

FORSKNINGSRAPPORT NR. 14/2015

# INTRODUKSJONSKURS I KOGNITIV MILJØTERAPI: EN FORSKNINGSBASERT EVALUERING

Et samarbeid mellom Senter for psykisk helse og rus  
og Kompetansesenter for brukererfaring og  
tjensteutvikling, Midt-Norge

Ottar Ness, Øystein Iversen,  
Heidi Westerlund og Dagfinn Bjørgen



Introduksjonskurs i Kognitiv miljøterapi 2013-2014 – en forskningsbasert evaluering.

ISBN: 978-82-8290-013-3

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

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

Senter for psykisk helse og rus  
Fakultet for Helsevitenskap  
Høgskolen i Buskerud og Vestfold  
Postboks 7053  
3007 Drammen  
E-post: [postmottak@hbv.no](mailto:postmottak@hbv.no)  
Hjemmeside: <http://www.hbv.no/sfpr>

SFPRs publikasjoner kan fritt siteres ved tydelig angivelse av kilde.  
Publikasjoner fra SFPR som omtales, anmeldes eller henvises til, bes sendt til Senteret.

**INTRODUKSJONSKURS I KOGNITIV  
MILJØTERAPI 2013-2014**  
**- En forskningsbasert evaluering**

**Ottar Ness, Øystein Iversen,  
Heidi Westerlund og Dagfinn Bjørgen**

**Drammen og Trondheim 2015**

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

**i samarbeid med**

**Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling, Midt-Norge  
(KBT)**

## **Forord**

Dette forskningsprosjektet har vært et samarbeid mellom Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling, Midt-Norge og Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap, Senter for psykisk helse og rus (SFPR). Prosjektet er finansiert av NAPHA.

Vi vil gjerne rette en stor takk til deltakerne i dette forskningsprosjektet, både beboere og ansatte som har delt sine opplevelser, tanker og meninger på en generøs måte. Uten dere hadde det ikke blitt noe prosjekt.

Vi spesielt takke Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) ved Gretha Helen Evensen, Siri Bjaarstad og Stian Reinertsen for et meget godt, inspirerende og nyttig samarbeid om et viktig og spennende prosjekt! Vi også takke lederne for boligene som deltok i studien for all bistand, velvillighet og godt samarbeid!

Drammen og Trondheim 1. februar 2015

Ottar Ness      Øystein Iversen      Heidi Westerlund      Dagfinn Bjørgen

## **Sammendrag Introduksjonskurs i kognitiv miljøterapi 2013-2014: En forskningsbasert evaluering**

### **Bakgrunn**

Denne rapporten er en forskningsbasert evaluering av et prosjekt knyttet til gjennomføring og erfaringer med et introduksjonskurs i kognitiv miljøterapi for utvalgte boenheter i Drammen kommune. Prosjektet er et samarbeid mellom Regionalt kompetansesenter for tidlig intervensjon ved psykoser (TIPS Sør-Øst) og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), og ble gjennomført i perioden 2013-2014. Prosjektets målsetting er å øke kunnskapen om anvendelse av kognitiv miljøterapi i boliger for mennesker med psykiske helseproblemer. Målet var videre å øke den brukeropplevde kvaliteten på tjenestene som ytes i disse boligene.

### **Metode**

Denne forskningsbaserte evalueringen ble gjennomført med bruk av både kvalitative og kvantitative datainnsamlinger. Den kvalitative delen av studien ble gjennomført ved bruk av flersteg fokusgruppeintervjuer med beboere og ansatte ved to boliger for personer med alvorlige psykiske helseproblemer. Den kvantitative delen ble gjennomført ved bruk av spørreskjema ved to anledninger blant beboerne ved boligene.

### **Funn**

De samlede funn er fremstilt gjennom en kvantitativ og en kvalitativ del. De kvantitative funnene viser at de ansatte er fornøyde med relevans og opplevelse av innholdet i introduksjonskurset i kognitiv miljøterapi. De kvantitative funnene viser at beboerne opplever å ha gode samtaler med de ansatte, at de får god hjelp til å nå sine mål og opplever å kunne bestemme over eget liv og hverdag. I den kvalitative delen fremkommer det at ansattes erfaringer med prosjektet kan relateres til: (1) samkjøring av praksis, (2) veiledning har stor betydning for læring, (3) gir mer rom og lytter mer til beboerne, og (4) samtaleverktøy for å skape bedre samtaler med beboere. Beboeres erfaringer var knyttet til: (1) Vil at de ansatte skal jobbe mer likt, (2) opptatt av hva egen oppfølging er, (3) flinkere til å spørre, (4) praktisk bistand er viktig, (5) tilrettelegging av hverdagsliv, og (6) opplevelse av å ikke ha fått god nok oppfølging.

### **Konklusjon**

Relatert til forskningsspørsmålene for denne studien gis det forskningsmessige grunnlag for å konkludere med følgende:

1. De ansatte opplever å bli bedre til å føre samtaler med beboerne gjennom deltakelse i felles introduksjonskurs i kognitiv miljøterapi.
2. Ansatte opplever at felles introduksjonskurs kognitiv miljøterapi bidrar til at miljøterapeutisk praksis blir mer samkjørt.
3. Faglig veiledning, som et element i introduksjonskurs i kognitiv miljøterapi, oppleves som betydningsfullt for læringsprosessen til de ansatte.
4. Beboerne har til forventninger om en mer felles praksis i boligene.
5. Beboerne opplever at ansatte, etter å ha deltatt på introduksjonskurs i kognitiv miljøterapi, har blitt dyktigere til å samtale gjennom at de stiller mer spørsmål.
6. Praktisk bistand vurderes som viktig, og det varierer hvor fornøyd beboerne er med oppfølgingen fra personalet.

Ottar Ness

Øystein Iversen

Heidi Westerlund

Dagfinn Bjørgen

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

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

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

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>Prosjektnummer</b>          | 49017 – Introduksjonskurs i kognitiv miljøterapi 2013-2014: En forskningsbasert evaluering.   |
| <b>Virksomhetsnavn</b>         | Senter for psykisk helse og rus, fakultet for Helsevitenskap (SFPR), Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Postboks 7053, 3007 Drammen. |
| <b>Besøksadresse</b>           | Papirbredden - Drammen kunnskapspark<br>Grønland 58, 3045 Drammen.  |
| <b>Telefon og fax</b>          | 32 20 64 00 - 32 20 64 10   |
| <b>E-post og kontaktperson</b> | Professor Stian Biong, leder av SFPR:<br><a href="mailto:stian.biong@hbv.no">stian.biong@hbv.no</a> – tlf. 95 21 54 98.             |
| <b>Hjemmeside</b>              | <a href="http://www.hbv.no/sfpr">http://www.hbv.no/sfpr</a>   |



## **Stiftelsen Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling**

Stiftelsen Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT) Midt-Norge samarbeider med brukerorganisasjoner, kommuner, helseforetak og forsknings- og utdanningsinstitusjoner. Dette samarbeidet handler om utvikling av, og spredning av, arbeidsmetoder for å styrke brukerperspektivet i fag- og tjenesteutvikling.

KBT gjennomfører evalueringer med fokus på nytte og læring for tjenestene. Brukerperspektivet fremmes gjennom oppsummerte brukerundersøkelser i fagutviklingssammenhenger og brukerorganisasjonsmiljøer. KBT samarbeider med forskningsinstitusjoner om gjennomføring av brukerinvolverte forskningsprosjekter. KBT Midt-Norge er kompetansebase for 'Bruker Spør Bruker'-evalueringer av tjenester.

Senteret har virksomhet i region Midt-Norge. Hovedkontoret for KBT Midt-Norge ligger i Trondheim, men prosjekter og aktivitet foregår i fylkene Nord- og Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal.

KBT arbeider med det utgangspunkt at brukernes erfaringsbaserte kunnskap er like viktig som fagkunnskap i utviklingen av helsetilbud. KBT arbeider for å styrke brukerrepresentanter og organisasjoner i hvordan man systematisk kan bruke erfaringsbasert kunnskap inn i tjenesteutvikling.

KBT er et kompetansesenter som samler og sprer kunnskap om erfaringer med brukermedvirkningsmetoder i regionen.

KBT fungerer som informasjon- og kompetansebase for erfaringsbasert kunnskap.

### **Kontaktinformasjon:**

KBT Midt-Norge

Postboks 934

7409 Trondheim

Tlf: 73 84 23 75

E-post: [kbtmidt@kbtmidt.no](mailto:kbtmidt@kbtmidt.no)

### Kontaktpersoner:

Dagfinn Bjørgen, daglig leder. Mobil: 40 41 35 67.

Heidi Westerlund, assisterende daglig leder. Mobil: 40 60 59 96.



## **Innholdsfortegnelse:**

**Forord**

**Sammendrag**

|   |              |
|---|--------------|
| <b>Kapittel 1. Innledning og bakgrunn.....</b>                                  | <b>s. 7</b>  |
| <b>Kapittel 2. Metodiske beskrivelser av den forskningsbaserte evalueringen</b> | <b>s. 13</b> |
| <b>Kapittel 3. Presentasjon av funn.....</b>                                    | <b>s. 21</b> |
| <b>Kapittel 4. Diskusjon.....</b>   | <b>s. 35</b> |
| <b>Referanseliste.....</b>  | <b>s. 41</b> |
| <b>Vedlegg.....</b>   | <b>s. 45</b> |



# Kapittel 1: Innledning og bakgrunn

## 1.1. Bakgrunn

Denne rapporten er en forskningsbasert evaluering av et prosjekt knyttet til gjennomføring og erfaringer med et introduksjonskurs i kognitiv miljøterapi for utvalgte boenheter i en kommune på Østlandet. Prosjektet er et samarbeid mellom Regionalt kompetansesenter for tidlig intervensjon ved psykoser (TIPS Sør-Øst) og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), og ble gjennomført i perioden 2013-2014.

Prosjektets målsetting er å øke kunnskapen om anvendelse av kognitiv miljøterapi i boliger for mennesker med psykiske helseproblemer. Målet var videre å øke den brukeropplevde kvaliteten på tjenestene som ytes i disse boligene.

Mennesker med alvorlige psykiske helseproblemer med langvarige og sammensatte hjelpebehov har vært en sentral målgruppe i Opptrappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedepartementet, 1998). Et høyt antall personer med lange opphold på langtidsavdelinger innen psykisk helsevern er tilbakeført til kommunene (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Samtidig har nye brukere kommet til i boligene som også har behov for tjenester og omsorgsbistand (Ibid).

Et av Opptrappingsplanens (Sosial- og helsedepartementet, 1998) hovedfokus var blant annet å ta hånd om personene med alvorlige psykiske helseproblemer i lokalsamfunnet, og derigjennom gi flest mulig behandlingstilbud i nærheten av der folk bor og lever sine liv. I tillegg skulle det gis et kvalitativt godt behandlingstilbud. Dette har stilt kommunene overfor nye og mer krevende oppgaver som igjen medfører økt behov for kompetanse (Karlsson og Borg, 2013).

Opptrappingsplanens kvantitative mål er langt på vei nådd, men evalueringen av Opptrappingsplanen (Norges Forskningsråd, 2004) anbefaler at fokus nå blant annet må rettes mot det faglige innholdet i behandling (og utdanning) innenfor psykisk helsearbeid. I rapporten "Kvalitet og Kompetanse" (Helsedirektoratet, 2011) blir det også nevnt flere anbefalinger og strategier for å forbedre den faglige kompetansen i forhold til behandling i

lokalbasert psykisk helsearbeid. Begge rapportene understreker viktigheten av å ha fokus på brukermedvirkning i behandlingstilbudet.

NAPHA har som oppdrag å styrke det psykiske helsearbeidet som fagfelt og praksisfelt. Kompetanseheving i kommunale tjenester og kunnskapsdeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er her et viktig virkemiddel. På bakgrunn av dette valgte et av NAPHA's regionale team følgende hovedsatsing for 2013-2014: ”Hvordan utvikle kunnskap og dele erfaringer med strukturerte metoder og verktøy, brukt i behandling i boliger med tjenester?”. Intensjonen med denne satsingen var å styrke kommunalt psykisk helsearbeid som praksisfelt og gi bedre tjenester til brukerne.

NAPHA tok derfor kontakt med TIPS Sør-Øst med det formål å utvikle og tilby et introduksjonskurs i kognitiv miljøterapi i noen utvalgte boliger og enheter. Samarbeid med DPS, som benytter denne behandlingstilnærmingen, har vært sentral. Kognitiv miljøterapi ble valgt som følge av god dokumentasjon (Solbjør & Kleiven, 2013). Kognitiv tilnærming og miljøterapi forstås som virkningsfull og er anbefalt ved alvorlige psykiske helseproblemer, hvilket også kjennetegnet brukerne i denne satsingen (Ibid).

Opptrappingsplanen (St.meld. nr. 25, 1996-97; St.prp. nr 63, 1997-98) og ”Samhandlingsreformen” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009) uttrykker en ønsket dreining fra sykehusbaserte- til lokalbaserte tjenester innen psykisk helse. Dette betyr at stadig flere brukere får tilbud om helsetjenester lokalt i kommunen. Hensikten med satsingen på opplæring i kognitiv miljøterapi er å bidra til økt kompetanse hos ansatte i kommunale tjenester, særlig i kommunale botilbud. I tillegg anbefaler ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2011) kognitiv terapi som en basiskompetanse hos ansatte, uavhengig av om tjenestene tilbys i kommune- eller spesialisthelsetjenesten. De nye faglige retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging ved psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013) sier også at kognitiv terapi skal tilbys alle som strever med psykotiske symptomer i sine liv. En stor del av personer med alvorlige psykiske helseproblemer mottar tjenester i tilknytning til kommunale botilbud. Derfor er det særlig relevant å tilby opplæring i kognitiv miljøterapi til ansatte som jobber i baser eller team som er tilknyttet boliger.

