde klart for seg både pasientenes og personalets grenser. I tillegg ser ledelsen det som viktige oppmuntringselement å gi det faste personalet jevnlig faglig påfyll gjennom å arrangere fagdager flere ganger i løpet av året. Dette er arrangementer som også har en sosial side, og gjennom den etterfølgende middagen prøver ledelsen ”å lage [det] litt ekstra hyggelig.”

#### 4.4 Om å arbeide tverrfaglig

TEDD har i navnet sitt at det er en tverrfaglig enhet. Hva det innebærer å arbeide tverrfaglig, er ikke klart i organisasjonen. Det som trengs i følge en av de intervjuede, er at

*.. vi må bli enige om hva vi mener om hva tverrfaglig samarbeid er. Der har vi en jobb å gjøre skjønner jeg. Jeg er ikke så sikker[på] at det er så store forandringer som må til. Av og til handler det om å få opp ting og få noe mer bevissthet rundt det.*

Slik behandlerne legger det fram, innebærer det at flere faggrupper arbeider sammen:

*Det er [samarbeid mellom] representanter fra mange forskjellige yrkesgrupper som har forskjellige ting å bidra med. Det gjør at en ser pasienten ut fra ulike vinklinger. Det kan ofte være lærerikt, fordi andre ser andre ting enn jeg selv.*

Dette innebærer at den enkelte både får brukt sin faglige kompetanse og samtidig er underlagt et helhetlig ansvar for samarbeidet med pasientene. Det synes å være litt ulike oppfatninger i behandlergruppen om hvordan dette er å forstå og tillempes i praksis. Organisering av arbeidet står sentralt når det gjelder hva tverrfaglighet skal innebære i det daglige arbeidet. Et sentralt spørsmål synes å være hva som kan forventes av den enkelte medarbeideren av kunnskap, ferdigheter og aktivitet på områder som strengt tatt hører inn under andre faggruppers mer spesifikke kompetanseområde. Behandlerne møter dette på en spesiell måte der deres arbeid innebærer virksomhet som er lovregulert som en annen faggruppes ansvar, for eksempel når en sosionom som er behandler, må ha en lege ”ved siden av seg” når det er spørsmål om å stille diagnose på en pasient. Slik behandlerne gir uttrykk for det, er det tverrfaglige knyttet til struktur på forskjellige måter, for det ene miniteam, for det andre turnusen. På tilsvarende måte som ledergruppa er sammensatt av

representanter for mange faggrupper for å drøfte det som løses av felles, overordnede spørsmål, er miniteamet sammensatt av personer som representerer ulike faggrupper for å drøfte spørsmål som har med situasjonen til den enkelte pasienten å gjøre, ut fra et "helhetlig" ansvar for pasienten. Men inntrykket er at miniteamene ikke har fungert helt tilfredsstillende i den senere tiden. Det samme gjelder bruken av morgenmøtene og rapporten. Det er de som gir uttrykk for at de fungerer utilfredsstillende, uten å gi muligheter til refleksjon over de situasjonene som blir formidlet på disse møtene. Dermed gis det ikke muligheter for de faggruppene som er representert på møtene, til å utveksle kunnskap og gjøre bruk av sin kompetanse i et felles forum der faggruppene kunne lære av hverandre. I samme retning kan det virke når begrunnelse ikke alltid blir gitt for tiltak.

*Vi kan bli flinkere til å begrunne tiltakene vi gjør overfor pasientene. Der ligger det jo også mye læring for alle. Hvis folk skjønner hva vi gjør, så blir det mer gøy. Det er bedre enn at noen bare bestemmer noe. Vise hverandre hva vi tenker og sånn.*

Begrunnelser kan altså problematiseres, og de krever refleksjon.

Når det spesielt gjelder sosionomkompetanse og bruken av den, er det ulike syn blant behandlerne. På den ene siden er synspunktet at de sosionomene som arbeider på TEDD, er relativt ferske som utøvere av yrket og må sette seg inn i forhold som er "sosionomrelevante" på TEDD, på tilsvarende måte som andre som ikke er sosionomer. Det innebærer at i turnusen må andre miljøarbeidere kunne ta på seg oppgaver som ellers blir oppfattet som særlig relevante for sosionomer, når det ikke er sosionomer til stede/på vakt. Dette synspunktet innebærer at faggruppene, særlig de som er representerte blant miljøpersonalet, må kunne overlape hverandre når det gjelder oppgaver. På den andre siden er det synspunktet som understreker at sosionomens særskilte kompetanse ikke blir utnyttet på en god nok måte. Grunnen er at sosionomene, i likhet med andre faggrupper, har oppgaver å gjøre i det daglige som det ikke trengs særlig sosionomkompetanse for å utføre på en forsvarlig måte, og som hører det daglige miljøarbeidet til. En av de intervjuede uttrykte det slik:

*Jeg savner kanskje at noen yrkesgrupper i større grad burde tatt tak i deres egen kompetanse. For eksempel den rekken av sosiale problemer, der er det mye som sosionomer kan bidra med. Jeg tror mye av deres kompetanse brukes altfor dårlig. De*



*jobber mer som miljøterapeuter og får gjort mindre av det de kan. Det er viktig at deres spesialkompetanse ikke drukner i dette.*

Dette standpunktet innebærer at faggruppene i størst mulig grad må få spesialisere seg i den betydningen at de bruker mest mulig tid på det de er "gode på" ut fra sin utdanning for på den måten å bruke de samlede personalressursene best mulig (mest mulig effektivt).

Et syn som kom fram i intervjuene var at eventuelle frustrasjoner hos miljøpersonalet når det gjelder det å arbeide tverrfaglig, kan komme av en opplevelse av slitasje hos personalet. Uforutsigbarhet kan være én slitasjefaktor. Det kan være at når flere faggrupper går sammen i turnus på TEDD, har de ingen entydig struktur for arbeidsfordeling seg imellom å holde seg til, og at dette sliter på dem. Men samtidig er det trolig slik at opplevelsen av stress og slitasje har utgangspunkt i forventninger ut fra hva den enkelte er vant med at hverdagen inneholder. De som har erfaring med å jobbe i en sammenheng med høyt tempo, vil kunne reagere mindre på at pasienter er "urolige og snakker med høy røst" enn de som ikke har slike erfaringer. Erfaringene påvirker forventningene. "Forstyrrelser" eller brudd på forventningene i negativ retning kan da for eksempel utløse krav om større bemanning: "Det som oppleves annerledes, blir fort intenst." Men det er ikke uten videre slik at "bemanning er løsningen på alt".

Ledergruppa har nedsatt en gruppe, sammensatt av deltakere med ulike fagbakgrunn, for å arbeide videre med spørsmålet om hva tverrfaglig arbeid skal bety på TEDD.

## **4.5 Holdninger**

Et sentralt element når det gjaldt holdninger, var hva behandlerne mener er viktig å formidle til pasientene. Trolig kan ordet "respekt" være et sentralt ord når vi sammenfatter svarene. Det handler både om hvordan behandlerne oppfatter klientene som personer: "de pasientene jeg møter her, er de mest spennende mennesker en kan møte"; hvordan pasientene blir involverte i behandlingen, i en allianse med terapeuten: "Hva tenker du det er lurt å gjøre nå?"; "det handler om å bruke tid sammen med pasientene.

*Å møte pasienten med respekt handler om måten vi snakker med vedkommende på, at vi er til å stole på. Vi må gi beskjed hvis vi ikke klarer å holde avtaler som vi lover. Dette handler om forutsigbarhet, tydelighet og respekt og omsorg. Respekt er jo i alle handlingene våre.*

Det handler også om i samarbeid med pasientene å sette mål for arbeidet som er mulig å oppnå, gi en opplevelse av mestring og av "håp om at det kan bli bedre".

#### **4.6 Gjennomføring av kognitiv miljøterapi**

Indirekte gir behandlerne uttrykk for at det står noe igjen før KMT "sitter" i systemet. Når det gjelder hvor godt det å arbeide i henhold til kognitiv miljøterapi fungerer på TEDD, er ledelsens vurdering at det varierer fra individ til individ blant personalet, men at det går "bedre og bedre". Delvis henger det sammen med utdanningsnivået hos personalet (det er et ønske at alle har utdanning på bachelornivå), delvis henger det sammen med hvor lenge de har arbeidet på TEDD og delvis henger det sammen med personlige interesser. Dessuten er det slik at "det tar tid å lære seg og skjønne de kognitive teknikkene". Det gjelder også de av behandlerne som ikke har denne faglige bakgrunnen.

For å fastholde den kognitive miljøterapeutiske grunnstrukturen er det nødvendig både å ha og utvikle videre kunnskap og ferdigheter. Det skjer blant annet gjennom undervisningen til sjefpsykologen ved DPS Vinderen, fagdagene og (ideelt sett, jf. avsnitt 4.1) på morgenmøtene. En av de intervjuede nevner som eksempel hva dette handler om i praksis:

*Å gå på en handletur med en pasient kan gjøres på forskjellige måter, men det å vite hvorfor du gjør det og hva du gjør må jo være det vesentligste. Vi må forankre det vi tenker og hva som er klokt. Kognitiv terapi er et redskap for forståelsesrammer.*

Det er også viktig at personalet, inkludert ledelsen, "støtter og hjelper hverandre", men det er også viktig å "være litt streng, minne hverandre på [strukturen] når ting sklir ut."

Flere av behandlerne uttrykker at de tror miljøterapeutene ikke kjenner seg fortrolig med KMT. For miljøpersonalet er det viktig at de har arenaer der

*..en får mulighet til å trene seg på teknikker og snakke med pasientene noe mer bevisst [...]. En må kanskje skape disse arenaene, holde dem oppe og være bevisste.*

Det bør også innebære at de som deltar på undervisningen til sjefpsykologen, men ikke synes de får brukt det de lærer, får hjelp og veiledning av leder for miljøterapeutene.

Er KMT en velegnet metode for den faktiske pasientgruppa på TEDD? De vi har stilt spørsmålet til, mener at det er det. I forholdet til pasientene er det mulig å tilpasse metoden "der hvor pasientene er", også de som har dårlige kognitive evner. For systemet og de ansatte handler det for eksempel om å ha et metodisk "redskap som er håndterlig". Det gir et fellesspråk for de ansatte, og slik lette kommunikasjon. Et synspunkt var at metoden både bidrar til å skape (fruktbare) tette bånd mellom pasienter og personalet og at den er såpass enkel at den bidrar til større grad av forutsigbarhet for personale og pasienter enn ellers.

Når det gjelder samarbeidet med pårørende, sier behandlerne at det varierer ganske mye, fra pasient til pasient og det er opp til pasienten (unntatt i tilfelle av tvang). Det er primært behandler som har ansvaret for kontakten, men også miljøpersonalet kan ha kontakt med pårørende. Ikke alle pasienter ønsker kontakt med pårørende, ikke alle pasienter har pårørende. Ofte er kontakten telefonisk. Å tilrettelegge for samarbeid innebærer både muligheter og begrensninger. Pårørende kan være viktig for å få pasientens livshistorie, men det er dårlig med besøksrom på TEDD og den personlige kontakten med pårørende må tilpasses det terapeutiske arbeidet. En av de intervjuede sier det slik:

*Det er behandler som innkaller pårørende. Ofte i forbindelse med diagnosen tar vi kontakt med pårørende for å [få] livshistorien. Psykiske lidelser er jo problemer over tid, og pårørende er viktige med tanke på å få en god diagnose. Det andre handler om pårørende som støtte til pasienten, at vi får til et samarbeid. Jeg synes TEDD er god på å samarbeide med pårørende.*

Pårørende kan på egen hånd ta kontakt med TEDD med forventninger om å få opplysninger om behandling eller når det gjelder forestillinger om hva TEDD kan gjøre. Slike forestillinger kan være urealistiske og TEDD kan måtte holde tilbake informasjon på grunn av taushetsplikten.

## 4.7 Møtet med TEDD

To av de fem behandlerne vi intervjuet, hadde vært med fra starten. Alle synes TEDD er et godt sted å arbeide. De som ikke har vært med fra starten, er enstemmige i at møtet med TEDD var et godt møte. Det var en "god stemning", en "hyggelig tone", som møtte dem da de begynte på TEDD; én karakteriserer måten å bli tatt imot av ledelsen som "ekstremt bra". TEDD blir karakterisert ved at det er "mye vennlighet i måten en snakker sammen på", det er et sted der det er "lett å føle seg velkommen". En av behandlerne uttrykker det slik:

*Det er et godt sted å jobbe her. [...] Jeg er helt utmattet på fredag, men jeg gleder meg til å gå på jobb igjen på mandag. Det er spennende.*

En annen mener at denne gode tonen bidrar til å skape trygghet hos personalet, noe som gjør at de våger å la seg utfordre, og det påvirker eller påvirkes av det store engasjementet behandlerne finner hos miljøpersonalet. Det ble sagt av en av de intervjuede at det er lavere konfliktnivå, mindre utrygt og mindre aggresjon på TEDD enn på andre psykiatriske institusjoner vedkommende hadde arbeidet.

