

Lisbet Borge, Sidsel Sverdrup, Live Fyrand og Olav Helge Angell



DIAKONHJEMMET HØGSKOLE

RAPPORT 2012/7

Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD):

- en behandlingsmodell til etterfølgelse og læring?

TVERRFAGLIG ENHET FOR DOBBELDIAGNOSE (TEDD):

- en behandlingsmodell til etterfølgelse og læring?

Lisbet Borge

Sidsel Sverdrup

Live Fyrand

Olav Helge Angell



Diakonhjemmet Høgskole

Rapport 2012/7

Denne rapporten er utgitt av

Diakonhjemmet Høgskole

Postboks 184, Vinderen

N-0319 Oslo

<http://www.diakonhjemmet.no>

Rapport 2012/7

ISBN: 978-82-8048-122-1

ISBN: 978-82-8048-123-8 (elektronisk utgave)

Elektronisk distribusjon:

Diakonhjemmet Høgskole

Omslag

Aud Gloppen, Blæst Design

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Mangfoldiggjøring, videresalg 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 dobbeltdiagnose rus og psykisk lidelse (RKDD) og Helsedirektoratet.

Prosjektet er en følgeforskning, og startet med et forprosjekt i 2008. Dette dannet etter kort tid rammen for hovedprosjektet som har pågått siden da, og som avsluttes i oktober 2012. For å følge med i utvikling av de prosesser mellom og innen de nivåer som har vært i fokus, har datainnsamling skjedd som en løpende prosess over en stor del av den perioden prosjektet har pågått. Datainnsamlingen ble avsluttet på senhøsten 2011. I løpet av perioden har det tidligere blitt publisert en forskningsrapport, flere artikler samt presentasjoner på seminar og konferanser. Foreliggende rapport er avslutningsrapporten fra prosjektet.

Prosjektet er gjennomført som et samarbeid mellom professor Sidsel Sverdrup, som var prosjektleder i oppstartfasen og de to første årene, førstelektor Lisbet Borge som var prosjektleder det siste 1 ½ året, professor Olav Helge Angell og professor Live Fyrand.

Vi retter en takk til både Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose (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. En takk går også til forsker Martin Furan ved voksenpsykiatrisk avdeling Diakonhjemmet Sykehus som bistod med dataanalyse av det kvantitative datamaterialet.

Oslo,
30. oktober 2012

Innhold

Forord	3
Innhold	4
Figuroversikt	6
Sammendrag	7
Kapittel 1 Innledning	9
Kapittel 2 Behandlingsmodell og følgeforskning	12
Pasientene	12
Ansatte	12
Organisasjonsmessig plassering	13
Samarbeid med bydelene	13
Bygningene	14
Dobbeltdiagnose og TEDDs behandlingsmodell	14
Familie og annet sosialt nettverk	16
Rolledeling og tverrfaglig arbeid	17
TEDD – en innovativ enhet	18
Behandlingsmodellen med pasientflytdiagram	18
Følgeforskning og behandling – parallelle prosesser	22
Metode	24
Nærmere beskrivelse av utvalg og rekruttering	25
Etiske hensyn	26
Kapittel 3 Læring hos ansatte og pasienter	27
Resultater fra intervju med ansatte og pasienter om deres erfaringer med kognitiv miljøterapi ...	27
Tema 1 Læringsklima	27
Tema 2 Likeverdige samarbeid og læring gjennom kognitiv miljøterapi	30
Tema 3 Fysisk aktivitet som egenlæring	32
Tema 4 Læring som medlæring og fellesskap	34
Tema 5 Spenninger i læringsklima	36
Konklusjon	38
Kapittel 4 Pårørendes erfaringer og behov	39

Pårørendeerfaringer.....	39
Et sted for behandling av både rusproblemet og den psykiske lidelsen samtidig	39
Å bli involvert i behandlingen.....	39
Pårørendes behov i behandlingen.....	40
Fra institusjon til egen bolig	41
Ansattes erfaringer med pårørendearbeid	42
Konklusjon	43
Kapittel 5 Bedring og endring hos pasientene.....	45
Bedring og endring som sentrale begreper.....	45
Noen kvalitative data som omhandlet pasientenes hverdagsliv	45
Kvantitative data som karakteriserer bedring og endring hos pasientene.....	46
Antall pasienter	47
Reinnleggelser	47
Varighet på innleggelse	47
Tvang/frivillig innleggelse.....	47
Kjønn og alder.....	47
Diagnose	48
Forbruk av alkohol (AUDIT) og narkotika (DUDIT) ved innleggelse.....	48
Endring som følge av oppholdet ved TEDD	48
Manglende utfylling av flere skjema – bakgrunn for valg av spørreskjema for analysene.....	48
En signifikant god bedring som følge av oppholdet ved TEDD	49
Frafall – noen refleksjoner	49
Konklusjon	50
Kapittel 6 En lærende organisasjon	51
Organisasjonslæring og lærende organisasjoner	51
TEDD som lærende organisasjon.....	52
Tema 1 Kognitiv miljøterapi i teori og (som) praksis.....	53
Tema 2 Å jobbe tverrfaglig.....	53
Tema 3 Forholdet til bydelene	54
Konklusjon	54
Kapittel 7 Konklusjon	56
Referanser	58
Vedlegg.....	61

Figuroversikt

Figur 1 Flytdiagram	side	20
Figur 2 Flytdiagram	side	21

Sammendrag

Rapporten trekker opp hovedlinjene bak oppstart, drift og utvikling av Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD), og viser hvordan man arbeidet med og la til rette for å implementere integrert behandling med spesiell vekt på kognitiv miljøterapi og fysisk aktivitet i en enhet som skulle være et tilbud for de tyngste brukerne med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse. Den overordnede problemstillingen for følgeforskningen har vært hvilke kritiske faktorer som kan beskrives i TEDD, hvilke muligheter for forbedring man kan peke på, og hva som skal til for å oppnå ønsket suksess. I rapporten beskrives derfor hvordan enheten fungerte, samt hvilke resultater man oppnådde i forhold til brukerne, pårørende og til ansatte som var tilknyttet og hadde sin arbeidsplass der.

TEDD representerte noe nytt i tilbudet til pasienter med både alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet. Det var en sengeavdeling lagt til et distriktpsykiatrisk senter, beregnet for pasienter med den største problembyrden. Nærheten til akuttavdeling, poliklinikk og tilbudene i bydelene skulle danne grunnlag for samordnede og fleksible tiltak fra både første- og andrelinjetjenesten. Målet var å gi pasientene en vesentlig bedret psykisk helsetjeneste med integrert rusbehandling og samarbeid over forvaltningsnivåer og tjenester.

TEDD ble opprettet fordi pasienter som lider av dobbeltdiagnose lenge hadde hatt et utilfredsstillende behandlingstilbud. Dobbeldiagnose innebærer en samtidig alvorlig psykisk lidelse, spesielt schizofrenidiagnose eller bipolare lidelser med psykotiske symptomer, og rusavhengighet. Tidligere erfaringer viste at psykisk helsevern ikke i tilstrekkelig grad ga tilpassede tilbud til denne pasientgruppen. En viktig målsetting og oppgave var å gjøre den aktuelle pasientgruppen i stand til å nyttiggjøre seg resten av behandlingstilbudet i det offentlige helsevesenet. En kjerne ved arbeidet var at man tilbød integrert behandling som besto av integrerte tjenester, fleksibilitet, individuell behandling, gruppebehandling, kognitiv terapi, motiverende intervju, aktivt oppsøkende arbeid, forebyggende strategier, familieprogram, samt undervisning. Kognitiv miljøterapi, fysisk aktivitet og et aktivt og tilpasningsdyktig, tverrfaglig behandlingsmiljø var viktige elementer her. TEDD omfattet ansatte fra en rekke helse- og sosialfaglige profesjoner.

TEDD ble startet opp som en helt ny behandlingseenhet i august 2007. TEDD ble lagt ned 1. mars 2012 med begrunnelsen økonomiske innsparinger.

Gjennom nesten hele perioden TEDD var operativ ble den fulgt av et team med følgeforskere. Evalueringen bestod 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). Intervjuene var prosjektets sentrale datagrunnlag. De ble imidlertid supplert med informasjon fra *ulike typer dokumenter* knyttet til utvikling og drift av TEDD.

Rapporten illustrerer hvordan TEDD var «en lærende organisasjon». Den viser både hvordan så vel samarbeid og utvikling internt i organisasjonen som aktiv bruk av forskningen bidro til

læring, og til å utvikle den organisasjonen TEDD etter hvert framsto som. Det blir poengtert at staben viste evne til læring og endringsvilje der dette var nødvendig.

Resultatene indikerer at både pasienter og ansatte opplevde at TEDD hadde klart å skape et læringsklima med en engasjert faglig ledelse, likeverdig samarbeid mellom ulike profesjoner og pasienter, respekt, god atmosfære, et proaktivt personale og individuell fleksibel behandling. Dette bidro til å motivere pasientene til behandling. Pasientene erfarte den integrerte behandlingen og vektleggingen av en kognitiv behandlingsplan som verdifull. Den kognitive modellen ga dem hjelp til selvhjelp i situasjoner i hverdagen, selv om ikke alle pasientene kunne nyttiggjøre seg det på samme måte. De ansatte erfarte at det å arbeide etter en felles behandlingsmodell var verdifullt og nyttig. Det ga dem et godt verktøy i det tverrfaglige samarbeidet. Miljøterapeutene opplevde at kognitiv terapi ved bruk av skjemaer og som behandlingsmodell ga dem muligheter til økt selvstendighet i pasientarbeidet. Fysisk aktivitet ble erfart som svært nyttig og verdifullt av alle ansatte og pasienter. Pasientenes egenerfaringer med å bruke kroppen, deltagelse i et meningsfylt sosialt fellesskap og opplevelse av mestring, ga også andre muligheter for relasjoner og samhandling. Personalet erfarte aktivitetene som gode samhandlingsarenaer også når ord ikke nådde fram.

Pårørende ga uttrykk for at det var positivt at det var kommet et helsetilbud hvor både ruslidelsen og den psykiske lidelsen ble fokusert samtidig. Å være i rollen som pårørende, handlet om mange behov. Pårørende hadde mange og til dels dårlige erfaringer fra behandlingsapparatet. De fortalte om en strevsom og belastende hverdag med mye uforutsigbarhet, samt lite forventninger til behandlingssystemet. Det er særlig to forhold de pårørende savnet fra TEDD: Det første var mangelen på informasjon, og det andre handlet om involvering i behandlingen.

Ulike former for empiri viser at man oppnådde gode resultater ved hjelp av behandlingsmodellen. Dette er spesielt viktig i lys av at pasientgruppen som helhet var betraktet som den tyngste og vanskeligste gruppen, og at mange av pasientene var gitt opp av andre deler av behandlingsapparatet. Resultatene peker på at våre analyser vedrørende *endring/bedring* som følge av behandlingsoppholdet ved TEDD viser en *signifikant veldig god bedring* ved analyse av grad av *depresjon, angst og «psychological distress»*. Resultatene viser nesten en halvering av skåren på disse tre effektmålene, selv når vi har kontrollert for utgangsnivået ved innleggelse (T1), alder, kjønn, tvang/frivillig innleggelse og diagnose. Ved å analysere undergrupper – kohorter - stratifisert ut fra kjønn, finner vi at mens kvinner har størst utbytte av den frivillige behandlingen sammenlignet med frivillige menn, hadde tvangsinnlagte menn større bedring sammenlignet med tvangsinnlagte kvinner.

Rapporten har vist at forventninger og mål var på god vei til å bli oppfylt. Til tross for dette ble TEDD lagt ned etter en kort prosess. Det både var og er vanskelig å se at nedleggelsen hadde en faglig og behandlingsmessig begrunnelse, ikke minst etter at resultatet av følgeforskningen nå foreligger. Mange har derfor reist spørsmål ved nedleggelsen.

Kombinasjonen av kvalitative og kvantitative data har vært nødvendig for å få fram helheten i hva man har oppnådd på TEDD. Betydningen av subjektive erfaringer og et prosessorientert fokus supplerer de kvantitative dataene. Samlet viser datasettene til bedring hos pasientgruppen. Hovedkonklusjonen er at forventninger og mål var på god veg til å bli oppfylt og at TEDD er en innovativ modell til etterfølgelse i behandling av den aktuelle pasientgruppen.

Kapittel 1 Innledning

Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD) ble startet opp som en helt ny behandlingsenhet i august 2007. TEDD ble lagt ned 1. mars 2012.

Rapporten trekker opp hovedlinjene bak oppstart, drift og utvikling av TEDD, og viser hvordan man arbeidet med og la til rette for å implementere integrert behandling med spesiell vekt på kognitiv miljøterapi og fysisk aktivitet i en enhet som skulle være et tilbud for de tyngste brukerne med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse.

TEDD ble fulgt av følgeforskere over en periode på nærmere 4 år. Den overordnede problemstillingen for følgeforskningen har vært hvilke kritiske faktorer som kan beskrives i TEDD, hvilke forbedringspotensialer man kan peke på, og hva skal til for å oppnå ønsket suksess. I rapporten beskrives derfor hvordan enheten fungerte, samt hvilke resultater man oppnådde i forhold til brukerne og til ansatte som var tilknyttet og hadde sin arbeidsplass der.

TEDD ble opprettet fordi pasienter som lider av dobbeltdiagnose lenge hadde hatt et utilfredsstillende behandlingstilbud. Dobbeldiagnose innebærer en samtidig alvorlig psykisk lidelse, spesielt schizofrenidiagnose eller bipolare lidelser med psykotiske symptomer, og rusmiddelavhengighet. Tidligere erfaringer viste at psykisk helsevern ikke i tilstrekkelig grad ga tilpassede tilbud til denne pasientgruppen. En viktig målsetting og oppgave for TEDD har vært å gjøre den aktuelle pasientgruppen i stand til å nyttiggjøre seg resten av behandlingstilbudet i det offentlige helsevesen. Vinderen DPS satte ned en gruppe fra første- og andre linjetjenesten for å utarbeide en god modell for et godt behandlingstilbud for dobbeltdiagnosepasienter i sektoren. Resultatet ble TEDD, en tverrfaglig enhet med solid psykiatrisk og rusfaglig kompetanse og med faglige rammer med godkjenning for tvungent psykisk helsevern.

TEDD ble lagt til DPS-nivå. Årsaken til dette var en tanke om at tilknytningen til DPS, allmenn - psykiatrisk poliklinikk og enhet for rus og psykiatri (ruspoliklinikken) skulle sikre et robust og integrert tilbud. Målet var å ha et tett samarbeid med bydelenes helsetjenester (Ullern, Frogner og Vestre Aker), nært der folk bor og nær bydelens tilbud. Tilbudet skulle dermed inngå i den totale behandlingsskjeden på en fleksibel måte, med klare ansvarsforhold og gode rutiner på samhandling mellom ulike nivå og instanser.

Et nytt bygg ble bygget for formålet og alle som arbeidet der ble ansatt rundt oppstartstidspunktet. Ved åpningen i 2007 uttalte viseadministrerende direktør i Helse Sør-Øst, Mari Trommald, at TEDD var i tråd med føringer fra sentrale helsemyndigheter, og at området skulle prioriteres. Daværende avdelingssjef ved Vindern DPS, Petter Ekern, understreket ved markering av åpningen i oktober 2007:

«Som et godt lokalsykehus skal vi ha tjenester som ligger nært opp til og i tett samarbeid med bydelenes helsetjenester. Nettopp derfor har det vært viktig å legge dette tilbudet på DPS-nivå, nært der folk bor og nær bydelens tilbud. Det er en klar forventning om at behandlingen som skjer i det nye bygget skal inngå i den totale behandlingsskjeden på en fleksibel måte, med klare ansvarsforhold og gode rutiner på samhandling mellom ulike

nivåer og instanser. [...] Flere forutsetninger må til for at dette skal bli et vellykket tilbud for pasientene. Det viktigste er samspillet på kommunenivå. Der må de være rustet på en slik måte at nødvendige strukturer er til stede. For eksempel nok boliger med tilstrekkelig tilsyn, god nok bemanning og kompetanse og meningsfulle aktivitetstilbud. Uten dette vil ikke rehabiliteringen lykkes.»

Både forventningene og satsingen, fra så vel det politiske og det faglige miljøet var følgelig store. «Dette nye tilskuddet i psykiatrien er uttrykk for et løft i satsingen på de svakeste pasientgruppene vi har, nemlig pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser», uttalte statssekretær Wegard Harsvik i Helse- og omsorgsdepartementet under åpningen av nybygget som skulle huse TEDD.

Bakgrunnen for denne forventningen er at det historisk har vært et skille mellom behandling for psykiske lidelser og behandling for ruslidelser. Ulike behandlingssystemer har hatt ansvar for de ulike lidelsene. De ulike fagfeltene har også vært preget av ulike kulturer og teoretisk forståelsesgrunnlag som har bidratt til faglige og ideologiske konflikter. Mueser og medarbeidere (2006) beskriver det byråkratiske skillet mellom psykisk helsevern og rusbehandling i to ulike modeller, nemlig som sekvensiell og parallell behandling.

Sekvensiell behandling innebærer at pasienten kan avvises i det ene behandlingssystemet inntil det andre problemet er løst eller stabilisert. Formelle revirer forsvares mens pasientens individuelle behov og overgripende systembehov ignoreres. Parallell behandling innebærer at den psykiske lidelsen og ruslidelsen behandles samtidig, men av forskjellige behandlere, og som ofte arbeider ved ulike institusjoner/poliklinikk. Idealet er å samhandle, men praksis har vist at det ikke ofte skjer. Resultatet har medført at pasienten har falt mellom to stoler og blir betraktet som uegnet for begge typer behandling.

Et integrert behandlingsprogram sikter imidlertid mot å eliminere mange av disse ulempene (Mueser m.fl., 2006). Et viktig element i et integrert behandlingsprogram er en felles beslutningstaking – at alle berørte parter har en felles plan sammen med pasienten. Planen er basert på hans eller hennes behov. Dette innebærer en tydelig brukerinvolvering, med vektlegging av pasientens ressurser og tilfriskning (Anthony, 1993). Ulike integrerte programmer kan ha ulikt behandlingsinnhold. TEDDs behandlingsmodell var basert på kognitiv miljøterapi. Både kunst- og uttrykksterapi og fysisk aktivitet inngikk som sentrale elementer i modellen.

Opprinnelig var det ikke meningen at TEDD skulle legges ned etter få års drift. Beslutningen om dette ble endelig tatt på høsten i 2011. TEDD ble lagt ned 1. mars 2012.

På grunn av nedleggelsen, blir sluttresultatene fra følgeforskningen formidlet i en litt annen form, og med en noe annen målgruppe, enn det som var den opprinnelige planen. Foreliggende rapport reiser spørsmålet om TEDD er en behandlingsmodell til etterfølgelse og læring. Gjennom syv hovedkapitler presenterer den hva man har oppnådd, samt brukes og ansattes erfaringer med behandlingstilbudet og behandlingseenheten. Dessuten belyses pårørendes erfaringer. I tillegg illustreres det hvordan en såkalt lærende organisasjon kan utvikles, og hvordan forskning kan være et bidrag i en lærings- og endringsprosess. Gjennom denne presentasjonsformen er tanken at alle de gode ideene og det teoretiske og praktiske fundamentet TEDD var basert på kan bringes videre i andre sammenhenger av andre

behandlingsenheter. Håpet er at foreliggende rapport kan være en spore til inspirasjon for den delen av fagmiljøet som arbeider med den aktuelle brukergruppen.

Kort tid etter oppstart av TEDD ble det tatt initiativ for å gjennomføre en følgeforskning av TEDD. Arbeidet startet opp i 2008 som et forprosjekt.

Foreløpige resultater ble presentert i en forskningsrapport fra 2011 (Sverdrup m. fl., 2011). Denne foreliggende, avsluttende rapport er utarbeidet etter at enheten er lagt ned. Underveis i prosjektperioden har resultater blitt presentert på flere konferanser og i ulike typer faglige sammenhenger.

Hensikten med følgeforskningen skulle dels være å studere hva man oppnådde i forhold til brukerne i behandlingssammenheng. Dels var en sentral del også å gi løpende tilbakemeldinger til TEDD og de som arbeidet der. Hensikten med dette var å bidra til å korrigere eller endre kurs dersom det skulle vise seg å være behov for dette. Bruk av forskning på denne måten innebærer at den anvendes aktivt og brukerorientert i arbeidet med å utvikle et best mulig tilbud til pasientgruppen. I denne sammenheng er læring og kvalitetsforbedring sentrale begrep.

