



SLUTTRAPPORT for Prosjekt: "Tolv doble trinn"

*"Hvordan kan 12-trinnsmodellen integreres i rehabiliteringsprosessen for
dobbeltdiagnosepasienter innlagt på institusjon?
– Et pilot- og evalueringsprosjekt."*

Prosjektnummer 2011/3/0032 Tolv doble trinn

Et prosjekt innen helse og rehabilitering



Forord

Prosjektet "Tolv doble trinn", utarbeidet og gjennomført ved Skjelfoss Psykiatriske Senter i Hobøl, ble for 2012 og 2013 tildelt EXTRA-midler gjennom Rådet for Psykisk Helse for å evaluere nytten av og prøve ut den såkalte 12-trinnsmodellen som verktøy i rehabiliteringsprosessen for pasienter med dobbeltdiagnose innlagt på institusjon i Norge. ExtraStiftelsen er en stiftelse bestående av 28 frivillige organisasjoner, som eier og fordeler overskuddet fra Extra-spillet. Overskuddet går til frivillige organisasjoners helseprosjekter. Vårt prosjekt startet opp i januar 2012 og ble sluttført ved utgangen av 2013. Denne sluttrapporten har som målsetting å presentere det som er gjort og oppnådd gjennom denne 2-årige prosjektperioden. Rapporten skal gjøre resultater og erfaringer fra prosjektet tilgjengelig for andre for å bidra til kompetansebygging og utvikling av faglig og erfaringsbasert forståelse innen rus og psykiatri.

Prosjektet ble definert som et forprosjekt med ambisjon om å utarbeide en *pilot* som kan benyttes av andre aktører i helse-Norge som jobber med pasientgruppen. Overordnet målsetting har vært å bidra til å gjøre et internasjonalt suksessrikt men relativt ukjent verktøy for rus- og livsmestring i norsk sammenheng mer tilgjengelig for mennesker med samtidig alvorlig psykisk lidelse og vedvarende skadelig rusmisbruk. En bredt sammensatt prosjektgruppe har på bakgrunn av nasjonal og internasjonal brukerkompetanse, klinisk erfaring og empiriske studier vurdert 12-trinnsmodellen som en svært potent og nyttig forståelsesramme og verktøy integrert i en sammensatt rehabilitering på institusjon for rusavhengige med samtidig alvorlig psykisk lidelse. Videre har prosjektgruppen jobbet med å stimulere til at modellen innarbeides i behandlingsopplegget på Skjelfoss Psykiatriske Senter for å evaluere internasjonal erfaring i en norsk setting. Prosjektet har hatt sterkt fokus på brukermedvirkning, både på systemnivå og ved å innlemme pasientrepresentanter i prosjektgruppen. Brukerorganisasjonene Mental Helse og Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RiO) har også vært med i prosjektgruppen. Det er videre vært jobbet med å opprette kontakt med og dele erfaringer med et bredt faglig miljø.

Prosjektleder sammen med vertskap for prosjektet, Skjelfoss Psykiatriske Senter, vil overbringe en stor takk til Rådet for Psykisk Helse for veiledning og oppfølging av prosjektet, Extrastiftelsen for økonomisk støtte og alle medvirkende parter i et prosjekt som er beskrevet som et nybrottsarbeid og en spydspiss inn i fagmiljøet for ROP. Vi vil videre rette en spesiell takk til Manifestsenteret, Avdeling for Rus og avhengighetsbehandling ved Sørlandet Sykehus (ARA), Yngvar Ruud ved Betanien Oslo, Guttorm Toverud, for å nevne noen. Og ikke minst har prosjektgruppen vært fundamental i prosjektets suksess, hvor hver enkelt har bidratt med brennende engasjement, tung erfaring og innsikt i hvordan man kan vende problemer om til utfordringer og byrder og belastning om til ressurser og styrke for seg selv og andre.

Prosjektleder vil takke Irene Lindhom, direktør ved Skjelfoss Psykiatriske Senter, som gikk av med pensjon i årsskiftet 2013/2014, for den åpenhet og villighet hun har vist for nytenkning og rom for å trosse motforestillinger og mainstreamholdninger for å søke etter nye måter å forstå, hjelpe og styrke vanskeligstilte mennesker i samfunnet og ikke minst tro på at alle mennesker har iboende ressurser som kan hentes frem når de møtes som hele mennesker med respekt og likeverdighet. Og en varm takk til Arild Torgersen, som har bragt med seg sin tro og et tungt nøkkelknippe inn i prosjektet og åpnet dører for at det skal bli et levende prosjekt, og ikke bare smørbrød, kaffe og et nummer i prosjektarkivet.

Sammendrag

Prosjektet "Tolv doble trinn" ble i samarbeid med brukerorganisasjonene RiO og Mental Helse utarbeidet på Skjelfoss Psykiatriske Senter. Overordnet målsetting for et 2-årig prosjekt innen helse og rehabilitering har vært å stimulere til bedre ettervern for mennesker med dobbeltdiagnose vha. *12-trinnsmodellen*. Dette innebærer bl.a. motivering og tilrettelegging for at pasientene engasjerer seg i brukerstyrte, selvhjelpsbaserte 12-trinnsfellesskap. Disse kan gi mykere overgang ved utskriving via egenhendige livsmestringsverktøy og kilde til sosialt nettverk som styrker rusavhold. Prosjektet fikk støtte av Extrastiftelsen gjennom Rådet for Psykisk Helse. En bredt sammensatt prosjektgruppe med 2 pasientrepresentanter evaluerte nytten av modellen og konkluderte på bakgrunn av internasjonal forskningslitteratur, klinisk erfaring og brukerkompetanse med at 12-trinnsgrupper er godt egnet for ROP-pasienter og at alle rusavhengige bør få informasjon og tilrettelegging for deltakelse under behandling. I år 2 jobbet prosjektgruppen og arbeidsgruppe med å tilpasse og integrere 12-trinnsfilosofien som del av behandlingen på Skjelfoss. Blant annet dreide dette seg om på bygge opp kunnskap og forståelse av nytteverdi og innhold i modellen på alle nivåer ved institusjonen. Det ble definert kliniske retningslinjer og etablert en terapigruppe med utgangspunkt i 12-trinnsmodellen med fokus på sosial trening, kognitiv terapi, motivering og undervisning. Det har vært tidkrevende å starte opp gruppeprosessene i denne sammenhengen. Resultatet har dog vært svært lovende. I prosjektet har det blitt knyttet kontakt med et vidstrakt fagmiljø. Det anses som viktig at relevant fagmiljø, det formelle behandlingsapparatet og den brukerstyrte 12-trinnsbevegelsen i fremtiden samarbeider mer. Det er blitt utarbeidet en rapport om prosjektet med en grundig litteraturgjennomgang som skal publiseres på Nasjonalt kompetansesenter for ROP. I prosjektår 2 ble det arrangert en dagskonferanse om prosjektet hvor 90 fagfolk deltok. Prosjektleder publiserte artikkel i tidsskrift for Psykisk Helse og Rus (3) 2013 og skal i april 2014 innlede på den nasjonale ROP-konferansen om prosjektet. Et bredt nettverk har gitt uttrykk for ønske om videreføring for å utarbeide en solid pilot som kan evalueres empirisk med større utvalg. Prosjektgruppen oppfordrer fagfolk å selv delta på åpne møter i 12-trinnsgrupper for å utfordre skepsis og kunnskapsmangel omkring 12-trinnsmodellen.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag.....	3
Kap 1. Bakgrunn for prosjektet/Målsetting.....	5
Dobbeltdiagnose.....	5
Prosjekt Tolv doble trinn	5
Skjelfoss Psykiatriske Senter.....	6
Finansieringsplan	7
12-trinnsmodellen.....	7
Selvhjelp på den politiske dagsorden	8
12-trinnsbehandling og tilretteleggingsintervensjon	8
Dobbel trøbbel	8
Kap 2. Prosjektgjennomføring og resultater	9
Prosjektgruppen.....	9
Studietur og hospitering.....	10
Gjennomgang og evaluering av tilgjengelig litteratur	10
Klinisk implementering/utprøving	11
Økonomisk ressursbruk.....	13
Dagskonferansen "Tolv doble trinn"	13
Overføringsverdi	13
Artikkel i tidsskriftet "Psykisk helse og rus"	13
Kap 3. Oppsummering/Konklusjon/Videre planer	14
ROP-konferansen 2014	14
Videreføring i klinisk pilotprosjekt.....	15
Referanser/Litteratur	16
Vedlegg	18