## 1.2. Kognitiv miljøterapi

Kognitiv miljøterapi defineres som det å ha en kognitivterapeutisk ideologi som en hovedtilnærming i arbeider med mennesker med psykiske helseproblemer. Dette betyr at det legges opp til at det miljøterapeutiske personalet ved boligene arbeider ut fra kognitive metodiske prinsipper i den daglige miljøterapien. I følge Bliksted (2012) består kognitiv miljøterapi av tre elementer: (a) kognitiv terapi, (b) miljøterapeutiske aktiviteter, og (c) rekreative aktiviteter. Dette betyr at hele det psykososiale miljøet, inkludert miljøterapeutiske aktiviteter, sosiokulturelle påvirkninger og de ansattes samtaler med beboerne, forstås som involvert i miljøterapien (Solbjør & Kleiven, 2013).

Det finnes omfattende forskning som omhandler kognitiv terapi og psykiske lidelser (for eksempel Berge & Repål, 2010; Hallberg & Ørbeck, 2006). I en forskningsbasert kunnskapssammenstilling om kognitiv miljøterapi fant Solbjør og Kleiven (2013) at det ikke finnes forskning om kognitiv miljøterapi. Basert på deres gjennomgang av litteratur som presenterer eller reflekterer rundt teori eller praktiske erfaringer med kognitiv miljøterapi, utspiller de denne definisjonen: *”kognitiv miljøterapi kan enkelt beskrives som det å benytte metoder fra kognitiv miljøterapi i psykiatriske sykehusavdelinger”* (s. 13). De siterer Lykke (2001, s. 19) og beskriver at:

*”Kognitiv miljøterapi er en aktiv, strukturert, problemorientert, psykoedukativ og dynamisk form for behandling, hvor den kognitive modell anvendes i behandlingsmiljøet med innlagte pasienter med den hensikt å utvikle alternativer til pasientens dysfunksjonelle reaksjonsmønstre og utvikle nye ferdigheter.”*

I denne rapporten forklares ikke kognitiv miljøterapi utfyllende (se Solbjør & Kleiven, 2013 for utfyllende lesing). I stedet vises det til at alle modeller for kognitiv miljøterapi må inneholde følgende ni punkter (Lykke, 2001 sitert i Solbjør & Kleiven, 2013, s. 15):

1. Behandlingsmiljøet er planlagt og designet etter kognitive prinsipper. Det gjøres kognitiv intervensjon i miljøet, og det skal på forhånd være klarlagt hvem som foretar intervensjonen under oppfølging/behandling av den enkelte pasient.
2. Den kognitive behandlingsfilosofi skal være akseptert av hele det tverrfaglige teamet.
3. Tverrfaglige team benyttes i behandlingen.

4. Kognitiv gruppebehandling benyttes som supplement til individuell kognitiv terapi. Av og til kan gruppeterapi være den viktigste del av behandlingen.
5. Pasientene gis hjemmeoppgaver i miljøet.
6. Psykoedukasjonsprogrammer etableres for å sosialisere pasienten og de pårørende til den kognitive modellen. Det skal fra starten være fokus på forsterkning og vedlikehold av ønskede reaksjoner.
7. Pårørende skal være involvert i behandlingen der hvor det er mulig.
8. Endring av behandlingstilbudet til delvis hospitalisering eller ambulant behandling skal begynne tidlig under innleggelsen.
9. Trening og fortsatt utdanning i kognitiv terapi av hele det tverrfaglige personalet skal være etablert.

Kognitiv miljøterapi kan derfor oppsummeres med at det benyttes metoder fra kognitiv terapi i miljøterapi i boliger med psykiske helsetjenester eller ved psykiatriske sykehusavdelinger. Det innbefatter alle ansatte og samtlige aktiviteter og behandlingstilbud som tilbys den enkelte beboer, slik at kognitiv miljøterapi finner sted 24 timer i døgnet (Solbjør & Kleiven, 2013).

I Norge er det dokumentert få erfaringer med kognitiv miljøterapi ved sengeposter (Fredheim, 2009; Løvaas & Johansen, 2011). Det er kun gjennomført én studie (Sommer & Eilertsen, 2013) som omhandler bruk av kognitiv miljøterapi i kommunalt bofellesskap. I denne studien ble ansatte intervjuet. Funnene viser at de ansattes kompetanse i å håndtere utfordrende situasjoner ble styrket gjennom introduksjonskurset i kognitiv miljøterapi. De ansatte opplevde også at kognitiv miljøterapi var en tilgjengelig og anvendelig metode i samhandlingen med beboerne, samt bidro til faglig utvikling. De erfarte også bedret samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

### **1.3. Introduksjonskurset i kognitiv miljøterapi**

Introduksjonskurset i kognitiv miljøterapi ble gjennomført i Drammen høsten 2013–våren 2014. Det er dette kurset denne evalueringen bygger på. Introduksjonskurset ble utviklet av en prosjektgruppe bestående av personer fra Drammen kommune, to erfaringskonsulenter, TIPS Sør-Øst, Samhandlingsteamet i Drammen og NAPHA.

Introduksjonskurset bestod av seks dagssamlinger samt en oppfølgingsdag med undervisning og arbeid i smågrupper.

Gjennom den kognitive modellen har ansatte trent på å identifisere sammenhengene mellom tanker og følelser, og hvilke konsekvenser det får i hverdagslivet. Dette har vært sentralt i introduksjonskurset. Prinsippene i tilnærmingen, som samarbeid, likeverd, allianse, relasjon og her- og nå- fokus, har blitt vektlagt tungt under introduksjonskurset.

Forelesningene hadde i liten grad fokus på ulike diagnoser. Det ble heller lagt vekt på generelle prinsipper og holdninger i møtet mellom bruker og behandler. Normalisering av synet på psykiske helseproblemer har vært vektlagt. Psykiske helse- og rusproblemer har vært presentert som konsekvenser av livsbelastninger. Atferden, samt problemene og utfordringene, har vært plassert på et kontinuum av normale kognitive prosesser.

Metodene som er brukt er undervisning, forelesning, demonstrasjonsvideoer, rollespill, atferdseksperimenter og gruppediskusjoner. Det ble demonstrert eksempler fra kognitiv miljøterapi, og jobbet med problemløsning av reelle hverdagssituasjoner for beboere og ansatte i boligene. Tema har i tillegg vært identifisering av negative tanker, tankefeil og tankefeller. Problemløsning og læring har vært tematisert. Forståelse, tilnærming og mestring av plagsomme symptomer og hallusinasjoner var tema mot slutten av introduksjonskurset.

## **Veiledning**

Ansatte i boligene mottok veiledning i gruppe sammensatt av 6-8 ansatte fra samme botiltak. Omfanget har vært 1 ½ time, annenhver uke i et halvt år. Veiledningen til en av gruppene har vært gitt av en sertifisert veileder i kognitiv terapi, og til to av gruppene av en erfaren kognitiv terapeut, med lang erfaring fra kognitiv miljøterapi.

### **1.4. Evalueringens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål**

NAPHA ønsket en forskningsbasert evaluering av introduksjonskurset i kognitiv miljøterapi. Hensikten med evalueringen har hatt et todelt fokus. Det første fokuset handlet om å evaluere selve introduksjonskurset. Fokuset var da på de ansattes forventninger til studiet, dets innhold og opplevd nytteverdi i egen praksis. Det andre fokuset var rettet mot å undersøke hvordan utdanningen var med på å endre og utvikle praksis i boligen de ansatte jobbet i. Basert på

hensikten og ovennevnte målsettinger, valgte vi å dele evalueringen opp i to forskningsspørsmål:

- 1. Hvordan beskriver de ansatte sine erfaringer ved å delta på introduksjonskurset i kognitiv miljøterapi?*
- 2. Hvordan beskriver beboerne at introduksjonskurset i kognitiv miljøterapi påvirker den miljøterapeutiske praksisen i boligen?*

### **1.5 Rapportens oppbygging**

Etter dette innledende kapittelet vil det i kapittel 2 redegjøres for metodikken i denne forskningsbaserte evalueringen. Hovedvekten vil bli lagt på kapittel 3 hvor presentasjonen av studiens funn vil bli fremstilt. Kapittel 4 diskuterer funnene i relasjon til studiens hensikt, forskningsspørsmål, interne og politiske mål, og på denne bakgrunn gi en konklusjon.

## **Kapittel 2: Metodiske beskrivelser av den forskningsbaserte evalueringen**

### **2.1 Organisering av studien**

Denne forskningsbaserte evalueringsstudien er utarbeidet av Senter for psykisk helse og rus (SFPR), fakultet for helsevitenskap ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

Prosjektansvarlige har vært dekan Heidi Kapstad og professor Stian Biong. Førsteamanuensis Ottar Ness har vært prosjektleder og stipendiat Øystein Iversen fra NTNU, Institutt for voksnes læring og rådgivingsvitenskap, har vært prosjektmedarbeider. Intervjuene av beboerne ved de utvalgte boligene med psykiske helsetjenester ble gjennomført i samarbeid med Stiftelsen Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT) Midt-Norge ved Heidi Westerlund og Dagfinn Bjørgen. Evalueringsrapporten er skrevet i fellesskap.

### **2.2 Gjennomføring av evalueringsstudien**

Arbeidet med studien har pågått siden september 2013 og avsluttes med denne rapporten levert NAPHA 1. februar 2015. Denne tidsperioden rommer alt fra utforming av metoder for datainnsamling, analyse og skriftlig fremstilling av studiens resultater. Studien startet med et oppstartsmøte mellom ansatte i NAPHA, Gretha Helen Evensen, Siri Bjaarstad og Trond Hatling, ansatte i Stiftelsen Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT) Midt-Norge, Heidi Westerlund og Dagfinn Bjørgen og prosjektleder førsteamanuensis Ottar Ness. Her ble forventninger til evalueringen avstemt, og den videre fremdriften for prosjektet fastsatt. Oppstartsmøtet var viktig for å avklare mandatet for evalueringen og for å skape en felles forståelse for hva oppdraget innebar. På bakgrunn av dette møtet ble det utarbeidet kvantitative spørreskjemaer (vedlegg 4) som skulle benyttes i studien.

På samme måte ble det utarbeidet semi-strukturerte intervjuguider til bruk i fokusgruppeintervjuene (vedlegg 3). Her ville en særlig fokusere på å få frem de aspektene som ikke så lett kan belyses ved hjelp av spørreskjemaundersøkelsen (Lerdal og Karlsson, 2008). Målsettingen med samarbeidet var at forhold som ble ønsket belyst av NAPHA ble sikret inkludert både i de kvantitative skjemaene og i intervjuene. Deretter ble det i fellesskap utviklet et informasjonsskriv om forespørsel om deltagelse og samtykkeerklæring for både de ansatte og beboerne (vedlegg 2).



### 2.2.1 Brukerperspektivet

En av KBT Midt-Norges oppgaver er å fremme brukerperspektivet knyttet til offentlige helsetjenester og utviklingen av disse. Det innbefatter også å fremme brukererfaringer i forskning og evaluering. Gjennom den kvalitative metoden Bruker Spør Bruker ([www.brukererfaring.no](http://www.brukererfaring.no)) gjennomfører KBT dialogbaserte evalueringer av tjenester i kommuner og helseforetak.

KBT har bidratt med metodikk og praktisk erfaring ved gjennomføring av forskningsbaserte evalueringer der brukererfaringer har vært en del av forskningsdesignet i flere år. I denne evalueringen har KBT, gjennom samarbeid med HBV, gjennomført fire fokusgruppeintervjuer med beboere hvor beboererfaringene står i fokus. Det har vært to gruppeintervjuer med samme grupper ved hver av de to boligene.

I forskningsbaserte evalueringer som innbefatter brukererfaringer er det pekt på at man ofte får de frem de kritiske erfaringene når brukerne selv bidrar i alle deler, og på begge sider, av gjennomføringen av prosjektet (Steinsbekk & Westerlund mfl, 2013). Metoden Bruker spør Bruker, som KBT er mest kjent for, har vektlagt å fremme de gode veiene til tjenester (Steinsbekk, Westerlund, Bjørgen & Rise, 2013). Studien som er omtalt i denne evalueringsrapporten er ikke en Bruker Spør Bruker-undersøkelse.

I en forskningsbasert evaluering som inkluderer beboernes erfaringer er det likevel viktig å beskrive hvilken plass og betydning disse erfaringene har i studien. Hensynene som ofte nevnes i litteraturen er:

1. I KBT sin sammenheng – at tidligere pasienter, med sine brukererfaringer deltar i prioritering og planlegging, iverksetting og gjennomføring av forskningsprosjekter.
2. Relevant forskning – for pasienter/brukere. Bedret relevans for forskningsprosjekter (brukererfaringer).
3. Sette forskning inn i en videre sammenheng (få tilgang til erfaringer/kunnskap). Formidle forskning ut over eget miljø.
4. Egenverdi – bidrar til kompetanseheving for brukere/forskere på felles tema/interesser.
5. Pasienter/brukeres innflytelse på prioritering i forskning og evaluering (Westerlund & Bjørgen, 2011).

Det finnes få studier om brukere/beboeres erfaringer med kognitiv miljøterapi (Solbjør & Kleiven, 2013). Datagrunnlaget fra denne studien gir imidlertid svakt grunnlag for å generalisere. Supplerende data fra kvalitative intervjuer som innbefatter brukererfaringer bør innhentes for at beboernes erfaringer skal kunne ha større betydning for studien.

## **2.4 Etisk godkjenning**

Studien ble lagt frem for fremleggingsvurdering i Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK). De vurderte prosjektet til å være utenfor deres mandat. Prosjektet ble derfor registrert og godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (prosjektnr. 35098; vedlegg 1).