Presentasjonen i det følgende er knyttet opp i temaområder. I kapittel 2 presenteres TEDD. Selve behandlingsmodellen blir presentert innledningsvis, og de sentrale elementene den var tuftet på blir drøftet. Kognitiv miljøterapi, fysisk aktivitet og et aktivt og tilpasningsdyktig, tverrfaglig behandlingsmiljø er viktige elementer her. Dessuten drøftes det hva følgeforskning er, og det vises hvordan følgeforskning kan bidra til å utvikle en best mulig praksis og være en ressurs i et pågående utviklingsarbeid, og av nybrottsarbeid og innovativ praksis som TEDD faktisk var.

Kapittel 3 tematiserer læring hos ansatte og pasienter, og retter søkelyset på sentrale forhold for å utvikle gode læringsprosesser som er avgjørende i pasientenes bedringsprosess. Det fokuserer også på dynamikken mellom pasienter og ansatte og samspillet mellom og innen disse gruppene, og viser hvordan samhandling er en sentral forutsetning for å få til gode endrings- og bedringsprosesser.

Kapittel 4 retter søkelyset mot pårørendes erfaringer og behov.

Kapittel 5 har søkelyset på endring og bedring hos pasientene, og reiser spørsmålet om man oppnådde resultater ved hjelp av behandlingsmodellen. Ut fra kvalitativ og kvantitativ empiri understrekes det at man oppnådde gode resultater. Dette er spesielt viktig i lys av at pasientgruppen som helhet var betraktet som den tyngste og vanskeligste gruppen, og at mange av pasientene var gitt opp av andre deler av behandlingsapparatet.

I kapittel 6 trekkes fram hva som skjer i et behandlingsmiljø i en organisasjon som er opptatt av læring og endring, og hva som skal til for å utvikle en lærende organisasjon.

Avslutningsvis trekkes det i kapittel 7 noen konklusjoner, og det pekes på noen utfordringer, men også noen muligheter i arbeidet med å gi personer med dobbeltdiagnose et tilsvarende godt tilbud som TEDD var. De politiske og økonomiske utfordringene er tydelige. Det samme er mulighetene som ligger i denne behandlingsmodellen og til å trekke videre lærdom av den kunnskap og erfaring man klarte å utvikle gjennom noen få år i TEDD.

Kapittel 2 Behandlingsmodell og følgeforskning

Dette kapitlet trekker først opp hovedlinjene i den behandlingsmodell som Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD) besto av. Deretter beskrives hovedelementene i følgeforskningen.

Pasientene

Behandlingstilbudet var i utgangspunktet rettet mot pasienter i Diakonhjemmet sektor i Oslo – pasienter med alvorlig psykiske lidelse og samtidig ruslidelse. Enheten tilbød avrusing og skjerming, kortvarige stabiliserings- og motiveringsopphold på opp til 14 dager, eller utredningsopphold på 3–6 måneder. TEDD tok også i mot pasienter på tvungent psykisk helsevern. Ved oppstart i 2007 hadde enheten plass til seks pasienter, og med en økning til 12 pasienter i 2008.

Pasientene ble innlagt frivillig eller etter tvungent psykisk helsevern, og deres problematikk omhandlet hovedsakelig alvorlige psykoselidelser, somatiske problemer, kognitive vansker og ulike ruslidelser. De fleste pasientene hadde avhengighet av flere rusmidler, ofte en kombinasjon av amfetamin, hasj, benzodiazepiner og eventuelt alkohol.

Tradisjonell institusjonsbehandling av den aktuelle pasientgruppen 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 tiltak har ikke fungert godt nok på grunn av manglende kontinuitet og sammenheng mellom leddene i behandlingsskjeden. Dessuten har det vært manglende muligheter til å hospitalisere dobbeltdiagnose pasienter der det har vært et meningsfullt behandlingstilbud. Det har vist seg vanskelig å få tiltak i førstelinjen til å fungere i et godt samspill med tjenestene i sykehusavdelingene. Kombinasjonen rus og psykisk lidelse har vist seg å ha 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. Det var derfor mange grunner til å forsøke å tenke i litt andre baner for å hjelpe denne pasientgruppen.

Ansatte

De som arbeidet ved enheten ble ansatt i forbindelse med etablering og oppstart. Det dreiet seg om rundt 40 personer. Alle kom dermed inn i oppbyggingsfasen av den nye enheten, og uten at særskilte samhandlingsmønstre blant personalet hadde fått anledning til å «sette seg». Dette var et unikt aspekt ved TEDD.

TEDD hadde ansatte fra en rekke ulike faggrupper. Det faglige arbeidet ble ledet av en ledergruppe. Enhetsleder (overlege i psykiatri), som også hadde det medisinskfaglige ansvaret,

var leder av gruppen. For øvrig besto den av lederen for miljøpersonalet, en psykiater (i tillegg til enhetsleder), en psykologspesialist, ledende klinisk sosionom, en idrettspedagog, samt en konsulent med administrative og kontorfaglige oppgaver. Ledergruppen var ment å representere det tverrfaglige miljøet som lå til grunn for arbeidet på TEDD. Bortsett fra idrettspedagogen og konsulenten representerte de andre som var med i ledergruppa, større og mindre faggrupper i personalet. Idrettspedagogen var med i ledergruppen fordi fysisk aktivitet og mestring skulle være grunnleggende elementer i arbeidet. Av de som var med i ledergruppen, hadde enhetsleder, psykiater, psykologspesialisten og ledende klinisk sosionom behandlingsansvar. I tillegg var det en rekke faggrupper blant miljøpersonalet, herunder sosionom, ergoterapeut, vernepleier, barnevernspedagog og sykepleiere. Alle ansatte på TEDD (inklusive ekstravakter) skulle ha minimum treårig helse- og sosialfaglig utdanning, eller tilsvarende, for å sikre en grunnleggende kompetanse i alle ledd og på alle deler av døgnet. Alle disse faggruppene arbeidet sammen, og de tverrfaglige utfordringene denne typen samarbeid representerte er et gjennomgående tema.

Det foregikk systematisk fagutvikling ved TEDD. Dette omfattet et systematisk innføringskurs ved nyansettelser, og i tillegg evaluering og planleggingsdager for en utvidet ledergruppe (ca en gang hvert halvår). Det ble dessuten gjennomført regelmessige fagdager for hele personalgruppen ca. 3-4 dager i året. Systematisk faglig veiledning ble også gjennomført for alle profesjonsgruppene individuelt eller i gruppe ca. en gang per uke.

Organisasjonsmessig plassering

Ulikt andre sengeavdelinger, var TEDD en sengeavdeling lagt til et distriktpsykiatrisk senter, og var beregnet for pasienter med den største problebyrden. Det var nytt å legge en sengeavdeling ved et distriktpsykiatrisk senter, tett forbundet med de andre enhetene ved DPS, som ruspoliklinikk, allmennpsykiatrisk poliklinikk og ambulant team, og med stor nærhet til tjenestene i bydelene, for eksempel sosialkontorene. Hensikten med denne nærheten skulle være å styrke kommunikasjon og samarbeid mellom de ulike tilbudene.

En vesentlig grunn til den organisasjonsmessige plasseringen var å bidra til å gjøre det enklere for alle ved at nærhet til akuttavdeling, poliklinikk og tilbudene i bydelene skulle danne grunnlag for samordnede og fleksible tiltak fra både første- og andrelinjetjenesten. Målet var å gi pasientene en vesentlig bedret psykisk helsetjeneste med integrert rusbehandling og samarbeid over forvaltningsnivåer og tjenester. Det skulle både være enklere og dessuten kortere vei mellom forvaltningsnivåer og tjenester. Slik skulle man legge bedre til rette for pasientene og deres vei i systemene. Den aktuelle pasientgruppen har et særlig stort behov for samordnede og fleksible tiltak fra både første- og andrelinjetjenesten. Hjelpen må derfor være tilgjengelig når pasienten trenger den.

Samarbeid med bydelene

Pasientenes sammensatte problematikk førte til at de ikke hadde klart å nyttiggjøre seg de vanlige tjenestene i hjelpeapparatet, eller de hadde blitt avvist når de hadde forsøkt å søke hjelp. På TEDD ble det lagt opp til at pasientene fikk nødvendig utredning ved innleggelse, de ble diagnostisert og behandling ble igangsatt. Planlagte re-innleggelser ble gjort i samarbeid med instanser ute, og det var et samspill mellom polikliniske og ambulante tjenester.

En grunntanke ved enheten var at personalet måtte vise stor grad av fleksibilitet, og strekke seg langt i utadrettet virksomhet overfor pasientene. I samarbeid med oppsøkende og ambulante tjenester måtte man i mange situasjoner dra ut for å hente pasientene, enten til innleggelser eller dersom de ikke kom tilbake etter permisjoner. Dette var sånn sett et karakteristisk trekk ved måten man arbeidet på. Ansatte måtte ha, eller tilegne seg, noe sosialfaglig kompetanse gjennom arbeidet sitt. Dette var nødvendig i samarbeidet med bydelene. Pasientens problemikk fordret at de ansatte hadde noe kompetanse også på dette området, spesielt med hensyn til å bistå pasientene i å etablere seg i bolig etter endt opphold, samt gi dem opplæring i bokompetanse og i økonomi og håndtering av penger.

TEDD hadde også en klar linje på at man ikke skulle skrive ut pasientene til hospits. Det skulle være et adekvat botilbud til dem etter innleggelsestiden. Tanken bak dette var at veien fra hospits til gata var kort. Det ble ansett som nødvendig å tilrettelegge for at pasientene skulle klare seg etter utskrivning. Eget bosted ble ansett som sentralt i så måte. Praksis viste imidlertid at dette i noen tilfeller førte til forlenget innleggelsestid fordi det ikke fantes adekvate botilbud ute. Dette var en erfaring TEDD også delte med de andre psykiatriske langtidsavdelingene i Diakonhjemmets sektor (Karagøz, 2010).

Ved TEDD var man tidlig oppmerksom på dette problemet, og det ble derfor igangsatt et eget prosjekt, *Min bolig – Mitt hjem*, i samarbeid med Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo. Prosjektet hadde økonomisk støtte fra Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og psykisk lidelse (RKDD) og Husbanken, Region øst. Gjennom prosjektet etablerte man gode samarbeidserfaringer mellom spesialisthelsetjeneste og bydel, både på individ og systemnivå (Franzen og Karagøz, 2011). Også i denne sammenheng var TEDD og virksomheten rundt enheten nyskapende.

Bygningene

Bygningene som huset TEDD var spesielt bygget for dette formålet, og alt var nytt da enheten ble startet. Bygget ble ført opp med støtte fra midler fra Opptrappingsplanen for psykisk helse. I den ene delen fantes det fire pasientrom og to skjermingsrom som eventuelt kunne slås sammen. Fordi pasientene ofte var urolige grunnet sin tilstand av rus og psykose var det også en egen inngang for pasientene, og et skjermet mottaksrom. Bygningene hadde også rom som ga anledning til å bruke mekaniske tvangsmidler. Etter nedleggelsen av TEDD, anvendes bygningen til andre formål.

Dobeltdiagnose og TEDDs behandlingsmodell

Målet med behandlingen var å gi pasientene mulighet til å fungere bedre og ha mindre symptomer. Dette ønsket man å nå blant annet ved å etablere en sammenhengende behandlingsskjede og med sømløse utskrivelser. Sentrale elementer i dette var ved å etablere kontakt før inntak, avrusning og avgiftning, undersøkelse og behandling, samt å etablere et varig botilbud med individuelt tilpasset boppfølging.

Dobeltdiagnose viser til samtidig stor rusmiddelavhengighet og alvorlige psykiske lidelser, spesielt schizofrenidiagnose eller bipolare lidelser med psykotiske symptomer. Begrepet

”sammensatte lidelser” benyttes også om disse pasientene som dessuten sliter med angst og depresjon. De har i tillegg store yrkesmessige, sosiale, økonomiske og boligmessige vansker, i tillegg til somatiske lidelser. Dette er pasientgruppen som TEDD var et tilbud til.

Behandlingsmodellen var beskrevet som: Integrert behandling (Mueser m.fl., 2006), kognitiv miljøterapi med elementer fra motiverende intervju (Holm & Oestrich, 2006), evidensbasert psykofarmakabehandling (NICE), substitusjonsbehandling, sosialt arbeid (nettverksarbeid, boligsosialt arbeid), fysisk aktivitet, mestring og positive opplevelser (Larsen & Berge, 2011).

Behandlingsmodellen var supplert med elementer fra motiverende intervju, avpasset i forhold til pasientens funksjonsnivå, og rettet mot å lære nye ferdigheter for å mestre rustring, risiko-situasjoner og tilbakefall, trening i problemløsning, sosial mestring, og boferdigheter. Et overordnet perspektiv for alle tiltak var vektlegging av ressurser og helsefremmende (salutogene) faktorer, som for eksempel pasientens opplevelse av sammenheng i sin indre og ytre verden.

Ved TEDD valgte man å etablere kognitiv miljøterapi som en enhetlig og felles avdelingsideologi, i tråd med Holm & Oestrich (2006) sine anbefalinger. I en studie fra Danmark, fant Lykke og kolleger (2010) at pasienter med dobbeltdiagnose, og som hadde deltatt i kognitiv miljøterapi, fikk betydelig reduksjon av psykiatriske symptomer og alkoholbruk, samt reduksjon av angst og depressive symptomer. Ingen kontrollgruppe ble inkludert. I en oversiktsstudie av Cleary og kolleger (2010) av 25 randomiserte kontrollerte studier fant de ingen overbevisende støtte for at det var noen spesifikk psykososial behandling som var bedre enn andre, delvis fordi ingen av modellene var blitt studert eksplisitt. Deltakere som hadde fått kognitiv atferdsterapi viste mindre frafall i behandlingen. Videre konkluderte forfatterne at metodiske vanskeligheter gjorde det vanskelig å tolke resultatene. Ingen av de inkluderte studiene undersøkte kognitiv miljøterapi for pasienter med dobbeltdiagnose. Sånn sett var også TEDD noe nytt, i det man forsøkte å utvikle en integrert modell basert på kognitiv miljøterapi.

Selv om kognitiv miljøterapi er en kjent behandlingsform, er likevel måten den ble praktisert ved TEDD annerledes enn ved tradisjonell institusjonsbehandling. Målsettingen var å utvikle et behandlingstilbud i kombinasjon av elementer i et integrert behandlingstilbud - elementer som ikke tidligere hadde vært kombinert.

En kjerne ved arbeidet var at man tilbød integrert behandling som besto av integrerte tjenester, fleksibilitet, individuell behandling, gruppebehandling, kognitiv terapi, motiverende intervju, aktivt oppsøkende arbeid, forebyggende strategier, familieprogram, samt undervisning, med innslag av kunst- og uttrykksterapi og fysisk aktivitet som sentrale elementer. Sentralt sto også medikamentell behandling med antipsykotiske og stemningsstabiliserende medikamenter, og eventuelt substitusjonsbehandling for opiatavhengige.

I samarbeid med pasientene ble det forsøkt å hjelpe dem til å finne egne mål og delmål. Ut i fra dette ble det i samarbeid med pasientene, utarbeidet en kognitiv behandlingsplan. Ved å lære pasientene andre måter å tenke på, åpne opp for alternativer – var det mulig å hjelpe dem til å ta fatt på egne problemer og få til endringer i eget liv. Den kognitive planen omhandlet følgende

elementer: problemer og ønsker, målsettinger, delmål, evner og interesser, negative tanker og leveregler, tiltak, evaluering og fullførte og avsluttede tiltak.

Rusgruppe og annen undervisning (psykoedukasjon) var en viktig del av behandlingstilbudet. Rusgruppa var en åpen gruppe for alle pasienter som besto av samtaler om rus i et (kontrollert) fellesskap sammen med noen av de ansatte (miljøterapeut og behandler). Målet var å øke pasientens bevissthet om sin egen bruk av rusmidler, ved bruk av undervisning og dialog og utfylling av enkle skjema. Økt oppmerksomhet mot og kunnskap om sammenheng mellom bruk av rusmidler og psykisk lidelse kan gi muligheter for endring. Rusgruppa var derfor et viktig sted hvor pasientene kunne arbeide med endring. Metodikken var spesielt tilpasset pasientenes problematikk og kognitive funksjonsnivå.

Fysisk aktivitet var en integrert del av behandlingsopplegget, og skjedde som en regelmessig aktivitet. Denne var rettet mot økt sosial mestring, selvfølelse, livskvalitet og forebyggende helsearbeid.

Et viktig element var at alle behandlere, både miljøterapeuter og individualterapeuter, skulle ha en felles plan med pasienten. Denne skulle være basert på vedkommende pasients behov, og ikke på terapeutens. På denne måten ga enheten aktiv og strukturert behandling av pasientens psykiske lidelse, rusmiddelavhengighet, samt somatiske og sosiale vansker. Det ble foretatt 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. Resultatet av denne kartleggingen ble nedfelt i en integrert behandlingsplan og i individuell plan. Før utskriving ble det utarbeidet en kriseplan som omhandlet både psykiske og rusrelaterte kriser. Ansvarsgrupper var også en del av behandlingsopplegget.

Kunst- og uttrykksterapi var et viktig element i tilbudet. Aktiviteten var ledet av en utdannet kunst- og uttrykksterapeut. En av ergoterapeutene deltok også i arbeidet. En viktig hensikt med dette var å gi pasienter som ikke hadde ord i seg anledning til å uttrykke det de følte gjennom ulike kunstuttrykk.

TEDD arbeidet spesielt med et konkret kunstprosjekt *Døren ut og veien videre*, en kort periode før enheten ble nedlagt. Mange pasienter var til stede ved åpningen. Her hadde pasienter bidratt med frodige og store bilder som de var tydelig stolt over. Flere av bildene henger nå på utsiden av enheten.

Familie og annet sosialt nettverk

Som ledd i en integrert behandlingsmodell skulle familie- og nettverksarbeid inkluderes i behandlingen. Familieintervensjoner for å redusere belastningen på familien og styrke samarbeidet mellom pasient, hjelpeapparat og familie kunne være aktuelt. TEDD tok også kontakt med pasientens pårørende, og var opptatt av deres situasjon og behov. Et tiltak man vurderte her var kurs for pårørende i samarbeid med poliklinikk og lærings- og mestringssenteret.

I samarbeid med oppsøkende og ambulante tjenester arbeidet de ansatte også oppsøkende, dersom pasienter ikke kom til avtalte tidspunkt for innleggelse eller de ikke kom tilbake etter

permisjon. Man vektla oppsøkende tiltak, stadietilpasset behandling og en skadereduksjonsmodell. Såkalt sømløse innleggelser og utskrivninger var dessuten sentralt.

Rolledeling og tverrfaglig arbeid

Enheten hadde ansatte fra en rekke ulike faggrupper. Det faglige arbeidet ble ledet av en ledergruppe. Enhetsleder (overlege i psykiatri), som også hadde det medisinskfaglige ansvaret, var leder av gruppen. I ledergruppen var i tillegg disse med: lederen for miljøpersonalet som også var assisterende enhetsleder, psykologspesialisten som hadde det psykologfaglige ansvaret, psykiater, ledende klinisk sosionom som hadde det sosialfaglige ansvaret og fungerte som enhetslederens stedfortreder i samarbeidet med bydelene og øvrige psykiatriske sykehusavdelinger, idrettspedagogen som hadde ansvar for timeplanlegging og aktiviteter, samt en konsulent med administrativt og kontorfaglige oppgaver. Ledergruppen var ment å representere det tverrfaglige miljøet som lå til grunn for arbeidet. Derfor var gruppa såpass stor.

På tilsvarende måte som ledergruppa var sammensatt av representanter for mange faggrupper for å drøfte felles, overordnede spørsmål, var det såkalte «miniteamet» sammensatt av personer som representerer ulike faggrupper for å drøfte spørsmål som hadde med behandling av den enkelte pasienten å gjøre, ut fra et "helhetlig" ansvar for pasienten.

Vi har tidligere vist at det har vært utfordringer knyttet til det tverrfaglige arbeidet (Sverdrup m. fl., 2011). Å arbeide tverrfaglig var et sentralt element i ideologien. Ledergruppen oppfattet at det ikke synes klart for alle i personalet hvordan det skulle forstås og hva det innebar i praksis (ibid.). Ett aspekt ved problematikken var i hvor stor grad man kunne forvente at fagpersonale skulle engasjere seg i oppgaver som andre profesjoner var "nærmere" til eller hadde bedre faglige forutsetninger for enn de selv hadde. Den andre siden var i hvor stor grad faggruppene skulle ha mulighet til å konsentrere seg primært om å arbeide med oppgaver som innebar å bruke egen fagspesifikk kompetanse (se også kap. 6).