Kap 1. Bakgrunn for prosjektet/Målsetting

Dobbeltdiagnose

Mennesker med såkalt dobbeltdiagnose (*alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, bipolar lidelse, alvorlig personlighetsforstyrrelse e.l. i kombinasjon med vedvarende, skadelig rusmisbruk*) er ansett for å være en av samfunnets mest sårbare grupper. Pasientgruppen er blitt beskrevet som å falle mellom to stoler fordi de ikke passer inn i tradisjonell rusbehandling og får lite ut av det tradisjonelle psykiske helsevern (1). De få tilbudene som eksisterer er ofte mangelfulle og favner ikke den destruktive virkningen de to lidelsene har på hverandre (2). Den psykiatriske lidelsen på den ene siden kan føre til at pasienten bruker stoff for å dempe symptomene mens stoffmisbruket forverrer intensiteten og varigheten av de psykiske symptomene.

Rusavhengighet er en kronisk lidelse med høy tilbakefallstendens (3), et gjennomgripende livsproblem som ofte krever behandling og oppfølging i et livsløpsperspektiv (4). Her kommer det offentlige hjelpeapparatet ofte til kort, hvor begrenset oppfølging etter at behandling er avsluttet er et velkjent problem. Dobbeltdiagnosepasienter preges av å være relativt unge når de kommer inn i behandling og har svært ofte ingen eller sterkt rusbelastete nettverk. En svakhet i det profesjonelle helsevesenet er nettopp evnen til å bygge opp stabile og rusfrie sosiale nettverk rundt brukeren. Spesielt er dette mennesker som har betydelige problemer med å mestre dagliglivets gjøremål og som på grunn av sin sykdom har en tendens til å være svært passive med stor angstproblematikk.

Utover 1990-tallet har personer med alvorlig psykisk lidelse og langvarig rusmisbruk fått økt oppmerksomhet, spesielt i forbindelse med publiseringen av stortingsmeldingen *Åpenhet og helhet* (21). Denne påpeker mangler i det ordinære tjenestesystemet for den *komorbide* pasientgruppen og behovet for egne tilbud til gruppen. I den forbindelse ble det fastslått at status i Norge var at det eksisterer lite kunnskap og kompetanse på forskning og utprøving av tiltak og behandlingsmodeller for mennesker med alvorlig psykisk lidelse og rusproblemer. Det ble særlig påpekt et behov for at ett og samme behandlingsmiljø skal kunne møte både de rusrelaterte problemene og de psykiatriske utfordringene til dobbeltdiagnosepasienter (22). Hvordan forbereder man mennesker med alvorlig psykiske lidelser og samtidig rusavhengighet best mulig på situasjonene de møter når de kommer ut av institusjon? Hvordan gir man disse menneskene en mykest mulig overgang? Dette har vært spørsmål som var utgangspunktet for fremveksten av prosjekt *"Tolv doble trinn"* ved Skjelfoss Psykiatriske Senter i Hobøl.

Prosjekt "Tolv doble trinn"

I samarbeid med brukerorganisasjonene *Mental Helse* og *Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO)* søkte Skjelfoss Psykiatriske Senter i 2011 ExtraStiftelsen Helse- og rehabilitering gjennom Rådet for Psykisk Helse om midler til å gjennomføre prosjektet *"Tolv doble trinn"*. Fra 2012 til 2013 har prosjektet hatt som mål å gå foran i arbeidet med å tilpasse og ta i bruk en unik rehabiliteringsideologi innen mestring av rusavhengighet som dobbeltdiagnosepasienter innen spesialisthelsetjenesten enda ikke har fått tilgang til i Norge. I stort handler dette om å fremheve deltakelse i såkalte 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper som et underutnyttet og svært potent alternativ til ettervern for rusavhengige. Det er liten oppslutning omkring nytten av 12-trinnsmodellen i det norske helsevesenet, spesielt i forhold til mennesker med psykisk tilleggsproblematikk. Dette står i sterk kontrast til internasjonal forskning og praksis.

Prosjekt "Tolv doble trinn" vurderte i år 1 *hvorvidt* 12-trinnsprogrammet er et egnet tilbud for pasienter med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk i Norge. Prosjektets fokus har vært på brukermedvirkning og selvhjelp. I prosjektår 2 ble det vurdert *hvordan* 12-trinnsmodellen kan integreres i rehabiliteringsprosessen for dobbeltdiagnosepasienter innlagt på institusjon. En utvidet målsetning har vært å bidra til fagutvikling og spre kunnskap i helse-Norge om 12-trinnsmodellen og selvhjelpsgrupper for å bedre ettervernet for ROP-pasienter.

Oppsummering: Prosjektets 3 utfordringer

(1) Prosjektgruppa skal ut fra empirisk, klinisk og brukerperspektiv konkludere:

PROBLEMSTILLING 1:

Er 12-trinnsmodellen et egnet tilbud for dobbeltdiagnosepasienter med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk?

(2) Tilpasse og integrere 12-trinnsfilosofien som del av behandlingen på Skjelfoss

- Bygge opp forståelse av nytteverdi og innhold i modellen på institusjonen.
- Definere kliniske retningslinjer
- Informasjon, motivering, undervisning, sosial trening for pasienter
- Deltakelse på 12-trinnsbaserte selvhjelpsgruppemøter (NA)

PROBLEMSTILLING 2:

Hvordan kan 12-trinnsmodellen integreres i rehabiliteringsprosessen for dobbeltdiagnosepasienter innlagt på institusjon?

(3) Spre kunnskap i helse-Norge om 12-trinnsmodellen via artikler, konferanse osv.

 **Overordnet målsetting:** Stimulere til bedre ettervern vha. 12-trinnsprogrammet

- Gi ROP-pasienter en mykere overgang når de skrives ut av institusjon til egen bolig eller lavere omsorgsnivå og egenhendige verktøy som kan gjøre dem bedre i stand til å møte hverdagssituasjonen og oppbyggingen av sosialt nettverk uten at de tyr til rusmiddelbruk.