## **2.5. Kvantitativ gjennomføring**

### **2.5.1 Rekruttering og utvalgsbeskrivelse**

#### Ansatte:

Ved første kurssamling ble deltakerne informert om dette evalueringsprosjektet av prosjektleder. Oppdragsgiver hadde valgt at evalueringen skulle innbefatte ansatte fra to av boligene som deltok på introduksjonskurset. Informasjon om deltakelse i studien ble delt ut til de ansatte ved disse boligene. Utvalget for den kvantitative studien (datainnsamlingspunkt 1) består av 11 ansatte i alderen 32-62 år. 7 kvinner, 3 menn, samt en person som ikke hadde krysset av for kjønn. Antall år med yrkeserfaring fra boliger med tjenester innen psykisk helse varierte fra 2-15 år. To av de ansatte hadde også erfaring fra jobb i spesialisthelsetjenesten. De ansattes utdanningsbakgrunn varierte. Som utdanningsbakgrunn oppgav to personer videregående skole, fem hadde videre- og etterutdanning etter videregående skole. Fire personer oppgav at de hadde høyskole-/universitetsutdanning. Én person hadde ikke fylt ut utdanningsbakgrunn. Utvalget for den kvantitative studien (datainnsamlingspunkt 2) består av fire ansatte. På grunn av få deltakere er kjønn, alder og utdanningsbakgrunn anonymisert.

#### Beboere:

Rekruttering av beboere ble gjennomført ved at leder for boligen informerte om studien, de som ønsket å delta leverte inn samtykke til forsker (Ness). De som samtykket fikk utdelt og besvarte spørreskjemaet. Utvalget for den kvantitative studien (Tidspunkt 1) består av 10 beboere i alderen 24-67 år. 4 kvinner, 5 menn, 1 person hadde ikke krysset av for kjønn. Utvalget for den kvantitative studien (Tidspunkt 2) består av 5 beboere i alderen 26-68 år. På grunn av få deltakere er kjønn og alder ikke oppgitt i fremstillingen av materialet.

Utvalgsbeskrivelsen for den kvantitative studien (Tidspunkt 2) består av 5 beboere i alderen 26-68 år. På grunn av lite antall så er kjønn og alder ikke oppgitt.

### **2.5.2 Måleinstrument**

Forsker utviklet spørreskjema som ble lagt frem for oppdragsgiver og KBT Midt for kvalitetssikring. Spørreskjemaene inneholdt lukkede spørsmål for vurdering på en Likertskala. Det vil si en graderingsskala hvor svaret på hvert enkelt spørsmål graderes, samt med noen åpne spørsmål for å få deltakernes egne perspektiver på hva som var deres viktige erfaringer med å delta på introduksjonskurset i kognitiv miljøterapi. For beboerne ble det gitt et åpent spørsmål om det var noe annet de ønsket å formidle i relasjon til at ansatte ved deres bolig fikk dette introduksjonskurset.

Spørreskjemaene inneholder syv ulike utsagn (innsamlingspunkt 1) og ni ulike utsagn (innsamlingspunkt 2). Deltakerne innrapporterte ved å sette en ring rundt et tall på en skala fra én til seks, der seks uttrykker et utsagn de er sterkt enig i, og én er et utsagn de er sterkt uenig i. Disse tallene blir under presentert som gjennomsnitt, samt at det fremkommer hva den laveste og høyeste skåren var pr. påstand (selv om skjemaene ble delt ut ved to anledninger og ikke alle ansatte har fylt ut). De lukkede spørsmålene ble utviklet for å få en kvantifisert vurdering av noen temaer som det var viktig å få svar på. I tillegg var det tre åpne spørsmål som noen av deltakerne svarte på. Svarene fra disse åpne spørsmålene vil også bli presentert. Spørreskjemaer har en iboende utfordring ved at den som utvikler dem, risikerer å definere hva som er interessant på forhånd, og slik lukker for formidling av viktige erfaringer (Camic, Rhodes, og Yardley 2003; Svisdahl, Moltu og Sletvold, 2010). De åpne spørsmålene ble derfor tatt med for å gi deltakerne anledning til å formidle hva som var relevant og viktig for dem (Svisdahl, Moltu og Sletvold, 2010). Dette handlet om å få tak i både erfaringer med å delta på introduksjonskurset (ansatte), og om beboerne ønsket å formidle erfaringer utover å verdisetts utsagnene i spørreskjemaet. Det vi presenterer i denne rapporten blir på det overordnede nivå ved å presentere de ansattes skåre. I tillegg var det tre åpne spørsmål i dette spørreskjemaet der svarene også vil bli presentert, da det ligger mye tilbakemelding til oppdragsgiver i disse kommentarene (se side 22-23).

### **2.5.3 Datainnsamling**

Spørreskjemaundersøkelsen for både ansatte og beboere ble gjennomført etter siste undervisningssamling (i november 2013), og etter endt veiledning i april 2014. Skjemaene ble samlet inn og sendt forsker.

### **2.5.4 Dataanalyse**

Kvantitative data fra selvrapporteringsskjemaene ble punchet i Microsoft Excel. Deretter ble talldataene summert som gjennomsnitt og så fortolket av alle forskerne. Personlige opplysninger som alder og demografisk informasjon ble kartlagt og antall kvinner og menn summert.

### **2.5.5 Metodiske utfordringer**

Størrelsen på analyseutvalget i denne evalueringen er så lav at funnene ikke gir grunnlag for generalisering. Det er ikke de samme ansatte eller beboere som har fylt ut spørreskjemaene ved T-1 og T-2. Dette gjør at det ikke går an å måle endring. Det blir derfor en subjektiv oversiktsbilde over hvordan de ansatte og beboerne verdisatte påstandene ved de to datainnsamlingspunktene. Det er imidlertid første gangen at det gjennomføres en slik rapport og vi foreslår derfor at, på tross av lav deltakelse, representerer denne undersøkelsen en førstetendens som kan være viktig å ta utgangspunkt i ved senere evalueringer.

## **2.6. Kvalitativ gjennomføring**

De flerstegs fokusgruppeintervjuene med beboerne ble gjennomført av forsker Ottar Ness, og ansatte ved KBT-Midt, Dagfinn Bjørgen og Heidi Westerlund. I gjennomsnitt tok de ulike fokusgruppeintervjuene 45 minutter til 60 minutter. Det ble lagt vekt på å skape en åpen og fri atmosfære som inviterte deltakerne til å fortelle om sine erfaringer, samt å bruke dynamikken i gruppen til å gå i dybden på de ulike temaene som ble diskutert. Dette med en intensjon om å få fram nyanser i erfaringene.

### **2.6.1 Rekruttering og utvalgsbeskrivelse**

Prosjektleder informerte om forskningsprosjektet ved første kurssamling. Oppdragsgiver hadde bestemt at evalueringen gjaldt for ansatte som deltok fra to av de deltakende boligene. Informasjon om deltakelse i studien ble delt ut til de ansatte fra disse boligene. De informerte samtykkeerklæringene ble samlet inn på slutten av første samling. Alle ansatte signerte og

godtok å delta i evalueringen. Av de som signerte ble det valgt ut fem ansatte fra hver bolig til å delta i flersteg fokusgruppeintervjuer.

Informert samtykkeerklæringer ble delt ut til beboerne ved de to boligene som deltok i evalueringen. Totalt 10 beboere aksepterte å delta, også her fem fra hver bolig. Det var 6 menn og 4 kvinner som deltok. Alderen på deltakerne varierte mellom 21 år og 62 år. De hadde bodd i boligene mellom 1-4 år. I litteratur om fokusgrupper ble det beskrevet at fokusgrupper på seks til åtte deltakere vil være passende (Lerdal og Karlsson, 2008; Puchta og Potter, 2004).

Det var 10 ansatte som skrev under og ønsket å delta på gjennomføring av flersteg fokusgruppeintervjuer. Det var 3 menn og 7 kvinner som deltok. Alderen på deltakerne varierte mellom 32 år og 62 år. Det var variert utdanningsbakgrunn, fra videregående skole til treårig høyskoleutdanning som det høyeste utdanningsnivå. For å ivareta anonymitet, beskrives ikke de ansatte deltakerne nærmere. Det første av fokusgruppeintervjuene ble gjennomført kort tid etter andre undervisningssamling, det neste etter endt undervisning i november 2013 og det siste i mai 2014, etter endt veiledning. Gjennomføring av intervjuene med de ansatte ble gjort av forskerne Ottar Ness og Øystein Iversen.

Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervju for de ansatte. Basis for intervjuene har vært intervjuguiden som er fremstilt i vedlegg 3. I gjennomsnitt tok de ulike fokusgruppeintervjuene fra 60 minutter til 90 minutter.

### **2.6.2 Datainnsamling**

Flersteg fokusgruppeintervju er en kvalitativ datainnsamlingsmetode som har sin styrke ved åpen diskusjon og refleksjon over erfaringer deltakerne i fokusgruppene har til felles (Hummelvoll, 2008; Lerdal og Karlsson, 2008). I dette evalueringsprosjektet ble de samme deltakerne intervjuet flere ganger. En foreløpig analyse av data fra hvert intervju ble gjennomført mellom hver gang av forskerne. Den tentative analyse ble så presentert ved starten av de neste fokusgruppeintervjuene. Dette dels for å sikre kontinuitet i møtene, dels for å, komme mer i dybden av de ansattes erfaringer med å delta på introduksjonskurset i kognitiv miljøterapi (ansatte) og beboernes erfaringer med eventuell endret praksis. I fokusgruppeintervjuene diskuterte og reflekterte deltakerne over felles erfaringer og ulike erfaringer knyttet kognitiv miljøterapi. Gjennom gruppediskusjonene ble deltakerne gitt

mulighet til å beskrive og reflektere over sine subjektive forventninger, opplevelser, erfaringer, synspunkter eller holdninger knyttet til det å delta på introduksjonskurset i kognitiv miljøterapi (Lerdal & Karlsson, 2008; Svisdahl, Moltu og Sletvold, 2010). Samtalene ble tatt opp på bånd og transkribert for videre analyser. Oppsummert har evalueringsmetoden forsøkt å legge til rette for både strukturert og åpen datainnsamling, og for å hente så god kunnskap som mulig i lys av våre forskningsspørsmål.

### **2.6.3 Dataanalyse**

Analysen av data fra fokusgruppeintervjuene ble gjennomført ved en hermeneutisk (tolkende) tilnærming med en innholdsanalyse i fire *trinn* (Barbosa da Silva, 1996; Kvale & Brinkmann 2009; Karlsson, 2011). De fire trinnene er følgende: (1) Få et helhetsinntrykk, (2) Identifisere og kondensere meningsdannende enheter, (3) Abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enheter og (4) Sammenfatte betydningen av dette (Barbosa da Silva, 1996; Kvale og Brinkmann, 2009; Karlsson, 2011). Etter gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene ble de transkriberte tekstene først lest av forskerne. Ness og Iversen leste transkripsjonene av ansatteintervjuene, mens Ness og Westerlund leste transkripsjonene av beboerintervjuene. Dette ble gjort flere ganger for å få et helhetsinntrykk av samtalenes innhold. Alle tekstene ble lest enkeltvis. Det ble gjort fortløpende markeringer i margen med spørsmål til tekstens innhold og mulige mening og hvilke temaer som preliminært kunne identifiseres og kondenseres. Deretter gjennomførte forskerne (de samme som leste transkripsjonene) en tentativ analyse av tekstene. På bakgrunn av denne analysen utspilte det seg en tematisering av de meningsdannende enhetene.

Denne analysemetoden ble fulgt også i fase 4, der det ble gjort en felles og samlet vurdering av de tre foreløpige analysene sett i relasjon til hverandre. Alle tekstene ble da lest på nytt for å kunne gi et helhetsinntrykk og deretter bli sammenlignet med hverandre i relasjon til fellestrekk, forskjeller, mønstre og variasjon. Både konsensus- og minoritetsoppfatninger ble søkt belyst (Ibid). De meningsbærende enhetene i hvert enkelt intervju ble sett i relasjon til hverandre og deretter kodet. Kodene ble abstrahert til sentrale temaer som kom frem i materialet. Utgangspunktet var de identifiserte meningsenhetene som var forankret i sitater fra deltakernes utsagn.

#### **2.6.4 Metodiske utfordringer**

Alle deltakerne ble informert om studiens bakgrunn og hensikt gjennom skriftlig informasjonsmateriell og ved muntlig informasjon fra kontaktpersonen som rekrutterte dem til å delta i studien. Det ble redegjort for hva det innebar å delta, at deltakelse var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra studien og be om at deres opplysninger i så fall ble slettet. Rapporten skal formidles på en måte som ivaretar deltakernes anonymitet. Det ble informert om at data fra studien vil bli slettet ved prosjektslutt, og at studien var finansiert av NAPHA.

Gitt den valgte rekrutteringsprosedyren ble det sterkt vektlagt at deltagelse var frivillig og at å avstå fra å delta ikke ville ha noen konsekvenser for deltagelsen ved introduksjonskurset eller oppholdet ved boligene. Til tross for dette kan en ikke utelukke at noen kan ha følt seg forpliktet til å delta, men det fremkom ikke ytringer eller andre signaler som kunne tyde på dette. Samtidig gir den anonyme spørreskjemaundersøkelsen en mulighet til å ytre negative oppfatninger og meninger knyttet til spørsmålene, for da den som rekrutterte ikke hadde noe med spørreskjema å gjøre etter at de var utfylt og lagt i lukket konvolutt.

En viktig metodisk begrensning i den kvantitative datainnsamlingen er at det ikke er de samme beboerne som besvarer spørreskjemaene. Dette gjør at det ikke er mulig å følge endring over tid. Innrapporteringene kan kun ses på som subjektive øyeblikksvar fra de beboerne som vurderte påstandene i spørreskjemaet (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2010).



## Kapittel 3: Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil vi presentere funnene fra både den kvantitative og den kvalitative datainnsamlingen. Vi starter med å presenterer vi de kvantitative funnene. Videre presenterer vi de kvalitative funnene som er basert på fokusgruppeintervjuer med de ansatte. Til slutt presenterer vi de kvalitative funnene som er basert på fokusgruppeintervjuer med de ansatte og beboerne.