Bortsett fra idrettspedagogen og konsulenten representerte de andre som var med i ledergruppa, større og mindre faggrupper i personalet. Idrettspedagogen var med i ledergruppa fordi fysisk aktivitet og mestring var grunnleggende elementer i arbeidet. Av de som var med i ledergruppen, hadde seksjonsoverlegen, psykiater, psykologspesialisten og ledende sosionom behandlingsansvar.

Psykologspesialisten hadde ansvaret for opplæring av psykologer, samt for behandlingsmøtene. Ledende klinisk sosionom ledet og hadde ansvar for rusgruppen, hun veiledet for sosionomene og hadde oppgaver som gjaldt samhandlingen med bydelene. Ledende klinisk sosionom var leder for boutviklingsprosjektet *Min bolig – Mitt hjem*, hadde delansvar for interne seminarer og innføringskurset og var formelt "barneansvarlig" sammen med barnevernspedagogen, senere psykologspesialisten. Legene hadde det medisinskfaglige ansvaret. Psykologer, leger og ledende klinisk sosionom hadde det individualterapeutiske ansvaret i behandlingsopplegget og det overordnede ansvaret for gjennomføringen av behandlingsplanen.

Hovedinnholdet i arbeidsoppgavene for miljøterapeutene var å følge opp pasientens kognitive behandlingsplan. Sosial ferdighetstrening, undervisning og fysisk aktivitet var viktige brikker i dette. Miljøterapeutene fikk dermed et tydeligere ansvar i det terapeutiske samarbeidet og

muligheter for å være gode rollemodeller. Ved hjelp av kognitive metoder skulle de arbeide for å korrigere negative og uhensiktsmessige selvoppfatninger, øke pasientens refleksjonsevne og mestringsfølelse, samt å fremme håp og tro på egen framtid. Miljøterapeutene fikk jevnlig og tett veiledning for å lære seg grunnprinsippene i dette arbeidet. På denne måten ble det lagt ned mye arbeid for å utvikle og danne en velfungerende miljøpersonalgruppe.

Det miljøterapeutiske arbeidet besto av mange hverdagslige aktiviteter både innenfor og utenfor institusjonen som for eksempel treningsturer for å utvikle sosial kompetanse, undervisning i grupper (psykoedukasjon), treningskjøkken og personlig hygiene. Mange av pasientene var i utgangspunktet fysisk inaktive, og for disse antok man at fysisk aktivitet ville være en atferdsendring, som kunne bidra til å endre ubehagelige følelser. Fysisk inaktivitet svekker både den fysiske og psykiske helsen, og et systematisk tilbud om fysisk aktivitet ble ansett å være viktig også for å bevare og styrke kroppslig helse, og bidrar til omsorg for hele mennesket. Gjennom sosial ferdighetstrening ble det tilstrebet at pasientene kunne få muligheter til å øve seg på arenaer som var 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 (Holm & Oestrich, 2006).

TEDD – en innovativ enhet

Som dette avsnittet viser representerte TEDD noe nytt i behandlingen av pasienter med samtidig rus- og psykiatriproblematikk. Det nye besto i summen og integreringen av alle de elementene som er presentert i dette kapitlet.

Denne helheten, samt utviklingen av tilbudet i en stadig pågående prosess for å forbedre tilbudet, utgjorde det innovative grepet ved enheten slik det utviklet seg i praksis og over tid i en utviklings- og læringsprosess for både den aktuelle pasientgruppen og de ansatte, og det miljøet man utviklet.

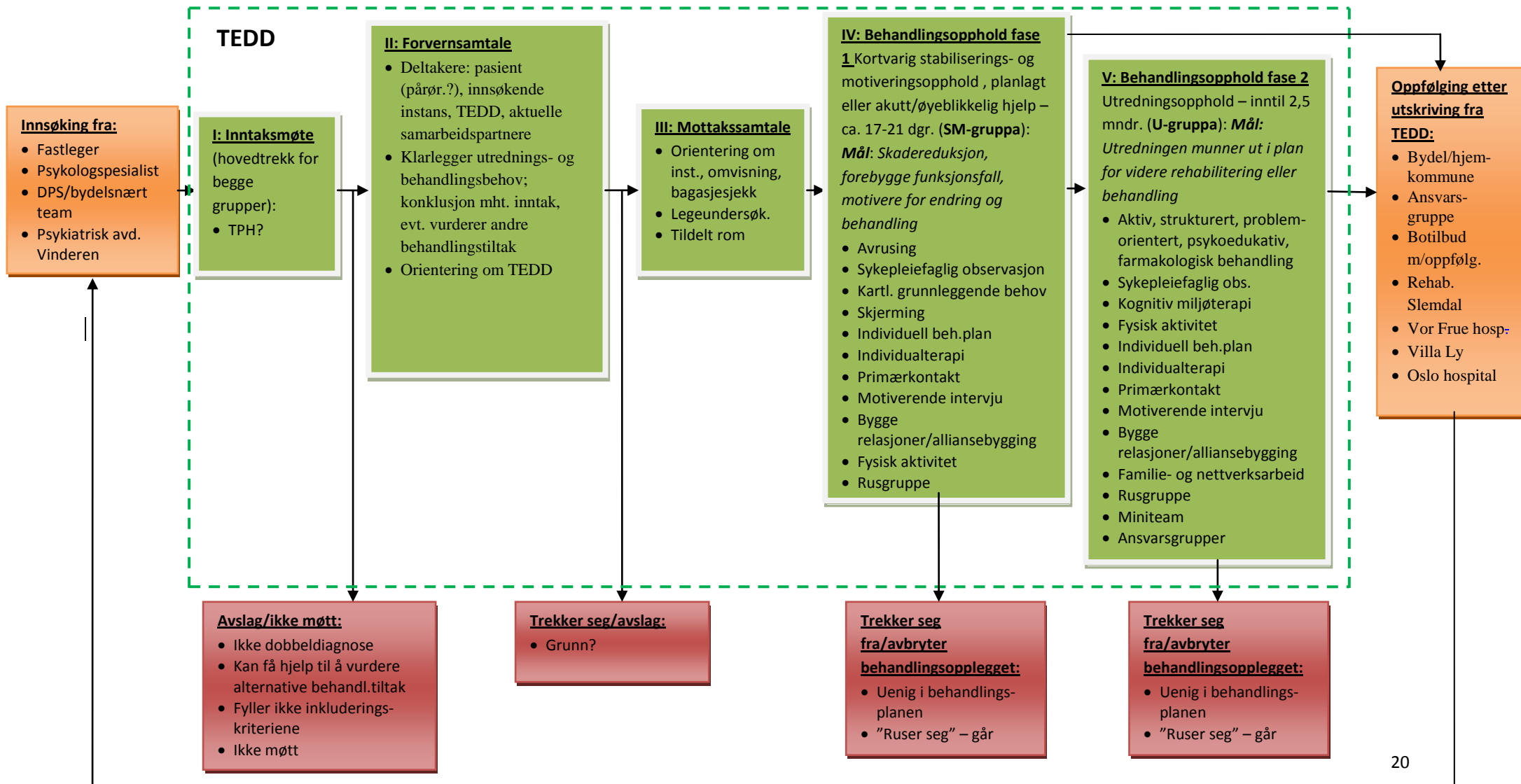
Behandlingsmodellen med pasientflytdiagram

Figur 1 stiller opp et flytdiagram som er ment å vise pasientflyt fra innsøking til og med utskrivning, inkludert mulige frafall på ulike stadier i den planlagte gjennomføringen. Denne figuren er basert på informasjonen vi samlet inn i starten av forskningsprosjektet 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 var lagt opp for et opphold, var det noen faser eller elementer i opplegget som alle pasientene var tenkt å ha felles. Det gjaldt fase I til IV på figuren: inntaksmøte, forvernsamtale, mottakssamtale og behandlingsopphold fase 1. For de forskjellige fasene spesifiserer figuren hva hver enkelt omfattet. 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 om pasienten ikke fyller kriteriene til inntak, til at en pasient avbrøt behandlingsoppholdet.

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

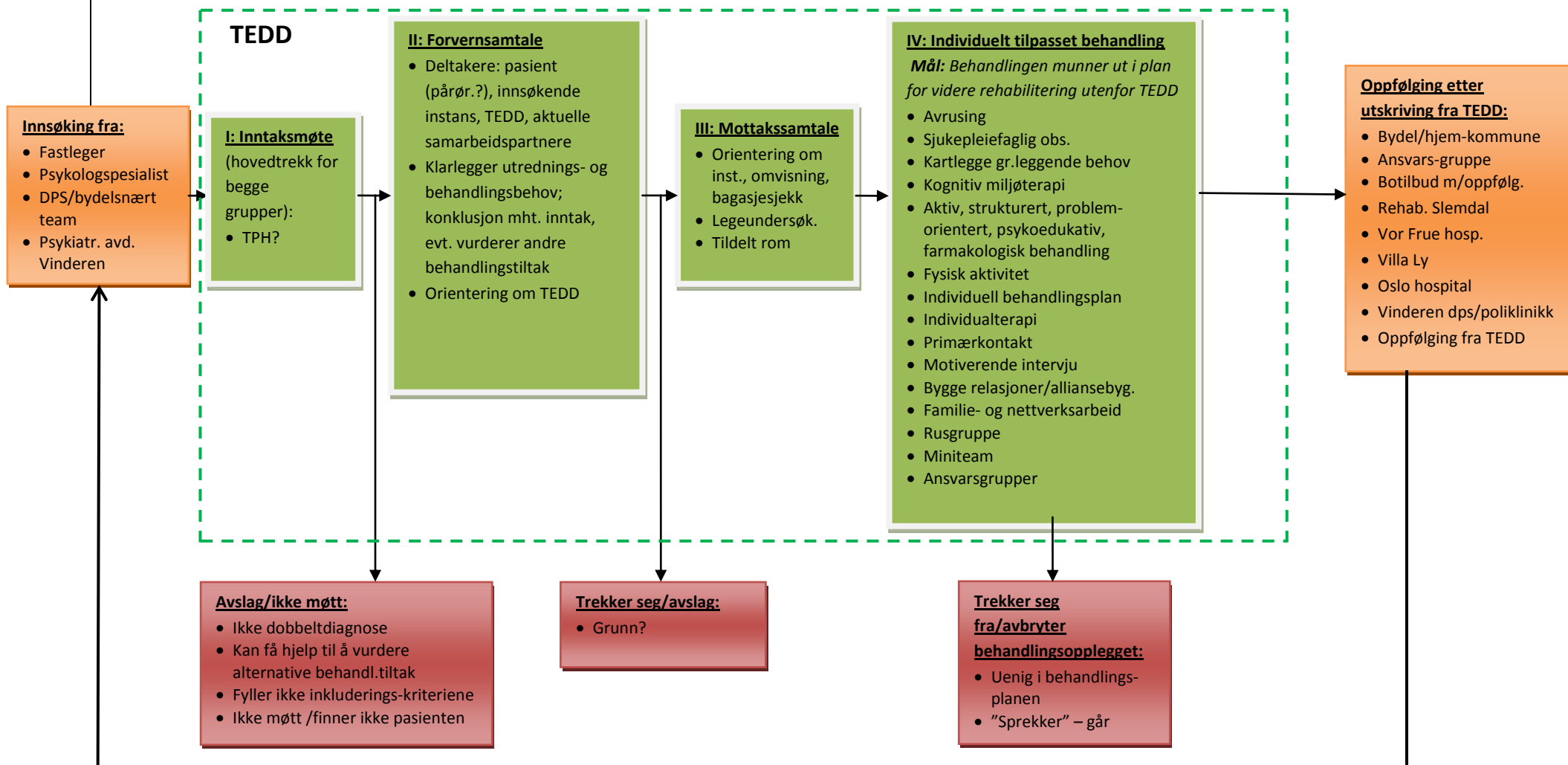
Figur 1 TEDD – Flytdiagram 11.12.2008

Målgruppe: Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddelmisbruk 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.



Figur 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.



I modellen i figur 1 framgår det at alternativet til utskriving var at pasienten ble overført til neste fase på TEDD, behandlingsfase 2 som var et utrednings- og behandlingsopphold. Dette oppholdet var tenkt å munne ut i en plan for videre rehabilitering eller behandling utenfor TEDD. I figuren er dette symbolisert og illustrert ved pilen til oppfølgingen etter utskriving.

Imidlertid har det etter hvert vist seg at denne oppdelingen i behandlingsfase 1 og 2 ikke svarte til det forløpet pasientene hadde hatt på TEDD: I praksis var det knapt noen pasienter som ble skrevet ut fra TEDD etter fase 1, som vi foran også har omtalt som "behandlingsmodell for korttidsopphold". 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. I denne figuren er de to fasene slått sammen til én fase, behandlingsfasen som i innhold og varighet er individuelt tilpasset.

Figur 2 illustrerer tilpasninger og modifikasjoner som allerede ble foretatt i løpet av den første driftsperioden, og som oppsto som ledd i de erfaringer og tilpasninger man hadde gjort til da.

Liggetiden på TEDD gikk ned fra 15 uker i gjennomsnitt i 2008 og 2009 til 11 uker i 2010. Relevante endringer i tiden mellom første og andre intervjurunden med behandlerne synes blant annet å ha vært at TEDD hadde redusert antallet svært krevende pasienter (pasienter med utagering og alvorlig voldsproblematikk) og at kontakten mellom TEDD og oppfølgingsinstansene ble bedret. Disse to faktorene kan ha bidratt til den reduserte gjennomsnittlige liggetiden. Det synes ellers ikke som om modellen for behandlingsforløpet som kommer til uttrykk i figur 2, ble endret siden den første rapporten fra prosjektet ble skrevet (Sverdrup m. fl., 2011).

Følgforskningen som pågikk kan også ha bidratt positivt til utviklingen av enheten. Hovedelementer ved følgforskning som arbeidsform presenteres derfor i neste del av kapitlet.

Følgforskning og behandling – parallelle prosesser

TEDD var fulgt av følgforskere over om lag fire år. Følgforskning som metode over en så lang periode kan også anses som unikt da det som oftest ikke er mulig å følge et prosjekt over så lang tid.

Følgforskning er en tilnærming til et felt som skal "følges" over tid. Tilnærmingen går også under betegnelsen "dialogbasert prosessanalyse". Dette er en evalueringsform som har store likheter med det som internasjonalt omtales som "participatory research" eller "collaborative research" (Sverdrup, 2009). Et sentralt poeng med tilnærmingen er at forskere og ulike aktører i den aktuelle virksomheten arbeider sammen for å identifisere ulike problemområder. Gjennom dette er tanken at man sammen skal komme fram til en felles forståelse som fører til et bedre tiltak eller produkt. Endring og læring er følgelig to helt sentrale elementer i en følgforskning. Følgforskning har et uttalt påvirkende siktemål. Dette skal skje i form av løpende tilbakemeldinger til oppdragsgiver, og hvor hensikten er å bidra til å endre eller bidra til kvalitetsforbedring av et tilbud. Fokus er på sammenhengen mellom de virkemidlene som er iverksatt og de mål man ønsker at tiltaket som helhet skal forholde seg til, og forholdet mellom disse og alle aktørgruppene som inngår i tiltaket. 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 analyser og funn forskerne kommer fram til. Hensikten er å forbedre eller endre, og arbeidet med dette pågår samtidig med utviklingen av tiltaket (her: 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.

I en viss forstand kan man si at evalueringsforskningen både integreres med og samtidig kan være en årsak til de endringer som må til for å optimalisere et tilbud. Når man iverksetter en følgeforskning forutsetter man nemlig at en forskningsbasert tilnærming med eksterne aktører kan bidra til å øke endringskompetanse, forbedringskompetanse og læring i en organisasjon. Grunnleggende er også at når man iverksetter en slik evaluering, så forutsetter man at slike endringer er lettere å iverksette dersom man kobler eksterne forskere inn i en organisasjon, enn om man hadde forsøkt å ta ansvar for prosessene uten slik ekstern bistand. En slik tilnærming setter krav til både forsker og de som er involvert i og påvirket av forskningen (Sverdrup, 2002).

Evalueringen hadde et langsiktig perspektiv. Dette innebærer at alle målsettinger knyttet til læring, endring og utvikling pågikk som en løpende prosess, samtidig med at TEDD utviklet seg. De innledende evalueringsspørsmålene som ble reist var samtidig både resultatorienterte og prosessorienterte og i tillegg eksplisitt forbedringsorienterte. Av den grunn var det nødvendig med flere forskjellige forskningstilnærminger til feltet. Det ble gjennomført en *målevaluering* som hadde søkelyset på om og i hvilken grad målene med behandlingen som ble gitt til de ulike pasientgruppene ble nådd, i den perioden. I denne sammenheng ble det etablert en baseline ved prosjektstart av så vel TEDD som av evalueringen. Gjennom dette ble et utgangspunkt tidfestet, dels for sammenlikning av måloppnåelse av de enkelte virkemidlene, og dels for vurdering av hvordan prosessen med hensyn til endring, utvikling og kvalitetsforbedring skjedde over den samme perioden. Det deskriptive elementet har en framtrædende plass i denne delen av studien. *Prosessevalueringen* hadde 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 representerte tilbudet som sådan noe nytt, så vel faglig, innholdsmessig, som strukturelt og organisatorisk. Også i prosesstilnærmingen har det deskriptive elementet vært framtrædende. Evalueringen gikk imidlertid lenger enn det, fordi tilbudet TEDD var under utvikling og utprøving, og samhandling med og feedback fra forskerne var ett av virkemidlene som ble brukt for å bidra til kvalitetsforbedring av tilbudet.

Ved oppstart av forskningsprosjektet i 2008 ble den opprinnelige hovedproblemstillingen for følgeforskningen formulert på følgende måte:

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 forlengelsen av denne skulle søkelyset rettes mot følgende fire områder:

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 framtreddende psykiske lidelser, Enhet for rus og psykiatri (rus-poliklinikken) 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 dobbeltdiagnose 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?

De ovennevnte spørsmålene har vært styrende for det arbeid som har vært utført, samtidig som de kan ha blitt noe justert eller nedtonet underveis i prosjektperioden. For eksempel gikk man ganske raskt bort fra en 14-dagers behandlingsmodell (jf pkt 4 over), og dermed ble naturligvis dette reflektert i arbeidet.

Som nevnt innledningsvis blir presentasjonen i det følgende konsentrert rundt enkelte temaområder. Det første temaet omhandler læring hos ansatte, pasienter og pårørende. Læring er et sentralt begrep og en forutsetning for endring og bedring, og belyses særskilt. Det andre temaet er viet bedring og endring hos pasientene. Hva mener de selv at de har hatt nytte og utbytte av, og hva mener de selv om egen mestring og bedring? I det tredje temaet kaller vi TEDD en lærende institusjon. Her presenteres viktige elementer i miljøet for å produsere læring. Det fjerde temaet omhandler tverrfaglighet, og behandles gjennomgående. Også dette har vært avgjørende for å utvikle en velfungerende enhet som besto av mange yrkesgrupper.

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). Intervjuene var prosjektets sentrale data-grunnlag. De ble imidlertid supplert med informasjon fra *ulike typer dokumenter* knyttet til utvikling og drift av TEDD. Dessuten ble det anvendt også data fra *Diakonhjemmet Sykehus sin database*. Dette er data på aggregert nivå som sykehuset har gjennom DIPS (Diakonhjemmet Pasient-Informasjon-system/journalsystem) og gjennom Dia-lis (Diakonhjemmet ledelses- og informasjonssystem). Forskerne hadde ikke egen tilgang til databasene, men fikk tilgang til aktuell informasjon ved å bestille relevante oversikter fra Diakonhjemmet Sykehus data-ansvarlige. Her inngikk oversikter over den aktuelle pasientgruppen ved TEDD (på aggregert nivå). Dermed ble det ikke koblet informasjon til den enkelte pasient. Andre aktuelle data

knyttet til kjennetegn ved den aktuelle pasientgruppen var alder, diagnose, innleggelsesdata, liggetid, m.v.

Nærmere beskrivelse av utvalg og rekruttering

Utvalget i rapporten består av til sammen 33 intervjuer med ansatte og ni av disse er intervjuet to ganger (= 24 behandlere, ledere og miljøterapeuter), 20 pasienter og syv pårørende.