## 4.8 Oppsummering

Ledergruppen, som omfatter behandlerne, består i hovedsak av personer som representerer og har ansvar for faggrupper. Ledergruppen er ment å representere det tverrfaglige miljøet som ligger til grunn for arbeidet på TEDD. Seksjonsoverlegen og ledende sosionom er de to som i særlig grad representerer TEDD i eksterne samarbeidsrelasjoner.

Når det gjelder TEDD sitt forhold til andre deler av organisasjonen Diakonhjemmet Sykehus, kom det fram synspunkt som innebar et ønske om større grad selvstyre. Mer konkret handlet det blant annet om innflytelse på inntak, på tilgangen på personalressurser og andre nødvendige ressurser for driften av TEDD.

Å arbeide tverrfaglig er et sentralt element i ideologien på TEDD. Ledergruppen har oppfattet at det ikke synes klart for alle i personalet hvordan det skal forstås og hva det innebærer i praksis. Ledergruppen er opptatt av å gjøre noe med det. Ett aspekt ved problematikken er i hvor stor grad det er å vente at fagpersonale skal engasjere seg i oppgaver som andre profesjoner er "nærmere" til eller har bedre faglige forutsetninger for

enn de selv har. Den andre siden er i hvor stor grad faggruppene skal ha mulighet til å konsentrere seg om primært å arbeide med oppgaver som innebærer å bruke egen fagspesifikk kompetanse.

Når det gjaldt holdninger til pasientene blant lederne/behaviorne, kan "respekt" være et ord som sammenfatter hva de mente var viktig å formidle til pasientene.

Indirekte ga de intervjuede i denne gruppen uttrykk for at det står noe igjen før kognitiv miljøterapi (KMT) "sitter" i systemet. Det ble framholdt at det tar tid å skjønne og lære seg de aktuelle teknikkene. Det ble ikke stilt spørsmålstegn ved tiltakene som skal sikre opplæring og vedlikehold, men flere av behaviorne trodde ikke miljøterapeutene kjenner seg fortrolig med KMT. Det ble ikke stilt spørsmålstegn ved selve metoden som redskap i behandlingen. Det ble uttrykt klar tiltro til den, også i tilfeller der pasientene har dårlige kognitive evner.

Det var samstemmighet blant de som ble intervjuet, at TEDD er et godt sted å arbeide, med mye vennlighet, og et sted der alle som ikke hadde vært med fra starten, hadde følt seg velkommen. Det var de som antydte at en slik atmosfære kunne ha hatt positiv virkning på medarbeidernes engasjement, på følelsen av trygghet, samt og på konflikt- og aggresjonsnivået blant pasientene.

## 5 Miljøpersonalet

Det er i alt gjennomført 11 intervjuer av miljøpersonalet. Totalt 17 personer ble forespurt. Tre takket nei, og tre ga ingen respons på henvendelsen. Intervjuene fant sted i perioden oktober – mars 2010. De 11 miljøpersonalet, seks menn og fem kvinner, innehar ulike typer høgskole- og universitetsutdanning som sykepleier, vernepleier, ergoterapeut, sosionom og annen relevant bachelorutdanning (som psykologi og pedagogikk). Alder er mellom 26 – 46. Alle går i turnus med fordeling på dagtid, kveld og natt og i ulike stillingsstørrelser, og flere var i gang med ulike former for videre - og masterutdanning.

Intervjuene med miljøpersonalet var i hovedsak sentrert rundt de samme temaområdene som intervjuene av behandlerne. De inneholdt følgende temaområder; samhandlingsbetingelser og arbeidsdeling, om autoritetsfordeling og ressurser, samt om holdninger. Videre omhandlet de spørsmål om gjennomføring av kognitiv miljøterapi, om sikkerhet og ivaretaking, og om møtet med TEDD.

### 5.1 Samhandlingsbetingelser og arbeidsdeling

Miljøpersonalet beskriver at alle har den samme rollen i en arbeidsdag som innehar alle mulige oppgaver; *"vi gjør alt"*. Det dreier seg om alt fra kjøkkentjeneste, bestilling av varer og rydding til ulike sosiale, psykoedukative og terapeutiske oppgaver til pasientene. Eksempler som beskrives er blant annet: *"fysisk aktivitet, turgåing og svømming, hjelp til å re senger, baking og øvelse i sosial ferdighetstrening"*. De som arbeider i 100 % stilling har primær eller sekundæransvar for pasienter, hvor de både har samtaler med pasientene alene og i samarbeid med behandlerne, samt at de tar ansvar for eller deltar i ansvarsgruppemøter, individuell, plan, og kriseplan.

Ettersom alle gjør alt og har den samme rollen uavhengig av yrkestittel, mener flere at de jobber lite effektivt. *"Det er lite effektivt når alle løper rundt og gjør de samme oppgavene"*. De bruker lite sin egen yrkesspesifikke kompetanse, og de ser både styrker og svakheter med dette. Styrken er at mange kan benyttes til de samme oppgavene, mens svakheten ble nevnt som at de lett kan miste sin faglige integritet. Den største frustrasjonen er savnet av en *"husmor"* eller *"postvert"* som kunne ta ansvar for kjøkken, bestilling av varer og ryddig i postene. Her bruker alle yrkesgruppene mye tid som går på bekostning av det kognitive

miljøterapeutiske arbeidet. Det går også mye tid til å stå på "røykeverandaen" sammen med pasienter, da de mangler skjermingsglass på verandaen, for å hindre at pasientene ikke hopper ut. Her var det tydelig frustrasjon. Mange av oppgavene går til praktisk arbeid og ikke til faglige oppgaver med pasientene. Oppgavene både på dag - og kveldstid er svært lite avgrenset.

Sykepleierne beskriver at de har mer definerte arbeidsoppgaver enn de andre yrkesgruppene, fordi de har et medisinsk ansvar. De bruker mye tid til bestilling av medisiner og medisinutdeling. Vernepleierne har også noen oppgaver inn i dette arbeidet. Sosionomene føler forventninger på at de burde gjøre mer i forhold til bolig og rettighetsspørsmål for pasientene, men på grunn av kort yrkeserfaring, manglende tid og turnusarbeid, får de fulgt dette dårlig opp. Flere er opptatt av at en hadde trengt en sosionom på dagtid som kunne tatt mer ansvar for dette arbeidet i postene. Sosionomene følte at de hadde for mye forventninger fra ledelsen på at de både skulle ivareta boligsosiale oppgaver samtidig som de også skulle delta i alle de andre oppgavene i posten innenfor sin turnus. Flere ganger hadde de måtte bruke av sin egen fritid for å få gjort det de skulle.

Flere bemerket at de opplevde at ledelsen tok inn for dårlige pasienter, da de mente at de hadde for liten bemanning for å ivareta disse, samt at postene er fordelt på to plan. Det gjør det mer uoversiktlig, spesielt på kvelder og i helger når de må løpe mellom tre etasjer. Her mente de at ledelsen kunne gjøre mer for å ivareta dem for å hindre utbrent personale. Noen var tydelige på at de mente at flere av personalet viste tegn på å være helt utslitte.

Samarbeidet ble generelt omtalt som lite hierarkisk, og at det fungerer godt. Men noen fortalte også om situasjoner der de hadde prøvd å si fra til ledelsen og ikke blitt hørt. Noen mente også at flere av miljøpersonalet var redde for å si fra hva de mente til ledelsen. Dette ble forklart med at mange er unge i alder og med lite yrkeserfaring. De som arbeidet på natt savnet også klarere retningslinjer fra behandlerne på hvordan de skulle møte pasientene, og det ble påpekt at dette var tynt beskrevet i behandlingsplanene.

Turnus var også et sentralt tema i intervjuene. Flere beskrev turnusen som hard. Blant annet at det er tredelt helgvakt og ikke firedelt, og at det var unntak i arbeidsmiljøloven i forhold til at det var for kort tid mellom kveldsvakt og dagvakt og at dette gikk utover nattesøvnen.

Også bygningsmessige forhold kan gi utfordringer i en arbeidssituasjon. Det ble påpekt at det kan være krevende å forholde seg til to poster som fysisk ligger mellom tre etasjer samt et vaktrom som gir for mye innsyn og er for lydt. Miljøpersonalet har få muligheter til å trekke seg tilbake og jobbe i fred.

## 5.2 Tverrfaglig samarbeid

Samarbeidet mellom miljøpersonalet beskrives hovedsakelig som godt. De opplever å ha et godt arbeidsmiljø og gode kolleger. Mange har arbeidet sammen siden avdelingen startet opp, de omtaler seg som fleksible og får arbeidet gjort. *"Vi kjenner hverandre godt, gjør ting nesten uten å snakke sammen med hverandre. Ting glir godt"*. Men de mener at svakheten er at oppgavene burde vært mer faglig spisset og avgrenset, dvs. mer tydeliggjøring av deres yrkesroller til det felles beste for pasientene. Selv om de prøver å fordele oppgavene seg i mellom så blir det uklart om hvem som gjør hva. De savner en leder av det miljøterapeutiske arbeidet, og flere sier at de nå har store forventninger til den nye lederen for miljøpersonalet som nylig er tilsatt. De mener at stillingen er en viktig link mellom ledelsen og personalet for øvrig.

Det tverrfaglige samarbeidet mellom miljøpersonalet og behandlerne omtales som mer uavklart. *"Nå sitter vi mer på hver vår tue"*. Behandlerne er lite i postene. Det oppleves også at det er en skjevfordeling ved at det er mange i ledelsen og få miljøpersonell. Følgende utsagn illustrerer:

*Vi på gulvet springer som bare det, vi har ikke tid til å spise omtrent. Vi skal steppe inn når det skjer noe, og jeg forstår ikke hvorfor ikke noen av behandlerne kan steppe inn .....av og til føler vi oss som slaver.*

Flere mente også at de har en utfordring til hva det tverrfaglige innholdet skal være. De hadde forsøkt å ta det opp uten at dette ble prioritert. I utgangspunktet mente de at det var relevant for sosionomer og ergoterapeuter å gå i turnus, men at det ble feil å skulle ha de samme forventningene om at de skulle kunne klare å ivareta de kjernespesifikke faglige oppgavene når de gikk i turnus og arbeidet både helg og kveld.



Det tverrfaglige samarbeidet mellom miljøpersonalet og behandlerne kunne også være utfordrende, spesielt ble det trukket fram en opplevelse av manglende forståelse hos lederne av hva personalet klarte å håndtere av krevende pasienter, og manglende støtte i forhold til dette. En situasjon ble trukket fram som et eksempel hvor en behandler hadde bestemt at pasienten kunne få utgang kl 14.00 på en fredag. Den ble beskrevet slik:

*Dette er lite strategisk når vi er få på vakt. Vi kjenner pasientene best og det er vi som skal iverksette alle tiltakene som de (behandlerne) bestemmer.*

Slike situasjoner gjør at det oppleves som at det er to sjikt i avdelingen.

### 5.3 Autoritetsfordeling

Morgenmøtet er et sentralt sted hvor beslutninger og fordelinger av arbeidet blir gjort. Enhetsleder blir oppfattet som tydelig: "Det er sjefen". Men møtet har en høyere terskel på den måten at flere ikke tør å ta opp ting de er opptatt av. Det savnes en leder som tar mer ansvar for miljøpersonalet. Ofte var det en ansvarlig sykepleier som hadde ansvar for selve rapporteringen. Når miljøpersonalet trengte noen å rådspørre seg med, ble det personalet med mest erfaring og utdanning, spesielt de psykiatriske sykepleierne, rådspurt. På natten har sykepleierne et klart lederansvar overfor de andre som er på vakt, men de savner at de ikke møter lederen sin oftere. "Det er spesielt å ikke ha sin egen leder på jobb". Ansvarsfordelingen på kveldsvaktene går ellers ofte på omgang, og behandlerne har som oftest det siste ordet i pasientsaker. Dette synes miljøpersonalet fungerer greit, bare de blir lyttet til og hørt i enkeltsaker. Alle vi intervjuet uttrykte ansvarsfordelingen som lite hierarkisk og lite problematisk, og mente at de var gode på å fordele ansvaret seg i mellom. Det var forståelse for at ansvarsvakter var belastende å inneha.

