

**Høgskolen
i Innlandet**

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Anne-Katrine Kroken

Masteroppgave

Nå er det jeg som kommer først i livet mitt!

Opplevd recoverystøtte hos brukere i FACT

I am my first priority!

Service user's experiences on recovery support within FACT

Master i psykisk helsearbeid

4PM791

2022

Antall ord: 18.500

Forord

Skrivningen av denne masteroppgaven har vært en lang og lærerik prosess. Jeg har erfart at prosessen er langt mer tidkrevende enn jeg først antok og ved siden av fulltids arbeid kanskje for krevende. Et år på overtid sitter jeg endelig med en ferdig oppgave, glad og litt vemodig.

Jeg vil først og fremst takke alle de flotte informantene som raust delte sine erfaringer med meg. Uten de, ingen kunnskap. Så vil jeg takke de ansatte i FACT-teamet som fungerte som mellomledd i intervjuprosessen.

Takk til en tålmodig veileder, Anne Landheim og faglig rådgiver Silje Nord-Baade som lot meg få tilgang til informanter gjennom den nasjonale forskningen på FACT.

En stor takk også til Tine Ledang som bisto med gode innspill til intervjuguiden og til min arbeidsgiver Sykehuset Innlandet som har gitt meg fri litt hist og er.

Næroset 02.05.2022

Anne-Katrine Kroken

NORSK SAMMENDRAG

Bakgrunn: Etablering av FACT som samhandlingsmodell har de siste årene vært norske helsemyndigheters tiltak for at tjenestene til personer med ROP-lidelser skal fremstå koordinerte og sammenhengende. De politiske føringen har i tillegg hatt et økende fokus på recovery orienterte tjenester. Et mål har vært økt livskvalitet og selvfølelse, gjennom å bistå og støtte brukerne egne ressurser i meningsfylt aktivitet, jobb, sosialt nettverk, økonomi og bolig.

Hensikt: Denne masteroppgaven utforsker hvordan personlig recovery støttes i FACT. Hensikten er å få fram brukerens opplevelse og samtidig se om det er elementer i FACT modellen som særlig bidrar til dette.

Teoretisk forankring: Teori tilknyttet personlig recovery som sosial og personlig prosess. Leamy et.al. CHIME som fem områder som beskriver den personlige recovery prosessen. Modellbeskrivelsen av FACT samt annen forskning på recovery og tjenestetilbud til personer med samtidig rus og psykisk lidelse.

Metode: Kvalitativ metode med dybdeintervjuer av 6 FACT brukere. På grunn av koronarestriksjoner ble 5 intervjuer gjennomført på telefon og 1 på Teams. Resultatene ble analysert ved hjelp av Malterud`s metode for systematisk tekstkondensering (STC).

Resultat: Funn i fire hovedkategorier 1. Myndiggjøring 2. Tilgjengelig og samordnet hjelp 3. Bli møtt som en person med ressurser 4. Trygghet og håp

Konklusjon: Alle funnene sett i relasjon til CHIME kan ses som støtte i den personlige recovery prosessen. Samtidig samsvarer funnene med viktige prinsipper i FACT modellen. Recovery fokuserte tjenester og bedre samhandling mellom tjenestenivåene er satsningsområder hos norske helsemyndigheter. Funnene i denne masterstudien viser at FACT som modell kan være et viktig bidrag til disse områdene.

Nøkkelord: Recovery, FACT, ROP, CHIME, psykisk helsearbeid, psykiske helsetjenster

ENGLISH SUMMERY

Background: Norwegian health authorities has stimulated the establishment of FACT-teams the last few years. The purpose is well-integrated mental health services to .persons with severe and complex mental health care needs. Political guidelines has also pointed out the need for recovery focus in the mental health care service system.

Purpose: The aim of this study is to explore the service user's experience of recovery support within FACT and related to the findings describe which elements in the FACT model that especially contributes.

Theoretical background: CHIME as a conceptual framework for personal recovery by Leamy et.al. The FACT model and other research on recovery and mental health services.

Method: A quality study with in-depth interviews with 6 FACT service users. Due to corona restrictions 5 interviews were conducted by phone and 1 by Teams.

Results: Finding in five main categories: 1. Empowerment 2. Access to team members and well-coordinated services 3. To be viewed as a resourceful person 4. Feeling safe and having hopes and aspirations

Conclusion: In relation to CHIME all findings can be viewed supporting the personal recovery process. There is also a match between finding and important principles in the FACT model. Related to the findings in this master thesis, FACT as a service model can contributed to Norwegian health authorities focus area recovery and well-integrated mental health services.

Keywords: Recovery, FACT, ROP, CHIME, mental health service

LISTE OVER FORKORTELSER

ACT:	Assertive Community Treatment
FACT:	Flexible Assertive Community Treatment
ROP:	Rus- Og Psykisk lidelse
NKROP:	Nasjonal Kompetansetjeneste for samtidig Rusmisbruk Og Psykisk lidelse
WHO:	World Health Organization
CHIME:	Connectedness Hope Identity Meaning Empowerment
DPS:	DistriktsPsykiatrisk Senter
LAR:	LegemiddelAssistert Rehabilitering
NAV:	Arbeids- og velferdsforvaltningen
CM:	Case Manager (coordinator eller primærkontakt)
IPS:	Individual Placement and Support (individuell jobbstøtte)

LISTE OVER FIGURER OG TABELLER

Fig.1	Timeglasset i FACT Håndboken
Fig.2	7 prinsipper i FACT modellen
Fig.3	Den hermeneutiske spiral
Fig.4	Den hermeneutiske sirkel
Tabell 1	Eksempel på kondensat og «gullsitat»

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	s. 9
1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING	s. 9
1.2 FORFORSTÅELSE	s. 10
1.3 BAKGRUNNSKUNNSKAP OG RELEVANS	s. 11
1.3.1 Relevans for psykisk helsearbeid	s. 11
1.3.2 Politiske føringer	s. 12
1.3.3 Etablering av FACT i Norge	s. 13
1.4 AVKLARINGER OG AVGRENSINGER	s. 14
1.4.1 Psykisk Helse	s. 14
1.4.2 ROP lidelser	s. 15
1.4.3 Pasient, bruker, person, informant	s. 15
1.4.4 Avgrensing	s. 15
1.5 DISPOSISJON	s. 16
2. TEORI	s. 17
2.1 RECOVERY	s. 17
2.1.1 Recovery og psykisk helsearbeid	s. 17
2.1.2 Personlig recovery	s. 19
2.1.3 CHIME	s. 19
2.2 FACT MODELLEN	s. 21
2.2.1 ACT	s. 21
2.2.2 FACT	s. 21
2.3 TIDLIGERE FORSKNING	s. 24
3. METODEVALG	s. 26
3.1 VITENSKAPSTEORETISK GRUNNLAG	s. 26
3.1.1 Det fortolkende paradigme	s. 26

3.1.2 Fenomenologi	s. 27
3.1.3 Hermeneutikk	s. 27
3.2 VALGT DESIGN	s. 28
3.3 UTVALG OG REKRUTTERING	s. 29
3.4 INTERVJUGUIDE	s. 30
3.5 GJENNOMFØRING	s. 31
3.6 ANALYSE (STC)	s. 32
3.6.1 Helhetsinntrykk	s. 33
3.6.2 Meningsbærende enheter	s. 34
3.6.3 Kondensering	s. 34
3.6.4 Syntese	s. 35
3.7 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	s. 36
4. RESULTATER	s. 39
4.1 MYNDIGGJØRING	s. 39
4.2 TILGJENGELIG OG SAMORDNET HJELP	s. 40
4.3 BLI MØTT SOM EN PERSON MED RESSURSER	s. 42
4.4 TRYGGHET OG HÅP	s. 44
5. DISKUSJON	s. 46
5.1 DISKUSJON AV RESULTATER	s. 46
5.2 DISKUSJON AV METODE	s. 50
6. KONKLUSJON	s. 55
7. LITTERATURLISTE	s. 56
8. VEDLEGG	s. 60

1. INNLEDNING

Utviklingen innen psykisk helsearbeid har vært stor og de politiske føringene vært mange i løpet av de snart 30 årene jeg har jobbet som sykepleier. Til tross for gode intensjoner om sammenheng i tjenestene og økende brukermedvirkning, synes en del tradisjoner vanskelig å endre. Mye har blitt bedre, men personlig recovery fremstår i deler av tjenestene enda som et vagt begrep som de fleste er usikre på betydningen av. Tradisjonene om at vi som fagutdannet vet best hva som er god helsehjelp, er enda sterkt forankret og mye av hjelpen fremstår som oppstykket og lite koordinert. Mange steder forventes det at brukeren tilpasser seg tjenestetilbudet, i stedet for et tilbud som tilpasses den enkeltes behov.

Jeg har derfor med stor interesse fulgt den nasjonale og lokale satsningen på etableringen av FACT i Norge. FACT-teamene jobber etter en tydelig modellbeskrivelse og skal gi et bredt spekter av tjenester fra et og samme team. Tilnærmingen skal være oppsøkende og ha fokus på den enkelte brukers mål og ønsker og et tydelig recovery fokus.

I Norge etableres de fleste FACT-team som samhandlingsmodell for kommuner og spesialisthelsetjenesten med mål om å kunne gi et best mulig tilbud til de som er i behov av langvarige og koordinerte tjenester. Jeg var selv teamkoordinator i et av de nyetablerte FACT-teamene i Innlandet. Møte med FACT var også et møte med personlig recovery som begrep.

1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING

Formålet med denne studien har vært å undersøke hvordan brukerne selv opplever hjelpen de mottar fra FACT- teamet og om denne hjelpen er orientert mot ressurser, mestring og medvirkning som bidrag i den enkeltes personlige recovery prosess.

Recovery som unik og personlig prosess kan skje uten hjelp fra tjenester som gir psykisk helsehjelp, men det er også en prosess som de samme tjenestene kan legge til rette for og støtte. Det er hva brukerne av FACT selv opplever som betydningsfull støtte som er formålet med denne studien og deres opplevelser vil samtidig fortelle på hvilken måte FACT-teamet gir psykisk helsehjelp med fokus på personlig recovery.

Med denne masterstudien har jeg fått delta i NKROP (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse) sin evaluering av FACT-team i Norge. Studiens skal

derfor naturlig nok bidra med relevant kunnskap til evalueringen. Hvordan studien kan bidra til evalueringen er nærmere beskrevet i kapittel 1.4 om bakgrunnskunnskap og relevans.

Denne studien har altså som hensikt å finne ut om FACT kan fremme personlig recovery. Jeg har med bakgrunn i dette valgt følgende formulering av problemstilling:

Hva oppleves som støtte i den personlige recoveryprosessen hos brukere i FACT?

- *Er det elementer i FACT modellen som særlig bidrar til dette?*

1.2 FORFORSTÅELSE

Med forforståelse legges til grunn at ingen forskning er forutsetningsløs og at teoriuavhengige data er en umulighet. En viktig innsikt er å erkjenne at det fra fenomenologisk og hermeneutisk hold ikke er mulig å gjøre rede for sin forforståelse fullt og helt. Forforståelse kan være erfaringer, hypoteser, faglig perspektiver og den teoretiske referanserammen og kan forandres i møte med nye erfaringer, noe som muliggjør en gjensidig forståelse mellom mennesker (Malterud, 2017; Gilje & Grimen, 2013; Thornquist, 2018).

Forforståelse er ofte det som motiverer til å utforske et bestemt tema. Forforståelsen kan også, som Malterud (2017) skriver, komme i veien for det empiriske materiale.

Min forforståelse har fått meg til å velge tema for denne masteroppgaven. Jeg er utdannet psykiatrisk sykepleier og denne utdanningen gir meg et faglig perspektiv. Som jeg beskriver innledningsvis er ikke min nysgjerrighet for team FACT-team og personlig recovery tilfeldig. Den har utviklet seg gjennom samtaler med brukere, kolleger, ledere, pårørende, brukerorganisasjoner, gjennom observasjoner av andre og gjennom kurs, utdanning og alt jeg har lest og lært. Jeg har erfaring fra å jobbe i et FACT-team og å støtte brukere i deres personlige recovery prosesser. Denne erfaringen erkjenner jeg at har påvirket mine valg gjennom hele denne masteroppgaven. Den teoretiske referanserammen for denne masteroppgaven har vært tydelig i utformingen av intervjuguiden og analyseprosessen. Jeg gjør rede for de teoretiske rammene i kapittel 2 Teori, hvor jeg beskriver FACT-modellen og recovery teori. Jeg erkjenner at jeg har vært positivt innstilt til etableringen av samhandlingsteam som FACT og jeg jobber i dag som ressursperson/koordinator opp mot nettopp FACT-team. Min forforståelse kan ha kommet i veien for det empiriske materialet.

Jeg håper dog at min kompetanse og erfaring som psykiatrisk sykepleier har bidratt til at deltakerne i denne studien har klart å formidle med egne ord sine erfaringer og opplevelser.

1.3 BAKGRUNNSKUNNSKAP OG RELEVANS

1.3.1 Relevans for psykisk helsearbeid

Lederartikkelen i Tidsskrift for psykisk helsearbeid (2008) beskriver fremtidige utfordringer for feltet. Her nevnes blant annet nivådeling i det psykiske helsearbeidet og behovet for å samle tjenestene, fokus på personers mestring av hverdagsliv, ressurser og kompetanse, forankring av folks egne erfaringer med hva som er best hjelp og et mangfoldig tjenestetilbud som gir reelle valgmuligheter. Den samme artikkelen foreslår en definisjon av psykisk helsearbeid som presist definerer det psykiske helsearbeidet i dette masterstudie:

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø (Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2008, s. 103)

Denne studien har relevans for det psykiske helsearbeidet ved å la brukerne definere hva de opplever som god hjelp og støtte fra et FACT-team, der 2 tjenestenivåer samhandler.

Helsedirektoratet (2014) har i sin veileder for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid beskrevet lokalt psykisk helsearbeid som de tjenester som gis fra kommunene, spesialisthelsetjenesten ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) og den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen (TSB). Veilederen ser psykisk helse og rusarbeid i sammenheng, noe som følges i denne studien

Politiske føringer påvirker holdninger og tjenesteutvikling i det psykiske helsearbeidet og jeg vil beskrive hvordan masteroppgavens tema er relevant i forholdet til dette.

1.3.2 Politiske føringer

Opptrappingsplan for psykisk helse (1999-2006) og la opp til styrking av alle ledd i tiltakskjeden. Det var et mål at det skulle skapes helhetlige, sammenhengende tjenester, hvor brukerperspektivet skulle stå i fokus. Tilbud om helsehjelp skulle gis utfra et mest mulig helhetlig menneskesyn, der brukerens behov skulle være retningsgivende for hjelpen som ble gitt. Deltagelse i samfunnslivet, økt livskvalitet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv var bærende prinsipper i opptrappingsplanen (St.Prop.63 (1997-98))

Å kunne leve et godt liv og være godt innlemmet i det samfunn og den kultur man er en del av, er et grunnleggende velferdsgode. Mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser mangler dette velferdsgodet i større eller mindre grad. De er blant dem som har de dårligste levekårene og som mottar svakest tilbud fra tjenesteapparatet. De har dårlig økonomi og vanskelig for å skaffe seg eller beholde bolig, arbeid og venner. Mange lever sosialt isolert og har lite kontakt utover hjelpeapparatet. Samtidig er psykiske lidelser svært utbredt. Disse lidelsene er den nest største diagnosegruppen både ved langtidssykemelding og uførepensjon.

(St.prop.nr.63 1997-98, kap.1.2)

Stortingsmelding 25 *Åpenhet og helhet* (1995-96), la til grunn behovet for et mer differensiert behandlingstilbud, der recovery holdninger som at individets behov skal ligge til grunn for behandlingsmål og planer. Behandling og oppfølgingstilbudene skal tilpasses den enkelte og ikke være et ensartet tilbud til en stor gruppe mennesker, slik erfaringene var fra de store institusjonene. (Helse og sosialdepartementet, s. 26,27)

Pasientens behov skulle også være en rettesnor for planlegging av videre behandling og oppfølging, enten det trengtes avgrenset hjelp i en kort periode eller langsiktig oppfølging fra flere instanser. Planene skulle være helhetlige og inneholde nødvendige bidrag fra alle relevante instanser, uansett hvilket forvaltningsnivå som hadde ansvaret for dem. Og pasientene skulle selv ta aktiv del i denne planleggingen (St meld 25 *Åpenhet og Helhet* 1996-97, s. 26).

