

På vei til egen bolig?
Bruk av overgangsbolig for rusmiddelavhengige
etter døgnbehandling



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

Master i helsevitenskap med spesialisering i rusproblematikk

Masteroppgave - 30 studiepoeng

Student: Laila Nilsen

Veileder: Sverre M. Nesvåg, Forskningsleder ved Korfor

Dato: 02.10.15

**MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP
- SPESIALISERING I RUSPROBLEMATIKK**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: HØST 2015

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: LAILA NILSEN

VEILEDER: SVERRE M. NESVÅG, Dr.philos i sosialantropologi, forskningsleder ved Korfor

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: På vei til egen bolig? Bruk av overgangsbolig for rusmiddelavhengige etter døgnbehandling.

Engelsk tittel: The pathway to a permanent home? Use of transition housing for drug dependent after inpatient treatment.

EMNEORD/STIKKORD:

Overgangsbolig, rusmiddelavhengighet, tilbakefallsforebygging, sosial integrasjon, casestudie.

ANTALL SIDER: 65

STAVANGER: 02.10.15 Laila Nilsen

DATO/ÅR

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har bestått av opp- og nedturer, men mest av alt har det vært utrolig gøy. Jeg har fått mulighet til å fordype meg i et tema som har interessert meg over flere år. Det har vært lærerikt å kunne se det med nye øyne og utfordre mine egne oppfatninger.

Mine informanter, som har stilt opp gjennom et helt år og svart på spørsmål, fortjener en stor takk for deres tålmodighet og engasjement. Takk til Mariann og Trond som har lånt bort «skrivestua», og til Anne Lise og Frode for god hjelp med korrekturlesing og datakyndighet. Takk til mine medstudenter for all støtte. Til slutt vil jeg rette en spesiell takk til veileder Sverre Nesvåg for ditt enorme engasjement og entusiasme. Din kunnskap og tålmodighet har vært uunnværlig - jeg hadde ikke kommet i mål uten.

Stavanger, 2. oktober 2015

Laila Nilsen

Oppgavens oppbygning

Masteroppgaven presenteres i to deler, en artikkel og en sammenfatning. Det anbefales å lese artikkelen først og avslutte med sammenfatningen som en mer utfyllende versjon. Det er søkt å unngå gjentakelser fra artikkelen selv om enkelte gjentakelser har vært uunngåelige for å få en sammenheng. I sammenfatningen blir det gitt en bredere fremstilling av teoretiske perspektiv om rusmiddelavhengighet og ulike modeller for bolig for vanskeligstilte. Metodedelen vil utgjøre en vesentlig del av sammenfatningen. Diskusjonsdelen sees i et noe større perspektiv enn i artikkelens diskusjonsdel. Resultater presenteres kun i artikkelen.

Artikkelen er skrevet etter forfatterveiledning til tidsskriftet Sykepleien Forskning.

Innhold

Sammendrag	1
DEL 1: ARTIKKEL.....	2
DEL 2: SAMMENFATNING	13
1.0 Innledning	13
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	13
1.1.1 Utskrivelse av pasienter fra Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ...	13
1.1.2 Nasjonale boligstrategier	13
1.2 Studiens tema og avgrensning	14
1.3 Studiens hensikt og problemstilling.....	15
1.4 Begrepsavklaringer	15
2.0 Teori.....	16
2.1 Rusmiddelavhengighet.....	16
2.1.1 Sårbarhet for tilbakefall	17
2.2 Bolig og vanskeligstilte på boligmarkedet.....	17
2.3 Bolig som behandling	18
2.3.1 Trappetrinnmodellen.....	18
2.3.2 Kjedemodellen	19
2.3.3 Forskning hvor rusmiddelfrihet blir krevd i bolig	19
2.4 Bolig først, deretter behandling	20
2.4.1 Normaliseringsmodellen	20
2.4.2 Forskning hvor bolig kommer først	21
3.0 Metode	21
3.1 Bakgrunn for valg av metode.....	21
3.2 Utvalg.....	22
3.2.1 Overgangsbolig – analyseenhet	22
3.2.2 Beboere – innebygde analyseenheter.....	22
3.3 Forløpsstudie ved bruk av Kvalitetsregisteret for rusbehandling	23
3.4 Gjennomføring av forløpsstudie	24
3.5 Analyse, trinn 1	24
3.6 Fokusgruppeintervju	25
3.7 Gjennomføring av fokusgruppeintervju.....	25
3.8 Analyse, trinn 2.....	26
3.9 Min forforståelse.....	26
3.10 Ethiske overveielser	27

3.11 Studiens styrker og svakheter	27
4.0 Drøfting.....	29
4.1 Bolig ut fra ideologi eller behov?	29
5.0 Konklusjon.....	31
5.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning.....	31
6.0 Referanser	32

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra Regionalt etisk komité (REK)

Vedlegg 2: Godkjenning av prosjekt

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til informanter og samtykkeerklæring

Vedlegg 4: Spørreskjema, baseline

Vedlegg 5: Intervjuguide til fokusgruppeintervju

Vedlegg 6: Forfatterveiledning til Sykepleien Forskning

Sammendrag

Bakgrunn:

Overgangen mellom behandlingstjenester og samfunnsintegrasjon er en viktig del av behandlingsforløpet for rusmiddelavhengige. Sårbarhet for tilbakefall er høy og bolig er avgjørende for å klare seg etter behandling. Egen varig bolig er et nasjonalt mål samtidig som det tilbys samlokaliserte overgangsboliger med restriksjoner for rusmiddelbruk.

Hensikt:

Gi økt kunnskap om hvilken rolle overgangsbolig spiller for veien til egen bolig for rusmiddelavhengige etter døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Metode:

Casestudie med prospektivt longitudinelt design hvor data er samlet inn med utdrag av kvalitetsregisteret for rusbehandling og fokusgruppeintervju for utdypende data og tolkning av resultatene.

Hovedresultat

Bolig- og inntektsforhold er uendret det første året, selv om tilfredsheten varierer mye. Tilbudet i overgangsboligen har like stor betydning for avhengighetsproblemet etter ett års botid. Fire av seks beboere hadde glipper men bare en hadde tilbakefall. For beboerne er det avgjørende å få tidlig hjelp ved glipper og ha en trygg base mens de prøver ut arbeid og sosiale arenaer i storsamfunnet.

Konklusjon

Overgangsboligen spiller en avgjørende rolle i å unngå tilbakefall. Indirekte gir dette beboerne ferdigheter og innsikt i å leve et rusmiddelfritt liv som styrker deres muligheter til å bo i ordinær bolig på lengre sikt.

Nøkkelord: Overgangsbolig, rusmiddelavhengighet, tilbakefallsforebygging, sosial integrasjon, casestudie.

DEL 1: ARTIKKEL

INTRODUKSJON

For mennesker med rusmiddelavhengighet er overgangen mellom aktive behandlingstjenester og samfunnsintegrasjon en viktig del av behandlingsforløpet. Alvorlig rusmiddelavhengighet forstås som en kronisk lidelse (1,2) med høy risiko for tilbakefall etter utskrivelse fra døgntil behandling (3) og sårbarhet for tilbakefall i hele endringsforløpet (1). Langvarig og omfattende rusmiddelbruk resulterer ofte i sosial ekskludering og manglende anerkjennelse fra det øvrige samfunnet (2). Rusmiddelbruk kan endre kognitiv fungering som påvirker utfall av rehabilitering og nivå av samfunnsintegrasjon (4). Hele 40 % av pasientene i døgntil behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) utskrives til bostedsløshet (5) til tross for mål om varig bolig for alle ved utskrivelse (6). Få norske studier omhandler selve overgangen mellom behandling og bolig (7).

Bolig som behandling har vært den tradisjonelle tanken bak boligtildeiling til rusmiddelavhengige. Det ble krevd behandling før rusmiddelavhengige var kvalifisert for bolig og ofte med krav om å leve rusmiddelfritt. Brudd på dette kravet kunne føre til utkastelse eller begrensede rettigheter til boligen. Et slikt perspektiv anvender trappetrinnmodellen (8) hvor man starter i behandling først, før treningsbolig. De neste trinnene er egen bolig med stadig økte rettigheter og mindre oppfølging (9). Modellen blir kritisert for å representere behandling og oppdragelse i egen bolig (10) og for å resirkulere bostedsløse (11). Trappetrinnmodellen ble valgt bort under prosjekt bostedsløse (12) da retten til bolig skulle gjelde for alle (10). En kjedemodell ble etablert, hvor ulike hjelpetiltak i en tidsavgrenset periode skulle gjøre den enkelte i stand til å mestre det å bo (9,8). Oxford House har bolig som behandling hvor rusmiddelavhengige bor i «rusfrie» boliger etter behandling. De har signifikant nedgang i rusmiddelbruk (13), men forløpsforskning sier ingenting om overgang til ordinær bolig (14).

I boligstrategien «På vei til egen bolig» (15) ble målet om varig bolig forsterket og målsettingen ble nå at alle skal ha en plass å bo (16). Dette perspektivet bruker normaliseringsmodellen (9) hvor egen boligen er et grunnleggende behov (8) og en menneskerettighet. Housing First er et tiltak hvor bolig representerer både et mål og en

metode (17) og hvor bolig må være på plass før eventuell behandling. Tanken om bolig er dermed snudd på hodet i forhold til bolig som behandling. Evalueringer fra USA har vist at Housing First har gitt bedre resultater på å forbli i bolig over lengre tid fremfor å kreve behandling først (18).

Bolig for rusmiddelavhengige har således to ulike posisjoner. Bolig som en videreføring av behandlingen eller bolig som en menneskerett og forutsetning for behandling. Bruk av overgangsbolig mellom behandling og samfunnsintegrasjon tilhører posisjonen om bolig som en videreføring av behandling. Denne artikkelen baseres på en casestudie av en overgangsbolig for rusmiddelavhengige hvor 6 beboerforløp studeres gjennom ett års botid. Beboerne skal leve rusmiddelfritt uten medikamentell substitusjonsbehandling etter utskrivelse fra døgnbehandling. De har husleiekontrakt etter Husleieloven §11-1 (19) med botid på ett år. Studiens hensikt er å undersøke om overgangsbolig spiller noen rolle for rusmiddelavhengiges vei til egen bolig. Følgende forskningsspørsmål stilles:

1. Hvilke endringer skjer i beboernes liv i overgangen mellom aktive behandlingstjenester og samfunnsintegrasjon?
2. Hvordan opplever beboerne tilbudet om overgangsbolig for deres samlede behandlingsforløp?
3. Hvilken rolle spiller tilbudet om overgangsbolig for beboernes vei til egen bolig?

METODE

Casestudien ble gjennomført med et prospektivt longitudinelt design. Designet egner seg for å se utvikling over tid (20) slik at endringer i behandlingsforløp kan synliggjøres. Studien ble godkjent av Regionalt etisk komité gjennom endringsmelding i Stavangerprosjektet om avhengighet og forløp (Stayer-studien, se www.sus.no/korfor), og av helseforetakets forskningsavdeling.

Det ble foretatt et strategisk utvalg (21), hvor 5 beboere i en overgangsbolig i en norsk større by ble rekruttert til studien. Overgangsboligen har 9 utleieleiligheter og et fellesområde med stue og kjøkken. Inntakskriteriet er gjennomført langtids døgnbehandling og beboere skal leve rusmiddelfritt i botiden. Tilbudet har en ansatt

med helse- og sosialfaglig utdanning og en med brukererfaring. Rekruttering til studien foregikk ved at forsker, som i tillegg er prosjektleder i overgangsboligen, informerte beboere muntlig og skriftlig om studien, og muligheten til å trekke sitt samtykke for videre deltakelse. Alle de forespurte takket ja og samtykket skriftlig. Samtlige informanter hadde alvorlig grad av rusmiddelavhengighet hvor de før behandling hadde et blandingsmisbruk av to eller flere rusmidler. Informantene hadde gjennomført langtidsbehandling i TSB i løpet av de tre siste månedene før oppstart av studien. En sjette informant ble inkludert i studien etter oppstart, da vedkommende ble utskrevet fra TSB på et senere tidspunkt. 4 av informantene hadde gjennomført døgnbehandling etter modell om fellesskapet som metode og 2 informanter ved døgnbehandling for samtidig rus- og psykiske lidelser som anvender en mer individuelt tilpasset behandlingsform. Datainnsamlingen ble foretatt i perioden mars 2014 til februar 2015 med bruk av utdrag fra pilotversjonen av regionalt kvalitetsregister for rusbehandling (22). Informantene fylte ut skjemaet med forsker tilstede. Ved alle målepunkter ble det spurt om nåværende livssituasjon, opplevd nytte av behandling/tilbud i overgangsbolig, arbeidssituasjon og tilfredshet med livssituasjonen. Forsker konkretiserte enkelte spørsmål som omhandlet nytte av behandling til nytte av tilbudet i overgangsboligen. Det var fem målepunkter i studien: baseline ved oppstart, deretter 3 kvartalsmålinger og til slutt en årsmåling.