### 5.4 Ressurser

Alle de vi intervjuet forklarte at de hadde en viss forståelse av å arbeide med kognitiv miljøterapi. De var opptatt av å bevisstgjøre pasientene og deres tankemønster og at de kunne tilby teknikker for alternativ tenkning. Flere anvendte en kognitiv behandlingsplan. Noen brukte skjemaer i dette arbeidet. Men de fleste var klare på at de opplevde at det

kognitive miljøterapeutiske arbeidet ikke var helt på plass og at fagpersonalet ikke helt vet hva de skal gjøre overfor pasientene. Flere nevnte at de hadde lært seg å spørre kognitivt, uten at de kanskje var det så bevisst lenger, slik at det var blitt automatisert. Teorien og det tekniske kunne lett bli for fjernt, og det var vanskelig å få prioritert tid til å tilegne seg kunnskaper innenfor arbeidstiden. Flere sa også at de fortsatt følte seg usikre på metoden. Mange tok opp problemet med alle de praktiske arbeidsoppgavene i avdelingen som også måtte gjøres, og mente at dette gikk utover det terapeutiske arbeidet med pasientene. *”Mye tid går bare med til kjøkkentjeneste”*. Flere beklaget seg over dette. Konsekvensen var at det kognitive arbeidet lett kunne gå i glemmeboka. Noen var også i tvil om relevansen av kognitiv terapi til pasienter som var spesielt umotiverte og innlagt på tvang, og som var for psykotiske. Savnet av en leder for miljøgruppen ble også omtalt her, da de mente at en mer faglig leder kunne bidratt til råd og veiledning direkte i pasientarbeidet, og ikke minst følge opp at den kognitive metoden ble anvendt.

Miljøpersonalet synes de har fått bra tilgang til undervisning og veiledning i kognitiv miljøterapi, og de var stor sett godt fornøyd med tilbudet som var gitt. Spesielt den praktiske ukentlige veiledningen med psykologen har vært betydningsfull. De opplevde at ledelsen hadde tydelig prioritert denne opplæringen. Noen få, særlig de som arbeidet i reduserte stillinger var mindre fornøyd med tilbudet. De savnet mer tilbud om veiledning. Turnusarbeidet og arbeidsbelastningen gjorde det vanskelig for enkelte å tilpasse seg veiledningen.

### MOTIVASJON I ARBEIDET

Miljøpersonalet omtalte flere temaer som hadde betydning for motivasjon i arbeidet. For det første var flere i gang med videreutdanning i kognitiv terapi og psykisk helsearbeid. Dette oppleves som motiverende for arbeidet. For det andre snakket flere om betydningen av å bruke humor seg i mellom. De mente også at de hadde et godt klima med støtte i hverandre, og at det var en god måte å bearbeide de tøffe utfordringene de sto i. At miljøet er preget av menneskelig mangfold, som ulikhet i alder, typer og yrkesgrupper, ble omtalt som betydningsfullt. Et annet sentralt område var arbeidet med pasientene. *”Det viktigste som motiverer er det å se at du hjelper folk og får tilbakemelding fra pasienter, at det er*

*forbedringer*”. Flere fremhevet at det er motiverende i seg selv å arbeide med en pasientgruppe som mange ikke vil hjelpe. Det kan illustreres gjennom følgende uttalelse:

*På TEDD har vi tro på pasientene – vi jobber intens for at de skal få det bedre. Der tror jeg at vi gjør en god jobb og det virker motiverende på meg.*

## 5.5 Holdninger

Pasientene ble omtalt som en spennende pasientgruppe å arbeide med fordi de hadde så mange livserfaringer. De ulike møtene med pasientene ga utfordringer i arbeidet, men samtidig fikk de brukt mye av seg selv. Flere sa at de hadde stor respekt for pasientene og at det var viktig å gi dem hjelp og medbestemmelse på deres egne premisser. De aller fleste nevnte at formidling av å ha tro på pasientene, å hjelpe dem til å se sine ressurser og gi dem håp var noe av det mest sentrale en kunne gjøre. *”Vi formidler at vi jobber med saken og de får troen på at vi skal få det til; vi gir ikke opp”*.

Miljøpersonalet var opptatt av betydningen av å behandle den enkelte pasient så individuelt og fleksibelt som mulig, da de opplevde pasientene som en veldig uensartet gruppe. Pasienter på tvang og de som var mindre motiverte for behandling ble omtalt som mer utfordrende, men samtidig som spennende og vanskelig. Ingen snakket negativt om pasientene. Måten miljøpersonalet snakket om pasientene på var preget av en ikke-dømmende holdning, noe nedenstående utsagn viser:

*Jeg tror det er en fin tone mellom personalet og pasienter, en hverdagslig tone. Jeg tror ikke de ser på oss som autoritære personer som bestemmer hva de skal gjøre. Jeg tror de forstår at vi vil deres eget beste. Jeg tror de fleste i personalet formidler det.*

Flere sa at de strekker seg langt for pasientene på TEDD. Hvis pasientene hadde hatt en russprekk, ble de likevel tatt godt i mot ved tilbakekomst.

Inntrykket etter intervjuene er at personalet er villige til å gjøre ekstra mye for pasientene. En av dem uttrykte det slik:

*Vi har jo pasienter som stikker av og vi tråler byen rundt for å lete etter dem, og det er psykologene og legene også flinke til å gjøre. Kjører og henter dem, henter flyttelass i*

*grissgrendte strøk og vi gjør veldig mye, spesielt i ettervern og før de skal ut for at de skal lykkes.*

Holdningene var også preget av at de ønsket å gi pasientene god omsorg og at de brydde seg om dem og ønsket å forstå dem på best mulig måte.

#### HVA MILJØTERAPEUTENE TROR ER DET VIKTIGSTE FOR PASIENTENE PÅ TEDD

Flesteparten av miljøpersonalet trakk spesielt fram betydningen av fysisk aktivitet for pasientene. I det hele tatt ble ulike former for aktiviteter, også gjerne utenfor avdelingen, sett på som veldig positivt for pasientene. Flesteparten snakket positivt om den kognitive tilnærmingen, og at flere av pasientene hadde god nytte av dette. I den forbindelse ble også arbeidet med rusplan omtalt. Her er det klare mål for hva pasientene skal gjøre når de er ruset. De mente også at det var viktig at personalet hjalp pasientene til å innarbeide gode vaner gjennom strukturen for å skape trygghet og at personalet bidro med stabilisering, avrusning og informasjon.

Alle var opptatt av at måten personalet opptrådte på hadde betydning for pasienters opplevelse av å bli hørt, bli tatt på alvor, bli sett og forstått. Derfor var det også viktig å strekke seg langt for pasientene. Flere mente at dette gjør personalet på TEDD mer enn på andre institusjoner. Blant annet ble det trukket fram betydningen av at det ikke var nulltoleranse for rus. Dette hadde betydning for at ikke pasientene ble skrevet ut hvis de hadde sprekker. At pasientene ble utskrevet til egen bolig ble også trukket fram som svært vesentlig for at behandlingen skulle lykkes på TEDD.

## **5.6 Gjennomføring av kognitiv terapi**

De fleste mente at kognitiv miljøterapi er en godt egnet metode for denne pasientgruppen. Flere kjente på forventningene om at de burde klare å få til noe, men de fleste opplevde at de ikke har nok kompetanse på det ennå. Pasientgruppen opplevdes som utfordrende og vanskelig, og mange er umotiverte for behandling.

I den daglige miljøterapien bruker personalet mye tid på å gjøre dagligdagse ting, som å hjelpe pasientene til å stå opp og å lage mat, og mye "small talk" inngår også, som beskrevet i følgende utsagn.

*Noen ganger bruker jeg komponenter av kognitiv miljøterapi, men jeg må justere meg etter pasienten, og noen ganger må jeg bare sitte og være til stede.*

Personalet prøver å bidra til struktur og er opptatt av å bidra med ulike former for aktiviteter. Avdelingen har også et treningskjøkken, men det ligger tungvint til i kjelleren og blir derfor mindre benyttet. Pasientundervisning benyttes noe. Noen av miljøpersonalet har oppgaver i dette, men synes det er krevende, spesielt fordi det er så lite tid til å forberede seg. Noen prøver også å være til stede ved undervisningen. Her hadde pasientene gitt tilbakemelding til en av de ansatte om at spesielt undervisning i kognitiv terapi, medikamenter, søvn og om kriseplan hadde vært bra. Inntrykket var at få av personalet hadde prioritert å være til stede ved undervisningen og at det var få pasienter som hadde snakket om den. Noen av personalet fortalte at de periodevis hadde prøvd å ta utgangspunkt i skjemaer, spesielt hos pasienter med panikkangst. Arbeidet med kognitiv miljøterapi ble opplevd som større egenaktivitet og bidro til selvstendigjøring i arbeidet overfor pasientene. Resultatet var større trygghet og at de turte å gå inn i flere av pasientsituasjonene.

Flere bekreftet at det var vanskelig å få til gjennomføring av kognitiv miljøterapi i det daglige arbeidet (se punkt 5.3). Det var vanskeligere å få til overfor pasienter med kognitiv svikt, å få dem til å forstå. Det også en utfordring å prøve å hjelpe de pasientene som trakk seg mye tilbake.

Flere sa at det beste er å få pasientene ut. *"Det beste er å gå turer. Da er det ofte de tiner opp litt når de kommer ut av huset"*. Fysisk aktivitet syntes å være en svært viktig komponent i den kognitive miljøterapien, og ble støttet av alle vi intervjuet. Idrettspedagogen har en svært viktig rolle i dette arbeidet.

## 5.7 Sikkerhet, trygghet og ivaretaking

Flere av miljøpersonalet bekreftet at de hadde vært oppe i situasjoner med psykotiske pasienter hvor de hadde følt seg truet. Kun en fortalte om direkte slag fra pasient. Noen fortalte at noe lignende hadde skjedd med noen andre i miljøpersonalet. En viktig måte å bearbeide dette på var å snakke om disse hendelsene med kollegene. En av informantene fortalte om en hendelse med en aggressiv pasient med truende atferd. Hun hadde følt at hun hadde ansvar, men ikke kontroll. Her fikk hun hjelp fra sine kolleger, og beskrev dette slik:

*Da sitter jeg etter arbeidstid og skravler – jeg snakker om det i timesvis hvis det trengs. Det er det aksept for. Jeg sitter heller en time eller to ekstra enn å gå hjem med en ubehagelig følelse. Hvis ledelsen hører om slike situasjoner, tar de gjerne kontakt, ringer eller noe, og spør om det går greit.*

Miljøpersonalet mente at ledelsen stort sett var gode på å ivareta dem i tilsvarende situasjoner, men at det uansett var viktig å ha fokus på å forebygge at slike situasjoner skulle oppstå.

Det ble nevnt situasjoner hvor det hadde vært tvil rundt sikkerheten omkring enkelt pasienter. Flere av personalet var usikre på rutinene for takling av ubehagelige situasjoner. Det ble nevnt at det muligens var beskrevet i kvalitetshåndboken, men her var det usikkerhet. Noen savnet bedre rutiner, for eksempel debriefing, ved at hele personalet ble samlet før de gikk fra jobb. Det ble også etterlyst noe mer opplæring slik at de kunne være mer forberedt i slike situasjoner. Dette gjaldt spesielt miljøpersonale som jobbet i reduserte stillinger. Her mente de at ledelsen hadde et ansvar. De som arbeidet i 100 % stillinger fortalte at de hadde samhandlingstrening på TEDD ca hver 14. dag.

Flere var spesielt opptatt av grunnbemanningssituasjonen som ble opplevd som dårlig og mangelfull. Spesielt ble dette knyttet til turnussituasjonen, og inntak av dårlige pasienter. *”Den lave bemanningen og turnusen er ustabil og trenger tett oppfølging”*. Dette ble periodevis opplevd som å gå utover personalets sikkerhet. Skjevfordelingen av behandlere og miljøpersonalet ble omtalt av noen få miljøpersonale i denne sammenheng: *”Det er veldig skjevfordeling på beholdersida og miljøside. Det er et korstog av behandlere. De bidrar av og til på dagtid, men det er en kveld også”*. Flere av miljøpersonalet tematiserte sårbarheten

personalmessig, og anstrengelsen ved å stå alene i arbeidet i perioder. Det hadde vært en avlastning hvis behandlerne også hadde skjøvet på sin arbeidstid, *"fordi det hender at pasientene er mer motivert til å snakke om ettermiddagen enn tidligere på dagen"*. Ved å spre personalet kunne en utnyttet dagen bedre".