Skjelfoss Psykiatriske Senter

Skjelfoss psykiatriske senter er ett av de få rehabiliteringsinstitusjoner i landet som gir et tilbud som skal møte både de rusrelaterte problemene og de psykiatriske utfordringene til

dobbeltdiagnosepasienter. Skjelfoss Psykiatriske Senter er en psykiatrisk institusjon drevet innen både spesialist- og kommunehelsetjenesten med 37 døgnplasser. 27 plasser er kjøpt av Helse Sør-Øst RHF. Institusjonen eies av Lukasstiftelsen og ligger i Hobøl kommune i Østfold. Skjelfoss skal gi et spesialisthelsetilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. 11 av døgnplassene er tilskrevet pasienter med dobbeltdiagnose.

Finansieringsplan

Det var lite kunnskap om 12-trinnsmodellen og selvhjelp på institusjonen da prosjektet ble forespeilet. Å utforske og eventuelt integrere denne tankegangen i behandlingen og samtidig evaluere fremdriften og formidle dette videre, krevde store ressurser utover daglig drift og de økonomiske og personalmessige rammebetingelsene bedriften har. Det ble innvilget hhv. 390 000 og 410 000 kr for år 1 og år 2 fra Extrastiftelsen som supplerte egen investering fra Skjelfoss på hhv 342 500 og 332 500 kr. Av et samlet budsjett på 1 475 000 kr var 1 250 000 kr satt av til lønn og sosial utgifter og 156 000 til honorarer, blant annet til eksterne medlemmer i prosjektgruppen. Resterende midler skulle benyttes til seminardag, reiseutgifter, kontorutgifter, studietur og litteratur.

12-trinnsmodellen

Det har de senere årene vært et internasjonalt fokus på å utvikle *integrerte behandlingsprogrammer* for mennesker med dobbeltdiagnose (7). I USA er slike programmer ofte knyttet opp mot selvhjelpsalternativer og 12-trinnsmodellen, hvor grupper som f.eks. AA (Anonyme Alkoholikere) og NA (Anonyme Narkomane) får rollen som en forlengelse av det formelle behandlingstilbudet (1). Internasjonalt er 12-trinnsmodellen etablert som en av de ledende, empirisk validerte former for psykososial behandling av alkohol- og rusmiddelavhengighet (11).

Blant annet i USA har man sterke faglige føringer om å anbefale pasientene bruk av 12-trinnsgrupper (5). 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper er et fritt tilgjengelig, gratis selvhjelpstilbud som kan representere et langvarig og støttende fellesskap for rusmiddelavhengige hvor man har mulighet og gjerne oppfordres til å delta så lenge man vil. 12-trinnsgrupper er internasjonalt beskrevet som et positivt supplement til formell behandling. Slike brukerstyrte grupper er tuftet på anonymitet og frivillighet. Det er viktig å ikke forveksle det profesjonelle og frivillige nivået. Det er blitt utformet formaliserte, manualbaderte behandlingstilbud som jobber mot å styrke deltakelse i 12-trinnsfellesskap, som *Twelve Step Facilitation Therapy* (TSF) (31, 32, 33) og utdanninger og sertifiseringer som *Recovery Dynamics* (34) fra USA og *Addictologien* i Sverige (35). I en mengde studier ser man at deltakelse under og etter behandling er assosiert med bedre behandlingsresultater (3).

12-trinnsmodellen har sin opprinnelse i selvhjelpsbevegelsen *Anonyme Alkoholikere* (AA). Deres program og filosofi, de *12 trinn* og *12 tradisjoner*, har siden etableringen i USA i 1935 utviklet seg til den mest suksessrike og utstrakte modellen innen rehabilitering og tilfriskning fra ulike typer avhengighetsatferd (5). AA er blitt beskrevet som en prototyp på fenomenet selvhjelpsgrupper og har vekket enorm oppmerksomhet som sosial organisasjon (16).

De 12 trinnene kan beskrives som en erfaringsbasert endringsstrategi. Opprinnelig ble de utarbeidet i samarbeid med psykologer og leger (20). De inneholder kognitive og atferdsmessige forslag til endring. Det er ikke snakk om et program man gjennomfører én gang, men er ment å praktiseres som en måte å leve livet på for å klare å holde seg rusfri. Kort fortalt består trinnene i å innrømme rusproblemet, søke hjelp hos en makt utenfor seg selv, foreta en selvransakelse, gjøre opp for seg der man ser at man har påført andre skade,

dyrke ens åndelighet og dele sin historie og erfaring for å hjelpe andre rusavhengige som fortsatt sliter med rusproblemer (20, 26). Grunnteksten som formidler de 12 trinn kalles *Storboka* (20).

Selvhjelp på den politiske dagsorden

I Opptrappingsplanen for psykisk helse publiserte norske myndigheter nylig "Nasjonal plan for selvhjelp" hvor det statueres at man ønsker spesielt å satse på *selvhjelpsperspektivet* og bruk av selvhjelpsgrupper i forlengelse av profesjonelle helsetilbud (23). Dette gir mennesker egenhendige verktøy de kan bruke i tillegg til offentlig oppfølging for å mestre sine utfordringer i møte med hverdag og på leting etter sosiale nettverk. Her setter myndighetene fokus på *egenmestring* og *brukermedvirkning* (24, 5). *Folkehelsemeldingen* har følgende målsetting for satsing på selvhjelpsarbeid: "Målet er å gjøre selvhjelp som metode tilgjengelig for flere, fremme systematisk kunnskap og metodeutvikling om selvhjelp og bidra til at selvhjelp som verktøy kan brukes innen psykisk helsearbeid, både for brukere og hjelpere." (25).

I de nye nasjonale faglige retningslinjene for tjenesteutøvere som arbeider med pasienter med psykisk lidelse kombinert med ruslidelse (ROP-retningslinjene) anbefales behandlingen innrettet "slik at brukeren får informasjon om selvhjelp, selvhjelpsforståelse og eventuelt også brukerstyrte tiltak i sitt nærområde" (19). I Norge er 12-trinnsbaserte grupper de eneste selvhjelpsgruppene med nasjonal tilgjengelighet.

12-trinnsbehandling og tilretteleggingsintervensjon

Blant annet i USA og nordiske land som Sverige og Island representerer 12-trinnsmodellen den dominerende ideologien og forståelsesrammen innen avhengighetsbehandling (5, 10), og de fleste rusavhengige blir anbefalt av helsepersonell å engasjere seg i 12-trinnsgrupper. Internasjonalt har en lang rekke studier de siste årene utpekt behandling som tar i bruk kliniske verktøy for å tilrettelegge og motivere til jevnlig og aktiv deltakelse i slike grupper som like effektive tilbud som for eksempel kognitiv terapi (5, 6, 11, 12, 13, 14). Forskning har ofte utpekt 12-trinnsgrupper som de mest effektive etterverntilbud for å styrke rusavhengiges rus- og livsmestring over tid. Effekten av selvhjelpsgrupper ligger bl.a. i skifte av sosialt nettverk, nye mestringsstrategier og bedre psykososial fungering (7, 1, 5).