Etter å ha registrert data i programmet Excel ble den enkeltes forløp nedtegnet fra tallmateriale til tekst. Relevante funn for forskningsspørsmålene ble lagt inn i diagrammer for å synliggjøre både forløpene enkeltvis og samlet, for å se likheter og forskjeller mellom informantene. Sentrale funn ble utdypet i fokusgruppeintervju (23) for en dypere forståelse, og for å utfordre egne antakelser av de foreløpige resultatene fra forløpsstudien (24). 5 av informantene deltok i intervjuet. Intervjuet ble direkte kondensert fra lydfilen og forsker lyttet til opptaket gjentakende ganger. Forsker har vekslet mellom diagrammer og tekst fra forløpsstudien og intervjudata både i sin helhet og hver for seg. Funnene er diskutert i lys av de forskningsspørsmålene som ble stilt, nasjonale boligstrategier og kunnskap om rusmiddelavhengighet.

RESULTATER

I løpet av det første året i overgangsbolig var det to av beboerne som holdt seg helt rusmiddelfrie. Tre beboere hadde en glipp hver på en til to dager. En beboer hadde en

lengre rusepisode som førte til et omfattende tilbakefall. Beboerne mente det var avgjørende å få tilbud om avrusning og reinnleggelse ved glipper. *«Ja for tidligere når jeg ikke hørte til her, så tok det veldig lang tid før jeg fikk behandling. Tror jeg gikk et halvt år fra jeg ga beskjed at nå trenger jeg hjelp. Men når du bruker det halve året så går du inn i en tankegang at da kan jeg gå å ruse meg frem til da, og så når det nærmer seg så ruser du deg enda mer. Endte jo bare opp på sykehuset og alt».*

Forhold som ga lite endring gjennom forløpet

Bolig- og inntektsforhold var uforandret gjennom hele måleperioden for fem av beboerne. De bodde i overgangsbolig og mottok arbeidsavklaringspenger (AAP) gjennom hele forløpet. Deres tanker om inntekt og bolig i fremtiden var preget av frustrasjon og ambivalens. Flere så for seg inntekt gjennom ordinær lønn og muligheter for boligkjøp, men først om flere år. Andre klarte ikke å tenke fremover og hvor de var på vei. *«Jeg er helt fucked!»* utbrøt en av dem.

Beboerne opplevde i stor grad tilbudet ved overgangsboligen som nyttig. Gjennom hele forløpet ble betydning av å bo i et rusmiddelfritt bomiljø ansett som viktig av samtlige. De opplevde at det var nyttig for deres avhengighetsproblem. Et rusmiddelfritt bomiljø ga dem beskyttelse og trygghet, samtidig som det kunne bli for trygt slik at de ikke ble selvstendige.

X: «Så er det mye enklere, for hvis jeg hadde bodd i en kjellerleilighet eller hvilken som helst slags leilighet alene. Veldig stor sjans å liksom ruse seg da. Det er mye enklere, for det går ikke an å ruse seg her, sant. Så det er liksom litt behandling da, strenge rammer». Y: «Ikke behandling!». X: «Det blir jo litt som å være i behandling». Y: «Men det er regler og normer». X: «Ja, regler og normer».

Beboerne som hadde gjennomført behandling etter en modell med fellesskapet som metode opplevd svært stor nytte av å ha andre beboere i samme hus. De hjalp hverandre og søkte trøst hos hverandre når de hadde det vanskelig. De mente det var større sannsynlighet for at de hadde ruset seg om de hadde bodd alene. Samtidig var fellesskapet avhengig av at flertallet ønsket å leve rusmiddelfritt. Å bo i et samlokalisert hus mente de kunne vært negativt dersom noen hadde *«feil innstilling»*. Beboerne som hadde gjennomført en mer individuell behandling hadde en annen oppfatning av betydningen av andre beboere. Hos dem sank nytteverdien til henholdsvis middels og lav ved andre og tredje målepunkt. *«For meg er det stikk motsatt. Jeg gleder meg til å*

flytte. Vi er forskjellige. Få sitt eget liksom og slippe å ha, ikke noe negativt, men de samme trynene rundt seg. Det blir mer privat da. Kan ha med deg hjem hvem du vil uten at det blir lagt merke til».

Forhold som ga store endringer gjennom forløpet

Selvhjelpsgrupper

Selvhjelpsgrupper benyttet alle seg av ved de to første målepunktene. Noe overraskende brukte ingen selvhjelpsgrupper ved siste måling. Beboerne oppfattet hovedsakelig selvhjelpsgrupper ensbetydende med Anonyme Narkomane (NA). Enkelte forklarte at NA ikke passet for dem. Andre hadde hatt nytte av å bruke NA tidligere, men brukte nå andre felleskap som jobb, familie, treningsarena og venner. *«Det ble litt mindfuck hele greia. Det er greit nok med litt, men det ble litt mye. Nå jeg kan være mer enn bare rusavhengige meg».* Mange brukte felleskapet som fantes blant beboerne i overgangsboligen eller de snakket med personale som hadde brukererfaring om saker som omhandlet rus. *«Så kan jeg bare lufte det her enn å gå ned på et møte».*

Arbeid og økonomi

Av samtlige forhold hadde tilfredshet med arbeidssituasjonen størst grad av endring, både beboerne imellom og i den enkeltes forløp. Tilfredsheten med arbeid liknet for enkelte en berg og dalbane. En beboer hadde liten grad av tilfredshet ved baseline. De neste to målingene viste at beboeren var uten arbeid. Når personen igjen var i arbeid steg tilfredsheten maksimalt. En av beboerne var jevnt tilfreds gjennom hele forløpet. For de fleste ble trivsel i arbeid ansett som viktigere enn høy inntekt. Tilfredshet med økonomien hadde en lav skår og varierte mellom svært lite og middels tilfreds. Beboere som var studenter var noe mer tilfreds enn beboere som hadde arbeidspraksis. De forklarte dette med at de sammenlignet seg med andre i tilsvarende situasjon. Styring av egen økonomi ble oppfattet som vanskelig av enkelte. Noen hadde bodd store deler av livet på institusjon eller fengsel og erfaring med bolig var i stor grad preget av mye rus. *«Bare det å komme for seg selv og aldri ha betalt en regning. Jeg henger veldig etter det å være selvstendig, så for min del er det jævlig skummelt rett og slett».* Andre hadde planen klar. *«Tenker å betale ned gjeld, rett og slett. Så når den er betalt så har jeg forhåpentligvis en skikkelig jobb og så ta å søke om startlån i kommunen hvis det eksisterer så langt fram i tid».*

Bolig

Tilfredshet med bosituasjonen endret seg mye gjennom forløpet for flere. For en svingte den fra svært stor til liten grad gjennom hele forløpet. Noen var mest fornøyd nært opptil innflytning, mens hos andre sank tilfredsheten jevnt gjennom forløpet. En beboer var derimot svært tilfreds med bosituasjonen hele året. Ulik grad av tilfredshet med boligsituasjonen kan sees i sammenheng med deres tanker om hvordan overgangsboligen ble oppfattet av andre. «*Jeg skjems litt av å bo her. Det er ubehagelig å bo i overgangsbolig når jeg virker oppegående*». En annen forsøkte å normalisere boligformen. «*Jeg sier at det er et hus som er delt inn i flere leiligheter, har ikke vært et problem for meg*». Beboerne uttrykte stor grad av usikkerhet om hva slags bolig det var mulig å oppnå i etterkant av overgangsboligen. De hadde likevel billedlige forestillinger om hva som ventet. «*Gruer meg til å flytte ut. Her er det billig og fint og jeg vil ha en plass hvor jeg trives. Vet ikke hvor jeg havner. Utenfor her er det dyrt og fuktige kjellere*».

Hva som skjer i et forløp med alvorlig tilbakefall

En av beboerne bodde i overgangsbolig ved de to første målingene og mottok samtidig AAP. Tredje målepunkt viste at vedkommende da var uten fast bolig og økonomiske ytelser. Beboeren hadde brukt rusmidler i 30 dager og fikk et tilbakefall som ga alvorlige negative konsekvenser. Dette ga en klar endring i nedadgående retning på flere områder. Tilfredshet med økonomi gikk fra middels til svært lav. Tilfredshet med boligsituasjonen, fritid og venner sank fra toppskår til bunnskår. Det lyktes ikke å innhente videre opplysninger fra vedkommende. Tilbudet om avrusing og reinnleggelse ved glipper ble av andre beboere sett på som positivt. De fant ingen negative sider ved denne ordningen. «*Nei for det viser seg jo fort hvis dere gir den personen tillit og bryter du den så viser jo det seg fort. Det har vi jo sett også, at den personen mener at det går bra og så går det fort ikke bra. Sånn jeg har sett så viser det seg fort at det gikk feil*».

DRØFTING

Studiens hensikt er å få kunnskap om bruk av overgangsbolig spiller en rolle for rusmiddelavhengiges vei til egen bolig. Temaet diskuteres med utgangspunkt i forskningsspørsmålene.

Hvilke endringer skjer i beboernes liv i overgangen mellom aktive behandlingstjenester og samfunnsintegrasjon?

I denne studien har fem av seks beboere klart seg uten tilbakefall ett år etter utskrivelse. Tre beboere hadde en kortvarig glipp hver, men unngikk tilbakefall. Sannsynligheten for at flere har hatt glipper uten å oppgi disse er stor, noe som forsterker funnet. Faren for tilbakefall er stor etter oppnådd rusmiddelfrihet (2,1) hvor risikoen for å dø av overdose er svært høy de 4 første ukene etter utskrivelse (3). Vi vet at et alvorlig rusmiddelproblem kan kreve et langvarig hjelpebehov (2). På bakgrunn av dette er det åpenbart at å leve i et rusmiddelfritt bomiljø og ha tilgang på tidlig hjelp kan være en beskyttende faktor for tilbakefall. For enkelte vil det være helt avgjørende. Det kan gi beboerne en trygg base. Funnene sammenfaller med erfaringene fra Oxford House hvor rusmiddelavhengige som bor i «rusfrie» boliger etter endt behandling har en signifikant reduksjon i rusmiddelbruk (13).

Inntekts- og boligforhold endrer seg ikke for beboere uten tilbakefall. Dette er i tråd med en prospektiv studie hvor det tok flere år med avholdenhet fra rusmidler før bedring i arbeidsforhold og økonomisk posisjon ble observert (25). Beboernes tilfredshet med bolig, inntekt og arbeidssituasjon svinger likevel i stor grad gjennom hele året. Overgangsbolig skal være forberedende til egen bolig og AAP skal lede mot ordinær inntekt. Ingen av disse endringene ser ut til å skje så tidlig i endringsforløpet, noe som kan tyde på at det første året ikke gir endringer som tilsier at de blir mer klare for boligmarkedet. Dette kan sees i sammenheng med at oppfølging trengs i lang tid etter utskrivelse (1,2). Hva som defineres som lang tid vil trolig være individuelt, det samme vil form for oppfølging. For personer som får alvorlige tilbakefall vil boligmarkedet stå fjernere enn før innflytning. Det å ikke klare å etterleve regler om rusmiddelfrihet får alvorlige konsekvenser. Dette er i overenstemmelse med argumentene mot å måtte kvalifisere seg for bolig (9,8).

Hvordan opplever beboerne tilbudet om overgangsbolig for deres samlede behandlingsforløp?