Flesteparten var opptatt av arkitekturen. På den ene siden var bygget nytt med enerom og eget bad til pasientene. På den annen siden var det er mye glass og det kunne være et problem med utagerende pasienter. Det ble også bemerket at verandaene i 1. og 2. etasje også er utrygge for suicidale pasienter. I 1 etg. kan pasientene lett hoppe over verandaen og stikke av, og dette hadde hendt flere ganger. Personalet hadde etterlyst pleksiglass som beskyttelse i løpet av det siste 1,5 år, men selv om ledelsen var enig i at dette skulle gjøres, så var det ennå ikke gjort. Noen trakk fram at vaktrommene ble opplevd som små. De er også av glass med innsyn fra gangen, og de er heller ikke lydtette. Medisinlageret er nede og det ble også mye løping mellom etasjene.

Mange kjente på det store ansvaret de hadde overfor pasientene innenfor turnusarbeidet, selv om dette stort sett gikk greit: *"Vi kan kontakte lege på huset som ikke kjenner pasientene. Det er legen som har det formelle ansvaret, men alle vurderinger kommer fra oss, så det er et stort ansvar. Vi må håndtere disse pasientene"*.

De aller fleste var opptatt av at ivaretagelsen ville bli bedre når leder for miljøpersonalet kom på plass.

## 5.8 Om møtet med TEDD

De fleste av miljøpersonalet hadde søkt jobb fordi de ønsket å arbeide med pasienter som hadde problemer med både rus og psykiatri. En av dem beskrev det slik: *"Pasientene er herlige og jeg lærer noe av dem også"*.

Nesten alle hadde vært med fra oppstarten, og dette hadde også motivert dem til å søke fordi de hadde mulighet til å skape noe nytt. Flesteparten ga inntrykk av å være stolte av å arbeide der, og omtalte sitt eget arbeidssted som svært positivt, med et godt arbeidsmiljø og en god atmosfære, og at de trivdes godt. Et fåtall opplevde det motsatt, og noen ganger kunne det også være konflikter personalet imellom.

Alle hadde opplevd førsteinntrykket som svært positivt og at de hadde blitt tatt godt i mot. Selve bygningene og stedet ga også et positivt førsteinntrykk. Spesielt innføringsuken de hadde hatt samlet betydde mye for å etablere et sosialt fellesskap. Flere bemerket det positivt at det var så ungt miljø der. Fåtallet hadde spesielle forkunnskaper i kognitiv terapi da de tok i mot jobben. Fåtallet bekreftet at de hadde tanker om å søke seg nye jobber, men flere var slitne av en tung turnus, med både dag-, kvelds-, og helgearbeid. Dette var begrunnelsen fra dem som eventuelt vurderte å slutte. Det positive var at det var gode muligheter til å arbeide med pasientene individuelt, og at det var fleksibelt. Det bidro til motivasjon i arbeidet.

Det positive med det tverrfaglige samarbeidet ble trukket fram. Samtidig mente de at

*TEDD kunne bli bedre hvis hver yrkesgruppe hadde gjort det de kunne mer spesifikt.  
Det kunne gitt mer kontinuitet og pasientene kunne kanskje blitt fortere utskrevet.*

## 5.9 Oppsummering

Sentrale tema som kommer fram fra intervjuene med miljøpersonalet er følgende:

Samhandlingsbetingelser og arbeidsdeling synes å fungere godt mellom miljøpersonalet. De arbeider tverrfaglig, både i praktisk arbeidsfordeling og i utøvelse av terapeutiske oppgaver, og utfyller hverandre bra. Mangel av en "husmor" i postene kommer tydelig fram ved at godt utdannet personale må gjøre oppgaver som de opplever tar fra dem tid og muligheter for terapeutisk arbeid overfor pasientene. Arbeidet blir dermed lite effektivt og de har mindre muligheter til å bruke sin egen spesifikke yrkeskompetanse. Dette kan gå utover kontinuitet og effektivitet, slik informanter fra denne gruppen ser det.

Samarbeidet mellom miljøpersonalet og ledelsen fungerer stort sett bra. På den ene siden oppleves lederen av avdelingen som tydelig og omsorgfull, men på den annen side er det tydelig frustrasjon over alt for mye ansvar og oppgaver grunnet for dårlige pasienter. Vaktturnusen blir omtalt som hard og går ut over det mulige samarbeidet med behandlerne. Signaler på slitasje kan være til stede. Det savnes også tydeligere retningslinjer i arbeidet, spesielt i forhold til miljøpersonalet på natt. Personalet som arbeider i 100 % er mer fornøyd med oppfølgingen av ledelsen enn de som jobber på natt eller dem i mindre stillingsprosent.



Autoritesfordelingen synes tydelig. Alle vet hvem sjefen deres er, samtidig som at ansvarsfordelingen oppleves lite hierarkisk. Behandlerne har det siste ordet i pasientsaker og dette oppleves hovedsakelig greit. Det kan likevel synes som at det er to sjikt i avdelingen; behandlerne og miljøpersonalet. Behandlerne bestemmer tiltak som miljøpersonalet har ansvar for og skal utføre. Det brukes også forskjellige benevnelser; personalet omtales som miljøpersonalet, mens behandlerne omtales som terapeuter og ikke personale. Miljøpersonalet omtales heller ikke som terapeuter eller behandlere. Dette kan skape utydelige skiller og kanskje forvirring i forhold til målet om å implementere kognitiv miljøterapi. Savnet av en egen leder av miljøpersonalet kommer også tydelig fram.

Avdelingen har gode ressurser i forhold til å gi personalet støtte til videreutdanning og veiledning. Likevel synes det ikke at den kognitive miljøterapien er helt på plass. Mange ga uttrykk for usikkerhet rundt dette arbeidet.

Personalet er tydelig opptatt av å gi pasientene en individuell og fleksibel behandling og det kommer fram et stort og varmt engasjement for pasientene. Pasientene blir også omtalt med respekt. De mange praktiske oppgavene i avdelingen synes å gå utover arbeidet med å få til bedre implementering av den kognitive miljøterapien. Det viktigste området som er tydelig prioritert er ulike aktiviteter og spesielt fysisk aktivitet.

Avdelingens sikkerhet synes bra ivaretatt, bortsett fra et område. Dette er i forhold til verandaene i 1. og 2. etasje som mangler pleksiglass for å unngå at pasientene hopper ut og rømmer.

Miljøpersonalet gir uttrykk for et positivt møte med TEDD. Dette inntrykket bekreftes i den måten de fortsatt snakker om sin arbeidsplass.

## 6 Pasientene

Det er gjennomført i alt åtte pasientintervjuer, fem menn og tre kvinner i alderen fra 32 – 53 år, i perioden oktober-09 til april-2010. Innleggelsestiden var mellom 1,5 mnd – 6 mnd. 11 ga sitt samtykke til intervju, men tre av dem trakk det tilbake før intervjuet fant sted.

Rekruttering av pasientene foregikk ved at den enkelte behandler spurte samtlige alle aktuelle innlagte pasienter i perioden fra oktober 2009 – april 2010 om de var villige til å la seg intervju. Eksklusjonskriteriet var pasienter med aktiv psykose og som hadde problemer med å føre en sammenhengende samtale. Intervjuene ble foretatt i utskrivningsfasen eller rett etterpå. Det viste seg vanskelig å få rekruttert pasienter. Mange var i utgangspunktet uvillige, og flere ombestemte seg etter at de hadde sagt seg villige til å bli intervjuet, noe de for øvrig var i sin fulle rett til å gjøre. Konsekvensen for prosjektets del var imidlertid at datainnsamlingen tok lang tid, og gikk forholdsvis treg.

For å få et mer helhetlig inntrykk av hvordan pasientene nyttiggjør seg tilbudet fra TEDD, vil det i neste rapport også bli presentert analyser på aggregert nivå av det tidligere omtalte materialet fra elektronisk pasientarkiv.

Intervjuene med pasientene omhandlet følgende områder: om tilbudet fra TEDD, om medvirkning, om samordning, om planene, samt om møtet med TEDD, og resultater presenteres fortløpende.

### 6.1 Om tilbudet fra TEDD

Flesteparten av pasientene ga stort sett bare positive tilbakemeldinger om hjelpen de hadde fått på TEDD, og at det var godt å komme til et sted hvor de både ga hjelp til rusproblemet og den psykiske lidelsen. Alle hadde tidligere hatt erfaring fra å være innlagt på andre rus- og eller psykiatrinstitusjoner. *”Jeg har vært på mange institusjoner og her var det tydelig en forskjell”*. Forskjellen omhandlet opplevelse av å bli møtt med respekt og at dette var nytt for dem i forhold til tidligere institusjonsopphold, noe følgende utsagn illustrerer:

*Det har stort sett bare vært hyggelig. Jeg har vært andre plasser der de har hatt som kultur at om du ikke innretter deg etter reglene så blir du tatt, beltelagt. Det var det ikke noe av på TEDD slik jeg opplevde det. Du ble veldig bra møtt av personalet. De*

*var hyggelige, interessert i deg og gjorde det de kunne for at du skulle ha det bra. Jeg har opplevd andre plasser at det ikke har vært slik, mer det motsatte.*

Flesteparten sa at de hadde opplevd trygghet, varme og likeverdighet og at personalet opplevdes hyggelige og vennlige. Slik kommer dette til uttrykk fra en av pasientene:

*De andre stedene har jeg ikke kjent den varmen. Andre steder har mast så veldig mye og personalet var lite til stede i fellesskapet. Men her er de med. Setter seg ut og prater og sånn. Det er ikke pasienter mot personalet. Det er mer likeverdig. Her fikk jeg lov til å være voksen. Det har aldri skjedd meg på institusjoner før.*

Pasientene mente at mange av de andre innlagte pasientene også hadde samme opplevelse som dem, at det var et bra miljø, godt samhold og god stemning blant de ansatte. *"De snakket ikke bak ryggen på meg. Det ble veldig trygt og da ble det også varmt."*

Noen likte også at det var et ungt miljø og at institusjonen var ny med tilbud om egne rom og fasiliteter som eget bad, tv og pc. Dette betydde mye for pasientene. *"En følelse av at de bryr seg om pasientene, at det er vakkert, beroligende, at det er mange tilbud. Det gjør at du føler deg vel"*. Det hadde også betydning at personalet var i stand til å snakke om andre temaer som kultur og litteratur enn bare å snakke om de aller enkleste ting. Dette bidro til opplevelse av å dele, være likeverdig og bidro til å øke respekten for personalet. Utsagnet som følger er typisk for dette:

*Det er mer aktivt og det er ikke bare fokus på rus. En kan samtale om andre ting i miljøet, bøker, litteratur, kunst – det er helt annerledes enn de andre tilbudene (andre institusjoner).*

Et fåtall av pasientene opplevde begrenset frihet ved TEDD. Flere sa at det var passe kontroll. Noen av pasientene hadde hatt erfaring med å være innlagt på tvang, også frivillig tvang. De som hadde hatt erfaring med det hadde ikke opplevd vonde krenkelser, men at *"det blir nærmere en fengselsinstitusjon da friheten er begrenset. Jeg tror ikke det gagnar noen"*. Denne pasienten mente at de medpasientene som var innlagt på tvang var generelt

mer misfornøyd med oppholdet, spesielt på grunn av lite bevegelsesfrihet og at oppholdet kunne bli en ekstra utfordring. En annen pasient bekreftet også dette:

*Jeg ser jo at pasienter som har vært lenge innlagt på tvang, da blir det ofte annerledes. Det er lett å komme inn i en negativ sirkel. Det skjer for eksempel at når en først får utgang, så ruser en seg og så blir utgangen tatt bort, også blir en sittende der inne. Da blir det mer negativt. Men jeg tror de (personalet) tenker på en annen måte her. Selv om en får tilbakefall, så slipper en å begynne helt på nytt.*

Pasienten var selv innlagt på tvang. Hun kunne ha fått opphevet den, men hadde funnet ut at det var greit å være det nå. Andre pasienter hadde tidligere hatt dårlig erfaring med å bli lagt inn på tvang i psykiatrien, da det ikke bidro til motivasjon til å slutte å ruse seg: *"Det har ikke vært noen god løsning. Jeg tror de må se det sjøl om de skal klare å slutte"*.

Selv om denne pasienten var innlagt på tvang på TEDD, så hadde han fått frigang til å jogge og blitt utfordret og støttet til å begynne i NA (anonyme narkomane). Han hadde i utgangspunktet vært skeptisk, men fikk etter hvert gode erfaringer. *"Det hjalp også at du forplikta deg til å holde deg rusfri, komme en plass der du ble ivaretatt"*.

