

Pasienters opplevelse av tilrettelegging og oppfølging etter heldøgns rusbehandling



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i rus- og psykisk helsearbeid

Masteroppgave (40 studiepoeng)

Student: Anette Hunstad

Veileder: Sverre Martin Nesvåg

28.05.2020

Antall ord: 18660

NB: eksklusiv ord i innholdsfortegnelse, tabeller og litteraturliste

Forord

Denne studien kunne ikke blitt fullført dersom mine fire informanter ikke hadde stilt opp og fortalt sine opplevelser rundt avslutningsfasen av døgnbehandling. Jeg ønsker derfor å rette en stor takk til at de tok seg tid til å dele sine opplevelser. Det var både lærerikt og fint å snakke med dere, og jeg ønsker dere alle masse lykke til videre i tiden etter døgnbehandling!

Samtidig ønsker jeg å takke kontaktpersonene ved de ulike behandlingsinstitusjonene som har hjulpet meg i rekrutteringsprosessen og koblet meg opp til informantene.

En stor takk til veilederen min Sverre M. Nesvåg for konstruktiv veiledning gjennom hele prosessen. Det har vært en trygghet å ha deg med gjennom oppgaveskrivingen.

Takk til lærerne ved masterstudiet for inspirerende og lærerik undervisning de siste to årene, og for god veiledning gjennom studiet.

Til slutt; en stor takk til medstudenter for samarbeid, støtte og gode råd gjennom oppgaveskrivingen. Årene på masterstudiet hadde ikke blitt det samme uten dere!

Sammendrag

Tiden etter heldøgns rusbehandling er en kritisk fase i recoveryprosessen for rusmiddelavhengige. Kunnskap om hvordan denne tiden forberedes og oppleves er viktig for å gi denne gruppen et optimalt behandlingstilbud som stemmer med deres forventninger. Denne studiens formål var derfor å undersøke pasienters opplevelse av tilrettelegging og oppfølging i heldøgns rusbehandling. Dette ble undersøkt prospektivt; pasientenes opplevelse av forberedelsene til tiden før utskriving, og retrospektivt; pasienters opplevelser av oppfølgingen tiden etter utskriving.

Metoden som ble benyttet var kvalitative semistrukturerte intervju. Fire pasienter fra tre ulike døgnbehandlinger i Helse Stavanger sitt opptaksområde ble intervjuet. Grunnet at to av informantene hadde fått forlenget utskrivelsesfrist ble det kun gjennomført to oppfølgingsintervjuer. Det første intervjuet ble gjennomført innen en måned før utskrivelse mens det siste ble gjennomført innen en måned etter utskrivelse.

Intervjuene ble analysert med utgangspunkt i Braun & Clarke`s tematiske analyse, og ble gjennomført i to faser. Analyseprosessen første fase ledet til tre temaer: 1) Autonomi, 2) Tilhørighet og 3) Å ta ansvar. Den andre fasen, som var basert på oppfølgingsintervjuene kom fram til to motstridende opplevelser: «å være en del av systemet» og «komme meg ut av systemet».

Hovedfunnene i studien ga en indikasjon på at autonomi og å ta ansvar for eget liv i tilretteleggingen av utskrivelse opplevdes som viktig. Informantene opplevde det som betydningsfullt med en gradvis overgang til samfunnet, og dette var trygt å øve seg på mens de var i døgnbehandling. Når det kom til oppfølgingen hadde den ene informanten behov for å løsrive seg fra hjelpesystemet, mens den andre hadde behov for å hengi seg til systemet

Nøkkelord: rusbehandling, pasienterfaring, tilrettelegging, oppfølging, overgang, utskrivelse

Summary

The period after inpatient treatment is characterised as a critical phase in the recovery process for people with substance use disorder (SUD). Knowledge of how this time is being prepared and experienced is important in order to provide this group with an optimal treatment offer.

The purpose of this study was to examine inpatients experiences of facilitation and follow-up. This was investigated both prospectively and retrospectively.

The method used was qualitative semistructured interview. Four individuals in inpatient SUD treatment were interviewed. Due to extended discharge, only two follow-up interviews were conducted. The first interview was conducted within one month before discharge, while the last was conducted within one month after discharge.

The interviews were analyzed based on Braun & Clarke's thematic analysis, and were conducted in two phases. The first phase of the analysis led to three themes: 1) Autonomy, 2) Belonging and 3) Taking responsibility. The second phase, which was based on the follow-up interviews, revealed two contradictory experiences: "Being part of the system" and "getting out of the system".

The main findings of the study indicated that autonomy and taking responsibility for one's own life in the preparation of discharge were perceived as important. The informants perceived it as important to have a gradual transition to society, and it felt safe to practice this while they were inpatient.

The findings from the follow-up phase shows that one informant felt the need to disengage from the help system, while the other one felt the need to devote to the system.

Keywords: substance use disorder, treatment, patient experience, facilitation, follow-up, transition, discharge

Innhold

1.0	Innledning.....	7
1.1	Bakgrunn for valg av tema	7
1.2	Forskningsspørsmål.....	8
1.3	Studiens hensikt.....	8
1.4	Avgrensning	9
1.5	Begrepsavklaring.....	9
1.6	Tidligere forskning på området	10
2.0	Teori	14
2.1	Diagnosene skadelig bruk og avhengighet	14
2.1.1	Det nevrobiologiske perspektivet	15
2.1.2	Det psykologiske perspektivet.....	16
2.1.3	Det sosiokulturelle perspektivet	16
2.2	Recovery.....	17
2.2.1	Recovery kapital.....	18
2.2.2	Å arbeide recoveryorientert.....	18
2.3	Spesialisthelsetjenesten og kommunens ansvar og plikter ovenfor rusavhengige	18
2.4	Behandlingsforløp	19
2.4.1	Tilbakefall	20
3.0	Metode og metodiske overveielser	22
3.1	Valg av metode.....	22
3.1.1	Kvalitative metoder	22
3.1.2	Semistrukturerte intervju	22
3.2	Utvalg	23
3.3	Forberedelse til og gjennomføring av intervjuene.....	25
3.3.1	Pilotintervju	25
3.3.2	Intervjuguide	25
3.3.3	Gjennomføring av intervjuene.....	26
3.3.4	Transkripsjon av intervjuene	26
3.4	Validitet og reliabilitet.....	27
3.5	Analyse.....	28
3.5.1	Tematisk analyse med utgangspunkt i Braun og Clarke	29
3.6	Analyseprosessen	30
3.7	Forskningsetiske vurderinger	32
4.0	Funn.....	33
4.1	Prosjektets første fase	33

4.1.1 Autonomi.....	33
4.1.2 Tilhørighet.....	35
4.1.3 Å ta ansvar.....	39
4.2 Prosjektets andre fase; «Oppfølging».....	41
4.2.1 Tilhørighet.....	41
4.2.1.1 «Får være en del av systemet».....	42
4.2.1.2 «Komme meg ut av systemet»	43
5.0 Diskusjon.....	45
5.1 Tilrettelegging	45
5.1.1 Autonomi.....	45
5.1.2 Tilhørighet.....	47
5.1.3 Å ta ansvar.....	50
5.2 Oppfølging.....	51
5.3 Avsluttende refleksjoner.....	53
6.0 Metodologiske refleksjoner.....	54
6.1 Refleksivitet.....	54
6.2 Studiens begrensninger.....	55
6.3 Videre forskning.....	55
7.0 Konklusjon	56
8.0 Litteraturliste	57
9.0 Vedlegg	60
9.1 REK.....	60
9.2 Godkjenning – Helse Stavanger	62
9.3 Informasjonsskriv og samtykkeskjema	63
9.4 Intervjuguide	66
9.4.1 Første intervjuguide.....	66
9.4.2 Andre intervjuguide.....	67

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Rusrelatert problematikk fører til mange forskjellige problemer og har ulike forløp (Akerholt & Nesvåg, 2012). Å bli rusfri omfatter for svært mange flere utfordringer enn «kun» å slutte med bruken av rusmidler. Det kan handle om å få seg et sosialt nettverk, gjenoppta kontakt med familie, danne seg en ny identitet, eller ha noe meningsfullt å gjøre på i hverdagen. Begrepet forløp bør derfor ta utgangspunkt i menneskenes totale livsløp, hvor både endringer i problembelastninger og ulike behandlingsinstanser bør inkluderes (Akerholt & Nesvåg, 2012). Behandling til mennesker med rusavhengighet bør ha som mål å gi hjelp på områder av livet som er viktige for recovery og sosial reintegrering. Fravær av tilstrekkelig støtte i tiden etter rusbehandling kan fungere som et hinder til å takle daglige stressfaktorer og recovery (Manuel et al., 2017).

Overgangen fra et liv med rusbruk til et rusfritt liv er en stor og krevende forandring som innebærer avrusning etterfulgt av endringer i hverdagen som daglige rutiner, forhold og sosiale nettverk, bolig, aktiviteter, utdanning/arbeid (Robertson & Nesvåg, 2019). Til tross for at ønsket om rusfrihet er stor, kan veien være lang og kronglete. Flere opplever tilbakefall etter perioder med rusfrihet, og må innom behandlingssystemet flere ganger (Robertson & Nesvåg, 2019). Mange er særlig sårbare den første tiden etter utskrivning fra heldøgns rusbehandling, og sannsynligheten for tilbakefall er høy de første månedene etter behandling (Nordfjærn, 2011). Funn fra forskning indikerer at god planlegging i utskrivelsesfasen av døgnbehandling er viktig for å oppnå en god overgang (Manuel et al., 2017).

Rusbehandling er planlagte tiltak med sikte på å bidra til positive endringer ved å øke mestring og redusere symptomer. Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) er tjenester som utfører rus- og avhengighetsbehandling på spesialistnivå. At tjenestene er tverrfaglige, betyr at de skal utføres av personell med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig bakgrunn. Etter rusreformen i 2004 overtok spesialisthelsetjenesten ansvar for all behandling av personer med rusproblemer i Norge (Kalgraff, 2016). Ifølge offentlige føringer har kommunen ansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av pasienter og brukere og bidra til et sømløst tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2014). Overgangen fra rusbehandling krever en samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Dette samarbeidet bør også omfatte involvering av pasienten (Ytrehus, 2016). Likevel viser forskning at pasienter ikke opplever et

tilfredsstillende tilbud når det kommer til oppfølgingen etter utskrivelse fra rusbehandling (Andersson, Otterholt, & Gråwe, 2017; Haugum, 2016).

Når vi er oppmerksomme på hvor utfordrende tiden etter rusbehandling kan være, hvor sjansen for tilbakefall og overdose er stor (Nordfjærn, 2011; Robertson & Nesvåg, 2019), er det viktig med et økt fokus på denne tiden, og hvordan pasienter opplever denne fasen i deres behandlingsforløp. Denne studien vil derfor undersøke hvordan pasienter i heldøgns rusbehandling opplever tilretteleggingen av, og oppfølging tiden etter heldøgns rusbehandling. Jeg ønsker å undersøke dette både prospektivt; pasientenes opplevelse av forberedelsene til tiden før utskrivning, og retrospektivt; pasienters opplevelser av oppfølgingen tiden etter utskrivning.

1.2 Forskningsspørsmål

«Hvordan er tiden etter utskrivning fra heldøgns rusbehandling blitt forberedt, sett fra pasienters perspektiv?»

«I hvilken grad er forberedelsene fulgt opp i tiden etter utskrivning, sett fra pasienters perspektiv?»