Dobbel trøbbel

I Norge er situasjonen annerledes. I kontrast til f.eks. USA, så er integrert kun 5 % av rusrelaterte behandlingsinstitusjoner 12-trinnfilosofien i sine tilbud (15, 16). Kun 15 % av pasientene i rusfeltet i Norge blir oppmuntret til å delta i AA eller NA (3). Ser man til USA, er andelen 75 %. Helsepersonells ignorering av 12-trinnsgrupper er spesielt uheldig når man ser at de fleste som engasjerer seg i grupper gjør det på oppfordring fra helsepersonell (5, 16). Hovedårsaken til at behandlere mener at slike grupper ikke passer for pasientene oppgis å være for eksempel angst- eller psykoseproblematikk. På tross av at forskning og erfaring i andre land enn Norge viser det motsatte (12), mener 42 % av norske behandlere at pasienter med ROP-lidelser ikke passer inn i 12-trinnsgrupper (17). Denne situasjonen er dog i gradvis endring med tanke på nevnte nasjonale retningslinjer og helsepolitiske føringer.

På grunn av spesifikke utfordringer knyttet til deres sykdomsbilde og motforestillinger hos helsepersonell, er det relativt få ROP-pasienter som benytter seg av

selvhjelp jevnlig over tid (30), og de benytter seg i mindre grad enn andre av 12-trinnsgrupper som AA og NA, selv om de er like tilgjengelige for alle (28). I en norsk studie fra rusfeltet ble bare en tredel av pasientene som ble oppfattet som aktuelle, aktivt motivert til å delta i selvhjelpsgrupper (26, 27). Paradoksalt nok viser bred internasjonal forskning og klinisk erfaring at å gå i slike grupper er blant de beste tilbud for å styrke rusavhengighet og livsmestring over tid (3) – også for mennesker med alvorlig psykisk lidelse (6, 7, 8). I tillegg gir kostnad-nyttestudier om bruk av 12-trinnsgrupper entydige konklusjoner: økt deltakelse reduserer bruken av formalisert behandling samtidig som man finner reduksjon i rusbruk. På grunnlag av slike forskningsfunn anbefales 12-trinnsgruppene av sentrale fagorganisasjoner (26). Aktiv deltakelse i 12-trinnsfellesskap har også sammenheng med bedre engasjement i egen behandling og er assosiert med lavere frekvens av reinnleggelse samt bedring av psykisk helse (4, 6, 9).

Kap 2. Prosjektgjennomføring og resultater

Prosjektgruppen

I følge prosjektplanen for "Tolv doble trinn" var år 1 definert som et forprosjekt hvor prosjektleder skulle ansettes i 40 % stilling for å koordinere prosjektet, sette ned og komme i gang med en prosjektgruppe. Prosjektleder skulle også være ansatt i 40 % stilling som miljøarbeider i behandlingsmiljøet. Brukermedvirkning var ment å være sentralt i prosjektet, spesielt med tanke på at 12-trinnsfilosofien baserer seg på brukerperspektiv, selvhjelp og full brukerstyring i selvhjelpsgruppene. I prosjektgruppen skulle det også innlemmes fagarbeidere med erfaring fra dobbeltdiagnose-behandling og egenerfaring fra tolvtrinnsbehandling i tillegg til fagpersoner ansatt ved institusjonen.

I løpet av år 1 og 2 ble det gjennomført 6 møter pr år i prosjektgruppen bestående av 11 personer.

- + prosjektleder, med faglig erfaring med 12-trinnsmodellen, Frederick Nathanael
- + 2 pasientrepresentanter med dobbeltdiagnose innlagt ved institusjonen
- + 3 miljøpersonale fra Skjelfoss med god kjennskap til ROP (Rita Solgård, Grete Været Aass, Tomas Simonsen)
- + sosionom på institusjonen, uten erfaring med 12-trinnsmodellen/rus
- + Ruben Ervik, gestaltterapeut med egen tilfriskning gjennom NA og solid faglig erfaring fra 12-trinnsbehandling (Kildevangen)
- + Rune Aass, addictolog med solid erfaring med 12-trinnsbehandling, også ifm. ROP, og egenerfaring i tilfriskning gjennom 12-trinnsprogrammet
- + leder av RiO Østfold, Line Eikenes. RiO forpliktet seg til å bidra med brukererfaringskompetanse og tilse at brukerperspektivet og brukernes interesser og rettigheter ivaretas
- + medlem fra Mental helse Østfold, Svend Ervik

I tillegg ble det holdt løpende dialog og rådgøring med ledelse, behandlere og fagleder ved institusjonen.

Sosionomen trakk seg fra prosjektgruppen pga sykdom, og medlem av Mental Helse kunne ikke delta på møter grunnet sykdom, men var noe tilgjengelig for rådgivning, blant annet gjennom deltakelse i brukerutvalget ved institusjonen. Den ledige plassen i prosjektgruppen etter sosionomen, ble fylt med en ny representant fra miljøpersonale, Wibeke Gundersen, som heller ikke hadde kjennskap til 12-trinnsmodellen.

Pasientrekruttering var forventet å være en særskilt utfordring i seg selv. Og det var

forventet utbredt skepsis blant ansatte ved institusjonen jamfør forskningen. I prosjektplanen var det forespeilet blant annet å starte opp med åpne kvelder for både ansatte og pasienter hvor det informeres og snakkes om hva prosjektet vil innebære, hva de 12 trinn går ut på osv. Det ble tidlig satt i gang undervisning ved prosjektleder, åpne foredrag ved *Offentlig Informasjon* (OI) i NA og av medlemmer fra prosjektgruppen.

Det ble jobbet mye med informasjon og motivering for deltakelse for både pasienter og ansatte ved institusjonen. To pasienter ble tidlig rekruttert og begynte engasjement i NA. Det ble jobbet for å arrangere jevnlig transport og følge til møter i NA for pasienter, hvor også miljøpersonale og andre medlemmer av prosjektgruppen deltok. Prosjektleders jobbet hele prosjektperioden i 40 % stilling som prosjektleder, men gikk i år 2 ut av den tilsvarende stillingsprosenten som miljøpersonell. Denne stillingen ble fylt av andre miljøpersonale i prosjektgruppen samt senere ansatt erfaringssterapeut med bred behandlings-, faglig- og egenerfaring med 12-trinnsmodellen, Arild Torgersen. Dette var viktig for å følge opp pasientene knyttet til prosjektet i hverdagen.

Studietur og hospitering

I følge prosjektplanen skulle det i år 1 gjennomføres en studietur for 3 utvalgte deltakerne i prosjektgruppen ansatt som helsepersonell ved Skjelfoss, dette inklusive prosjektleder. Turen var tenkt å være et besøk ved en institusjon med samme type virksomhet som Skjelfoss, men som har erfaring med 12-trinnsbasert behandling av dobbeltdiagnosesenter. Sverige var utsett som et aktuelt mål da dette et land som har dokumentert langt større erfaring med dette enn Norge. Fremfor en slik studietur, som ble for kostbart, ble det heller gjennomført hospitering og deltakelse på kurs og aktuelle konferanser for prosjektleder og medlemmer fra prosjektgruppen ansatt ved institusjonen. Deltakere formidlet innhentet kompetanse og erfaring til prosjektgruppe og til personale, behandlere og ledelse på institusjonen gjennom rapporter og fellesundervisning. Prosjektleder hospiterte på Manifestsenteret, hvor det ble oppdaget at det fantes unik utprøving av arbeid med 12-trinnsmodellen med pasienter med dobbeltdiagnose. I løpet av 2012 ble dette dog endret, da fagleder ved institusjonene gikk bort, som hadde ansvaret for denne implementeringen. Ny fagsjef var mindre positiv til dette.