Beboerne opplevde stor nytte av tilbudet i overgangsboligen gjennom hele året. I samfunnet vil rusmiddelavhengige stadig møte stimuli som gir dem russug (26). Langvarig rusmiddelbruk kan gi kognitive skader som vanskeliggjør møte med krav som forventes i samfunnet (2). Beboerne fremhever at tilbudet er avgjørende for å leve et rusmiddelfritt liv. Når behovet for tilbudet er like høyt etter et år kan det være et uttrykk for at de fremdeles trenger den beskyttelsen og tryggheten tilbudet gir dem. Dersom overgangsboligen skal bedre overgangen til egen bolig vil det være nærliggende å tro at behovet for beskyttelse og trygghet reduseres og økt selvstendighet blir mer fremtredende. Samtidig kjenner enkelte på skam og frustrasjon over å befinne seg i en overgang, i en liminal fase (27). Den liminale fasen er preget av tvetydighet, hvor man er i en verken eller posisjon. For å komme over i neste fase kreves det stor grad av endring hvor leveregler som trengs etter overgangen må læres (28). Samtidig ligger det en forventning i samfunnet om at en person som er «ferdigbehandlet» skal komme seg videre. Lite samsvar mellom eget behov og andres forventninger kan gi stor frustrasjon. Beboerne vet at de er på vei mot noe, men uttrykker usikkert til hva, hvordan og når.

Hvilken rolle spiller tilbudet om overgangsbolig for beboernes veg til egen bolig?

Døgnbehandling foregår i et beskyttet miljø. En overgangsbolig som setter rammer for rusmiddelbruk og tilbyr et fellesskap gir beskyttelse etter utskrivelse (13). Beboerne bekrefter at dette er avgjørende for å holde seg rusmiddelfrie når de skal over i en fase som for enkelte oppleves ukjent. De er ikke klar for egen bolig rett etter behandling. Fellesskapet gir dem trygghet til å lære storsamfunnets leveregler uten bruk av rusmidler i både arbeidsliv, sosialt og bedring av økonomisk situasjon. Sosialt fellesskap forebygger også ensomhet som ofte oppleves i egen bolig (29). I denne studien kan likevel fellesskapet ha blitt forsterket ved at flere fra samme institusjon flyttet inn i løpet av et kort tidsrom. Når beboere har glipper (1) får de tilbud om kortere reinnleggelse for å hindre tilbakefall. Mange dør i denne delen av endringsforløpet (3). Forebygging av tilbakefall (5) og overdoser (3) vil være avgjørende for på sikt å få egen

bolig. Samtidig får de økte ferdigheter og innsikt i å leve et rusmiddelfritt liv. Dette vil indirekte og langsiktig gi beboerne verktøy til å håndtere livet i ordinær bolig.

KONKLUSJON

Når overgangsboligen måles ut fra om beboerne oppnår ordinær inntekt, arbeid og bolig etter ett års botid, mislykkes tilbudet. Men studien gir innsikt i at overgangsboligen oppnår en annen viktig målsetting, nemlig å forhindre tilbakefall. Her spiller overgangsboligen en avgjørende rolle. Det gir beboerne en trygg base for å prøve seg ut på ulike samfunnsarenaer og gir dermed muligheter til å øke sine ferdigheter og innsikt i å leve et rusmiddelfritt liv. Indirekte styrker dette deres muligheter til egen bolig på lengre sikt. Det er nødvendig med videre forskning på samfunnsintegrasjon etter behandling hvor boligspørsmålet sees i et utvidet perspektiv.

Referanser

1. **McKay, James.** Treating substance use disorders with adaptive continuing care. Washington DC : American Psychological Association, 2009.
2. **Nesvåg, Sverre.** Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. [bokforf.] Stian Biong og Evelyn Dyb. Helsehjelp til personer med rusproblemer. Oslo : Akribe AS, 2012.
3. **Ravndal, Edle og Amundsen, Ellen J.** Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment. Drug and alcohol dependence. Vol. 2010, 108:65-69.
4. **Fernández-Serrano, Maria Jose, Pérez-García, Miguel og Verdejo-García, Antonio.** What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2011, ss. 35:377-406.
5. **Dyb, Evelyn og Holm, Arne.** Rus og bolig. Kartlegging av boligsituasjonen til personer med rusmiddelproblemer. Oslo : Norsk institutt for by- og regionsforskning, 2015. 5.
6. **Dyb, Evelyn, Helgesen, Marit Kristine og Johannessen, Katja.** På vei til egen bolig. Evaluering av nasjonal strategi for å forebygge og bekjempe bostedsløshet 2005-2007. NIBR-rapport 2008:15. Oslo : NIBR, 2008.
7. **Snertingdal, Mette Irmgard og Bakkeli, Vidar.** Tre sårbare overganger til bolig. En kunnskapsoppsummering. Oslo : Fafo, 2013. 13.
8. **Ulfrstad, Lars-Martin.** Velferd og bolig. Om boligsosialt (sam-) arbeid. Oslo : Kommuneforlaget AS, 2011.
9. **Dyb, Evelyn, Solheim, Liv Johanne og Ytrefhus, Siri.** Sosialt perspektiv på bolig. Oslo : Abstrakt forlag AS, 2004.
10. **Dyb, Evelyn.** Prosjekt bostedsløse - Evaluering av et fireårig prosjekt. Oslo : Byggforsk. Norges byggforskningsinstitutt, 2005.
11. **Sahlin, Ingrid.** The Staircase of Transition. Survival through failure. Innovation: 2. 2005, ss. 115-21.
12. **Dyb, Evelyn.** Prosjekt bostedsløse - midtveisevaluering. Oslo : Byggforsk, 2003.
13. **Polcin, Douglas L.** Communal-Living Settings for Adults Recovering from Substance Abuse. Journal of Groups in Addiction & Recovery. 2009, ss. 4:7-22.
14. **Jason, Leonard A, Davis, Margaret I og Ferrari, Joseph R.** The need for substance abuse after-care: Longitudinal analysis. Addictive Behaviors. 32, 2007, ss. 803-818.
15. **Regjeringen.** På vei til egen bolig. Oslo : Regjeringen, 2006.
16. **Departementene.** Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020). Oslo : Departementene, 2014.
17. **Snertingsdal, Mette Irmgaard.** Housing first i Norge - en kartlegging. Fafo-rapport 2014:52. Oslo : Fafo, 2014.

18. **Nicholls, Carol Mcnaughton og Atherton, Iain.** Housing first: Considering components for successful resettlement of homeless people with multiple needs. *Housing studies*. 2011, ss. Vol.26, No5, 767-777.
19. **Husleieloven.** Lov av 26. mars 1999 nr.17 om husleieavtaler. 1999.
20. **Yin, Robert K.** . Case study research. Design and methods. California : SAGE Publications Inc., 2014.
21. **Malterud, Kirsti.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo : Universitetsforlaget AS, 2011.
22. **Kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR).** Nasjonalt kvalitetsregister for rusbehandling, foreløpig registerprotokoll. Stavanger : Helse Vest.
23. **Malterud, Kirsti.** Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo : Universitetsforlaget , 2012.
24. **Hervik, Peter.** Shared reasoning in the field. Reflexivity beyond the author. [bokforf.] Kirsten Hastrup og Peter Hervik. *Social Experience and Anthropological Knowledge*. New York : Routledge, 1994, ss. 59-71.
25. **Dennis, M L, Foss, M A og Scott, C K.** An eight-year perspective on the relationship between the duration of abstinence and other aspects of recovery. *Evaluation Review*; 31. 2007, ss. 585-612.
26. **Kraft, Pål.** Selvregulering. Om endring av atferd og vaner i det moderne samfunnet. Oslo : Universitetsforlaget, 2014.
27. **Gennep, Arnold Van.** Rites de passage. Overgangsriter. Oslo : Pax Forlag, 1999.
28. **Turner, Victor W.** Midt imellom. Liminalfasen i overgangsriter. [bokforf.] Arnold van Gennep. *Rites de Passage*. Oslo : Pax Forlag A/S, 1999, ss. 131-145.
29. **Taksdal, Arnhild, et al.** På randen av å bo. Erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger. Bergen : Rokkansenteret, 2006.

DEL 2: SAMMENFATNING

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

1.1.1 Utskrivelse av pasienter fra Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

40 % av pasientene i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skrives ut til bostedsløshet (Dyb & Holm , 2015). Dette skjer til tross for at strategien «På vei til egen bolig» (Regjeringen, 2006) hadde som mål at ingen skulle utskrives fra institusjon til midlertidig boligløsning. 68 % av pasientene i TSB mener at ettervern og oppfølging etter utskrivelse i liten eller ingen grad er tilfredsstillende (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, 2014). Dette er bekymringsfullt da faren for overdosedødsfall er sterkt forhøyet de fire første ukene etter utskrivelse fra døgntil behandling (Ravndal & Amundsen, 2010) og at sårbarheten for tilbakefall er langvarig (McKay, 2009). For rusmiddelavhengige er det å ha bolig en forutsetning for å kunne fortsette et positivt endringsforløp etter døgntilbehandlingen. En av utfordringene i boligpolitikken har vært å finne et tilstrekkelig differensiert tilbud for bostedsløse, også til personer som ønsker å komme seg ut av avhengigheten (Dyb & Holm , 2015).

1.1.2 Nasjonale boligstrategier

Utjamningsmeldinga (St.meld nr.50 (1998-99), 1999) påpekte at mangel på egnede boliger etter behandling kan forverre pasientens tilstand. Den ga anbefalinger om å utarbeide modeller for arbeidet med bostedsløshet. Dette var forløpet til Prosjekt bostedsløse 2001-2004 som skulle etablere modeller for å forebygge og motvirke bostedsløshet. Etter regjeringens anbefalinger skulle trappetrinnmodellen benyttes hvor bostedsløse fikk bolig gjennom å kvalifisere seg til dette. Etter kort tid gikk prosjektet bort fra trappetrinnmodellen da bolig var noe som alle mennesker hadde behov for, uavhengig av den enkeltes utfordringer (Dyb, 2005). I etterkant av prosjektet kom regjeringens strategi «På vei til egen bolig» hvor det var økt fokus på at alle har rett til en plass å bo ut fra et grunnleggende menneskelig behov. Den siste boligstrategien, «Bolig for velferd» (Departementene, 2014), fortsetter normaliseringstankegangen.

Metodene for arbeidet med bostedsløse har gått fra en trappetrinnmodell hvor kvalifisering for bolig har vært sentralt, til en normaliseringsmodell hvor selve boligen er metoden. Selv om man har gått bort fra trappetrinnmodellens filosofi finnes det likevel ulike innslag av denne i dagens boligtilbud.

1.2 Studiens tema og avgrensning

I 2012 ble det åpnet en overgangsbolig i en større norsk by for personer som gjennomførte behandling i TSB. Beboerne skal leve rusmiddelfritt i botiden. Det er utarbeidet retningslinjer for samhandling mellom TSB og kommunen hvor det skal samarbeides rundt den enkelte beboer. Ved glipper på rusmidler kan beboere få tilbud om avrusning og reinntak i TSB uten ny vurdering fra en vurderingsenhet.

Overgangsboligen vil ifølge Brukerplans inndeling av bolig være på gult (Håland, Lie, Nesvåg, & Stevenson, 2014). Det innebærer tilrettelegging og støtte i bolig hvor vedkommende «er avhengig av og har tilgang til tilrettelagt bolig, inkludert personale og/eller vil trenge støtte for å kunne skaffe seg tilfredsstillende bolig» (Håland, Lie, Nesvåg, & Stevenson, 2014, s. 97).

Det kan stilles spørsmål om bakgrunnen for oppstart av en overgangsbolig. I følge nasjonale føringer skal ingen måtte kvalifisere seg for bolig, samtidig som det må være et differensiert boligtilbud for ulike utfordringer. Bolig må sees i sammenheng med personens situasjon og behov. Det er i dag diskusjoner om hvilken rolle det skal være mellom boligomsorg versus institusjonsomsorg. Det finnes for lite kunnskap om hva som er best for bruker (Ytrehus, 2012). Forskning om overgangen mellom behandlingsinstitusjon og bolig har vært mangelfull (Snertingdal & Bakkeli, 2013), og det trengs mer forskning på hvordan det oppleves fra den rusmiddelavhengiges egen livsverden (Vassenden, Lie, & Skoland, 2012). Det har dermed vært vanskelig å finne norsk forskning som direkte omhandler overgangsboliger etter behandling. Men et rusfritt boligtiltak etter behandling ble presentert i en evaluering av tilbud til rusavhengige i en annen norsk kommune. Dette botilbudet ble definert som en «bemannet omsorgsbolig for aktiv rehabilitering». Rapporten trekker frem forebygging

av tilbakefall i boligen. Den gir ingen klar fremstilling av hva som virker, men de ansatte trekker frem relasjonen mellom ansatte og beboere (Bergsgard & Lie , 2012).