«Hvordan opplever pasienter oppfølgingen etter utskrivelse fra heldøgns rusbehandling?»

1.3 Studiens hensikt

Tiden etter heldøgns rusbehandling er en kritisk fase i recoveryprosessen for rusmiddelavhengige. Kunnskap om hvordan denne tiden forberedes og oppleves er derfor viktig for å gi denne gruppen et optimalt behandlingstilbud. Samtidig kan studien bidra til at helse- og sosialarbeidere kan få bredere innsikt i hvordan pasienter opplever tilrettelegging og oppfølging i heldøgns rusbehandling.

1.4 Avgrensning

Denne oppgaven er avgrenset til å gjelde for personer med rusmiddelavhengighet. I denne lite homogene gruppen kan man finne flere med dobbeltdiagnosen rusavhengighet- og psykiske lidelser (ROP-lidelser). Denne oppgaven har ikke valgt å fokusere på ROP-lidelser: Det kan likevel ikke utelukkes at kunnskapen som jeg finner også kan være gjeldene for personer med ROP-lidelser. Dog er et av inklusjons kriteriene at pasienten må være samtykkekompetent.

Oppgaven vil heller ikke ha fokus på Legemiddelsassister rehabilitering (LAR). Likevel kan det nevnes at kommunen har ansvaret for oppfølging til personer i LAR (Ytrehus, 2016). Den tar heller ikke opp spesielle forhold som soning i behandling, jf. Straffegjennomføringsloven §12, eller kjønns spesifikk behandling.

Oppgaven er avgrenset til å gjelde for personer over 18 år da alder spiller en rolle når det kommer til rusvaner og sjansen for tilbakefall (Nordfjærn, 2011).

I oppgaven gis det en forklaring på hva rusbehandling er, men det blir ikke diskutert alle de ulike behandlingstypene som finnes for rusmiddelavhengige. Dog kan trolig type rusbehandling være med på å påvirke hvilken tilrettelegging og oppfølging pasienter opplever å få.

1.5 Begrepsavklaring

Pasient og bruker

Etter Lov om pasient- og brukerrettigheter § 1-3 bokstav a, defineres man som pasient dersom man henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp. Etter pbrl § 1-3 bokstav f, er en bruker en person som anmoder seg eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Etersom deltakerne i studien mottar behandling fra spesialisthelsetjenesten anvendes begrepet pasient.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) er tjenester som utfører rus- og avhengighetsbehandling på spesialistnivå. At tjenestene er tverrfaglige, betyr at de skal utføres av personell med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse (Sælør & Bjerknes, 2018). Rusbehandling er planlagte tiltak med sikte på å bidra til positive endringer ved å øke mestring og redusere symptomer (Sælør & Bjerknes, 2012). Etter rusreformen i

2004 overtok spesialisthelsetjenesten ansvar for all behandling av personer med rusproblemer i Norge. Dette førte til at personer med rusproblemer fikk pasientrettigheter.

Det finnes flere ulike behandlingstiltak for rusmiddelavhengige. I denne studien skal fokuset være på pasienter i heldøgns rusbehandling.

Tilbakefall

Tilbakefall vil i denne studien bety at en person vender tilbake til rusmiddelbruk etter en periode som rusfri.

Glipp

Glipp vil i denne studien bety at en person har et «tilbakefall» i en svært kort periode. Dette kan også være et engangstilfelle med bruk av rusmidler etter en periode som rusfri.

Ettervern

Behandling, støtte og oppfølging som ytes av hjelpeapparatet. Dette kan ytes av spesialisthelsetjeneste, kommune eller private tiltak. Ordet ettervern tar i utgangspunktet for seg tiden «etter» behandling, men de fleste ettervernene kan benyttes når som helst i et behandlingsforløp. Ettervern som ble benyttet av informantene i denne oppgaven var hovedsakelig fritids- og aktivitetstilbud.

Samfunn

I denne studien blir begrepet brukt som samfunn utenfor behandlingsinstitusjonen, som for eksempel arbeidsplassen, nærmiljøet eller miljøet rundt fritidsaktiviteter.

1.6 Tidligere forskning på området

Innhenting av tidligere forskning til studien er gjort gjennom nettbaserte søkemonitorer slik som Cinahl, Medline, Google Scholar og SveMed+. Det ble gjennomført flere søk i de ulike databasene, likevel opplevde jeg å finne få artikler som var relevante i forhold til studiens forskningsspørsmål. Søkeord som ble brukt i ulike kombinasjoner var: drug treatment, follow up, substance abuse, after discharge, patient experience, substance rehabilitation, drug independence, recovery, pasienters opplevelse, rusbehandling, forberedelser, tiden etter rusbehandling. Jeg har også blitt tilsendt relevante forskningsartikler fra min veileder som har stor kjennskap til feltet.

Veseth, Moltu, Svendsen, Nesvåg, Slyngstad, Skaalevik & Bjornestad (2019)

gjennomførte en kvalitativ studie om hvilken rolle nære relasjoner kan spille inn i avhengiges recoveryprosess. Det ble intervjuet 30 personer som hadde nådd full recovery. Temaene som gjenspeilte seg var; «å være fanget i vanskelige relasjoner», «folk sørger for viktig støtte og stabilitet», og «vi blir andre mennesker langs livets vei». Det første temaet tok for seg hvordan informantene var «fanget» i relasjoner med folk som brukte rusmidler eller hadde andre vansker. Det andre temaet gikk på hvordan nære slektninger og venner spilte en stor rolle for informantenes recoveryprosess. Det siste temaet gikk ut på hvordan informantene hadde gått gjennom endring og vekst etter recovery fra avhengighet, og at recovery hadde viktige konsekvenser for deres sosiale liv.

Bjornestad, Svendsen, Slyngstad, Erga, McKay, Nesvåg, Skaalevik, Veseth & Moltu

(2019) utførte en kvalitativ studie for å finne ut hva langtids recovery tjenestebrukere mente bidro til recovery av avhengighet. Det ble intervjuet 30 voksne tjenestebrukere som har vært lenge i recoveryprosessen. De fant 5 temaer; «paranoia, ambivalens og russug: ekstreme barrierer for å slutte bruk», «overgi seg til behandling: vanskeligheter med å balansere rigide behandlingsstrukturer og behovet for autonomi», «overgi seg til tillit og kjærlighet», «et mer vanlig liv: overgi seg til normale sosiale ansvarsområder», og «ta på seg personlig ansvar og bygge autonomi: det må være meg, det kan ikke være deg». Informantene beskrev langtids recovery som en utviklingsprosess fra avhengighet og reaktivitet til personlig autonomi og selvorganisering. En drivende kraft i recoveryprogresjonen så ut til å være strømmen av å overgi seg til, og skille seg fra autoriteter. Informantene hadde ønsket behandling for å fokusere på tidlig sosial nytilpasning.

Robertson & Nesvåg (2018) beskriver i studien sin at det er behov for større kunnskap rundt fasen med å forlate behandling. Målet med studien deres var å utvikle en større forståelse av praksisen rundt transformasjonen av å flytte seg fra et liv med rusbruk til en ikke-brukende livsstil, gjennom å undersøke opplevelsen av 1) involveringen i behandlingssettinger 2) prosessen med å forlate behandling, og 3) den tidlige fasen av å endre hverdagspraksisen til en rusfri måte å leve på. Det er en kvalitativ studie, hvor det ble intervjuet 17 menn og kvinner som hadde søkt behandling for sine rusproblemer. Studien viste at støtten fra fagpersoner kunne fungere som en midlertidig relasjon som bygger broer fra et liv med rusbruk til et rusfritt liv ved å tilby et nett av sosiale relasjoner, posisjoner, settinger og aktiviteter. Samtidig involverte det å forlate behandling og etablere en rusfri praksis å begi seg

ut i noe ukjent, i den forstand at det ikke er inkarnert kunnskap om hvordan man forholder seg til en verden hvor rus ikke lenger er hovedfokuset.

En kunnskapssoppsummering av **Aakerholt og Nesvåg (2012)** tar for seg en oppsummering av den forskningsbaserte kunnskapen om tilgjengelighet, kontinuitet og individualsiring, og hvilken betydning det har for kvaliteten av behandlingen av rusmiddelavhengighet. Den beskriver også variasjonsbredden som finnes i rusrelatert problematikk, og tar for seg ulike typer forløp.

Andersson, Otterholt & Gråwe (2017) gjennomførte en survey blant 188 pasienter med rusmiddelproblemer som hadde fullført et 3-6 måneders opphold på en klinikk i Norge. Målet med studien var å undersøke assosiasjoner blant pasienters tilfredshet med ulike domener for rusbehandling og deres opplevde behandlingsresultat. De ønsket å identifisere hvilke domener for behandlingstilfredshet som var sterkest assosiert med et positivt behandlingsresultat. Funnene i surveyen tydet på at mange av pasientene var misfornøyde med støtten som ble gitt til bolig, økonomiske vansker og sysselsetting. Domenet for behandlingstilfredshet sterkest assosiert med positivt behandlingsresultat var tillit til personalkompetanse. Samtidig var det mer sannsynlig at pasientene rapporterte et positivt resultat når de selv var aktivt involvert i behandlingen, noe som indikertes av tilfredshet med mulighetene til å påvirke behandlingsplanene.

Manuel, Yuan, Herman, Svikis, Nichols, Palmer & Deren (2016) utførte en studie som gikk på å finne faktorer som hindrer og hjelper rusmiddelavhengige i overgangsfasen fra langtidsbehandling til å ut i samfunnet igjen. Det er en kvalitativ studie hvor 32 individer fra døgnbehandling ble intervjuet. Studien fant fem nivåer som kunne fungere som barrierer og tilretteleggere til overgangen; individuelle, interpersonlige, organisatoriske, samfunn og politikk. Funnene i studien indikerte at primære intervensjonsområder som er nødvendige for å forbedre utfall for disse høy-risiko individene var; tilgang til stabile boliger og sysselsetting, etterverntjenester og positive støttenettverk, tjenester for utvidet planlegging av utskrivelser og overgangsstøtte, og finansiering for å møte mangler i tjenesteleveransen for å dekke den enkeltes grunnleggende behov.

I en artikkel av **Trond Nordjærn (2011)** ble det undersøkt risikofaktorer som kunne ha relevans ved tilbakefall etter rusbehandling. Data fra 16 tverrfaglige behandlingssenheter i Norge ble samlet inn, hvor pasientutvalget besto av 352 pasienter. Studien fant fire variabler

som var antatt assosiert med tilbakefall; 1) demografiske variabler, 2) psykiatriske diagnoser, 3) karakteristika ved bruk av rusmidler, 4) behandlingshistorikk.

Den siste og kanskje mest relevante artikkelen ble publisert våren 2020, og undersøkte liknende tema som denne studien. **Johannessen, Nordfjærn & Geirdal (2020)** sin studie tar for seg pasienters forventninger om overgangen fra behandling til perioden etter utskrivelse. Metoden som ble benyttet var fokusgruppeintervjuer med pasienter i døgnbehandling. I studien vektla pasientene tre områder som var særlig viktige i overgangen; tilhørighet, indre prosesser og forutsigbarhet. Funn i studien belyser overordnede elementer som pasienter så for seg å være tilretteleggende slik som; sosial støtte, motivasjon, selvorganisering, selvinnsikt, og forutsigbarhet i grunnleggende elementer som bolig, sysselsetting og personlig økonomi.