### 3.1. Kvantitative funn

#### 3.1.1. Informasjon om beboere, om beboerne vet at ansatte går på introduksjonskurs i KMT, og om de vet noe om KMT

| Hvor lenge bodd i kommunal bolig | Ant | Mottatt tjenester fra spes.h.tj? | Ant | Vet du at personalet går på introduksjonskurs i kognitiv miljøterapi? | Ant | Kan du noe om kognitiv miljøterapi? | Ant |
|----------------------------------|-----|----------------------------------|-----|---|-----|-------------------------------------|-----|
| Siste 3 måneder                  | 0   | Siste 3 måneder                  | 4   | Ja  | 8   | Lite                                | 5   |
| 3-6 måneder                      | 0   | 3-6 måneder                      | 1   | Nei   | 2   | Noe                                 | 2   |
| 6-12 måneder                     | 2   | 6-12 måneder                     | 1   |   |     | Mye                                 | 3   |
| Mer enn 12 måneder               | 8   | Mer enn 12 måneder               | 2   |   |     |                                     |     |
|                                  |     | Nei                              | 2   |   |     |                                     |     |

Tabell 1. Demografiske data beboere (T-1).

Ved T-1 rapporterte beboerne som fylte ut spørreskjemaet at de hadde bodd i kommunal bolig fra 6-12 måneder (2 beboere) og mer enn 12 måneder (8 beboere). 8 beboere hadde mottatt tjenester fra spesialisthelsetjenesten det siste året, mens 2 hadde ikke mottatt tjenester derfra. 8 beboere visste at de ansatte deltok på kurs i KMT. 5 beboere rapportert at de visste lite om KMT, 2 noe, mens 3 visste mye om KMT.

| Hvor lenge bodd i kommunal bolig | Ant | Mottatt tjenester fra spes.h.tj? | Ant | Vet du at personalet går på introduksjons-kurset i kognitiv miljøterapi? | Ant | Kan du noe om kognitiv miljøterapi? | Ant |
|----------------------------------|-----|----------------------------------|-----|--|-----|-------------------------------------|-----|
| Siste 3 måneder                  | 0   | Siste 3 måneder                  | 0   | Ja   | 5   | Lite                                | 1   |
| 3-6 måneder                      | 0   | 3-6 måneder                      | 0   | Nei  | 0   | Noe                                 | 1   |
| 6-12 måneder                     | 0   | 6-12 måneder                     | 1   |  |     | Mye                                 | 3   |
| Mer enn 12 måneder               | 5   | Mer enn 12 måneder               | 1   |  |     |                                     |     |
|                                  |     | Nei                              | 3   |  |     |                                     |     |

Tabell 2. Demografiske data beboere (T-2.)

Ved T-2 forteller de 5 beboerne som fylte ut spørreskjemaet at de hadde bodd i kommunal bolig mer enn 12 måneder. 1 beboere hadde mottatt tjenester fra spesialisthelsetjenesten det siste året, 1 beboer hadde mottatt tjenester fra spesialisthelsetjenesten for er enn ett år siden, mens 3 hadde ikke mottatt tjenester derfra. Alle de fem beboerne visste at de ansatte deltok på kurs i KMT. 1 beboer visste lite om KMT, 1 noe, mens 3 visste mye om KMT.

### 3.1.2. Ansattes besvarelser på påstander

| Påstand   | Innsamlingspunkt<br>1<br>N=11 | Innsamlingspunkt<br>2<br>N=4 |
|---|-------------------------------|------------------------------|
| <i>Det teoretiske stoffet har vært godt forklart</i>  | 4.8                           | 5.0                          |
| <i>Undervisningen har vært relevant for mitt kunnskapsnivå</i>  | 5.5                           | 4.8                          |
| <i>Jeg har opplevd å få praktisert kognitive miljøterapeutiske teknikker i samlingene</i>                                     | 4.7                           | 3.8                          |
| <i>Undervisningen har vært relevant for de arbeidsoppgavene jeg skal utføre som personale ved kommunal bolig</i>              | 4.9                           | 4.5                          |
| <i>Undervisningen har vært relevant for å lære meg kognitiv miljøterapi</i>   | 5.4                           | 5.3                          |
| <i>Jeg føler meg noen ganger maktesløs i mitt daglige arbeide med brukere</i>   | 4.5                           | 2.75                         |
| <i>Jeg føler meg noen ganger maktesløs i mitt samarbeide med andre aktører (f.eks. DPS, NAV, og andre samarbeidspartnere)</i> | 3.5                           | 2.75                         |
| <i>Jeg har mer tillit til min egen kompetanse enn for tre måneder siden</i>   | Ikke spurt                    | 4.3                          |
| <i>Jeg opplever jeg får til å være en bedre samtalepartner for beboerne enn for tre måneder siden</i>                         | Ikke spurt                    | 4.3                          |

Tabell 3. De ansattes besvarelser på ulike påstander (1-6), gjennomsnitt.

Det er høye score på relevans og opplevelse av innholdet i introduksjonskurset. En metodisk begrensning ved den kvantitative datainnsamlingen, er at det ikke er de samme ansatte som besvarer spørreskjemaene ved T-1 og T2. Derfor kan det ikke sammenliknes mellom T-1 og T-2. Selv om det er få med status som ansatte som har besvart ved T-2 (fire personer), så er det interessant at disse fire personene opplever mindre maktesløse både knyttet til det å arbeide med beboerne og med samarbeidspartnere, enn de ansatte som besvarte ved T-1. I tillegg så opplevde disse ansatte relativt høy tillit til sin egen kompetanse sammenliknet med de ansatte som besvarte ved T-1. De ansatte som besvarte ved T-2 rapportere en høy skåre (4.3) at de har mer tillit til sin egen kompetanse og fungerer også bedre som samtalepartnere for beboerne sammenliknet enn for tre måneder siden (4.3).

### 3.1.2 Ansattes besvarelser på de åpne spørsmålene

Det var også mulig for ansatte å besvare noen åpne spørsmål i spørreskjemaet. Det første åpne spørsmålet handlet om hvilken betydning de ansatte trodde introduksjonskurset i KMT kunne ha for samhandlingen med andre aktører innen helsevesenet.

De ansatte skrev at introduksjonskurset kan gjøre at de kan bli tryggere i sin kommunikasjon og får et bedre samarbeid med hverandre. De rapporterte at det å delta på samme introduksjonskurs kunne bidra til at de ble dyktigere til å utveksle erfaringer seg imellom, for eksempel ved at de snakker ”samme språk,” noe som igjen bidrar til en bedre gjensidig forståelse dem imellom som kolleger. Gjennom dette kan beboerne oppleve at tilnærmingen de ansatte benytter ved boligene kan bli mer samstemt.

De ansatte hadde flere interessante tilbakemeldinger når det gjaldt faglig innhold, organisering, undervisning, forelesere, veiledning o.a.: De rapporterte om at det var veldig dyktige forelesere, inspirerende og godt utført undervisning. Spesielt likte de videoeksempler der praksis med bruk av kognitiv miljøterapi ble vist. De erfarte at introduksjonskurset gav dem verdifull opplæring i kognitiv miljøterapi. De opplevde introduksjonskurset som godt organisert, og det var veldig bra med veiledning i etterkant for å kunne bruke konkrete eksempler i boligen. Denne veiledningen har ført til enda bedre forståelse for hvordan samarbeide godt med beboerne gjennom kognitiv miljøterapi. Noen av de ansatte skrev at de opplevde at introduksjonskurset inneholdt litt mye repetisjon på enkelte av undervisningsdagene.

Noe som de ansatte kunne ha tenkt seg annerledes i dette introduksjonskurset når det gjaldt faglig innhold, organisering, undervisningsprogram veiledning o.a., var at teoridagene kunne vært en dag mindre. Det kunne også vært mer tilrettelagte arbeidsoppgaver med mer nøyaktige caser som de kunne gått grundigere gjennom sammen på selve kursdagene. De ansatte ønsket seg flere øvelser i praktiske situasjoner. De formidlet også at de kunne ha tenkt seg mer veiledning underveis i introduksjonskurset.

De ansatte formidlet også gjennom de åpne spørsmålene om hva de mente kunne bidra til å gjøre dette introduksjonskurset bedre. De skrev at de kunne gjerne ha tenkt seg mer fokus på etikk/holdninger i den kognitive tilnærmingen. Noen skrev at de kunne ha tenkt seg litt kortere dager, fordi det var veldig mye informasjon i løpet av en dag. De skrev at det var

veldig viktig med veiledning i etterkant. De følte dette bidro til å få det skikkelig ”under huden.” Fokus på hvordan man i praksis kan få implementert tilnærmingen i hverdagen. De skrev også at de kunne tenkt seg at det ble økt fokus på oppfølging av lederne i boligene. Noen skrev at det kanskje kunne vært mindre grupper under undervisningene, som kunne gitt bedre grunnlag for veiledning og oppfølging under gruppearbeidene.

### 3.2. Beboernes besvarelser på påstander

Spørreskjemaene inneholder ni ulike utsagn som deltakerne skulle verdisette ved å sette en ring rundt et tall på en skala fra én til seks, der seks uttrykker et utsagn de er sterkt enig i, og én er et utsagn de er sterkt uenig i. Disse tallene blir under presentert som gjennomsnitt.

Det vi presenterer her blir på det overordnede nivå ved å se på beboernes verdier i innrapporteringene. I tillegg var det ett åpent spørsmål på dette spørreskjemaet. Svarene vil bli presentert, da det ligger mye tilbakemelding til NAPHA i disse kommentarene (se side 24-25).

| Påstand  | Innsamlingspunkt 1<br>N=10 | Innsamlingspunkt 2<br>N=5 |
|--|----------------------------|---------------------------|
| <i>Jeg er sammen med andre som bor her i boligen</i>                           | <b>3.4</b>                 | <b>3.8</b>                |
| <i>Jeg gjør husarbeid</i>  | <b>3.6</b>                 | <b>3.4</b>                |
| <i>Jeg går på butikken</i>   | <b>5.0</b>                 | <b>2.6</b>                |
| <i>Jeg går tur/trener er ute i naturen</i>                                     | <b>3.2</b>                 | <b>3.2</b>                |
| <i>Jeg har det bra når jeg er sammen med andre (familie, venner, kolleger)</i> | <b>3.7</b>                 | <b>3.0</b>                |
| <i>Jeg har gode samtaler med personalet</i>                                    | <b>4.1</b>                 | <b>4.2</b>                |
| <i>Jeg får god hjelp av personalet til å nå mine mål</i>                       | <b>3.7</b>                 | <b>3.6</b>                |
| <i>Jeg opplever å bestemme over eget liv og hverdag</i>                        | <b>5.0</b>                 | <b>5.0</b>                |

Tabell 4. Beboernes besvarelser på ulike påstander T-1 (1-6), gjennomsnitt.

Som nevnt i metodiske begrensninger, så er det ikke de samme beboerne som har besvart spørreskjemaet ved begge anledningene. Det er derfor ikke mulig å måle endring. Det er da ulike beboere som har besvart. Tallene blir derfor bare her rapportert som en subjektiv verdisetting på disse påstandene med utgangspunkt i hvordan de opplevde påstandene på datainnsamlingstidspunktet.

### 3.2.3 Beboernes besvarelser på åpne spørsmål

Det var også mulig for beboerne å besvare et åpent spørsmål i spørreskjemaet. Dette handlet om hvorvidt de hadde noe annet de ville fortelle om når det gjaldt bruken av kognitiv miljøterapi ved sin bolig. Det de skrev handlet om at de ønsket seg flere samtaler med de ansatte. Noen skrev at de var fornøyde, mens andre skrev at de ikke merket noen forskjell i hvordan de ansatte jobbet.

### 3.3 Kvalitative funn

De kvalitative funnene som presenteres nedenfor er temaer som ble analysert frem gjennom data fra fokusgruppeintervjuene av totalt tre intervjuer med ansatte og to fokusgruppeintervjuer med beboere. Vi presenterer først funnene fra intervjuene med ansatte, deretter presenterer vi funnene fra intervjuene med beboerne, før vi setter funnene opp mot hverandre. Funnene som ble identifisert gjennom analysen av intervjuene med ansatte var: (1) samkjøring av praksis, (2) veiledning har stor betydning for læring, (3) gir mer rom og lytter mer til beboerne, og (4) samtaleverktøy for å skape bedre samtaler med beboere.

### 3.4. Kvalitative funn fra intervjuer med personale

#### 3.4.1. Samkjøring av praksis

Et sentralt tema som ble identifisert gjennom analysen handlet om at ansatte som deltok på introduksjonskurset opplevde at det å være flere fra samme arbeidsplass på samme utdanning bidro til å få en mer samkjørt praksis. En av deltakerne fortalte at: *"vi blir mer samkjørte som kollegaer, at vi får en sånn felles tilnærming."* En annen deltaker responderte på dette og fortalte at gjennom å være mer samkjørte i praksisen ved boligen gjør: *"at det blir lettere på en måte å vite hvilken vei vi skal gå"*. Deltakerne beskrev videre oppfatninger om at det å ha en mer samkjørt praksis kan også gjøre det mer tryggere for beboerne, som en sa: *"jeg tenker at det kanskje blir litt tryggere for beboerne når personalgruppen snakker litt samme språk."* En annen fortsatte: *"jeg har savnet at vi er mer samstemte, at vi kan utfylle hverandre."* Dette kan bidra til at beboerne kan oppleve kontinuitet blant de ansatte, som en fortalte: *"hvis jeg begynner å snakke med en beboer og blir borte en dag, så kan beboeren, hvis han har lyst, fortsette å snakke med en annen i personalet, da hun også har samme språk, og dette kan bli gjenkjennbart for beboerne."*

Videre var deltakerne opptatt av at det å etablere en felles praksis gjorde at de ble mer oppmerksomme og hjelpsomme overfor hverandre. En sa: *"vi prøver å minne hverandre litt*

*på det hvis vi har vært flinke. Eller hvis vi har vært i en situasjon hvor vi føler vi har brukt det vi har lært.*” En annen fortsatte å fortelle om at dette førte til at de snakket mer fag og delte flere erfaringer med hverandre: *”vi trener og prøver å bli flinkere, og vi bruker tiden sammen til å lære mer av hverandre enn før.*” Et annet aspekt som kom opp når deltakerne snakket om samkjørt praksis var at de også kunne bli mer samkjørt med spesialisthelsetjenesten, som også har kompetanse på kognitiv terapi, *”og da kan vi kanskje få til et bedre samarbeid med DPS også.*” Selv om samkjøring av praksis har vært viktig for dem, så er det likevel stor enighet blant deltakerne om at det å ha gode relasjoner både til kolleger, andre tjenester og beboerne er viktig. For beboerne er det viktig at relasjonene bygger på tillit, og at de selv kan velge hvem de vil snakke med. Samtidig ønsker beboerne at det er kompetente ansatte som man kan ha gode samtaler med.