Tidligere forskning vedrørende bolig for bostedsløse vil bli presentert i teoridelen under de ulike modellene; trappetrinnmodellen og normaliseringsmodellen.

1.3 Studiens hensikt og problemstilling

Studiens hensikt er å få økt kunnskap om bruk av overgangsbolig i overgangen mellom aktive behandlingstjenester og samfunnsintegrasjon for rusmiddelavhengige. Følgende hovedproblemstilling blir stilt:

Hvilken rolle spiller tilbudet overgangsbolig for veien til egen bolig for rusmiddelavhengige etter døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)?

Følgende forskningsspørsmål stilles:

4. Hvilke endringer skjer i beboernes liv i overgangen mellom aktive behandlingstjenester og samfunnsintegrasjon?
5. Hvordan opplever beboerne tilbudet om overgangsbolig for deres samlede behandlingsforløp?
6. Hvilken rolle spiller tilbudet om overgangsbolig for beboernes vei til egen bolig?

1.4 Begrepsavklaringer

Rusmiddelavhengig: Benevnelsen vil hovedsakelig anvendes om personer som har en avhengighet til rusmidler som har stoppet rusmiddelbruken.

Rusmidler: Illegale rusmidler, alkohol og legemidler som ikke er foreskrevet av lege.

Beboer: Studiens informanter og personer som bor i overgangsboligen.

Glipp (lapse): Ett eller få inntak av rusmidler over en kort tidsperiode.

Tilbakefall (relapse): Gjentakende inntak av rusmidler over en lengre tidsperiode som fører til alvorlige konsekvenser for helse og sosiale forhold.

2.0 Teori

2.1 Rusmiddelavhengighet

Rusmiddelavhengighet må forstås ut fra en biopsykososial modell (Bramnes, 2009) som kan deles opp i et nevrologisk, psykologisk og sosiokulturelt perspektiv (Nesvåg, 2012). Det nevrologiske perspektivet fokuserer på endringer i hjernens belønnings- og motivasjonssystem (Bramnes, 2009). Økt utskillelse av signalsubstansen dopamin gir økt følelse av velbehag, noe som påvirker belønningssystemet. Inntak av rusmidler vil på ulike måter øke dopaminnivået i hjernen (Mørland, 2014) samtidig som den naturlige utskillelsen av dopamin reduseres (McKay, 2009). Inntak av rusmidler vil gi et økt velbehag og dermed «kapre» belønningssystemet (Mørland, 2014). Ved gjentatte inntak av rusmidler vil det utvikles en toleransegrense hvor selve belønningen av rusmidler avtar, samtidig som motivasjonen for å gjenta inntaket økes (Bramnes, 2009). Dette kan være langvarig, selv etter stopp i rusmiddelbruken, noe som kan forklare risikoen for tilbakefall (Mørland, 2014).

Hjernens frontallapp styrer de eksekutive funksjonene som er viktige for en persons evne til planlegging. Den utøver kontroll over andre deler av hjernen ved blant annet å redusere impulsivitet. Skader i dette område, som bruk av rusmidler kan forårsake, fører til vanskeligheter med å styre fristelser. Dette kan forklares ved hjelp av det varme og det kalde systemet. Det kalde representerer det kognitive, evnen til å vurdere hvordan vi skal handle på impulsene vi får for at vi skal nå de mål vi har satt oss. Det varme representerer impulser eller fristelser som oppstår raskt, som for eksempel russug (Kraft, 2014). Når en rusmiddelavhengig får en impuls fra det varme systemet som russug, skal det kalde systemet vurdere handlingsalternativ for å kunne nå målet om å forbli rusmiddelfri. Men ved rusmiddelavhengighet er det varme systemet mer dominerende enn det kalde systemet (Kraft, 2014), noe som også medvirker i sårbarheten for tilbakefall (McKay, 2009).

I et sosiokulturelt perspektiv kan avhengigheten være knyttet til identiteten som rusmiddelavhengig. Innenfor rusmiljøet vil gjerne personens posisjon være preget av anerkjennelse fra andre i det ruspregede sosiale miljøet, samtidig som de vil være fastlåst i miljøets praksiser. Dette vil utfordre møte med det øvrige samfunnet, hvor de ofte blir møtt med nettopp mangel på anerkjennelse, noe som kan være gjeldende lenge etter at personen har sluttet å innta rusmidler (Nesvåg, 2012).

2.1.1 Sårbarhet for tilbakefall

På grunn av kompleksiteten og varigheten ved rusmiddelavhengighet kan den sees på samme måte som ved en kronisk lidelse (Nesvåg, 2012). «Clearly, this does not mean that addiction has all the same characteristics as other chronic medical disorders, such as hypertension, diabetes, or asthma. The course of these disorders can be significantly altered by changes in behavior, but in most cases, it is not possible to send them into remission by stopping a particular behavior, as is the case with alcohol or drug dependence. Rather, addiction looks like a chronic disorder in many cases because of the high probability of relapse early in recovery and the certainty of long-term heightened vulnerability to relapse» (McKay, 2009, s. 9). I tillegg vil kognitive endringer etter langvarig rusmiddelbruk kunne vanskeliggjøre rehabiliteringen (Fernández-Serrano, Pérez-García, & Verdejo-García, 2011). Manglende deltakelse i selvhjelpsgrupper etter behandling og mangel på sosial støtte har gitt dårligere utfall på behandlingen (McKay, 2009). En studie fant at det tar ett år med avholdenhet før mindre enn halvparten får tilbakefall. I tillegg tok det flere år med avholdenhet før bedring i arbeidsforhold og økonomisk posisjon ble observert (Dennis, Foss, & Scott, 2007).

Som vi har sett er det flere faktorer ved langvarig bruk av rusmidler som fører til sårbarhet for tilbakefall til rusmidler, selv etter lengre tids avholdenhet.

2.2 Bolig og vanskeligstilte på boligmarkedet

Det finnes ingen klar definisjon av bolig innenfor norsk boligpolitikk. Det er likevel tre områder som må være tilstede for å kalle noe en bolig; det fysiske, det sosiale og det

legale domenet. Det fysiske innebærer et husrom som skal benyttes til beboelse. Det legale regulerer disposisjonsretten. Det sosiale omhandler at man kan ha et privatliv og sosiale relasjoner i boligen. Dette forutsetter at det fysiske og legale domenet er tilstede. (Ulfrstad, 2011). En ideell boligpolitikk sikrer grunnleggende verdier som frihet, sikkerhet, tilhørighet og verdighet (Vassenden, Lie, & Skoland, 2012).

«En person er vanskeligstilt på boligmarkedet når det er et misforhold mellom individets ressurser, og krav eller forventninger i boligsituasjonen» (Ulfrstad, 2011, s. 60). Rusmiddelavhengighet er en faktor som utløser en vanskeligstilling på boligmarkedet. Det samme gjelder for en person som blir utskrevet fra institusjon (Ulfrstad, 2011).

2.3 Bolig som behandling

2.3.1 Trappetrinnmodellen

Trappetrinnmodellen er bygget opp som et hierarki hvor sluttmålet er egen bolig. Metoden er et system med differensierte boligformer med ulike husleiekontrakter og varierende mengde av oppfølging. Den bostedsløse bor først på hospits eller institusjon og vedkommende flytter deretter over i treningsleilighet. Ordinær leilighet vil være neste trinn, men med prøvetid og begrensede rettigheter (Dyb, Solheim, & Ytrehus, 2004). Det gis større disposisjonsrett til boligen og mindre oppfølging jo lenger oppover i trappen vedkommende kommer (Ulfrstad, 2011). Dette har vært en del av problemet med modellen, for når hjelpen avtar vil faren for å mislykkes øke. Mange vil dermed ha problemer med å komme seg oppover i boligtrappen. Kontroll er en del av metoden. Dersom beboer «mislykkes» fører dette til utkastelse og flytting til et lavere nivå i boligtrappen. Filosofien bærer preg av oppdragelse hvor beboer må læres til å kunne bo for seg selv. Dette innebærer en tanke om at ikke alle kan bo i en bolig hvor både det fysiske, sosiale og legale prinsippet er tilstede.

Prosjekt Bostedsløse 2001-2004 skulle utvikle modeller for å bekjempe bostedsløshet og trappetrinnmodellen ble lagt til grunn for utvikling av metoden. Allerede etter første

devaluering gikk de bort fra denne modellen. Det skyldes blant annet kritikk av modellen i Sverige (Dyb, 2005). Erfaringer derfra viste at ulike overgangsboliger ble satt opp i mangel på ordinære boliger. Det førte verken til lettere overgang til det ordinære boligmarkedet, eller nedgang i antall bostedsløse (Sahlin, 2005). Filosofien bygger på at den enkelte må vise seg egnet og verdig til å få egen bolig. At trappetrinnmodellen har vært nærliggende å bruke på rusfeltet skyldes at rusmiddelbruk ble sett på som en selvforskyldt karakterbrist (Dyb, Solheim, & Ytrehus, 2004). Trappetrinnmodellen tar sikte på å normalisere personen, fremfor å normalisere boforholdene. Utredningen «Rom for alle» (NOU 2011:15, 2011) poengterer at ingen skal være nødt til å kvalifisere seg for bolig ved først å måtte gjennomføre behandling og det skal ikke stilles krav om rusfrihet for å få oppfølging. Prinsippet om «bolig først» skal gjelde.

2.3.2 Kjedemodellen

Kjedemodellen regnes ikke som en helhetlig modell men beskriver mer selve botiltakene (Dyb, 2003). Egen bolig er et mål i kjedemodellen, men til forskjell fra normaliseringsmodellen bruker man her overgangsfaser som metode. Det skal være en kjede av bolig- og hjelpetiltak. Denne modellen regnes som mer realistisk enn normaliseringsmodellen. Filosofien er at man gjennom gradvis tilvenning skal over til vanlig bolig (Dyb, Solheim, & Ytrehus, 2004). Forskjellen fra trappetrinnmodellen er at tiden i en overgangsfase er tidsavgrenset.

2.3.3 Forskning hvor rusmiddelfrihet blir krevd i bolig

Erfaringer fra Sverige og Norge har hovedsakelig fokusert på i hvilken grad trappetrinnmodellen har ført til egen bolig for rusmiddelavhengige (Sahlin, 2005), men har i liten grad sett det fra andre perspektiver.

Oxford House modellen fra USA tilbyr rusmiddelfrie boliger i ordinære boligmiljøer, lokalisert i rolige nabolag. Her får de støtte av andre beboere. I en randomisert studie ble 150 personer som hadde gjennomført behandling undersøkt. Halvparten fikk

ordinært ettervern og den andre halvparten fikk ettervern i Oxford House. Etter 2 års oppfølgingsstudie hadde de som ble tildelt Oxford House signifikant bedre utfall på rusmiddelbruk, inntekt og fengsling. (Polcin, 2009). Studien definerer ikke «ordinært ettervern», noe som svekker resultatenes troverdighet. Andre studier viser til den sosiale støtten beboere har i hverandre i «rusfrie» boliger (Jason, Light, Stevens, & Beers, 2014), og enkelte fokuserer på støtten for å unngå tilbakefall (Heslin, et al., 2013). En begrensning ved slike rusfrie boliger er imidlertid at beboer ikke får bo i huset ved et tilbakefall (McKay, 2009).

2.4 Bolig først, deretter behandling

2.4.1 Normaliseringsmodellen

Normaliseringsmodellen baseres på en ideologi om innflytting i egen bolig uten at personen trenger opplæring for å kunne bo. Oppfølgingen tilpasses den enkeltes behov. Innflytting i bolig er både et mål og en metode som bygger på at alle skal ha de samme mulighetene (Dyb, Solheim, & Ytrehus, 2004). Et tiltak innenfor denne modellen er Housing First som nå kommer for fullt i Norge. Housing First startet opp i USA for å bekjempe bostedsløshet, både for de som bodde på gata og de som oppholdt seg på hospits. Filosofien er at bolig blir sett på som en menneskerettighet, med bolig først og eventuell behandling i etterkant.