Som man ser er det flere studier som undersøker fenomenet om overgangen fra rusbehandling, og pasienters opplevelser rundt denne fasen. Likevel er det lite forskning som tar for seg hvilke opplevelser pasienter har med tilrettelegging og oppfølging i utskrivelsesfasen i døgnbehandling. Samtidig fant jeg ingen forskning som undersøker dette både er prospektive og retrospektive, som sammenligner opplevelsen av tilrettelegging før utskrivelse og oppfølging etter utskrivelse fra døgnbehandling.

2.0 Teori

I denne delen av studien skal det presenteres relevant teori som kan bidra til å besvare studiens forskningsspørsmål.

Til å starte med skal det presenteres teori om diagnosene «skadelig bruk» og «avhengighet». Dette kan være interessant å fordype seg i, da det kan bidra til å forklare hvilke konsekvenser rusmiddelavhengighet kan ha for mennesker, som videre kan påvirke hvilke behov den enkelte har i overgangen fra døgnbehandling. Videre skal det presenteres teori om recovery da det handler om bedringsprosesser og menneskers mulighet til bedre helse og til å leve et verdig liv.

Ettersom utskrivelsesfasen fra heldøgns rusbehandling indikerer en overgang mellom spesialisthelsetjeneste og kommune skal det presenteres teori om spesialisthelsetjenesten og kommunens ansvar og plikter ovenfor rusmiddelavhengige. Avslutningsvis skal det presenteres teori om behandlingsforløp og tilbakefall da dette bidrar til en forståelse om kompleksiteten av det å skulle holde seg rusfri i tiden etter døgnbehandling, samt faktorer som kan ha betydning for tiden etter utskrivelse.

2.1 Diagnosene skadelig bruk og avhengighet

Hvilket forhold mennesker har til rusmidler vil variere fra person til person, det samme gjelder vårt syn på hva som skiller problematisk og uproblematisk bruk. I denne studien vil rusmidler omfatte alkohol, illegale rusmidler og vanedannende legemidler. I Norge er alkohol det mest benyttede rusmiddelet, mens cannabis er det mest brukte narkotiske stoffet (Bye, 2018). Likevel er det viktig å huske at man også kan bli avhengig av legemidler forskrevet av lege.

Det norske helsevesenet benytter seg av diagnosesystemet «International classification of disorders» (ICD). Når det kommer til rusmiddelbruk skiller ICD mellom skadelig bruk og avhengighet (Nesvåg, 2018). Skadelig bruk kan være knyttet til enkeltepisoder med rusmiddelbruk, og kan omfatte skader som bruk av vold samt ulykker som kan oppstå i ruspåvirket tilstand. Skadelig bruk kan også knyttes til skadene som følger på den sosiale arenaen. Det er viktig å huske at rusmiddelbruk sjelden kun påfører skader for brukeren, men også for familie, venner, kollegaer, etc. (Nesvåg, 2018).

ICD omtaler avhengighet som et syndrom. For å kunne bli gitt diagnosen må minst tre av seks kriterier være oppfylt i løpet av de 12 siste månedene; sterk trang til å innta stoffet, problemer med kontrollering av stoffet, fysiologisk abstinens ved redusert eller endt bruk, økt toleranse av stoffet, bruk forsetter tross skadelige konsekvenser, økende likegyldighet og bruk som går ut over andre interesser og aktiviteter (Fekjær, 2016). Det sentrale med avhengighet i forbindelse med bruk av rusmidler er at man gjentar handlinger som er til skade for en selv eller andre man bryr seg om (Mørland & Waal, 2016).

Både diagnosen «skadelig bruk» og «avhengighet» knyttes til selve aktiviteten å ruse seg. Når rusmiddelbruken opphører vil man ut fra diagnosekriteriene ikke lenger bli karakterisert som avhengig, men ifølge Nesvåg (2018) kan ikke dette være rett. Det skal derfor kort presenteres tre perspektiver på hvordan rusmiddelavhengighet oppstår og opprettholdes; det neurobiologiske-, psykologiske- og sosiokulturelle perspektivet.

2.1.1 Det neurobiologiske perspektivet

Det neurobiologiske perspektivet går ut på hvordan rusmiddelbruk fører til endringer i ulike funksjonelle regioner av hjernen, og hvordan dette igjen kan påvirke bruken av rusmidler (Nesvåg, 2018). Det er menneskers søking etter belønning i form av opplevde positive gevinster, eller demping av ubehag som er utgangspunktet. Belønningssystemer i hjernen vår driver oss til aktiviteter som gir glede og opplevelser, og vi motiveres for aktiviteter som gir oss belønning (Nesvåg, 2018). Vi mennesker lærer oss fort hva som gir oss belønning, og mange slike belønningssøkende aktiviteter blir vaner som vi opprettholder, også ofte uten å være bevisst på det selv (Nesvåg, 2018).

Signalstoffet for belønning kalles dopamin. Når man bruker rusmidler skjer det en overaktivering av det sentrale belønningssystemet i hjernen ved å frigjøre store mengder dopamin (Nesvåg, 2018). Denne første økte frigjøringen av dopamin fører til en sterk læringseffekt. Med tiden reagerer hjernen på denne overaktiveringen ved å nedjustere frigjøringen av dopamin, og opplevelsen av belønning blir redusert. Til tross for at opplevelsen av belønning blir redusert, vil denne læringseffekten ha festet seg, og man lærer seg å søke etter belønning gjennom rusmiddelbruk (Nesvåg, 2018). Dermed kan man få behov for større mengder av rusmidlet for å oppnå den ønskede effekten, det forekommer en slags toleranseutvikling for stoffet. Etersom belønningseffekten reduseres vil personen starte søken etter sterkere belønningseffekter, og rusmiddelbruken kan øke og gå foran all annen aktivitet som er viktig for oss mennesker (Nesvåg, 2018). Dette kan være med på å forklare hvorfor

flere rusavhengige ikke klarer å holde seg i arbeid eller beholde kontakt med venner og familie når streben etter, og bruken av rusmiddelet står i sentrum.

Høyt rusmiddelbruk kan også føre til flere nevrokognitive skader, og alle rusmidler kan påvirke kontrollsystemer for atferd (Mørland & Waal, 2016; Nesvåg, 2018). De nevrokognitive skadene kan blant annet påvirke hukommelsen, læringsevne, døgnrytme, oppmerksomhet og vurdering av tidsvarighet (Nesvåg, 2018). Til tross for at rusmiddelbruken opphører vil likevel flere av disse skadene følge med personen, og forskning tilsier at det kan ta et år før hjernen er i stand til å bli behandlet (Hagen, 2014). Hjernen er elastisk og kan utvikle seg gjennom tiden. Den er svært tilpasningsdyktig, men den krever hele tiden balanserende input for at den ikke skal ta av i uønskede retninger (Hagen, 2014).

2.1.2 Det psykologiske perspektivet

Ifølge West (2006) blir avhengighet beskrevet som belønningssøkende atferd som har kommet ut av kontroll (West 2006, henvist i Nesvåg 2018, s.36). Det psykologiske perspektivet går ut på avveininger mellom gevinster ved bruk av rusmidler på den ene siden, og kostnadene/konsekvensene på den andre siden. Ved aktivt rusmiddelbruk vil det ofte oppstå konflikt mellom kortsiktige og langsiktige gevinster, hvor den rusmiddelavhengige ofte vil prioritere de kortsiktige gevinstene ved å ruse seg, framfor mulige langsiktige gevinster ved å ikke ruse seg (Nesvåg, 2018). Når de kortsiktige gevinstene tar overtaget over den rusmiddelavhengiges valg, oppstår det en tvangsmessig situasjon, hvor rusmidlene erobrer belønningssystemet og svekker impulskontrollen. Den avhengiges selvkontroll blir dermed redusert og trangen til å bruke rusmidler blir stadig sterkere (Nesvåg, 2018).

2.1.3 Det sosiokulturelle perspektivet

Utgangspunktet for det som kalles en sosiokulturell avhengighet er opplevde gevinster eller opplevd belønning (Nesvåg, 2018). Gevinster kan være felles for alle kulturer og samfunn, men mange er sosialt eller kulturelt bestemte. Særlig varierer meningen og betydningen de ulike gevinstene tillegges i ulike kulturer og samfunn, herunder rusmiddelbruk. For noen er det viktig med gevinster knyttet til felleskap og forpliktelser, mens andre er gevinstene knyttet til individuelle behov og opplevelser.

Samtidig vil måten man takler belastninger og krav i ulike livsstiler og tilknytninger til fellesskap og subkulturer kunne påvirke hvordan og hvilke gevinster man søker. I samfunn med høye prestasjonskrav vil behovet for søvn og avslapning være stort. Samtidig vil det i et samfunn med stadige utbyttinger i hva og hvem man skal forholde seg til være økt behov for å vise sin identitet og hvilket fellesskap man ønsker å tilhøre (Nesvåg, 2018).

2.2 Recovery

I den internasjonale helsepolitikken har begrepet «recovery» stadig blitt mer fremtredende (Veseth et al., 2019). Recovery er både en personlig og sosial prosess (Karlsson, 2017). Den mest brukte definisjonen av recovery er foreslått av William A. Anthony;

«Bedring ('recovery') er en dypt personlig, unik prosess med forandring av holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et tilfredsstillende, håpefullt og aktivt liv på tross av begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og hensikt med ens liv mens man vokser på tross av de katastrofale virkninger av psykisk lidelse» (Anthony 1993, sitert i Hummelvoll 2012, s.58)

Ifølge Karlsson (2017) er recovery en del av en humanistisk og sosial tradisjon. Dette innebærer et syn på at mennesket er autonomt, sosialt, rasjonalt og åndelig vesen. Autonomi går på at personen kan ta være på seg selv, hvor selvrespekt og verdighet er viktig (Karlsson, 2017). Recovery fremmer muligheten til kontroll over eget liv, og har fokus på personens opplevelser av hva som hjelper og ikke. I norsk tale brukes det ulike begreper om recovery, som tilfriskning, bedringsprosess, og «å komme seg».

Tilfriskning fra avhengighet kan forklares som en persons aktive prosess i å håndtere avhengigheten og de effektene som fører med den (Bjørnstad et al., 2019). Recovery er en personlig reise, som kan gjøres både med og uten hjelp fra behandling (Veseth et al., 2019). Forskning tilsier at recovery er en ikke-linær prosess (Bjørnstad et al., 2019). Recovery fra avhengighet er noe som pågår over tid, derfor må det ikke bare fokuseres på startfasen, men også på prosessen om å opprettholde recovery (Veseth et al., 2019). Vedlikeholdelse av recovery fra avhengighet i tiden etter rusbehandling krever ofte store forandringer (Manuel et al., 2017; Robertson & Nesvåg, 2019).

2.2.1 Recovery kapital

Recovery kapital går ut på mengden og kvaliteten en persons interne og eksterne ressurser som kan initiere og opprettholde recovery fra avhengighet (Laudet & White, 2008). Recovery er ikke bare en personlig prosess, den er også sosial og kontekstuell i den grad at det å leve et meningsfullt liv ofte innebærer å være en aktiv og deltakende samfunnsborger (Veseth et al., 2019). Utdanning, arbeid, bolig og fritidsaktiviteter kan spille en stor rolle i ens recoveryprosess ved at det bidrar til deltakelse i sosiale strukturer (Veseth et al., 2019). Funn i forskning viser at recovery kapital er med på å øke sjansen til å takle stress og forbedring av livsglede (Laudet & White, 2008).