Prosjektleder deltok videre på den nasjonale ROP-konferansen i regi av Confex, både i 2012 og 2013, hvor blant annet de nye ROP-retningslinjene ble presentert. Videre deltok prosjektleder på Nordisk rus- og recoveryseminar, hvor det ble knyttet kontakter til sentrale fagfolk i 12-trinnsmiljøet. Tre ansatte ved Skjelfoss, tilknyttet prosjektgruppen, gjennomgikk det såkalte Storbokkurset ved Guttorm Toverud, et ledende kurs i 12-trinnsammenheng i Norge. Storbokkurser benyttes blant annet for opplæring av ansatte og som tilbud i ettervern for pasienter ved 12-trinnsklinikker i Norge. Flere deltakere i prosjektet deltok også selv på åpne møter i NA og AA, hvor mennesker som selv ikke er rusavhengige kan delta. Det ble avsatt midler til videre hospitering eller evt studietur i år 2. Prosjektleder hospiterte en uke ved ARA, og representanter fra prosjektgruppen deltok på kurs om 12-trinnsmodellen og 12-trinnsmodellen ved SERAF (Senter for rus og avhengighetsforskning), UIO, i 2013.

Gjennomgang og evaluering av tilgjengelig litteratur

I følge prosjektplanen skulle det i år 1 innhentes tilgjengelig materiell fra inn- og utland omkring prosjektets problemstilling. Prosjektleder, med utdanning i Helse- og sosialpsykologi på mastergradsnivå, gjennomførte en omfattende litteraturgjennomgang med hovedtyngde på internasjonale publikasjoner i fagfelleverderte tidsskrifter

vedrørende 12-trinnsmodellen at 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper. Prosjektleder innhentet også manualer for 12-trinnsbaserte behandlinger og litteratur fra 12-trinnsfellesskapene NA og AA. På denne bakgrunnen og samtaler med forskere og behandlere innen psykisk helsevern, rusfeltet og 12-trinnsfellesskapet samt erfaringer fra medlemmer i prosjektgruppen ble det utarbeidet en rapport som ble formidlet til prosjektgruppen, ansatte ved Skjelfoss og senere interesserte fra fagfeltet rus og psykiatri i Norge. Denne vil publiseres fortløpende på www.rop.no, hjemmesiden til Nasjonal Kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. Rapporten er tenkt å kunne brukes i arbeid med hvordan pasienter og behandlere i helsevesenet bedre kan utnytte ressursen som ligger i modellen og 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper, jamfør prosjektplanen. Rapporten beskriver jamfør prosjektplanens ambisjon strategier for å motivere og hjelpe den aktuelle pasientgruppen å forstå innholdet i og nytten av 12-trinnsmodellen og videre å delta i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper tilpasset de spesifikke utfordringer og behov som preger avhengige med alvorlige kroniske, psykiske diagnoser.

På grunn av den utbredte skepsisen og manglende kunnskap om 12-trinnsmodellen som er dokumentert å prege det norske helsevesen, ble prosjektet definert som et forprosjekt med forbehold om at konklusjonen kunne være negativ i forhold til nytteverdi i Norge og den aktuelle pasientgruppen. Men basert på arbeidet gjennom forprosjektet konkluderte prosjektgruppen positivt; Integrering av 12-trinnsmodellen er et veldokumentert og suksessrikt element i rehabilitering og ettervern av mennesker med dobbeltdiagnose.

Implementering av 12-trinnsforståelse på institusjoner i Norge vil kreve intensivt arbeid med holdninger og kunnskapsløft over tid på alle nivåer. Det er viktig med ildsjeler med egen erfaring som jobber for å motivere ledelse, behandlere og øvrig personale. *Erfaringssterapeuter* bør inngå som en del av behandlingsmiljøet. Det er avgjørende med motivering, psykoedukativt arbeid og tilrettelegging over tid for at pasienter skal delta jevnlig og aktivt på 12-trinns møter lokalt og i hjemkommuner. Man må også være åpen for at 12-trinnstankegang ikke passer for alle og ikke på ethvert tidspunkt i behandlingsprosessen. Alle pasienter bør dog få informasjon om dette tilbudet under behandling. Det er viktig med mye oppfølging før og etter møter og samtaler omkring hvordan møtene fungerer og hva 12-trinnsprogrammet innebærer. For mange pasienter med alvorlig psykisk lidelse er det avgjørende med sosial trening i forbindelse med møtedeltakelse i selvhjelpsgrupper. I forhold til programmets åndelighet er det en fordel å jobbe med en jordnær forståelse av åndelighet og avmystifisere disse begrepene for ikke å vekke urealistisk skepsis og motforestillinger, som er vist å prege menneskers møte med 12-trinnsprogrammet i Norge, spesielt i helsevesenet (5, 26).

Klinisk implementering/utprøving

I prosjektbeskrivelsen forpliktet Skjelfoss Psykiatriske Senter seg til å prøve ut 12-trinnsmodellen på sine dobbeltdiagnosepasienter med fokus på å stimulere til deltakelse i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper. Botiden på Skjelfoss er relativt lang, så det ble forventet å kunne følge opp rekrutterte pasienter til prosjektet gjennom hele prosjektperioden. De pasientene som ble engasjert i prosjektgruppen deltok gjennom hele prosjektperioden.

Da prosjektgruppen i forprosjektet konkluderte positivt til nytteverdi, ga ledelsen på institusjonen prosjektgruppen mandat ved inngangen til prosjektår 2 til å nedsette en arbeidsgruppe for å innarbeide 12-trinnsmodellen i behandlingsopplegget på Skjelfoss. Arbeidsgruppen bestod av prosjektleder, ansatte ved institusjonen som var med i prosjektgruppen, fagkoordinator ved institusjonen og to andre interesserte

sykepleiere/hjelpepleiere. Disse ble sendt på kurs i 12-trinnsmodellen. Det ble ansatt til sammen to miljøpersonell i prosjektår 2 som hadde egenerfaring med langvarig tilfriskning gjennom 12-trinnsfellesskap, hvorav en var hjelpepleier og hadde solid erfaring med opplæring i 12-trinnsforståelse og oppbygging av gruppeterapi basert på 12-trinnsmodellen. Implementeringen har i stor grad handlet om å vekke nysgjerrighet og jobbe med holdninger innad i ledelse- og personal- gruppen.