Helsedirektoratet kom i 2012 ut med *Nasjonal faglige retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av mennesker med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP lidelser*. Det skulle legges særlig vekt på godt samordnede tjenester til mennesker med ROP lidelser og med det et tett samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Et mål

er økt livskvalitet og selvfølelse, gjennom å bistå og støtte pasientens egne ressurser i meningsfylt aktivitet, jobb, sosialt nettverk, med økonomi og bolig (Helsedirektoratet, 2012).

I 2014 ga Helsedirektoratet ut veilederen: *Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2014). Brukerperspektivet, brukerstemmen, recovery og empowerment var begreper som skulle være styrende i den behandling og oppfølging som kommuner og spesialisthelsetjenesten skulle gi. Det ble her anbefalt oppfølging og behandling av aktivt oppsøkendebehandlingsteam team til brukere i hoved forløp 3, som er brukere og pasienter med langvarige og alvorlige lidelser (Helsedirektoratet, 2014 s.57)

Mestre Helse Livet er Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022) og har pasientens helsetjeneste som et av fokusområdene. Det påpekes at tjenestene må ha forståelse for betydningen av brukerkunnskapen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Til tross for gode planer, tydelige retningslinjer og anbefalinger, har tilbudet til mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester vært preget av fragmenterte tjenester og manglende samarbeid mellom forvaltningsnivåene (Landheim & Odden, 2020, s. 13).

1.3.3 Etablering av FACT-team i Norge

Som et svar på utfordringene med fragmenterte og lite koordinerte tjenester, ble beslutningen om etableringen av aktivt oppsøkende samhandlingsteam som ACT og FACT tatt.

Etableringen av FACT-team i Norge har vært et satsningsområde og et forsøk på å få til et forpliktende samarbeid mellom de 2 forvaltningsnivåene som i dag gir tjenester til mennesker med langvarige og alvorlige psykiske lidelser og/eller ruslidelser.

Nevnte politiske føringer har vært sentrale i oppbyggingen av FACT team i Norge de siste årene og Helsedirektoratet stimulerer til etablering gjennom tilskuddsordningen: *Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte tjenestebehov*. Mål for ordningen er å styrke tilbudet til personer med langvarige og sammensatte tjenestebehov gjennom å etablere helhetlige, samtidige og virksomme tjenester fra ulike nivåer og sektorer. Tilskuddet skal videre bidra til økt etablering og implementering av allerede utprøvde og kunnskapsbaserte tjenestemodeller som ACT og FACT modellen. Dette gjennom omstilling av eksisterende lokalbaserte psykisk helse- og rustjenester i kommuner og helseforetak. Det skal utprøves og evalueres nye

metoder/arbeidsformer og modeller på psykisk helse-, rus- og voldsfeltet (Helsedirektoratet, 2019)

Denne masterstudien er relevant i sammenheng med Sluttrapporten etter evalueringen av de 7 første FACT-teamene i Norge (Landheim & Odden, 2020). Det ble vurdert behov for kvalitative studier, som kunne gå dypere inn på hvordan brukerne av teamene opplevde oppfølgingen de fikk (s.30). Et viktig mål for om teamene jobbet recovery orientert, var om brukerne selv opplevde at deres behov og ønsker ble hørt. Sluttrapporten konkluderte også med at brukernes egne mål, ressurser og styrker var lite synlige i behandlingsplanene og anbefalte at brukeren i større grad ble tatt med i beslutninger, samt en styrket innsats for å bedre integrere brukeren i lokalsamfunnet.

Evalueringen av FACT-teamene i Norge skal undersøke om teamene jobber i samsvar med FACT-modellen, hvilke tjenester teamene gir og hvilke erfaringer ansatte, brukere, pårørende og samarbeidspartnere har. Evalueringen vil se på om teamene rekrutterer i henhold til anbefalt målgruppe og om brukerne av teamet oppnår endring og bedring av behandlingen og oppfølgingen fra teamet (NKROP)

Håndbok for FACT-team beskriver at formålet med FACT-team er å gi langvarige og integrerte tjenester fra ET team og å bidra til gode recovery prosesser, gjennom fokus på den enkeltes ressurser, mestring og medvirkning (van Veldhuizen, 2013)

1.4 AVKLARINGER OG AVGRENSNING

Her følger begrepsavklaringer og avgrensinger i denne studien.

1.4.1 Psykisk helse

Definert av Verdens Helseorganisasjon (WHO) som:

En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet. God psykisk helse er altså en positiv tilstand – ikke bare fravær av sykdom og vansker (WHO, 2001, s.1).

Denne definisjonen av psykisk helse støtter tanken om recovery, som et gjennomgående og viktig begrep i denne masterstudien. Recovery som begrep blir nøye gjennomgått i del 2 Teori og vil derfor ikke bli nærmere beskrevet her.

1.4.2 ROP lidelser

ROP-lidelse er en samlebetegnelse for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2011). Denne definisjonen sier lite om graden av alvorlighet. I dette studiet vil ROP-lidelser være alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med ruslidelse, eller personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse, når kombinasjonen av disse fører til alvorlig funksjonssvikt (Helsedirektoratet, 2011, s. 18).

1.4.3 Pasient, bruker, person og informant

De som har bidratt med sine erfaringer og opplevelser gjennom 6 individuelle intervjuer, omtales i denne studien som informanter.

Ellers i denne studien har jeg valgt bruker eller person, noen ganger pasient hvis det refereres til retningslinjer eller definisjoner der pasient er brukt. Helsedirektoratet (2012) skiller mellom benevnelsene pasient og bruker ut i fra hvor de mottar hjelp. I Norge har det vært vanlig å bruke pasient når noen mottar behandling i spesialisthelsetjenesten og bruker om de som mottar helse og omsorgstjenester på kommunalt nivå (Helsedirektoratet, 2012)

Deltakerne i denne studien mottar hjelp fra et FACT-team som gir både behandling og oppfølging.

FACT-team, står for Flexible Assertive Community Treatment og er detaljert beskrevet i del 2 Teori og vil derfor ikke bli nærmere beskrevet her.

1.4.4 Avgrensinger

Denne studiens hensikt er å utforske det som av informantene oppleves som støttende i recovery prosess. De ble ikke spurt spesifikt hva de opplevde som hindringer. Recovery handler om å holde et fokus på iboende ressurser i mennesket og omgivelsene og jeg ville derfor bevare det perspektivet gjennom intervjuene. Dette var ikke til hinder for at det i samtalene fremkom erfaringer av mer negativ art. Disse erfaringene er brakt inn som en del av resultatdiskusjonen.

Informantene i denne masterstudien var brukere i det samme FACT-team. Teamet inngår i den pågående evalueringen av FACT i Norge. Informantene var blant de som hadde samtykket i deltakelse i den pågående evalueringen. Informasjonsstyrken ville blitt høyere med deltakere fra ulike team.

Litteraturen deler gjerne recovery inn i klinisk, sosial og personlig recovery (Ness et.al.,2014; Karlsson & Borg, 2017). Om ikke annet nevnes, er betydningen av recovery i denne oppgaven en personlig og sosial prosess og omhandler ikke den kliniske recovery.

1.5 DISPOSISJON

I introduksjonen har jeg presentert bakgrunnen for valg av tema og forskerspørsmål, samt studiens relevans for psykisk helsearbeid. Sentrale begreper, avklaringer og avgrensinger i studien er gjort rede for.

Videre følger del 2 med presentasjon av studiens teoretiske rammeverk, samt en presentasjon av tidligere forskning. Paradigme og kunnskapsteoretisk forankring innleder del 3 om metode. Metodedelen inneholder beskrivelser av rekruttering og gjennomføring av intervjuer, analysen av det empiriske materialet og forskningsetiske overveielser.

Resultatene presenteres i del 4 hvor de fire hovedkategoriene presenteres hver for seg. I del 5 diskuterer jeg resultatfunnene i relasjon til det teoretiske rammeverket og relevant forskning. Forskningsfeltet på FACT og recovery er i stadig utvikling, og jeg har derfor valgt å trekke inn nyere forskning i diskusjonen. Så følger metodediskusjon før jeg konkluderer i del 5.

2. TEORI

I kvalitativ forskning fungerer teori som verktøy til å forstå, tolke og utdype det empiriske materialet utover det beskrivende. Teori kan avgrense feltet og tilby relevante begreper, ved å fungere som en «linse» for analysen og hvordan kunnskap konstrueres i møtet mellom teori og empiri (Malterud, 2016 s. 121; Malterud, 2017 s. 189 - 191).

Teori er altså et sett med velbegrunnede og konsistente antagelser som kan forutsi eller forklare et fenomen eller sammenhengen mellom fenomener, mens en modell kan ses som en forenklet representasjon eller et bilde på teorien (Malterud, 2016 s. 121). Jeg vil i det følgende presentere recovery teori og modell for ACT og FACT-team. Recovery teori og FACT-modellen vil videre være min «linse» gjennom analyse av det empiriske materialet og inn i diskusjonen av det jeg fant – resultatene.

2.1 RECOVERY

Jeg vil i det følgende beskrive recovery som begrep og teoretisk rammeverk og hvordan dette har påvirket utvikling i det psykiske helsearbeidet.

2.1.1 Recovery og psykisk helsearbeid

William A. Anthony (1993) plasserte recovery som begrep i de fremtidige helsetjenesten for mennesker med alvorlig psykisk lidelse i sin artikkel *The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990`s*. I kjølevannet av USA`s omfattende nedbygging av sentralinstitusjonene for mennesker med alvorlig psykisk lidelse, innså man at hjelpebehovene handlet om mer enn reduksjon av symptomer (Karlsson & Borg, 2017; Anthony, 1993). Personer som tidligere hadde levd livene sine i store døgninstitusjoner, skulle nå integreres i lokalsamfunn og med de samme rettigheter og plikter som andre borgere (Karlsson & Borg, 2017; Anthony, 1993). De hadde behov og ønsker om å leve meningsfylte liv, med tilbud som bolig, arbeid, utdanning og kontakt med andre mennesker. De lokale tjenestene ble utfordret til å tenke nytt, både i måten tjenesten ble organisert på og i holdningene til mennesker med psykisk lidelse. Recovery oppsto som begrepet på den nye måten å møte og å tenke om mennesker med alvorlig psykisk lidelse på (Anthony, 1993).

I medisinsk tradisjon forstås recovery som å bli kureret for eller komme seg etter sykdom. Psykisk lidelse, som eksempelvis psykoselidelse, har i denne tradisjonen blitt forstått som en

kronisk lidelse og recovery vil ikke være mulig å oppnå så lenge personen har symptomer på sykdom. Denne meningen av recovery omtales gjerne som klinisk recovery og utfordres av den empiriske kunnskap og det snakkes om et paradigmeskiftet innen det psykiske helsefeltet (Anthony, 1993; Bracken et.al., 2012; Davidsson, 2020).

I recovery teorien finnes ikke enten eller, frisk eller syk. Psykolog og forsker Patricia E. Deegan som selv fikk diagnosen schizofreni i tenårene (Borg og Karlsson, 2004) skrev:

It is important to understand that persons with a disability do not “get rehabilitated” in the sense that cars “get” tuned up or televisions “get repaired. «Disabled persons are not passive recipients of rehabilitation services. Rather they experience themselves as recovering a new sense of self and of purpose within and beyond the limits of the disability (Deegan, 1989 s. 11)

Recovery er ofte en kompleks og langvarig prosess, der personen må komme seg fra stigma og andre negative effekter av den psykiske lidelsen og behandling, fra mangel på kontroll over eget liv, mangel på meningsfylt arbeid og for mange knuste drømmer. Recovery er noe personen selv er i og ikke noe andre kan gjøre for. Recovery orienterte tjenester legger til rette for og støtter personen i sin recovery prosess. Uten selvstyre og personlig ansvar vil ikke recovery finne sted og det er derfor helsetjenesten skal støtte og tilrettelegge slik at personen kan ta ansvaret for eget liv (Slade, 2013; Anthony, 1993; Karlsson & Borg, 2017; Davidsson, 2020).

Et helsevesen som støtter recovery erkjenner at:

Recovery kan finne sted uten profesjonell innblanding

Tilstedeværelsen av personer som har tro på og støtter den som er i behov av recovery

Synet på recovery er uavhengig av hvilken årsaksforklaring som legges til grunn for psykisk sykdom.

Recovery kan skje selv om symptomer kommer tilbake.

Recovery endrer hyppigheten og varighet av symptomer

Recovery er ikke en lineær prosess

Recovery fra konsekvensene av sykdommen kan være mer komplisert enn å komme seg fra selv sykdommen.

Recovery fra psykisk lidelse betyr ikke at man da «egentlig ikke har vært syk»

(Anthony, 1993 s. 534, egen oversettelse)

Mike Slade skrev i 2013 *100 ways to support recovery* som en veileder til helsetjenestene i hvordan støtte recovery prosesser. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) kom i 2017 med en oversatt versjon av denne *100 råd som fremmer recovery*. Her finner vi igjen erkjennelsen som Anthony i 1993 beskrev som grunnleggende i en recovery orientert helsetjeneste. De ansatte stiller sin kunnskap til rådighet, men det er personen i recovery som er ekspert på seg selv i kraft av de erfaringer som vedkommende har. I en recovery orientert tjeneste er de ansatte og personen i recovery likeverdige parter, med personens mål i sentrum. Recovery kan altså være et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i personens ressurser og muligheter. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll er sentrale elementer i bedringsprosessen og det er fundamentalt at personen selv er en deltagende og aktiv part i prosessen (Deegan, 1989; Helsedirektoratet, 2014). I relasjonen skapes forandringen for personen, den ansatte og omgivelsene, men ingen kan forandres utenifra og forandringen kjenner ofte sine egne veier. Mennesker kan ikke presses til å være på en spesiell måte, men det kan skapes gode miljøer der recovery prosessen støttes og næres. (Deegan, 1989; Slade, 2017; Karlsson & Borg, 2017).

2.1.2 Personlig recovery

Recovery is a deeply personal, unique process of changing one`s attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by the illness (Anthony, 1993).

Personlig recovery handler altså om å skape seg et meningsfylt liv slik personen selv definerer det. Personlig recovery er en ikke-lineær prosess, en holdning til livet og en måte å forholde seg til hverdagen på (Deegan, 1989, Landheim et.al., 2016; Helsedirektoratet, 2014).

Siden Recovery er definert som en individuell og unik erfaring eller «lived experience», har det vanskeliggjort en standardisering av begrepet. I årene etter Deegan og Anthonys definisjoner, forekom det utallige forsøk på å lage en standardisering av teorien om personlig recovery, noe som endte med et stort, men sprikende antall artikler som skulle komplementere arbeidet til Deegan og Anthony (Davidsson & Schmutte, 2020).

2.1.3 CHIME – en orden i kaoset?

Leamy et.al. (2011) sammenfatter all relevant forskning på området. Denne sammenstillingen av 366 artikler, omtales som en robust ramme og syntese over personer med psykisk lidelse sine erfaringer med personlige recovery. Resultatene viser 13 karakteristika ved en *recovery*

reise og 5 områder defineres som essensielle i prosessen personlig recovery. Disse 5 områdene forkortes **CHIME** (Leamy et.al., 2011). Jeg vil videre vise funnene som danner CHIME.

Connectedness; som å ha tilknytning til personer og miljøer, som støtte fra likemenn og å selv kunne bruke sin erfaring til å hjelpe andre. Innlede intime forhold, forsterke allerede eksisterende relasjoner, samt etablere nye. Funn som opplevd støtte fra profesjonelle, familie og venner og å kunne delta, bidra og ha tilhørighet til lokalsamfunnet

Hope and optimism about the future; ha håp og tro på fremtiden, drømmer og ambisjoner. Være i relasjoner som inspirerer og motiverer til endring. Klare å tenke positivt og å verdsette fremgang. Ha troen på at recovery er mulig.

Identify; gjenoppbygge en positiv identitet. Her nevnes ulike aspekter ved identitet, som den kollektive forståelsen av identitet, kulturell, seksuell og etnisk identitet. Overkomme stigma, både selvstigmatisering og det sosiale stigma som følge av langvarig psykisk lidelse. Ha troen på seg selv, redefinere og bygge et positivt selvbilde og selvaksept.

Meaning in life; mening i livet og livskvalitet. Finne mening og aksept i erfaringene med psykisk lidelse. Møte eksistensielle og åndelige behov. Inneha god livskvalitet, som velvære, tilfredstillelse av grunnleggende behov og ha en meningsfylt hverdag hva gjelder fritid, aktivitet og arbeid. Oppnå de mål en setter seg og kunne utvikle nye ferdigheter, lære nye ting.