Rekruttering av de ulike informantgruppene foregikk på følgende måte:

Kategori 1: Gjennom dialog og kontakt med sentrale nøkkelinformanter (prosjektets bestillere). Utvalget var strategiske nøkkelinformanter fra TEDDs ledelse, - dvs. behandlere og ledere som hadde iverksatt det nye konseptet som TEDD var, og som var sentrale med hensyn til å ivareta og implementere kognitiv miljøterapi. Antall informanter ble i utgangspunktet anslått til mellom 8 og 10. Alle aktuelle ble invitert og alle 9 (6 kvinner og 3 menn) ble intervjuet. 4 sa seg villig til å bli intervjuet på nytt etter et år.

Kategori 2: Henvendelser til representanter fra de ulike grupper av miljøpersonale ved hjelp av henvisninger fra kategori 1. Informanter fra ulike grupper innenfor miljøpersonalet – dvs. de som hadde den daglige pasientkontakten og som var sentrale for implementeringen av de ulike aspekter som inngikk 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. 17 ble invitert til å delta og 15 ble intervjuet og fem av disse sa seg villig til å bli intervjuet på nytt etter et år. Ti kvinner og fem menn.

Kategori 3: Henvendelser til samtlige pasienter når behandler vurderte dem som utskrivningsklare. Samtlige fikk et invitasjonsbrev med orientering om undersøkelsen samt samtykkeerklæring. Pasienter som hadde vært til behandling – dvs. den direkte målgruppen for hele konseptet. Antall informanter var i utgangspunktet vanskelig å anslå, men det var i utgangspunktet ønskelig å intervju alle som hadde mottatt behandling. Det viste seg at det av ukjente grunner ble vanskelig å rekruttere informanter. Til sammen 20 sa seg villig til å bli intervjuet, åtte kvinner og tolv menn i alderen 28 -55 år. ICD-10 diagnose: Paranoid schizofreni og schizoaffektiv lidelse (n= 14), bipolar lidelse (n=1), borderline personlighetsforstyrrelse (n=2), ADHD (n=1), Tilbakevendende depresjon (n=1), ingen psykiatrisk diagnose (n=1). Rus: Bruk av flere narkotiske stoffer (n=13), bare alkohol (n=4), opiater (n=2), amfetamin (n=1).

Kategori 4: Henvist fra og basert på tillatelse fra pasientene (kategori 3). Der tillatelse ble gitt fra pasientene fikk pårørende en henvendelse med invitasjon og orientering, samt samtykkeerklæring. Vi antok at det var grunn til å tro at nettoutvalget for denne kategorien ville bli vesentlig mindre enn nettoutvalget for pasientgruppen, med anslagsvis maksimal 20 informanter. Av de tjue pasientene som ble intervjuet, ga syv av dem sitt samtykke til at pårørende kunne kontaktes. Alle syv pårørende, fire mødre, to fedre og en søster, ga sitt samtykke. Alder på denne gruppen var mellom 47 og 72 år. Intervjuene ble foretatt per telefon og to ved personlig kontakt. De aktuelle pasientene de var pårørende til hadde hatt fra ett til noen flere opphold, både frivillig og tvangsinnlagt.

Etiske hensyn

Evalueringen var 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.

Kapittel 3 Læring hos ansatte og pasienter

Dette kapittelet viser resultater fra intervjuer med ansatte og pasienter og deres opplevelse og erfaringer i møtet med behandlingen. Dette omfatter spørsmål vedrørende den integrerte behandlingen med kognitiv miljøterapi (KMT), deltakelse i undervisning og fysisk aktivitet. Resultatene er fortolket i et læringsperspektiv - noe som er naturlig grunnet valg av KMT som behandlingsmodell. Dette perspektivet er valgt for å forstå hvordan pasientene opplevde læring og mestring gjennom behandlingsprogrammet, og hvordan det tverrfaglige personalet bidro til at læring kunne skje. Med «ansatte» og «terapeuter» menes i dette kapitlet alle de ulike personalgruppene som deltok i behandlingen. Begrepsbetegnelsen er brukt som en samlebetegnelse. Med «behandler/individualterapeut» menes leger, psykiatere, psykologer og klinisk sosionom, og med «miljøterapeut/miljøpersonell» menes alle helse- og sosialfaglige yrkesgrupper med minst 3-årig høgskoleutdanning.

En psykiatrisk institusjon kan betraktes som et sted for læring (jf. kap. 6). De lærende omgivelsene er kontekstuelle ved at pasienter og ulike profesjonsgrupper samarbeider i et lærende fellesskap (Nordquist et al, 2011). Læring av terapeutisk kunnskap har vanligvis vært betraktet som individuell læring, og hatt sitt utgangspunkt i læringspsykologi, og ulike psykologiske retninger, som for eksempel behaviorisme, sosialkonstruktivisme og humanistisk psykologi. De senere årene har derimot sosialkulturelle læringsteorier fått betydning i vektleggingen av sosiale og relasjonelle aspekter (Swanwick, 2005). Illeris (2006) hevder at læring foregår i et spenningsfelt mellom ulike kategorier og disipliner som kognisjoner, følelser og samfunn. Han forener dermed de kognitive og sosiokulturelle aspektene ved læring. Kognitiv miljøterapi kan hevdes å være forenlig med denne forståelsen (Holm & Oestrich, 2006).

Resultater fra intervju med ansatte og pasienter om deres erfaringer med kognitiv miljøterapi

Tema 1 Læringsklimate

Følgende trekk og momenter ved læringsklimate ble trukket fram av ansatte og pasienter:

Pasienter	Ansatte
<ul style="list-style-type: none">• Trygghet og varme• Respekt og likeverdighet• Samarbeid og medbestemmelse• Engasjement og omsorg• Proaktivt personale	<ul style="list-style-type: none">• Lederens motivering• Holdninger og emosjonelt engasjement• Respektfull interaksjon• Byggende relasjoner• Proaktive terapeuter• Humor (nevnt spesielt av miljøterapeutene)

Lærende omgivelser kan være nøkkelen i forhold til individuelle læringsprosesser, og kan være viktige prediktorer for å støtte, inspirere og motivere for læring og mestring for både personale og pasienter. En trygg atmosfære, gode mellommenneskelige relasjoner og omgivelser, samt å bli møtt på en likeverdig måte under strukturerte rammer har betydning for motivasjon. Disse trekkene ved et læringsklima bidrar til at pasienter opplever seg sett, forstått og respektert, og de er avgjørende for at pasienter skal føle at de har verdi som mennesker.

Ansatte

De ansatte beskrev klimaet på avdelingen som godt med en fin grunnholdning av respekt, toleranse og omsorg for hverandre, vennlighet, oppriktig interesse og engasjement for å hjelpe pasientene. Holdningen var at pasientene måtte få lov til å gjøre feil, slik som å bryte avtaler eller bruke rusmidler for eksempel på permisjoner utenfor posten, da de anså det som en god mulighet for at pasientene kunne lære seg nye erfaringer. Et godt samarbeidsklima bidro til å styrke hverandre, slik en miljøterapeut erfarte det:

Har vi som personalet det bra sammen, har vi overskudd til å være gode mot pasientene.

Til tross for den enhetlige tenkningen på TEDD brukte alle, inkludert miljøterapeutene selv, betegnelsen «personalet» bare om miljøterapeutene.

De grunnleggende verdiene ble satt i sammenheng med lederens idealisme, romslige holdning og pågangsmot, noe som bidro til motivasjon i arbeidet. En av de erfarne behandlerne beskrev avdelingen på følgende måte:

Det er mer toleranse her enn andre steder jeg har jobbet. Man tar ikke og avviser eller skriver ut når de [pasientene] ruser seg. Det er mer human tilnærming her enn andre steder. Bruker i liten grad konfrontasjon. Det er lavere konfliktnivå, mindre utrygt og mindre aggresjon. Det har vært lite suicidal – og voldsproblematikk i forhold til hva jeg har vært vant til.

Miljøterapeutene begrunnet den humane tilnærmingen med «personalets romslighet». «Romslighet» viser til at pasientene ble inkludert og fikk medvirke i sin egen behandling. Disse elementene skulle bidra til å skape et godt læringsklima. Personalet mente dette kunne bidra til å motivere pasientene til å tilegne seg nye ferdigheter. Miljøterapeutene trakk spesielt fram betydningen av humor. Pasientenes ulike livshistorier kunne iblant oppleves overveldende, slik en miljøterapeut beskrev det: «*En må på en måte ha litt galgenhumor for ikke å bli helt utbrent*».

De ansatte omtalte pasientgruppen som svært belastet med manglende bolig, dårlig nettverk, og at de var fysisk og psykisk nedbrutte. De mange praktiske problemstillingene, som for eksempel, boligoppfølging, avrusning, somatisk oppfølging, økonomiske støttetiltak og læring av daglige gjøremål, ble ansett som viktig å prioritere, for å møte pasientenes grunnleggende behov. Gjennom omsorgen og engasjementet var det mulig å bygge opp gode allianser og gi pasientene håp om bedring:

Om de ikke får skikk på livet sitt, har de i alle fall fått noen gode innspill. De har hatt noen gode måneder her, god mat, fått smaken på at det kan være et annet liv. Det holder mye av min motivasjon oppe.

Lederens idealisme, gode mellommenneskelige relasjoner, formålstjenlige omgivelser, samt et engasjert personale i et anerkjennende miljø, ser ut til å være medvirkende til å skape et godt læringsklima for både pasienter og ansatte.

Pasientene

Pasientene beskrev behandlingsstedet tydelig forskjellig fra andre institusjoner de hadde vært innlagt på. Forskjellen besto av flere forhold: at de samtidig ble behandlet for både den psykiske lidelsen og ruslidelsen, opplevelsen av trygghet og varme, en hyggelig atmosfære og et godt samhold innad i personalgruppen som bl.a. kom til uttrykk ved at ingen snakket "bak ryggen på dem".

Spesielt ble det likeverdige møtet mellom pasient og ansatte fremhevet. Et godt samarbeid med terapeutene og medvirkning i egen behandling opplevdes som grunnleggende positivt. Dette samværet syntes å gi både ferdigheter og kunnskap, tillit og håp til behandlingen. Disse erfaringene stemmer godt med prinsippet om et likeverdig samarbeid (collaborative empiricism) som er helt sentralt i kognitiv terapi (Wright, m.fl., 1993). Personalets engasjement ga dem nødvendig motivasjon. En av pasientene sa:

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

Personalets respekt og engasjement viste seg i deres fleksibilitet og at de strakk seg langt og gjorde "det lille ekstra". Gode relasjoner forutsetter involverte terapeuter som kan fremme håp og mestringsstro hos pasientene (Bandura, 1997). Personalets faglighet og medmenneskelige tilnærming ble spesielt fremhevet i tilknytting til russprekk som hadde skjedd hos flere av pasientene under innleggelsen, slik en pasient beskrev det:

Vendepunktet for meg var når jeg stakk av og ruset meg, og den varmen jeg ble møtt på av personalet [etter at jeg kom tilbake]. Da turte jeg å slippe meg mer løs.

For di pasientene ikke ble utskrevet eller straffet etter ruseepisoder, ble erfaringene omtalt som viktige vendepunkter i behandlingen, og kan forstås i et recoveryperspektiv (Borg, 2009). Slike erfaringer kan bidra til opplevelse av å bli sett, forstått og respektert, selv om det skjedde et feilsteg fra pasientens side. Å komme seg er en prosess som er preget av fremgang og motgang. Å bli møtt på dette er avgjørende for at pasientene skal føle at de blir anerkjent og har verdi som mennesker. Mennesker tolker sine omgivelser og handler ut fra den mening som tillegges de sosiale omgivelsene (Vygotkij, 1978). Når pasientene oppfatter miljøet som stimulerende og som et terapeutisk anerkjennende miljø, vil stedet oppleves meningsfylt og bidra til at pasientene opplever å komme seg, bli motivert og erfare læring og mestrings (Anthony, 1993).

Tema 2 Likeverdig samarbeid og læring gjennom kognitiv miljøterapi

Følgende trekk og momenter ved likeverdig samarbeid gjennom kognitiv miljøterapi ble trukket fram av ansatte og pasienter:

Pasienter	Ansatte
<ul style="list-style-type: none">• Gode relasjoner• Strukturert aktivitet• Å få verktøy• Å forstå metoden	<ul style="list-style-type: none">• Relasjonen i kognitiv terapi• Kognitiv terapi – et verktøy• Å forstå og mestre metoden

Ansatte

Avdelingens ledelse hadde ved oppstarten besluttet at kognitiv miljøterapi og fysisk aktivitet skulle være hovedkomponentene i behandlingen. De faglige premissene var tydelige for de ansatte. Flere kommenterte at det var viktig med en felles faglig forståelse, slik en terapeut sa:

Mange strever med å ha en felles behandlingsfilosofi, så dette er en gavepakke.

De ansatte uttrykte enighet om at kognitiv miljøterapi kunne fungere godt for pasientene, men her var det mange nyanser i svarene. Noen av behandlerne hadde noen kunnskaper om kognitiv terapi før de ble ansatt, men færre av miljøterapeutene. De fleste mente at det var mulig å tilpasse metoden i forhold til avdelingens pasientgruppe, spesielt når de tok hensyn til pasientenes kognitive evner, og brukte enkle instruksjoner. En av behandlerne forklarte det på denne måten:

Jeg bruker jo mye av prinsippene i kognitiv terapi i tilnærmingen til pasientene. Jeg bruker kanskje mest strukturen som ligger til grunn. Jeg gjør det kanskje ubevisst, men jeg lager en struktur i forhold til hva vi skal ta opp.

Selv om flere av behandlerne mente at de anvendte kognitiv terapi, beskrev flere seg likevel som «eklektiske», ved at de integrerte ulike tilnærminger. Den kognitive terapien ble mest sett på som et verktøy og at en kunne implementere det som det passet seg i samarbeidet med pasientene.

Miljøterapeutene hadde tro på den kognitive tilnærmingen, men følte at de hadde trengt mer tid med pasientene. Å forandre og endre på bruken av rusmidler innebar et langt perspektiv. Miljøterapeutene var også mer usikre på metoden enn behandlerne, og flere mente at pasientene var lite egnet for kognitiv terapi, slik en sa det:

Jeg tror det er vanskelig for mange pasienter å gjøre seg nytte av det, fordi de er for syke og har det for vanskelig.

Spesielt var det utfordrende å sette seg ned med et skjema overfor psykotiske pasienter eller pasienter som var på skjerming, da disse hadde mindre konsentrasjonsevne. På den annen side

hadde flere av miljøterapeutene også erfart at de hadde mestret å anvende kognitive teknikker overfor enkelte pasienter. De erfarte at dette ga pasientene et verktøy og at de ble mer involvert i å formulere sine egne mål. En miljøterapeut beskrev måten å arbeide på slik:

Det sentrale er å stille de sokratiske spørsmålene og få pasientene til å identifisere negative tanker og leveregler og positive ressurser og prøve å finne alternative tanker, endre det negative tankemønsteret, lære å bli sin egen terapeut, noe de kan bruke i etterkant av oppholdet.

Miljøterapeutene mente at de etter hvert hadde lært seg til å tenke mer kognitivt i måten de stilte spørsmål på, og ved dette hadde blitt mer bevisste i sin tilnærming overfor pasientene. De kognitive teknikkene ga miljøterapeutene et handlingsredskap, noe som bidro til å arbeide mer ressursorientert og gjøre miljøterapeutrollen mer selvstendig.

De ansatte erfarte at pasientene ofte hadde lite ro i seg til å ha lengre samtaler. Samtalenes form og lengde ble derfor tilpasset pasientenes funksjonsnivå. Det var viktig at ansatte gjorde individuelle tilpasninger og var fleksible og at pasientene formulerte sine egne mål. På den måten følte terapeutene at de lyktes bedre med sine tilnærminger.

Pasientene

Pasientene fremhevet spesielt at de hadde blitt møtt som individuelle mennesker:

Der [andre institusjoner] har det vært fast opplegg for alle. Det har jeg reagert på. [...] Det å gå den samme løypa for alle, synes jeg er demotiverende og håpløst.

Den individuelle behandlingen ble fulgt opp av en fast primærkontakt i miljøet og en behandler. Dette skapte trygghet, tillit og kontinuitet. De fleste pasientene trakk fram betydningen av gode tillitsfulle relasjoner til et faglig dyktig personale, men det var nyanser i svarene; "Det vil alltid være noen sorte får i en familie", og noen kan være "uprofesjonelle". Den gode relasjon gjennom kognitiv miljøterapi omhandlet å bli møtt individuelt, fleksibelt, seriøst og likeverdig:

Terapitimene her er mer åpent. De lar meg fortelle hva som ligger på hjertet. Når jeg begynner å prate, så prøver de å motivere. [...] Jeg føler at det er meg som styrer samtalen. For meg er det helt sentralt og viktig.

Gjennom det likeverdige samarbeidet, bygd på prinsippet om sokratisk dialog, styrkes pasientenes tro på egen evne til å løse problemer og åpne opp for refleksjon (Beck, 2005). Pasientene erfarte også at definerte mål, gjennom deres egen kognitive plan og uketimeplan, bidro til struktur og forutsigbarhet gjennom dagen. Det tverrfaglige personalets tilstedeværelse og passe aktivitet ga pasientene en opplevelse av egenaktivitet og sammenheng:

Føler at de legger vekt på de riktige tingene, å komme i aktivitet og kognitiv terapi, jobbe med meg selv og lage individuell plan, finne ut mål og oppmuntre til å gjøre ting ute i samfunnet i fellesskap.

Dewey (1938) betrakter læring som en aktiv prosess som innebærer handling. Gjennom å delta i ulike planlagte aktiviteter får pasientene nyttige erfaringer i en langsiktig læreprosess, som personlig utvikling og livsstilsendring.

Pasientene hadde fått forståelse av at TEDD vektla kognitiv terapi i behandlingen, men erfaringene var ulike når det gjaldt forståelsen av terapiformen. For noen få fungerte terapien som et verktøy de kunne bruke i konkrete situasjoner:

Jeg husker nå at jeg har brukt et ABC skjema. Jeg har faktisk lest inn på diktafonen noen støttetanker. Så da går jeg og minner meg selv på, at husk hvis jeg klarer å holde meg rusfri så har jeg positive ting i livssituasjonen min. Det hjelper meg med motivasjonen min.

For disse pasientene var terapiformen oppfattet som muligheter til endring. Andre mente at de syntes terapiformen var vanskelig eller uforståelig.

Den kognitive modellen gjorde meg sliten i hodet. Jeg er praktiker. Synes tenkningen er vanskelig. Var vanskelig å forstå dette i praksis.

Aktiv handling og refleksjon står sentralt i lærings- og endringsprosesser (Dewey, 1938). Pasientens handlingsmåte innebærer aktiv handling og refleksjon over situasjoner. Å reflektere over praksis kan for disse pasientene synes å være krevende i forhold til å erfare hvilke tanker som påvirker følelser og handlinger i gitte situasjoner, og så velge mellom ulike alternativer. På tross av at kognitiv terapi var vanskelig å forstå eller forklare, mente pasientene at de hadde fått god hjelp. Hjelpen ble knyttet til at de opplevde at de kunne styre samtalen selv, at personalet la mer vekt på framtid enn fortid, og på det positive. Å ta tak i det positive ga håp og en følelse av å mestre. Når pasientene får flere mulige forklaringsmodeller på egne erfaringer, skapes det mestringstillit til at det finnes flere handlingsalternativer (Bandura, 1997). En mulig forståelse kan være at den kognitive terapiens fokus og pasientenes opplevelse av å få et verktøy, bidro til å bryte deres opplevelse av håpløshet.

En personbasert kognitiv miljøterapi bygger på å akseptere at alle er personer med en ubetinget verdi i seg selv. Å bli akseptert er basert på den retten ethvert individ har til å bruke sine erfaringer på sin egen måte og til å oppdage sin egen mening i disse. Personalets aksept av pasienten som person gjør det lettere for pasienten å godta seg selv og kan øke deres mestringstillit i bedringsprosessen (Chadwick, 2009).

Tema 3 Fysisk aktivitet som egenlæring

Følgende trekk og momenter ved fysisk aktivitet som egenlæring ble trukket fram av ansatte og pasienter:

Pasienter	Ansatte
<ul style="list-style-type: none">• Et substitutt• Nye vaner• Frihet• Mening og mestring• Egenmotivasjon• Meningsfylt sosialt fellesskap	<ul style="list-style-type: none">• Fysisk aktivitet som egenmestring• Meningsfullt sosialt fellesskap

Ansatte

Den fysiske aktiviteten ble fremhevet som det viktigste tilbudet de hadde til pasientene, og som et viktig element i KMT. Pasientene deltok mer i aktivitetene enn i undervisningstilbudet. En av behandlerne sa:

Jeg vil fremheve den fysiske aktiviteten. Den er fantastisk bra. Det er et fellesskap for dem og det er meningsfylt aktivitet.