2.2.2 Å arbeide recoveryorientert

Skal man arbeide recoveryorientert er det viktig at man tar brukeren/pasienten på alvor og ser personen helhetlig. Det er en grunnleggende tanke i recovery at det ikke er nødvendig å bli helt «symptomfri» eller «behandlet» alle problemene (Trane, 2017). Avhengigheten skal altså bare bli sett på som ett aspekt ved personens totalitet. Å arbeide recoveryorientert innebærer systematisk bruk av brukermedvirkning, og få en helhetlig tilnærming til personens hverdag (Wiig, 2016). Dette innebærer fokus på bolig, arbeid og meningsfull fritid.

Brukeren/pasienten skal være den endelige beslutningstakeren, mens den profesjonelles perspektiver kan være nyttige måter å forstå personens opplevelser på. Relasjonen må bygge på gjensidighet (Slade, 2017).

Rammeverket CHIME inneholder fem sentrale elementer i recovery, som kan benyttes av fagfolk for å bidra til å fremme personlig recovery (Karlsson, 2017). CHIME står for; Connectedness (tilhørighet), Hope (håp), Identity (identitet), Meaning (mening) og Empowerment (egenkontroll/myndighet) (Karlsson, 2017).

2.3 Spesialisthelsetjenesten og kommunens ansvar og plikter ovenfor rusavhengige

Personer med rusmiddelavhengighet er en uensartet gruppe og har derfor behov for et variert og sammensatt behandlingstilbud (Sælør & Bjerknes, 2018). I 2019 trådte pakkeforløpet for psykisk helse og rus i kraft. Pakkeforløpet skulle bidra til at pasienter og pårørende skulle få et helhetlig og forutsigbart behandlingsforløp, samt sikre økt samhandling og

brukermedvirkning (Helsenorge, 2019). Pakkeforløpene starter med at det sendes en henvisning fra lege eller sosialtjenesten til en vurderingsenhet i TSB. Her tas det en vurdering sammen med pasienten om hvilke tiltak eller behandling som kan være aktuelle for den enkelte pasienten. Kommunen har ansvar å sikre nødvendig oppfølging mens vedkommende venter på eventuell behandling fra spesialisthelsetjeneste (Helsenorge, 2019).

Det er spesialisthelsetjenesten som har ansvar for all behandling av personer med rusproblemer i Norge (Sælør & Bjerknes, 2012). I 2019 mottok over 33 000 personer helsehjelp innen TSB (Helsedirektoratet, 2020). Spesialisthelsetjenesten skal også være med på å støtte overgangen til oppfølging i kommunen (Sælør & Bjerknes, 2012).

Mennesker med rusproblemer kan ha behov for langvarige og koordinerte tjenester. Derfor er det viktig med god samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. I følge lov om spesialisthelsetjenesten § 2-1 e. har spesialisthelsetjenesten ansvar for å samhandle med kommunen (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Individuell plan og ansvarsgrupper er eksempler på samhandlingsmetoder som kan benyttes for personer med rusmiddelavhengighet, samtidig som de kan bidra til brukermedvirkning.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har ansvar for oppfølging av personer som har hatt, kan få, eller har et rusproblem (Helsenorge, 2020). Hvordan rusarbeidet er organisert kan være forskjellig i de ulike kommunene. I noen kommuner er rustjenesten organisert i NAV, mens andre steder har de egen rustjeneste eller en felles rus- og psykisk helsetjeneste (Helsenorge, 2020).

Brukere og pasienter har rett til å medvirke når de skal motta helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

2.4 Behandlingsforløp

Det finnes mange ulike behandlingsforløp, og som nevnt innledningsvis er det viktig å huske at flere klarer å komme seg ut av sine problemer med rus uten profesjonell hjelp (Aakerholt & Nesvåg, 2012). Begrepet behandlingsforløp blir ofte beskrevet som perioden hvor vedkommende befinner seg i TSB, hvor da oppfølging/ettervern er perioden etter utskrivelse. I denne studien vil betegnelsen «behandlingsforløp» inkludere tiden før TSB behandling, TSB behandling, overgangen og tiden etterpå.

Rusbehandling er planlagte tiltak med mål om å bidra til positive endringer ved å redusere symptomer og øke mestring (Sælør & Bjerknes, 2018). Rusbehandling blir ansett som viktig for å fremme vedvarende recovery, og består av en rekke ulike metoder og ulike intensitetsnivåer med hensikt av å dekke folks ulike behov (Johannessen, Nordfjærn, & Geirdal, 2020; Lauritzen & Nordfjærn, 2018). Pasienter i døgnbehandling har ofte vært innom avrusning og stabilisering før de ankommer døgnavdelingen. Et av formålene med behandling er å klargjøre pasientene til hverdagen etter utskrivelse, og sosial integrering i samfunnet (Sumnall & Brotherhood, 2012).

Tjenester til rusmiddelavhengige gis på forskjellige organisatoriske nivåer i det offentlige velferdssystemet, og overgangen mellom de ulike tjenestenivåene kan føre til barrierer i avhengiges recovery prosess (Manuel et al., 2017). Dette understreker derfor viktigheten med god samhandling mellom de ulike tjenestenivåene.

Behandlingsvarigheten må tilpasses den enkeltes behov (Helsedirektoratet, 2016). For personer med omfattende avhengighetsproblemer kan dette innebære flere år. Behandlingsevalueringer tilsier at lengden på oppholdet i behandling er positivt assosiert med gunstige behandlingsresultater (Hser & Angli, 2011). Det behøver dog ikke bety flere år i døgnbehandlingsinstitusjoner, men ulike tilpassede behandlingsformer (Helsedirektoratet, 2016).

Det ikke gitt at god kontinuitet i kontakten mellom det profesjonelle hjelpetilbudet alltid er en nødvendig forutsetning for oppnåelse av gode behandlingseffekter (Aakerholt & Nesvåg, 2012). Aakerholt og Nesvåg (2012) forklarer at kontinuiteten av kontakten mellom pasient og det profesjonelle hjelpetilbudet bør reguleres i henhold til pasientens problemer, ressurser og/eller mulighet til støtte i nærmiljøet. Dette tilsier igjen et behov om individuell behandling og tilpassede behandlingsformer.

2.4.1 Tilbakefall

Rusbehandling er en endringsprosess som går på endring av tenkemåter, livsstil og rusvaner. Slike endringsprosesser kan være krevende og vanskelige å opprettholde. Tiden etter rusbehandling er ofte preget av tilbakefall, og sjansen er særlig stor den første tiden etter utskrivelse (Nordfjærn, 2011). Flere enn 80% erfarer tilbakefall på heroin i løpet av det første året etter institusjonsbehandling, dog kan ulike typer rusmidler ha sammenheng med tidsintervallet mellom behandling og tilbakefall (Holte, 2015; Nordfjærn, 2011). I studien til

Nordfjærn (2011) fant de også at tilbakefall hadde en sammenheng med antall behandlingsforløp pasientene hadde gjennomført. Desto flere behandlingsforløp pasienten hadde hatt økte risikoen for tilbakefall.

Tilbakefall er ikke bare vanlig ved rusavhengighet, men del av endringsprosessen ved alle former for avhengighet (Holte, 2015). Når det kommer til rusavhengighet vil kroppen si ifra at den ønsker rus i vanskelige situasjoner, selv om personen har sluttet å innta rusmidler. Tålmodighet er derfor en viktig faktor for å oppnå bedring, og som hjelper er det viktig å akseptere at tilbakefall kommer (Dahle, 2020).

Sosiale faktorer som boforhold, arbeid og fritid vil kunne spille en viktig rolle i tiden etter rusbehandling og sjansen for tilbakefall. Det å skulle ha en bolig har stor innvirkning på helsen (Ytrehus, 2018). En trygg bosituasjon kan være helt avgjørende for om personen klarer å holde seg rusfri. For mange vil derfor tilknytning til et rusfritt bomiljø være viktig (Ytrehus, 2018). Den støtten og hjelpen en person mottar til å mestre boligsituasjonen vil derfor være av stor betydning. Det er derfor viktig at boligbehovet til den enkelte klargjøres og tilrettelegges før de skrives ut fra institusjonen. Tjenestetilbudet skal legge til rette for brukermedvirkning i alle ledd og ha vekt på skadereduksjon (Ytrehus, 2018).

Arbeid og meningsfylte aktiviteter er viktige faktorer for livskvalitet, bedring og det å ha et verdig liv (ROP, u.å.). Å være i arbeid kan bidra til struktur i tilværelsen, at den enkelte føler seg til nytte, opplevd mestring, og opplevelsen av å være en del av et sosialt nettverk. Samtidig bidrar arbeid til økonomisk uavhengighet (ROP, u.å.). Både jobb og fritidsaktiviteter kan for flere fungere som erstatning til rus-relaterte aktiviteter, og arbeidsledighet kan virke som et risikomoment for tidlig tilbakefall (Nordfjærn, 2011). Det er derfor viktig at fagpersoner kartlegger personens evne til å få eller beholde arbeid (Karlsson, 2017).

3.0 Metode og metodiske overveielser

3.1 Valg av metode

3.1.1 Kvalitative metoder

I følge Malterud (2011) må man som forsker alltid ta i betraktning hvilke former for datainnsamling som gir data som er mest mulig relevant for problemstillingen. Det er viktig med kjennskap til fallgruver, spilleregler og de ulike tilnærmingenes særpreg når man skal ta valg som gir mest mulig relevant data med optimal relevans og validitet (Malterud, 2011). Ved kvalitative metoder er en viktig målsetting å oppnå forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2018). Kvalitative forskningsmetoder involverer systematisk innsamling, organisering og tolkning av tekstmateriale utledet fra snakk eller observasjon (Malterud, 2001).

Intervjusamtaler kan bidra til at man kan få en forståelse av hvordan mennesker opplever og reflekterer over sin situasjon. Den gir oss også et grunnlag slik at vi kan utføre intensive analyser av de sosiale fenomenene man skal undersøke (Thagaard, 2018). I følge Thagaard (2018) er intervju er en velegnet metode når man ønsker å få kjennskap til hvordan personer opplever og forstår seg selv og sine omgivelser. Samtidig egner kvalitative metoder seg godt når man skal undersøke ukjente og nye fenomener, og når det man skal studere kan være personlig og sensitivt (Thagaard, 2018). Denne studien var ute etter å forstå pasienters opplevelse av det sosiale fenomenet «tilrettelegging og oppfølging i utskrivelsesfasen av heldøgns rusbehandling». Det ble derfor ansett som relevant å benytte individuelle intervju, da studien var ute etter deltakernes subjektive opplevelser.

Styrken med kvalitativt intervju er at den bidrar til å få frem menneskers synspunkter og opplevelser av livsverden (Kvale & Brinkmann, 2018). For å sikre at alle intervjuene berørte de samme hovedspørsmålene, ble et semistrukturert intervju benyttet i denne studien.