Empowerment; egenkontroll. Inneha et personlig ansvar, selvstyre og ressurser til å mestre dette. Ha kontroll over eget liv, kunne ta selvstendige valg og inneha kunnskap om psykisk lidelse og behandling. Gjenvinne selvstendighet og autonomi.

(Leamy et.al., 2011 s. 448; Borg et.al., 2013 s. 11)

De identifiserte områdene skapte et slags orden i kaoset av tidligere internasjonal recovery forskning. Som teoretisk bidro CHIME til å danne en struktur rundt fremtidig forskning på området, samt bidro til retning i utviklingen av recovery orienterte tjenester (Leamy et.al., 2011; Karlsson & Borg, 2017)

I denne oppgaven ble CHIME benyttet som rammeverk for intervjuguiden, som ble brukt til innsamling av empirisk data fra brukere av FACT-team.

2.2 FACT MODELLEN

Flexible Assertive Community Treatment, heretter benevnt som FACT, er en videreutvikling av den amerikanske modellen for oppsøkende behandling, Assertive Community Treatment, heretter kalt ACT. FACT og ACT kan ses på som modeller for organisering av tjenestene til personer med behov for langvarige og tilrettelagte tjenester (Helsedirektoratet, 2015).

Modellene stiller krav om at teamene skal være tverrfaglige, integrerte, oppsøkende og fleksible. I teamet skal det være ansatt psykiater, psykolog, sykepleiere, sosionomer, brukerspesialister, jobbspesialister og eventuelt andre faggrupper som skal sørge for at teamet til enhver tid kan gi kunnskapsbasert behandling og oppfølging.

2.2.1 ACT modellen

ACT modellen oppsto i kjølevannet av deinstitusjonalisering av det psykiske helsevernet i USA på 1970-tallet. Intensjonen var å forebygge blant annet bostedsløshet og hyppige reinnleggelse for mennesker med alvorlig psykisk lidelse, etter at de hadde bodd på sykehus over mange år. Modellen beskrev metoder for oppsøkende og lokalbasert tilnærming for å gi personene som trengte det, økt kompetanse på å kunne bo i et nærmiljø. Målgruppen for ACT-teamene var og er i dag, mennesker med alvorlig psykisk lidelse, som schizofreni eller bipolar lidelse. Modellen het først *Training in Community Living*. Oppfølgingen var intensiv og teambasert og skulle gi et vidt spekter av tjenester (Aakerholt, 2013 s. 10). ACT modellen er en veldefinert og evidensbasert modell for behandling og oppfølging av mennesker med alvorlig psykisk lidelse (van Veldhuizen, 2007)

2.2.2 FACT modellen

FACT modellen ble utviklet i Nederland av psykiater J. Remmers van Veldhuizen og jobber etter en biopsykososial tenkning. Der ACT er en intensiv og teambasert intervensjon, kan FACT modellen tilby både ACT, som teambasert oppfølging i perioder der det har behov for dette, og ordinær case management (en til en) når det ikke lenger er behov for intensiv oppfølging. Det betyr at FACT modellen er tilpasset en langt bredere målgruppe enn ACT, og har muligheter til å følge over tid. Ved gjennomgang av målgruppen for ACT, så van Veldhuizen et behov for kontinuitet i oppfølgingen av målgruppen. Han antok at ca. 20% av personer med alvorlig psykisk lidelse, ville være i målgruppen for ACT og han antok at de samme personene ville finnes i den resterende 80% gruppen, i stabile faser. Resultater etter etablering av FACT team i Nederland, viste at 80-90 % av behovet for ACT oppfølging var

midlertidig hos personene de fulgte, mens en liten gruppe hadde langvarige behov for intensiv teamoppfølging. Derfor et behov for at ET team kunne gi både teambasert intensiv hjelp (ACT), integrert og kunnskapsbasert behandling og kunne støtte personene i teamet sine recoveryprosesser, gjennom å tilby kontinuitet og stabilitet i relasjon til de ansatte i teamet (van Veldhuizen, 2007)

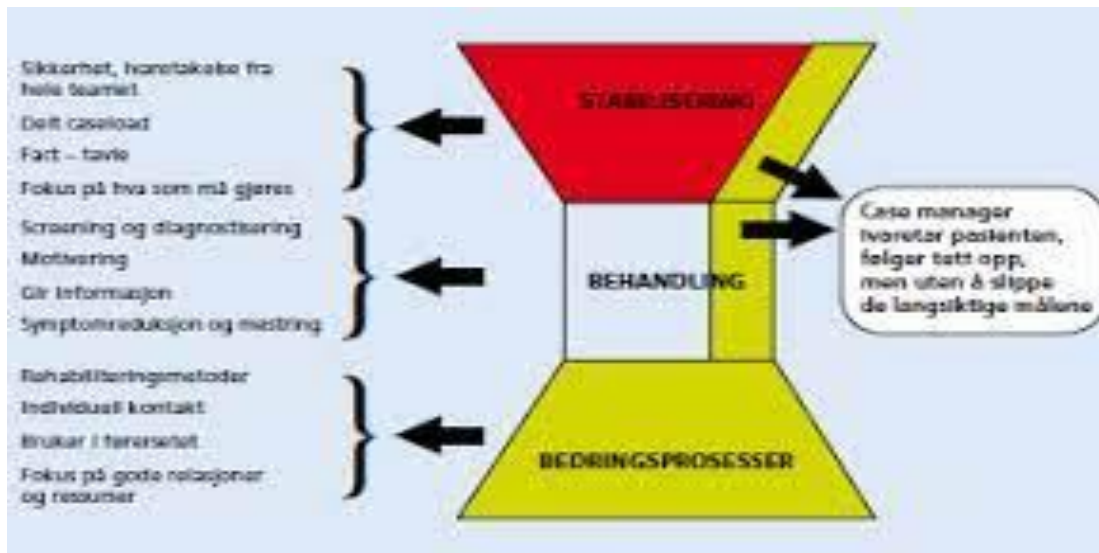


Fig.1 Timeglasset (van Veldhuizen, 2013)

FACT modellen beskrives som illustrasjonen viser som et timeglass, der teamet støtter brukerne i ulike prosesser. Prosessene følger ikke etter hverandre lineært, og en person kan være i flere prosesser samtidig, selv om recovery vil være mest aktuelt for gruppen som ikke har intensiv teamoppfølging.

FACT tavlen muliggjør fleksibilitet i oppfølgingen. En FACT tavle skal gi en god oversikt over de som til enhver tid har behov for oppfølging fra hele teamet. Tavlen kan være alt fra en whiteboard tavle til en mer avansert excelfil. Det viktigste er at den til enhver tid viser hvem som har behov for intensiv oppfølging, daglige avtaler, nettverk og brukerens mål og tiltak fra teamet. Teamet samles hver morgen og planlegger dagen med utgangspunkt i behovene til de som er oppført på FACT tavlen. På denne måten ivaretas kontinuiteten og et og samme team kan gi hjelp både når personene er i en stabil periode i livet, men også bistå intensivt med hjelp i dårligere faser.

Med FACT modellen ivaretas også bedre kontinuiteten i recoveryprosessen, da teamet eller en case manager følger personen over tid og gjennom stabile og ustabile perioder (van Veldhuizen, 2007)

Recovery perspektivet ble tidlig innlemmet i FACT modellen og det ble etter hvert bestemt at alle team skulle ansatte en brukerspesialist, det vil si et ansatt som selv har erfaring med psykisk sykdom og det å være mottaker av hjelp. Brukerspesialisten skal bruke sin egen erfaring systematisk i arbeidet og støtte bedringsprosesser og brukere, samt minne andre i teamet på recovery perspektivet. Holdningen til brukerne i teamet skal være farget av recovery tenkningen. Det skal først og fremst handle om å hjelpe brukerne til å leve med de begrensninger sykdommen gir og gjennom det gi håp og muligheter til utvikle egne mestringsstrategier. Fokus på ressurser og deltagelse i egne bedringsprosesser og sette egne behandlingsmål (van Veldhuizen, 2013).

FACT modellen er inspirert av den nederlandske Retningslinje for behandling av schizofreni, ACT og recoverytenkning (van Veldhuizen, 2013 s. 15). En samlet erfaring fra de første årene med FACT-team i Nederland kom fram til essensielle faktorer i behandlingen og oppfølgingen av mennesker med langvarig alvorlig psykiske lidelse og/eller ruslidelse (ROP). De faktorene danner rammen rundt oppfølging og behandling i et FACT team og presenteres som 7 C er i FACT Håndboken.

CURE	Gi kunnskapsbasert behandling
CARE	Følge med på bedringsprosesser (recovery), daglig støtte og veiledning, kontinuitet i hjelpen
CRISIS INTERVENTION	Intensiv teamoppfølging ved behov
CLIENT KNOWHOW	Erfaringskompetanse, delt beslutning, recovery-orientering
COMMUNITY-SUPPORT	Lokalbasert støtte, jobbstøtte og inkludering
CONTROL	Risikovurdering og iverksette og gjennomføre tvang (PHVL)
CHECK	Evaluerer

(Fig.2 van Veldhuizen, 2013 s. 15,16)

Jeg har i det foregående beskrevet det teoretiske rammeverket for spørsmålet denne oppgaven stiller, ved først å presentere forskningen som har ledet frem til teorien bak begrepet personlig recovery. FACT modellenes prinsipper og rammeverk er beskrevet slik det fremstår i van Veldhuizen (2013) modellbeskrivelse. Jeg har særlig beskrevet hvordan de fem områdene i CHIME ble utviklet og systematisert i Leamy et.al.(2011) sin litteraturstudie. Jeg vil videre presentere det jeg fra mitt ståsted har funnet og vurdert som relevant forskning på området FACT og recovery.

2.3 TIDLIGERE FORSKNING

Denne masteroppgaven har som formål å undersøke hva brukere i FACT-team opplever som støttende i sin recoveryprosess. Jeg har presentert tidligere forskning på recovery i det foregående og vil derfor presentere studier som har sett på hvordan brukere opplever recovery i møte med tjenestene som skal bistå de. Det er begrenset forskning på effekten av FACT (Landheim & Odden s. 6). Forskningsrådet tildelte derfor i 2018 Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) midler til forskning på FACT-team i Norge, for blant annet å tette disse kunnskapshullene (Landheim & Odden, 2020)

Den nasjonale forskningsbaserte evalueringen av FACT i Norge, som det tidligere er henvist til i denne oppgaven, har i deler av evalueringen utforsket brukernes opplevelse av recovery i FACT. I sluttrapporten etter evaluering av de første 7 teamene vises det til intervjuer med totalt 89 brukere. Dette var i hovedsak strukturerte intervjuer, med svaralternativer, men også noen åpne spørsmål om tema (Landheim & Odden, 2020). I 2016 gjennomførte Lofthus et.al. en studie recovery i 12 norske ACT team hvor deler av studien var kvalitativ. I begge studier rapporterte brukerne om tilfredshet med at teamene er fleksible og kan gi flertallet av de tjenestene det er behov fra et og samme team (Landheim & Odden, 2020; Lofthus et.al., 2016). Biong & Soggiu (2015) undersøkte graden av recovery orientering i et kommunalt ROP-team og funnene samstemmer med funn fra intervjuer med brukere i ACT og FACT-team, som fleksibilitet, uformell kontakt, tilgjengelighet og kontinuitet. En litteraturstudie gjennomført av Ness et.al. (2013) viste at mangel på sammenhengende hjelp, kompliserte og ukoordinerte tjenester ble opplevd som hemmende for recovery (s.107). Brekke et.al. (2016) utforsket recovery hos brukere av kommunale tjenester innen psykisk helse. De opplevde at upassende boforhold, samt en fastlåst dårlig økonomisk situasjon sto i veien for en god recovery prosess.

En meningsfylt hverdag, fokus på ressurser, mestring og at ens egne behov og ønsker står i sentrum for den hjelpen som gis beskrives som støttende. Praktisk bistand gir muligheter til å kunne holde fokus på egne personlige prosesser (Landheim og Odden, 2020; Lofthus et.al, 2016; Ness et.al., 2013). Gjennom dybdeintervjuer av brukere synes jeg Brekke et.al. (2016) har fått frem det personlige i en recovery prosess, som det å bli akseptert og anerkjent, gjenvinne selvspekt og lære å like seg selv (s.18). Foruten Brekke et.al. sin studie er det ikke benyttet dybdeintervju som metode i den presenterte forskningen. Personlig recovery er definert som en dypt personlig prosess (Anthony, 1993). Skal vi få frem det individuelle og personlige i recovery prosessen, vil kvalitativ metode kunne åpne for dette (Malterud, 2017 s. 30). I sluttrapporten, etter den forskningsbaserte evalueringen av de første FACT-teamene i Norge, ble det vurdert et behov for dypere kunnskap om hvordan brukerne opplever FACT (Landheim og Odden, 2020, s. 30).

Borg et.al. (2013) sin systematiske kunnskapssammenstilling, har blant annet som hensikt å vise hva som kjennetegner en recoveryorientert praksis gjennom personers levde erfaringer med psykisk uhelse og bedring (s.10). Her pekes det blant annet på forhold som må ligge til grunn for en recoveryorientert tjeneste/praksis. Som å avvikle praksis med «oss» og «dem» tenkningen, forstå psykisk helse kontekstuellt, anerkjenne og arbeide mot stigma, marginalisering, fremmedgjøring og for et mer inkluderende samfunn (Borg et al.,2013; Tew, 2005). Med fokus på utarbeidelse av behandlingsplaner som verktøy for recovery orientert praksis, viser rapporten at FACT- teamene i større grad må ta hensyn til brukernes ønsker å behov, samt deltagelse i utarbeidelsen av disse. Rapporten stiller også spørsmål ved FACT-teamenes begrensede åpningstid, og om denne ved en utvidelse kunne bedre støtte brukerens integrering i lokalsamfunnet (Landheim & Odden, 2020, s. 144).

Jeg har nå beskrevet det jeg fra mitt ståsted vurderer som relevant teori og forskning til oppgavens tema og problemstilling. Teori og forskning vil videre være en hjelp til å se resultatene i denne masteroppgaven i en større sammenheng (Malterud, 2017) og vil følgelig tas med i senere resultatdiskusjonen.

3. METODEVALG

3.1 VITENSKAPTEORETISK GRUNNLAG

Metodevalg kan ikke beskrives løsrevet fra den vitenskapelige tradisjon det tilhører. Erfaring som kilde til kunnskap kan sees på ulike måter. I den positivistiske tradisjonen dreier erfaring seg om det observerbare hos et objekt, som studeres gjennom målbare metoder, som telle, veie og måle. Positivismens grunnlegger, August Comte (1798-1857) hadde som mål at alt skulle underlegges denne formen for vitenskapelig metode, både sosiale og menneskelige problemer (Thornquist, 2018, s. 22). Metode tilknyttet positivismen ville ikke gitt svar på problemstillingen i denne masterstudien, da de subjektive erfaringen ikke regnes som gyldig kunnskap. Skal erfaringer tilknyttet subjektet – brukeren i dette studiet, gis gyldighet må den fenomenologiske og hermeneutiske tradisjon legges til grunn for valg av metode. Nærmere om disse vitenskapelige tradisjonene følger.

3.1.1 Det fortolkende paradigme

Paradigme forstås som en uttalt enighet om grunnleggende forutsetninger for vitenskapelig forståelse (Malterud, 2017, s. 26). Skal kunnskap erverves gjennom subjektets erfaringer, er det den vitenskapelige forståelsen i det fortolkende paradigme som blir gjeldende. Filosofen Hans Skjervheim (1926-1999) argumenterte for at subjektet er grunnleggende for den sosiale virkeligheten og forskning om denne (Malterud, 2017, s. 27).

Kvale & Brinkmann (2015) forklarer skille mellom det positivistiske paradigme og det fortolkende paradigme som *kunnskapsinnhenting* eller *kunnskapskonstruksjon*, hvor kunnskapsinnhenting representerer det positivistiske paradigme og kunnskapskonstruksjon det fortolkende paradigme. Gjennom metaforen å være turist, forklares kunnskapsinnhenting i det fortolkende paradigme som *kunnskap utviklet på en reise gjennom samhandling og refleksjon som kan gi ny forståelse når den deles ved hjemkomst* (Malterud, 2017, s. 28; Kvale & Brinkmann, 2015).