Den fysiske aktiviteten ble ledet av idrettspedagogen som tilrettela to timer per dag på dagsplanen. Aktivitetene omhandlet alt fra styrketrening og svømming innendørs til ulike uteaktiviteter, golf og ridning. Idrettspedagogen omtalte den fysiske aktiviteten som «Jakten på den gode opplevelsen». Det var like stor betydning å dra på bålturner, lage pannekaker, fiske, få kulturopplevelser eller å se dyr ute i naturen. Gjennom de gode fellesopplevelsene ble det formidlet kunnskaper om livsstil og som kunne bidra til at pasientene ble stimulert til å leve uten rus. Det var også viktig at aktivitetene omhandlet norske tradisjoner, og at ikke- etniske norske pasienter kunne lære noe om kultur og tradisjoner. Idrettspedagogen var opptatt av at dette ga læringsmuligheter og styrket den norske identiteten.

Miljøterapeutene ga uttrykk for bekymring over at pasientene var i så dårlig fysisk forfatning ved innleggelsen. De mente at deres omsorg, sunn ernæring og fysisk aktivitet kunne bidra til å skape forutsigbarhet, struktur og trygghet for pasientene. Fysisk aktivitet ble derfor sett på som et av tiltakene som bidro til hjelp, ikke minst fordi det var så konkret og målbart. Den fysiske aktiviteten ble omtalt som kognitiv i seg selv, aktivitetene ga pasientene konkrete og tydelige opplevelser av mestring etter kort tid. Miljøterapeutene erfarte at pasientene snakket om fysisk aktivitet i vi-form, at de var opptatt av fellesskapet og at det ga dem innhold og mening. Når pasientene var mer aktive, så ble behovet etter beroligende medisiner redusert. Aktiviteten bidro også til at det ofte var lettere å snakke med pasientene underveis eller etterpå. Å motivere pasientene til aktivitet innebar periodevis hardt arbeid, samtidig som det var viktig å vise pasientene at personale trivdes med å gjøre aktivitetene. Idrettspedagogen forklarte sin deltakelse i den kognitive miljøterapien på følgende måte:

Jeg er mye sammen med pasientene. De lærer meg å kjenne, så de blir veldig trygge på meg. Jeg deltar mye i miljøet, det er der jeg kan gjøre noe [...]. Jeg er sammen med dem på trening og jeg spiser lunsj med dem. Det er en sosial setting der vi kan prate mye sammen.

Fysisk aktivitet så ut til å være et sentralt element og utfyller kognitiv miljøterapi på en meningsfull måte. Gjennom dette kunne de ansatte oppleve å ha konkrete verktøy og tiltak som bidro til hjelp for pasientene. Den felles behandlingssideologien i en tverrfaglig kognitiv miljøterapi så ut til å ha gitt de ansatte handlingsberedskap, og den ressursorienterte tilnærmingen opplevdes som meningsfull i pasientarbeidet.

Pasienter

Den fysiske aktiviteten ble beskrevet som svært verdifull av pasientene. De opplevde at personalet tok den fysiske aktiviteten og kroppen på alvor. Et eksempel illustrerer dette på følgende måte:

At de behandler både det fysiske og psykiske samtidig, det er for meg veldig viktig. Det har styrket meg både fysisk og psykisk, og har gjort at tilfriskningen min har gått veldig fort.

Pasientene ga uttrykk for at mye bruk av rus og inaktivitet hadde bidratt til fysisk forfall. Vektlegging av kost og fysisk aktivitet ble av flere omtalt som sentralt for deres bedring. De fleste mente at aktivitetene bidro til at tankene ble avledet:

Fysisk aktivitet betyr masse. Det hjelper til å holde meg oppegående. Når jeg trener så ruser jeg meg mindre. Jeg opplever å komme i bedre form og det er veldig viktig. Jeg har meldt meg inn på Aktiv på dagtid, så jeg kommer til å fortsette.

Den ansatte idrettspedagogen ble omtalt ved navn av pasientene, og ble beskrevet som svært verdifull for dem. Den pedagogiske tilretteleggingen og den gode relasjonen syntes sentral. Pasientene opplevde at aktivitetene ble tilpasset ut i fra deres muligheter og behov og ble tatt seriøst av alle ansatte. Et viktig moment var terapeutenes evne til å dytte passe:

For folk som oss krever det at vi blir pushet når vi skal delta i fysisk aktivitet. De prøver å motivere og måten de gjør det på er helt fin. Man får lyst til å gjennomføre, enn at vi må [blir presset til det]. Det krever jo dyktige mennesker og et engasjement.

Pasientenes tilbakemeldinger tyder på at fysisk aktivitet hadde stor betydning i deres bedringsprosess. Aktivitetene bidro til opplevelse av frihet og bevegelse, mindre passivitet, mindre institusjonsfølelse, fellesskap med andre og mulighet for å endre vaner i positiv forstand. Trangen til rus ble minsket og den fysiske aktiviteten bidro til å avlede negative tanker.

Tema 4 Læring som medlæring og fellesskap

Følgende trekk og momenter ved medlæring og fellesskap ble trukket fram av ansatte og pasienter:

Pasienter	Ansatte
<ul style="list-style-type: none">• Medlæring• Undervisning	<ul style="list-style-type: none">• Medlæring• Veiledning og undervisning

Ansatte

Terapeutene trakk fram betydningen av læring gjennom fellesskap. Lederne og en ekstern veileder ble brukt jevnlig som avlastning og til refleksjon over hendelser knyttet til pasientsituasjoner. Miljøterapeutene vektla læringen de opplevde gjennom veiledning og avdelingens fagdager for å tilegne seg den kognitive miljøterapien. Fagdage ble omtalt som «påfylldager». De praktiske øvelsene gjennom rollespill var også nyttige. De snakket også mye med hverandre når de var på jobb og lærte av hverandre. Avdelingen hadde organisert det tverrfaglige samarbeidet i «miniteam». Disse ble omtalt som et sted for læring og samarbeid.

Flere av de ansatte hadde etter hvert gjennomgått videreutdanning i kognitiv terapi, og som de mente hadde gitt dem gode kunnskaper. Fagdagene kunne bidra til påfyll og læring, men erfaringene var blandet. En terapeut sa:

Det er som å være på kurs. En blir så optimistisk. Så kommer en tilbake til en helt annen virkelighet.

Det var ikke alltid at opplevelsen av at idealene og realitetene hang sammen. Å få påfyll gjennom ny læring ga opplevelse av å mestre, selv om det ikke alltid ble slik når læringen skulle settes ut i praksis, slik en miljøterapeut fortalte:

Jeg skulle prøve ut et skjema på en pasient og pasienten sa; »nå forstår jeg ingen ting». Jeg sa; «jeg forstår ingen ting jeg heller». Det ble ikke slik det skulle være. Litt uprofesjonelle blir vi, men vi må prøve oss fram.

Å prøve å sette nye kunnskaper ut i praksis ble omtalt som å ha mot. Veiledningen underveis bidro til å gi dem den nødvendige støtten. Å få kompetanse var motiverende i arbeidsdagen, og spesielt fordi personalet opplevde det sammen. Dette ser ut til å ha bidratt til å utvikle en felles faglig holdning og terapimetode som ser ut å ha vært positivt for læringsklima i avdelingen.

Å utvikle kompetanse sammen var også av betydning i forhold til å bli veiledet av hverandre. Blant annet hadde sosionomene den nødvendige kompetansen om boligsosialt arbeid, noe psykologene kunne mindre om. Å lære i et fellesskap med andre fagprofesjoner synes å ha vært nødvendig hvis målet var å utvikle en tverrfaglig praksis i kognitiv miljøterapi. Veiledning og undervisning, både teoretisk og praktisk, synes å ha vært verdifullt i denne sammenheng.

Pasientene

Deltagelse i rusgruppa ble omtalt av pasientene som viktig og nyttig, selv om de ikke alltid orket å være til stede der. Det viktigste var undervisningen og fellesskapet med medpasienter:

Vi kan alltid få noe ut av andre mennesker som har vært i samme situasjon. Vi kan lære av hverandre. Hadde det ikke vært for det, så hadde jeg ikke orket å gå der. Hvis det bare hadde vært undervisning med plansjer og sånn, så hadde jeg ikke orket å være der.

Fellesskapet bidro til å gjenkjenne ting hos seg selv, trygghet og opplevelse av ikke å være alene med sine problemer. Det hadde betydning at det var fagpersoner som strukturerte gruppene. Erfaringsdeling med medpasienter var ikke bare av det gode. Fellesskapet kunne også bli erfart som "utleverende". Å snakke om seg selv og egne problemer var sårbart. Tidligere erfaringer med tillitsbrudd forsterket aktuelle situasjoner. Når det kom pasienter tilbake etter å ha ruset seg, kunne dette også være demotiverende for pasienter som selv savnet å bruke alkohol.

Ved å delta i et positivt fellesskap med andre kan pasienter utvikle en meningsfylt læringsvirksomhet ved å relatere de andre pasientenes erfaringer til sin egen livsverden, og kan medføre ny forståelse eller et forandret syn på seg selv.

Tema 5 Spenninger i læringsklima

Følgende trekk og momenter ved spenninger i læringsklima ble trukket fram av ansatte og pasienter:

Pasienter	Ansatte
<ul style="list-style-type: none">• Balanse mellom kjedsomhet og aktivitet• Balanse mellom frihet og kontroll• Motivasjon og demotivasjon• Ambivalens	<ul style="list-style-type: none">• Mellom flerfaglighet og tverrfaglighet• Balanse mellom fleksibilitet og kontroll• Motivasjon og demotivasjon• Mellom tid og rom

Ansatte

Læringsklimaet kunne by på utfordringer. Spesielt omhandlet dette å tilpasse sin egen yrkesprofesjon i et tverrfaglig samarbeid. Den formelle makten ble knyttet til behandlerne. De utarbeidet som oftest de kognitive behandlingsplanene, mens miljøterapeutenes oppgave var å følge disse opp overfor pasientene i det daglige. Av og til deltok de også i samtaler sammen med pasient og individualterapeut. Miljøterapeutene erfarte at de hadde et bedre eierforhold til behandlingsplanene når disse var utarbeidet i de tverrfaglige teamene. Ved dette følte de at de ble mer verdsatt, og det ble mindre skille mellom dem og behandlerne. Da ble det ikke «oss» og «dem».

Av og til kunne det være spenninger blant de ansatte, og av og til kunne miljøterapeutene oppleve at behandlerne ikke forsto hvordan det var å være i miljøet i sammenhengende åtte timer per dag:

Noen ganger kan vi ha ulike oppfatninger om hvilke utfordringer vi står overfor. Vi ser pasientene hele døgnet mens de [behandlerne] har bare noen samtaler i uka. Det vi ser, er at pasientene skjærper seg veldig til disse samtalene. Mange ganger har de en helt annen fremtoning i miljøet.

Det var kun miljøterapeutene som gikk i turnus, med vakter morgen, kveld og helger. Muligheter for kontinuitet og oppfølging av primæransvar for pasienter, samarbeid og planlegging med behandlerne ble en ekstra utfordring i hverdagen. Spesielt ble samarbeidet satt på strekk når det var situasjoner med ustabile pasienter som ruset seg eller skapte stor uro under oppholdet. Da var det spesielt viktig at ikke behandlerne overtok, men at de ble enige om felles retningslinjer i en tverrfaglig gruppe.

Hverdagen i miljøet var i perioder mer strevsomt for miljøterapeutene enn for behandlerne som hadde mulighet til å trekke seg tilbake til sine kontorer. Uforutsigbarheten og travelheten var krevende. Pasientgruppen ble opplevd som ustrukturert og kunne tøyse personalets grenser:

Det er en del utfordringer å jobbe med disse pasientene som er i en slik behandlingssituasjon, spesielt kontakten med de pasientene som ikke ønsker å være her. Det kan være gnisninger mellom personale og pasienter i slike situasjoner.

For å opprettholde det gode læringsklima, brukte både lederne og behandlerne tid i miljøet ved å støtte opp under miljøterapeutenes arbeid for å unngå utagering av motoverføringer og bidra til at strukturen ble opprettholdt. Spesielt miljøterapeutene påpekte nødvendigheten av å ha en egen leder i postene som kunne støtte dem og bygge opp under gode faglige strukturer.

Utfordringene i forhold til tid og rom ble knyttet til de mange ulike oppgavene, travelheten i avdelingen for ansatte og pasienter og de ulike yrkesgruppene. Flerfagligheten var en utfordring spesielt for miljøterapeutene. «Alle gjør alt». De var opptatt av at de ikke fikk brukt sin spesifikke profesjonskompetanse godt nok. Mange arbeidsoppgaver gikk med til å gjøre mer praktisk arbeid i enheten enn å arbeide med pasientenes målsettinger i den kognitive miljøterapien. Dette ble opplevd som frustrerende og faglig unyttig.

Tverrfaglig samarbeid kan innebære spenninger i læringsklimaet. Spenningene er knyttet til ulikt formelt ansvar og oppgaver. Ledere og behandlere har gjennom sine maktposisjoner et spesielt ansvar for å tilrettelegge for det tverrfaglige samarbeidet, slik at også miljøterapeutene opplever å ha verdi og få anvendt sin yrkesspesifikke kompetanse. Organiseringen ved at miljøterapeuter går i turnus og fordeler sine arbeidsoppgaver over hele døgnet, og at behandlere kun arbeider på dagtid, setter samarbeidet på strekk. Ledelsens struktur, holdninger og faglige engasjement er sentralt for å lette på spenningen i læringsklimaet.

Pasientene

Å være innlagt på institusjon opplevdes av pasientene å gi både muligheter og begrensninger.

Helgene er fæle. Det er mye dødtid, det skjer lite... De ansatte kunne prøve litt hardere å få oss til å gjøre ting sammen. Av og til er det veldig kjedelig her og pasientene begynner å klage.

Spesielt tiden som var knyttet til tider med mindre personale til stede, økte opplevelsen av dødtid og rastløshet. Denne følelsen ble forsterket hos pasienter som opplevde lite evne til å ta initiativ eller pasienter med store rusproblemer. Manglende aktivitet kan føre med seg en rekke uheldige handlinger som grubling over tanker, lite initiativ, klaging overfor personalet og økt mulighet for rømming for å ruse seg. Et aktivt motivasjonsklima gjennom personalets initiativ og tilstedeværelse ble bekreftet av pasientene ved opplevd økt motivasjon i bedringsprosessen.

På den annen side erfarte pasientene at miljøpersonalet definerte deres handlingsrom i for stor grad. Dette ble spesielt bemerket av dem som var innlagt på tvang. Situasjonen ga dem en manglende følelse av frihet og kontroll, slik en pasient sa: "Det er som å sitte i et fengsel. De har all kontroll. Det er litt skummelt". Å få innskrenket friheten opplevdes tvetydig. For noen var kontrollen også av det gode, da det begrenset friheten til å la seg styre av russetet som mange av pasientene strevde med. Deres egen ambivalens i forhold til russetet økte når personalet lot pasienter få komme tilbake etter rusepisode. Selv om dette ble opplevd som negativt og demotiverende, visste de at dette kunne også ha skjedd med dem selv. Det var tross alt bedre å forholde seg til den negative opplevelsen enn ikke å bli ivaretatt i en tilsvarende situasjon.

Konklusjon

Funnene indikerer at både pasienter og de ansatte opplevde at TEDD hadde klart å skape et læringsklima med en engasjert faglig ledelse, likeverdig samarbeid mellom ulike profesjoner og pasienter, respekt, god atmosfære, et proaktivt personale og individuell fleksibel behandling. Dette bidro til å motivere pasientene til behandling.

Pasientene erfarte den integrerte behandlingen som verdifull. Vektleggingen av en kognitiv behandlingsplan bidro til at de opplevde seg involvert i egen behandling. Den kognitive modellen ga dem hjelp til selvhjelp i situasjoner i hverdagen, selv om ikke alle pasientene kunne nyttiggjøre seg det på samme måte. De ansatte erfarte at det å arbeide etter en felles behandlingsmodell som verdifullt og nyttig. Det ga et godt verktøy i det tverrfaglige samarbeidet. Miljøterapeutene opplevde at kognitiv terapi ved bruk av skjemaer og som behandlingsmodell ga dem muligheter til økt selvstendighet i pasientarbeidet.

Fysisk aktivitet ble erfart som svært nyttig og verdifullt av alle ansatte og pasienter. Pasientenes egenerfaringer med å bruke kroppen, deltagelse i et meningsfylt sosialt fellesskap og opplevelse av mestring, ga også andre muligheter for relasjoner og samhandling. Personalet erfarte aktivitetene som gode samhandlingsarenaer også når ord ikke nådde fram.

Kapittel 4 Pårørendes erfaringer og behov

Som påpekt innledningsvis ble også pårørendes rolle og pårørendes behov vektlagt i det integrerte behandlingsopplegget. Dette kapitlet omhandler derfor pårørendes erfaringer med TEDD og av rollen som pårørende. Dessuten omhandler det også ansattes vurderinger av pårørende og deres behov.

Forskergruppen erfarte at mange av pasientene ønsket å skåne sine pårørende for kontakt med oss. Dette ble begrunnet av pasientene i at de pårørende allerede hadde vært så belastet gjennom mange år med deres situasjon. Pasientene hadde også brutte bånd med sine pårørende, gjennom mange år med store rusproblemer og psykiske lidelser. De ansatte oppfordret pasientene til å trekke de pårørende inn i behandlingen, men de fleste pasientene ønsket ikke å involvere dem. Siden pasientene måtte gi oss sitt samtykke for å intervjuere deres pårørende, ble dette utslagsgivende for antallet pårørende vi fikk intervjuere.

Pårørendeerfaringer

Dette avsnittet handler om de erfaringer pårørende hadde i rollen som «pårørende» og deres samarbeid med TEDD. Erfaringene presenterer vi i form av fire temaområder.

Et sted for behandling av både rusproblemet og den psykiske lidelsen samtidig

Pårørende uttrykte glede over at det var utviklet et stabilt behandlingssted hvor både ruslidelsen og den psykiske lidelsen ble behandlet samtidig. Dette hadde de aldri tidligere erfart.

Det er fint at de ser helheten, både rus og psykiske lidelser. At hun får alt på et sted.

Pårørende hadde gode erfaringer med at personalet hadde gjort en god jobb med deres nære. Pårørende som hadde vært lite involvert i behandlingen, ga uttrykk for at de hadde lite kjennskap til behandlingstilbudet, men mente likevel 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. Følgende eksempel illustrerer betydningen av innleggelsen.

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.

Å bli involvert i behandlingen

De pårørende hadde ulike erfaringer i forhold til i hvilken grad de hadde vært involvert i behandlingen. Det var alt fra undring over at de ikke hadde blitt invitert inn, ikke hadde ønske

om involvering, til erfaringer med å være mye involvert i familiesamtaler. Flere eksempler ble fortalt. Følgende sitat fra en pårørende som hadde ønsket å bli mer involvert i behandlingen, utfyller disse eksemplene av å ikke være involvert:

Det er egentlig veldig dumt. Nå er jeg ikke involvert i noen oppfølging av sønnen min, uten noen føringer om hva han synes er viktig eller hva de andre synes er viktig. Det slår meg nå som jeg snakker om dette at dette er veldig dumt og uheldig. Familien hans er jo fungerende og vi kan jo være en viktig ressurs.

Følelsen av å stå utenfor og å ikke være involvert ble opplevd som belastende, slik følgende eksempel uttrykker:

Man har jo ingen innflytelse, man kan jo bare si meninga si. De løsningene som ligger i korta, jeg vet for lite om det. Det hadde betydd mer for oss alle hvis vi hadde hatt litt mer innflytelse.

Men det kom også eksempler fra pårørende som opplevde at de hadde vært mye involvert. Dette kan eksemplifiseres med følgende sitat:

Familiesamtalene har bidratt til at vi kan lære av situasjonen, og at vi også har kunnet snakke alene med behandler.

Pårørende kan bidra med viktig informasjon til de ansatte, noe som også gir en opplevelse av å medvirke i behandlingen.

Pårørendes behov i behandlingen

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 hadde også følt seg veldig alene i tilknytning til hjelpeapparatet. De ga en beskrivelse av en strevsom hverdag med mye uforutsigbarhet. Flere hadde opplevd mye belastning i sin egen familie. Det ble etterlyst behov for mer informasjon, da de visste litt for lite om TEDD. Både hva behandlingen gikk ut på og gode råd om hvordan de kunne møte sine egne. Følgende uttalelser 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.