Enkelte pasienter sa at det var psykisk belastende å være innlagt fordi det gikk ut over kontakt med nettverket. Andre sa at det var godt å komme i litt beskyttende miljø for å komme vekk fra rusen. Dette ble også omtalt som en ambivalent problematikk som flere slet med. Flere kommenterte verdien av å komme på tur eller ha permisjon utenfor TEDD, og at institusjonen hadde bidratt til at de fikk kontakt med selvhjelpsgrupper eller delta i kristent fellesskap. De mente dette var sentralt med tanke på å komme i gang i samfunnet igjen.

En av pasientene syntes det hadde vært lettere å være sosialt sammen med miljøpersonalet på andre institusjoner enn på TEDD. *"Her virker det som at alle skal være psykologen din, liksom. Kan være litt ubehagelig"*. Ved dette hadde han følt seg litt for mye observert. Flesteparten hadde hatt svært få negative erfaringer med personalet. Noen av personalet *"kunne mangle noen antenner"*, men dette var i fåtall, og en av pasientene sa det slik: *"Det vil alltid være noen sorte får i familien"*.

Et kjernepunkt som flertallet av pasientene var opptatt av i forhold til utbytte av behandling, var den måten de ble møtt på hvis de hadde hatt russprekk eller hadde rømt fra

institusjonen. Ingen hadde opplevd å bli avvist eller at de hadde blitt utskrevet ufrivillig fra TEDD. "Det er veldig viktig at personalet er medmenneskelig i de perioder en sprekker". Dette hadde stor betydning for deres bedringsprosess. En av pasientene opplevde dette som et vendepunkt:

*Vendepunktet for meg var når jeg stakk av og ruset meg, og det var varmen jeg ble møtt på av personalet. De var like varme og gode. Da turte jeg å slippe meg mer løs.*

Gjennom dette møtte de en medmenneskelighet og en følelse av å være voksen. En annen fortalte;

*Jeg hadde et tilbakefall selv. Jeg kom da tilbake på morgenkvisten og skulle egentlig ha kommet kvelden før. Jeg opplevde at jeg ble veldig godt mottatt. Følte ikke at jeg fikk noen straff liksom. Jeg føler at ansatte vil mitt eget beste. Jeg ble positivt overrasket over dette.*

Flesteparten var også fornøyd med behandlingen. I forhold til utbyttet av behandlingen var det betydningsfullt for flere at de kunne motta hvile, samle seg og få omsorg. "Jeg følte at de som passa på meg ville meg vel". Flesteparten av pasientene hadde en god opplevelse av TEDD slik følgende sitat uttrykker:

*Det er det beste stedet jeg har vært på, sånn behandlingsmessig. Jeg føler at man blir tatt veldig seriøst og at de prøver å gi meg den best mulige hjelpen de kan gi, og at det skjer på forskjellige plan. Jeg er veldig fornøyd med den behandleren jeg har fått og de samtalene jeg har hatt og måten vi jobber på..., med sånn kognitiv terapi og at jeg kan styre selv hva vi faktisk snakker om.*

Mange av pasientene var lite opptatt av å fortelle om at de hadde mottatt kognitiv terapi, eller var usikre på hva det var:

*Psykologen lærte meg noen teknikker som jeg kunne bruke om jeg ble urolig. Jeg lurte på om det var kognitiv terapi hun snakket om.*

En annen sa at han hadde hørt om det, men at han ikke skjønnte så mye av det. En tredje pasient sa:

*Den kognitive modellen gjorde meg sliten i hodet. Jeg er praktiker. Synes tenkningen er vanskelig.*

Andre pasienter hadde hatt glede av å lære teknikker i kognitiv terapi og brukte dette som et redskap i vanskelige perioder. En av kvinnene fortalte om det harde arbeidet hun hadde gjort:

*....Det er hardt arbeid. Her får jeg sove godt, mye aktivitet, og jeg får trent mye på å være sosial, både med pasienter og ansatte, og jeg får råd og veiledning og livsstilsteknikker.*

En annen pasient som var utskrevet sa:

*Kognitiv terapi er nyttig. ....Jeg lærte ikke så mye om det da jeg var innlagt. Det virket vanskelig å lære det til å begynne med, men når jeg ser tilbake så tok det kanskje ikke så lang tid. Nå klarer jeg å ta i bruk teknikken slik at jeg klarer å få bort de vonde tankene.*

Et annet vesentlig tema som ble trukket fram av alle pasientene, var betydningen av fysisk aktivitet og annen aktivitet de hadde deltatt i under innleggelsen.

*Fysisk aktivitet var veldig bra. Det fungerer som et substitutt. Gjennom det har jeg lært meg nye vaner. Nå trener jeg om morgnen før jeg drar på jobb.*

Idrettspedagogen var aktiv og hadde motivert og dyttet de i gang. Dette hadde hatt stor betydning for flertallet, både kvinner og menn. En av de yngre kvinnene var veldig opptatt av å rose alle aktivitetene som var i avdelingen, og hun sa videre:

*Spesielt treningspedagogen er kjempeflink til å ta med folk, vi blir inspirert til å komme i gang med trening. Det er veldig viktig for meg.... Jeg tror det er veldig viktig å komme seg litt ut og få tankene over på andre ting.*

Noen av pasientene snakket om samværet med medpasienter under innleggelsen. Noen få hadde deltatt i en egen rusgruppe under oppholdet: "Vi lærte av hverandre". Det var veldig fint.

En godt voksen kvinne vi intervjuet trakk fram betydningen av medpasienter da vi spurte henne om hva hun syntes var bra med opplegget på TEDD:

*Det har vært lærerikt for meg å treffe andre pasientgrupper.... Kontakten med medpasienter har vært veldig flott. Det å treffe folk med forskjellig bakgrunn har betydd mye for meg, gitt meg perspektiv... Jeg har lært annen rusbehandling av medpasienter, problemet med hasj, heroin og slikt som jeg ikke kunne noen ting om.*

En annen pasient mente at TEDD satte for strenge rammer i forhold til å kunne være sammen med medpasientene.

*Synes det blir litt tåpelig strengt når vi ikke får lov ti lå gå på rommet til hverandre. Men jeg gjør det likevel da. Bryter reglene. Jeg synes det blir litt mer nært og mellommenneskelig riktig når en kan trekke seg litt mer tilbake til allmennheten. Jeg savner kanskje en tv-stue her eller noe sånt, slik at en kan sitte 2,3 personer noe mer for seg selv. De kjempestuene blir for åpent. Rommet blir kanskje litt for intimt.... Det tror jeg kan være positivt.*

## **6.2 Om medvirkning**

Flesteparten sa at de hadde opplevd å ha fått medvirket i sin egen behandling, og at personalet stort sett var lydhøre for tilbakemeldinger, noe følgende uttalelse viser:

*De tok meg på alvor og flere ganger fikk jeg gehør for at jeg kunne ta kontakt hvis jeg ønsket å endre på ting.*

En annen sa;

*Jeg føler at jeg har fått være med å bestemme alt. Det betyr mye fordi da føler jeg meg litt friere. De hjelper til så godt de kan. De hører på meg.*

Men det var også et par pasienter som hadde opplevd at de ikke hadde blitt spurt om hva de ønsket under oppholdet, men den ene av disse var likevel fornøyd med oppholdet;

*Jeg ble behandlet på en riktig måte, både fysisk og psykisk.*

I sammenheng med temaet medvirkning kommenterte pasientene betydningen av individualbehandling, slik de hadde opplevd de hadde blitt møtt på TEDD. Ved andre institusjoner hadde det vært annerledes. Det ble beskrevet slik:

*Der har det vært fast opplegg for alle. Det har jeg reagert på. Som helsepersonell ser jeg hvor viktig individualbehandling er. Det å gå den samme løypa for alle, synes jeg er demotiverende og håpløst.*

Det var delte oppfatninger blant pasientene om betydningen av å involvere de pårørende i deres behandling. Noen av pasientene hadde tettere kontakt med sine pårørende mens andre hadde lite kontakt med dem. En av pasientene sa:

*Jeg ønsket ikke selv å ha med pårørende og det ble tatt hensyn til,*

mens en annen sa at

*Familien har vært involvert. Det har vært to-tre(samtaler) av dem. Det har vært veldig bra.*

### 6.3 Om samordning

Pasientene ble spurt om deres inntrykk av samordning mellom de ulike delene i behandlingsopplegget. Dette gjaldt også behovet for bolig, individuell plan og deltakelse i ansvarsgrupper. Spesielt betydningen av egen bolig var et viktig tema som flere av pasientene var opptatt av, slik en av dem sa det:

*Bydelen har skaffet meg en kommunal bolig og jeg har 5 og 5 års leiekontrakt. Der kan jeg bo. Uten boligen hadde det nesten vært det samme med TEDD. Du må ha noe å strekke deg etter, ha noe som betyr noe.*

Alle pasientene var fornøyd med samordningen av behandlingen slik det hadde fungert under oppholdet. Flere utsagn bekreftet dette på følgende måte:

*Jeg har inntrykk av at de er orientert slik at jeg ikke trenger å fortelle den samme historien flere ganger.*

En annen sa:



*Ja, det var flyt i hele greia. Dette har vært bedre her enn det jeg har opplevd før. Alle var inneforstått med alt. Det betyr at det er god kommunikasjon mellom de som jobber her og en god leder”.*

En tredje pasient sa:

*Jeg snakka ikke så mye om meg sjøl. De virka samkjørt. Sånn var det overfor alle de andre òg.*

Flesteparten av pasientene hadde brukt individuell plan eller kognitiv behandlingsplan. Målet for de fleste var å holde seg rusfri og få tilbake motivasjonen i forhold til det. Mange strevet med å skulle følge opp målsettingen, spesielt i forhold til rusmestring og bolig-situasjonen. En av pasientene fortalte at det var tøft å skulle leve opp til forventningen fra personalet:

*Når det gjaldt rusmestring og bolig, så måtte jeg ta det langsomt og jeg fikk bruke lang tid og kanskje lenger enn det vi planla. Etter hvert så var det jeg som satte på bremsen. For eksempel når jeg skulle sove den første natta i boligen. Jeg ble dårlig og klarte ikke og trakk meg mange ganger, men tilslutt dyttet de meg ut i det, og jeg måtte. Det var veldig tøft og jeg ble sint, men jeg klarte det. Det var nødvendig med dytt, selv om jeg syntes det var brått da. Jeg var jo ambivalent. Men det er viktig at de dytter, ellers blir en aldri trygg på seg selv..*

Noen få pasienter hadde ikke arbeidet med individuell plan under oppholdet. En av pasientene bekreftet at han hadde savnet det:

*Det er ingen som har laget individuell plan sammen med meg her. Jeg har vel ikke nevnt det for dem at jeg kunne tenke meg å ha det. Jeg har egentlig et savn til det. Jeg hadde nytte av det før.*

## **6.4 Om møtet med TEDD**

Førsteintrykket hadde vært positivt for de fleste pasientene. Flere trakk fram betydningen av at det var nytt, og det ga en følelse av at de brydde seg om pasientene. En typisk uttalelse er denne:

*Det var veldig positivt. Det var et fint og nytt sted, jeg ble tatt på alvor – seksjonsoverlegen behandlet meg svært direkte, jeg fikk medisiner som hjalp meg, og oppfølging. Det var et veldig varmt og trygt miljø.*

Flesteparten av pasientene vi intervjuet var svært fornøyd med TEDD. Institusjonen ble opplevd som oversiktlig og kunne gi en følelse av å ha kontroll. Stedet og personalet opplevdes trygt, slik en av dem sa:

*Ja, jeg synes dette er en bra institusjon på den måten her da. Her får vi god mat og oppfølging. Det virker ikke som at de helt glemmer deg. Det er veldig viktig.*

En annen av pasientene uttrykte det slik:

*Var overrasket på den måten de behandlet meg. Dem var veldig viktig. Er ikke vant til å bli behandlet på den måten. Opplevde ikke den samme holdningen som er i samfunnet på TEDD.*

Og han utdypet dette med å si:

*De hadde respekt for meg. De brydde seg om meg, mer enn normalt vil jeg si. At folk bryr seg om meg betyr veldig mye. Jeg betyr også noe i livet. Innebærer håp.*

Flere ga tilbakemelding om samvær med personalet som de stort sett hadde opplevd som omgjengelige og positive, og sa at det hadde vært passe kontakt med personalet. Noen syntes at det ble mange personale i perioder:

*Det er flere ansikter her, det er mer slitsomt. Det er greit med 10 faste ansatte, men det har vært mange reservevakter. Spesielt er det krevende med reservevakter som kan sitte å lese alt om meg på dataskjermen. Det er ikke ok. Jeg har truffet den samme personen på ICA i kassa. Det kjennes ubehagelig ut. Jeg vet ikke om de kan lese alt om meg, men jeg tror det siden de også skal skrive rapport. Det er litt annerledes med de som jobber her fast, om de vet noe mer om meg.*

Enkelte pasienter fortalte om noen situasjoner der de hadde vært irriterte og sure på lederen eller personalet. En av situasjonene handlet om informasjon på et ansvarsgruppe-

møte om hvordan pasientens medisiner skulle hentes etter utskrivelsen. Pasienten ble skuffet da legen ikke hadde snakket med hennes først:

*Da ble jeg sint og irritert på henne og hadde ønsket at hun hadde snakket med meg først. Jeg har kommet over det nå. Det er mange som er med på ansvarsgruppemøtet, så jeg hadde satt pris på å vite det først.*

På spørsmål om TEDD kan bli bedre sa en av pasientene det slik:

*Jeg synes de bør holde fast ved en del ting som er nå. Det er det beste stedet jeg har vært på. Vet ikke helt hva de skal gjøre bedre. Føler at de legger vekt på de rette tingene, å komme ut i aktivitet og kognitiv terapi, jobbe med seg selv og lage individuell plan, finne mål og oppmuntre til å gjøre ting ute i samfunnet i fellesskap.*

En av pasientene svarte slik, når hun ble spurt om hun hadde noen råd til TEDD:

*Jeg kan ikke se at det er så mye. Det er mange mennesker som jobber her. Det er veldig viktig at personalet har engasjement og er motiverte. Det er det aller viktigste. Hvis det er personer som ikke passer inn i dette, så blir det uromomenter som kan påvirke folk i uheldig retning. Det er viktig at Grete (lederen) tar tak i dette og slår ned på det og det tror jeg at hun gjør. Det er kanskje litt forskjell på noen av personalet, noen ekstravakter og de som var spesielt unge. Det er viktig med gode rutiner, slik at det ikke blir likt med andre institusjoner. Da blir ikke dette lenger noe som er enestående.*

Pasienten som hadde savnet mer fokus på rusproblemet under behandlingen, ga dette rådet: "Gå direkte inn på rusproblemet, hvordan de skal håndtere det". Denne pasienten mente at det også kunne være et problem med at personalet tillot at pasientene ruset seg under oppholdet: "De som ikke er så veldig motivert fra før, kan miste motivasjonen om de ser at folk ruser seg som de vil". Han mente han hadde sett dette som et større problem ved andre institusjoner, og at dette ble likevel taklet veldig fint på TEDD.

På den annen side var det også pasienter som syntes det hadde vært fokusert for mye på rus. En yngre pasients råd til TEDD var at først må primærbehov dekkes, så trening, også begynne å bevege seg mer ut for å ha kontakt med venner og øvrig nettverk. Han bekreftet dette med å si:

*Jeg synes de fokuserer litt for mye på rusen i seg selv, istedenfor å bygge opp et innhold i livet ditt, bygge opp gode broer, kvaliteter som du kan ta med deg ut. Det handler om å ta opp kontakten med venner som er rusfrie. Få folk på kurs, skole, bygge en verden som har mer innhold enn bare rus. Få dyrke godekvaliteter du kan ta med deg ut, istedenfor å stå akkurat der du var når du kom inn. Disse faktorene synes jeg de gjør litt for lite her.*

## **6.5 Å reise fra TEDD**

De pasientene som hadde vært igjennom en utskrivelse fra TEDD, var stort sett fornøyd med hvordan dette ble forberedt. En av pasientene som hadde vært innlagt i ca 5 mnd. beskrev det på denne måten:

*Det var kjempefint. Vi satt oss sammen med bydelen. Der hadde jeg en fantastisk ruskonsulent fra før. Sammen med legen min og TEDD og et ansvarsgruppemøte, så la vi opp en plan. Utskrivelsen ble satt slik at jeg kunne få bruke tid. Jeg brukte lang tid på planleggingen. Han som var idrettspedagog kjørte meg rundt på hjemstedet mitt og fikk plukket opp de tingene jeg hadde rundt omkring. Det var sterkt at han gjorde det. De var med meg opp i leiligheten, pakket og vasket og så kjørte vi tilbake sammen til TEDD.*

Men å reise fra et trygt institusjonsopphold er ikke så enkelt og kan kjennes ensomt. En av pasientene savnet mer oppfølging etter utskrivelsen og kunne ønsket seg en mer gradvis overgang:

*Så kunne vi hatt kontakt med TEDD i hvert fall 2-3 ganger i løpet av den første måneden. Overgangen ble for brå. Det blir vanskelig når en går til ingenting. De kontaktene jeg har nå hjelper meg ikke med aktiviteter eller kontakter med andre.*

## **6.2 Oppsummering**

Om tilbudet fra TEDD gir pasientene uttrykk for en positiv opplevelse. De beskriver det som en annerledes institusjon som knyttes til et engasjert personale, varme omgivelser, respekt, likeverdighet og omsorg. Betydning av egne rom og fine omgivelser vektlegges.

Et viktig kjernepunkt er at TEDD ikke skriver ut pasientene etter russprekk. Dette har gitt pasientene en svært nyttig erfaring og som har hatt betydning i deres bedringsprosess. På den annen side ga enkelte pasienter uttrykk for at noen kan miste motivasjon når de ser at enkelte pasienter ruser seg under oppholdet.

Ingen av pasientene gir uttrykk for at de har vært utsatt for vonde krenkelser, selv om opplevelsen av frihet har vært begrenset for enkelte i perioder.

Nytten av den kognitive miljøterapien er blandet. Noen er tydelige på at de har fått med seg et verktøy som de kan bruke videre, mens andre ikke har forstått så mye av den. Det aller viktigste for dem har vært tilbudet om ulike former for fysisk aktivitet og hjelp til å komme i en tilfredsstillende bolig.

Brukermedvirkning synes godt ivaretatt når pasientene sier at de har fått medvirke i sin egen behandling og at de har blitt lyttet til og blitt tatt på alvor. At de har blitt møtt som enkeltindivider og fått individuell behandlingen har stor betydning for dem, og dette har vært annerledes enn erfaringene de har opplevd fra andre institusjoner.

Pasientene er delte i synes på betydningen av å involvere pårørende i deres behandling, og som de hadde opplevd ble ivaretatt fra TEDD.

Samordning av behandlingsopplegget synes å ha fungert bra for pasientene. Både individuell plan og ansvarsgrupper ble anvendt. Å mestre rus og boligsituasjon er et viktig tema for dem, og de var også stort sett fornøyd med dette, selv om det også er tydelig at noen pasienter synes at det ble for mye fokus på rus og mindre på deres nettverk og sosiale situasjon.

Møtet med TEDD omtales positivt. Institusjonen beskrives som oversiklig og forutsigbar, varm og trygg. Tilbakemeldingene bekrefter at TEDD oppleves som en positiv annerledes institusjon sammenlignet med andre tilsvarende institusjoner.

Utskrivingen fra TEDD synes å være vanskelig for enkelte pasienter da overgangen blir for brå. Noen kan trenge mer oppfølging fra avdelingen en stund etterpå. Andre ga uttrykk for anerkjennelse til TEDD på måten planleggingen av utskrivelsen ble foretatt på.

## 7 Pårørende

Av de åtte pasientene som ble intervjuet, ga fem av dem sitt samtykke til å kontakte deres pårørende. Alle fem pårørende, fire mødre og en søster, ga sitt samtykke til å bli intervjuet. Alder på denne gruppen var mellom 47 og 63 år. Intervjuene ble foretatt per telefon og ett ved personlig kontakt. De aktuelle pasientene de var pårørende til hadde hatt fra ett til noen flere opphold på TEDD, både frivillig og tvangsinnlagt.

Temaområdene i fokus var om tjenestetilbudet, om brukerens medvirkning i utforming av tjenestetilbudet, om rollen som pårørende, samt bakgrunnsspørsmål/dagliglivets gjøremål.

### 7.1 Tjenestetilbudet

Pårørende uttrykte glede for at det var utviklet et behandlingssted hvor både rusproblemet og den psykiatriske lidelsen ble fokusert, slik at det ble et helhetlig tilbud, men alle ga uttrykk for at de ikke visste så mye om behandlingstilbudet. Noen få tilbakemeldinger hadde de fått fra sine egne, i tillegg til egne observasjoner. I hovedsak var disse positive og de hadde gjennom dette fått et positivt inntrykk av TEDD. De mente at TEDD hadde en behandling som virket. Det hadde betydning at personalet bidro til hjelp til bolig, stabilitet og oppfølging utover institusjonsoppholdet, adekvat medisiner, samtaler og god kjemi mellom terapeut og pasient. Trygghet og ro ble også trukket fram som viktige elementer. En av de pårørende fortalte dette om fordelen sønnen hadde hatt ved å være innlagt på TEDD:

*Han har fått god hjelp til å få bedre medisiner. Han har også fått god sosial støtte der. De liker han godt og det virker som han har fått bedre selvtillit ved å være der. Jeg merker at han har et godt forhold til dem. Det var ikke vanskelig å ta kontakt med dem, selv da han hadde drukket og ikke kunne kjøre tilbake dit. Men de var hyggelige og sa at han bare måtte komme dit. Sånt betyr mye. Han har vært så paranoid og hatt mye mistenksomhet til omgivelsene, men han har ikke gitt uttrykk for at han har hatt dette overfor dem.*

De pårørende mente også at hjelp til egen bolig var svært viktig, og hadde blitt vektlagt og prioritert for de som trengte dette.

Det de syntes var mindre bra omhandelt sitt eget forhold til TEDD. De pårørende syntes de hadde vært for lite trukket inn i behandlingen og flesteparten sa at de hadde savnet dette, selv om de var klar over at pasientene var voksne og i utgangspunktet skulle håndtere sitt eget liv. En fortalte at hun hadde blitt kontaktet per telefon for å gi noen bakgrunnsopplysninger i forbindelse med medisinerings, men ellers ikke hatt noe kontakt med TEDD. Denne pårørende sa videre at

*Det synes jeg har vært litt merkelig da jeg har sagt meg villig til og ønsker å ha en samtale der, og jeg har forstått det slik at sønnen min også heller ikke har noe i mot det.*

Hun hadde selv ingen forklaring på hvorfor det ikke hadde blitt mer oppfølging. En av de andre pårørende hadde vært innkalt på ansvarsgruppemøte, men syntes hun fikk for lite informasjon om selve avdelingen:

*Jeg synes vi kunne få noe mer informasjon fra avdelingen, at det var mulig å kunne besøke han der. Jeg kunne jo også bare fått litt skriftlig informasjon.*

Få hadde blitt invitert inn til samtaler. En av de pårørende sa at hun tilfeldigvis ble spurt av en av psykologene om hun ville snakke med han. Han hadde hatt dårlig tid, men hun fikk snakket med han alene i 10 minutter og det hadde betydd mye for henne. En annen av de pårørende hadde selv bedt om å få en samtale med behandleren, og dette hadde blitt imøtekommet. Her hadde datteren selv vært til stede. En annen pårørende sa at hun hadde sagt til behandleren at hun ønsket seg en fellessamtale, og at sønnen også hadde samtykket til dette. På tross av dette, fikk hun ingen fellessamtale og visste heller ikke hvor dette hadde strandet. Hun mente selv at du hadde vært tydelig, men at hun nå hadde forsonet seg med at det ikke ble noe av.

## **7.2 Brukerens medvirkning i utforming av tjenestetilbudet**

De pårørende hadde et positivt inntrykk av at deres egne hadde blitt involvert bra i behandlingen: *”Det er ikke tredd noe over hodet hennes”*. I faser hvor datteren hadde vært psykotisk og innlagt på tvang, mente moren at brukermidvirkning også hadde begrensning i slike situasjoner:

*Jeg mener at en ikke skal etterspørre så mye om medvirkning i slike faser. Hun har aldri klaget på dette selv.*

Flere pårørende hadde positivt inntrykk av at behandlerne hadde diskutert bruk og endring av medisiner. De hadde ellers få kommentarer rundt dette spørsmålet.