De forteller også om utfordringer knyttet til samkjøring av felles praksis ved at ikke alle ansatte har fått tilbud om utdanningen, da spesielt nattvaktene. I tillegg formidler de en utfordring med slike introduksjonskurs eller opplæringsprogrammer, da nyansatte ikke nødvendigvis vil få tilbud om samme opplæring. Felles praksis skaper kontinuitet, men det krever tid til oppdatering og samtaler med kollegaer i hverdagen.

### **3.4.2. Veiledning har stor betydning for læring**

Det andre temaet som fremsto som betydningsfullt for deltakerne for å kunne lære seg å bli kompetente på kognitiv miljøterapi, var å få veiledning på praksisen som en del av introduksjonskurset. De uttrykte at dette var noe de så frem til, da de følte at de, uavhengig av introduksjonskurset, hadde behov for veiledning. Som en fortalte: *”jeg tror det er veldig godt å få noen utenifra, og gi oss opplæring og veiledning. Faglig veiledning.*” De er meget fornøyde med veiledningen de har fått, en sa: *”det er så nyttig, vi får lufta ut konkrete utfordringer, og vi har blitt bevisstgjort og fått god hjelp til å videreføre det vi har lært ut i praksis.*” De forteller også at veiledning hjelper deltakerne til å bli tryggere i jobben deres som miljøterapeuter, da den er så mangfoldig. Som en sa: *”i veiledningen får vi tatt opp tema som vi er usikre på, spesielt har det hjulpet meg å forstå hvordan jeg skal bruke det jeg har lært i praksis.*” En annen sa: *”veiledning hjelper meg å få utvidet perspektivet på hvordan hjelpe beboerne bedre ved bruk av kognitiv miljøterapi.*” Deltakerne reflekterte også over hvor spesielt viktig det var for dem å motta veiledning fra veiledere når de var under opplæring gjennom introduksjonskurset, var usikre og skulle prøve ut det de har lært. En fortalte at *”for at jeg skal få det under huden og kunne lære meg alt de underviser om, så*



*trenger jeg ro og tid til å snakke i veiledning – hvis ikke er det så mye som jeg ikke husker.”* Det å motta veiledning bidrar til å *”repetere teknikkene vi lærer på opplæringen, og får muligheten til å øve deg.”* Eller som en annen fortalte *”det er gjennom refleksjonsgrupper, eller veiledning vi virkelig lærer det vi har hørt om på kurs.”* Det siste aspektet de syntes var viktig var at de hadde veiledningen i grupper sammen med kollegene. Dette bidro til at de lærte mere sammen, ble bedre kjent og kunne bringe veiledningen tilbake til hverdagslivet i boligen. Det bidro også til økt trygghet i det å snakke om faglige spørsmål med medarbeidere på jobb, samt en økt opplevelse av kollegialitet.

### **3.4.3. Samtaleverktøy for å skape bedre samtaler med beboerne**

Et tredje tema som ble identifisert som betydningsfullt for deltakerne som deltok på introduksjonskurset var at de erfarte at kognitiv miljøterapi gav dem et samtaleverktøy for å skape bedre samtaler med beboerne.

Spesielt hadde det å få delta på introduksjonskurset i kognitiv miljøterapi bidratt til at de *”lytter mer til beboerne, at vi sitter lenger når vi samtaler med dem,”* som en sa. Deltakerne fortalte videre at dette samtaleverktøyet hadde hjulpet dem til å kommunisere med beboerne på en bedre måte ved at de stilte spørsmål på en annen måte, slik at beboerne selv kunne komme frem til løsninger på det de ønsket å oppnå, ved at *”at ikke vi for raskt presenterte løsningene for dem.”* Et annet aspekt ved rapporterte endringer knyttet til introduksjonskurset handlet ikke bare om det å stille spørsmål og ha bedre tid, men de fortalte også at de hadde *”lært oss mer struktur i å ha samtaler.”* En annen fortalte at denne strukturen har hjulpet deltakeren til å *“bli flinkere til å vente ut folk [beboere] i stedet for å legge svara i munnen på dem.”* Denne nyervervede ferdigheten var ikke bare nyttig for ansatte i samtaler, men de opplevde at også beboerne kunne benytte verktøyet selv, for *“sin selvhjelp,”* som en sa, *”spesielt har de hatt god bruk av diamanten [et verktøy innen kognitiv miljøterapi] for å komme seg videre i samtaler og i sine tanker,”* sa en. En annen deltaker opplevde seg mer *”modig”* i samtaler med beboerne, da hun følte hun hadde mer verktøy og trygghet under samtalene med dem.

### **3.5. Kvalitative funn fra fokusgruppeintervjuene med beboere**

Intervjuene med beboere ble gjennomført før og etter utdanningsløpet til de ansatte. Det er derfor mulig å identifisere tema, både på forventninger forut for, og opplevelse av faktiske endringer etter introduksjonskurset i KMT. Funnene som ble analysert frem som

betydningsfulle for beboerne ble tematisert under følgende to hovedtemaer: (1) Informasjon om introduksjonskurset i kognitiv miljøterapi, og (2) endringer etter at de ansatte hadde deltatt på introduksjonskurs i kognitiv miljøterapi.

Når det gjaldt hva beboerne fortalte om hvilken informasjon de hadde fått om at de ansatte deltok på introduksjonskurset i KMT, så var de opptatte av: (1) forventninger til endring etter at de ansatte hadde deltatt på introduksjonskurset i KMT, (2) vil at de ansatte skal jobber mer likt, (3) forventninger om hvilken kontakt de ønsket seg med de ansatte.

### **3.5.1 Informasjon om introduksjonskurset i kognitiv miljøterapi**

Beboerne i utvalget fortalte de hadde fått god informasjon om at personalet skal utdanne seg i kognitiv miljøterapi. Noen oppga likevel at de ikke har hatt interesse for å følge med på hva de ansatte utdannet seg innen, som en sa: *”jeg la ikke merke til noe spesielt på informasjonen, de sa bare at de hadde vært på kurs.”* En annen sa det slik: *”jeg har ikke hørt om det og jeg vet ikke om det er noe jeg kunne tenkt meg å spørre dem om i forhold til det.”* Det at de ikke hadde stor interesse for temaet, kan ha fått betydning for hvilke temaer som ble viktige i fokusgruppeintervjuene, og muligens hvorvidt beboerne har lagt merke til, eller etterspurt, KMT.

#### **3.5.1.1 Forventninger til endring etter at de ansatte hadde deltatt på introduksjonskurset i kognitiv miljøterapi**

Beboerne hadde positive forventninger til de ansattes videreutdanning, en forklarte: *”den måten de skal gå på kurs på nå, er midt i blinken for det jeg sliter med.”* Forventningene var for det første knyttet til at beboerne så for seg at de ville få bedre oppfølging for den psykiske helsen dersom personalet gjennomførte utdanningen innenfor kognitiv miljøterapi. De så da for seg at de ville få en tettere oppfølging, med bruk av skjemaer og mestringsverktøy.

Flere av beboerne hadde allerede erfaringer med kognitive tilnærminger fra både DPS og andre kommunale tiltak, og de hadde opplevd å bli avvist på forespørsler om å få en mer aktiv tilnærming i samtaler med de ansatte ved boligene. En beskrev dette slik: *”det som var med meg fra det stedet jeg bodde før, var klar, men hvis jeg etterspør det, går de i forsvar. Vet ikke, kanskje det er en slags terapi at det ikke skal skje noe?”* En annen trakk fram: *”det er viktig at de får opplæring i samtaleteknikker, men det meste her skjer etter ”den gamle tralten. Det skjer jo ikke noe med det vi etterspør.”*

### 3.5.1.2 Vil at de ansatte skal jobbe mer likt

Beboerne oppga at de er positive til endringer som følge av videreutdanningen av personalet, og peker på at alt som hjelper er fint. En sa det slik: *"målet må være å hjelpe oss med det, å få det til. Ikke at de gjør alt for oss, men at de er der når vi trenger dem."*

Det ble knyttet en forventning til at introduksjonskurset i KMT skulle føre til at *"det kunne vært litt mer profesjonelt her."* Det at de ansatte møter beboerne med de samme rutiner og fremgangsmåter, synes å kunne være uttrykk for en slik etterspurt profesjonalitet. En av beboerne formulerte det slik: *"de kunne jobbet mer likt og dratt i samme retning og at de prater sammen om hva som er best."*

Beboerne var særlig opptatt av om innføringen av KMT ville føre til at ting ville *"bli seende likt ut,"* samt om *"samtalene blir av lengre varighet ved bruk av teknikkene."* De gav også uttrykk for at de merket forskjeller innad i personalgruppen om de kjente til teknikkene i en kognitiv tilnærming fra før: *"det er allerede noen som jobber her som kan det. De jobber mer etter skjemaer. Det er viktig for de ansatte å ha kontroll på eget hode."*

### 3.5.1.3 Forventninger til kontakt med de ansatte

Beboerne snakket en del om generelle forventninger til kontakten med de ansatte i fokusgruppeintervjuene. Da er behovet for, og formen på samtaler med de ansatte viktig. Noen sa at de først og fremst ønsket ro i bosituasjonen, slik som en forklarte: *"tror ikke jeg hadde trengt det, jeg trenger mer ro når jeg bor her. Jeg så på den permen i starten, men har ikke trengt det, jeg trenger mest mulig ro."*

Hvordan kontakten med ansatte vurderes er avhengig av tid. Noen sa de møter dem (de ansatte) bare en gang i uka, noe som blir lite kontakt for å jobbe strukturert, som en av beboerne uttrykte: *"...har mange andre hjemmebesøk, men har bare en time med dem jeg snakker med her."*

Beboerne oppga at de var interesserte i bli mer kjent med de ansatte, som en sa at:

*"...interessert i hvor de har jobbet før, slik at jeg kjenner den personen jeg prater med."*

Beboerne vektla trygghet i å ha en god personlig kontakt med de ansatte de forholder seg til.

En av beboerne uttrykte at: *"det gir en trygghet at du har god kjemi med den du snakker med."*

*Har 4 primærkontakter.” En annen sa det slik: ”det er trygt, at det liksom er noen i nærheten hvis du skulle trenge det.”*

Beboerne oppga at den hyppigste kontakten med de ansatte foregår i fellesrom og stuer. Det ble gitt uttrykk for at de er flinke til å skille mellom fellesrom og private leiligheter.

Det er også viktig for dem at den av de ansatte de har best kontakt med er tilgjengelig for dem, som en sa: *”det viktigste for meg er at det er noen som er tilgjengelig, som jeg kan prate med, men jeg er litt spesifikk på hvem jeg vil prate med, så da utsetter jeg behovet for samtale hvis de personene ikke er der.”*

Beboerne opplevde at de ansatte har forståelse for situasjonen de er i og at de får den hjelpen de trenger innen kort tid. I intervjuene ble det likevel uttrykt at beboerne, parallelt med studien, har merket endring i både tid og rammer for hvordan de ansatte bruker tid med dem, som en fortalte: *”de er veldig mye opptatt for tiden, det er mange beboere, og så liten bemanning, så det varierer veldig hvor mye hjelp en kan få.”*

### **3.5.2 Endringer etter utdanning:**

Når det gjaldt hva beboerne fortalte om hvilke endringer de la merke til etter at de ansatte hadde deltatt på introduksjonskurset i KMT, så var de: (1) opptatt av hva egen oppfølging er, (2) flinkere til å spørre, (3) å bo i boligene, (4) praktisk bistand er viktig, (5) tilrettelegging av hverdagsliv og (6) opplevelse av å ikke ha fått god nok oppfølging.

#### **3.5.2.1 Opptatt av hva egen oppfølging er**

Beboerne pekte på at de var opptatt av de ansattes bakgrunn og etterspurte hvor de har jobbet tidligere for å høre om de har lang erfaring innen psykisk helsevern. Dette oppfattes som at de selv er aktivt opptatt av å kartlegge og forstå hva de kan forvente, noe som også etterspørres i kontakten med de ansatte.

Beboerne pekte på at behovet for terapi/behandling, er dekket på andre nivåer i tjenesten. En sa det slik: *”hvis det haster, prater jeg med de ansatte, men ellers har jeg en fast behandler jeg går til.”* En annen fortalte at han: *”har en plan om å bo her et år til, får psykologisk hjelp andre steder.”*

Andre har forventninger til at man skal få en mer strukturert oppfølging enn man har i dag, en sa at: *"jeg liker å bo her fordi det er behandling, og at man kan få tak i folk når det er vanskelig og man får snakket med dem da."*

### **3.5.2.2 Flinkere til å spørre**

En endring beboerne pekte på, som følge av at de ansatte hadde deltatt på introduksjonskurset, var knyttet til det relasjonelle arbeidet de ansatte gjorde. Som en fortalte: *"jeg har merket at de har spurt mer om hvordan jeg har det med meg selv."* Beboeren fortsatte med at: *"de har spurt mer og jeg deler, dersom det er noe jeg må dele med de ansatte."*

Beboerne pekte også på en opplevelse av at de ansatte har blitt mer modige i kontakten. En kunne fortelle at: *"etter utdanningen tør de gå mer inn i ting. Tidligere har de vært litt mer forsiktige og ikke helt visst hva de skulle gjøre."* En annen fortalte: *"men det blir begrenset hvor mye jeg snakker med dem, for jeg møter dem bare en gang i uken. Men, de spør hvordan jeg har det og om det er noe jeg har lyst til å ta opp, eller trenge hjelp til."* En tredje sa at: *"jeg kunne de teknikkene og skjemaene fra før. Jeg bruker dem for meg selv i det daglige."*

Når tiden med personalet er knapp kan en beboer måtte velge å si fra seg nødvendig bistand og prioritere mellom behov. Beboerne gav allikevel uttrykk for at de ansatte viste omsorg og var hyggelige med dem, som en beboer uttrykte: *"de [ansatte] er flinke til å være interessert i deg som person. De er omsorgsfulle og hyggelige."*

### **3.5.2.3 Å bo i boligene**

Beboererfaringene fra at de ansatte har deltatt på introduksjonskurset i KMT, må også sees i sammenheng med hva beboerne fortalte om sine opplevelser av å leve livet sitt i boliger med tjenester og bemanning.