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.

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, slik følgende eksempel viser:

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.

En mor kom med et utdypende eksempel på hva som kunne ha vært nyttig for dem:

Sønnen min har ruset seg mye med alkohol. Jeg drikker selv veldig lite, men det hender jo det står øl på bordet vårt her hjemme. Jeg har fått høre via omveier at de mener på TEDD at

det er viktig at familien ikke heller tilbyr alkohol. Skal en da tenke at vi ikke skal ha alkohol på bordet vårt når han er her, eller skal vi tenke at alkohol finnes overalt, at en må lære seg å leve med det, og at det er noe alle må forholde seg til? Det er særlig på dette området som det er vanskelig å vite hva en skal gjøre. Sånne spørsmål kunne vi trengt og fått vite noe mer om.

De 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 nære, hvis de fikk mer råd og veiledning. Hvis pårørenderollen ble styrket, så kunne de også muligens bli bedre og tryggere til å takle foreldrerollen eller søskenrollen.

Pårørende sa at de generelt 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. Å ikke få informasjon skapte uro. Taushetsplikten helsepersonell hadde ble problematisert, selv om de også ga uttrykk for en forståelse for at det måtte være sånn. Følgende eksempel viser dette:

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.

Å være pårørende til en sønn eller datter som hadde hatt så store problemer over mange år, innebar en stor slitasje. Det handlet om å gå i en spenningsfylt angst, å ikke vite og å være redd. Den største belastningen var et hjelpeapparat som ikke hadde tatt kontakt med dem i de fasene det var brudd i kontakten mellom pårørende og deres nære. Følgende eksempel illustrer denne erfaringen:

Det har vært en stor belastning og har medført at jeg nå er sykemeldt. Når alt begynte å gå bra med han, så begynte det å gå dårlig med meg.

Fra institusjon til egen bolig

Det er jo grenser for hva de kan klare å gjøre ambulant også når det handler om alvorlig rus og psykiske lidelser.

Tid og langsiktighet, var begreper som pårørende trakk fram i forbindelse med den sårbare utskrivelsesfasen, og forhåpentligvis fram til egen bolig. Å ha en institusjon i ryggen som var aktive med bruk av ansvarsgrupper og møtepunkter med bydelen skapte trygghet. Utskrivelsesfasen var like viktig som innleggelsen: «Han (sønnen) beskriver det som en «skrittvis» innleggelse». Dette bidro til å roe ned foreldrenes egen angst. På den måten var det også mulig å tenke en «skrittvis» utskrivelse, ved bruk av permisjoner som en overgang. Dette ble mulig gjort hos dem som bodde i nærheten av institusjonen.

Det var viktig for de pårørende at TEDD var aktive i utskrivelsesfasen:

De jobber med å få alle ting på plass med nye kontakter, slik at de har et mottakerapparat der hvor hun kommer ut til. Vi har vært veldig fornøyd med dette.

Å bli hjulpet til å finne et stabilt egnet bosted, og motivere for å bo alene, ble trukket fram som noe av det viktigste TEDD gjorde; «De har jobbet for at hun skal klare å bo alene.» Pårørendes

erfaringer var at deres nærmeste hadde «flyttet rundt fra det ene stedet til det andre i flere år». Dette var en stor belastning for alle. Pårørende ga uttrykk for at det var kritikkverdig at pasientene mistet boligen sin når de ble innlagt på institusjon, og at de ikke hadde noe fastlagt sted å reise tilbake til. Følgende eksempel illustrer disse erfaringene:

Nå bor han også midlertidig. Det synes jeg er en stor mangel ved den behandlingen han har fått. Det at han må flytte senker den gode prosessen.

Ansattes erfaringer med pårørendearbeid

De ansatte betraktet samarbeid med pårørende som en viktig del av sine arbeidsoppgaver, slik følgende eksempel illustrerer:

De er mye involvert. Både initiativ fra meg og fra dem. Jeg synes det er ekstremt viktig å ha kontakt med pårørende. Hvis det ikke går av seg selv så tar jeg kontakt. Jeg tar i hvert fall kontakt med den personen som pasienten oppgir som sin nærmeste.

Det var behandlerne som hovedsakelig hadde ansvar for å innkalle pårørende, men av og til gjorde også miljøterapeutene det. En av behandlerne mente at det kunne være hensiktsmessig fordi miljøterapeutene kunne «få en annen inngangsport» enn de selv hadde. Miljøterapeutene hadde erfaringer med at de generelt så lite til de pårørende i avdelingen, og mente at de fleste pasientene hadde kontakt med de pårørende utenfor TEDD. Men de var opptatt av at pårørende kunne hatt nytte av å få tilbud om undervisning og informasjon om pasientenes lidelser. Følgende eksempel gir en illustrasjon på dette:

Jeg tror man kunne invitert pårørende til en fagdag for forståelse for at de kunne lære noe mer om både rus og psykisk lidelse. Når en skal sette grenser og hva en skal akseptere og sånn. Spesielt er dette vanskelig overfor personer med personlighetsforstyrrelser.

Behandlerne på sin side påpekte betydningen av å ha kontakt med pårørende i forbindelse med diagnosearbeidet, for å få utfyllende opplysninger om pasientenes livshistorie. De mente at pårørende var viktige med tanke på å få en god diagnose hos pasienten.

Et annet sentralt punkt som ble trukket fram, var at pårørende også kunne være en god støtte for pasientene, gjennom å bidra til et godt samarbeid. Deres erfaring var at de fleste pårørende tok i mot tilbudet når behandlerne inviterte dem til samtaler, men at det av og til ble begrenset ut fra hva pasientene ønsket: «Det blir mye justering mellom hva pasienten ønsker og hva pårørende ønsker».

De ansatte omtalte samarbeidet med de pårørende som et individuelt arbeid, siden det var opp til pasientene og i hvilken grad de ønsket at deres pårørende ble involvert. Av og til måtte også pasientene motiveres slik at det ble mulig å få til et samarbeid med de pårørende. Følgende eksempel sier noe om denne situasjonen:

Det blir forsøk på å finne det som er hensiktsmessig. Da blir det veldig forskjellig. Noen ganger blir det pårørende alene, noen ganger sammen, og noen ganger for å finne kontakt sammen.

Taushetsplikten var utfordrende og ble problematisert på følgende måte: «Pårørende kan også kontakte oss, men det er en vanskelig situasjon grunnet taushetsplikten». Å holde informasjon tilbake for pårørende var ikke alltid ønskelig, men det ble ekstra utfordrende der pasientene tydelig hadde sagt ifra at de ikke ønsket at personalet skulle informere de pårørende om at de var innlagt. En mulig løsning var å ikke slippe tak i temaet og bruke litt tid; « ...da må vi spørre om hvorfor. Av og til må det modnes». Balansen mellom å motivere, dytte eller ikke gjøre noe, var ikke alltid like lett:

Jeg valgte å ikke innkalle mor tidlig i prosessen. Det var fordi pasienten ikke var så opptatt av det. Jeg tenkte på det etterpå, burde jeg likevel ha kalt henne inn? Jeg har snakket med henne på telefonen noen ganger, men det er slike refleksjoner jeg får i ettertid.

Et annet tema som ble fokusert var barn og nettverk. En av behandlerne omtalte temaet barn som spesielt utfordrende fordi de fleste pasientene var fratatt omsorgen for sine barn tidligere; «...de få som har barn har jo mistet barna, så de har ingenting».

Nettverket til mange av pasientene besto av profesjonelle hjelpere. Personalet hadde som oppgave å kartlegge alle pasientenes nettverk, men erfarte at det ofte var svært lite å spille på. Dessuten var mange av pasientenes liv uorganisert med hensyn til ustabil boligsituasjon, dårlige familierelasjoner og nettverk, psykose og rusproblematikk. Flere ga derfor uttrykk for usikkerhet i forhold til nytten av å bruke krefter på nettverksarbeid under innleggelsen. De var også usikre på hvordan de skulle gjøre det, og at det heller burde følges opp av det lokale hjelpeapparatet, «så det spørs om ikke det er andre som må ta den ballen».

De ansatte mente at TEDD var opptatt av og ivaretok pårørendearbeidet bra, men at det også bød på utfordringer. Den største utfordringen var pasientenes dårlige nettverk, og at pasientene ofte påla terapeutene ikke å trekke inn sine nærmeste. En del tid gikk derfor til å motivere pasientene til å trekke inn de pårørende.

Konklusjon

De pårørende ga uttrykk for at det var positivt at det var kommet et helsetilbud hvor både ruslidelsen og den psykiatriske lidelsen ble fokusert samtidig. Dette var nytt for dem. Flesteparten av de pårørende hadde vært relativt lite involvert i behandlingen, og de visste derfor lite om innholdet i behandlingstilbudet. Noen av deres nære hadde gitt dem noe informasjon om stedet, men kontakten syntes å være veldig sporadisk. Pårørende som hadde vært mye involvert, var svært fornøyd med dette. Spesielt var de fornøyd med at det hadde vært fokusert på endring av medisiner og arbeid med boligsituasjonen.

Å være i rollen som pårørende, handlet om mange behov. De ga uttrykk for svært mange og til dels dårlige erfaringer med tidligere behandlingsapparat. Videre ga de uttrykk for en strevsom og belastende hverdag med mye uforutsigbarhet, samt lite forventninger til behandlingssystemet.

Det er særlig to forhold de pårørende pekte på: Det første var mangelen på informasjon, og det andre var manglende involvering i behandlingen. Mangel på informasjon omhandlet flere forhold. En generell informasjon ble savnet, blant annet om hva som foregikk på enheten, om muligheten for å kunne besøke sin nære på avdelingen, og om mulige råd for hvordan de kunne møte sin sønn, datter eller brors problemer.

Ønsket om å bli mer involvert i behandlingen handlet blant annet om å få anledning til å gi tilbakemelding til behandlerne om hva de mente deres nære trengte av hjelpeapparatet. De pårørende hadde lest på internett og hjemmesiden til TEDD at pårørende skulle være en viktig ressurs i behandlingen. Dette hadde de merket mindre til. En bedre dialog med pårørende kunne derfor vært et viktig tilskudd, ikke minst til de pårørende i seg selv. Ingen ga uttrykk for at de trengte hjelp for sin egen del, men de ønsket å få mer kunnskap og råd for bedre dialog og hjelp i hverdagen til sine nære.

Taushetsplikten ble problematisert. De pårørende var informert om lovverket på dette punktet, men syntes likevel at det var problematisk fordi det begrenset muligheten for informasjon, spesielt der deres nære ikke ønsket å ha kontakt med dem.

Pårørende savnet både informasjon og kontakt med de ansatte under innleggelsen av deres nære. Dette står i motsetning til de ansattes syn på samarbeidet med de pårørende. Vi må da ta i betraktning at vi har snakket med et lavt antall pårørende.

Kapittel 5 Bedring og endring hos pasientene

Dette kapitlet viser data vi har benyttet for å belyse spørsmålet om TEDDs behandlingsopplegg førte til en endring og bedring hos pasientene. Først drøftes dette med henvisning til kvalitative data, og dernest til de kvantitative data vi har hatt tillatelse fra REK til å få tilgang til.

Bedring og endring som sentrale begreper

Studier om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser tar utgangspunkt i subjektive erfaringer fra ulike brukere om hvordan mestre og leve med psykiske problemer (Borg, 2009). Bedring og endringsprosesser omhandler alt det pasientene gjør for å hjelpe seg selv, om egen innsats, utholdenhet, om å inngå i sosiale relasjoner, læringsprosesser, få håp og å finne måter å håndtere konsekvensene av de psykiske problemene på (Borg & Davidson, 2008; Borge & Hummelvoll, 2008). Forskningen om bedringsprosesser har oppstått i brukermiljøer i ulike deler av verden, og har vært viktig kunnskap for å forstå hva som oppleves som nyttig og virksom hjelp. Maktforholdene innenfor de psykiatriske institusjonene har også vært en del av dette bildet (Borg, 2009). Bedring kan omhandle både prosess og resultatmål. Patricia Deegan (2005), psykolog og med egenerfaring som pasient med schizofrenidiagnose, har understreket betydningen av et prosessorientert fokus framfor et resultatbasert. Behandlingsinstitusjoner og offentlige myndigheter har tradisjonelt vektlagt resultatmål og evidensbasert forskning, (grunnet betydningen av å finne den rette diagnosen), evidensbasert behandling og dokumentere dette. Denne individualistiske forståelsen kan være nødvendig, men det er også viktig å vektlegge den kontekstuelle betydningen. På den måten er det bedre muligheter til å forstå hvordan et behandlingsmiljø og sosiale og materielle vilkår i hverdagslivet påvirker pasienters bedringsprosesser (Borg, 2009).

Bedringsforskningen kan sees i sammenheng med andre forskningsmiljøer som fokuserer på utforskning og utvikling av potensialer og muligheter hos pasienter, blant annet utvikling av konstruktive aktiviteter og tankemønstre (Duncan & Sparks, 2008). Når pasienter gis anledning til å relatere teorier, metoder og teknikker til egen forståelse av hva som hjelper, som for eksempel kognitiv terapi, kan dette bidra til ny forståelse og kunnskap i eget liv.

Noen kvalitative data som omhandlet pasientenes hverdagsliv

Personalet opplevde at pasientene var i dårlig forfatning både fysisk og psykisk ved innleggelsen, og at pasientene hadde brutte håp over flere år i forhold til bolig, arbeid og sosialt nettverk. Pasientene på sin side mente at et sentralt element ved innleggelsen for dem, var at de grunnleggende behovene for omsorg først ble ivaretatt fra personalets side. Å få dekket disse primærbehovene var viktig for å kunne bygge en stabil ramme i hverdagen. Bostedløshet var et primært problem for pasientene, og kan eksemplifiseres på denne måten:

Mange av oss bor på gata og har ikke noe sted å bo og ingen jobb. Da tror jeg at det er viktig å begynne så primært som mulig for å bygge seg litt opp. Sove, spise, trene osv. Begynne i det små og utvikle ting etter hvert som helsa tåler det.

Pasientene beskrev sin livssituasjon som å være i en utsatt posisjon. Å bli sett og ivaretatt handlet også om å få riktig medisin, god mat, seng og ro, og hjelp til økonomiske og boligsosiale forhold i hverdagslivet. Ved å begynne i det små ga det større håp om å lykkes. Pasientenes positive opplevelse av møtet med TEDD, dets atmosfære, varme miljø, hyggelig personale, likeverdighet og respekt, ble omtalt som positive «vendepunkter» i deres bedringsprosess.

Å ha bolig og nettverk ble av personalet vurdert som viktig for pasientenes håp om bedring. Siden så mange av pasientene manglet fast bolig og hadde få nære personer i nettverket sitt, ble disse elementene sett på som en utfordring og en barriere i den kognitive miljøterapien.

Boutviklingsprosjektet «Min bolig – mitt hjem» (Frantzen og Karagöz, 2011), som pågikk i vår følgeforskningsperiode, supplerer våre funn. Prosjektrapporten beskriver muligheter og utfordringer i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og bydeler i Oslo, omkring bosetting av ti hjemløse pasienter ved TEDD. Et viktig funn i prosjektet er at tett kontakt med spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for at bydelene skal lykkes i å bosette personer med lavt funksjonsnivå. Rapporten peker også på at pasientene kan ha vansker for å nyttiggjøre seg bolig og oppfølgingstjenester – og andre ambulante tjenester fra bydel og DPS – uten en robust og fleksibel sengepost i ryggen.

Kvantitative data som karakteriserer bedring og endring hos pasientene

Allerede fra opprettelsen av TEDD ønsket ledelsen å registrere sentrale opplysninger vedrørende sin kommende pasientgruppe. Formålet var dels at disse skjemaene skulle omhandle en del av den enkelte pasients problemområder og dermed bidra inn i den totale kartleggingen av pasientens behandlingsbehov, dels ville ledelsen bruke de samme dataene til å identifisere mulige endringer som følge av oppholdet (vedrørende valg av spørreskjema se vedlegg 1).

De valgte spørreskjema skulle dels fylles ut av pasientene sammen med ansatte og dels av pasientene alene - både ved innleggelse og utskriving. De registrerte data skulle deretter overføres – dels til DIPS og dels til en SPSS-datafil (avhengig av typen data) - for å få kunnskap over den aktuelle pasientgruppen på aggregert nivå.

Beskrivelse av karakteristika og endringer i dette kapitlet er basert på data registrert i SPSS-filen som startet med de første innlagte pasientene i august 2007 da TEDD ble åpnet og avsluttet 30.april 2011. Årsaken til at denne registreringen ble avsluttet 11 måneder før TEDD ble nedlagt 1.mars. 2012 var personalmangel. Den ansvarlige for dette arbeidet sluttet i sin stilling uten at hun ble erstattet av andre som kunne gjøre dette arbeidet med både registrering og koding av data.

I dette kapittel beskriver vi først valgte *karakteristika* ved de 69 registrerte pasientene i SPSS-filen (*antall førstegangs innlagte pasienter, antall reinnleggelser, varighet på innleggelsene, tvang/frivillig innleggelse, kjønn og alder, diagnose samt forbruk av alkohol og narkotiske stoffer ved innleggelse*).

Deretter redegjør vi for våre statistiske funn vedrørende *graden av bedring* som følge av oppholdet ved TEDD. Avslutningsvis gir vi *en kort oversikt og oppsummering* av det vi har beskrevet i kapitlet. Nedenfor presenteres karakteristika på en rekke variabler for innlagte pasienter i tidsrommet august 2007 til 30. april 2011.

Antall pasienter

1. gangs innleggelse

128 pasienter har vært innlagt ved TEDD fra åpningen og til nedleggelsen - *i perioden august 2007 til 1.3.2012* (basert på opplysninger fra DIPS fra perioden 1.1.2008 til 31.12.2011, og med tilleggsopplysninger fra enhetsleder fra august 2007 til 31.12.2008).

Av disse er **69 pasienter** registrert i SPSS-filen *i perioden august 2007 til 30. april 2011*.

Våre statistiske analyser vedrørende endringer som følge av oppholdet ved TEDD er basert på data fra de registrerte **69 pasientene** som er registrert i SPSS-filen. Ifølge tall fra DIPS -registeret (og fra enhetsleder) har **98 pasienter** vært innlagt ved TEDD i samme tidsrom. Data fra 29 pasienter er altså – *av ukjente grunner* – ikke registrert i SPSS-filen. Årsaken til denne differansen har vi ikke hatt mulighet for å avklare.

Reinnleggelse

17 pasienter av 69 (25 %) er reinnlagt ved TEDD. Av de 17 reinnlagte pasientene er 5 kvinner og 12 menn. 6 av de 17 reinnlagte pasientene er oppført som del av boutviklingsprosjektet av totalt 10 personer. 12 av de 17 reinnlagte pasientene (71 %) har en schizofrenidiagnose (stor sett paranoid schizofreni F20.0)

Varighet på innleggelse

Gjennomsnittlig lengde på 1. gangs innleggelse er 86 dager (12,2 uker) – med en range fra 11 dager (1 ½ uke) til 291 dager (41,6 uker). Menn har gjennomsnittlig 9 dager lenger opphold ved 1.gangs innleggelse enn kvinner.

Reinnlagte pasienter har noe kortere liggetid ved 2.gangs innleggelse enn 1.gangs innlagte pasienter - gjennomsnittlig liggetid er 57 dager (8 uker) med en range fra 2 til 228 dager (35 uker). De pasientene som er innlagt på tvangsparagraf har gjennomsnittlig 36 dager (5,1 uker) lenger liggetid sammenlignet med frivillige pasienter.

I følge vårt register skjedde det en økning i liggetiden fra 65 dager (9,3 uker) i 2007 til 102 dager (14,6 uker) i 2008 og 2009, mens den gikk ned igjen til 76 dager (10,9 uker) i 2010.

Tvang/frivillig innleggelse

Mens 45 pasienter (65 %) er frivillig innlagt (§2-1) er 14 (20 %) innlagt ved tvang (§3-2). Det mangler informasjon om 10 (15 %) av de innlagte pasientene i vårt register vedrørende denne variabelen.

Kjønn og alder

Kjønnsfordelingen på innlagte pasienter var 40 menn (58 %) og 29 kvinner (42 %).

Gjennomsnittlig *alder* på de innlagte pasientene fra SPSS-registeret var 35 år, med en range på 19-63 år.