3.1.2 Semistrukturerte intervju

Studien baserte seg på kvalitative semistrukturerte intervju. Kjennetegnet ved en slik tilnærming er at intervjusamtalen verken er preget av en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale, men en mellomting av disse (Kvale & Brinkmann, 2018). Det ble ansett som egnet å ha en semistrukturert intervjuguide for å få mest mulig informasjon om forskningsspørsmålene. Det vil si at tema og hovedspørsmålene var nedskrevet i

intervjuguidene, hvor alle hovedspørsmålene har forankring i forskningsspørsmålene. Ettersom studien var ute etter å gå i dybden og forsøke å forstå et spesifikt fenomen, ble det ikke ansett som egnet å ha en lukket spørreskjemasamtale eller en åpen dialog, ettersom dette muligens kunne føre til at jeg ikke fikk spurt deltakerne de samme spørsmålene eller begrense muligheten til utdypende beskrivelser.

Studien baserte seg på kvalitative semistrukturerte intervju da det var ønskelig å sikre at alle intervjuene ble berørt av de samme hovedspørsmålene. I følge Thagaard (2018) gir en strukturert tilnærming mulighet for sammenlignbare svar ettersom alle deltakerne besvarer de samme hovedspørsmålene. I studiens analysedel skulle de ulike svarene fra deltakerne bli sammenlignet, det ble derfor ikke ansett som egnet å ha åpne intervjuer som ikke berørte de samme hovedspørsmålene. Samtidig kan et strukturert intervju gi liten fleksibilitet i måten spørsmålene blir stilt på og svarene som gis (Postholm, 2010). Ved å intervjuer ansikt til ansikt får man mulighet til å følge opp interessante svar og undersøke underliggende motiver, noe som blir begrenset ved spørreskjemaer (Robson, 2002).

3.2 Utvalg

I intervjustudier presenterer utvalget personer, og kjennetegnes ofte av et begrenset antall (Thagaard, 2018). I slike studier hvor utvalget er begrenset, er det særlig viktig at man benytter seg av en utvelgingsprosess som er hensiktsmessig for problemstillingen (Thagaard, 2018). I denne studien ble det foretatt et strategisk utvalg. Det vil si at man systematisk velger personer som har kvalifikasjoner eller egenskaper som er strategiske i forhold til problemstillingen. Ettersom at studien var ute etter å fange opp pasienters opplevelser, ble det derfor ansett som relevant å intervjuer pasienter som var i det stadiet (avslutningsfasen av heldøgns rusbehandling) studien ønsket å undersøke.

Når det kommer til utvalgsstørrelse foreslår Malterud et.al konseptet «information power». Desto større informasjonskraft utvalget har, desto færre (n) informanter trenger man, og motsatt (Malterud, Siersma, & Guassora, 2016). Denne type «information power» er basert på spesifisiteten av opplevelser, kunnskaper eller egenskaper som deltakerne har i utvalget. Det vil si at dersom man skal undersøke et sensitivt eller lite vidt tema, behøver man nødvendigvis ikke et stort utvalg så lenge deltakerne har særlig kunnskap, opplevelser eller egenskaper knyttet til fenomenet.

I denne studien ble det intervjuet pasienter i heldøgns rusbehandling i Helse Stavanger sitt opptaksområde. Det ble intervjuet pasienter fra ulike behandlingssentre da dette kunne bidra til å gi et bredere spekter av informasjon om pasienters opplevelse av tilrettelegging og oppfølging i heldøgns rusbehandling.

Det var i utgangspunktet ønskelig å intervju 2 pasienter fra fem ulike heldøgnsinstitusjoner i Helse Stavanger sitt opptaksområde, hvor pasientene skulle bli intervjuet to ganger hver. Grunnet tidsperspektivet var det utfordringer knyttet til å finne ønsket antall informanter. To av døgnbehandlingene hadde ingen som skulle utskrives i det aktuelle tidspunktet, samtidig som tre pasienter fra de andre døgnbehandlingene ikke ønsket å delta. Den ene av pasienten som ikke ønsket å delta i studien begrunnet det med at han ikke følte seg klar for å snakke om ut-fasen av døgnbehandling, da dette var noe han strevde med. Han hadde derfor søkt om forlengelse av døgnoppholdet. En annen pasient begrunnet det med at det kom til å bli for mye stress, samtidig var det å si nei en trening i selvhevdelse.

Jeg endte til slutt opp med 4 informanter fra tre ulike heldøgns rusbeholdingsinstitusjoner. Første intervju ble gjennomført i utskrivelsesfasen av døgnbehandling (maks 4 uker til utskrivelse) og andre intervju ble gjennomført innen 1 måned etter avsluttet døgnbehandling. Det var ønskelig å intervju i både utskrivelsesfasen og etter avsluttet behandling for å få en bredere forståelse om hvordan forberedelsene til tiden etter rusbehandling oppleves.

Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Norsktalende	Ikke-norsktalende
Mannlige og kvinnelige pasienter over 18 år som er i avslutningsfasen av heldøgns rusbehandling (maks 4 uker til utskrivelse)	Pasienter som ikke er samtykkekompetente

Ettersom dette er en masterstudie spiller tidsperspektivet en vesentlig rolle for hva som er hensiktsmessig og gjennomførbart. Det første inklusjonskriteriet «norsktalende» var basert på forskerens forutsetninger. Å intervju deltakere med et annet språk kunne fort blitt utfordrende og tidkrevende. Det var også ønskelig å intervju pasienter som befant seg i den fasen i behandlingsforløpet som studien skulle undersøke (avslutningsfasen).

De fire informantene som ble intervjuet i denne studien hadde alle hatt et relativt ulikt behandlingsforløp, og antall år med problematisk rusmiddelbruk varierte blant informantene. To av informantene hadde vært i heldøgns rusbehandling tidligere, noe som trolig kan ha hatt innvirkning på deres opplevelser av denne fasen. Tre av informantene hadde psykiske og/eller fysiske plager som kunne ha betydning for deres recoveryprosess. Median alderen på informantene var 38,5 år og alle var menn. Behandlingsinstitusjonene var alle heldøgnsinstitusjoner, mens den planlagte varigheten på oppholdet til informantene varierte ved de ulike institusjonene. Varigheten på oppholdene i døgnbehandlingene strakk seg fra 4 til 10 måneder. Dette vil si at informantene hadde relativt ulik varighet i døgnbehandling, noe som trolig kan ha påvirket funnene.

3.3 Forberedelse til og gjennomføring av intervjuene

3.3.1 Pilotintervju

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er det viktig å ha kjennskap til å intervju og være godt kjent med intervjutemaet for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål. Før jeg skulle begi meg ut på intervjuing av informantene gjennomførte jeg derfor flere pilotintervjuer på studievenninner. Dette var får å få mer kunnskap om hvordan det opplevdes å være en intervjuer samt å teste intervjuguiden. I forelesning hadde vi lært at det var viktig å stille åpne spørsmål, med oppfølgingsspørsmål som ga informantene mulighet for utdypning. Under pilotintervjuene øvde jeg derfor særlig på hvordan å stille gode oppfølgingsspørsmål. Vi hadde også lært at det var lurt med pauser, og at stillhet kunne være en bra ting. Dog er dette noe jeg ser i etterkant at jeg kunne øvd enda mer på, da jeg muligens kan ha vært for kjapp med å stille nye spørsmål.

3.3.2 Intervjuguide

I det kvalitative forskningsintervju er det viktig å forholde seg åpen til det informantene formidler, samtidig som man har en viss plan for retningen på intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2018). Dette bidrar til at intervjueren kan sørge for at informasjonen som fremkommer er av relevans for fenomenet man skal studere. Utformingen av intervjuguidene ble derfor en viktig jobb. Etersom jeg skulle ha to intervjuer med hver av informanten ble det laget to ulike intervjuguider; et som omhandlet tilrettelegging og et som dreide seg rundt oppfølging (se vedlegg).

Den første intervjuguiden hadde fire hovedtemaer: 1) forberedelse, 2) involvering og hjelp, 3) kommunen, 4) andre. Den andre intervjuguiden hadde følgende temaer; 1) TSB 2) kommunen, 3) egeninnsats, 4) utfordringer og problemer, 5) hva har fungert bra. Dette bidro til å gjøre intervjuguiden mer strukturert samtidig som det ble lettere å få oversikt over hvilke temaer som var gjennomgått under intervjuet.

3.3.3 Gjennomføring av intervjuene

For å komme i kontakt med pasientene ble det tatt kontakt med de ulike behandlingsinstitusjonene. Her ble det informert om studien og hvem det var ønskelige å intervju (pasienter i utskrivelsesfasen). Kontaktpersonene fra de ulike institusjonene undersøkte hvilke pasienter som kunne være aktuelle, og det ble tilsendt et informasjonsbrev til disse. Den ene pasientene som ønsket å delta i studien tok selv kontakt med meg, de andre tre hadde jeg et kort møte med for å avtale tidspunkt på intervjuet og underskrivelse av samtykkeskjema.

Intervjuene ble gjennomført vinteren 2020. Den første intervjuet foregikk på behandlingsinstitusjonene som pasientene bodde på. Her ble det avtalt tidspunkt og lokasjon for oppfølgingsintervjuene som skulle gjennomføres etter utskrivelse fra døgntillegget. Ettersom intervjuene kan bli påvirket av konteksten den foregår innenfor, ble lokasjonen på andre intervjuer bestemt av deltakerne (Halvorsen, 2008). Tre av informantene fikk i løpet av denne perioden forlenget deres utskrivelsesfrist i døgntillegget. Dette førte til at det kun ble mulig å gjennomføre to av oppfølgingsintervjuene. Det første oppfølgingsintervjuet ble gjennomført på en kafé og det siste ble gjennomført via telefonisk kontakt grunnet Covid-19. Dette var i utgangspunktet ikke planlagt, men grunnet omstendighetene måtte det gjøres. Alle intervjuene ble tatt opp på båndopptaker, straks transkribert og deretter lagret på en kryptert minnepenn. I oppgavens funn og diskusjon er navnene på informantene anonymisert gjennom fiktive navn.

3.3.4 Transkripsjon av intervjuene

Å transkribere vil si å transformere datamaterialet fra muntlig intervjusamtale til en skriftlig tekst (Kvale & Brinkmann, 2018). Som nevnt, ble alle intervjuene tatt opp på båndopptaker. På den måten ble transkripsjonen for min del å lytte til lydfilene og notere det som ble sagt så ordrett som mulig. Alle intervjuene ble transkribert selv.

Å transkribere er en fortolkningsprosess som innebærer flere praktiske, vitenskapelige og etiske problemstillinger (Kvale & Brinkmann, 2018). Dette kan gå på om eller hvordan man velger å notere kroppslig uttrykk, pauser, latter, gråt o.l. Gjennom transkriberingen jeg foretok meg valgte jeg å ha med pauser og latter, men det ble ikke notert kroppslige uttrykk.

Transkripsjonens reliabilitet og pålitelighet sier noe om hvilken grad det som ble uttrykt og sagt i det muntlige intervjuet stemmer overens med den skriftlige teksten. Transkripsjonen er sosiale konstruksjoner og ikke nødvendigvis et speilbilde av virkeligheten (Kvale & Brinkmann, 2018). I mitt tilfelle noterte jeg det som ble sagt i intervjuene så ordrett som mulig. Dog pratet informantene på dialekt, dermed ble noen ord og setninger som kunne være vanskelige å forstå omformulert til bokmål.