Beboerne oppga det å ha en bolig der de føler seg trygge, som viktigste forutsetning for en god bosituasjon. Som en sa: *"det er en slags trygghet, fordi det er mennesker her,"* og en annen: *"det er trygt å bo her, fordi man får bistand."*

Noen få reflekterte over at det å bo i en bolig med psykiske helsetjenester, var behandling og gjorde det enklere å ha tilgjengelig fagfolk å snakke med, som et sa at: *"liker å bo her fordi*

*det er behandling, og at man kan få tak i folk når det er vanskelig og man får snakket med dem da.”*

#### **3.5.2.4 Praktisk bistand er viktig**

I en bosituasjon kan det å bli motivert til endring eller få praktisk bistand av ulik art være viktig for at dagen skal fungere. En av beboerne fortalte: *”...er her for at ting kan bli bedre, alt som hjelper er fint. Målet må være å hjelpe oss med det, å få det til. Ikke at de gjør alt for oss, men at de er der når vi trenger dem. Det fine med å bo her er at du får bistand, praktisk bistand.”*

En annen beboer pekte på at de opplevde å ikke få den psykososiale oppfølgingen de hadde forventet i bosituasjonen: *”nå må vi gjøre det som jeg trenger hjelp til (sosial trening). Så jeg ville fjerne den praktiske bistanden.”*

#### **3.5.2.5 Tilrettelegging av hverdagsliv**

I fokusgruppeintervjuene ble det gitt uttrykk for varierende behov for å få tilrettelegging av hverdagen. En beboer fortalte primært om et ønske om å ha ro og fred: *”jeg følte allikevel at jeg blir litt kontrollert av dem. Jeg er ikke så veldig glad i at noen skal styre livet mitt”*

En annen beboer uttrykte behovet for å bli aktivisert: *”Og så er det mange av beboerne som ikke sier noe og da blir det passivt, da går bare dagen.”* En annen trakk fram: *”det skjer ingenting, det er helt passivisert. Noen ganger føler jeg meg som en byrde og at de egentlig vil at dette skal legges ned.”*

#### **3.5.2.6 Opplevelse av å ikke ha fått god nok oppfølging**

Flere av beboerne uttrykte at de opplevde å ikke ha fått den oppfølgingen og behandling de forventet knyttet til bosituasjonen sin. En sa: *”jeg har bodd her i 4 år, men har ikke fått oppfølging for noen ting.”* Få oppga at de hadde andre tilbud enn de som ble tilbudt i boligen, en fortalte at: *”jeg har ikke andre typer tjenester enn dagsenter og et jobbtilbud [skjermet bedrift]. Det er Fontenehus i [kommunen].”*

Et annet uttrykk for å være misfornøyd med oppfølgingen var at ikke alle beboere fikk like rammer for oppfølgingen, som en av beboerne fortalte: *”det er en som kommer to ganger i*

*uka og kjører en tur. De forskjellsbehandler folk her. Det er en 5-6 personer som får mye oppfølging. Andre får ingenting.”*



## **Kapittel 4: Diskusjon**

Denne evaluering handler både om gjennomføring av, og erfaringer ved, et introduksjonskurs i kognitiv miljøterapi for utvalgte boenheter i Drammen kommune. Vi vil i dette kapittelet drøfte funnene med utgangspunkt i evalueringens to forskningsspørsmål: (1) forhold knyttet til selve introduksjonskurset i kognitiv miljøterapi, og (2) forhold knyttet til hvordan introduksjonskurset bidro til å endre og utvikle praksis i boligen de ansatte jobbet i. Avslutningsvis i kapittelet vil vi presentere noen videre forsknings- og utviklingsområder, før vi konkluderer evalueringsstudien.

### **4.1. Ansattes erfaringer ved deltakelse på introduksjonskurset i kognitiv miljøterapi**

Opptrappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedepartementet, 1998) vektla at personer med alvorlige psykiske helseproblemer i større grad skulle få tjenester og omsorgsbistand forankret i lokalsamfunnet, nærmere der de lever og bor. Følgelig forventes det at ansatte i kommunale boliger for personer med psykiske helsetjenester skal gi et kvalitativt godt behandlingstilbud. Dette medfører behov for økt kompetanse hos de ansatte (Karlsson & Borg, 2013). Funnene i vår evaluering viser at de ansatte er svært fornøyd med å delta i det kompetansehevingstilbudet som ble gitt gjennom introduksjonskurset i kognitiv miljøterapi. Dette bekreftes gjennom både den kvalitative og kvantitative datainnsamlingen.

Funnene viser at de ansatte synes at bare det å få ta del i en kompetanseheving er positivt og utviklende for deres praksis. Det var ikke ofte de hadde fått muligheten til å delta på kompetanseheving eller veiledning som en del av sitt arbeid. Dette rapporterer de ansatte er positivt for å føle at de gjør en bedre jobb og at det også har bidratt til å forbedre samarbeidet med andre tjenester (som for eksempel DPS). Ikke minst viser funnene at slik felles kompetanseheving øker samkjøringen av praksisen de gjennomfører i boligene. Dette er i tråd med Samhandlingsreformens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009) intensjon, der fokus er blant annet på at brukere av tjenesten skal erfare mer helhetlige og koordinerte tjenester. Et sentralt poeng knyttet til samkjøringen av praksis er at de ansatte opplever å få mer kvalifisert kompetanse til å kunne reflektere over egen og andres praksis. Dette styrker utviklingen av et felles språk rundt deres måte å utføre miljøterapi på i boligene. Beboerne gav respons på at de hadde forventninger om at de ansatte jobber mer likt etter å ha deltatt på det felles introduksjonskurset, og at tjenestene oppleves som mer samordnet. Dette støttes av funnene gjort av Sommer og Eilertsen (2013), som også fant at personalet var mye mer

samkjørt etter å ha fått opplæring i kognitiv miljøterapi. De fant også at personalet reflekterer over situasjoner og i større grad kommer til enighet om beslutninger som skal tas i hverdagen.

De ansatte erfarte også, gjennom å delta på introduksjonskurset, at de fikk bedre kompetanse i et verktøy som hjalp dem med å skape bedre samtaler med beboerne. Spesielt fremhevet de at det å få delta på introduksjonskurset i KMT hjalp dem til å bli mer samarbeidsorienterte gjennom å lytte mer til beboerne, og samtidig ikke komme med løsningene *for* dem. Dette gjorde at de ansatte opplevde redusert maktesløshet i møte med bruker og andre gjennom å delta på introduksjonskurset i KMT. Da alle tjenestene som tilbys skal ta utgangspunkt i den enkeltes liv, ønsker og mål (Volden, 2014), forstås dette som viktig for å ta brukermedvirkning på alvor.

Det de ansatte så på som udelt positivt var betydningen av å motta veiledning av eksterne fagpersoner som en del av introduksjonskurset i KMT. Deltakelse på kompetanseheving gjennom kurssamlinger var en ting, men det å få mulighet gjennom den oppfølgende veiledningen til å reflektere over sin egen læringsprosess, og nyervervede praksis, var svært sentralt for de ansattes vurdering av kvaliteten på de samtalene de tilbød beboerne. Det å være i veiledning hjalp dem til i større grad å integrere tilfanget av ny teori, etikk og praksis. Samtidig hjalp det å få diskutert det de syntes var utfordrende i arbeidshverdagen sin med sine kolleger gjennom veiledning. Slik har de blitt bedre kjent som medarbeidere, hvor øvelser og veiledning om både å tale og lytte, har bidratt til å skape en opplevelse av ny kollegialitet ved samskaping av felles faglig språk og faglige forståelser. Dette bidrar til å utvikle en reflekterende praksis, som er nødvendig i tjenester med maktrelasjoner (som det er mellom ansatte og brukere). Veiledning som en del av læreprosesser og reflekterende prosesser viser seg som en sentral og nødvendig del av opplæringsprosesser og integrering av kunnskap og nye praksiser innen psykisk helsearbeid (Ness & Strong, 2013).

#### **4.2. Hvordan introduksjonskurset i kognitiv miljøterapi påvirker miljøterapeutiske praksis i kommunale boliger med psykiske helsetjenester**

Det er et kommunalt ansvar å tilby mennesker med langvarige psykiske helseproblemer en relevant bolig der tjenestene er med å styrke personers hjemmesituasjon, og at oppfølgingen skjer i eget nærmiljø i stedet for langvarig behandling i institusjoner (Sosial- og helsedirektoratet, 2006; Helsedirektoratet, 2011b). For fagpersonalet betyr dette at de ofte jobber og møter personene som trenger hjelp i deres egne hjem. En av målsettingene med at

de ansatte i kommunale boliger med psykiske helsetjenester skulle gjennomføre introduksjonskurset i KMT var at dette skulle bidra til bedre miljøterapeutisk praksis.

Miljøterapi er en terapeutisk form som har eksistert i over 50 år og kan være vanskelig å definere entydig (Olkowska & Landmark, 2009). Det er innenfor behandlingsinstitusjoner miljøterapiens tradisjonelt har blitt utviklet og beskrevet (Simonsen, 2007). Der har beskrivelsene handlet om å betrakte institusjonen som et sted med behandlende virkning (Simonsen, 2007). Miljøterapi handler derfor om å bruke muligheter som ligger i daglig samvær, rutiner og aktiviteter for å oppnå at sosial støtte, og at det å ta del i et fellesskap skal ha en terapeutisk effekt på pasientene og deres problemer (Fredheim, 2009).

Basert på funnene er det viktig at erfaringene beboerne har med kognitiv miljøterapi ikke kan ses separat fra opplevelsen av å leve livet sitt i boliger med tjenester og bemanning. Det å bo i egen bolig dreier seg om å bli respektert som et menneske som deltar i hverdagsliv og samfunnsliv på samme vilkår som alle andre (Andvig & Gonzales, 2014). Det er derfor et spørsmål om behandlingsbegrepet er relevant når tjenestene gis i personens egen bolig. Spesielt er dette interessant da både ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2011b), og særlig Lov om helse- og omsorgstjenestene i kommunene, samt veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid, Sammen om mestring (Helsedirektoratet, 2014) gir føringer om «behandling» skal skje i kommunen, der mennesker lever og bor. Beboerne etterspurte ikke behandling, men bare det å bo stabilt oppfattes av noen som et behandlingstiltak i seg selv. Beboerne hadde også forventninger til at man kunne få oppfølging og behandling, som kunne føre til mestring og bedring av helse og livssituasjon. I så måte synes de ansatte, i denne studien, å fylle en miljøterapeutisk funksjon i form av tilstedeværelse og samtalepartnere på beboernes vilkår. Dette kan bare skje ved at fagpersoner er sensitive og lydhør over om hva beboerne tenker om hva behandling og hva slags ”bistand” de ønsker seg.

Beboerne formidler svært ulik opplevelse av samme bofelleskap når det gjelder oppfølging, fra ikke å få noe hjelp, til å få mye hjelp. Oppfølgingen synes å bli ulik fordelt til brukerne. De ansattes rolle ved boligene blir av brukerne etterspurt mer ved at de faktisk er mer til stede og bistår i det daglige for den enkelte beboer. Dette illustrerer kompleksiteten ved det å være både beboer og ansatt i slike boliger. Den økte kompetansen og veiledningen til de ansatte ser ut til å tilføre ferdigheter og bevissthet som vil kunne bistå til å romme kompleksiteten gjennom økt sensitivitet og praksiser knyttet til brukervedvirkning.

Gjennom at de ansatte ved boligene deltok på introduksjonskurset i KMT var det en positiv forventning fra beboerne om at de ville få bedre oppfølging fra de ansatte. Noen av beboerne etterspurte nå mer psykososial støtte enn praktisk bistand. Funnene fra undersøkelsen viser at disse forventningene delvis er møtt gjennom introduksjonskurset, men at praksisen synes å variere fra beboer til beboer.

Det er interessant at de ansatte fortalte at de hadde fått en økt opplevelse av tilgang på et felles språk gjennom opplæringen, og at dette kunne bidra til bedre kommunikasjon mellom de ansatte, og mellom beboer og ansatte. En liten forskjell var at beboerne synes å være mer opptatt av relasjonen og ”kjemien” mellom dem (de ansatte og beboeren), enn selve samtaleverktøyet (Denhov & Topor, 2012; Wampold, 2001). Likevel mente de at de ansatte virket modigere til å sitte lenger og kommunisere mer enn tidligere. Dette var noe de opplevde som positivt. Det å lære seg samtaleteknikk løser ikke grunnleggende problemer i seg selv, det må også ses i sammenheng med hvordan det er å bo i boliger med psykiske helsetjenester; når skal de ha tjenester og når ønsker de å ha det rolig? Derfor vil en tydelig definisjon av hvilke personlige mål beboerne har, også være av betydning for å få avklart hvem som har ansvaret for hvilken rolle og hjelp de ønsker seg fra de ansatte. Å innføre begrepet miljøterapi inn i støttefunksjoner til bolig kan, slik vi ser det, utgjøre en fare for at beboeren aldri blir fri fra behandlingsregimer. Fra beboerståstedet er det viktig og positivt at introduksjonskurset har blitt gitt med formål å styrke samtaleferdighetene i møte med personer som har mye i sin ”livsbagasje,” og erfaringskunnskap.

Beboere etterlyser hjelp til sosial trening og mener at personalet kan være for fokusert på praktisk bistand. Dette kan bety at brukerens personlig mål ikke alltid blir tilstrekkelig tatt hensyn til eller at samtaleteknikker på å støtte brukeren psykososialt ikke bistår beboeren tilstrekkelig i å fremme sine behov og forventninger til de ansatte.