Det er i det fortolkende paradigme kunnskapen i denne masteroppgaven erverves.

Videre presenteres fenomenologi og hermeneutikk på grunn av sin viktige filosofiske posisjon i den kvalitative intervjuforskningen (Kvale & Brinkmann, 2015)

3.1.2 Fenomenologi

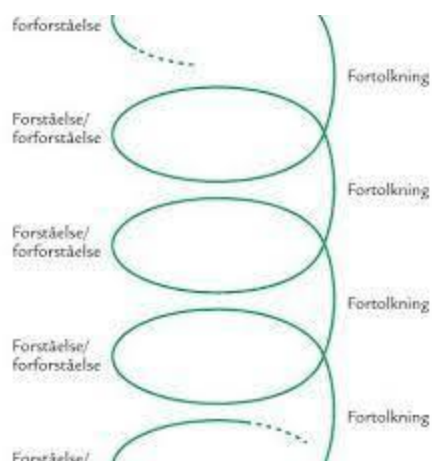
Fenomenologi ble grunnlagt av Edmund Husserl rundt 1900 og er en filosofisk retning som omfatter forståelsen av menneskets subjektive erfaringer, bevissthet og livsverden.

Fenomenologisk tilnærming har vært utbredt i kvalitativ forskning og er et begrep som omfatter forståelsen av at den *virkelige virkeligheten* er den mennesket oppfatter (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). En forutsetning for fenomenologisk forståelse er å sette tidligere kunnskap i parentes, for så å rette oppmerksomheten mot individets erfaringer og livsverden. Hvordan erfarer mennesket et fenomen. Opplevelser er alltid knyttet til tolkning og er med det ikke «rene». Det er den enkeltes tolkning av fenomenet forskeren er ute etter. Kunnskapen hentes altså fra livsverdenen som omtales som vitenskapens konkrete grunn (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017; Thornquist, 2018; Johannessen et.al., 2016). Livsverdenen kan gjøres til gjenstand for vår nysgjerrighet, gjennom undersøkelser og analyse og kan gjennom samhandling som samtaler/intervjuer gi oss ny innsikt. Fenomenologiens utgangspunkt er at menneske lever i en kontekst som har mening og betydning (Thornquist, 2018, s. 111).

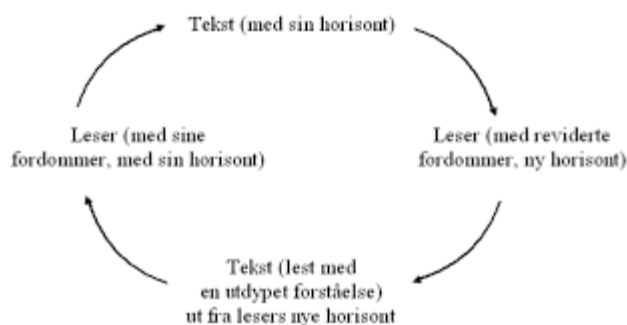
3.1.3 Hermeneutikk – forforståelse og den hermeneutiske sirkel

Hermeneutikk handler om å forstå og fortolke meninger i menneskelige uttrykk og avviser tesen fra den positivistiske tradisjonen om at verden består av stabile fenomener som kan studeres ved bruk av samme metode (Thornquist, 2018). Et viktig begrep i hermeneutisk forståelse, kommer fra den hermeneutiske filosofen Gadamer, nemlig *forforståelse* (Malterud, 2017). Forforståelsen er det vi har med oss inn i forskningsprosjekter av erfaringer som påvirker vår tolkning og avgjør hva slags mening vi legger i teksten eller handlingen. Forforståelsen i denne studien er gjort rede for i del 1.

Den hermeneutiske sirkel beskrives som en dynamisk erkjennelsesprosess der vi i tolkningen av tekst eller handling, forstår delene ut i fra helheten og helheten ut i fra delene. Vi tilegner oss derfor stadig ny helhetsforståelse. I senere korrigeringer har sirkelen blitt omtalt som en spiral, som antyder at vi i stedet for å komme tilbake til samme utgangspunkt, tilegner oss ny forståelse for hver omdreining (Thornquist, 2018 s. 171).



Figur 3 Den hermeneutiske spiral



Figur 4 Den hermeneutiske sirkel

I den tidlige hermeneutikken sto leseren utenfor sirkelen, men i Gadamer's hermeneutiske sirkelen er den som skal tolke teksten eller handlingen en del av en fortolknings sirkel. Teksten preges nå i større grad av leserens forforståelse, hvis erkjennelse av at tekst ikke kan tolkes forutsetningsløst, beveger seg inn i sirkelen. Denne prosessen vil i beste fall gi næring til vår tolkning og forståelse og i verste fall skygge for budskapet i det empiriske materialet og med det snevre inn forståelsen (Krogh, 2017; Malterud, 2017)).

Malterud (2017) gjør oppmerksom på at fenomenologi og hermeneutikk er filosofiske posisjoner og ikke nødvendigvis forskningsmetoder.

3.2 VALGT DESIGN

Problemstillingen stiller spørsmål om noens forståelse og eller opplevelse av noe. For å få svar på denne type spørsmål må fremgangsmåten være eksplorerende og empiridrevet (Tjora, 2020, Kvale & Brinkmann, 2015, Malterud, 2017)

En kvalitativ metode er spesielt godt egnet til å få kunnskap om FACT- team brukernes opplevelser, erfaringer og forventninger og med det svar på problemstillingen (Malterud, 2017). Hensikten er å forstå et fenomen ved å gå åpent ut og innhente opplysninger om fenomenet. «Det handler om å få en dypere innsikt i hvordan mennesket forholder seg til sin livssituasjon» (Malterud, 2017, s. 15). Fokus vil være på informantenes opplevelse og meningsdanning, og konsekvenser av disse (Tjora, 2020). Materialet i kvalitativ metode består av tekst som er innhentet via samtaler eller observasjoner (Malterud, 2017, s. 30).

I dette prosjektet er individuelle intervjuer benyttet for innsamling av data. Denne formen er valgt, fremfor gruppeintervju, da det vil gi den som intervjues, tid og rom til å hente frem erfaringer og opplevelser, samt en bedre mulighet til oppfølgingsspørsmål og åpen samtale.

Som nevnt innledningsvis om bakgrunnen for valgt tema og problemstilling, er det behov for mer utdypende kunnskap om hvordan brukerne opplever hjelpen de mottar (Landheim & Odden, 2020, s.30). Gjennom individuelle intervjuer, er hensikten å få frem fyldig og beskrivende informasjon som kan gi svar på forskerspørsmålet (Dalen, 2011, s.13).

3.3 UTVALG OG REKRUTTERING

Denne oppgaven er som tidligere beskrevet et delstudie i den nasjonale evalueringen av FACT team i Norge som NKROP er ansvarlig for. Informantene ble rekruttert fra de som allerede hadde gitt samtykke til deltakelse i den nasjonale evalueringen, i det aktuelle FACT teamet.

I september 2020 gjennomførte psykolog og faglig rådgiver ved NKROP en brukerundersøkelse i det aktuelle FACT teamet, som en del av den nasjonale evalueringen. Undersøkelsen var kvantitativ, men med noen kvalitative elementer. Det ble gjennomført intervjuer med 18 kandidater og 7 av de ble vurdert som aktuelle for masteroppgaven. Det ble gjort et strategisk utvalg med tanke på at informantene skulle kunne belyse problemstillingen på best mulig måte (Malterud, 2017). Utvalget besto da av kandidater som både uttrykte tilfredshet, men også misnøye med FACT. Kandidater med variert erfaringsbakgrunn, noen slet med følger av langvarig psykiske problemer, noen som følge av mangeårig rusmiddelbruk og andre med dette i kombinasjon. Jeg synes det er viktig å påpeke at det ikke var diagnostiske kriterier for å bli rekruttert til masterprosjektet, men at informasjonen om rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer var kommet frem under intervjuene i brukerundersøkelsen og at dette samtidig er målgruppen for FACT. Aldersmessig var det ingen stor variasjon. Dette kan ha sammenheng med at brukere i FACT gjerne har mange års erfaring med å motta psykisk helsehjelp, noe som gjør at det er relativt få brukere i den yngste aldersgruppen. Kandidatnummer fra den nasjonale evalueringen ble formidlet til meg med en kort anonymisert beskrivelse og videreformidlet til teamleder i det aktuelle teamet, sammen med informasjonsbrev (vedlegg 2) og samtykkeskjema (vedlegg 3). Teamleder og brukerspesialist i det aktuelle FACT- teamet fikk så i oppgave å spørre de aktuelle kandidatene om de ønsket å delta. Fem av de forespurte kandidatene takket ja til deltakelse,

mens to ønsket ikke å delta. Teamleder rekrutterte en informant utover de foreslåtte kandidatene. fra teamet. Jeg hadde da seks aktuelle informanter.

Som nevnt er FACT teamenes brukergruppe personer med alvorlig psykisk lidelse, inkludert alvorlig rusmiddelavhengighet/misbruk, og de fleste FACT team i Norge følger FACT håndbokens beskrivelse av mål gruppen for FACT (van Veldhuizen, 2013). Informantene i denne studien fylte kriteriene som beskrevet:

- Ha en psykisk lidelse der oppfølging og behandling er påkrevet.
- Ha alvorlig svikt i sosial fungering
- Det vil være en årsakssammenheng mellom disse to kriteriene; det vil si at personenes funksjonssvikt skyldes den psykiske lidelsen
- Tilstanden er ikke av forbigående art, men gjennomgripende og langvarig.
- Det er nødvendig med samordnet hjelp og oppfølging for å gjennomføre en behandlingsplan. (van Veldhuizen, 2013)

Informantene hadde mottatt tjenester fra FACT teamet i minimum 24 måneder og som nevnt samtykket til deltakelse i den nasjonale evalueringen. Det betyr at alle informanter som ble rekruttert i forbindelse med denne masteroppgaven, allerede var deltakere i hovedprosjektet, den nasjonale evalueringen av FACT team i Norge.

Informantgruppen besto til slutt av tre kvinner og tre menn. De hadde alle mange års erfaring som brukere av ulike tjenester og var alle i 40-50 årene. 2 av informantene bodde ikke lenger i opptaksområdet for det aktuelle FACT-teamet, men hadde allikevel kontakt med ansatte i teamet. To av informantene hadde annen etnisk og kulturell bakgrunn enn norsk.

3.4 INTERVJUGUIDE

Det ble utarbeidet en intervjuguide for semistrukturert intervju. Semistrukturert intervju ble valgt for å ha noe ramme omkring intervjusituasjonen med tanke på at det ville kunne skape en tryggere atmosfære for informantene. Tjora (2020) mener informanter til dybdeintervju har en forventning om at intervjuer har klargjort spørsmål og tar ansvar for fremdriften i intervjuet, snarere enn å skulle snakke om løst og fast (Tjora, 2020 s. 158). Selv om rammen for samtale er intervjuguiden, er det viktig at den ikke følges slavisk, men at samtalen er bevegelig og kan åpne opp for nye spørsmål og refleksjon omkring problemstillingen (Tjora, 2020; Malterud, 2017).

Spørsmålene i intervjuguiden (vedlegg 4) tok utgangspunkt i fem områder som av Leamy et.al. (2011) definerer personlig recovery; tidligere beskrevet og forkortet CHIME. Disse er; tilknytning til personer og miljøer, håp og tro på fremtiden, positiv identitet, mening og egenkontroll (Leamy et al., 2011, Borg et al., 2013)

Jeg gjennomførte et digitalt prøveintervju med tidligere kollega og brukerspesialist i et FACT-team, hvor målet var å få tilbakemelding på spørsmålene i intervjuguiden, samt formuleringene. Hun gav meg mange gode innspill, spesielt på ordlyd og formuleringer.

Etter prøveintervjuet og tilbakemeldingene derfra, ble språket gjort mer tilgjengelig. Ord som bedringsprosess og recovery ble konkretisert og gjort mer relevante for informantene.

Spørsmål om håp, ble formulert som *Hvis du ser deg selv 5 eller 10 år frem i tid, hva håper du da at du ser?* og *Vil det være mulig tror du?* Intervjueguiden fikk struktur, men rom for spontanitet, samtidig ikke så flytende at intervjuet kunne oppleves utrygt og formålsløst.

3.5 GJENNOMFØRING

Det kvalitative intervjuet skal ideelt sett innhente kunnskap fra informantenes livsverden – den virkelige virkeligheten hvor utgangspunktet er et fenomenologisk perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Denne masteroppgavens hensikt er å belyse brukernes egne erfaringer og opplevd recovery støtte i FACT.

Planen for gjennomføring av intervjuene var å møte informantene fysisk, men på grunn av en stadig eskalerende korona pandemi mot slutten av 2020 og begynnelsen av 2021 og da spesielt i områdene der det aktuelle FACT-teamet holdt til, ble det i samråd med teamleder i FACT teamet og veileder/forskningsleder, besluttet å gjennomføre intervjuene uten at jeg møtte informantene fysisk. Fem av intervjuene ble derfor gjennomført på telefon, uten at jeg så informantene og et intervju ble gjennomført på den digitale møteplattformen Teams, der informanten og jeg både kunne se og høre hverandre. Tidspunkt for gjennomføring av intervjuene ble avtalt med teamkoordinator og brukerspesialist. Jeg hadde ingen direkte kontakt med informantene i denne prosessen. Fire av intervjuene ble gjennomført i desember 2020 og to i januar 2021.

Tre av informantene ble hentet av brukerspesialist til FACT teamet sine lokaler der intervjuene ble gjennomført. Teamets telefon ble brukt til å ringe meg opp og brukerspesialist var tilgjengelig og tilstede gjennom intervjuene. Et av intervjuene ble gjennomført hjemme

hos bruker med behandler fra teamet tilstede. Her ble også teamets telefon brukt under intervjuet. Et annet av intervjuene ble gjennomført med teamleder tilstede, da det var den brukeren var mest trygg på og ønsket å ha med seg. Dette intervjuet ble gjennomført på Teams og var så det eneste intervjuet hvor informant og jeg kunne se hverandre. De siste to informantene hadde flyttet til annen del av landet og derfor langt fra FACT sitt geografisk området, men hadde fremdeles kontakt med teamet. Disse ble først oppringt av brukerspesialist, og det ble via henne gjort avtale for når det passet at jeg ringte de opp. Her brukte informantene sine egne mobiltelefoner under intervjuet og de var begge alene under intervjuene.

Å skape en trygg atmosfære (Malterud, 2017) var viktig og det ble derfor vurdert, at der det var mulig, skulle informantene ha en teamansatt tilstede under intervjuet, og var tilgjengelig i etterkant. De bidro også til å sikre at informasjonen om prosjektet ble gjort tilgjengelig for informantene, samt sørge for at samtykke skjema ble forstått og signert.

Intervjuenes varighet varierte mellom 20-40 minutter. Høytalerfunksjonen på mobiltelefonen ble brukt og fra den ble intervjuene tatt opp med opptaker lånt av NKROP. Intervjuet som ble gjennomført på Teams, ble på samme måte tatt opp via høytaler i PC.

Jeg opplevde informantene som tillitsfulle og åpne. Flere gav uttrykk for at de likte å snakke om egne opplevelser, og bidro gjerne med informasjon til prosjektet. Noen gav uttrykk for at spørsmålene de fikk, var noe mer krevende enn de tidligere hadde fått og at det ikke alltid opplevde at de fikk sagt det de ønsket. Noen fikk litt bistand av de de hadde sammen med seg til å forklare spørsmålet og hjelpe de i gang.

Videre vil jeg vise hvordan den transkriberte teksten fra intervjuene ble analysert.

3.6 ANALYSE MED SYSTEMATISK TEKSTKONDENSERING (STC)

I dette kapittelet beskrives analysemetoden og analysen av den transkriberte teksten som etter analyseprosessen skal belyse oppgavens problemstilling:

Hva oppleves som støtte i den personlige recoveryprosessen hos brukere i FACT?

Innsamlet datamaterialet ble analysert ved hjelp av K. Malterud sin metode for systematisk tekstkondensering, som er en metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud, 2017, s. 97; Malterud, 2012, s. 795). Metoden muliggjør systematisk analyse av innsamlet data for uerfarne studenter/forskere, som er tilfellet i dette prosjektet, og den kan brukes til analyse av data med ulik grad av teoretisk forankring. Analysemetoden beskrives som en prosess i fire trinn:

1. Helhetsinntrykk – fra «villniss» til foreløpige temaer.
2. Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering
3. Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold
4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

Malterud, 2017 s. 98

Den trinnvise analysen gir en repeterende prosess der ny kunnskap utvikles ved hver gjennomlesning og man søker å finne likheter og/eller mønstre i teksten som generaliseres og kan gi ny kunnskap, teori eller begreper (Malterud, 2017; Kvale & Brinkmann, 2018).