I transkriberingen dukker det også opp etiske spørsmål. I noen studier vil det være viktig å beskytte informantenes konfidensialitet. Dette kan også gjelde institusjoner som nevnes (Kvale & Brinkmann, 2018). I noen tilfeller kan det derfor være best å skjule intervjupersonenes identitet allerede i transkriberingen. Før jeg startet transkriberingen lagde jeg fiktive navn på informantene slik at dokumentene med transkripsjonen ikke kunne bli knyttet til informantenes virkelige navn. Under transkriberingen ble også døgntilbudet pasientene bodde på anonymisert. Dog pratet informantene om ulike oppfølgingstilbud som ikke ble anonymisert i løpet av transkriberingen, likevel var jeg oppmerksom på at navn på disse ikke ble nevnt i funn eller diskusjon.

3.4 Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet er mye brukt innenfor forskning som begreper for en studies troverdighet og pålitelighet. Graneheim and Lundman (2004) tar utgangspunkt i begrepene «credibility», »dependability» og »transferability» når de snakker om validitet og reliabilitet i kvalitativ metode (Graneheim & Lundman, 2004).

Troverdigheten på en kvalitativ studie kan vurderes ut ifra hvilken grad dataene og analysene gjenspeiler det studien faktisk ønsker å fokusere på (Graneheim & Lundman, 2004). Mengden data som er nødvendig for å svare på et forskningsspørsmål på en troverdig måte, varierer avhengig av kompleksiteten av fenomenene i studien og datakvaliteten (Graneheim & Lundman, 2004). I denne studien ble det intervjuet pasienter fra ulike behandlingsinstitusjoner, som trolig ville ha ulike opplevelser av tilrettelegging av oppfølging i heldøgns rusbehandling. Å velge deltakere med ulike opplevelser øker muligheten til å kaste

lys på forskningsspørsmålet fra en rekke aspekter (Graneheim & Lundman, 2004). Det var i utgangspunktet ønskelig at informantene var av ulike kjønn og alder da dette kunne bidra til å gi rikere variasjon av fenomenene som skulle studeres, dog er ujevn fordeling av kjønn en av studiens begrensninger.

Når det kommer til det andre aspektet, «dependability» (pålitlighet), fremhever Graneheim & Lundmann (2004) det som viktig at det stilles spørsmål om samme tema til alle deltakerne. Samtidig er intervjuing en utviklingsprosess hvor man gjerne vil få ny innsikt i fenomenet over tid (Graneheim & Lundman, 2004). Slik kunnskapsutviklingen kan føre til at intervjuene påvirkes. I slike tilfeller det viktig at forskeren er klar over denne påvirkningen og at det blir belyst i studien. I denne studien ble alle informantene stilt de samme hovedspørsmålene, dog varierte oppfølgingsspørsmålene da informantene hadde ulike opplevelser rundt de samme temaene. Under intervjuingen kom det fram i det første intervjuet at informantene opplevde det som viktig med frihet i utskrivelsesfasen. Dette emnet ble derfor videreført i de andre intervjuene.

Det siste aspektet «transferability» står for overførbarhet. Overførbarhet dreier seg om i hvilken grad vi kan bruke eller anvende resultatene man får fra forskning utover den sammenhengen man har samlet inn dataene (Malterud, 2001). Ifølge Graneheim & Lundmann (2004) kan forfatterne gi forslag om overførbarhet, men det er lesernes avgjørelse om funnene kan overføres til en annen kontekst. I denne oppgaven har jeg derfor forsøkt å gi en god beskrivelse av kontekst, karakteristikk av deltakerne, datainnsamling og analyseprosess. Det er også forsøkt å gi en innholdsrik presentasjon av funnene med passende sitater, da disse aspektene kan øke overførbarheten jf. (Graneheim & Lundman, 2004).

3.5 Analyse

Det er flere tilnærminger man kan benytte seg av når man skal analysere kvalitative data, dog har de ulike tilnærmingene et fellestrekk; det veksles mellom å analysere deler og å se delene i en større helhet (Jacobsen, 2010). Analysen bidrar til frambringelse av nye begreper, beskrivelser eller teoretiske modeller av det innsamlede materialet (Malterud, 2011). I denne studien stammer det innsamlede materiale fra intervjusamtalene. Analysen skal bidra med å gjøre det mulig for andre å få kunnskap om fenomenene det forskes på uten å selv behøve å gå gjennom alt av den innsamlede dataen (Tjora, 2012).

3.5.1 Tematisk analyse med utgangspunkt i Braun og Clarke

I denne studien ble de transkriberte intervjuene analysert ved hjelp av tematisk analyse beskrevet av Braun & Clarke (Braun & Clarke, 2006). Det er en egnet analysemetode for å identifisere, analysere og rapportere tematiske mønstre ved kvalitativt datamateriale. Deres tematiske analyse har en teoretisk frihet som innebærer at den verken er bundet til eller stammer fra en bestemt teoretisk eller epistemologisk posisjon (Braun & Clarke, 2006). På bakgrunn av dette er tematisk analyse et fleksibelt og nyttig analyseverktøy som kan bidra til å gi rikt, detaljert og komplekst data (Braun & Clarke, 2006). Dog kan den metodiske fleksibiliteten skape visse utfordringer på grunn av mangel på klare retningslinjer, derfor er det viktig som forsker å forklare tydelig hva man gjør, og at dette stemmer med hva man har gjort (Braun & Clarke, 2006). Sammenligningsvis hevder Malterud (2011) at det viktig med en veldokumentert og gjennomarbeidet analyse. Som forsker må man altså rapportere om egen analyseprosedyre og prosess på en så ærlig måte som mulig (Patton, 2002).

Når man skal forske er det viktig å forholde seg til etiske retningslinjer og ta hensyn til prinsippet om anonymitet. Temaanalyser kan her ha en fordel gjennom at beskrivelsene av deltakernes situasjon ikke blir presentert i sin helt, noe som minsker sjansen for at andre gjenkjenner den enkelte deltaker (Thagaard, 2018). Dette kan bidra til å bevare deltakernes integritet. Som forsker er det viktig at informantenes selvfølelse blir tatt på alvor gjennom at man fortolker datamaterialet på en slik måte at informantene kan få en følelse av gjenkjennelse (Thagaard, 2018).

Når man skal benytte seg av tematisk analyse er det flere valg man må ta. I denne studien er det ikke tatt utgangspunkt i noen vitenskapelig tilnærming, men en kvalitativ tilnærming. Grunnet at tematisk analyse ikke krever noen spesifikk vitenskapsfilosofi kan den ha en fordel for uerfarne forskere (Braun & Clarke, 2006).

Samtidig må man ta et valg om man benytte seg av en essensialistisk eller en konstruktivistisk tilnærming. Studiens formål er å få kunnskap om hvilke erfaringer pasienter i heldøgns rusbehandling har med tilrettelegging og oppfølging. En essensialistisk tilnærming ble derfor ansett som relevant ettersom den går ut på å rapportere erfaringer, betydninger og virkeligheten til deltakerne (Braun & Clarke, 2006).

En teoretisk tematisk analytisk tilnærming ble brukt for å identifisere koder og temaer. En teoretisk tematisk analyse vil si at den er drevet av forskerens teoretiske eller analytiske interesse for området (Braun & Clarke, 2006). Det er også benyttet en semantisk tilnærming

til datamaterialet, hvilket vil si at uttalelser ikke er analysert med hensikt om å finne en dypere mening enn det som deltakerne eksplisitt sier.

3.6 Analyseprosessen

Braun & Clarke`s tematiske analyseprosess består av 6 steg;

1. Bli kjent med datamaterialet
2. Lag koder
3. Se etter temaer
4. Finn temaer
5. Definer og gi navn til temaene
6. Skriv rapport

(Braun & Clarke, 2006)

Analyseprosessen min bestod av to faser; først analyserte jeg de fire første intervjuene, herunder svarene fra den første intervjuguiden min. Dette var intervjuene som ble gjennomført mens pasientene enda var i døgntilrettelagt behandling, og omhandlet informantenes opplevelser med tilrettelegging til utskrivelse. Den andre fasen var oppfølgingsintervjuene. Her ble svarene fra den andre intervjuguiden analysert. Grunnet at dette kun var basert på to intervjuer ble analyseringen ikke gjort på tvers av intervjuene, men gjennomgått hver for seg.

Steg 1 består av å bli kjent med datamaterialet. Alle intervjuene ble transkribert selv, som gjorde at jeg fikk stor kjennskap til datamaterialet i denne prosessen, dog begynte tankene rundt analyseringen allerede under intervjuingen. Alle de transkriberte intervjuene ble lest gjennom flere ganger. Under lesingen ble det tatt notater og det ble skrevet oppsummeringer av de ulike intervjuene. Dette bidro til ideer til kodingen som var neste steg.

Steg 2 var å lage koder. Under kodingen hadde jeg forskningsspørsmålene ved siden av meg hele tiden, slik at de var i bakhodet hele tiden og la grunnlaget for kodene som ble laget. Det vil si at datamaterialet ble kodet på en slik måte at det ble laget koder av segmenter eller elementer av datamaterialet som kunne være betydningsfulle for forskningsspørsmålet. Første steg av kodingen ble gjort gjennom å fargekode relevante meningsinnhold fra informantene. Dette ble gjort på tvers av intervjuene. Det vil si at utsagn som kunne sammenlignes og si noe om det samme temaet fikk lik fargekode. Etter dette var gjort ble det laget en tabell med «dataekstrakt» og matchende «koder».

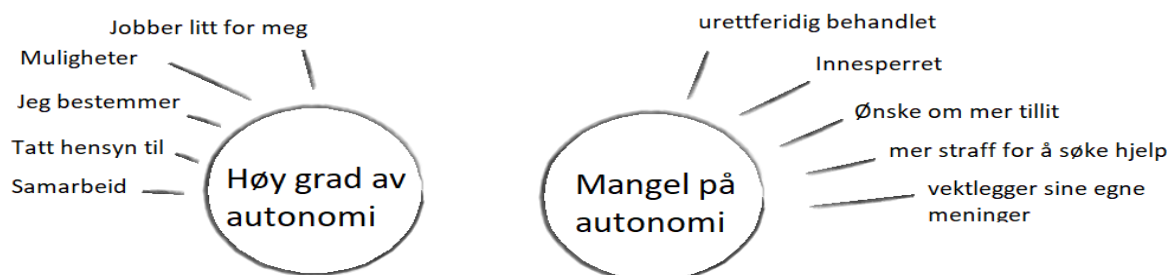
I denne fasen startet tankeprosessen om potensielle temaer. Jeg leste deretter systematisk gjennom hele datamaterialet på nytt for å se om det var noe jeg kunne ha gått glipp av. Det var viktig i denne fasen å møte datamaterialet med åpenhet og gi full og lik oppmerksomhet til hvert intervju for å se om det var et repeterende mønster på tvers av datamaterialet (Braun & Clarke, 2006).

Steg 3 gikk ut på å ut på å se om noen av kodene var på et «høyre nivå». I denne fasen startet jeg å se etter sammenhenger mellom de ulike kodene. Kodene ble samlet i potensielle temaer, dette ble gjort gjennom å lage tankekart med de ulike kodene som kunne si noe om det samme temaet. Det ble laget flere ulike tankekart. I denne fasen hadde jeg en idé om å ha et tema som gikk på autonomi/selvbestemmelse da jeg hadde lagt merke til at mange av kodene handlet om dette.

Steg 4; å finne temaer ble gjennomført ved å gå gjennom de ulike kodene og tankekartene som allerede var blitt laget. Her oppdaget jeg at noen av tankekartene kunne si noe om det samme temaet, disse ble derfor slått i sammen. Samtidig var det noen av tankekartene som måtte brytes opp, og omdannet til subtemaer. For eksempel hadde jeg et tankekart med koder som omhandlet autonomi/selvbestemmelse. Tankekartet ble deretter brutt opp i to subtemaer; et med koder der informantene opplevde å ha autonomi og et som omhandlet manglende autonomi.