Innvendinger mot normaliseringsmodellen har vært at den er kostbar, spesielt der det trengs døgnkontinuerlig bemanning. Den blir regnet for å være optimistisk (Dyb, Solheim, & Ytrehus, 2004). I Housing First går man bort fra kvalifisering for å få bolig (Nesvåg, 2014; NOU 2011:15, 2011), noe som tilhører trappetrinnmodellen. I strategien «På vei til egen bolig» (Regjeringen, 2006) var normaliseringstanken klar. Den siste boligstrategien «Bolig for velferd» (Departementene, 2014) viderefører normaliseringstankegangen. Den poengterer i tillegg en bekymring over at det de siste årene har vært en økning i antall samlokaliserte boliger. Likevel er ensomhet en av normaliseringsmodellens store hindre (Taksdal, Breivik, Ludvigsen, & Ravneberg,

2006). Det kreves mer enn å bo i en bolig, det må også legges til rette for en meningsfull tilværelse gjennom nettverk og arbeid eller skole (Ulfrstad, 2011).

2.4.2 Forskning hvor bolig kommer først

Evalueringer av Housing First dokumenterte at en slik tilnærming ga bedre resultater på å forbli i bolig over lengre tid enn når behandling ble krevd først. I en studie var det 85% suksess rate med dette tilbudet (Nicholls & Atherton, 2011). Det innebar ikke at suksessen oppsto kun etter en leilighet. Det må samtidig påpekes at i en av studiene var ikke rusmiddelavhengighet alene tilstrekkelig for å få tilbud om bolig i prosjektet. Det er i hovedsak personer med samtidig rus og psykisk lidelse (ROP-lidelse) som får dette tilbudet (Nicholls & Atherton, 2011).

3.0 Metode

3.1 Bakgrunn for valg av metode

Studiens hensikt var å undersøke om tilbud i overgangsbolig spiller noen rolle for beboernes vei til egen bolig etter endt døgntil behandling. Det var ønskelig å få beboernes egne erfaringer og meninger. Overgangsboligen som fenomen skulle studeres innenfor konteksten av boligtilbud for bostedsløse. En casestudie er en metode hvor en eller flere enheter studeres og en viktig del av undersøkelsen er å se på interaksjonen av enheten i dens kontekst (Gilgun, 1994; Yin, 2014). Singlecasestudie ble dermed valgt som metode. I en singlecasestudie kan selve casen studeres gjennom flere innebygde analyseenheter (Yin, 2014). I denne casestudien studeres overgangsboligen gjennom å etter spørre beboernes opplevelser av overgangsboligen. Det er beboerne som innehar denne kunnskapen. Slik vil beboerne representere de innebygde analyseenhetene i studien og overgangsboligen representerer selve analyseenheten. Det er her avgjørende at det er analyseenheten som representerer casen og ikke de innebygde analyseenhetene (Yin, 2014). Casestudien ble gjennomført med to ulike design. Først ble et prospektivt longitudinelt design valgt, en forløpsstudie, for å se hva som skjer i beboernes endringsforløp det første året i overgangsboligen. Tidsrammen ble satt til ett år da dette

var besluttet botid ved oppstart av overgangsboligen. Gjennom første analyseprosess ble det vurdert behov for å utdype datamaterialet for å kunne gi svar på beboernes opplevelse av tilbudet. Fokusgruppeintervju ble valgt som metode til dette formålet. For å gi en oversiktlig gjennomgang av prosessen har jeg valgt å beskrive den enkelte metode, gjennomføring og analyse hver for seg. Analyse av det totale materiale vil dermed bli fremstilt i andre analysedel.

3.2 Utvalg

3.2.1 Overgangsbolig – analyseenhet

Overgangsboligen kommer inn under boligløsning med krav om rusfrihet, med bemanning og husleiekontrakt etter Husleieloven § 11-1 (Ulfrstad, 2011). Huset består av fellesområde med stue og kjøkken som er tilgjengelig for alle beboerne hele døgnet. Det har ni utleieleiligheter til personer med rusmiddelavhengighet som har gjennomført døgntilrettelagt behandling i TSB i minimum seks måneder. Overgangsboligen tar imot beboere fra 3 ulike døgntilrettelagte institusjoner innen TSB, lokalisert i nærområdet i en større norsk by. Målgruppen er pasienter i TSB som ønsker å leve et rusmiddelfritt liv uten bruk av medikamentell substitusjonsbehandling etter gjennomført behandling. De skal leve rusmiddelfritt. Kriteriene er alder over 18 år, skal være i jobb eller skole og skal ha utarbeidet en kriseplan ved innflytting. Målet med overgangsboligen er å bedre overgangen fra behandling til egen bolig. Huset har en bemanning på 1,5 årsverk. I utgangspunktet er botid satt til ett år.

3.2.2 Beboere – innebygde analyseenheter

Studiens utvalg besto av seks beboere i overgangsboligen, to kvinner og fire menn i alderen 22 til 32 år. Beboerne hadde vært i døgntilrettelagt behandling i cirka ett år før innflytting i overgangsboligen, og kom fra to ulike behandlingstilrettelagte institusjoner i TSB. Fire hadde gjennomført døgntilrettelagt behandling etter modell om fellesskapet som metode, og to ved døgntilrettelagt behandling for samtidig rus- og psykiske lidelser som anvendte en mer individuelt tilpasset behandlingsform. Samtlige beboere hadde alvorlig grad av rusmiddelavhengighet hvor de før døgntilrettelagt behandling brukte to eller flere rusmidler.

Studien ble ikke knyttet opp mot avhengighet av bestemte typer rusmidler. Inkluderingskriteriene var husleiekontrakt i overgangsboligen. Ekskluderingskriteriene var beboere som hadde vært utskrevet fra døgnbehandling i mer enn 3 måneder ved oppstart av studien. Dette ble valgt for å kunne følge endringsforløpet i starten av oppholdet i overgangsboligen. 3 beboere ble ekskludert og 6 beboere ble inkludert i studien.

3.3 Forløpsstudie ved bruk av Kvalitetsregisteret for rusbehandling

Et prospektivt longitudinelt design ble valgt da det er egnet for å studere endringer over tid (Yin, 2014). For innhenting av data ble utdrag fra pilotversjonen av kvalitetsregisteret for rusbehandling anvendt. Et kvalitetsregister er: *«Et register som inneholder utvalgte, kvantifiserbare indikatorer som kan belyse deler av eller den samlede kvalitet på gitt behandling»* (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, 2014). Kvalitetsregisteret for rusbehandling *«skal identifisere innholdet i, og forhold og hendelser rundt et behandlingsforløp som bidrar til bedre mestring av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler. Registeret vil i stor grad bygge på pasientenes egenrapportering»* (Kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR), s. 1). Kvalitetsregisteret vil kunne monitorere behandlingsforløp for å kunne vurdere kvaliteten på de ulike behandlings- og hjelpeinstansene. Det skal bidra med å forstå prosessene rundt avhengighet, og vil kunne systematisere den behandling som gis og kvalitetssikre denne (Kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR)).

Bruk av kvalitetsregisteret muliggjorde å se endringsforløpet hos beboerne det første året etter utskrivelse fra TSB. Flere av områdene i kvalitetsregisteret var aktuelle å få kunnskap om, også etter døgnbehandling. Da kvalitetsregisteret hovedsakelig var utarbeidet for behandling i TSB, ble spørsmål som omhandlet behandling konkretisert til å omhandle tilbudet i overgangsboligen. Områdene fra registeret som ble brukt ved alle 5 målepunkter var nåværende livssituasjon, opplevd nytte av behandling og tilbud i overgangsbolig, arbeidssituasjon, tilfredshet med livssituasjon, antall dager brukt rusmidler og opplevelse av rusmiddelavhengigheten som et problem (Vedlegg 4).

Områdene i kvalitetsregisteret ble utarbeidet til et spørreskjema. Målepunktene ble delt opp i baseline, kvartalsmåling og årsmåling.

3.4 Gjennomføring av forløpsstudie

Det ble foretatt 5 målepunkter; først baseline, deretter 3 kvartalsmålinger og til slutt årsmåling. Selve gjennomføringen av målingene tok fra 15 – 30 minutter. Beboer fikk utdelt spørreskjema og fylte dette ut selv. Forsker var tilstede og hadde skjemaet foran seg for å kunne svare på eventuelle spørsmål. Denne prosedyren ble gjentatt hver tredje måned for alle beboerne. Den siste målingen hadde et intervall på to måneder fra forrige måling. Et spørsmål fremsto som utydelig for samtlige beboere ved hver måling.

Spørsmålet om beboerens rusmiddelbruk ble sett på som et problem ga liten mening når beboer ikke hadde brukt rusmidler i perioden. De ble istedenfor bedt om å svare på i hvilken grad deres rusmiddelavhengighet ble sett på som et problem. Der det forekommer inntak av rusmidler kan imidlertid spørsmålet ha blitt besvart ut fra sin opprinnelig ordlyd.

En beboer deltok i studien til og med tredje måling. Dermed fullførte 5 av 6 beboer hele forløpsstudien.

3.5 Analyse, trinn 1

I casestudier er det ingen ferdige oppskrifter for analyse så forsker må bruke sin kreativitet i tolkningen av materiale. Analysen starter med å «leke» med dataene ved blant annet å utforme grafikk og lage matriser av kategorier for å finne mønstre og innsikt (Yin, 2014). Alle data fra forløpsstudien ble kodet og ført inn i Excel. Jeg startet med å utforme diagrammer av dataene. Da datamateriale var stort og uoversiktlig ble ulike data gruppert for seg. Variablene som omhandlet opplevd nytte av tilbudet i overgangsboligen ble satt inn i et diagram for hver av beboerne for å kunne se den enkeltes forløp. Deretter ble hver enkel variabel satt opp samlet for alle 6 forløpene. Likheter og forskjeller mellom beboerne ble dermed visualisert. Tilsvarende prosedyre ble gjort for de andre hovedområdene.

Data fra hvert enkelt forløp ble nedtegnet i tekst som en historie. Ved å studere diagrammer og tekst, både hver for seg og sammen, kom viktige funn tydeligere frem. Mønstre i dataene ble funnet. Samtidig tydeliggjorde dette behovet for en dypere forståelse av funnene. Det ble nødvendig med en utveksling av tanker og utdyping fra beboerne. Beboerne skulle dermed være med å fortolke funnene som fremkom fra forløpsstudien. Intervjuguide (Vedlegg 5) med åpne spørsmål ble utarbeidet med utgangspunkt i funn fra den foreløpige analysen av forløpsstudien. Fokusgruppeintervju ble valgt som metode.

3.6 Fokusgruppeintervju

Kvalitative metoder kan brukes til utdyping og nyansering av kvantitative data (Malterud, 2011). Det var intervjudeltakerne sine oppfatninger og meninger som var materialet som skulle forstås. Intervjuer må være klar over at eget perspektiv ubevisst kan påvirke deltakerne (Yin, 2014). Kvalitative metoder er godt egnet for å utforske meninger og erfaringer (Malterud, 2012). Fokusgruppeintervju er en egnet metode når deltakerne har felles erfaringer om det som skal studeres og det er ønskelig å få frem deres perspektiv (Malterud, 2012). Det ble ikke ansett som nødvendig å gjennomføre mer enn ett intervju, da hensikten var beboernes utdypning av funn fra forløpsstudien.

3.7 Gjennomføring av fokusgruppeintervju

Intervjuguide ble utformet på bakgrunn av foreløpige funn fra forløpsstudien. De fem beboerne som fullførte forløpsstudien ble invitert og takket ja til deltakelse i fokusgruppeintervju. Intervjuet ble gjennomført i fellesområdet i overgangsboligen. To digitale lydopptakere ble brukt. Intervjuet varte cirka en og en halv time. Tidspunktet for intervjuet var på en ukedag kl. 20.00. Klokkeslettet var ikke gunstige da enkelte ble søvnige underveis i intervjuet. Dette kan ha ført til at intervjuets siste del ble gjennomført raskere enn ønskelig. Jeg skulle gjennomføre intervjuet både som moderator og sekretær. Jeg fant tidlig ut at jeg ikke klarte å notere samtidig som jeg skulle styre intervjuet. Jeg måtte legge bort sekretærrollen, og notering underveis i intervjuet ble ikke gjennomført. Mulig at jeg mistet viktige nyanser på grunn av dette,

men beboernes stemmer var kjente for meg fra før slik at den enkelte beboer var lett gjenkjennelig når jeg lyttet til opptakene i etterkant. Siste spørsmål i intervjuguiden ble et ømtålig tema for enkelte. Etter at lydopptakere var skrudd av og intervjuet avsluttet fortsatte samtalen i 45 minutter for å kunne avslutte på en ivaretagende måte.