Jeg vil videre beskrive den trinnvise analyseprosessen for denne studien..

3.6.1 Helhetsinntrykk

Første analysetrinn er beskrevet som en rensing av rådata, hvor helheten er viktigere enn detaljene (Malterud, 2017). Lydopptakene ble transkribert ordrett fra rådata (lydopptak). 5 timers lydopptak ble til 30 sider tekst. Jeg valgte å transkribere selv for å få et førsteinntrykk og overblikk over teksten og samtidig få med stemningen under samtale, som sukk, latter, hevet stemmeleie og liknende. Dette ble viktig for helhetsinntrykket, spesielt da de alle intervjuene unntatt ett, ble gjennomført på telefon. Noe av materialet var vanskelig å tolke på grunn av støy, dårlig forbindelse eller utydelig tale hos informant. Dette valgte jeg å kommentere i teksten, som (latter), (utydelig), (sier noe som ikke kan tydes), (hever stemmen). Å transkribere selv gav et bra overblikk over data og et begynnende helhetsinntrykk av det informantene formidlet. Tekstmaterialet på 30 sider fremsto overkommelig og ikke for omfattende. Malterud (2017) skriver at forforståelse og teoretisk referanseramme skal settes i parentes (s.99) i denne fasen av analysen.

I denne fasen ble det valgt 7 temaer som utgangspunkt for kodegrupper i neste analyse trinn.

3.6.2 Meningsbærende enheter

De foreløpige temaene fra trinn 1 ble gjennomgått på ny, der noen ble slått sammen da de sa noe om det samme, og de reviderte foreløpige tema ble grunnlaget for kodegrupper som beskrevet av Malterud (2017).

Teksten ble gjennomgått på nytt og meningsbærende enheter i teksten ble markert sortert etter som de ble vurdert å kunne si noe om problemstillingen. Meningsbærende enheter er deler av teksten som vil kunne være med å besvare problemstillingen (Malterud, 2017). Først ble meningsbærende enheter markert med ulik farge i den transkriberte teksten. Jeg mistet oversikten over temaer, koder og fargekoder og brukte mye tid på denne prosessen. Jeg valgte å klippe ut av teksten de meningsbærende enhetene og overførte de som en sammenhengende tekst i eget dokument. For meg ble det da enklere å sortere meningsbærende elementer under hver av kodegruppene. Veileder minnet meg her på at jeg måtte gå tilbake til den transkriberte teksten, så jeg ikke gikk glipp av viktig informasjon. Jeg gjennomgikk hele teksten på nytt og fant flere meningsbærende elementer, som ble sortert i kodegruppene og som ble tatt med videre til neste trinn i analysen, kondensering.

3.6.3 Kondensering

Malterud (2017) beskriver denne delen av analysen som å sy sammen gamle plagg for så å danne en ny kreasjon. De gamle plaggene er et bilde på de meningsbærende elementene tilhørende hver kodegruppe (Malterud, 2017) s. 106) og var et nyttig bilde å bruke på denne prosessen. På dette trinnet i analysen hadde jeg med meg kodegrupper med meningsbærende elementer under hver av dem. Materiale i hver kodegruppe skal sorteres i 2-3 subgrupper som skal kunne være med å besvare problemstillingen på en nyansert måte (Malterud, 2017).

Kodegruppene fra trinn 3 ble beholdt, det vil si at kondensering ble gjennomført i fire hovedgrupper, med 2 og 3 subgrupper i hver. «Klesplaggene» ble sydd sammen, det vil si at de meningsbærende elementene i hver subgruppe, ble til tekst i jeg-form, et kunstig sitat som en sum av deltakernes stemmer (Malterud, 2017, s. 107). Et «gullsitat» som best mulig illustrerte den kondensatet ble valgt til hver subgruppe. Jeg vil vise et eksempel på kondensat og gullsitat for kodegruppe 1:

KODEGRUPPE 1 MEDBESTEMMELSE

Subgruppe 1	Støtte til å ta egne valg
Kondensat:	Alt er mitt valg som de sier, så jeg tar imot den hjelpen jeg kan få og som jeg synes er bra – jeg styrer jo alt i livet mitt selv. Dem muntra meg opp til å prøve å få gjort noe med livet mitt for det hjelper ikke hvor mye folk prater til deg og sier hva som er galt å sånne ting, det er til syvende og sist en selv som må ta avgjørelsen. Så jeg fikk input at kanskje jeg skulle gjøre det på den måten og hva er planen dit og dit. Nå er det jeg som kommer først i livet mitt. Jeg har fått veldig bra utbytte av FACT teamet – av det jeg har brukt av FACT-teamet.
Gullsitat:	<i>Det hjelper ikke hvor mye folk prater til deg og sier hva som er galt og sånne ting, det er til syvende og sist en selv som må ta avgjørelsen, men så lenge man får en oppmuntring til noe positivt, men det var jo meg selv uansett da...</i>

Tabell 1

3.6.4 Syntese

Kodegruppene med de meningsbærende enhetene ble lest og vurdert på nytt. Malterud (2017) beskriver dette siste analysetrinnet som en rekonstruksjon av tekstbitene, altså de meningsbærende enhetene og kondensatene fra forrige analysetrinn. En av subgruppene ble valgt bort, da jeg vurderte at de meningsbærende enhetene her var få og fortalte mye av det samme, noe som ikke gav et nyansert kondensat. De meningsbærende enhetene ble flyttet til

en annen kodegruppe for å gi flere nyanser til en av subgruppene der. Jeg formet en analytisk tekst, hvor jeg personsformen ble omgjort til tredjepersonform for presentasjon av resultatene og for å skape en analytisk distanse (Malterud, 2017,s.109). Jeg satte navn på fire resultat kategorier som videre vil bli presentert i resultatdelen. De fire resultatkategoriene:

1. Myndiggjøring
2. Tilgjengelig og samordnet hjelp
3. Bli møtt som en person med ressurser
4. Trygghet og håp

Før resultatene blir presentert følger etiske overveielser med prosjektet.

3.7 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER

Etikk i praksisnær kvalitativ forskning, berører forholdet mellom mennesker. Etiske problemstillinger oppstår spesielt når forskningen berører enkeltmennesker, som ved datainnsamling med kvalitativt intervju som metode (Hummelvoll et.al.,2010; Malterud, 2017; Johannessen et.al.,2016).

World Medical Association utarbeidet i 1964 *Helsinkideklarasjonen* som sammenfatter etiske prinsipper for forskning på mennesker, og nevner spesielt hensynet til sårbare grupper (Malterud, 2017 s. 211). Informantene i dette prosjektet, er personer med samtidig rus og psykisk lidelse og regnes i denne sammenheng som en sårbar gruppe. Det åpnes samtidig opp for forskning som vil komme disse gruppene til gode (Hummelvoll et.al.,2010; Malterud, 2017).

Målgruppen til FACT team er en spesielt utsatt gruppe, der den enkeltes samtykkekompetanse må tas med i vurderingen, selv om det foreligger et informert samtykke. Samtidig fremhever Forskningsetisk komite (NESH) i sine forskningsetiske retningslinjer, at forskeren har et spesielt ansvar for å belyse situasjonen til utsatte grupper i samfunnet, fordi det vil kunne bidra til bedre levekår. Å la være å inkludere en bestemt gruppe mennesker i forskning, kan bidra til større grad av sårbarhet (NESH). [Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning | Forskningsetikk](#)

Richards & Schwartz (2002) har sett på om det er spesielle forhold det bør tas hensyn til i den kvalitative forskningen og beskriver risiko og hvordan denne kan minimeres for deltakerne. De lister opp 4 risikoområder (Malterud, 2017 s. 211):

Angst og uro; da det kvalitative intervjuet ofte har som mål og få frem en dypere forståelse eller opplevelse av et problem. Dette kan berøre vanskelige temaer i informantens historie (Richards og Schwartz, 2002 s. 136). I denne studien ble det tatt hensyn til denne risikoen ved at informantene hadde noen de kjente og var trygge på tilstede under intervjuet. De kunne også ta kontakt med meg i etterkant hvis de hadde behov for det, eller få hjelp av andre i teamet til å videreformidle eventuelle spørsmål. Det var to informanter som var alene under intervjuet. Disse hadde tilbud om å ta kontakt med ansatte i FACT-teamet eller meg ved behov. De fortalte at de hadde gode venner og kjærester de kunne snakke med.

Utmyttelse; når forskeren er utdannet helsepersonell, kan det oppstå en «hårfin» balanse mellom dybdeintervju og terapi. Informanten kan også føle seg presset eller forpliktet til å bidra da de er avhengige av å opprettholde en god relasjon til de ansatte i tjenestene (Richards og Schwartz, 2002 s. 136). Deltakerne i denne studien ble gitt informasjon om at deltakelse var frivillig og at gitt samtykke kunne trekkes når som helst. Dette ble gjentatt i intervjuet. Rekrutteringen ble gjort av ansatte i FACT teamet som informantene var i både tillits- og avhengighetsforhold til. Jeg hadde ingen terapeutisk relasjon eller kjennskap til noen av informantene utover det de fortalte i intervjuene.

Feilaktig fremstilling; all forskning er til en viss grad konstruert. Analysen av kvalitative data påvirkes av teoretiske rammer, metode og forskerens forforståelse. Resultatene som fremstilles kan således ses som en versjon av virkeligheten. Gjennom generalisering av individuelle historier kan informantene oppleve at de mister kontroll over egen identitet og de kan oppleve at egne utsagn blir tatt ut av den kontekst de ble fortalt i (Richards og Schwartz, 2002). Jeg må som forsker behandle det innsamlede materialet på en respektfull måte og behandle det som blir sagt så det best mulig samsvarer med hvordan det var ment, dette samtidig som jeg skal forholde meg til de innsamlede data på en vitenskapelig måte (Malterud, 2017).

Gjenkjennelse; kvalitative intervjuer samler inn mye informasjon om personer, som sykdomshistorie, boligsituasjon, livsstil, arbeidsforhold og sosialt nettverk. Et transkribert intervju kan inneholde mye informasjon som kan identifisere en person (Richards og Schwartz, 2002). Informantene i denne studien gav mye informasjon under intervjuene som

direkte transkribert ville identifisert dem. Under transkriberingen ble all tekst anonymisert ved at stedsnavn, årstall, datoer, navn og annen informasjon som kunne gjenkjenne informantene fjernet.

3.7.1 Personvern

Prosjektbeskrivelsen til denne masterstudien, ble sendt til PVO i Sykehuset Innlandet som en endringsmelding av det allerede eksisterende prosjektet med evaluering av FACT team i Norge. Masteroppgaven som delprosjekt fikk tilrådning fra PVO den 15.10.2020 med saksnummer: 9724725 (vedlegg). Teamleder i det aktuelle FACT teamet fikk ansvar for å samle inn samtykkeskjema (vedlegg) og sende de til forskningsleder ved NKROP, Anne Landheim.

Det ble opprettet en egen mappe til dette delprosjektet i sensitiv struktur i Sykehuset Innlandet, der alt av data fra intervjuene ble lagret. Denne mappen hadde kun veileder/prosjektansvarlig og jeg som student tilgang til.

Krav om informert samtykke ble ivaretatt. Informanter som ikke hadde gitt samtykke til deltakelse i hovedprosjektet ble ikke forsøkt rekruttert. Det ble ikke stilt krav om deltagelse og den enkelte informant fikk god og relevant informasjon om formål med dybdeintervju, samt informasjon om gjennomføring og muligheter for å trekke samtykke når som helst i prosessen.

I et semistrukturert intervju kan det kunne komme frem sensitiv informasjon om den enkelte informant, som ikke nødvendigvis har relevans for besvarelse av problemstillingen. Denne informasjonen ble utelukket fra prosjektet.

I neste del av denne masteroppgaven vil resultatene av datainnsamling og analyse av denne presenteres.

4. RESULTAT

Jeg vil i det følgende presentere resultatene av den foregående tekstanalysen. For å tydeliggjøre hva resultatene svarer på vil jeg her gjenta oppgavens problemstilling:

Hva oppleves som støtte i den personlige recoveryprosessen hos brukere i FACT?

- Er det elementer i FACT modellen som særlig bidrar til dette?

Resultatene presenteres under de 4 hovedkategoriene:

- Myndiggjøring
- Tilgjengelig og samordnet hjelp
- Bli møtt som en person med ressurser
- Trygghet og håp

4.1 MYNDIGGJØRING

Informantene fortalte at de av teamet ble støttet og oppmuntret til å ta egne valg. De valgte selv den hjelpen de mente var best for dem og at de med det brukte den delen av teamet som de opplevde som nyttig for seg selv. De beskrev at de selv bestemte i livet sitt og satte seg selv fremst. Sitat: *Nå er det jeg som kommer først i livet mitt.* Informantene fortalte at samarbeidet med teamet var viktig for dem. Enkelte hadde ikke opplevelsen av at de selv bestemte alt, men at teamet i stedet samarbeidet godt med dem når det gjaldt behandlingen. Samarbeidet ble også beskrevet som at teamet og informantene gjensidig hjalp hverandre.

Sitat: *«Jeg bestemmer ikke selv, men vi samarbeider veldig bra sammen. Vi samarbeider sammen om alt som har med sykdommen min å gjøre»*

De fortalte at teamet gav de gode råd og motiverte til endring, men de sa at det var opp til de selv å ta det endelige valget. De opplevde at teamet oppmuntret de til å gjøre endring i livet, i stedet for å fokusere på alt som var galt.

Sitat: *«Det hjelper ikke hvor mye folk prater til deg og sier hva som er galt og sånne ting, det er til syvende og sist en selv som må ta avgjørelsen, men så lenge man får en oppmuntring til noe positivt, men det var jo meg selv uansett da»*

Informantene opplevde at teamet var til stede for de og støttet de i situasjoner som var vanskelige. Det ble påpekt som en positiv egenskap hos teamet at de ikke presset informantene, men var støttende tilstede slik at de kunne møte vanskelige situasjoner og gradvis mestre på egenhånd. De beskrev et team som opptrådte respektfullt og tok hensyn til informantenes ønsker og behov

Sitat: «Når jeg har gått i butikken og da har dem venta på meg på en måte, og så har dem gått med meg ut i det og så har jeg fått ordna ting selv litt og så har dem hjulpet meg litt, bare vært der ved min side hvis det er noe jeg har lurt på, hvis det er småting som skal til for at en skal klare seg selv».

En av informantene opplevde at det var trygt å ha teamet som en støtte og som oppmuntring, og at dette var noe han ikke hadde opplevd tidligere. Han fortalte at press som i sitat: «Nå må du gjøre noe med livet ditt» ble opplevd som negativt og at FACT teamets positive måte å støtte og oppmuntra han på hadde vært den viktigste hjelpen.

Sitat: «Ikke presse deg på en måte som å: Nå må du gjøre! De gjør det ikke negativt de prøver liksom ikke sånn: Kom igjen da nå må du gjøre noe, få noe ut av livet ditt!» det er ikke der liksom, bare jeg vet ikke hvordan jeg skal få forklart det, men dem har hjulpet meg videre med støtte»

4.2 TILGJENGELIG OG SAMORDNET HJELP

Informantene opplevde å få all den hjelpen de trengte fra teamet. De fortalte hvordan teamet dekket alle områder i livet deres og at de fikk hjelp til alt «Mellom himmel og jord». De beskrev hjelpen fra teamet som alt det et hvert menneske trengte og den ble opplevd helhetlig og i liten grad fragmentert. FACT-teamet ble beskrevet som et team som kunne tilby alt det man ellers måtte gjennom et helt system for å kunne få. De opplevde å få støtte fra alle i teamet og hadde god kontakt med flere av team medlemmene. De fortalte at det ble kontinuitet i oppfølgingen ved at flere i teamet kunne bytte på å treffe de. Hvis en ikke hadde tid, var det da en annen som kunne møte de. Når de søkte en person i teamet og den ikke var tilstede, så kunne de snakke med noen av de andre, og få hjelp av de i stedet, der og da. Samtidig ble det fra flere poengtert verdien av å ha en primærkontakt i teamet som man kunne være fortrolig med.