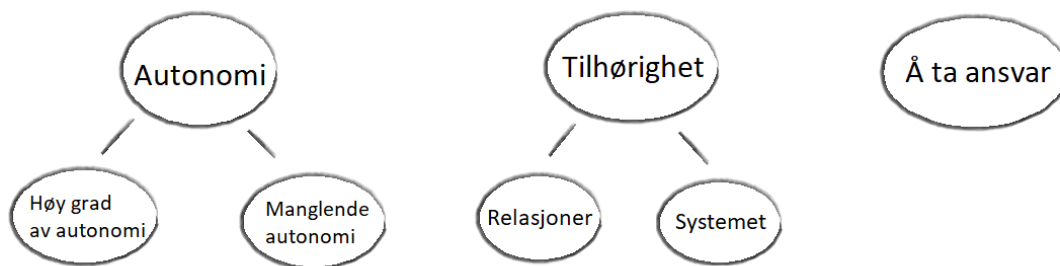
I denne fasen hadde jeg også et tankekart med koder som sa noe om relasjoner og et tankekart som sa noe om informantenes tilknytning til hjelpesystemet. Disse to temaene viste seg ha noen fellestrekk som kunne si noe om det samme temaet og ble derfor subtemaer med et overordnet tema som i neste steg ble kalt for «tilhørighet».

Tabell 1. Denne tabellen viser et eksempel på hvordan «autonomi» ble brutt opp i de to subtemaene «høy grad av autonomi» og «mangel på autonomi». Pilene viser til kodene som ble laget i steg 2.



Steg 5; Dette steget går på å definere og gi navn til temaene. Det er viktig å avgrense detaljene i hvert tema, og definere hva temaene omhandler (Braun & Clarke, 2006). Når man har kommet til steg 5 skal man ha tilfredsstillende temakart av ens data (Braun & Clarke, 2006). I den første analysefasen min endte jeg til slutt opp med temaene; 1) autonomi, med sub-temaer som høy grad av autonomi og manglende autonomi, 2) tilhørighet, med sub-temaene relasjoner og systemet, og 3) Ansvarliggjøring. I prosjektets andre fase; «oppfølging» fant jeg igjen temaet «tilhørighet», med subtemaer som «komme meg ut av systemet» og «får være en del av systemet».

Tabell 2. De endelige temaene med sub-temaer fra den første analysefasen



3.7 Forskningsetiske vurderinger

I både helseforskningsloven, forskningsetikkloven og ved Universitetet i Stavanger er det nedfelt regler og etiske retningslinjer som skal følges når man utfører medisinsk og helsefaglig forskning som omhandler mennesker. 28. august 2019 ble det sendt inn søknad til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) da studien omfatter pasienter i heldøgns rusbehandling. 15.11.2020 ble det mottatt svar om at vedtaket ble avvist grunnet at prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde. Neste steget ble å sende inn søknad til forskningsavdelingen ved Stavanger universitetssjukehus (SUS). Rett før jul ble prosjektet godkjent av SUS, og jeg kunne derfra starte med rekruttering av informanter.

4.0 Funn

I denne delen av oppgaven skal funn fra den tematiske analysen presenteres. Til å starte med skal det presenteres funn fra den første analysefasen, som ble gjort basert på de fire første intervjuene mens informantene var i døgnbehandling. Deretter skal det presenteres funn fra den andre analysefasen, basert på oppfølgingsintervjuene.

4.1 Prosjektets første fase

Gjennom den første analysefasen, altså analysen av de fire første intervjuene, dukket det opp følgende temaer; autonomi, tilhørighet og ansvarliggjøring. Disse temaene bidro til å svare på det første forskningsspørsmålet om hvordan tilretteleggingen til utskrivelse oppleves sett fra pasientens perspektiv.

4.1.1 Autonomi

Det første temaet «Autonomi» går ut på informantenes opplevelse av selvbestemmelse og mangel på selvbestemmelse. Her var opplevelsene til informantene ulike. Mens noen opplevde stor grad av autonomi i utskrivelsesfasen, ga andre uttrykk for manglende autonomi.

Dan pratet om hvordan han opplevde at hans behov, meninger og ønsker ble tatt hensyn til av de ansatte ved behandlingsinstitusjonen i utskrivelsesfasen og på spørsmål angående medbestemmelse til hvordan tiden etter rusbehandling tilrettelegges oppga han;

«Jeg vet at jeg har vært skipperen hele veien, og med det så mener jeg at alt som må gjøres, og alt det som jeg trenger, det er passet på at ikke noen i ansvarsgruppa mi må gjøre. Det som kreves sakkyndige ting til, det setter jeg dem til å gjøre, men de praktiske tingene, det tar jeg. Og det med behandlingen, det tar jeg. Og selvsagt har jeg vært åpen for at de kan si sitt de og, men jeg har så absolutt styrt hele behandlingen min nå, og jeg har også styrt mer eller mindre det som kommer etterpå, og har blitt veldig godt imøtekommet med det»

På spørsmål om hva han opplevde som god hjelp fra de ansatte i forhold til tilretteleggelse til utskrivelse oppga han;

«Det er jo tilretteleggingen, ta hensyn. For jeg har vært en annen person, jeg har ikke hatt lyst til å forhaste meg, jeg har ikke hatt lyst til å at noen ting skal skje uten at jeg vil det selv, og det har det ikke heller.»

Autonomi kommer til uttrykk gjennom at han selv får styre behandlingsforløpet sitt, og at ingenting skjer uten at han selv vil det. Samtidig kan det også knyttes opp med ansvarliggjøring fra de ansatte, gjennom at det er han selv som må gjøre jobben.

Sammenligningsvis hadde Christer liknende erfaringer når det kom til hans opplevelse av mulighet til medbestemmelse i utskrivelsesfasen;

«Det er vell mer sånn at det er jeg som bestemmer, også får jeg heller innspill eller andre vinkler eller synspunkt på gjerne hva jeg vil gjøre, om det er lurt, eller om jeg vil gjøre det først. Om jeg ikke skulle gjort sånn og sånn heller. Så det synes jeg er veldig greit»

Både Christer og Dan trekker fram at det er de som bestemmer, men at de er åpne for innspill fra de ansatte dersom det skulle være noen andre innvendinger. Dette kommer godt til uttrykk når Dan forteller om hvordan en av de ansatte hadde fulgt med han til en visning på en leilighet han skulle se på;

«For jeg har innsett at ikke jeg ... jeg klarer ikke å være smart hele veien, innimellom trenger jeg andres vinklinger og friske input da, slik at resultatet skal blir bra. Jeg har alltid trodd at jeg klarer alt best selv, men det er jo derfor jeg er her»

Dette understreker at de opplever det som viktig med fagpersonens innspill, selv om det er de som bestemmer. Underveis i intervjuene trekker begge to fram flere ganger at de opplever samhandlingen med de ansatte på behandlingen som god. «Godt samarbeid, «godt team», «god dialog» er utsagn som kommer fram i begge intervjuene.

Bjørn hadde liknende opplevelser med behandleren sin på plassen;

«Jeg føler hun jobber litt for meg altså»

Dog hadde Bjørn motsatt opplevelse med fylkeskommunen som hadde tatt fra han sertifikatet. Han følte seg urettferdig behandlet, da det var andre på behandlingen som ikke var blitt fratatt sertifikatet. For han var sertifikatet svært viktig for tiden etter behandling, da han hadde behov for sertifikatet for å kunne jobbe igjen. Han hadde gjort flere forsøk mens han var i utskrivelsesfasen av døgnbehandlingen på å få det tilbake, uten hell.

«De bryr seg ikke om hvordan du har det eller hva det er ... om du skal gå hjemme å sulle i dørene ett år. Det bryr de seg ikke om i det hele tatt. Så det er jeg VELDIG skuffet over [...] Bare jeg får komme meg i jobb, men nei.. det ... for fylkeskommunen,

det er håpløse greier. Så du får jo mer straff for at du søker hjelp ... så blir du straffet.»

I Bjørn sitt tilfelle opplevde han trolig manglende autonomi i den grad av at andre som hadde søkt hjelp ikke hadde blitt fratatt lappen. For han var det viktig at det skulle være likt for alle, og opplevde det som forskjellsbehandling gjennom at fylkeskommunen hadde tatt fra han sertifikatet, mens andre fikk beholde det. Dette hadde såpass stor betydning for han, at han aldri ønsket å søke hjelp igjen, og kom til å fraråde andre til å gjøre det samme.

Arne hadde også opplevelser rundt manglende autonomi. I han sitt tilfelle gjaldt dette ønsket om å få større frihet og mer tillit av de ansatte ved behandlingsinstitusjonen. Han opplevde systemet som litt «tungrodd», hvor han opplevde at permisjoner ofte var ment for å besøke familie. Men hva med de som ikke har familie å besøke? Han mente det burde være større fokus på «tiden etterpå», og hadde gitt beskjed i starten av behandlingen at han ønsket å øve seg på «livet utforbi».

«Nei med at jeg blir sperret inne ... får ikke lovt til å gå ut da og da. Må søke om alt mulig rart. Beskrive omtrent hver meter du går, og hvem du går til og hvordan du går. Jeg tenker at ... jeg kunne hvert fall fått en sjanse. Og hvert fall når jeg har vist med de sjansene jeg har fått, at jeg holder meg rusfri.»

På spørsmål om hans opplevelse av medbestemmelse til tiden etter behandling svarte han;

«Jeg vet ikke ... jeg føler alle har hver sin plan for meg, også vet jeg ikke helt hva jeg skal velge, fordi jeg vet ikke helt hva valgene er.»

Han opplevde at kommunikasjonen med personalet kunne være utfordrende og at de til tider vektla sine egne meninger framfor hans egne.

4.1.2 Tilhørighet

Det andre temaet «tilhørighet» handler om informantenes tilknytning til institusjonen og miljøer i samfunnet utenfor institusjonen. Det handler også om relasjoner til ansatte i hjelpesystemet og andre som kan ha betydning for tiden etter utskrivelse fra døgntil behandling.

Alle informantene skulle ta i bruk noen form for oppfølging etter utskrivelse fra døgntil behandling. Informantene ga uttrykk for at de hadde behov for/ønsket en eller annen

form for tilhørighet til hjelpesystemet i tiden etter utskrivelse. Dagbehandling, poliklinisk oppfølging, samtale med psykolog, fritids- og aktivitetstilbud og arbeidstrening er noen eksempler på tilbud informantene ønsket å benytte seg av i tiden etter utskrivelse. Alle informantene bortsett fra én benyttet seg allerede av et fritids- og aktivitetstilbud, og ønsket å fortsette med dette etter utskrivelse.

Hele tre av de fire informantene hadde fått forlenget utskrivelsesfrist fra døgnbehandling. På spørsmål om hvordan Dan selv forberedte seg på tiden etter døgnbehandling oppga han;

«Det er jo det at jeg føler meg jo ikke klar og ferdig med den behandlingen her, så jeg har jo sagt ifra om det, og da er jeg jo glad for at jeg kan være her lenger, for jeg føler jeg trenger mye mer tid»

Dette tyder på at han ikke var klar for å løsrive seg fra tilhørigheten han hadde til døgnbehandling. Han trengte mer tid til å skulle begi seg «ut i samfunnet» igjen, og var glad for at han hadde fått innvilget utsatt utskrivelsesfrist.