Det å tilby psykiske helsetjenester i hjemmet, som faglig må forstås som en ikke-institusjonell privat livssfære, stiller komplekse og store krav til så vel forskning som utdanning og kompetanse (Andvig & Gonzales, 2014). Dette aktualiserer derfor behov for kunnskap om og refleksjoner over hvilken rolle og kunnskap miljøterapeuter skal ha i slike bofelleskap.

Videre vil det å lytte til de ansatte når de rapporterer at de erfarer et nytt og utvidet faglig fellesskap med sine kolleger, være viktig. Slike fellesskap muliggjør tilgang på andres erfaringer og forståelser gjennom refleksjon og observasjon. Slik vil praksis kunne identifiseres, forstås og utvikles.

De ansatte rapporterte videre økt ”mot” til å møte beboerne med mer avventende og respektfull lytting, i samtaler de lar vare lenger. Noen beboere bekrefter at det har erfart dette i praksis. Det er grunn til å tro at gjennom økt trygghet og evne til refleksjon over egen praksis med kolleger, vil dette også kunne innlemme beboerne. Ved at ansatte reflekterer over egen praksis får man tilgang på ny kunnskap som vil forsterke og å muliggjøre ny læring (Nonaka & Takeuchi, 1995). Hvordan kan man skape et lærende praksisfellesskap i boliger der beboere og ansatte lærer og utvikler tilbudet sammen (Wenger, 1998)? Slik kan man utdype og utfordre både ulike praksis-, rolle- og identitetsforståelser og utvikle tilbudet og praksisen samtidig. Dette støttes også av Birgit Valla (2014) sitt arbeide der hun viser til at der fagpersoner får systematiske tilbakemeldinger fra brukere av psykiske helsetjenester gir grunnlag for vekst og utvikling hos fagpersonenes profesjonelle arbeid. Dette bidrar igjen til økt kvalitet på tjenesten gjennom at fagpersonene lytter til hva som fungerer og ikke fungerer for brukerne i det tilbudet de får.

#### **4.3 Videre forsknings- og utviklingsområder**

Evalueringen dokumenterer noen mulige videre forsknings- og utviklingsområder: På bakgrunn av at de ansatte har gått på et introduksjonskurs i kognitiv miljøterapi, der de har lært seg metoder fra kognitiv terapi, skapte dette også refleksjoner over de ansattes rolle som miljøterapeut. Da de lærte seg terapeutiske metoder ble de usikre over på hvordan de skulle håndtere det miljøterapeutiske i dette. Da de var meget opptatte av å ikke bli terapeuter, men i stedet kunne tilby bedre miljøterapeutiske tjenester ved å kunne være gode samtalepartnere og samarbeidspartnere med beboerne. Dette er det viktig å reflektere videre over i nye forskningsprosjekter og i nye introduksjonskurs og opplæringsprogrammer innen miljøterapi.

Et annet forhold det er interessant å utforske videre er hvordan en personalgruppe bestående av personer med vidt ulik erfaring- og utdanningsbakgrunn, gjennom veiledning og relativt lite omfattende innføringskurs, kan etablere nye praksisfellesskaper ved at det forhandles om

ny mening, gjensidig engasjement og reforhandlinger av virksomheten og utvikling av ny felles praksis.

Videre anses det å være i tråd med gjeldende føringer og intensjoner om bruk av nærmiljø og brukermedvirkning å rette fokus på hvordan ansatte og brukere sammen kan utvikle praksisfellesskaper. Dette kan eksempelvis skje gjennom at ansattes kompetanseheving skjer ved bruk av veiledning. Slik kan man fortløpende utvikle bedre praksiser og forståelser knyttet til virksomheten og miljøterapiens muligheter og mandat i boliger med tjenester innen psykisk helse.

#### **4.4 Konklusjon**

Relatert til forskningsspørsmålene for denne studien gis det forskningsmessige grunnlag for å konkludere med følgende:

1. De ansatte opplever å bli bedre til å føre samtaler med beboerne gjennom deltakelse i felles introduksjonskurs i kognitiv miljøterapi.
2. Ansatte opplever at felles introduksjonskurs kognitiv miljøterapi bidrar til at miljøterapeutisk praksis blir mer samkjørt.
3. Faglig veiledning, som et element i introduksjonskurs i kognitiv miljøterapi, oppleves som betydningsfullt for læringsprosessen til de ansatte.
4. Beboerne har til forventninger om en mer felles praksis i boligene.
5. Beboerne opplever at ansatte, etter å ha deltatt på introduksjonskurs i kognitiv miljøterapi, har blitt dyktigere til å samtale gjennom at de stiller mer spørsmål.
6. Praktisk bistand vurderes som viktig, og det varierer hvor fornøyd beboerne er med oppfølgingen fra personalet.

## Referanseliste

Andvig, E., & Gonzalex, M. T. (2014). Eldre med psykiske lidelser – en glemt gruppe? (s. 217-230). I A. Almvik og L. Borge (red). *Å sette farger på livet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Barbosa da Silva, A. (1996). Analys av tekster. I: P-G. Svensson og B. Starrin (red.). *Kvalitative studier i teori og praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Berge, T., & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bliksted, V. F. (2005). Kognitiv miljøterapi. I: Mørch, M. & Rosenberg, N. (red) *Kognitiv terapi. Modeller og metoder*. Hans Reitzels forlag.

Camic, P. M., Rhodes, J. E., & Yardley, L. (2003). Naming the stars: Integrating Qualitative Methods Into Psychological Research. In: P.M.Camic, J.E.Rhodes & L. Yarley (Eds.): *Qualitative Research in Psychology. Expanding Perspectives in Methodology and Design*. Washington, DC: American Psychological Association.

Denhov, A., & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry. *Int J Soc Psychiatry*, (58), 417-424.

Fredheim, K. N. (2009). Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(2), 161-167.

Hallberg, M., & Ørbeck, A.L. (2006) Kognitiv terapi gir gode resultater. *Sykepleien nr. 11/2006*.

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Nasjonale faglige retningslinjer, IS-1957. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2011a). *Kvalitet og Kompetanse... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre*. Rapport, IS-1914. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2011b). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet. (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring... Og bedre skal det bli! (2005-2015)*. Rapport, IS-1162. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet (1997-98). *St.prp.nr. 63. Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Høgskolen i Hedmark (2010). *Studieplan SEPREP Ung – videreutdanning*. Høgskolen i Hedmark.

Hummelvoll, J. K. (2008) The Multistage focus group interview – a relevant and fruitful method in action research based on a co-operative inquiry perspective. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10(1), 3-14.

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karlsson, B. (2011). *Forskningsbasert evaluering av Turresepten 2010-2012*. Høgskolen i Buskerud.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Lerdal, A., & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 3: 172- 175.



Lykke, J. (2001). Hvad er kognitiv miljøterapi? I: Oestrich, I. & Holm, L. (reds). *Kognitiv miljøterapi. At skape et behandlingsmiljø i likeverdigt samarbejde*. Dansk psykologisk Forlag.

Lövaas, E. Ö. & Johansen, A. (2012). Gode erfaringer med kognitiv miljøterapi. *Sykepleien* 100(2), 52-55.

Ness, O., & Strong, T. (2013). Learning New Ideas and Practices Together: A Cooperative Inquiry. *Journal of Family Psychotherapy*, 24(3), 246-260.

Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge-creating company*. London: Oxford University Press.

Norges forskningsråd (2004). *Evaluering av opptrappingsplan for psykisk helse – konklusjoner og policyutfordringer*. Sammenfatning og analyse av ti evalueringsprosjekter.

Olkowska, A., & Landmark, B. (2009). Hva gjør miljøterapi til terapi? *Fontene*, 9, 101-105.

Puchta C. og Potter, J. (2004). *Focus Group Practice*. London: Sage publications.

Simonsen, I-E. (2007). Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(11), 1340-1349.

Solbjør, M., & Kleiven, H. H. (2013). *Kognitiv miljøterapi – forskningsbasert kunnskapssammestilling*. Rapport nr 3/2013. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.

Sommer, M., & Eilertsen, G. (2013). Kognitiv miljøterapi i kommunalt bofellesskap. *Forskning*, 2(8), 132-138.

Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *På vei til egen bolig. Strategi for å forebygge og bekjempe bostedsløshet: tilskudd, eksempler, samarbeid og deltakere*.

Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Veileder IS-1405.

Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. St prp nr 63 (1997–98)*.

Svisdahl, M., Moltu, C., & Sletvold, E. (2010). *Evalueringsrapport: Forskerskole for medforskere*. Regionalt forskningsnettverk for stemningslidelser, MoodNet:

<http://www.helsebergen.no/omoss/avdelinger/psykiatrisk-divisjon/forskningsnettverk/Sider/moodnet.aspx>

Steinsbekk, A., Westerlund, H., Bjørgen, D., & Rise, M. B. (2013). Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(1), 2-5.

Valla, B. (2014). *Videre: Hvordan helsetjenester kan bli bedre*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Volden, O. (2014). Hvis vi tar brukerperspektivet helt ut – brukerperspektivets forutsetninger, status og konsekvenser (s. 73-98). I A. Almvik og L. Borge (red). *Å sette farger på livet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Wampold, B., (2001). *The great psychotherapy debate*. New York: Taylor & Francis.

Wenger, E. (1998). *Communities of Practice: Learning, meaning and identity*. London: Cambridge University Press.

Westerlund, H., & Bjørgen, D. (2011) *Ressurshefte. Samarbeid mellom forsknings- og brukermiljøer*. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Erfaringskompetanse.no 2011:4.

Ottar Ness  
Institutt for sykepleievitenskap  
Høgskolen i Buskerud  
PO Box 7053  
3007 DRAMMEN

Vår dato: 28.08.2013

Vår ref:35098 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.08.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

|                      |   |
|----------------------|---|
| 35098                | <i>Forskningsbasert evaluering av utdanningen: Kognitiv miljøterapi anvendt i boliger med tjenester for mennesker med psykiske lidelser</i> |
| Behandlingsansvarlig | <i>Høgskolen i Buskerud, ved institusjonens øverste leder</i>   |
| Daglig ansvarlig     | <i>Ottar Ness</i>   |

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen



Vigdis Namtvedt Kvalheim



Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11  
Vedlegg: Prosjektvurdering

## ***Vedlegg 2. Forespørsler om deltakelse og samtykkeskjema***

### **Forespørsel om deltakelse i fokusgruppe i forskningsprosjektet**

#### **”Kognitiv miljøterapi anvendt i boliger med tjenester for mennesker med psykiske lidelser” brukere/beboere**

##### **DEL A**

##### **Bakgrunn og hensikt**

Denne forespørselen gjelder deltagelse i to fokusgruppeintervjuer der hensikten er utforske erfaringer med bruk av ”Kognitiv miljøterapi” ved den boligen du har tilholdssted. Ansatte ved din bolig har utdannet seg innen kognitiv miljøterapi. Dere vil også få informasjon om hva kognitiv miljøterapi er fra underviserne. Målet er å øke kunnskapen om og anvendelse av kognitiv miljøterapi i boliger for mennesker med psykiske lidelser, og derigjennom gi økt brukeropplevd kvalitet på tjenestene. Spørsmålene vi vil diskutere i fokusgruppene dreier seg om dine erfaringer med at det benyttes kognitiv miljøterapi ved din bolig.

##### **Hva innebærer studien?**

For å få belyst erfaringene ønsker vi å gjennomføre 2 fokusgruppeintervjuer med 6-8 personer. Dersom du godkjenner det, tas intervjuet opp på bånd for så å bli skrevet ut. Intervjuene gjennomføres i perioden september – desember 2013. Prosjektleder for studien er professorstipendiat Ottar Ness, Høgskolen i Buskerud, Fakultet for Helsevitenskap. Prosjektmedarbeider er stipendiat Øystein Iversen fra NTNU, Institutt for voksnes læring og rådgiving.

De som vil intervju dere er Ottar Ness og en person med brukererfaring fra Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling Midt-Norge, enten Dagfinn Bjørgen eller Heidi Westerlund.

##### **Hva skjer med informasjonen om deg**

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at forskerne vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 01.06. 2014. Forskningsresultatene vil bli publisert i en forskningsrapport, i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter og på fagkonferanser.

##### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om forskningsprosjektet kan du kontakte professorstipendiat Ottar Ness, Høgskolen i Buskerud, tlf. 32 20 64 00 eller epost: [ottar.ness@hibu.no](mailto:ottar.ness@hibu.no)

## DEL B

### Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenneriske opplysninger.

Dekan ved Høgskolen i Buskerud, fakultet for helsevitenskap, ved er databehandlingsansvarlig.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS har godkjent studien.

### Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun undertegnede (prosjektleder og prosjektmedarbeider og intervjuere Dagfinn Bjørgen og Heidi Westerlund) som har adgang til informasjonen og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

### Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

### Økonomi

Studien er finansiert gjennom forskningsmidler fra Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid (NAPHA).

### **Informasjon om utfallet av studien**

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

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å underskrive samtykkeerklæringen og postlegge svarkonvolutten. Når vi har mottatt denne vil du bli kontaktet av prosjektlederne.

Vennlig hilsen

Ottar Ness

Professorstipendiat i psykisk helsearbeid  
Høgskolen i Buskerud

Drammen 15.10.2013

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signert, rolle i studien, dato)

**Forespørsel om deltakelse i fokusgruppe i forskningsprosjektet  
"Kognitiv miljøterapi anvendt i boliger med tjenester for mennesker med psykiske lidelser" - ansatte**

**DEL A**

**Bakgrunn og hensikt**

Denne forespørselen gjelder deltagelse i tre fokusgruppeintervjuer der hensikten er utforske erfaringer med utdannelsen "Kognitiv miljøterapi anvendt i boliger med tjenester for mennesker med psykiske lidelser." Målet er å øke kunnskapen om og anvendelse av kognitiv miljøterapi i boliger for mennesker med psykiske lidelser, og derigjennom gi økt brukeropplevd kvalitet på tjenestene. Spørsmålene vi vil diskutere i fokusgruppene dreier seg om dine erfaringer med utdanningen, veiledningen og praksis ved bruk av kognitiv miljøterapi.