Sitat: *«Dem har lege og sykepleier der og liksom ja, det er det som er hele greien, hele greien som en rusbruker trenger eller det bør ikke være en rusbruker heller, kan være en person som er mye aleine og trenger noen å prate med, som er lettere enn å gå igjennom et helt system for å få det til»*

Sitat: *«Det er som et puslespill, når dem er der er det helt og ikke knekt opp liksom, dem klarer å sette det på plass».*

Informantene fortalte hvordan teamet kunne ha en koordinerende rolle i kontakten med nødvendige tjenester utenfor teamet. Som å minne de på avtaler og også ha en viktig funksjon som støtte inn i møtene. Informantene nevnte at dette kunne være timer hos fastlege, LAR, urinprøvekontroller, tannlege og møter hos barnevernet. De opplevde at med støtte fra teamet ble de modigere og opplevde større grad av mestring.

Sitat: *«...men de hjelper meg å bli med i samtale og hvis jeg trenger støtte...ja sånn hjelp ja ja sånn ja det hjelper mye da tør jeg mer i samtale med.....når jeg er veldig dårlig»*

Sitat: *«Dem kjørte meg i butikken og kjørte meg på kjøpesenteret dem gjorde alt, dem kjørte meg til lege og jeg fikk kontakt med tannlege, dem ordna absolutt alt...»*

En fortalte at han alltid hadde noen i teamet med seg inn i legesamtale, ellers opplevde han at han ikke fikk til noe. En annen hvordan en i teamet hadde kjempet for å få han innlagt og ikke gitt han opp, selv om det hadde tatt mange timer.

Informantene beskrev hvordan teamet fulgte de opp før under og etter institusjonsopphold. De opplevde at teamet brydde seg om hvordan de hadde det, selv om de var innlagt og at de var med på møter i institusjoner og deltok i videre planlegging. En av informantene fortalte hvordan teamet støttet og hjalp han med å finne hjelp videre etter at han flyttet fra distriktet og at de holdt kontakten med han på telefon for å høre hvordan han hadde det.

Sitat: *«Jeg følte at dem brydde seg liksom hvordan jeg hadde det videre og selv om det ikke ble så mye mens jeg var der da (i institusjon), men innimellom hadde vi kontakt og vi hadde møte der oppe og de kom opp dit og hadde et møte der om hvordan videre opplegg og hele pakka»*

Sitat: Selv om jeg ikke har hatt dem med meg i alt i livet mitt, så har dem vært en del av det. De har vært med på veldig mye så de har sett min utvikling, så det er derfor de vil ringe å se hvordan det går innimellom da vet du»

FACT-teamet ble opplevd som lett tilgjengelig og terskelen for å ta kontakt som lav. Informantene beskrev teamet som et lavterskeltilbud og de delte erfaringer om å bli møtt på en positiv og respektfull måte når de tok kontakt. De kunne ta kontakt med teamet hvis de hadde det dårlig og trengte hjelp, hvis de trengte å spørre om noe eller hvis de bare ville slå av en hyggelig prat. De kunne snakke med de ansatte i teamet om alt. Uansett grunn til at de ringte, opplevde de positiv respons fra teamet. Det å ha teamet i nærheten og at de responderte raskt, ble opplevd som trygt og noe de ikke var vant med fra tidligere kontakt med hjelpeapparatet. En av informantene beskrev og tidligere ha opplevd og ikke få tak i behandler under i en opplevd krisesituasjon. Dette ble fortalt som en kontrast til den tryggheten vedkommende følte på i kontakt med FACT teamet og den gode tilgjengeligheten.

Sitat: «Når jeg ringer dem og ber om hjelp er de positive og de respekterer meg og de prøver bare å si fine ord til meg. Jeg føler meg trygg når jeg ringer dem og ber om hjelp og jeg er veldig trygg på alle sammen og de svarer med en gang jeg ringer»

Sitat: «De har vært der hvis det var noe jeg trengte å spørre om, og i perioder hvor jeg ikke har hatt kjæreste, har det vært bra å kunne ringe de å snakke om alt mulig»

4.3 BLI MØTT SOM EN PERSON MED RESSURSER

Informantene fortalte om støtte og hjelp av teamet til å få arbeid og at spesielt arbeidsspesialisten i teamet ble opplevd som en viktig støttespiller fordi vedkommende var både effektiv og hadde god kjennskap informantene og hvilken jobb som kunne passe best. De beskrev det å ha et arbeid som viktig og hvordan jobben hadde fått de til å tenke annerledes om seg selv og en fortalte at på jobb møtte hun normale mennesker og fikk tilbakemeldinger på at hun selv var normal og ikke gal som hun sa. En av informantene opplevde arbeidet i et serviceyrke, som «å bli satt fremst» av arbeidsgiver og at dette måtte bety at hun gjorde en god jobb. Å ha en jobb skapte et viktig skille mellom arbeid og fritid og at arbeidsgiver ikke brydde seg om hva de gjorde på fritida, bare de kom presis og gjorde en god jobb.

For de som var i arbeid, ble det opplevd som en styrke og noe som påvirket dem psykisk på en god måte. De beskrev jobben i seg selv som viktig, men også den sosiale kontakten med kolleger og arbeidsgiver.

Sitat: «Å ha en jobb for meg betyr å være fornøyd med meg selv, være sosial og penger, men penger er ikke det primære for meg med jobben, åhhh det gjør meg bra psykisk!»

Informantene fortalte også om hvordan teamet også hadde hjulpet de til meningsfylt aktivitet, der hvor arbeid ikke var aktuelt. En av informantene fortalte at hun raskt hadde fått dagsentertilbud etter at hun ble inkludert i teamet. Å komme seg ut for å treffe andre ble beskrevet av flere som viktig og en hjelp til å fokusere på andre ting enn sykdom.

Sitat: Etter at jeg begynte i FACT-team fikk jeg tilbud om dagsenter med en gang, det har hjulpet meg å komme meg ut å treffe folk. Det er viktig for meg å komme meg ut, komme i aktivitet og ikke bare sitte inne og tenke på sykdommen»

Informantene beskrev seg selv som positive personer med mye ressurser og de opplevde at teamet bidro til og støttet de i å ha et mestringsorientert fokus og et positivt selvbilde. De fortalte hvordan teamet gav de positive tilbakemeldinger som gjorde at de fikk mer tro på seg selv.

Sitat: «De gir meg mange komplimenter hver gang de er her, de gjør så jeg får mer tro på meg selv»

Sitat: «Jeg er smart ... så vet jeg ikke mer...og jeg har mye ressurser...jeg kan gjøre så andre smiler, DET liker jeg med meg sjøl»

Informantene fortalte at de ansatte i teamet hadde et positivt bilde av de og ville ha beskrevet de som oppegående, positive, ressurssterke og med egenskaper som snille, hyggelige og omsorgsfulle.

Sitat: «Jeg var ikke det før, men jeg liker meg bedre sjøl at jeg er den jeg er. Jeg har aldri fått noe negativt fra folk, de tar meg som en veldig positiv person og er lett å ha med å gjøre, veldig tilpasningsdyktig ...»

4.4 TRYGGHET OG HÅP

Informantene opplevde relasjonene til de som jobbet i FACT- teamet som trygge. De fortalte hvordan de som jobbet i teamet ble opplevd som trygge både gjennom det de sa og gjennom sin tilstedeværelse. De opplevde at teamet virkelig brydde seg om de og at de kunne stole på at de var der for de når de trengte det.

Sitat: *«...og ble jeg nervøs, så var dem der hver dag for meg»*

Noen beskrev også tryggheten i å ha en kontakt i teamet som de kjente ekstra godt og som de kunne snakke med om alt. Informantene opplevde at teamet snakket til de på en rolig og respektfull måte som innga trygghet og tillitt.

Sitat: *«...de snakker med god stemme og med gode ord. De får meg til å være trygg her og de sier at: Du er trygg. De prøver å få meg til å slappe av, til å roe...»*

Informantene opplevde at de hadde det bedre etter at de fikk kontakt med FACT-teamet. De hadde tro på at teamet kunne hjelpe de og opplevde at de var sitat: *«på en bedre vei»* sammen med teamet. Noen beskrev hvordan de gjennom kontakt med teamet hadde fått kunnskap om at det var pågående forskning som gav håp om bedring av den psykiske lidelsen og bedre medisiner.

Sitat: *«Fordi jeg vet at det er et eksperiment som foregår i hele verden om sykdommen og jeg vet dette og jeg vet at det finnes håp og også medisin for å hjelpe oss som lider av dette»*

Sitat: *«Jeg er blitt mye bedre etter at jeg kom til FACT-teamet. Jeg har ikke stress, litt mindre enn jeg hadde før. I stedet for å ha tjuefire timer har jeg bare to til tre timer med stress. Jeg er på en bedre vei med FACT-teamet»*

De fortalte om tidligere opplevelser av å ha vært i et destruktive relasjoner som de hadde fått hjelp av teamet til å komme ut av, og hvordan dette hadde endret opplevelsen av verden og de selv. Sitat: *«... jeg måtte ha noen på utsiden av det forholdet jeg var i... jeg trodde verden var normal men den var ikke det...jeg måtte ha kontakt med andre folk for å skjønne at det ikke var sånn verden fungerte.»*

Informantene uttrykte at de var på et bedre sted i livet og de beskrev hvor viktig det var å tenke fremover og ha fokus på det som var positivt. De opplevde at teamet hadde bidratt til dette. Sitat: *«Dem har gjort meg ... hadde det ikke vært for dem så hadde jeg ikke stått her i*

dag.» Informantene beskrev et fremtidsbilde av seg selv, hvor de klarte å være avholdende fra rusmiddelbruk, de hadde stabil økonomi, jobb og gode relasjoner, som familie, venner og barn.

Sitat: «Jeg håper å se det jeg er i og kommet et mye lenger stykke på veien og at jeg er langt vekk fra rus... det er tanker at jeg liksom får jobba videre med meg sjøl på veien nå. Man blir jo aldri utlært»

Sitat: «... jeg ønsker bare å være frisk, ikke mer enn helsen. Og ha god familie og gode venner, ikke noe mer»

Sitat: «... jeg står fast der hvor jeg står nå og fortsatt klarer å holde meg unna rus og får være psykisk opp rett i hodet mitt så jeg kan leve et normalt liv...»

I neste del av denne masteroppgaven vil jeg diskutere resultatene jeg her har presentert, sett i lys av tidligere forskningsresultater og det teoretiske rammeverket.

5. DISKUSJON

Denne masteroppgavens hensikt har vært å undersøke *hva brukere i FACT opplever som støtte i sin personlige recovery prosess*. Diskusjonsdelen presenteres todelt i resultat- og metodediskusjon.

En resultatdiskusjon skal vurdere ulike tolkninger av funnene, samt løfte frem det som er nytt sammenliknet med tidligere forskning. Refleksjon over metodevalgenes styrker og svakheter skal gjenspeiles i metoderefleksjonen (Malterud, 2017, s. 118).

5.1 DISKUSJON AV RESULTATER

Resultatene drøftes i lys av tidligere og nyere forskning, i relasjon til FACT-modellen og områdene for personlig recovery CHIME; *tilknytning til personer og miljøer, håp og tro på fremtiden, gjenoppbygging av en positiv identitet, mening og egenkontroll* (Leamy et.al., 2011; Borg et.al., 2013).

Nå er det jeg som kommer først i livet mitt!

De seks informantene som bidro med sine erfaringer til denne studiene, beskrev alle at i relasjon til FACT opplevde de stor grad av medbestemmelse, delaktighet og kontroll over prosesser som angikk eget liv. De uttrykte at det var deres egne ønsker og behov som var grunnlaget for den hjelpen de fikk og at teamet fungerte som støtteapparat i prosessen. Flere gav eksempler fra samtaler og situasjoner de hadde vært i med de ansatte i FACT. De uttrykte viktigheten av å bli ansvarliggjort, men ikke overlatt til seg selv. Få støtte og gode råd, men selv ta de endelige beslutningene. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer nettopp *empowerment* eller *myndiggjøring* på norsk som «en prosess der personer oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres liv» (WHO (1998) på www.mestring.no).

Informantenes beskrev opplevelsen av kunne ta frie og godt informerte valg. De opplevde at de selv satt i *førersetet* og styrte sin *recovery reise*. De vektla støtten fra de ansatte i teamet og deres sensitivitet og evne til å forstå når de skulle aktivt hjelpe og når de skulle trå til siden og bare være tilgjengelige. CHIME beskriver myndiggjøring som et av de fem hovedområdene, hvor personlig ansvar, egenkontroll og fokus på mestring og ressurser står sentralt (Leamy et.al., 2011)

Informanten beskrev de ansatte i teamet som respektfulle og støttende. De var lydhøre og lojale mot brukerens egne mål og unngikk å tvinge gjennom synspunkter og antagelser om hva som hadde betydning, men fokuserte heller på brukerens egne livsmål. Sluttrapporten etter den første FACT evalueringen (Landheim & Odden, 2020) viste at behandlingsplanene i liten grad inneholdt brukernes egne ønsker og mål og at teamene hadde et potensialet når det gjaldt å jobbe mer recovery orientert (Landheim & Odden, 2020, s. 144). Uten at dette er vektlagt i funnene, var det få av informantene i denne studien som kjente til om de hadde en behandlingsplan. Til tross for dette viser funnene at de hadde en klar opplevelse av at deres mål og ønsker var i fokus. FACT modell beskrivelsen er dog tydelig på at teamet sammen med brukeren skal utforme en recovery orientert behandlingsplan (van Veldhuizen, 2013). En nyere kvalitativ studie av hva som fremmer og/eller hemmer medborgerskap i FACT viste at brukerne opplevde en klar forskjell på FACT og tjenester de tidligere hadde mottatt. Fra opplevelsen av å ikke fortjene hjelp til å føle seg myndiggjort gjennom fokus på deres egne ønsker og behov (Brekke et.al.,2021)

Informantene beskrev en del negative erfaringer fra før de ble inkludert i FACT, spesielt at hjelpen ikke var tilpasset deres behov, mens FACT modellens håndbok (van Veldhuizen, 2013) har *empowerment og recovery-orientering* som en del av sine grunnprinsipper. Håndboken antyder at det å oppsøke brukerne på dere hjemmearena gir bedre mulighet til å fremme selvhjelpenhet hvor brukeren sammen med teamet formulerer og jobber mot egne mål i tilknytning til sine omgivelser (van Veldhuizen, 2013 s. 19).

Tvungent psykisk helsevern kan benyttes i Norge, etter vilkår i *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (Lovdata.no). Det er kjent at målgruppen for FACT i kortere eller lengre perioder kan være underlagt tvungent psykisk helsevern. Informantene i denne studien ble ikke spurt om status relatert til tvang og det kom heller ikke opp som tema under intervjuene. En av informantene gav uttrykk for å ikke bestemme selv i sin behandling, men samme informanten beskrev samtidig et gjensidig og godt samarbeid med teamet om alt som hadde med behandlingen å gjøre. Evalueringen av FACT i Norge, viser at oppholdsdøgn og innleggelser på tvang ble redusert med nesten det halve, 2 år etter inntak i FACT (Landheim & Odden, 2020 s. 146). Bruken av tvang skal systematisk evalueres og diskuteres og praksis må være minst mulig inngripende og krenkende (van Veldhuizen, 2013).

(...) *alt mellom himmel og jord!*

De fleste informantene beskrev å få all den hjelpen de trengte fra teamet. De opplevde at FACT hadde all den kompetansen som skulle til for å hjelpe de. FACT ble beskrevet som en integrert helhet i motsetning *det store systemet* de tidligere hadde forholdt seg til. Helhetlig og praktisk hjelp ble trukket fram som styrken i FACT. Som et bilde på dette, beskrev en av informantene at livet besto av mange puslebrikker, som sammen med FACT ble et helt bilde. Lofthus et al. (2016) fant i sin studie av recovery i ACT at helhetlig og fleksibel hjelp, hjalp brukerne til å bedre konsentrere seg om sin egen recovery prosess.

Landheim og Oddens sluttrapport (2020) konkluderer med at det gis til dels parallelle tjenester i FACT og kommunene (s.146). Så var tilfelle for informantene i denne studien også. Det ble nevnt instanser som NAV, LAR, fastlege og barnevern, som nødvendige å samarbeide med. NAV om økonomi, LAR og fastlege når det gjaldt medisiner og barnevern der informantene hadde omsorg for eller kontakt med barn under 18 år. Informantene beskrev god støtte fra de ansatte i FACT i kontakt med nevnte instanser. De klarte å gjennomføre møter med nødvendig hjelp og forankre et samarbeid, som de ikke hadde klart tidligere. Støtten fra andre er sentral i den personlige recovery prosessen, selv om den også defineres som en dypt personlig prosess som kan finne sted uten innblanding fra andre (Leamy et.al.2011; Anthony, 1993).