3.8 Analyse, trinn 2

Opptakene fra intervjuet ble direkte kondensert fra lydfilen. Jeg noterte det de fortalte i kondensert form og lyttet igjen til opptaket og noterte umiddelbare tanker. Etter å ha hørt gjennom opptakene flere ganger ble det mer og mer tydelig for meg hva de ulike temaene handlet om, og hvorfor funnene fra forløpsstudien fremsto som de gjorde. Jeg gikk nå tilbake til datamaterialet fra forløpsstudien som ble analysert på nytt, nå i lys av utdypningene fra intervjuet. Det ble klarere hvilke kategorier som skulle anvendes, og hvilke funn som tilhørte de ulike kategoriene. Jeg laget en matrise hvor jeg satte inn de ulike forskningsspørsmålene mot de ulike kategoriene. Deretter satte jeg inn de ulike funnene utfra hvor de tilhørte. Det fremsto her at svar på forskningsspørsmål 1 og 2 ville gi svar på forskningsspørsmål 3 og studiens problemstilling.

3.9 Min forforståelse

Forsker sin forståelse av overgangsboligen var en del av prosessen. Som prosjektleder var min forståelse av overgangsboligen allerede i starten med på å forme hvilke spørsmål som ble trukket ut fra kvalitetsregisteret. Forskers forståelse går igjen i hele studien helt fra hva forsker ønsker å studere og formulering av problemstilling. Samtidig er det nødvendig å ha kunnskap og tanker om det som skal studeres da det vanskelig lar seg gjøre å stille spørsmål uten forkunnskap. I følge Hans- Georg Gadamer (2010) står ikke egen forforståelse til hindring for forståelse, men er en forutsetning for å kunne åpne opp for det som skal forstås. Gjennom hele studien har jeg jobbet i overgangsboligen. Dette kan ha tilført meg en utvidet forståelse av tilbudet i overgangsboligen gjennom en kontinuerlig observasjon og innblikk i det daglige livet (Hervik, 1994). Til tider har det vært utfordrende å se nyanser da jeg har vært tilstede i

dagliglivet i overgangsboligen, og har hatt lite mulighet til å distansere meg i tilstrekkelig grad. Bruk av kvantifiserbare data ble en måte for meg å skape distanse, når min tilknytning til feltet var så tett.

For å unngå at det kun ble min fortolkning av overgangsboligen, ble beboerne en del av fortolkningen gjennom utdyping i fokusgruppeintervjuet. Ved utveksling av de ulikes forståelser kan man lettere skille det vesentlig fra det uvesentlige (Hervik, 1994).

3.10 Ethiske overveielser

Godkjenning til studien ble søkt gjennom endringsmelding til Regionalt etisk komité (REK) ved å inkludere 4 nye informanter i forskningsprosjektet Stavangerprosjektet om avhengighet og forløp (Vedlegg 1). Flere av beboerne var allerede tilknyttet prosjektet. I tillegg ble det søkt godkjenning fra sykehusets forskningsavdeling (Vedlegg 2).

Anonymitet ble sikret ved bruk av kode istedenfor navn på spørreskjemaene. Koder og datoer for målepunktene ble oppbevart i låsbart skap på overgangsboligens kontor. Lydfil fra intervju ble kopiert over til pc med personlig passord. Sikkerhetskopi ble lagret på helseforetakets server. Lydfilene på båndopptaker ble deretter slettet. Alle lydfiler og data ble slettet og makulert etter ferdigstilling av oppgaven.

Forsker informerte og rekrutterte selv beboere til studien. Fordelen var at de kjente meg fra før. Ulempen var at de kan ha følt seg presset til å delta i studien siden jeg var prosjektleder i overgangsboligen. Min opplevelse var likevel at de ønsket å delta for å få belyst tilbudet i overgangsbolig.

3.11 Studiens styrker og svakheter

Bruk av et prospektivt longitudinelt design over ett år har vært med å styrke studien ved å se endringer over tid, noe som øker studiens troverdighet. Med flere målepunkter

unngås bias hvor informantene er påvirket av ulike forhold på et gitt tidspunkt. Når noe studeres fremover, som i en prospektiv studie, unngås recall bias. Ofte forekommer dette når informanter skal fremkalle informasjon tilbake i tid og informasjonen vil være påvirket av nåtiden. Utdyping fra beboerne gjennom intervju, i tillegg til min tolkning, har vært med på å underbygge og øke funnenes troverdighet. Å forske på egen arbeidsplass blir av enkelte vurdert som en svakhet. Jeg velger å se på det som en styrke da jeg gjennom prosessen har kunnet se arbeidet i overgangsboligen i et nytt lys, og få testet det som kom frem i studien.

Seks beboere flyttet inn i overgangsboligen med kort mellomrom. Dette kan ha ført til at fellesskapsfølelsen ble forsterket i perioden. Det må antas at mange av beboerne har tilbragt store deler av døgnbehandlingsoppholdet sammen. Dette kan i en viss grad ha svekket studiens gyldighet.

4.0 Drøfting

Her drøftes problemstillingen i et bredere perspektiv enn i artikkelen. For drøfting av hvert enkelt forskningsspørsmål vises til artikkel.

4.1 Bolig ut fra ideologi eller behov?

Til tross for politiske føringer og faglige anbefalinger om egen varig bolig ble det startet opp en overgangsbolig som er midlertidig, med krav om å leve rusmiddelfritt. Dette kan være et ledd i en form for kjedemodell hvor forberedelse til egen bolig er metoden. Tidligere studier viser likevel at slike løsninger er med på å opprettholde bostedsløshet og ikke får folk videre til egen bolig (Sahlin, 2005). Resultater fra denne studien viser at overgangsbolig ikke spiller en direkte rolle på veien til egen bolig. Dyb og Holm (2015) mener det bør rettes oppmerksomhet mot å forebygge bostedsløshet for personer som gjennomfører behandling. Overgangsboligen kan være en løsning på bolig mangelen for å nå målet om bolig etter behandling. På den annen side viser resultatene at beboerne ikke er klar for egen bolig på grunn av sin rusmiddelavhengighet. Det er ikke samsvar mellom ideologien om egen bolig og den «ferdigbehandlede» behov. Beboerne har fremdeles behov for trygge rammer for å lære nye leveregler som gjelder i storsamfunnet og som fanger dem opp når de glipper. De har fremdeles behov for behandlingslignende tiltak etter behandling, eller rammer og normer, som enkelte av beboerne kaller det.

Det er nærliggende å tro at det trengs et mer differensiert botilbud, både for å hindre bostedsløshet og ut fra den enkeltes behov for beskyttelse. En ulempe med rusfri overgangsbolig er at det er bolig mangel, og når beboere får tilbakefall kan de miste tilbudet i overgangsboligen dersom de ikke tar imot hjelpen som tilbys. Her finnes ikke et tilfredsstillende boligalternativ, noe også McKay (2009) poengterer. Dette kunne vært unngått ved egen bolig. På den andre siden kunne egen bolig fremfor overgangsbolig for beboerne ført til flere tilbakefall på et år istedenfor ett tilbakefall dersom glippene ikke hadde blitt stoppet. Trolig har den beskyttende faktor som rammer utgjør, også hindret beboere i flere glipper. Etter hvert vil de få mer kontroll over rusen som fører til

at de kan leve et rusmiddelfritt liv uten rammer. Fravær av rusmidler vil også være med på å øke sannsynligheten for komme inn på boligmarkedet (Dyb & Holm , 2015).

Det trenger ikke å være motstridende at bolig skal komme først og likevel ha tilpassede boliger etter behandling. Sees overgangsboligen kun utfra et boligperspektiv ser det ut for at den ikke spiller noen videre rolle for overgang til det ordinære boligmarkedet, noe som samsvarer med tidligere funn (Sahlin, 2005). Hvis man derimot ser det i et annet lys og med en annen målsetting ser det ut til at overgangsboligen spiller en avgjørende rolle for at rusmiddelavhengige klarer å forhindre at glipper på rusmidler fører til tilbakefall. De får mulighet til å bruke boligen som en trygg base og derfra prøve ut arbeidslivet, aktiviteter og deltakelse på ulike samfunnsarenaer. Under denne utprøvingen vil de stadig oppleve varme situasjoner (Kraft, 2014) som de etter hvert vil lære seg å håndtere, og dermed få flere mestringserfaringer. Over lengre tid vil beboerne stå bedre rustet til å bo i egen bolig uten den samme grad av beskyttelse, fordi de har fått gjentatte mestringserfaringer med å beherske varme situasjoner.

5.0 Konklusjon

Forløpene til beboerne følger ikke noe ensartet mønster på de fleste livsområder det første året. Beboerne har store svingninger i tilfredshet med livet generelt. Når det gjelder faktorer som bolig og inntekt er disse uendret første året. Det kommer frem at beboerne ikke er klar for å flytte over i egen bolig etter et år. For beboerne er fremtiden noe langt der fremme som oppleves ukjent. De har behov for videre beskyttelse, både mot rus og gjennom et fellesskap med hverandre som tilbudet i overgangsboligen gir dem. Glipper på rusmidler forekommer hos over halvparten av beboerne. Det som er avgjørende for beboerne er å få tidlig hjelp for å forhindre at glippen utvikler seg til tilbakefall. På denne måten kan de få styrket sin tilfriskningsprosess gjennom å prøve seg ut i samfunnet under trygge rammer som på sikt vil gjøre dem sterkere rustet til å flytte over i egen bolig.

5.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Den siste boligstrategien «Bolig for velferd» (Departementene, 2014) retter en bekymring mot en økning i samlokaliserte boliger. Denne studien viser at nettopp det at boligene er samlokaliserte fører til et fellesskap som gir beskyttelse mot rus og hindrer tilbakefall. Beboerne er ikke klar for egen bolig. Dette utfordrer klart det økte fokuset på egen bolig ut fra en normaliseringsideologi. Likeledes på tidsaspekt ved endringsforløp, spesielt på samfunnsintegrasjon. Det er behov for videre forskning for å kunne tilby et mer differensiert og treffsikkert boligtilbud i endringsforløpet etter aktive behandlingstjenester. Studien gir innsikt i tilbakefallsforebygging etter døgnbehandling, som indirekte må kunne sees som en forbedrende faktor på veien til egen bolig. Dette er avgjørende å få på plass i praksisfeltet når vi ser på den høye og vedvarende faren for tilbakefall og overdose, nettopp hos rusmiddelavhengige som har vært i døgnbehandling uten bruk av medikamentell substitusjonsbehandling.