Diagnose

I registreringen som danner grunnlag for SPSS-filen er 23 pasienter (33 %) oppført med psykiatrisk diagnose paranoid schizofreni (F20.0) og 4 (6 %) med rusdiagnose avhengighetssyndrom som skyldes flere stoffer (F19.2). Totalt 16 av 69 pasienter (23 %) i SPSS-filen mangler psykiatrisk diagnose. Det er ingen særlig endring på psykiatriske diagnoser når vi sammenligner 1 og 2 innleggelse.

Forbruk av alkohol (AUDIT) og narkotika (DUDIT) ved innleggelse

Ved innleggelsen ble både forbruket av alkohol og narkotiske stoffer kartlagt. Kartleggingen av forbruket av *alkohol* viste en gjennomsnittsskåre på 13 – hvor de mannlige pasientene hadde en skåre på 14 og de kvinnelige 12. Dette er klart høyere enn den foreslåtte cutpoint som er 7 (satt av forfatterne for manualene).

Forbruket av *narkotika* var gjennomsnittlig på 22,6, hvor de kvinnelige pasientene hadde 22 og mennene 24. Dette er langt høyere enn den foreslåtte cutpoint som er 2 for kvinner og 6 for menn (satt av forfatterne for manualene).

Endring som følge av oppholdet ved TEDD

Manglende utfylling av flere skjema – bakgrunn for valg av spørreskjema for analysene

Ved gjennomgangen av den ferdigregistrerte filen fant vi at utfyllingen av skjemaene til dels var *preget av ufullstendighet – særlig ved T2* der N ofte var halvert i forhold til T1, noe som gjorde det vanskelig å beregne signifikante bedrings-skårer (T1 er punktet for innleggelse og T2 er tidspunktet for utskrivning).

Særlig *BDI* og *BAI* (se vedlegg 1) hadde mange svært tilfeldige missing på enkelt-item noe som innebar et svært ufullstendig grunnlag for analyser av en total skåring både for Depresjon og for Angst både på T1 og T2 som grunnlag for beregning av bedring.

PKKS/Russkjema eller GAF (se vedlegg 1) – som skal fylles ut av personalet - var omtrent ikke fylt ut og kodet for skåring i denne SPSS-filen. Pasientenes GAF-skårer er imidlertid registrert i DIPS. Dette er data som ikke har vært tilgjengelig for våre analyser.

SOS33 (se vedlegg 1) er det måleinstrumentet som var best utfylt både ved T1 og T2. Dette spørreskjemaet forutsetter imidlertid at alle aktuelle item må være besvart, noe som også viste seg å ikke være tilfelle for alle pasientene i SPSS-registeret.

SOS33 er likevel det spørreskjema som - av ukjente grunner - er best utfylt både på T1 og T2 sammenlignet med *BDI* og *BAI* - noe som har gjort det mulig å beregne sum skårer som grunnlag for analyser. Av denne grunn er det dataene fra *SOS33* som sammenlagt har gitt tilstrekkelig pålitelig informasjon om bedringen av pasientenes psykiske helse som følge av oppholdet ved TEDD – noe som var avgjørende da vi valgte å bruke dataene fra *SOS33* i våre analyser. Vi har valgt å beregne endringsskårer på dimensjonene *depresjon*, *angst* og «*psychological distress*» (en samlev variabel bestående av 5 av 6 dimensjoner - med unntak av dimensjonen "Positiv mental helse") fra *SOS33*.

I enkelt tilfelle har vi sjekket differanse-skårene på utvalgte itemnivå vedrørende depresjons- og angstdimensjonene i SOS33 opp mot differanseskårer på utvalgte item i BDI og BAI som synes å måle det samme - en kontroll som i hovedsak har bekreftet funnene fra SOS33.

En signifikant god bedring som følge av oppholdet ved TEDD

En generell tendens i våre analyser av mål for utfall (*klarest vist i SOS33*) er en *signifikant veldig god bedring* som følge av oppholdet på TEDD, ikke så langt unna en halvering av skåren på T1 - selv etter at vi har kontrollert for skåren på de aktuelle effekt-variablene ved innleggelse - dvs. T1. De pasientene som ikke har fylt ut skjema på T2 er i hovedsak de pasientene som ikke er ført opp med noen hoveddiagnose. Dersom dette er de dårligste og "svakeste" pasientene kan dette dra våre resultater noe ned, men ikke redusere den klart positive bedringen. Disse resultatene gjelder både dimensjonene depresjon, angst og «psychological distress» i SOS33.

Vi undersøkte videre om og i hvilken grad *alder, kjønn, tvang*(§ 3-3) */frivillig* (§ 2-1) og *diagnose* (1= schizofreni - 0= annen hoveddiagnose) hadde noen signifikant innvirkning på det ovennevnte resultatet av oppholdet ved TEDD.

Mens *alder* viste seg å ikke ha noen signifikant innvirkning på bedringen som følge av oppholdet når det gjaldt depresjon, angst og «psychological distress», viste våre analyser en signifikant forskjell *mellom kvinner og menn* vedrørende effekten av behandlingen ved TEDD. Mens kvinnelige pasienter hadde størst utbytte av den frivillige behandlingen sammenlignet med "frivillige menn", hadde *tvangsinnlagte menn større bedring* på våre effektvariabler sammenlignet med tvangsinnlagte kvinner. En mulig forklaring for dette overraskende funnet kan være at en "positiv" tvangseffekt for menn er at de i større grad enn frivillig innlagte menn var i en krise ved innleggelse, noe som kunne medføre at de bedret seg mer. Dette ble ikke bekreftet da vi i analysene kontrollerte for skåring ved innleggelse. Menn som ble tvangsinnlagt var for eksempel mindre deprimerte enn de som var frivillig innlagt. En mulig forklaring kan derfor være at de pasientene som var innlagt på tvang har, pga mindre muligheter for utgang og permisjoner - ikke ruset seg like mye under selve TEDD-oppholdet som de som er frivillig innlagt. Derved kan de ha hatt større utbytte av selve behandlingen.

Diagnose målt som forskjellen mellom "schizofreni" og "annen hoveddiagnose" viste seg og ikke å ha signifikant betydning for resultatet av oppholdet på TEDD målt i forhold til våre tre effekt-variabler.

Frafall - noen refleksjoner

Det generelt høye antall missing i SPSS-databasen kan bare delvis forklares med at enkelte skjema ikke var i bruk ved oppstartingen av TEDD (BDI/BAI,GAF). Hovedårsaken til dette ligger sannsynligvis i at systemet og strukturen ved TEDD som institusjon - som skulle sikre både innføring i, utfylling og innsamlingen av de aktuelle spørreskjema ved inntak og ved utskriving ikke ble fulgt opp i tilstrekkelig grad av de ansatte slik vedtatt prosedyre forutsatte (se vedlegg 1).

Videre kan det ikke forklare det høye frafallet mellom T1 og T2. For å få en nærmere kunnskap om hvilke karakteristika som kjennetegnet de pasientene som unnlot å fylle ut de aktuelle spørreskjema på T2 gjorde vi en frafallsanalyse. Denne viste at pasienter *uten diagnose* hørte til frafallsgruppen ved T2 i SOS33. 12 pasienter (17 %) som var uten utfylt hoveddiagnose var en del av frafallsgruppen. Analysene viste videre at frafallet ikke var knyttet til spesielle diagnoser. Der hvor pasientene var oppført og kodet med en hoveddiagnose var både skjemaene på T1 og

T2 utfylt. Vi har ikke kunnet identifisere noen klar årsak til dette frafallet bortsett fra manglende oppfølging fra de ansatte.

Konklusjon

De kvalitative intervjuene ga et inntrykk av en sårbar gruppe mennesker som var i en utsatt posisjon, med langvarige psykiske plager og rusmisbruk, mangel på egen bolig, arbeid, økonomi og sosialt nettverk. Pasientene ga en umiddelbar formidling om et positivt møte med TEDD. Stedet ble opplevd positivt annerledes enn andre steder de hadde vært innlagt. Personalets likeverdige og respektfulle holdninger, omsorg og involvering av pasientene i den kognitive miljøterapeutiske behandlingen, synes å være viktige elementer i pasientenes bedringsprosess. Betydningen av subjektive erfaringer og et prosessorientert fokus kan med dette supplere de kvantitative dataene som underbygger bedring.

69 pasienter av i alt 128 *førstegangs innlagte pasienter* var registrert i et SPSS-register i perioden *august 2007* - da TEDD ble åpnet som behandlende institusjon - til *30. april 2011*. I denne perioden ble 98 pasienter innlagt. Data fra 29 pasienter ble altså, av ukjente grunner, ikke registrert i SPSS-filen.

Registrering av innlagte pasienter i *perioden 1.mai 2011 til nedleggelsen av TEDD 1. mars 2012* i SPSS-registeret ble ikke foretatt grunnet mangel på ansatte med faglig kompetanse til å gjennomføre registreringen i denne perioden.

Analysen vedrørende *karakteristika* av de registrerte 69 pasientene viser at 17 pasienter (5 kvinner og 12 menn) er *reinnlagt (25 %)*, 1. gangs innlagte pasienter har hatt en *gjennomsnittlig liggetid* på 12,2 uker – reinnlagte pasienter har en gjennomsnittlig liggetid på 8 uker. Mens 45 pasienter (65 %) har vært *frivillig innlagt* har 14 (20 %) vært innlagt på *tvangsparagraf § 3-2*. Av de 69 pasientene har det vært 40 *menn (58 %)* og 29 *kvinner (42 %)*, med en gjennomsnittlig *alder* på 35 år. 23 pasienter (33 %) har hatt *paranoid schizofreni (F20.0)* som psykiatrisk diagnose, og 4 (6 %) *avhengighetssyndrom* som skyldes flere stoffer (F19.2). 23 % mangler psykiatrisk diagnose. Både de mannlige og kvinnelige pasientene har høye skårer på *alkohol- og rusmisbruk* ved innleggelse, især gjelder dette rusmisbruk av narkotiske stoffer hvor de gjennomsnittlig ligger fire ganger høyere enn nedre foreslåtte grenseverdi for behov for behandling.

Våre analyser vedrørende *endring/bedring* som følge av behandlingsoppholdet ved TEDD viser en *signifikant veldig god bedring* ved analyse av grad av *depresjon, angst og psychological distress*. Resultatene viser nesten en halvering av skåren på disse tre effektmålene, selv når vi har kontrollert for utgangsnivået ved innleggelse (T1), alder, kjønn, tvang/frivillig innleggelse og diagnose. Våre resultater supplerer dermed funnene i studien til Lykke og medarbeidere (2010). Ved å analysere undergrupper – kohorter - stratifisert ut fra kjønn, finner vi at mens kvinner har størst utbytte av den frivillige behandlingen sammenlignet med frivillige menn, hadde tvangsinnlagte menn større bedring sammenlignet med tvangsinnlagte kvinner.

Kapittel 6 En lærende organisasjon

I dette kapitlet har vi lagt et læringsperspektiv på TEDD. Følgeevalueringen har hatt som mål på en systematisk måte å studere og initiere endring i organisasjonen. Derfor er et eksplisitt læringsperspektiv relevant. I kapitlet gir vi eksempler på hvordan TEDD kan sies å ha fungert som lærende organisasjon.

Organisasjonslæring og lærende organisasjoner

I titler på publikasjoner som handler om læring i organisasjoner, kan vi finne både «organisasjonslæring» (Filstad, 2010) og «lærende organisasjoner» (Vikøren, 2012) som uttrykk. Ikke all litteraturen er klar på hva forskjellen er, men et forsøk på en grenseoppgang mellom dem kan være som følger:

Organisasjonslæring innebærer at en organisasjon som en helhet skal utvikle seg og lære. Læring i en organisasjon kan vi fremstille som «en endringsprosess som omfatter både tanke og handling, individ og gruppe, og som er innbakt i og påvirket av institusjoner i organisasjonen» (Delanty, 2012: 224). Læring kan bare skje ved at medlemmene av organisasjonen lærer, men det er ikke tilstrekkelig. For at organisasjonen som helhet skal lære (organisasjonslæring), er det en forutsetning at det et medlem lærer, fører til endringer i organisasjonen slik at det medlemmet lærer, får fast form i organisasjonen på en slik måte at læringen blir retningsgivende for den sosiale organisasjonen fremover, at *læringskulturen* endres. Slik sett kan medlemmer av en organisasjon lære uten at organisasjonen gjør det.

En *lærende organisasjon* – en normativ kategori – kan da være en organisasjon som legger godt til rette for organisasjonslæring. Det har også vært gjort framlegg om å skille mellom begrepene ved at læringsperspektivet i lærende organisasjoner er knyttet til hva som skaper endringsvillige organisasjoner. Læring blir således primært et middel for endring og tilpassing til omgivelser i endring. Organisasjonslæring viser til den læringen som foregår i den daglige praksisen i organisasjonen, slik at læring mer er et mål i seg selv enn et middel (Filstad, 2010: 22-23).

Følgforskningen som vi har gjennomført, har hatt et mål om at den skal påvirke organisasjonen, dvs. at organisasjonen skal være en lærende organisasjon. Det har vært et mål både for oss i datainnsamlingen og for organisasjonen som har gitt oppdraget.

Et perspektiv på lærende organisasjoner kan vi hente fra David Garvin (Garvin, 1993). Han er opptatt av det vi kunne kalle «læring for praksis», dvs. at det en organisasjon lærer, oversettes til praksis, til adferd. Med Garvin som utgangspunkt kan vi identifisere følgende kjennetegn ved lærende organisasjoner:

En lærende organisasjon er en organisasjon som er dyktig til å skape, skaffe seg og overføre kunnskap, og til å motivere til å modifisere atferd på en måte som reflekterer ny kunnskap og ny innsikt» (Garvin, 1993: 80).

Dette kjennetegnet representerer også et normativt aspekt, hvor graden av «lærende organisasjon» er nært knyttet til hvor «dyktig» organisasjonen er på de dimensjonene Garvin

spesifiserer. Men sammenfattet er det altså et kjennetegn ved lærende organisasjoner at mulighetene til å lære er gode for de ansatte, at de benytter disse mulighetene godt, og at de har gode muligheter til å bruke det de lærer (Filstad, 2010: 46-48; Wadel, 2008: 33).

TEDD som lærende organisasjon

En forutsetning for læring er refleksjon. En av de intervjuede uttrykte behovet slik:

Jeg ser at det er masse engasjement. Det er mye faglighet, selv om jeg savner refleksjonene, men det handler mer om en bevisst læring.

Læring i organisasjoner [handler om at] vi må gripe de situasjoner som er og reflektere og lære av hverandre. Unge har også noe å bidra med og eldre [kan lære] av de unge. Da tror jeg faglig sett at vi kan vokse litt og vokse sammen.

I denne sammenheng har vi valgt å illustrere hvordan læring skjedde på TEDD. Dette gjør vi ved å trekke fram *tre tema* som er aktuelle for TEDD som behandlingsorganisasjon og sted for utøving av profesjonell praksis.

1. *Kognitiv miljøterapi i teori og (som) praksis.* Det ideologiske og metodiske grunnlaget for behandlingen var kognitiv miljøterapi. Dette innebærer at ledelsen hadde klare forventninger til hva slags praksiskompetanse ansatte hadde ved ansettelse og som de i sitt videre arbeid på TEDD, skulle videreutvikle ved teoretisk og praktisk skolering.
2. *Tverrfaglighet* som tema Pga. vårt forskningsdesign med to intervjurunder har vi hatt mulighet til både å identifisere «potensial for endring» og i hvilken grad endringer finner sted. I første intervjurunde var det særlig misnøye fra miljøpersonalet vedrørende mangelen på tverrfaglig samarbeid innad på enheten som ble uttrykt.
3. *Forholdet til bydelene og andre behandlingsinstitusjoner.* Et spesielt aspekt ved den vurderingen som staben gav uttrykk for i første intervjurunden, gjaldt forholdet til bydelene og andre behandlingsinstitusjoner. Det ble uttrykt noe misnøye i organisasjonen av aktuelle kategorier «frontpersonale» som gjaldt relasjonene til samarbeidspartnerne som representerte neste elementet i behandlingsskjeden for pasientene. Informasjon fra den andre intervjurunden viste en positiv endring av samarbeidet mellom TEDD og samarbeidende institusjoner, noe som TEDD hadde aktivt bidratt til. Dette gjaldt særlig samarbeidet mellom TEDD og bydelene hvor pasientene bodde.

I markedsteori er frontpersonale «den delen av personalet i en bedrift som har den personlige kontakten med potensielle og faktiske kunder i bedriftsmarkeder så vel som i forbrukermarkeder» (Vikøren, 2012). I en organisasjon som TEDD er det to hovedtyper frontpersonale:

- a. mot eksterne, organisatoriske omgivelser (aktuelle bydelstjenester, *sekundærbrukerne*) – for eksempel behandlerne/lederne
- b. mot pasientene (*primærbrukerne*) – alle

I denne sammenhengen, når det gjelder forholdet til omgivelsene, er det altså særlig de som har ansvaret for å ha kontakt med bydelene, som er det aktuelle frontpersonalet.

Tema 1 Kognitiv miljøterapi i teori og (som) praksis

I rapport 1 (Sverdrup m. fl., 2011) kommer det frem at mange av miljøpersonalet ikke kjente seg helt trygge på at de mestret kognitiv miljøterapi, at de ikke hadde god nok kompetanse på det. Dels ble det opplevd som å henge sammen med hvor mye utdanning og erfaring de hadde innenfor kognitiv terapi, dels med hvor lenge de hadde arbeidet på TEDD og dels med deres personlige interesse. Med utgangspunkt i vår forståelse av lærende organisasjoner, hvor man legger stor vekt på det å kunne oversette teori eller kunnskap i praksis, kan vi si at det fantes en læringskultur på TEDD som ga seg ulike organisatoriske utslag. I denne sammenhengen vil vi nevne at de ansatte hadde tilbud om et systematisk og godkjent etterutdanningstilbud. Dette ble supplert med interne undervisningsdager og ukentlig, systematisk veiledning i kognitiv terapi. En rimelig tolkning av det som skjedde der, var at det var en «praksis» som omfattet element knyttet til begge hovedperspektivene innen organisasjonslæring. Dette tilbudet ble jo holdt ved like også etter at hovedveilederen sluttet. En av miljøterapeutene vurderte tilbudet slik:

Jeg har fått kognitiv utdanning. Veiledningen, den er gull verdt. Den har vært en utrolig god støtte i disse årene. Det har vært det bærende.

På den andre siden ble det sagt av noen av de som ble intervjuet at turnusordningen hindret dem i å delta i undervisning og veiledning, om de ikke skulle bruke fritiden til å møte. Dette motvirket det læringsfremmende ved den sosiale organisasjonen (for dem det gjelder).

Tema 2 Å jobbe tverrfaglig

TEDD var basert på et tverrfaglig samarbeid. Da vi hadde gjennomført den første intervjurunden, fant vi en tendens i materialet som gjaldt det tverrfaglige. Vi registrerte at mange ikke var klar over hvilken rolle de hadde eller skulle ha innad i organisasjonen. Dette kunne bidra til en følelse av utrygghet da de ikke var seg bevisst begrensningen i deres oppgaver.

Da vi intervjuet de ansatte andre gangen, hadde det skjedd endringer. Det tverrfaglige samarbeidet syntes ikke lenger å fremstå som et problem. Da temaet tverrfaglighet ble tydelig i vår første intervjurunde, førte dette til at temaet ble satt på den faglige dagsorden, initiert av ledelsen. Ledergruppen nedsatte en gruppe, sammensatt av deltakere med ulike fagbakgrunn, for å arbeide videre med spørsmålet om hva tverrfaglig arbeid skulle bety.

Svarene i andre intervjurunden viste at det hadde skjedd en klargjøring av rollene til de enkelte yrkesgruppene i perioden mellom første og andre intervjurunde. Denne klargjøringen hadde sannsynligvis bidratt til at personalet hadde utviklet en større grad av trygghet i sitt arbeid. En hypotese kan være at dette bidro til at det ble lettere å gå ut over grensene for egen yrkesrolle. Noe av det som hadde skjedd, kan illustreres ved følgende sitat:

Vi har snakket en del om hva tverrfaglighet er, hva vi forventer. Det har blitt tydelig at det har vært forskjellige forventninger, og vi har måttet lande den. Noen har tenkt at tverrfaglighet er at alle gjør alt. Vi har landa på at alle gjør ikke alt. Vi må bruke kunnskapen hver enkelt sitter inne med på en mer fornuftig måte.