Bør flere tjenester inkluderes i FACT for å fremstå som et integrert tilbud til personer med samtidig rus og psykisk lidelse? Komplekse systemer blir opplevd som en barriere for recovery hos personer med ROP lidelser og særlig der rus- og psykiske helsetjenester var organisert i to instanser (Ness et.al., 2014). Funn fra nyere studie om medborgerskap i FACT, viser dog at hjelp i samarbeidet med instanser utenfor teamet, har gitt brukerne en økt følelse av kontroll og mindre strev i hverdagen (Brekke et.al., 2021). I FACT modellen kalles den koordinerende funksjon hos en ansatt som Case Manager (CM). I rollen skal den ansatte bidra til å koordinere alle tjenestene brukeren er i behov av. Samtidig skal CM bidra og legge til rette for brukerens recoveryprosess. CM følger tett opp og ivaretar brukeren uavhengige av hvor i prosessen hen er, uten å slippe de langsiktige målene av syne jfr. Timeglassmodellen (fig. 1) (van Veldhuizen, 2013).

Tilgjengeligheten til FACT-teamet ble opplevd som svært god av informantene. Det var alltid noen de kjente som hadde mulighet til en sosial prat eller ved opplevd krise. At FACT fremsto som et team og der brukerne var blitt godt kjent med flere, styrket opplevelsen av

teamets tilgjengelighet. Ikke bare tilgang på tjenester, men tilgjengelige tjenester etter behov, betyr noe for den personlige recovery prosessen (Leamy et.al., 2011). I modellbeskrivelsen for FACT, skal brukerne ha krisetjenester tilgjengelig 24/7. I Norge har de fleste FACT-team begrenset åpningstid, få har brukerstyrte døgnplasser og krisetjenestene har ikke tilgang eller kjennskap til brukerens kriseplan (van Veldhuizen, 2013; Landheim & Odden, 2020). Ingen av informantene i denne studien beskrev begrenset åpningstid som et opplevd hinder. I Brekke et.al. (2021) sin studie ble det å kunne sende en SMS til en ansatt i FACT på kveldstid opplevd som en tilgjengelighet, i visshet om at vedkommende ville lese den dagen etter. Andre studier blant ROP-brukere har derimot vist at tilgjengelighet på kveld og helger, blir trukket fram som spesielt viktig for opplevelsen av et tilgjengelig team (Biong og Soggiu, 2015).

Informantene beskrev å bli møtt på veldig god måte når de tok kontakt med teamet. De følte seg aldri avvist, noe som sto i kontrast til tidligere opplevelser med hjelpeapparatet. Hva gjør FACT til en tilgjengelig og fleksibel tjeneste? Er det egenskaper hos de ansatte, modellen eller en kombinasjon av dette? I en undersøkelse blant ansatte i et FACT-team i Danmark, nevnes lav caseload (antall brukere per CM) som en essensiell faktor for opprettholdelsen av tilgjengelighet, fleksibilitet og oppsøkende virksomhet. For mange brukere per ansatt ble opplevd som et hinder for recovery fokusert arbeid (Nielsen et.al., 2021). FACT- team med for mange brukere vil få problemer med å tilby tjenester etter intensjonen i modellen (van Veldhuizen, 2013).

(...) så jeg får mer tro på meg selv!

Informantene beskrev det å få hjelp til å være i arbeid eller aktivitet som sentralt for gjenoppbygging av positiv identitet. Rollen som arbeidstaker i motsetning til rollen som pasient, fikk en av informantene til å tenke at hun også var *normal* og ikke *gal*. Det endret mye av hennes oppfattelse av seg selv. En annen beskrev det sosiale med kolleger som viktig og at jobben generelt gjorde godt psykisk. I relasjon til FACT var det å bli møtt som en person med ressurser særlig vektlagt blant informantene i denne studien. Arbeidsspesialistens rolle ble nevnt av flere, som et bidrag til dette. Gjenoppbygging av en positiv Identitet og Mening er to av områdene i CHIME, der arbeid og aktivitet kan bidra til blant annet økt livskvalitet, egenaksept og å overkomme stigma (Leamy et.al., 2011). Å holde fokus på ressurser og positive egenskaper beskrives av informanter i flere studier som sentralt i recoveryprosessen (Ness et.al., 2014; Brekke et al., 2021; Biong og Soggiu, 2015). FACT-

modellen beskriver arbeidsspesialistens rolle som sentral for brukernes tilknytning til samfunnet. Arbeidsspesialisten skal følge brukeren tett og bidra med veiledning og støtte i jobbsøkerfasen og som arbeidstaker. IPS (individuell jobbstøtte) som metodikk, er anbefalt i FACT og målet skal være lønnet arbeid (van Veldhuizen, 2013). Målgruppen for FACT har i liten grad vært representert i det ordinære arbeidsmarkedet, men en nyere RCT studie viser at IPS metodikken øker muligheten for ordinært arbeid signifikant (Holmås et.al., 2021). Overraskende nok beskrev informantene i denne masterstudien andre faktorer enn lønn som vesentlig viktigere for deres recovery prosess enn lønn.

For informantene i denne masterstudien var et ressursfokus viktig. Da de ble bedt om å beskrive seg selv, var alle udelt positive. De beskrev egenskaper som *smart, ressurssterk, hyggelig, omsorgsfull, tilpassningsdyktig (...)*. Det var essensielt i deres recoveryprosess at de fokuserte på positive egenskaper sammen med teamet. Funnene kan vise at FACT-teamet har lyktes i å holde fokus på bedringsprosesser (jfr. Timeglasset fig.1).

(...) jeg vet at det finnes håp!

Samtlige informanter formidlet håp og tro på fremtiden. De var optimistiske og hadde tro på at de ville lykkes. FACT ble beskrevet som en sentral bidragsyter til optimismen og håpet, gjennom å være trygge stabile relasjoner. Brukerspesialisten i FACT blir ofte beskrevet som sentral i formidling av håp. Dette i lys av egen erfaring (van Veldhuizen, 2013; Brekke et.al., 2021; Landheim og Odden, 2020). Funnene i denne studien peker ikke på en spesiell funksjon i teamet. Faktorer som påvirker håp i CHIME, er først og fremst troen på at recovery eller bedring er mulig, men også det å ha drømmer for fremtiden og relasjoner som inspirerer til håp (Leamy et.al., 2011).

5.2 DISKUSJON AV METODE

Videre følger diskusjon av metodevalg for denne masteroppgaven. Metoden skal belyse problemstillingen eller forskerspørsmålet på best mulig måte og bestemmer hvilken metodestrategi som velges. I denne studien har jeg valgt kvalitativ metode med dybdeintervju for å belyse problemstillingen; *Hva oppleves som støtte i den personlige recoveryprosessen, hos brukere i FACT?* Malteruds artikkel i Tidsskrift Norsk Lægeforening (nr. 25, 2002; 122) diskuteres hvorvidt kvalitativ metode kan vurderes vitenskapelig. Malterud legger her vekt på

refleksivitet, relevans og validitet, noe hun også senere beskriver som grunnlagsbetingelser for vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2017 s. 18).

5.2.1 Refleksivitet

Refleksivitet beskrives som en holdning og en erkjennelse av at kunnskapen ikke er forutsetningsløs. Det handler om å forholde seg til forutsetningene som omgir og former kunnskapen som kommer ut av prosessen. Dette gjelder spesielt forskerens posisjon og perspektiv, herunder forforståelse og teoretisk referanseramme. Denne påvirkningen må vurderes i alle ledd av forskningsprosessen, da den bestemmer hvilken side av virkeligheten som beskrives. Spørsmålet er ikke OM forskeren påvirker prosess, snarere hvordan dette kan forebygges. Forskeren forplikter seg med dette refleksivitet (Malterud, 2001 s. 483; Malterud, 2002, s. 2472). Jeg har gjort rede for min forforståelse innledningsvis. Min fagbakgrunn, interesse og erfaring har farget prosessen fra valg av tema og problemstilling, til valgt teoretisk forankring, gjennomføring av intervju med informantene, analyse og resultatpresentasjon. Jeg har forsøkt å være åpen om min nærhet til studiens tema gjennom tidligere og nåværende arbeid, interesse og positive holdning. At jeg valgte en problemstilling som kun er opptatt av det som støtter og ikke det som hindrer, er påvirket av min forforståelse. Nærhet til stoffet kan forhindre refleksivitet (Malterud, 2017). Samtidig gir det en avgrensning av problemstillingen som jeg håper gir studien et klarere fokus.

Jeg har lang erfaring med samtalebehandling og annen oppfølging av personer som er i målgruppen for FACT, altså personer med samtidig rus og psykisk lidelse. Jeg håper jeg med dette, til tross for manglende erfaring med intervju i forskningsøyemed, har klart det som Kvale og Brinkmann (2015) beskriver som *håndverksmessig dyktighet* der fokuset er rettet mot informanten og den kunnskap man ønsker å innhente, fremfor fokus på intervjueteknikk (s. 86). Richards og Schwartz (2002) mener at man som helsepersonell med behandlingserfaring må være klar over risiko for at forskningsintervjuet kan få preg av terapi (s. 136). Dette har jeg gjort rede for i etiske overveielser tidligere i oppgaven. Intervjuene med informantene ble gjennomført via telefon og teams. Denne distansen kan ha redusert noe av risikoen for at intervjuene ble terapeutiske i formen.

Intervjuguiden hadde en klar teoretisk forankring som påvirket informasjonen som ble samlet inn under intervjuene, da spørsmålenes innhold og strukturen på intervjuet, ble laget etter de fem områdene for recovery i CHIME. Denne teorien fungerte som «linse» i analyseprosessen, selv om tolkningen er gjennomført i en induktiv prosess. Å holde fokus på det induktive og

iterative i analysen, ble svært viktig, for at ikke teorien skulle «overdøve» det empiriske materiale (Malterud, 2017). Dette var tidvis en krevende prosess som jeg gjennomførte alene. Jeg fikk god hjelp av veileder til å «snu og gå tilbake» for å se på materiale på nytt, men jeg kunne sikret kvaliteten i analysen bedre ved å involvere flere i prosessen. Malterud (2017) mener at man sammen med andre kan skape et analytisk rom med flere nyanser, og sikrer bedre at viktige detaljer i det empiriske materiale blir tatt med (s. 100).

5.2.2 Validitet

Å validere er å stille spørsmål ved eller kontrollere kunnskapens kvalitet, gyldighet og om valgt metode best belyser problemstilling (Malterud, 2017; Kvale og Brinkmann, 2015).

En kvalitativ metode med dybdeintervjuer ble valgt for å undersøke hva FACT-team brukerne opplevde som støttende i sin personlige recovery prosess. Kvalitative forskningsmetoder kan gi kunnskap om menneskets erfaring og opplevelse og gi oss innblikk i dynamiske prosesser som utformes hos enkeltmennesket. Innsyn i slike prosesser kan bidra til ny kunnskap (Malterud, 2017). En kvantitativ metode ville derfor gitt begrenset informasjon til å svare på det problemstillingen spør om. Formuleringen av valgt problemstilling har gjennomgått små justeringer, uten at dette har påvirket hva som undersøkes.

Samsvar mellom teori, begreper og virkeligheten som måles, kalles begrepsvaliditet (Leseth og Tellmann, 2018 s. 17). Jeg har gjort rede for relevante begreper og det teoretiske rammeverket innledningsvis og i den teoretiske delen som beskriver teoretisk forankring og tidligere forskning. De fem områdene for personlig recovery som CHIME utgjør (Leamy et.al, 2011) fungerer som teoretisk «linse» og gir studien fokus og avgrensning.

Intern validitet handler om hvordan funnene gir svar på det som forskeren har ønsket å undersøke, om datamaterialet som er samlet inn er relevant (Malterud, 2017; Leseth & Tellmann, 2018). Jeg har i denne studien beskrevet intervjusituasjonen og at intervjuene ble gjennomført på telefon og data. Jeg har gjort rede for fordeler og ulemper med denne intervjuformen. Under transkribering kom det frem informasjon som jeg ikke klarte å fange opp under intervjuet pga. lyd kvaliteten, men som jeg klarte å tyde i ettertid. Denne informasjonen var relatert til problemstilling, men jeg mistet muligheten til oppfølgingsspørsmål som kunne gitt denne mer dybde og nyanser.

Når forsker og informant gis visuell anonymitet, kan dette redusere forskers påvirkning på informanten og med det informasjonen (James & Busher, 2012). Distansen som ble skapt ved å gjennomføre intervjuene på denne måten, kan ha gjort det enklere for informantene å dele sine erfaringer og med det bedret informasjonsstyrken.

De seks informantene fikk alle behandling og oppfølging fra et FACT-team og var med det adekvate kunnskapskilder. Kunnskapen som har kommet fram i denne studien gjelder et lite utvalg av informanter fra det samme FACT-teamet. Dette er en klar begrensning ved studien, men da dette er en masteroppgave har det vært en nødvendig begrensning for å få studien gjennomført. Jeg har grundig gjort rede for utvalg og fremgangsmetode tidligere. Empiriske data fra et stort antall informanter er ikke vanlig i kvalitative studier, men god informasjonsstyrke og et strategisk utvalg kan gi et grunnlag for ny kunnskap og overførbarheten øker ikke nødvendigvis proporsjonalt med antall informanter (Malterud, 2017).

Ekstern validitet handler om overførbarhet eller generaliserbarhet. Kvalitative studier generaliserer ved hjelp av teori og analyse (Leseth & Tellmann, 2018 s. 18). Denne studien har en teoretisk forankring i FACT og CHIME som er den konteksten analysen og tolkningen har utviklet seg i. Leseth og Tellmann (2018) mener grunnlaget for generaliseringen ligger her (s. 18). Norge har i dag 60-70 FACT-team (Landheim & Odden, 2020). For å kalle seg et FACT-team, stilles krav om en viss modelltrofasthet, det vil si at teamene jobber etter de samme prinsippene som beskrevet i modellen. Med bakgrunn i dette mener jeg at kunnskapen fra denne studien, dels kan generaliseres til å gjelde alle FACT-team. I Kvale og Brinkmann (2018) stilles det spørsmål ved om all kunnskap til enhver tid må være universell og gyldig for alt og alle i alle sammenhenger (s. 289). En pragmatisk tilnærming vil derimot oppfatte den empiriske kunnskapen fra kvalitative studier som sosialt og historisk kontekstualiserte måter å forstå og handle i verden på (s. 290).

5.2.3 Relevans

Gyldigheten av kunnskapen avhenger av om noen kan bruke den til noe (Kvale & Brinkmann, 2018). Er kunnskapen fra denne masteroppgaven relevant for andre? Spørsmålet om relevans gjelder alle ledd i forskningsprosessen og jeg har gjort rede for problemstillingens relevans innledningsvis. Det er gjort flere studier på hva som fremmer eller støtter recovery, noen av disse er referert til innledningsvis. Etableringen av FACT i Norge og recovery orientert

praksis, har lenge vært et mål for norske helsemyndigheter. Forskningsfeltet er i stadig utvikling og nye studier er publisert.

Kunnskapen fra denne masteroppgaven vil kunne være relevant for andre FACT-team, men også for andre tjenester som gir psykisk helsehjelp til personer med samtidig rus og psykisk lidelse. Kan det være relevant å gjøre tilsvarende undersøkelse blant brukere i andre FACT-team og sammenligne resultatene? Vi vil da kunne få et bredere og mer valid kunnskapsgrunnlag relatert til problemstillingen denne studien stiller. Jeg vil også foreslå å undersøke nærmere recovery i FACT hos de som er underlagt tvungent psykisk helsevern.

Kunnskapen fra denne studien kan fremstå noe ubalansert, ved at den fokuserer på opplevd støtte og ikke hva som begrenser eller hemmer recovery i FACT. Høsten 2021 publiserte Brekke et.al sin kvalitative studie om medborgerskap i FACT. Her ble både hemmende og støttende faktorer undersøkt. Medborgerskap og personlig recovery er til dels overlappende temaer, men tilsvarende undersøkelse relatert til CHIME kunne vært relevant.

En kvalitativ studie gir ingen effektmål. Hvorvidt FACT er virksomt kan ikke studien gi svar på. For å undersøke effekten av tiltak, må det brukes kvantitative metoder (Malterud, 2017 s. 49).