I samarbeid med ledelse, teamledere, behandlende leger/psykiatere og psykologer ved institusjonen ble det utarbeidet et gruppeterapeutisk opplegg hvor de to pasientene fra prosjektgruppen og to personell fra arbeidsgruppen startet opp en selvstendig, kognitiv terapigruppe. Det ble jobbet med opplæring av de to ansatte som bisittere til gruppeterapeuten, og det ble gitt stort rom for å starte opp gruppeprosesser på institusjonen. Dette krevde intensiv oppfølging av pasientene og forsøkt på rekruttering av flere pasienter. I en slik startfase har det vært nødvendig med store ressurser fokusert på få pasienter, og varsomhet og tålmodighet har vært avgjørende. Erfaring har vist at pasientene har dratt stor nytte av dette.

Med tillatelse fra pasientrepresentant gjengis tilbakemelding fra vedkommende (36): Thea, 31 år, har bodd mesteparten av sitt voksenliv i psykiatrien. Hun er diagnostisert med dobbeltdiagnose. For inntil to år siden så ikke Thea for seg et liv utenfor institusjon med høyt omsorgsnivå. I dag snakker hun om den dagen hun bor i egen leilighet og møter ansatte i psykiatrien i en rolle hvor det er hun som deler av sin erfaring og fortelle behandlere om sin vei til tilfriskning. Nøkkelen hun selv framholder er tålmodigheten, gjenkjennelsen, tilhørigheten og nettverket hun har fått gjennom selvhjelpsgruppen NA og deres 12-trinnsprogram. *«Jeg har kjent meg som en alien. Jeg har aldri følt at jeg har hørt til noen steder. Det gjør jeg nå. Det er et sted jeg kan være 100 % meg selv». «Jeg merker en forandring i meg selv. Det jeg vet jeg har fått er i hvert fall tålmodighet. Jeg angreir aldri på at jeg gikk inn på møtet når jeg kommer ut»* forteller hun. I utgangen av prosjektår 2 feiret Thea 12 måneders rusfrihet på institusjonen takket være prosjektet, i følge henne selv.

I henhold til ledelsen på institusjonen har arbeidet i prosjektgruppen medført positive endringer i relasjonen mellom pasienter og personale. Det rapporteres om at pasienter engasjerer seg mer i egen behandling, og personale opplever å ha fått unike verktøy og forståelsesramme når det gjelder å jobbe med avhengighetsproblematikk i en psykiatrisk setting. *«Sjelden har jeg følt meg så ydmyk og full av respekt for de menneskene som går disse skrittene ut av avhengighet. Jeg har fått stor tro på at dette virker,»* sier hjelpepleier tilknyttet prosjektet, Wibeke Gundersen.

Ved utgangen av prosjektår 2 ble terapigruppen "Tolv doble trinn" offisielt innlemmet i det faste behandlingsopplegget ved institusjonen (se <http://skjelfospsykiatriske.no/ behandlingstilbud/>). Leder for terapigruppen ble frikjøpt i en 20 % stilling siste halvår av prosjektår 2 til å jobbe administrativt omkring prosjektet. Dette har vært nødvendig for å drifte og bygge opp terapigruppen i en allerede intens behandlingshverdag. Det må angis at pasientrepresentantene i prosjektet har hatt en nøkkelfunksjon i prosjektets suksess. Både i forhold til å motivere personale og rekruttere andre pasienter har prosjektet dratt stor nytte av pasientenes interesse, økende egenmotivasjon og engasjementet. De har vist en sterk vekst i engasjement i egen behandling og personlig utvikling gjennom prosjektet.

Økonomisk ressursbruk

Prosjektet har benyttet samtlige midler som ble budsjettert i prosjektplanen, til sammen 1 475 000 kr. Uten at det er regnet ut, har Skjelfoss sin egenandel oversteget det budsjetterte, da institusjonen så viktigheten av å satse på prosjektet med de gode resultater det har frembragt.

Dagskonferansen "Tolv doble trinn"

I prosjektplanen var det en ambisjon å arrangere en seminardag på Skjelfoss for ansatte og medvirkende aktører i prosjektet. Man ønsket også å invitere andre som kunne ha interesse av å lære av prosjektet og inngå i mulig videre samhandling. Dette ble vurdert som viktig i gjennomføringen, da prosjektets målsetting skulle ha tyngde på faglig samarbeid og formidling og ikke bare kompetanseheving og utvikling av behandlingsopplegget på Skjelfoss. Det ble arrangert en dagskonferanse 21. oktober 2013 på Fossnes Grendehus like ved Skjelfoss. Det ble invitert bredt, og nærmere 90 fagfolk fra hele landet innen rus- og psykiatri deltok på konferansen. Programmet var balansert og engasjerende med gode innledere. Blant annet innledet var *Dr. philos. Guttorm Toverud*, spesialist på rusavhengighetsterapi med 25 års erfaring med pedagogisk opplæring i klinisk bruk av 12-trinnsbehandling; psykologspesialist *Halvor Kjølstad*, fagsjef i psykiatrien, tidligere leder for Norsk Psykologforening og direktør for Blå Kors senter i Oslo og AKA; Leder for brukerorganisasjonen RiO Øst, *Line Eikenes* og *Trine-Lise Nørstad Ingle*, psykoterapistudent og miljøarbeider v/ 12-trinnsklinikken Sigma Nord med egen tilfriskning gjennom 12-trinnsfellesskap fra dobbeltdiagnose. Prosjektleder presenterte forskning og prosjektgruppens erfaring gjennom prosjektperioden. Thea, pasientrepresentant i prosjektet, presenterte sin opplevelse av å engasjere seg i 12-trinnsprogrammet og prosjektet. Konferansen fikk gode tilbakemeldinger og vekket interesse for å trekke på prosjekterfaringen hos andre behandlingsaktører i Norge.

Overføringsverdi

Men man ser av engasjementet i behandlingsmiljøer at 12-trinnsfellesskap blomstrer opp og vokser parallelt, som igjen stimulerer til mer synlighet i samfunnet. Prosjekt "Tolv doble trinn" håper på å ha bidratt til å stimulere til mer henvisningspraksis i Norge og samarbeid mellom det frivillige, brukerstyrte selvhjelpsplanet og det profesjonelle hjelpeapparatet.

Erfaringen fra prosjektet peker på at pasienter med dobbeltdiagnose i større grad må hjelpes inn i 12-trinnsfellesskap enn andre rusavhengige, og at dette må gjøres over tid. Mer forskning er viktig, spesielt i Norge. Videre synes det viktig at helseapparatet tar i bruk erfaringsterapeuter i større grad, og videre at helsepersonell selv deltar på åpne møter i 12-trinnsgrupper. I f.eks. USA er dette vanlig praksis i rusfaglig opplæring. Større åpenhet i Norge den siste tiden omkring selvutvikling og det eksistensielle/åndelige, som meditasjon, vil trolig være med på å legitimere programmer som 12-trinnsmodellen, som i betydelig grad kan beskrives som et holistisk program med åndelig fundament.

Artikkel i tidsskriftet "Psykisk helse og rus"

Jamfør prosjektplanen ble det jobbet med å publisere erfaring fra prosjektet i relevante fagfora. I desember 2013 ble en artikkel skrevet av prosjektleder publisert i fagtidsskriftet *Psykisk Helse og Rus* nummer 3 under tittelen "Effektivt ettervern ved dobbeltdiagnose", som blant annet gis ut av sykepleierforbundet (http://skjelfosspsykiatriske.no/verdt_vite/prosjekt_tolv_doble_trinn/content_1/text_2d6bbb94-8023-4334-8265-2c0d8d45933d/1387191800161/_13ps3_tolv_trinnsmodellen_2696_1.pdf).