### **7.3 Rollen som pårørende**

På spørsmålet om rollen som pårørende hadde alle mye på hjertet og hadde hatt ulike erfaringer med behandlingsapparatet. Gjennom mange år som pårørende hadde de svært lite forventninger til behandlingssystemet. De ga en beskrivelse av en strevsom hverdag med mye uforutsigbarhet. Flere hadde opplevd mye belastning i sin egen familie. De var blitt vant til å få lite informasjon og de var klar over at deres sønn, datter eller bror måtte gi skriftlig samtykke til hjelpeapparatet hvis pårørende skulle få informasjon om dem. Flesteparten mottok lite informasjon av sine egne, noe som økte behovet for informasjon fra behandlerne. Ikke å få informasjon skapte uro og flere beklaget seg over taushetsplikten helsepersonell hadde, selv om de ga uttrykk for en akseptasjon for at det også måtte være sånn.

En av mødrene sa det slik:

*Jeg er veldig redd, vondt i magen, med tanke på dette. Jeg skjønner at ting må gå igjennom sønnen, men det bør kunne være mulig for hjelpeapparatet å kunne gi en kort beskjed tilbake om det går bra for eksempel.*

Flesteparten etterlyste behovet for mer informasjon. Gjennomgående sa informantene at de visste svært lite om TEDD. Både hva behandlingen gikk ut på og gode råd om hvordan de kunne møte sine egne. Følgende uttalelse er typisk for dette:

*Jeg vet for lite.... Han forteller hva det er, men jeg vet ikke hva som kan bidra til å hjelpe han.*

Fire av fem ønsket å bli mer involvert i behandlingen, blant annet behovet for å kunne si sine meninger om hva de ønsket seg for sine. De pårørende var også skuffet over ikke å bli



rådspurt, spesielt fordi det blant annet sto så tydelig på hjemmesiden til TEDD at pårørende var en viktig ressurs. En av de pårørende sier det slik:

*Hvis de sier at vi er ressurser for datteren vår så bør de trekke oss mer inn, og de må forstå at det er veldig strevsomt for pårørende, slik at de kunne hatt et tilbud til oss. Hvis pårørende forbedrer sin mestring, så må jo dette være et nyttig supplement.*

Flere pårørende understreket at de ikke hadde forventninger om at det var deres behov som skulle ivaretas av TEDD, men at det kunne være en stor fordel for deres egne. Hvis pårørenderollen ble styrket, så kunne de også muligens bli bedre og tryggere til å takle egne barn eller søsken.

En av de pårørende fortalte om et møte og en samtale med behandleren og sin datter på TEDD. Her fikk hun flere opplysninger, blant annet om datterens diagnose og som ble veldig ubehagelig. Hun opplevde seg som et *gissel* i denne samtalen og sa følgende:

*Jeg kunne ikke spørre om hvilke symptomer hun har nå, hva kommer dette fra, hva kan vi forvente i forhold til diagnosen. Jeg kunne jo ikke stille disse spørsmålene når datteren vår satt der, ikke sant?*

Hennes opplevelse var at datteren var begeistret for behandleren, men at det ikke virket som at de tenkte noe særlig på de pårørende; uttalt slik:

*Det kan jo tenkes at vi kan komme med noe fruktbart også!?*

Uttalelsen peker på at den pårørende mener at de som foreldre kunne bidra til en bedre forståelse av datterens situasjon.

## 7.4 Oppsummering

I forhold til tjenestetilbudet uttrykker de pårørende at det er positivt at det nå er kommet et helsetilbud hvor både ruslidelsen og den psykiatriske lidelsen blir fokusert samtidig. Dette er nytt for dem. Pårørende hadde vært relativt lite involvert i behandlingen, og de visste lite om innholdet i behandlingstilbudet på TEDD. Noen av deres nære hadde gitt dem noe informasjon om stedet, men kontakten synes å være veldig sporadisk. De fleste pårørende sa at de hadde sett en positiv endring hos sine nære etter oppholdet. Spesielt er de fornøyd

med at det har vært fokusert på endring av medisiner og arbeid med boligsituasjonen. Pårørende som hadde vært involvert er fornøyd med møtet med TEDD.

Pårørende gir et positivt inntrykk av at deres nære er blitt involvert i behandlingen i tilstrekkelig grad.

I forhold til rollen som pårørende, har mange av dem mye på hjertet. De gir uttrykk for svært mange og til dels dårlige erfaringer med tidligere behandlingsapparat. Videre gir de uttrykk for en strevsom og belastende hverdag med mye uforutsigbarhet, samt lite forventninger til behandlingssystemet.

Det er særlig to forhold de pårørende har savnet fra TEDD: Det første er mangelen på informasjon, og det andre er involvering i behandlingen. Mangel på informasjon omhandler flere forhold. En generell informasjon savnes, blant annet om hva som foregår på TEDD, om muligheten for å kunne besøke sin nære på avdelingen, og om mulige råd for hvordan de kan møte sin sønn, datter eller brors problemer.

Nesten alle sier de ønsker å bli mer involvert i behandlingen, blant annet for å gi tilbakemelding til behandlere om hva de mener deres nære trenger av hjelpeapparatet. Flere kommenterer at de har lest på internett og hjemmesiden til TEDD at pårørende er en viktig ressurs i behandlingen. Dette har de merket mindre til. En bedre dialog med pårørende kan derfor være et viktig tilskudd, ikke minst til de pårørende i seg selv. Ingen ga uttrykk for at de trenger hjelp for sin egen del, men de ønsker å kunne få mer kunnskap og råd for bedre dialog og hjelp i hverdagen til sine nære.

Også mangelen på invitasjon til å delta i behandlingen ble understreket, spesielt i tilfeller der deres nære hadde gitt samtykke til at det var greit at de ble kontaktet. Kontakten fra TEDD hadde mest omhandlet behandlerens ønske om bakgrunnsopplysninger i forhold til deres nære. Dette var ikke tilfredsstillende for de pårørende.

## 8 Status og prosessen videre

Foreliggende rapport er den første dokumentasjonen som foreligger på bakgrunn av følgeforskningen som foretas av TEDD. Bakgrunnen for å gjennomføre dette arbeidet er et behov for å systematisere erfaringer man gjør underveis i utviklingen av TEDD med hensyn til hva man oppnår på kort og lang sikt, samt en vurdering av behov for endringer og justeringer. Hensikten med dette er å framskaffe et systematisk, forskningsbasert erfaringsgrunnlag med tanke på eventuelt å forbedre tilbudet slik at det blir best mulig. TEDD har nå eksistert i om lag 3 år, og følgeforskningen har pågått om lag 1 ½ år. Tanken er at forskningen skal pågå i om lag 1 ½ år til.

Hovedproblemstillingen som reises i forskningsprosjektet er:

*Hvilke kritiske faktorer kan beskrives i TEDD, og hvilke forbedringspotensialer på hvilke områder kan man peke på? Hva skal til for å oppnå ønsket suksess?*

I denne første fasen blir disse forholdene analysert og drøftet med referanse til resultater fra intervjuer av fire informantgrupper, nemlig behandlere, miljøpersonalet, pasienter og pårørende. I påfølgende arbeider vil tilsvarende data presenteres, men da også supplert med resultater fra analyser om noen av de samme forholdene på aggregert nivå, blant annet basert på dokumentasjon fra Dia-lis.

Det er et sentralt anliggende å bruke forskningen til å videreutvikle en best mulig praksis, - samt å videreutvikle samarbeidsrelasjoner og gode arbeidsrutiner for de forskjellige faggruppene som arbeider i TEDD, slik at man gir et best mulig tilbud til pasientene. I denne oppsummeringen vektlegges derfor forhold som bør drøftes og utvikles videre ved TEDD. Flere av forholdene er det for øvrig allerede iverksatt tiltak for å justere på.

I den perioden TEDD har eksistert, har man oppnådd gode behandlingsresultater for den aktuelle pasientgruppen. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom erfaringene som formidles gjennom intervjuene av alle de aktuelle informantgruppene i denne rapporten.

Ledergruppen, som omfatter behandlerne, består i hovedsak av personer som representerer og har ansvar for faggrupper. Ledergruppen er ment å representere det tverrfaglige miljøet som ligger til grunn for arbeidet på TEDD. Seksjonsoverlegen og ledende sosionom er de to som i særlig grad representerer TEDD i eksterne samarbeidsrelasjoner.

Miljøpersonalet som deltok i intervjuene består av flere faggrupper, med ulike typer høgskole- og universitetsutdanning som sykepleier, vernepleier, ergoterapeut, sosionom og annen relevant bachelorutdanning (som psykologi og pedagogikk). Aldersmessige er de mellom 26 og 46 år. Gruppen arbeider tverrfaglig, både i praktisk arbeidsfordeling og i utøvelse av terapeutiske oppgaver, de ansatte går i turnus med fordeling på dagtid, kveld og natt og i ulike stillingsstørrelser.

Pasientene som deltok i intervjuene var i alderen 32 – 53 år, og de hadde innleggelsestid på mellom 1,5 mnd og 6 mnd. TEDD ønsker også å ivareta pårørende, og derfor var også deres synspunkter viktige. De pårørende som deltok i undersøkelsen, var rekruttert inn av pasientene.

På denne måten har vi data fra fire sentrale grupper som har ulike posisjoner i det systemet TEDD representerer. Dels er de synspunkter de tilkjennegir, viktige som erfaringsuttrykk for og innen den aktuelle gruppen, men dels er de også viktige å se i en relasjonell sammenheng mellom de ulike gruppene. Det er i samspillet mellom disse gruppene at TEDD som behandlingstilbud utvikler seg. Dersom noe fungerer dårlig mellom eller innen noen av gruppene i dette systemet, vil det påvirke resten av systemet, - og omvendt. Derfor er det viktig til en hver tid å være oppmerksom på gruppeprosesser og gruppedynamikken som oppstår, utvikles, endres eller stabiliseres. I denne sammenhengen er det noen utfordringer som det kan være grunn til å gå nærmere inn på i den videre utviklingen av TEDD.

Ledergruppen står i relasjon ikke bare til miljøpersonalet, pasienter og pårørende, men også til overordnede. Fra ledergruppen kommer det til uttrykk et ønske om større grad selvstyre, konkretisert ved innflytelse på inntak, på tilgangen på personalressurser og andre nødvendige ressurser for driften av TEDD. Det ligger for eksempel en utfordring når det gjelder samarbeidet med akuttavdelingen i forbindelse med inntak av pasienter. Dette kan bli bedre. Forventningene til TEDD fra akutten sin side er i en del tilfeller ikke i samsvar med hva TEDD vurderer som fruktbart for organisasjonen. I praksis betyr det at TEDD må ta inn

flere krevende pasienter enn personalet kan tilby gi god behandling med den eksisterende bemanning. Noen informanter pekte på at det kan finnes et forbedringspotensial når det gjelder utvelgelse av pasienter og kriterier for det (for eksempel å prøve å "styre unna" "sikkerhetsavdelingspasienter").

Det ble konstatert av flere behandlere at miniteam/behandlingsmøter ikke fungerte slik de var ment etter intensjonene, dvs. de fant ikke sted. Noen uttrykte at ansvaret for slike møter ligger hos primærbehandler og primærkontakt og at grunnen til at møtene ikke finner sted, er at primær- og sekundærkontakten ofte ikke er til stede. Dette kan henge sammen med turnusen og de grensene som den setter for den enkeltes nærvær og fravær. Det ble uttrykt ønske om bedre muligheter for faglig refleksjon, for eksempel med utgangspunkt i de eksisterende strukturene (miniteam, morgenmøter, behandlingsmøter). Hvis noen av disse "institusjonene" ikke fungerer, reduseres muligheten for den faglige refleksjonen.

Samarbeidet mellom ledelsen/behandlerne og miljøpersonalet synes stort sett å fungere bra. Likevel er det noen spenninger å spore. På den ene siden opplever miljøpersonalet at lederen av avdelingen er tydelig og omsorgfull, men på den annen side er det frustrasjon i gruppen over at de får for mye ansvar og oppgaver grunnet for dårlige pasienter. Vaktturnusen blir omtalt som hard og går ut over det mulige samarbeidet med behandlerne. Signaler på slitasje kan være til stede. Det savnes også tydeligere retningslinjer i arbeidet, spesielt i forhold til miljøpersonalet på natt. Personalet som arbeider i 100 % -stillinger, er mer fornøyd med oppfølgingen av ledelsen enn de som jobber på natt eller dem i mindre stillingsprosent. Flere miljøterapeuter nevnte turnusen som en belastning. Fra ledernes og behandlernes side ble det ikke uttrykt stor forståelse for turnusen som et problem. Men turnusen har også en side som angår muligheten for godt faglig arbeid og for tverrfaglig samarbeid. Noen behandlere vurderte det som faglig sett interessant å tenke seg at flere faggrupper går i turnus enn tilfellet er nå, inkludert behandlerne. Å gå turnus vil innebære både å representere en faglig ressurs som ellers kan hende ikke er tilgjengelig utenfor vanlig arbeidstid, og gi dem det gjelder, muligheter til observasjon og samtale i andre situasjoner enn de har til vanlig om de begrenser seg til å arbeide på "dagtid". Samtidig kan det være både personlige og strukturelle problem knyttet til å gjennomføre dette i praksis. For eksempel vil de som har eksterne samarbeidspartnere, måtte være tilgjengelige på dagtid. Det ligger med andre ord en utfordring på dette området.