6 KONKLUSJON

Denne masteroppgavens hensikt har vært å utforske hva brukere i FACT opplever som støtte i sin personlige recoveryprosess og samtidig se om det er elementer i FACT modellen som særlig bidrar til dette.

Kontroll over beslutninger og handlinger som påvirket egen helse og hjelp i tråd med egne ønsker og behov bidro til at brukerne i FACT opplevde seg myndiggjort.

Tilgjengelig og samordnet hjelp ble opplevd som en styrke med FACT og at teamet kunne tilby et bredt spekter av tjenester.

Arbeid og aktivitet og arbeidsspesialistens rolle sto sentralt. Ved å bli møtt som en person med ressurser, fremmet dette en positiv identitet og selvfølelse.

FACT bidro til optimisme og håp for fremtiden gjennom trygge og stabile relasjoner.

Økt brukermedvirkning, recoveryfokuserede tjenester og bedret samhandling mellom tjenestenivåene er satsningsområder hos norske helsemyndigheter. Funnene i denne masterstudien viser at overfor ROP gruppen kan FACT som modell være et godt bidrag til disse områdene.

LITTERATURLISTE

1. 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).
2. Aakerholt, A. (2013). *ACT – håndbok*. (2.utgave). Nasjonal Kompetansetjeneste ROP.
3. Brekke, E., Clausen, H.K., Brodahl, M., Lexen, A., Keet, R., Mulder, C.L. & Landheim, A.S. (2021). Service User Experiences of How Flexible Assertive Community Treatment May Support or Inhibit Citizenship: A Qualitative Study. *Frontiers in Psychology*, 12.
4. Biong, S. & Soggiu, A-S. (2015). «Her tar de tingene i henda og gjør noe med det» Om recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12 (1), 50 -60.
5. Borg, M. Karlsson, B. Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser – En systematisk kunnskapssammenstilling*. (Rapport nr 4/2013). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (Napha).
6. Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., Bhunnoo, S., Browne, I., Chhina, N., Double, D., Downer, S., Evans, C., Fernando, S., Garland, M.R., Hopkins, W., Huws, R., Johnson, B., Martindale, B., Middleton, H... Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*, 201, 430–434.
7. Davidson, L. & Schmutte, T. (2020). What is the meaning of recovery? *The palgrave handbook of American mental health policy*.
8. Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. (2.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
9. Deegan, P.E. (1989). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), 11-19.
10. Forskningsrådet. Forskning om koordinerte tjenester til personer med sammensatte behov, kunnskapsnotat. Norges forskningsråd; 2019.
11. Gilje, N & Grimen, H (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Universitetsforlaget.

12. Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
13. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Sammensatte tjenester – samtidig behandling. In: Helsedirektoratet, editor. Oslo: Helsedirektoratet; 2012
14. Holmås, T.H., Monstad, K. & Endresen, R.S. (2021).
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113691>
15. Hummelvoll, J.K. Andvig, E. Lyberg, A. (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Gyldendal.
16. James, N & Busher, H. (2012) Internet Interviewing
17. Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (5 utgave). Abstrakt forlag.
18. Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal.
19. Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. (3 utg). Gyldendal Norsk Forlag. *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Gyldendal Norsk Forlag.
20. Landheim, A. & Odden, S. (red.). (2020). Evaluering av FACT -team i Norge. Sluttrapport. Hamar: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet.
21. Landheim, A. Wiig, F.L. Brendbekken, M. Brodahl, M. & Biong, S. (2016). *Et bedre liv – Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*. Gyldendal Akademisk.
22. Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199 (6), 445-452. Hentet fra doi: 10.11.92/bjp.bp.110.083733
23. Leder (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2008 (2) 102.
24. Leseth, A.B. & Tellmann, S.M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning*. Cappelen Damm Akademisk.

25. Lofthus, A-M., Westerlund, H., Bjørgen, D., Lindstrøm, J.C., Lauveng, A., Rose, D., Ruud, T. & Heiervang, K. (2016). Recovery concept in a Norwegian setting to be examined by the assertive community treatment model and mixed methods. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 147 – 157.
26. Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
27. Malterud, K. (2012) *Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis*. *Scand J Publ Health*. 2012; 40(8); 795-805.
28. Malterud, K. (2016). Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how? *Scandinavian Journal of Public Health*, 2016; 44: 120–129.
29. Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger, *Tidsskrift Norsk Lægeforening* nr. 25, 2002; 122: 2468–72.
30. Ness, O., Borg, M. & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual
31. recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in dual diagnosis*, 7 (3), 107 – 117.
32. Nielsen, C.M., Hjorthøj C., Nordentoft, M. & Christensen, U. (2021). A
Qualitative
33. Study on the Implementation of Flexible Assertive Community Treatment – an Integrated Community-based Treatment Model for Patients with Severe Mental Illness. *International Journal of Integrated Care*, 2021; 21(2): 13, 1–13. DOI:
34. <https://doi.org/10.5334/>
35. Richard, M.H. & Schwartz, L.J. (2002). Ethics of qualitative research: are there special issues for health services research? *Family Practice*, 2002 (19) 135 -139.
36. Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi vitenskapsteori for helsefag* (2.utgave). Fagbokforlaget.
37. Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery – en veiledning for psykisk helsepersonell*. Oversatt av I. Wormdahl & L.B. Ødegaard, Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

38. Tjora, A. (2020). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3.utgave). Gyldendal.
39. van Veldhuizen, J.R. *FACT Flexibel Assertive Community Treatment: Visjon, modell og organisering av FACT modellen*. Norsk oversettelse: Norsk kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2013.
40. van Veldhuizen, J.R. (2007). FACT: A dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal*, 43(4), 421-443.

VEDLEGG

1. Tilrådning fra PVO
2. Informasjon til deltakere
3. Samtykkeerklæring
4. Intervjuguide

Vedlegg 1

Anne Landheim

anne.landheim@sykehuset-innlandet.no

Fra Personvernombudet i Sykehuset Innlandet

Per Christian Jørgensen

personvernombud@sykehuset-innlandet.no

Saksbehandler: Birgit Hovde

Vår ref.: 9724725
Deres ref.: [Deres ref.]

Brumunddal, 15.10.2020

TILRÅDNING FRA PERSONVERNOMBUDET

9724725 BRUKERERFARINGER FACT SARPSBORG

Viser til innsendt meldeskjema og tilhørende dokumentasjon. Opplysningene som er kommet inn gir tilstrekkelig informasjon, og saken er vurdert av personvernombudet i SI.

Allerede innmeldt sak - hva gjelder det?

Beskriv her

- Vi ønsker å gjennomføre kvalitative intervjuer med fem eller seks pasienter i FACT Sarpsborg. Dette vil være en del av evalueringsprosjektet som allerede er gitt tilrådning fra PVO i SI. Formålet med delstudien er undersøke hvordan det oppleves å få oppfølging i FACT og hvordan FACT kan legge til rette for brukermedvirkning og samkjørte tjenester Det er utarbeidet et eget samtykkeskjema for de kvalitative intervjuene som i utgangspunktet ikke er beskrevet i prosjektbeskrivelsen. Anne Katrine Kroken som er masterstudent ved Høgskolen i Innlandet skal gjennomføre datainnsamlingen, og resultatene skal benyttes i hennes masteroppgave i psykisk helsearbeid. Resultatene skal også tilbakeføres til FACT-teamet slik at de kan forbedre praksis.

Dataansvarlig

Registrerte

Pasienter

Behandling av opplysningene hvor / hvordan

Intervjuet blir tatt opp på lydopptaker. Etter intervjuet blir alt skrevet ned, og lydfilen slettet. Resultater fra intervjuet vil bli presentert i Anne-Katrine Kroken sin masteroppgave i psykisk helse som skal være ferdig i mai 2021.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenkende opplysninger. En kode knytter personen mot opplysningene gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder Anne Landheim og masterstudent Anne-Katrine Kroken som har tilgang til denne listen

Datoer for behandling, arkivering, sletting av opplysningene

Mangler - ettersendes

Behandlingsgrunnlag

Etter ikrafttredelse av ny personopplysningslov, er det lovlige grunnlag for behandling av personopplysninger personvernforordningen [artikkel 6.1 bokstav](#)

- a. Samtykke

Opplysningene er i en særskilt kategori, derfor omfattes også behandlingen av personopplysningslovens kapittel 9 nummer 2. Vilåret for å oppheve forbudet mot å behandle særskilte opplysninger er her personvernforordningen [artikkel 9.2 bokstav](#)

- a) Samtykke til behandling av særlige kategorier personopplysninger

Vilkår

- Behandlingen av personopplysninger gjennomføres som beskrevet i melding og øvrig dokumentasjon
- Ved eventuelle endringer sendes det endringsmelding til personvernombudet.
- Ved prosjektslutt sendes melding til personvernombudet
- Behandlingen av personopplysninger foregår i henhold til rutiner for informasjonssikkerhet i SI. Her under bruk av nettskjema og opptak av intervju i lyd-app i nettskjema.
- For rådgivning angående nettskjema og lyd-app, kontakt forskningsavdelingen.
- Datoer for oppstart, avslutning og arkivering / sletting av opplysninger ettersendes.

Dette dokumentet er lagret i dokumentasjonssystemet Public 360. All innhentet dokumentasjon er tilgjengelig ved eventuelle tilsyn.

Lykke til med prosjektet

Birgit Hovde

Rådgiver hos personvernombudet i SI

936 422 75

personvernombud@sykehuset-innlandet.no

Vedlegg 2

Til deg som er bruker av FACT- team:

Jeg heter Anne-Katrine Kroken og er utdannet psykiatrisk sykepleier. For tiden er jeg student ved masterutdanning i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Elverum og i den forbindelse med i NKROP sitt forskningsprosjekt på FACT- team i Norge.

I min masteroppgave ønsker jeg å undersøke hvordan dere som er brukere av Fact- team opplever den hjelpen dere mottar og om hjelpen støtter det vi kaller recovery, eller bedringsprosesser på norsk. Dette kan være alt som er viktig for deg for å kunne leve et godt liv og ha håp for fremtiden.

Jeg håper du kan ta deg tid til å snakke med meg. Intervjuet vil vare i maksimum 1 time og du må gjerne ha med deg noen hvis du ønsker det.

Vedlagt følger et samtykkeskjema som du signerer hvis du ønsker å delta. Der finner du også kontaktinformasjon til forskningsleder Anne Landheim i NKROP og undertegnede.

Med hilsen

Anne-Katrine Kroken

Vedlegg 3

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I MASTERSTUDIET I PSYKISK HELSEARBEID OM BRUKERERFARINGER I FACT- TEAM.

MASTERSTUDIET ER EN DEL AV FORSKNINGSPROSJEKTET BEDRINGSPROSESSER OG ERFARINGER BLANT PASIENTER I NORSKE FACT-TEAM

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et masterstudium for å få kunnskap om hvordan det oppleves å få oppfølging fra FACT-team. Du blir spurt om å delta fordi du får oppfølging fra et FACT-team. Det er frivillig å delta i prosjektet.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Prosjektet vil beskrive og utforske erfaringene til personer som får oppfølging fra FACT-team, for å kunne forbedre tilbudet.

Anne-Katrine Kroken er masterstudent i psykisk helsearbeid og vil gjerne intervjuer deg om dine opplevelser og erfaringer med hjelpen du mottar fra FACT-teamet. Til sammen vil 5-6 personer bli intervjuet om temaet.

I intervjuet er det din opplevelse som er viktig, og det er ikke noe som er riktig eller galt.

Intervjuet blir tatt opp på lydopptaker. Etter intervjuet blir alt skrevet ned, og lydfilen slettet. Resultater fra intervjuet vil bli presentert i Anne-Katrine Kroken sin masteroppgave i psykisk helsearbeid som skal være ferdig i mai 2021.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det vil ikke påvirke behandlingen din om du deltar eller ikke. Mange synes det er tankevekkende å delta i intervjuer, både på godt og vondt. Gjennom å delta kan du bidra til verdifull kunnskap både for dette FACT-teamet og andre team, som kan føre til bedre tjenester.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte

Anne Landheim, tlf. 40847577 eller Anne-Katrine Kroken, tlf.94375596

Du kan også gi beskjed via de ansatte i FACT team.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder Anne Landheim og masterstudent Anne-Katrine Kroken som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet fem år etter prosjektslutt.

OPPFØLGINGSPROSJEKT

Du kan bli kontaktet igjen ved en senere anledning.

GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet, saksnummer ...

Personvernombudet i Sykehuset Innlandet har gitt tilrådning til prosjektet, saksnummer 9724725

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser (NKROP), ved Sykehuset Innlandet er ansvarlige for prosjektet. Prosjektleder Anne Landheim er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig Sykehuset Innlandet og prosjektleder Anne Landheim et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et

lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du ta kontakt med:

Prosjektleder Anne Landheim, tlf. 40847577 eller

masterstudent Anne-Katrine Kroken, tlf.94375596

Personvernombud ved institusjonen er personvernombud@sykehuset-innlandet.no

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato Signatur

Rolle i prosjektet

Intervjuguide for semistrukturert individuelle intervju med brukere i FACT team

Hvem er jeg?

Anne-Katrine Kroken, jeg er sykepleier og har selv jobbet i FACT team

Hvorfor er jeg her?

Jeg er masterstudent i psykisk helse og med i NKROPs forskningsprosjekt på FACT team. Jeg skriver en oppgave hvor jeg ønsker svar på spørsmål om hvordan dere som er brukere av FACT team opplever hjelpen dere får. Målet er jo at FACT teamene skal bli enda bedre.

Hva vil jeg?

Jeg vil gjerne vite mer om hvordan du opplever hjelpen du får fra FACT teamet. Du har tidligere svart på noen spørsmål om støtte og bedringsprosess og jeg ønsker at du forteller meg mer om dine svar på disse spørsmålene.

Hva som skal skje med materialet?

Lydfilen oppbevares sikkert og vil bli slettet etter at jeg har skrevet over til tekst. Det vil ikke være mulig å kjenne deg igjen. Alle i NKROP sitt prosjekt har taushetsplikt.

Samtykke

Du har samtykket til å delta i prosjektet, men du kan selvfølgelig når som helst trekke samtykke ditt. Alt vil da bli slettet.

Varighet

Intervjuet vil vare i maks 1 time. Vi tar pauser når du ønsker. Vil du klare å si ifra til meg når du trenger pause, eller skal vi bestemme tidspunkt for pauser før vi begynner?

Er det noe du vil spørre om før vi begynner?

Intervjuspørsmål for semistrukturert dybdeintervju

A. Åpningsspørsmål:

- Hvor lenge har du vært bruker av Fact-team?
- Har du kontakt med flere i teamet?
- Har du noe hjelp utenfor Fact teamet?
- Hvor gammel er du?
- Hvor lenge har du mottatt hjelp?

- Hvordan bor du?
- Bor du alene?

B. Tilknytning til personer og miljøer: (Connectedness)

- Har du kontakt med din familie?
- Ønsker du at du hadde kontakt med familien din?
- Har du en venn eller flere?
- Ønsker du at du hadde kontakt med venner?
- Deltar du på noen form for aktiviteter?
- Er det noe du liker å gjøre?
- Gjør du dette sammen med noen andre?
- Har du kontakt med noen i området der du bor?
- Får du noen hjelp av Fact-teamet til dette?

C. Håp og tro på fremtiden: (Hope and optimism about the future)

- Hvis du ser deg selv 5 eller 10 år frem i tid, hva håper du da at du ser?
- Vil det være mulig tror du?
- Opplever du at Fact teamet hjelper deg til å få det som du ønsker?

D. Gjenoppbygging av positiv (identitet) selvoppfatning: (Identity)

Kan du beskrive deg selv?

Er du fornøyd med deg selv?

Hva må endres for at du skal bli fornøyd med deg selv?

Snakker du med Fact teamet om dette?

Hvordan tror du de i Fact teamet som kjenner deg vil beskrive deg?

E. Mening i livet: (Meaning in life)

Hva er viktig for at du skal ha et liv du er fornøyd med?

- Opplever du at Fact teamet hjelper deg med det som er viktig for deg?

F. Medvirkning, egenkontroll: (Empowerment)

- Har du en behandlingsplan?
- Har du selv vært med på å bestemme hva som skal stå i den?
- Har du kopi av den selv?
- Hvem andre har kopi av den?
- Opplever du at det er samarbeid med Fact teamet om behandlingsplanen din?