Kap 3. Oppsummering/Konklusjon/Videre planer

Bakgrunnen for prosjektet "Tolv doble trinn" var behov for bedre ettervern for pasienter med dobbeltdiagnose. Dette er en pasientgruppe som ofte havner tidlig i psykiatrien eller rusomsorgen og har høy frekvens av reinnleggelse etter endt behandling. Spesielt for denne pasientgruppen er at de lider av to lidelser som har en svært destruktiv virkning på hverandre. Det er stor mangel på tilbud som favner begge lidelser, og pasientene har ofte ingen eller destruktive, rusbelastede sosiale nettverk å komme tilbake til etter behandling. At pasientene ruser seg har en tendens til å medføre sterk forverring av symptomer. Å gi pasientgruppen gode tilbud i en ettervernfase og styrke pasientenes tilgang til sosiale nettverk er noe helsevesenet og kommunene sliter med. Selvhjelpsgrupper basert på de 12 trinn, som AA og NA har vist seg internasjonalt å være et av de mest suksessrike alternativer til formell behandling og ettervern når det gjelder å opprettholde rusfrihet over tid for rusavhengige. Dette gjelder også for pasienter med dobbeltdiagnose.

I Norge er 12-trinnsmodellen relativt sett lite kjent, og helsevesenet gjør lite for å henvise og tilrettelegge for deltakelse i slike fellesskap. Dette er i stor kontrast til internasjonal praksis, hvor 12-trinnsmodellen har satt et sterkt preg på hvordan man behandler og forstår avhengighet. I Norge er det utbredt skepsis mot nytten og egnetheten av 12-trinnsmodellen både i behandling og som selvhjelpsgrupper for pasienter med dobbeltdiagnose. Prosjektet "Tolv doble trinn" har gjennom to år vist at den norske praksisen og negative holdninger i helsevesenet mangler empirisk grunnlag.

Prosjektet har gjennomgått tilgjengelig klinisk erfaring, forskningslitteratur og brukererfaring for å identifisere retningslinjer for hvordan man kan integrere 12-trinnsmodellen i rehabiliteringen av mennesker med dobbeltdiagnose. Prosjektet peker på at alle pasienter som sliter med rusavhengighet, uansett tilleggsdiagnose, bør få informasjon og tilbud om å delta i 12-trinnsfellesskap og hjelp via helsevesenet til å forstå 12-trinnsprogrammet og til å engasjere seg i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper. Dog er det viktig å forstå at det ikke passer for alle. Noe av tankegangen i dette er fremmed for norsk helsevesen, både fordi det enda er skepsis i det formelle behandlingstilbudet mot brukerstyrt selvhjelp og mot noe av innholdet og tankegangen i 12-trinnsprogrammet, spesielt det åndelige preget.

Å integrere tankegangen i et behandlingsmiljø krever mye forarbeid, spesielt med holdninger, kunnskap om modellen som sådan, og nytteverdien av å engasjere seg aktivt i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper. Prosjektet anbefaler på det sterkeste aktører i helse-Norge å gjøre dette arbeidet og anbefale og tilrettelegge for deltakelse i slike grupper for pasienter med rusproblematikk, også de med dobbeltdiagnose. Når det gjelder sistnevnte, er det avgjørende med varsomhet og tålmodighet i et langtidsperspektiv. På Skjelfoss Psykiatriske Senter, vertskap for prosjektet, har det etter en toårig prosjektperiode blitt startet opp en egen terapigruppe som jobber med dette. Brukermedvirkning og erfaringskompetanse er sentralt i dette i tillegg til tung fagkompetanse innen rus og psykiatri.

ROP-konferansen 2014

En sentral målsetting i prosjektet har vært formidling av nytten av 12-trinnsmodellen, spesielt knyttet til dobbeltdiagnose. I tillegg til å publisere prosjektets erfaringer i fag- og brukerfora, så man for seg deltakelse i et bredt fagmiljø ved å invitere andre til å lære av hva som kom ut av prosjektet. I den forbindelse er prosjektgruppen svært stolte av at vi i år har blitt invitert til å delta som innleder på den nasjonale, årlige ROP-konferansen i Oslo i regi av Confex 8.-9. april. Prosjektleder har blitt invitert som foredragsholder for å presentere prosjektet under tittelen "Prosjekt "Tolv doble trinn" – 12-trinnsmodellen i rehabilitering".

Videreføring i klinisk pilotprosjekt

I prosjektplanen var det et forsiktig motiv at de erfaringer pasienter, prosjektgruppen og Skjelfoss sine medarbeidere hadde tilegnet seg skulle føre frem til et tilbud institusjonen kan gi til storparten av dobbeltdiagnosepasientene på Skjelfoss i fremtiden. Vi ser nå at prosjektet burde vært gjennomført i en mye lengre tidsramme enn to år. Det er kun et lite utvalg av pasienter og personell som har blitt introdusert for 12-trinnsmodellen i vesentlig grad. Det er derfor ikke et solid nok grunnlag for å definere det som en pilot, men heller et forprosjekt. Det er dog dannet et omfangsrikt grunnlag for videre arbeid med problemstillingen og videreføring i et pilotprosjekt med et bredere utvalg, empirisk evaluering. Resultatet fra forprosjektet er lovende, og fagfeltet har vist stor interesse for arbeidet. Skjelfoss Psykiatriske Senter er villige til å gjøre dette arbeidet dersom det fremskaffes nødvendig finansiering. Prosjektleder har utarbeidet en prosjektplan for videreføring med samarbeidsavtale med bl.a. RiO. Det vil søkes om midler løpende. For Skjelfoss vil det også arbeides for å opprette en egen stilling som ruskonsulent som skal jobbe videre med implementering på institusjonen og faglig samhandling. Dette avhenger av resultatet fra fremtidige anbudsrunder. Foreløpig forsøker man å opprettholde den aktiviteten som er igangsatt med terapigruppe 2 ganger i uken og jevnlig transport til møter i NA.