6.0 Referanser

- Bergsgard, N. A., & Lie, T. (2012). *Evaluering av tilbudet til rusavhengige i Hamar*. Stavanger: Iris.
- Bramnes, J. G. (2009). Nevrobiologisk forståelse av rusmiddelproblemer kan gi også en medisinsk ramme for forståelsen av rusmiddelavhengighet. *Utposten*: 4, 22-26.
- Dennis, M. L., Foss, M. A., & Scott, C. K. (2007). An eight-year perspective on the relationship between the duration of abstinence and other aspects of recovery. *Evaluation Review*; 31, ss. 585-612.
- Departementene. (2014). *Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)*. Oslo: Departementene.
- Dyb, E. (2003). *Prosjekt bostedsløse - midtveisevaluering*. Oslo: Byggforsk.
- Dyb, E. (2005). *Prosjekt bostedsløse - Evaluering av et fireårig prosjekt*. Oslo: Byggforsk. Norges byggforskningsinstitutt.
- Dyb, E., & Holm, A. (2015). *Rus og bolig. Kartlegging av boligsituasjonen til personer med rusmiddelproblemer*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.
- Dyb, E., Solheim, L. J., & Ytrehus, S. (2004). *Sosialt perspektiv på bolig*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Fernández-Serrano, M., Pérez-García, M., & Verdejo-García, A. (2011). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, ss. 35:377-406.
- Gadamer, H.-G. (2010). *Sannhet og metode*. Oslo: Pax Forlag .
- Gilgun, J. (1994). A case for case studies in social work research. *Social Work*, ss. 39:371-380.
- Hervik, P. (1994). Shared reasoning in the field. Reflexivity beyond the author. I K. Hastrup, & P. Hervik, *Social Experience and Anthropological Knowledge* (ss. 59-71). New York: Routledge.
- Heslin, K. C., Singzon, T. K., Farmer, M., Doballan, A., Tsao, J., & Hamilton, A. B. (2013). Therapy or threat? Inadvertent exposure to alcohol and illicit drug cues in the neighbourhoods of sober living homes. *Health and Social Care in the Community*:21, ss. 500-508.
- Håland, M. E., Lie, T., Nesvåg, S., & Stevenson, B. (2014). *Rusmiddelbruk i Norge. BrukePlan - statistikk 2013*. Stavanger: Helse Stavanger.
- Jason, L. A., Light, J. M., Stevens, E. B., & Beers, K. (2014). Dynamic Social Networks in Recovery Homes. *Am J Community Psychol*:53, ss. 324-334.
- Kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR). (u.d.). *Nasjonalt kvalitetsregister for rusbehandling, foreløpig registerprotokoll*. Stavanger: Helse Vest.

- Kraft, P. (2014). *Selvregulering. Om endring av atferd og vaner i det moderne samfunnet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget .
- McKay, J. (2009). *Treating substance use disorders with adaptive continuing care*. Washington DC: American Psychological Association.
- Mørland, J. (2014). Født sånn eller blitt sånn? I Retretten, *Rusomsorg i praksis* (ss. 54-57). Oslo: Stiftelsen Retretten.
- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. (2014). *kvalitetsregistre.no*. Hentet fra <http://www.kvalitetsregistre.no/innledning/>
- Nesvåg, S. (2012). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong, & E. Dyb, *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS.
- Nesvåg, S. (2014). Den rette rekkefølgen av tiltak. I Retretten, *Rusomsorg i praksis* (ss. 82-85). Oslo: Stiftelsen Retretten.
- Nicholls, C. M., & Atherton, I. (2011). Housing first: Considering components for successful resettlement of homeless people with multiple needs. *Housing studies*, ss. Vol.26, No5, 767-777.
- NOU 2011:15. (2011). *Rom for alle. En sosial boligpolitikk for fremtiden*. Oslo: Departementenes servicesenter Informasjonsforvaltning.
- Polcin, D. (2009). Communal-Living Settings for Adults Recovering from Substance Abuse. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, ss. 4:7-22.
- Ravndal, E., & Amundsen, E. J. (2010). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment. *Drug and alcohol dependence*. 108, 2010(108:65-69), ss. 65-69.
- Regjeringen. (2006). *På vei til egen bolig*. Oslo: Regjeringen.
- Sahlin, I. (2005). The Staircase of Transition. Survival through failure. *Innovation: 2*, ss. 115-21.
- Snertingdal, M. I., & Bakkeli, V. (2013). *Tre sårbare overganger til bolig. En kunnskapsoppsummering*. Oslo: Fafo.
- St.meld nr.50 (1998-99). (1999). *Utjamningsmeldinga*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Taksdal, A., Breivik, J.-K., Ludvigsen, K., & Ravneberg, B. (2006). *På randen av å bo. Erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger*. Bergen: Rokkansenteret.

- Ulfrstad, L.-M. (2011). *Velferd og bolig. Om boligsosialt (sam-) arbeid*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Vassenden, A., Lie, T., & Skoland, K. (2012). *Man må ha en plass å bo. En sosiologisk studie av vanskeligstilte på boligmarkedet*. Stavanger: IRIS - International research Institute of Stavanger.
- Yin, R. (2014). *Case study research. Design and methods*. California: SAGE Publications Inc.
- Ytrehus, S. (2012). Kommunalt rusarbeid. I S. Biong, & S. Ytrehus, *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 240-269). Oslo: Akribe AS.

Vedlegg 1



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Camilla Gjerstad	55978499	07.03.2014	2011/1877/REK vest
			Deres dato:	
			20.02.2014	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Sverre Nesvåg
Regionalt kompetansesenter for rus og avhengighetsbehandling
Stavanger universitetsjukehus

2011/1877 Stavangerprosjektet om avhengighet og forløp

Forskningsansvarlig: Helse Stavanger HF
Prosjektleder: Sverre Nesvåg

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 20.02.2014 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK vest på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Endringen innebærer

- Økning i antall forskningsdeltakere. Opprinnelig var det søkt om å inkludere inntil 250 deltakere. I tillegg vil fire nye deltakere nå rekrutteres til prosjektet.
- Ny prosjektmedarbeider som vil arbeide med data innsamlet i studien. Analysene vil danne grunnlag for en ny masteroppgave.

Vurdering

Vi forstår søknaden slik at masteroppgaven vil basere seg en mindre del av det innsamlede materialet i studien. Det fremgår også at prosedyre for samtykke og protokoll er som tidligere beskrevet og tidligere godkjent av REK. REK Vest har dermed ingen innvendinger til endringene.

Vedtak

REK Vest godkjenner prosjektendringen i samsvar med forelagt søknad.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Ansgar Berg
Prof. Dr. med
leder

Camilla Gjerstad
rådgiver

Kopi til: *forskning@sus.no*

Besøksadresse:
Armuer Hansens Hus (AHH),
Tverrfly Nord, 2 etasje. Rom
281. Haukelandsveien 28...

Telefon: 55975000
E-post: rek-vest@uib.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
vest og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
vest, not to individual staff

Laila Nilsen

Deres ref:

Vår ref:

2011/4660 - 33673/2014

Saksbehandler:

Kirsten Lode

Dato:

11.04.2014

Godkjennelse masterprosjekt MA35 - Laila Nilsen

Mastergradsprosjektet: «Effekten av overgangsabolig etter endt behandling i TSB i et behandlingsforløp for rusmiddelavhengige»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte mastergradsprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med referanse: MA35.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av mastergradsprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- prosjektet må gjennomføres i henhold til protokollen og ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom prosjektet er godkjent av REK, må søknad og godkjennelse av REK følges
- foreligger det godkjennelse fra Personvernombud må likeledes denne følges
- behandling av helse- og personopplysninger skjer i samråd med og innenfor det formål som er beskrevet
- ved tilgang til registre, skjer dette i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene
- data lagres aidentifisert på helseforetakets forsknings/kvalitetsserver etter de regler som gjelder for bruk av denne
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kortsluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av våre data, må tillatelse fra Forskningsavdelingen innhentes.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring avprosjektet.

Med vennlig hilsen
Forskningsavdelingen

Kirsten
Lode (sign)
Fagsjef

Kopi:
Prosjektleder
Divisjonsdirektør
Fagsjef
Sølve
Braut

INFORMASJON TIL BEBOERE

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I UNDERSØKELSE I
STAVANGERPROSJEKTET OM AVHENGIGHET OG FORLØP;
DELPROSJEKT KNYTTET TIL BETYDNING AV OVERGANGSBOLIG ETTER
ENDT BEHANDLING I TSB.

BAKGRUNN OG HENSIKT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt knyttet til en masteroppgave med tema: Hvilke forhold som påvirker forløpet etter behandling og om det å bo i overgangsbolig etter endt behandling i TSB har noen betydning.

Du er bedt om å delta i undersøkelsen ettersom du har gjennomført behandling i TSB ved Helse Stavanger og nå bor i en kommunal overgangsbolig og fordi du har erfaring, kunnskap og synspunkter som kan kaste lys over problemstillingen som skal undersøkes.

Denne studien kan bidra til å gjøre behandlingen mer effektiv for personer med rusproblemer, samt gi oss informasjon om hvilke forhold som i særlig grad påvirker hvordan det går etter behandlingen.

Det er frivillig å delta i prosjektet.

HVA INNEBÆRER DETTE FOR DEG?

Dersom du sier deg villig til å delta i studien vil du gjennomgå intervju ut fra spørreskjema som omhandler psykiske, fysiske og sosiale forhold som i hovedsak er relatert til dine erfaringer ved å bo i en overgangsbolig.

Om du velger å delta i prosjektet vil du bli innkalt fem ganger i løpet av studien som har en tidsramme på ett år.

Alle svar vil bli forsvarlig oppbevart og ingen utenforstående vil ha adgang til disse dataene. Informasjonen som registreres 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.

En kode knytter deg til dine opplysninger og svar gjennom en navneliste. Denne koden oppbevares adskilt fra selve dataene. All informasjon vil altså bli behandlet fortrolig og vil ikke bli gitt videre.

Det vil bli publisert resultater fra studien i en masteroppgave, uten at det vil være mulig å identifisere deg eller noen andre deltakere.

Mulige fordeler og ulemper

Det er ingen spesiell risiko for deg i å delta. Riktignok kan spørsmål om psykiske og sosiale forhold noen ganger oppleves som belastende, men vår erfaring er at de fleste synes det er positivt å få fortalt om sin situasjon, samt at det kan være interessant å være med å bidra til å utvikle ny kunnskap

TILBAKETREKKING AV SAMTYKKE

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. Dersom du ønsker å trekke deg fra studien underveis har du anledning til det. Vi vil allikevel be om tillatelse til å bruke de dataene som vi på det tidspunktet har samlet fra deg.

En tilbaketrekking av samtykke vil ikke få noen konsekvenser for din øvrige behandling i helsevesenet. Alt datamateriale anonymiseres ved slutføring av masteroppgaven som er satt til 01.06.2015.

ØKONOMISKE YTELSE

Deltakerne i prosjektet vil ikke få lønn.

SPØRSMÅL

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (2011/1877/REK Vest) og endringsmelding datert 7. mars 2014.

Spørsmål kan rettes til mastergradsstudent på adresse:

Stavanger Kommune

V/ Laila Nilsen

Kongsgata 47/49

4005 Stavanger

SAMTYKKEERKLÆRING

DELTAKELSE I STAVANGERPROSJEKTET OM AVHENGIGHET OG FORLØP: DELPROSJEKT KNYTTET TIL BETYDNING AV OVERGANGSBOLIG ETTER ENDT BEHANDLING I TSB.

På bakgrunn av den informasjonen jeg har fått skriftlig og muntlig - sier jeg meg villig til å delta i forskningsprosjektet. Jeg er kjent med at prosjektet varer i 1 år og at resultatene skal danne grunnlaget for en mastergrad ved Universitet i Stavanger. Jeg er informert om at deltakelsen er frivillig og at jeg kan trekke meg ut av undersøkelsen når jeg måtte ønske det - men at den informasjonen som jeg frem til da har bidratt med fortsatt kan inngå i datamaterialet. Jeg vet at informasjonen som jeg gir blir anonymisert både i forhold til oppbevaring og under fremstilling i masteroppgaven og i vitenskapelige artikler.