**Hva innebærer studien?**

For å få belyst erfaringene ønsker vi å gjennomføre 3 fokusgruppeintervjuer med 6-8 personer. Dersom du godkjenner det, tas intervjuet opp på bånd for så å bli skrevet ut. Intervjuene gjennomføres i perioden september 2013 – april 2014. Prosjektleder for studien er professorstipendiat Ottar Ness, Høgskolen i Buskerud, Fakultet for Helsevitenskap. Prosjektmedarbeider er stipendiat Øystein Iversen fra NTNU, Institutt for voksnes læring og rådgiving.

**Hva skjer med informasjonen om deg**

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at forskerne vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 01.06. 2014. Forskningsresultatene vil bli publisert i en forskningsrapport, i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter og på fagkonferanser.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om forskningsprosjektet kan du kontakte professorstipendiat Ottar Ness, Høgskolen i Buskerud, tlf. 32 20 64 00 eller epost: [ottar.ness@hibu.no](mailto:ottar.ness@hibu.no)

**DEL B**

**Personvern**

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

Dekan ved Høgskolen i Buskerud, fakultet for helsevitenskap, ved er databehandlingsansvarlig.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS har godkjent studien.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun undertegnede (prosjektleder og prosjektmedarbeider) som har adgang til informasjonen og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert gjennom forskningsmidler fra Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid (NAPHA).

### **Informasjon om utfallet av studien**

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

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å underskrive samtykkeerklæringen og postlegge svarkonvolutten. Når vi har mottatt denne vil du bli kontaktet av prosjektlederne.

Vennlig hilsen

Ottar Ness

Professorstipendiat i psykisk helsearbeid  
Høgskolen i Buskerud

Drammen, 09.09.2013



## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signert, rolle i studien, dato)

## **Forespørsel om deltakelse i en spørreundersøkelse i forskningsprosjektet ”Kognitiv miljøterapi anvendt i boliger med tjenester for mennesker med psykiske lidelser”**

### **Bakgrunn og hensikt**

Dette prosjektet skal bidra til å øke kunnskapen om og anvendelse av kognitiv miljøterapi i boliger for mennesker med psykiske lidelser, og derigjennom gi økt brukeropplevd kvalitet på tjenestene. Du som beboer inviteres til å besvare det vedlagte spørreskjema.

Hensikten er å lære mer om og bidra til større forståelse av erfaringer og praksiser innen bruk av kognitiv miljøterapi anvendt i boliger med tjenester for mennesker med psykiske lidelser.

Prosjektleder for studien er professorstipendiat Ottar Ness, Institutt for forskning innen psykisk helse og rus ved Høgskolen i Buskerud, Fakultet for Helsevitenskap. Prosjektmedarbeider er stipendiat Øystein Iversen, NTNU, Institutt for voksnes læring og rådgiving. Den som deler ut og samler inn spørreskjemaene er stipendiat Monika Gullslett ved Høgskolen i Buskerud.

### **Hva innebærer studien?**

For å få belyst erfaringene ønsker vi å be deg om å fylle ut spørreskjemaet som er vedlagt.

### **Hva skjer med informasjonen om deg**

Spørreskjemaet besvares anonymt og alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Forskerne vil ikke ha tilgang til personidentifiserbare data. Datamaterialet vil være anonymt og skjema slettes senest innen den 01.06.2014. Resultatene vil bli publisert i en rapport og vitenskapelige artikler.

Dersom har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om prosjektet kan du kontakte professorstipendiat Ottar Ness, Høgskolen i Buskerud, tlf. 32 20 64 00.

Mvh

Ottar Ness  
Professorstipendiat i psykisk helsearbeid  
Høgskolen i Buskerud

Vedlegg: spørreskjema

### ***Vedlegg 3. Intervjuguider***

#### **Temaguide til bruk i fokusgruppeintervju med beboere.**

Overskriftene og mellomtitlene er områder for samtale. Innledningsvis presenteres intervjuets hensikt, hvordan de ulike temaene vil bli introdusert samt rettighetene i informert samtykke.

#### ***Informasjon om at ansatte deltar på utdanning i kognitiv miljøterapi***

- Hva vet dere om at de ansatte deltar på utdanning i kognitiv miljøterapi?
- Hvordan har dere fått informasjon?
- Hva slags informasjon?
- Hva vet dere om kognitiv miljøterapi?

#### **Hva er miljøterapi**

- Hva er miljøterapi tenker dere?
- Hva tenker dere hjelper når miljøterapi «brukes»?
- Hva kan dere ønske dere?

#### **Relasjon og roller**

- Relasjon til miljøterapeuter?
- Utviklingsmuligheter vs ansvarsfrihet?

#### **Råd til fagfolk**

- Hva er deres råd til fagfolk som jobber ved boliger?

#### ***Refleksjoner knyttet til samtalen; innhold og deltakelse.***

Hva har hver enkelt opplevd som viktig i dette fokusgruppeintervjuet?

Hvordan har du opplevd din egen deltakelse?

Er du noe du ønsker å tilføye eller å si før vi avslutter intervjuet?

## **Intervjuguide til bruk i fokusgruppeintervju med ansatte som deltar i opplæringen Kognitiv miljøterapi.**

Overskriftene og mellomtitlene er områder for samtale. Innledningsvis presenteres intervjuets hensikt, hvordan de ulike temaene vil bli introdusert samt rettighetene i informert samtykke.

### ***Om forventningene til opplæringen:***

Hvilke forventninger har du til opplæringen i Kognitiv miljøterapi?

### ***Om deltakelse i opplæringen:***

Hvordan vil du vurdere innhold, oppbygging og organisering av utdanningen?

Hvordan har du opplevd at undervisningen har vært relevant for ditt kunnskapsnivå?

Hvordan har du opplevd at undervisningen har bidratt til å øke ferdighetene som miljøterapeut mennesker alvorlige psykiske?

Hvordan har du opplevd at opplæringen har bidratt til økning av kvaliteten av din praksis i din jobb?

Hvordan har du opplevd at opplæringen har bidratt til å øke forståelsen av samarbeid med behandlere og pårørende og kolleger?

Hvordan kunne opplæringen blitt enda bedre?

### ***Refleksjoner knyttet til samtalen; innhold og deltakelse.***

Hva har hver enkelt opplevd som viktig i dette fokusgruppeintervjuet?

Hvordan har du opplevd din egen deltakelse?

Er du noe du ønsker å tilføye eller å si før vi avslutter intervjuet?

#### 4. Spørreskjemaer

### Utdanningen ”Kognitiv miljøterapi anvendt i boliger med tjenester for mennesker med psykiske lidelser” - fagpersoner

Hensikten med dette spørreskjemaet er å få mer kunnskap om hvordan du har opplevd utdanningen i Kognitiv miljøterapi anvendt i boliger med tjenester for mennesker med psykiske lidelser og hvordan du har opplevd at din praksis har endret seg gjennom utdanningen. Dette spørreskjemaet vil du få ved tre anledninger, ved start, midtveis og ved endt utdanning i april 2014.

Tusen takk for at du svarer! Svarene er avgjørende for hvordan utdanningen ”Kognitiv miljøterapi anvendt i boliger med tjenester for mennesker med psykiske lidelser” utvikles videre.

#### 1. Bakgrunnsinformasjon

Kjønn: Alder:

#### 2. Hvor lenge har du jobbet innenfor psykiske helsetjenester? (sett kryss)

0-2 år..... 2-7 år..... 7-15 år..... 15 år eller lenger.....

#### 3. Har du jobbet i spesialisthelsetjenesten? (sett kryss)

Ja..... Nei....

#### 4. Hva slags utdanning har du? (sett kryss):

- ☐ Sosionom
- ☐ Barnevernspedagog
- ☐ Psykolog
- ☐ Psykiatrisk sykepleier
- ☐ Vernepleie
- ☐ Annet..... (Spesifiser)

#### 5. Hvordan vil du vurdere følgende utsagn?

For hvert utsagn setter du en sirkel rundt et tall fra 6 til 1. Ring rundt tallet 6 er et uttrykk for at du er sterkt enig i utsagnet – ring rundt 1 er sterkt uenig.

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Det teoretiske stoffet har vært godt forklart | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Undervisningen har vært relevant for mitt kunnskapsnivå | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|

|  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
| Undervisningen har vært relevant for de arbeidsoppgavene jeg skal løse som fagutøver mennesker med psykiske lidelser | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--|---|---|---|---|---|---|

|  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
| Veiledningen har vært relevant for de arbeidsoppgavene jeg skal løse som fagutøver overfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--|---|---|---|---|---|---|

#### 6. Hvilken betydning tror du denne undervisningen kan ha for din praksis?

#### 7. Hva fra denne undervisningen kan hjelpe deg til å reflektere over din egen praksis i veiledning?

#### 8. Hva fungerte godt i denne utdanningen (vurder faglig innhold, organisering, undervisning, forelesere o.a.)?

#### 9. Hva kunne du ha ønsket vært annerledes i denne utdanningen (vurder faglig innhold, organisering, undervisning, program, o.a.)?

#### 10. Til slutt; er det andre tanker du sitter med som du mener kan bidra til å gjøre denne utdanningen bedre?

## Opplæringsprogram "Kognitiv miljøterapi anvendt i boliger med tjenester for mennesker med psykiske lidelser" – Spørreskjema - Beboer

Hensikten med dette spørreskjemaet er å få mer kunnskap om hvordan du som beboer opplever tjenestene i din bolig. Personalet har fått opplæring i Kognitiv miljøterapi. Dette spørreskjemaet vil du få ved to anledninger, ved oppstart, midtveis og i april.

Tusen takk for at du svarer! Svarene er avgjørende for hvordan opplæringen utvikles videre.

### 1. Bakgrunnsinformasjon

Kjønn: \_\_\_\_\_ Alder: \_\_\_\_\_

### 2. Hvor lenge har du bodd i kommunal bolig?

Under 3 måneder \_\_\_\_ 3-6 måneder \_\_\_\_ 6-12 måneder \_\_\_\_ Mer enn 12 måneder \_\_\_\_

### 3. Har du mottatt tjenester fra spesialisthelsetjenesten (DPS, døgnavdeling, ambulante team, Samhandlingsteam)?

siste 3 måneder \_\_\_\_ 3-6 måneder \_\_\_\_ 6-12 måneder \_\_\_\_ Mer enn 12 måneder \_\_\_\_

### 4. Har du fått informasjon om at personalet går på opplæring i Kognitiv miljøterapi?

Ja \_\_\_\_ Nei \_\_\_\_

### 5. Hvor mye vet du om kognitiv terapi/miljøterapi?

Lite \_\_\_\_ noe \_\_\_\_ mye \_\_\_\_

### 6. Hvordan vil du vurdere følgende utsagn?

For hvert utsagn setter du en sirkel rundt et tall fra 6 til 1. Ring rundt tallet 6 er et uttrykk for at du er sterkt enig i utsagnet – ring rundt 1 er sterkt uenig.

Jeg er sammen med andre som bor her i boligen i hverdagen

6      5      4      3      2      1

Jeg gjør husarbeid

6      5      4      3      2      1

Jeg går på butikken

6      5      4      3      2      1

Jeg går tur/trener er ute i naturen

6      5      4      3      2      1

Jeg har det bra når jeg er sammen med andre (familie, venner, kolleger)

6      5      4      3      2      1

Jeg har gode samtaler med personalet

6      5      4      3      2      1

---

Jeg får god hjelp av personalet til å nå mine mål

6      5      4      3      2      1

---

Jeg opplever å bestemme over eget liv og hverdag

6      5      4      3      2      1

---

**7. Er det noe annet du vil fortelle om, som kan ha sammenheng med at personalet har lært**

# Opplæring i ”Kognitiv miljøterapi anvendt i boliger med tjenester for mennesker med psykiske lidelser” – Spørreskjema - brukere

Hensikten med dette spørreskjemaet er å få mer kunnskap om hvordan du som beboer opplever tjenestene i din bolig. Personalet har fått opplæring i Kognitiv miljøterapi. Dette spørreskjemaet vil du få ved tre anledninger, ved oppstart, midtveis og i april.

Tusen takk for at du svarer! Svarene er avgjørende for hvordan opplæringen ”Kognitiv miljøterapi anvendt i boliger med tjenester for mennesker med psykiske lidelser” utvikles videre.

## 1. Bakgrunnsinformasjon

Kjønn: Alder:

## 2. Hvor lenge har du bodd i kommunal bolig?

Under 3 måneder.... 3-6 måneder..... 6-12 måneder..... Mer enn 12 måneder

## 3. Har du mottatt tjenester fra spesialisthelsetjenesten (DPS, døgnavdeling, ambulante team, Samhandlingsteam)?

siste 3 måneder.... 3-6 måneder..... 6-12 måneder..... Mer enn 12 måneder

## 4. Hvor mye vet du om kognitiv terapi/miljøterapi?

Lite..... noe..... mye.....

## 5. Hvordan vil du vurdere følgende utsagn?

For hvert utsagn setter du en sirkel rundt et tall fra 6 til 1. Ring rundt tallet 6 er et uttrykk for at du er sterkt enig i utsagnet – ring rundt 1 er sterkt uenig.

Jeg er mer sammen med andre enn for tre måneder siden

6 5 4 3 2 1

Jeg får bedre til å gjøre husarbeid enn for tre måneder siden

6 5 4 3 2 1

Jeg er mer ute på butikk og lignende enn for tre måneder siden

6 5 4 3 2 1

Jeg går mer tur/trener mer enn jeg gjorde for tre måneder siden

6 5 4 3 2 1

Jeg har det bedre når jeg er sammen med andre (familie, venner, kolleger) enn for tre måneder siden

6 5 4 3 2 1

Jeg får bedre hjelp av personalet ved boligen enn for tre måneder siden?

6 5 4 3 2 1

Jeg har mer kontroll over min egen situasjon enn for tre måneder siden

6 5 4 3 2 1

## 5. Noe annet du vil fortelle om kognitiv miljøterapi ved din bolig?





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

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

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

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

---

**SENTER FOR  
PSYKISK HELSE  
OG RUS**

---

**Adresse:**

Papirbredden  
Drammen kunnskapspark  
Grønland 58  
3045 Drammen

**Kontakter:**

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

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



**ISBN: 978-82-8290-013-3**