I det andre intervjuet ble det også nevnt at denne klargjøringen også hadde ført til at lederne av miniteamene hadde blitt mer bevisste på at behandlingsteamene burde være tverrfaglig sammensatt. Dette er et illustrerende eksempel på organisasjonslæring slik vi har definert dette ovenfor.

Tema 3 Forholdet til bydelene

Vi reiste også spørsmålet om denne rolleavklaringen fikk noen følger for samarbeidet med bydelene mellom første og andre intervjurunde? TEDD var et ledd i en behandlings- og tiltakskjede og bydelene var viktige deler av neste ledd i kjeden. «Nærheten til akuttavdeling, poliklinikk og tilbudene i bydelene skal danne grunnlag for samordnede og fleksible tiltak fra både første- og andrelinjetjenesten» (Sverdrup m. fl., 2011:6). Inntrykket etter første intervjurunden var at samarbeidet med bydelene varierte, men at det stort sett var «så som så». I prosjektet "Min bolig - mitt hjem" (Frantzen & Karagöz, 2011) ga prosjektmedarbeideren uttrykk for at overgangen til egen bolig ble dårlig håndtert av TEDD. Dette hadde sammenheng med at samhandlingen og samarbeidet med bydelene ikke fungerte tilfredsstillende.

La oss referere et spørsmål som ble stilt av en av de tilsatte i et av intervjuene i andre runden:

«Hvordan får vi til et godt samarbeid med et bydelsapparat som muligens er så overarbeidet at det vi kommer med, blir sett på som kritikk, uansett om det noen ganger er et tips om det vi kunne gjøre sammen?»

Det som her blir sagt, kan gi inntrykk av at det har skjedd en endring i forståelsen fra første intervjurunde i spørsmålet om hvilken situasjon bydelene og de som arbeider der, har. Dette kom ikke frem i den første intervjurunden. TEDD tok i mellomperioden selv initiativ til å lære mer om den andre parten i relasjonen – dvs. bydelenes ressurser og begrensninger. TEDD inviterte til fellesseminar med ansatte i bydelene og ansatte på TEDD hvor man med utgangspunkt i samhandling, utvekslet kunnskap om hverandres arbeidsmetoder og rammer for arbeidet med denne pasient-/klientgruppa. Sosionomer (miljøterapeuter) ble også sendt ut i bydelene som hospitanter for å lære hvordan bydelene fungerte og hvordan de arbeidet som system, for å bedre samhandlingen mellom bydelene og TEDD dem. I prosjektrapporten sies slik:

I løpet av prosjektperioden har to miljøterapeuter på TEDD hospitert en uke ved sosialtjenesten i henholdsvis Frogner og Vestre Aker. De rapporterte om stort læringsutbytte og godt planlagte opplegg hvor de fikk innblikk i store deler av sosialtjenestens arbeidsfelt. Dette har utvilsomt bidratt til lettere samhandling mellom TEDD og bydelene omkring den enkelte pasient (Frantzen & Karagöz, 2011:23).

Dette er eksempler på at TEDD har vært en organisasjon åpen for endring og læring ved å søke ny kunnskap for å omsette denne kunnskapen til praksis.

Konklusjon

Vi har valgt å trekke frem noen illustrerende eksempler på at TEDD utviklet seg til å bli en "lærende organisasjon" – ut fra et positivt helhetlig inntrykk av organisasjonen.

Legger vi Garvins kriterier for en lærende organisasjon til grunn, kan vi spørre om TEDD på alle områder var «dyktig til å skape, skaffe seg og overføre kunnskap» (jf. Garvin 1993: 80). En

behandlingsorganisasjon som TEDD måles ikke minst på resultatene, målt med kvantitative mål. Én forutsetning for at TEDD skal være en lærende organisasjon, er at den skaffer til veie en slik informasjon i form av «objektive data» om hvilke endringer som skjer med pasientene under oppholdet. For å forstå eventuelle endringer kreves det både data som kan måle eventuelle endringer, dvs. data for situasjonen ved inntak og ved utskrivning, og data om prosessen som pasientene har gått gjennom under behandlingsoppholdet.

Den første typen data var grunnlaget for kapittel 5. Selv om analysen av de innsamlede data viser en betydelig bedring på de valgte effektmålene, var registreringen i seg selv mangelfull. Dette reduserte muligheten for å anvende denne som en systematisk kilde til kunnskap og eventuell endring i organisasjonen. Av de områdene ved TEDDs virksomhet som følgeforskningen dekket, var dette et område der det var et klart «forbedringspotensial» med tanke på TEDD som en lærende organisasjon. Det kan være flere grunner til det. I den grad følgeforskningen har vært viktig som premissgiver og kunnskapsformidler i endringsprosessene som læringsprosesser, vil vi peke på at svakhetene ved innsamlingen av endringsrelaterte data og bruken av dem, ikke var tema i den første forskningsrapporten.

Ved å følge organisasjonen over tid var forskerteamet både i stand til å avdekke svakheter ved organisasjonen, påpeke dem og studere i hvilken grad den var «endringsvillig». Dette forstått som en villighet til å tematisere svakhetene og sette i verk tiltak for å endre organisasjonen for å bøte på eller fjerne svakhetene. Forskereteamet representerte på denne måten en mulighet for organisasjonen til å skape og å skaffe seg kunnskap. Overføringen skjedde dels via den første rapporten, dels ved at resultatene ble presentert for staben. Det som er beskrevet i dette kapitlet, er eksempler på hvordan organisasjonen viste endringsvilje og handlet som en lærende organisasjon.

Læringsperspektivet på TEDD som organisasjon ble i forskerteamet først systematisk anvendt i «etterhånd», dvs. etter at data var samlet inn. Hadde perspektivet vært inkludert i evalueringen fra starten av, kunne det gitt utgangspunkt for en bedre vurdering av TEDD som lærende organisasjon og en mer systematisk tilrettelegging av evalueringsarbeidet og den første rapporten med dette for øyet.

TEDD hadde fordelen av å være et nytt tiltak, en ny organisasjon, som ikke var bastet og bundet av eksisterende strukturer og tenkemåter. Det ga organisasjonen muligheten til å prøve noe nytt, på egne premisser, og på den måten skape entusiasme og pågangsmot hos staben. TEDD representerte en behandlingsmessig innovasjon og staben var behandlingsmessige gründere. Entusiasmen, pågangsmotet og læringsviljen, likevel med utgangspunkt i en klar, bestemt behandlingsideologi, kan være noe som kjennetegner slike pionertiltak. Siden tiltaket ble lagt ned etter relativt kort tid, fikk det ikke muligheten til å vise om den ville være i stand til å opprettholde læringsviljen, dvs. uten å stivne.

Kapittel 7 Konklusjon

Den overordnede problemstillingen for denne følgeforskningen har vært hvilke kritiske faktorer som kan beskrives i Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD), hvilke forbedringspotensialer på hvilke områder man kan peke på og hva som skal til for å oppnå ønsket suksess. Rapporten beskriver derfor hvordan enheten fungerte, samt hvilke resultater man oppnådde i forhold til brukerne, pårørende og til ansatte som var tilknyttet og hadde sin arbeidsplass der.

Rapporten trekker opp hovedlinjene bak oppstart, drift og utvikling av TEDD, og viser hvordan man arbeidet med og la til rette for, å implementere integrert behandling med spesiell vekt på kognitiv miljøterapi og fysisk aktivitet i en enhet som skulle være et tilbud for de tyngste brukerne med dobbeltdiagnose. TEDD representerte noe nytt i tilbudet til pasienter med både alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddellidelse. Det var en sengepost lagt til et distriktspsykiatrisk senter, beregnet for pasienter med den største problembelastningen. Nærheten til akuttavdeling, poliklinikk og tilbudene i bydelene skulle danne grunnlag for samordnede og fleksible tiltak fra både første- og andrelinjetjenesten. Målet var å gi pasientene en vesentlig bedret behandling innen psykisk helsevern med integrert behandling av både den psykiske lidelsen og ruslidelsen i et tett samarbeid over forvaltningsnivåer og tjenester.

Funnene indikerer at både pasienter og ansatte opplevde at TEDD hadde klart å skape et læringsklima med en engasjert faglig ledelse og et likeverdig samarbeid mellom pasientene og de ansatte, og mellom ulike profesjoner. Pasientene opplevde å bli møtt med respekt, en god atmosfære, et proaktivt personale og individuell fleksibel behandling. Dette bidro til å motivere pasientene til behandling og til at de opplevde å ha utbytte av behandlingen. Pasientene erfarte den integrerte behandlingen som verdifull. Vektleggingen av en kognitiv behandlingsplan bidro til at de opplevde seg involvert i egen behandling. Den kognitive modellen ga dem hjelp til selvhjelp i situasjoner i hverdagen, selv om ikke alle pasientene kunne nyttiggjøre seg det på samme måte. De ansatte erfarte at det var verdifullt og nyttig å arbeide etter en felles behandlingsmodell. Det ga et brukbart verktøy i det tverrfaglige samarbeidet. Miljøterapeutene opplevde at kognitiv terapi ga dem muligheter til økt selvstendighet i pasientarbeidet.

Fysisk aktivitet ble erfart som nyttig og verdifullt av alle ansatte og pasienter. Pasientenes egenerfaringer med å bruke kroppen, deltagelse i et meningsfylt sosialt fellesskap og opplevelse av mestring, ga også gode muligheter for relasjonsbygging og tillitsfull samhandling. Personalet erfarte aktivitetene som gode samhandlingsarenaer også når ord ikke nådde fram.

De pårørende ga uttrykk for at det var positivt at det var kommet et helsetilbud hvor både ruslidelsen og den psykiske lidelsen ble fokusert samtidig. Dette var nytt for dem. Flesteparten av de pårørende hadde vært relativt lite involvert i behandlingen, og de visste derfor lite om innholdet i behandlingstilbudet. De ga uttrykk for svært mange og til dels dårlige erfaringer med tidligere behandlingsapparat. Videre ga de uttrykk for en strevsom og belastende hverdag med mye uforutsigbarhet, samt små forventninger til behandlingssystemet. Det er særlig to forhold de pårørende pekte på: Det første var mangelen på informasjon, både generell informasjon om behandlingsopplegget og informasjon om behandlingen av deres nære. Det andre var manglende involvering i behandlingen. Ønsket om å bli mer involvert i behandlingen handlet blant annet om å få anledning til å gi tilbakemelding til behandlerne om hva de mente deres

nære trengte. En bedre dialog med pårørende kan derfor være et viktig tilskudd. Ingen ga uttrykk for at de trengte hjelp for sin egen del, men de ønsket å få mer kunnskap og råd for bedre dialog og hjelp i hverdagen til sine nære. I den forbindelse ble taushetsplikten problematisert. Enkelte opplevde at den kunne være til hinder for god informasjon.

De kvalitative intervjuene viste at pasientene er en spesielt sårbar gruppe mennesker i en utsatt posisjon, med langvarige psykiske plager og rusmisbruk, mangel på egen bolig, mangel på arbeid, dårlig økonomi og lite sosialt nettverk. Pasientene ga en umiddelbar formidling om et positivt møte med TEDD. Stedet ble opplevd positivt annerledes enn andre steder de hadde hatt erfaring med. Personalets likeverdige og respektfulle holdninger, omsorg og involvering av pasientene i den kognitive miljøterapeutiske behandlingen, synes å være viktige elementer i pasientenes bedringsprosess.

Våre analyser vedrørende *endring/bedring* som følge av behandlingsoppholdet ved TEDD viser en *signifikant veldig god bedring* ved analyse av grad av *depresjon, angst og «psychological distress»*. Resultatene viser nesten en halvering av skåren på disse tre effektmålene, selv når vi har kontrollert for utgangsnivået ved innleggelse (T1), alder, kjønn, tvang/frivillig innleggelse og diagnose. Ved å analysere undergrupper stratifisert ut fra kjønn, finner vi at mens kvinner har størst utbytte av den frivillige behandlingen sammenlignet med frivillige menn, hadde tvangsinnlagte menn større bedring sammenlignet med tvangsinnlagte kvinner.

Den samlede empiriske konklusjon er at kombinasjonen av kvalitative og kvantitative data har vært nødvendig for å få fram helheten i hva man har oppnådd på TEDD. Betydningen av subjektive erfaringer og et prosessorientert fokus supplerer de kvantitative dataene. Samlet viser datasettene til bedring hos pasientgruppen.

Ved å følge organisasjonen over tid var forskerteamet både i stand til å avdekke svakheter ved organisasjonen, påpeke dem og studere i hvilken grad organisasjonen var «endringsvillig», i betydningen villig til å tematisere svakhetene og sette i verk tiltak for å endre organisasjonen for å bøte på eller fjerne svakhetene. Forskerteamet representerte en mulighet for organisasjonen til å skape og å skaffe seg kunnskap. Overføringen skjedde dels via den første rapporten, dels ved at resultatene ble presentert for staben.

TEDD hadde fordelen av å være et nytt tiltak, en ny organisasjon, som ikke var bundet av eksisterende strukturer og tenkemåter. Det ga organisasjonen muligheten til å prøve noe nytt, på egne premisser, og på den måten skape entusiasme og pågangsmot hos staben. TEDD representerte en behandlingsmessig innovasjon og staben var behandlingsmessige gründere. Entusiasmen, pågangsmotet og læringsviljen, likevel med utgangspunkt i en klar, bestemt behandlingsideologi, kan være noe som kjennetegner slike pionertiltak. Staben viste stor evne til læring og endringsvilje der dette var nødvendig. Rapporten viser både hvordan samarbeid og utvikling internt i organisasjonen og aktiv bruk av forskningen bidro til læring, og til å utvikle den organisasjonen TEDD etter hvert framsto som. Siden tiltaket ble lagt ned etter så kort tid, fikk det ikke muligheten til å vise om den ville være i stand til å opprettholde læringsviljen, dvs. uten å stivne.

Hovedkonklusjonen er at forventninger og mål var på god veg til å bli oppfylt og at TEDD er en innovativ modell til etterfølgelse i behandling av den aktuelle pasientgruppen.

Referanser

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-21.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Berge, T. og Repål, P. (2010). *Den indre samtalen*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 3. utg.
- de la Bellacasa, M. P. (2012). 'Nothing comes without its world': thinking with care. *The Sociological Review*, 60(2), 197-216.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(5), 452-459.
- Borg, M., & Davidson, L. (2008). Recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17(2), 129-141.
- Borge, L., & Hummelvoll, J. K. (2008). Patients' experience of learning and gaining personal knowledge during a stay at a mental hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 365-373.
- Chadwick, P. (2009). *Personbasert kognitiv terapi ved psykoser*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Deegan, P. E. (2005). The importance of personal medicine: a qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(66), 29-35.
- Delanty, G. (2012). A cosmopolitan approach to the explanation of social change: social mechanisms, processes, modernity. *The Sociological Review*, 60(2), 333-354.
- Dewey, J. (1938). *Experience and education* (The Kappa Delta Pi lecture series Vol.). New York: Macmillan.
- Duncan, B., Sparks, J., Fjeldstad, T., & Tuseth, A.-G. (2008). *I fellesskap for endring: en håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Filstad, C. (2010). *Organisasjonslæring: fra kunnskap til kompetanse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fredheim, K.N. (2009). Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 161 - 167.
- Garvin, D. A. (1993). Building a learning organization. *Harvard Business Review*, 71(4), 78-91.
- Gråwe, R. W. & Hagen, R. (2008). Kombinert rusmiddelavhengighet og alvorlige psykoselidelser. I T. Berge & A. Repål (red.) *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Illeris, K. (2006). *Læring* (2. rev. udg. ed.). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

- 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* 7(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.
- Larsen, G. & Berge, T. (2011). Døgnbehandling ved dobbeltdiagnose. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131 (7), 666 - 667.
- Lykke J., Oestrich I. & Austin S.F. (2010). The implementation and evaluation of cognitive milieu therapy for dual disorders inpatients: A pragmatic clinical trial. *Journal of Dual Diagnosis*, 6, 58 - 72.
- 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 likeverdige samarbejde. København: Psykologisk Forlag, 2. utg.
- Parry, K. W. (2011). Leadership and organization theory. I: A. Bryman, D. Collinson, K. Grint, B. Jackson & M. Uhl-Bien (red.), *The SAGE Handbook of leadership* (s. 60-70). Los Angeles: SAGE.
- 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). *Evaluering: faser, design og gjennomføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sverdrup, S. (2009). *Utviklingstrekk ved evalueringsfaget i Norge og internasjonalt*. Oslo: Stiftelse av Norsk Evalueringsforening (NEF).
- Sverdrup, S., Borge, L., Angell, H. & Fyrand, L. (2011). *Evaluering av Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD). Resultater fra første fase i en følgeforskning*. Rapport 2011/5. Diakonhjemmet Høgskole, Oslo.
- Swanwick, T. (2005). Informal learning in postgraduate medical education: from cognitivism to 'culturism'. *Medical Education*, 39, 859-865.
- Vikøren, B. M. (2012). Artikkel: "Frontpersonale". *Store norske leksikon*, Hentet 7. februar 2012 fra <http://snl.no/frontpersonale>.
- Wadel, C. (2008). *En lærende organisasjon: et mellommenneskelig perspektiv*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Vygotskij, L. S. (1978). *Mind in society: the development of higher psychological processes*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Wright, J. H., Thase, M. E., Ludgate, J. W., & Beck, A. T. (1993). The cognitive milieu therapy with inpatients: structure and process. . In J. H. Wright (Ed.), *Cognitive therapy with inpatients : developing a cognitive milieu* (pp. 61-87). New York: Guilford.

Vedlegg

Vedlegg 1 Anvendte spørreskjema og prosedyre for utfylling

Ved inntak ved TEDD skulle følgende spørreskjema fylles ut;

BDI (Beck Depression Inventory)/BAI (Beck anxiety Inventory), SOS33 (Stavropol – Oslo Psykisk symptombelastning), AUDIT(Alchol Use Disorder Identification Test)(DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test) +PKKS (Pasient-klient kartleggingskjema) og GAF (Psykisk symptombelastning og sosial og yrkesmessig fungering)som skulle fylles ut av personalet - eventuelt i samarbeid med pasienten),(Nettverkskart).

Ved utskriving fra TEDD skulle *BDI/BAI og SOS33* fylles ut av pasienten og *GAF og PKKS* av personalet (eventuelt i samarbeid med pasienten).

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

Prosedyren vedrørende selvutfyllingsskjema innebar at det var primærkontakt/miljøterapeut som både var ansvarlig for informasjon og veiledning om utfylling av skjemaene til pasientene, og for at de ble levert ferdig utfylt tilbake. Disse ble deretter levert til ansvarlig behandler og videre til ansvarlig leder for avdelingen. Avdelingsoverlegen hadde det endelige ansvaret for at aktuelle skjema ble lever til ansvarlige for registrering og koding av dataene.

Pasientenes sykdom og aktuelle form ved innskrivingstidspunktet ved TEDD er svært dårlig for de aller fleste. Det er derfor rimelig å tro at det tok noe tid før innskrevne pasienter var i stand til å fylle ut de aktuelle spørreskjema. Utfylling og innlevering av skjemaene til miljøterapeut og derfra til ansvarlig behandler varierte sannsynligvis med hensyn til tidspunkt for tilbakelevering fra pasientene.



Rapporten trekker opp hovedlinjene bak oppstart, drift og utvikling av Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD), og viser hvordan man arbeidet med og la til rette for å implementere integrert behandling med spesiell vekt på kognitiv miljøterapi og fysisk aktivitet i en enhet som skulle være et tilbud for de tyngste brukerne med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse.

Den overordnede problemstillingen for følgeforskningen har vært hvilke kritiske faktorer som kan beskrives i TEDD, og hvilke forbedringspotensialer på hvilke områder man kan peke på og hva skal til for å oppnå ønsket suksess. I rapporten beskrives derfor hvordan enheten fungerte, samt hvilke resultater man oppnådde i forhold til brukerne, pårørende og til ansatte som var tilknyttet og hadde sin arbeidsplass der.

Diakonhjemmet Høgskole har røtter tilbake til 1890, og er en virksomhet under stiftelsen Det Norske Diakonhjem. Høgskolen har 2500 studenter og 200 ansatte, fordelt på studiesteder i Oslo og Rogaland.

Høgskolens faglige fokus er diakoni, verdier og profesjonell praksis.

Formidlingen er en viktig del av samfunnsoppdraget til Diakonhjemmet Høgskole. Publikasjonene fra høgskolen skal bidra til dette ved å skape dialog med praksisfelt og samfunn. I tillegg skal formidlingen være med på å omsette FoU-resultater i praksis.