Referanser/Litteratur

1. Noordsy, Douglas L; Schwab, Brenda; Fox, Lindy; Drake, Robert E. (1996). The role of self-help programs in the rehabilitation of persons with severe mental illness and substance use disorders. *Community Mental Health Journal*, 32(1), 71-81, 83-86
2. Helse Sør-Øst RHF (2012). Utredningsrapport om en eventuell områdefunksjon/enhet for dobbeltdiagnosepasienter i Oslo
Utført av Diakonhjemmet Sykehus på oppdrag fra Helse Sør Øst RHF.
Diakonhjemmet Sykehus.
3. Vederhus, J. K. (2012). Addiction professionals and substance abuse patients' attitudes towards and usage of 12-step-based self-help groups. Sammendrag av doktorgradsavhandling. Hentet 20.1.2013 fra:
http://urn.np.no/URN_NBN:no-30540.
4. Aase, D. M., Jason, L. A., & Robinson, W. L. (2008). 12-step participation among dually-diagnosed individuals: A review of individual and contextual factors. *Clinical Psychology Review*, 28, 1235-1248
5. Vederhus, J., Kristensen, Ø., Tveit, H., & Clausen, T. (2008). Tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper: En ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 10, 1268-1275.
6. Bogenschutz, M. P., Geppert, C. M. A., & George, J. (2006). The Role of Twelve-Step Approaches in Dual Diagnosis Treatment and Recovery. *The American Journal on Addictions*, 15, 50-60
7. Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2006). *Integrert behandling – av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget
8. Trumbetta, S. L., Mueser, K. T., Quimy, E., Bebout, R., & Teague, G. B. (1999). Social networks and clinical outcomes of dually diagnosed homeless persons. *Behavior Therapy*, 30, 407-430
9. Swindle, R. W., Phibbs, C. S., Paradise, M. J., Recine, B. P., & Moos, R. H. (1995). Inpatient treatment for substance abuse patients with psychiatric disorders: A national study of determinants of readmission. *Journal of Substance Abuse*, 7, 79- 97.
10. Tomasson, K., Vaglum, P. (1998). Psychiatric co-morbidity and aftercare among alcoholics: a prospective study of a nationwide representative sample. *Addiction*, 93, 423-31.
11. Bogenschutz, M. P. (2005) Specialized 12-Step Programs and 12-Step Facilitation for the Dually Diagnosed. *Community Mental Health Journal*. 41(1), 7-20.
12. Humphreys, K. (1999). Professional interventions that facilitate 12-step self-help group involvement. *Alcohol Research & Health*, 23, 93-98.
13. Kristensen, Ø. & Vederhus, J. K. R (2005b). Selvhjelpsgrupper i rusbehandling. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 20, 125, 2798-2801
14. Ouimette, P. C., Girna, K., Moos, R. H., & Finney, J. W. (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment IV. The effect of comorbid psychiatric diagnoses on amount of treatment, continuing care, and 1-year outcomes. *Alcoholism—Clinical and Experimental Research*, 23, 552-557.
15. SIRUS (2004). Rustiltak.no. Landsdekkende oversikt over tiltak for rusmiddelbrukere 2004. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)
16. Vederhus, J. K. (2009). Selvhjelpsgrupper i rusfeltet. Rapport om selvhjelp i rusfeltet for Norsk Selvhjelpsforum (NSF). Hentet 23.01.2013 fra:
www.selvhjelp.no/filestore/Rapportomselvhjelpirusfeltet_301109_endelig.pdf
17. Vederhus, J. K., Laudet, A., Kristensen, Ø., & Clausen, T. (2010). Obstacles to 12-step group participation as seen by addiction professionals: Comparing Norway to the United States. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39 (3), 210 – 217

18. SHdir & Norsk Selvhjelpsforum (2004). Nasjonal plan for selvhjelp. Hentet 1.2.2012
http://www.selvhjelp.no/filestore/IS-1212_3743a.pdf
19. Helsedirektoratet (2012). ROP-retningslinjene. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og alvorlig psykiske lidelse. Hentet 20.5.2012 fra:
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser/Sider/default.aspx>
20. AA (2006). *Anonyme Alkoholikere*. Oslo: Anonyme Alkoholikere i Norge.
21. Stortingsmelding nr. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra
www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086
22. Øverås, S. (2003). Fra portvakt til døråpner. En midtveisevaluering av Tøyen-prosjektet (ROP-Tøyen). Fafo-notat 2003:22.
23. SHdir & Norsk Selvhjelpsforum (2004). National Plan for self-help. Retrieved April 28, 2010 from http://www.selvhjelp.no/filestore/Nasjononal_plan_IS-1212_engelsk.pdf.
24. Helse- og omsorgsdepartementet (2010). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). 7.1 Brukermedvirkning og pasientforløp. Hentet 20.2.2013 fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011/7/1.html?id=639835>
25. St.meld. nr. 16 (2002–2003) "Resept for et sunnere Norge, Folkehelsepolitikken". Hentet 21.1.2012 fra:
www.regjeringen.no/Rpub/STM/20022003/016/PDFS/STM200220030016000DDDPD
26. Vederhus, J. K., Hjerkin, B., & Kristensen, Ø. (2011). Selvhjelpsgrupper for rusmiddelavhengige. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 131, 1204-6
27. Vederhus, J. K., Kristensen, Ø., Laudet, A., & Clausen, T. (2009). Attitudes towards 12-step groups and referral practices in a 12-step naive treatment culture; a survey of addiction professionals in Norway.
28. Meissen, G., Powell, T. J., Wituk, S. A., Girrens, K., & Arteaga, S. (1999). Attitudes of AA contact persons toward group participation by members with mental illness. *Psychiatric Services*, 50, 1079-1081
29. Vederhus, J. K., Laudet, A., Kristensen, Ø., & Clausen, T. (2010). Obstacles to 12-step group participation as seen by addiction professionals: Comparing Norway to the United States. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39 (3), 210 – 217
30. Magura, S., Laudet, A. B., Mahmood, D., Rosenblum, A., Vogel, H. S., & Knight, E. L. (2003b). Role of self-help processes in achieving abstinence among dually diagnosed persons. *Addictive Behavior* 28(3), 399-413.
31. Nowinski J., Baker, S., & Carroll, K. M. (1994). Twelve Step Facilitation Therapy Manual; a clinical research guide for therapists treating Individuals with alcohol abuse and dependence. Rockville, Maryland: National Institute of Health Publication
32. Nowinski, J. (2011). Twelve Step Facilitation for the Dually Diagnosed Client. Facilitator Guide. Minnesota: Hazelden,
33. Nowinski J. & Baker, S. (2003). The Twelve-Step Facilitation Handbook. A Systematic Approach to Recovery from Substance Dependence. The Project Match Twelve Step Treatment Protocol. Minnesota: Hazelden
34. Recovery Dynamics (2013). Hentet 20/2-2013 fra: www.kellyfdn.com/about.htm
35. Addictologiakademiet (2013). Hentet 20/2-2013 fra: <http://www.addictologiakademiet.no/>
36. Nathanael, F. (2013). Effektivt ettervern ved dobbeltdiagnose. *Tidsskrift Psykisk Helse og Rus*, 3, 20-26.

Vedlegg

1. Artikkel Moss Avis 05.01.12: "Norsk pilotprosjekt i Hobøl"
2. Artikkel Indre Smaalenene 17.01.2012: "Ny modell prøves ut. Kontroversielt prosjekt i gang på Skjelfoss Psykiatriske"
3. Artikkel Indre Smaalenene 06.07.2013: Får Extra-støtte til åndelig prosjekt
4. Artikkel Psykisk Helse og Rus, 3 (2013): "Effektivt ettervern ved dobbeltdiagnose"
5. Invitasjon dagskonferanse 21.10.2013
6. Litteratur-rapport (2013) ved prosjektleder
7. Artikkel Indre Smaalenene 24.11.13: "Delte sterk historie. Fant veien ut av rushelvete med kontroversiell metode"
8. Brosjyre Confex ROP-konferansen 2014
9. Beskrivelse av terapigruppen "Tolv doble trinn" ved Skjelfoss Psykiatriske Senter

- vedlegg ettersendes i posten merket prosjektnummer