Det tverrfaglige arbeidet er et av kjennetegnene ved TEDD. Det er avgjørende at dette fungerer best mulig. Tverrfaglig arbeid kan imidlertid være en utfordring. Dette synes å være tilfelle også på TEDD. For det første har ledergruppen registrert at det ikke er klart for alle i personalet hvordan tverrfaglig arbeid skal forstås og hva det innebærer i praksis. For det andre er også miljøpersonalet tidvis noe usikre på hvordan de skal forholde seg til forventningen om tverrfaglighet. I tillegg er det en tendens i miljøpersonalet i retning av en usikkerhet om hva det innebærer at alle skal være behandlere og beherske kognitiv miljøterapi. Det kommer også til uttrykk at dette gir dem mindre muligheter til å bruke sin egen spesifikke yrkeskompetanse, noe ikke alle er helt fortrolige med. Likeledes skaper mangel av en "husmor" i postene en situasjon som innebærer at godt utdannet personale må gjøre oppgaver som de opplever tar fra dem tid, og som følgelig reduserer muligheter for terapeutisk arbeid overfor pasientene. Innen miljøpersonalet er det en opplevelse av at dette kan gå utover kontinuiteten overfor pasientene.

Disse forholdene beskrives i forutgående kapitler, og ledergruppen er allerede opptatt av å gjøre noe med det. Ett aspekt ved en slik problematikk er i hvor stor grad det er å vente at fagpersonale skal engasjere seg i oppgaver som andre profesjoner er "nærmere" til eller har bedre faglige forutsetninger for enn de selv har. Den andre siden er i hvor stor grad faggruppene skal ha mulighet til å konsentrere seg om primært å arbeide med oppgaver som innebærer å bruke egen fagspesifikk kompetanse.

Både ledere og miljøpersonalet gir inntrykk av at det står noe igjen før kognitiv miljøterapi "sitter" i systemet. Det tar tid å skjønne og lære seg de aktuelle teknikkene. Det er iverksatt en rekke tiltak som skal sikre opplæring og vedlikehold, og avdelingen tilbyr veiledning og videreutdanning, og gir personalet støtte til dette. Flere av behandlerne oppfatter likevel at miljøpersonalet ikke nødvendigvis kjenner seg fortrolig med kognitiv miljøterapi. Dette bekreftes og kommer til uttrykk fra miljøpersonalet. Det stilles imidlertid ikke spørsmål ved selve metoden som redskap i behandlingen. Tvert i mot uttrykkes det klar tiltro til den, også i tilfeller der pasientene har dårlige kognitive evner. Snarere vises en usikkerhet i miljøpersonalet knyttet til at alle som arbeider ved TEDD skal kjenne til metoden, og til forventningen om at alle skal være behandlere. Det er derfor nødvendig å arbeid videre med å få den kognitive miljøterapien enda bedre på plass i avdelingen.

Likevel tyder mye på at ledergruppen/behandlerne og miljøpersonalet utfyller hverandre bra, og at autoritetsfordelingen er tydelig. Samtidig antyder data at det er to sjikt i avdelingen; behandlerne og miljøpersonalet. Behandlerne bestemmer tiltak som miljøpersonalet har ansvar for og skal utføre. Det brukes også forskjellige benevnelser; personalet omtales som miljøpersonalet, mens behandlerne omtales som terapeuter og ikke personale. Miljøpersonalet sier at de ikke omtales som terapeuter eller behandlere, samtidig som de har en forventning på seg om at alle skal være behandlere. Dette kan skape utydelige skiller og kanskje forvirring i forhold til målet om å implementere kognitiv miljøterapi. Det kan derfor være en fordel å tydeliggjøre både forventninger til de ulike rollene og begrepsbruk knyttet til dem.

Personalet er tydelig opptatt av å gi pasientene en individuell og fleksibel behandling, og det kommer fram et stort og varmt engasjement for pasientene. Pasientene blir også omtalt med respekt. De mange praktiske oppgavene i avdelingen kan synes å gå utover arbeidet med å få til bedre implementering av den kognitive miljøterapien. Det viktigste området som er tydelig prioritert, er ulike aktiviteter og spesielt fysisk aktivitet.

Gjennom både pasientintervjuene og pårørendeintervjuene framkommer gode holdninger for at arbeidet med pasientene fører fram. TEDD oppleves gjennomgående som en positiv, annerledes institusjon sammenlignet med andre tilsvarende institusjoner.

Pasientene gir inntrykk av å ha hatt en positiv opplevelse av TEDD, og at de har nyttiggjort seg tilbudet. TEDD blir beskrevet som en annerledes institusjon som knyttes til et engasjert personale, varme omgivelser, respekt, likeverdighet og omsorg. Betydning av egne rom og fine omgivelser vektlegges. For pasientene er det sentralt at TEDD ikke skriver ut pasientene etter russprekk. På dette punktet skiller TEDD seg fra andre behandlingseenheter, og det verdsettes av pasientene. Det har bidratt til å gi dem nyttig erfaring, og det framkommer at det har hatt betydning i deres bedringsprosess. På den annen side ga enkelte pasienter uttrykk for at noen kan miste motivasjon når de ser at enkelte pasienter ruser seg under oppholdet. Enkelte pasienter har påpekt at utskrivningen fra TEDD oppleves vanskelig fordi overgangen kan bli for brå. Noen kan trenge mer oppfølging fra avdelingen en stund etterpå. Andre er svært fornøyd med måten planleggingen av utskrivelsen ble foretatt på.

Nytten av den kognitive miljøterapien er blandet, slik pasientene har opplevd dette. Noen formidler at de har fått med seg et verktøy som de kan bruke videre, mens andre ikke har forstått så mye av den. Å mestre rus og boligsituasjon er et viktig tema for pasientene, og de var også stort sett fornøyd med dette, selv om noen syntes at det ble for mye fokus på rus og mindre på deres nettverk og sosiale situasjon. Det aller viktigste for dem har vært tilbudet om ulike former for fysisk aktivitet og hjelp til å komme i en tilfredsstillende bolig. At de har blitt møtt som enkeltindivider og fått individuell behandlingen, har også hatt stor betydning for dem. Det har også vært framhevet at erfaringene fra oppholdet på TEDD er positivt annerledes enn erfaringene de har hatt fra opphold ved andre institusjoner.

TEDD vektlegger å ivareta pårørende. Pasientene er imidlertid delte i syn på betydningen av å involvere pårørende i behandlingen. De pårørende som er intervjuet, gir derimot uttrykk for at det betyr mye for dem å være involvert. I forhold til rollen som pårørende, har mange pårørende tidligere erfaring med behandlingsapparatet som blir karakterisert som til dels svært dårlig. Det framkommer også at de har hatt en strevsom og belastende hverdag med mye uforutsigbarhet, samt lite forventninger til behandlingssystemet. I lys av dette er det særlig to forhold de pårørende har savnet fra TEDD: Det første er mangelen på informasjon, og det andre er graden av involvering i behandlingen. Mangel på informasjon omhandler flere forhold. En generell informasjon savnes, blant annet om hva som foregår på TEDD, om muligheten for å kunne besøke sin nære på avdelingen, og om mulige råd for hvordan de kan møte sin sønn, datter eller brors problemer. Når det gjelder involvering, blir det påpekt at de ønsker å bli mer involvert i behandlingen, blant annet for å gi tilbakemelding til behandlere om hva de mener deres nære trenger av hjelpeapparatet. Det blir også kommentert at de har lest på internett og hjemmesiden til TEDD at pårørende er en viktig ressurs i behandlingen. Dette har de merket mindre til. En bedre dialog med pårørende kan derfor være et viktig tilskudd, ikke minst til de pårørende i seg selv ettersom ingen ga uttrykk for at de trengte hjelp for sin egen del. Derimot etterlyses mer kunnskap og råd for bedre dialog og hjelp i hverdagen til sine nære.

I forhold til tjenestetilbudet fra TEDD er pårørende positive til at TEDD fokuserer ruslidelsen og den psykiatriske lidelsen samtidig. Dette er nytt for dem. Spesielt framheves at endring av medisiner og arbeid med boligsituasjonen er vektlagt.



Avslutningsvis skal det understrekes at TEDD representerer noe nytt i behandlings-sammenheng til en gruppe pasienter som på mange måter har vært gitt opp av det øvrige hjelpeapparatet. De resultater som presenteres her, peker på at denne gruppen synes godt ivaretatt av TEDD, og at de har god nytte av hjelpen de tilbys. Erfaringsgrunnlaget så langt er derfor positivt.

Imidlertid er det sentralt i en følgeforskning å peke på områder med utfordringer og forbedringspotensialer. Dette er følgelig framhevet avslutningsvis. Det er likevel viktig å understreke at de forholdene som framheves, ikke innebærer en kritikk av TEDD som sådan. Det finnes det nemlig ikke holdepunkter for å framføre. Tvert i mot peker resultater på at man har funnet en god modell, men at det er forbedringsmuligheter ved den. Så langt peker følgeforskningen på flere slike utfordringer. Løsning av disse vil trolig bidra til å forbedre tilbudet.

## Referanser

- Berge, T. og Repål, P. (2010). *Den indre samtalen*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 3. utg.
- Chadwick, P. (2009). *Personbasert kognitiv terapi ved psykoser*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Fredheim, K.N. (2009). Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 161 – 167.
- Gråwe, R. W. & Hagen, R. (2008). Kombinert rusmiddelavhengighet og alvorlige psykoselidelser. I T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karagöz, E. M. N. (2010). "Hvor lenge skal han bo på TEDD?" Forståelse av bostedsløshet - kontra retten til en varig bolig, et hjem. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (1), 16-25.
- Kavanagh, D. J. & Mueser, K. T. (2007). Current evidence on integrated treatment for serious mental disorder and substance misuse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 618–637.
- McCann, E. (2001). Recent developments in psychosocial interventions for people with psychosis. *Mental Health Nursing*, 22, 99 - 107
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E. & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Oestrich, I.H. & Holm, L. (red.). (2006). *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i likeværdigt samarbejde*. København: Psykologisk Forlag, 2. utg.
- Perris, C. (1991). *Kognitiv psykoterapi vid schizofrena störningar*. Stockholm: Pilgrim Press.
- Simonsen, I-E (2007). Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 1340 – 1349.
- Svensson, B., Hansson, H., & Nyman, K. (2000). Stability of outcome in a comprehensive, cognitive therapy based treatment programme for long-term mentally ill patients. A 2- year follow-up study. *Journal of Mental health*, 9, 1, 51 – 61.
- Sverdrup, S. (2002). *Evalueringsfaser, design og gjennomføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sverdrup, S. (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter*. NIBR-rapport 2007:2.



Tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnoser (TEDD) representerer noe nytt i tilbudet til pasienter med både alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet, og ble startet opp i 2008. Denne rapporten presenterer de første resultatene i en følgeforskning som skal pågå over en 3 års periode. Det pekes både på hva man har oppnådd så langt, og på hvor det kan være forbedringspotensialer.

Ansvarlig prosjektleder er Sidsel Sverdrup. Medarbeidere i prosjektet er Lisbet Borge, Olav Helge Angell og Live Fyrand.

Diakonhjemmet Høgskole har røtter tilbake til 1890, og er en virksomhet under stiftelsen Det Norske Diakonhjem. Høgskolen har 2200 studenter og 160 ansatte, fordelt på studiestedene Oslo og Rogaland.

Diakonhjemmet Høgskole skal utruste til tjeneste i samfunn og kirke, nasjonalt og internasjonalt gjennom utdanning og forskning. Høgskolens faglige fokus er diakoni, helse- og sosialfag.

Formidlingen er en viktig del av samfunnsoppdraget til Diakonhjemmet Høgskole. Denne rapportserien skal bidra til dette ved å skape dialog med praksisfelt og samfunn. I tillegg skal formidlingen bidra til at FoU-resultater blir omsatt i praksis.