Sted og dato: _____

Signatur: _____

Mitt mobilnr: _____

Alternativt mobil 1 _____

Alternativt mobil 2 _____

Email _____

Email 2 _____

Samtykkeerklæring sendes:
Stavanger Kommune

V/ Laila Nilsen

Kongsgata 47/49

4005 Stavanger

Vedlegg 4

Kvartalsmåling

Nåværende livssituasjon

	Ja	Nei
1.Kommunal overgangsbolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Eier egen bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Leid bolig, private marked	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Leid bolig, kommunal bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Uten fast bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Arbeidsinntekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Trygd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.AAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.Sosial stønad (inkl.tillegg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.Sykepenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Kriminalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hendelser

	Ja	Nei
12.Har det skjedd noe positivt i ditt liv siste kvartalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.Har det skjedd noe negativt i ditt liv siste kvartalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.Har du injisert siste kvartalet

Ja Nei

Behandling

15. Har du vært i behandling de siste 3 måneder

Ja, har hatt men ikke nå

Ja, har hatt og får nå

Nei

16. Hvor behandling

Poliklinisk

Døgn

17. Gjennomsnittlig antall behandlingsrelaterte kontakter pr måned

18. Har du lese –og/eller skrivevansker?

Ja

Nei

19. Har du psykisk lidelse/problem

Ja

Nei

20. I en skala fra 1 til 5, hvordan mestrer du problemet?

1 dårlig mestring

2

3

4

5 god mestring

Fysisk helse

- | | Ja | Nei |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21.Har du akutte skader/lidelser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22.Har du kroniske lidelser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23.Beskriv kroniske lidelser

Overgangsbolig

24.I en skala fra 1 til 5, opplevd nytte i forhold til avhengighetsproblemet

- 1 Ingen nytte
- 2
- 3
- 4
- 5 stor nytte

25.I en skala fra 1 til 5, opplevd nytte i forhold til tilgjengelig personale med helse- og sosialfaglig bakgrunn på huset

- 1 Ingen nytte
- 2
- 3
- 4
- 5 stor nytte

26. I en skala fra 1 til 5, opplevd nytte i forhold til tilgjengelig personale med brukererfaring på huset

- 1 Ingen nytte
- 2
- 3
- 4
- 5 stor nytte

27. I en skala fra 1 til 5, opplevd nytte i forhold til andre beboere i samme hus

- 1 Ingen nytte
- 2
- 3
- 4
- 5 stor nytte

28. Selvhjelpsgrupper

- Ja, har hatt men ikke nå
- Ja, har hatt og får nå
- Nei

29. I en skala fra 1 til 5, hvordan mestrer du avhengighetsproblemet

- 1 dårlig mestring
- 2
- 3
- 4
- 5 god mestring

30.I en skala fra 1 til 5, opplevd nytte at overgangsboligen er helt rusmiddelfri

1 Ingen nytte

2

3

4

5 stor nytte

Din arbeidssituasjon

	31.Har du vært i arbeid /elev siste 12 måneder	32.Antall måneder siste 12 måneder (opphøy til heltall)	33.I arbeid/ elev nå
I fullt arbeid (100%)	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/>
I deltidsarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
I arbeidstiltak o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Er elev eller student	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

34.Har du aktiviteter som gir mening eller betyr noe?

Ja

Nei

Oppsummering (Status)

43. Antall dager brukt rus de siste 30 dager

På en skala fra 1 til 5 i hvilke grad...

44... opplever du din rusbruk
som et problem?

1 Svært lav

2

3

4

5 Svært høy

45... opplever du oppholdet du
får som nyttig?

1 Svært lav

2

3

4

5 Svært høy

46... alt i alt, hvor tilfreds er
du med din livssituasjon?

1 Svært lav

2

3

4

5 Svært høy

Vedlegg 5

Intervjuguide til fokusgruppeintervju:

Dere er alle invitert med i dette intervjuet da dere har viktig informasjon om det å ha gjennomført avhengighetsbehandling og det å bo i en overgangsbolig i etterkant. Det er dere som har svarene og informasjonen som jeg trenger for å kunne skrive min masteroppgaven som handler om overgangsboligen og bolig i etterkant. Dere har allerede vært til stor hjelp ved at dere har svart på spørreskjemaer hver 3 måned gjennom det siste året. Jeg har nå samlet inn alle disse svarene og håper at dere skal hjelpe meg med mer utdypning på noen av svarene. Det jeg ser er at dere alle sammen har hatt ulike forløp og opplevelser i tiden dere har bodd på Overgangsboligen. Men dere har alle stort sett opplevd at oppholdet har vært nyttig gjennom hele året. Om dere opplever deres avhengighet som et problem har vært mer varierende. Tilfredsheten med deres livssituasjon har vært ganske ulike. Noen svinger mye her, mens andre har vært mer jevne gjennom året.

1. Økonomi er en viktig del av det å bo. Dere har alle sammen, stort sett, vært lite tilfredse med økonomien. Det er vel det området hvor dere har blitt mindre tilfredse etter som tiden har gått. Hva skyldes dette? Og hva skal til for at dere skal bli mer tilfredse med økonomien?
2. En ting som er interessant er at alle dere som sitter her brukte selvhjelpsgrupper ved første måling. Ved siste måling var det ingen av dere som brukte selvhjelpsgrupper lengre. Har dere noen tanker om hvorfor det er slik?
 - (Er det andre ting som erstatter det dere fikk i selvhjelpsgrupper (fellesskap))
 - (Representerer Overgangsboligen et alternativt fellesskap til selvhjelpsgrupper?)
3. Mange av dere opplever stor nytte av at det er andre beboere i samme hus på Overgangsboligen. På hvilken måte er det nyttig? Nyttig i forhold til hva? (Kan dette erstatte selvhjelpsgrupper? Opplever dere at det også kan være negative sider ved at det er andre beboere i samme hus?)

4. I skjemaene dere har fylt ut svarer alle på at det er av stor betydning at Overgangsboligen er rusfri. Hva mener dere med rusfritt? (Når definerer dere dere som rusfrie? Hva innebærer dette – er det rusfritt dersom det er beboere som bruker LAR-medikamenter? ADHD-medisin? Sovemedisin? Alkohol? Hasj?)
5. Hva er det som er viktig med at det er rusfritt?
 - (Dersom det er grad av beskyttelse – og LAR blir oppfattet som rus – Når dere var i behandling bodde dere sammen med andre som går i LAR. Der var dere ikke beskyttet mot dette «rusmidlet». Og dere skal også videre i et samfunn som jo slett ikke er rusfritt. Vil ikke det si at dere får større beskyttelse fra rus (LAR) i overgangsboligen enn inne på institusjon og ute i samfunnet? Der kan naboen bruke Subetex.)
 -
6. Selv om dere sier at det skal være rusfritt på Overgangsboligen så er det ikke alltid slik. Halvparten av de som har deltatt i undersøkelsen har svart at de har brukt rusmidler i løpet av det siste året. Ved glipper får dere tilbud om avrusning og reinnleggelse på institusjon, og deretter inn i Overgangsboligen igjen. Synes dere dette er en ok ordning? Hva er det som er viktig med en slik ordning? Ser dere noen negative sider ved en slik ordning?
7. Det å bo i egen bolig (etter Overgangsboligen) innebærer at dere bestemmer helt selv hvordan dere vil ha det, både med for eksempel møblering og hvordan dere vil leve livet deres. Der er det ingen som bestemmer at dere ikke kan ruse dere. Har dere noen tanker om det? (Om dere er klar for det etter å ha bodd på en plass som beskytter dere mot rusen?)
8. Overgangsboligen blir betegnet som en overgangsbolig, noe som betyr at det er en overgang fra noe til noe annet. Det er ikke institusjon og det er heller ikke egen bolig. Dere er underveis til noe. Hvilke tanker har dere om hvor dere er på vei og hva Overgangsboligen bidrar med på veien? (Hva kommer etter Overgangsboligen?)

Forfatterveiledning

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer fom 14.03.2014 på internett i manuskripthåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster du opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. *Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken.*

Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt fire ganger i året. Vi ønsker å være den foretrukne kanal for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning har et stort opplag (over 100.000 eksemplarer). Vi er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+ men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer er fritt tilgjengelig for alle via internett. Som regel inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen. Forfattere som publiserer hos oss beholder copyright til teksten og kan lenke publikasjonen til våre nettsider for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift.

Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft World-programmets doc-form.

All tekst skrives med Times New Roman teksttype, bokstavstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord er begrenset. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.

Antall ord er maksimalt 3000 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

INNHold I MANUSKRIPtET SOM SENDES INN:

På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften [Skrivetips](#). Artiklene struktureres etter [IMRAD-prinsippet](#). For ytterligere veiledning anbefaler vi "best praksis" sjekklister for publisering av helsefaglig forskning:

[STOBE](#) (ulike kvantitative studier)

[COREQ](#) (kvalitative studier – intervjuer og fokusgrupper)

[CONSORT](#) (randomiserte studier)

[COSMIN](#) (utvikling av måleinstrumenter)

[TREND](#) (ikke-randomiserte forsøk)

PRISMA (SF) og Reinar og Jamtvedt 2010 (kunnskapsoppsummeringer)

QUADAS 2 (diagnose)

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholaOne skal ha følgende innhold:

1. Tittelside:

Tittel på manuskriptet (maksimalt 90 tegn inkludert mellomrom.

Forfatterens(forfatternes) navn, stilling og arbeidssted.

Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript presenteres i tillegg kontaktpersonens:

For- og etternavn.

Postadresse.

Elektronisk postadresse.

Telefonnummer.

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn inkludert ordmellomrom (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser).

Antall figurer og tabeller.

2. Sammendrag

Et norsk og et engelsk sammendrag fremstilles på hver sin side.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter: bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon.

Lengde: maksimalt ha 1500 tegn inkludert mellomrom. Neders på siden oppgir du 3–5 nøkkelord fra listen du kan velge fra. Velg minst ett som angir anvendt forskningsdesign.

Det engelske sammendrag (abstract) fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets engelskspråklige tittel fremstilles øverst på siden (maksimalt 90 tegn).

Det engelske sammendraget skal være en direkteoversetting av det norske sammendraget.

Lengde: maksimalt 1500 tegn inkludert mellomrom. Nederst på siden oppgir du 3–5 engelske nøkkelord (key words).

Tekstsider

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstaves og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med tykke bokstaver.

Tidsskriftet tilstreber at språket i artiklene har aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt...)

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

Hensikt med studien og problemstilling(er).

Metodedel (forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), bearbeiding og analyse av data, godkjenning av REK evt. Personvernombudet og andre relevante instanser).

Resultater. Her beskrives resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker *kvantitativ metode* får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

Diskusjon (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensinger/svakheter angis hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

Konklusjon Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

Figurer og tabeller

Kun en tabell eller figur pr. siden. Disse kan lastes opp som endel av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Ved figurer skrives teksten under figuren og ved tabeller skrives teksten over tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking i forbindelse med redaksjonell trykkingsarbeid.

Flytdiagrammer i artikler som bruker flytdiagrammer bør disse følge malen utarbeidet av [CONSORT-gruppen](#)

Referanser

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen.

For tidsskrift som har løpende sidenummerering gjennom hele året skal årgang men ikke utgave oppgis. Ved insendigen lenker manuskripthåndteringsprogrammet referanselisten til andre databaser. Dette forutsetter at forfatterne oppgir referansene korrekt. Dette er spesielt viktig for referanser til artikler på engelsk.

Eksempel:

1. **de Witt L, Ploeg J.** Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. J Adv Nurs 2006;55:215–29.

2. **Fraser DM,** Cooper MA. Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone, London. 2003.

3. **Dahl K, Heggdal K, Standal S.** Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. (red). Grunnleggende Sykepleie. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2005.

4. **Foucault M.** Truth and power. I: Gordon C. (red). Power/Knowledge: Michel Foucault. Pantheon Books, New York.1980 (s 78 – 101).

5. **Sosialdepartementet.** Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.

6. **Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 15.11.2007).

7. **Karterud D.** Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. (Doktoravhandling). Åbo Akademis Förlag, Åbo. 2006.

Innsending av manuskript

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskriphåndteringssystem på få følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Følg brev til redaktør

Følg brevet kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering.

I tillegg må forfatterne oppgi:

Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Bruk mellom 180 og 190 tegn inkludert mellomrom.

Forslag på minst to aktuelle habile fagfeller (navn og kontaktinformasjon).

Redaktøren avgjør hvem som skal bedømme artikkelmanuskriptene og er ikke forpliktet til å følge forslagene.

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskriphåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?

Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjon kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunkt. Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til fagfellevurdering. Det kan også være aktuelt at tidsskriftets redaksjonskomité vurderer tilsendt artikkelmanuskript. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen må fylle denne veiledningen til forfattere. Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen vil bli returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Redaksjonen forutsetter at forfatterne ikke aktivt går ut i andre medier før eventuell publisering hos Sykepleien Forskning. Dette gjelder ikke fremlegg på konferanser med trykking av sammendrag.

Krav til medforfatterskap

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til

publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig navngis. Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke.

Erklæring om interessekonflikter

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Vi ønsker at signerte erklæringer om interessekonflikter fra alle forfattere laster opp før manuskriptet sendes inn (som Supplemental file NOT for Review).

Adresse til tidsskriftet:

Sykepleien Forskning

P.O. Box 456, Sentrum

0104 Oslo

Skjemaet for [Erklæring om interessekonflikter](http://www.sykepleien.no) finnes på www.sykepleien.no