Etter avsluttet døgnbehandling skulle Dan leie leilighet «på området», i nærheten av hvor døgnbehandlingen holdt til.

«Ja, jeg flytter over til en annen leilighet som jeg leier og betaler for. Så det blir og et steg nærmere virkeligheten det og, men jeg synes det er trygt med å leie på dette området fordi at det er mye folk rundt her som jeg ikke kan være rusa i nærheten av, og som og vil oppdage det [...] I motsetning til hvis jeg hadde fått en kommunal bolig i et veldig belastet område der alle andre hadde vært beruset, da hadde det jo hatt jo hatt motsatt effekt.»

Dette viser til at det å skulle fortsette å ha tilhørighet til døgnbehandlingen opplevdes som trygt. Samtidig kunne det fungere som et hinder til å ikke bruke rusmidler. Dette kan tyde på at å være i nærheten av fagpersonene og andre mennesker som holdt seg rusfri hjalp ham med å holde seg borte fra rusmidler. Han var også bekymret for å få tildelt leilighet i belastet område.

«folk blir ikke friske av å være syke sammen»

For han var det trolig viktig å ikke omgås i et miljø hvor det var lett tilgang til rusmidler. Han ønsket å benytte seg av et fritids- og aktivitetstilbud i tiden etter rusbehandling for å få tilhørighet til rusfrie mennesker.

Christer mente det var viktig for han å bruke utskrivelsesfasen på å øve seg på å være alene, og at dette var trygt å gjøre mens han hadde en fot innenfor trygge rammer.

«For da skal jeg jo kjenne at det går fint å være for meg selv ... At jeg ikke har folk rundt meg til enhver tid [...] og ikke minst at jeg klarer å forholde meg til det å være rusfri selv om det ikke er ansatte rundt meg som holder meg i nakken. Så det blir mye prøving, mye, ja for jeg vet jo ikke hvordan det føles nå. Jeg har jo bare bodd på institusjon. Så det blir litt nytt for meg da. Så ta det sakte»

Gjennom at det ble nytt for han å skulle være alene uten folk rundt han som passet på, og at han ønsket å ta det sakte kan tyde på at også han opplevde det som trygt å være innenfor systemet før han skulle ut igjen i samfunnet. Dette var noe han gradvis måtte vende seg til og ikke forhaste seg til, noe som kan tyde på at han visste det kunne by på utfordringer å skulle flytte til egen leilighet.

Dan så ut til å oppleve tilhørighet til døgnbehandlingen på samme måten gjennom at han hadde fått seg arbeidstrening på plassen;

«[...] men det var veldig, veldig god nyhet å kunne få den beskjeden at jeg slipper å tenke på om å måtte anpasse meg et nytt liv når jeg kommer ut nå, at jeg faktisk kan fortsette å ha en fot her og likevel tilnærme meg dagene der ute da.»

Gjennom arbeidstreningen fikk han mulighet til å fremdeles ha tilhørighet til plassen han hadde vært i døgnbehandling på. Han opplevde det som positivt å fremdeles ha en fot innenfor systemet mens han tilnærmet seg dagene i samfunnet. Dette kan tyde på at også han opplevde det som viktig med en gradvis overgang til samfunnet.

Arne ga uttrykk for tilsvarende da han mente det burde være større fokus på å øve seg på livet utenfor behandlingsinstitusjonen.

«Jeg synes også at fokuset burde være på at man burde testes med å gå ut i verden, og komme tilbake igjen, og si hva som er vanskelig og ikke vanskelig, og prøve å jobbe med de tingene som er vanskelig».

Dette var noe Bjørn opplevde at han hadde mulighet til ved sin behandlingsinstitusjon. Han oppga at han hadde mulighet til å ta permisjoner ofte og var veldig fornøyd med dette. Han opplevde at permisjonene bidro til at han fikk forberede seg til å komme hjem. Som man kan se var det viktig for informantene å øve seg på utfordrende settinger mens de enda var i

døgnbehandling, hvor behandlingsplassen ble sett på som en «en trygg base» som de kunne vende tilbake til.

Dan oppga at han tidligere hadde slitt med nettverk og at dette var en av grunnene til at han benyttet seg av et fritids- og aktivitetstilbud. Dette opplevde han som trygt, samtidig som han hadde fått forespørsel om å ha ansvar for et av deres tilbud.

«[...] nå skal jeg fortsette å være i kontakt med dem og fått tilbud om å få ansvar med [...], så det er liksom, det ikke bare en aktivitetsarena for meg lenger, for det holder ikke for meg, for at jeg skal klare å ta vare på ting ... jeg må ha en, jeg må ha en større tilhørighet til det.»

Dette tyder på at ansvaret han fikk med å lede et av tilbudene deres bidro til å gi han en enda større tilhørighet til ettervernet. Han oppgir senere i intervjuet at han hadde fått flere bekjensheter gjennom ettervernet som han ønsket å ta vare på, og som kunne ha betydning for han i tiden etter utskrivelse fra døgnbehandling.

Christer opplevde at de ansatte ved døgnbehandlingen var veldig opptatt av å finne ut hva han interesserte seg for, slik at han hadde noe han trivdes med å gjøre etter han ble utskrevet.

«De er veldig opptatt av å ha aktiviteter, enten det er ettervern eller arbeidstrening som du da går til før du er ... egentlig begynt å gå til før du et utskreven, for ja ... av erfaringer så er det ... når det går galt så er det fordi folk ikke har ting å gjøre etter behandling, du sitter på en måte bare hjemme i stua di. Da er det veldig fort å oppsøke gamle kamerater, gamle miljøer, så det er vell egentlig det som er hovedfokuset da. Videre så mens du er i behandling, så er de jo veldig opptatt av å finne ut av hva du liker å gjøre. At du finner interesser og ting du har lyst å fortsette med, så det har vært litt sånn da.»

Det å ha noe å gå til etter utskrivelse opplevdes som viktig og kunne bidra til å holde avstand fra tidligere rusmiljøer. Han fortalte senere i intervjuet at relasjonen til hans behandler ved døgnbehandling kunne ha betydning for kvaliteten på oppfølgingen gjennom at han merket at hun brydde seg. Han opplevde at de jobbet for at han skulle ha et verdig liv å gå til etter endt døgnbehandling, gjennom å finne arbeid og aktiviteter han kunne holde på med i hverdagen. Dette bidro til at han følte seg litt tryggere rundt det å skulle skrives ut fra døgnbehandlingen.

På spørsmål om andre personer kunne ha betydning for tiden etter behandling oppga han at det var viktig med tilhørighet til rusfrie relasjoner;

«Familie. Nettverket mitt, altså, passe på at jeg forholde meg til de som er rusfrie, som jeg har knyttet bedre relasjoner til nå mens jeg har vært i behandling. At jeg ikke går tilbake igjen til de som jeg har lagt ifra meg på en måte, de som jeg har kuttet kontakt med. Selv om det er veldig vanskelig»

Dan oppga at han hadde en veldig god relasjon til behandleren sin ved institusjonen. Behandleren hadde stått på mye for han, og han trodde ikke at han hadde jobbet såpass hardt som det han hadde gjort hvis det ikke hadde vært for henne. Han opplevde behandleren sin som en trygg person, og kom til å savne å ha en slik person i tiden etter utskrivelse fra døgntilbeholdningen.

«[...] det er vel det jeg kommer til å savne mest tror jeg, en person som ... en trygg person som jeg kan gå til hvis jeg føler at det biker litt, og ikke nødvendigvis med rus men at hvis det er vanskelige dager, hvis det mye stress for meg og jeg ikke helt vet hvordan jeg skal fikse det, så blir det litt rart og egentlig måtte ringe mor og far, eller broren min da ... for det ... men det er jo derfor jeg har den avtalen da med de 6 månedene»

Dan kom til å savne å ha en trygg relasjon til noen i tiden etter utskrivelse fra døgnavdelingen. Han hadde derfor fått en avtale med døgntilbeholdningen om å ha kontinuerlig kontakt med de i 6 måneder etter utskrivelse. I han sitt tilfelle kunne muligens den tette relasjonen til hans behandler fungere som et hinder for å få til en god overgang da det å skulle løsrives fra den opplevdes som utfordrende.

4.1.3 Å ta ansvar

Det siste temaet «å ta ansvar» er knyttet til informantenes opplevelse rundt å ta ansvar for seg selv og sin recoveryprosess i utskrivelsesfasen, og hvilke faktorer som bidro til dette.

Dan pratet mye om å håndtere ansvar, og dette var noe som kom igjen flere ganger under intervjuet. For han var det viktig å styre sitt eget behandlingsforløp og ta ansvar for de tingene han kunne bidra med.

«Jeg vet at jeg har vært skipperen hele veien, og med det så mener jeg at alt som må gjøres, og alt det som jeg trenger, det er passet på at ikke noen i ansvarsgruppa mi må gjøre.»

På spørsmål om hvordan han opplevde at kommunen var med på å legge til rette for tiden etter behandling oppga han at kontakten med ruskonsulenten var veldig bra. Dog opplevde han det som viktig at han selv gjorde en egeninnsats.

«Så jeg føler jo at jeg blir godt tatt vare på så lenge jeg gjør en jobb. Ja, jeg tror det, jeg tror jeg kan si sånn.»

Dette vil si at det forventes at han selv bidro i eget behandlingsforløp. Han forklarte at gjennom at han selv måtte gjøre jobben, fikk øvd seg på at ting rundt ham skulle skje, og den gode relasjonen til behandleren gjorde dette mulig.

På spørsmål om hvordan han selv forberedte seg til tiden etter døgnbehandling oppga han at øvde seg på å være åpen og ærlig. Det var viktig for han å lære seg å dele de tingene han opplevde som vanskelig å dele. Dette var noe han ikke hadde gjort tidligere i behandling, som han hadde innsett var viktig for han.

Han hadde også bidratt med å ta ansvar for hvordan tiden etter rusbehandling skulle bli gjennom å delta på et fritids- og aktivitetstilbud. Her hadde han fått ansvar for en av aktivitetene deres, noe han opplevde som svært positivt. Denne ansvarliggjøringen førte til en opplevelse av økt tilhørighet til tilbudet. På spørsmål om han følte at han trengte ansvar og plikter svarte han;

«Ja, bare ikke for mye. For jeg er veldig flink til å gape over veldig store lass, så ... jeg må bare passe på at ikke hverdagene mine går mer enn 50 % til gjøremål da, for gjør det det så ... plutselig blir det egentlig stress, og stress blir om til irritasjon, og irritasjon blir til angst, og da blir jeg usikker på ting. Så for å klare å holde styr på det så er det greit å kunne holde meg med de små tingene som jeg har nå.»

Han var bevisst på at han ikke måtte ta seg til for mange oppgaver i hverdagen, da han hadde erfaringer med at med at dette kunne være uheldig. Samtidig ønsket han å gripe mulighetene han fikk, da dette muligens kunne ha positiv innvirkning på hans recovery prosess.

«[...] jeg prøver å ta tak i de små mulighetene som kanskje kan føre til noe bedre. Ikke være redd for å prøve noe.»

Christer snakket om at det var mye han enda måtte lære seg å ta ansvar for før utskrivelse fra døgnbehandling. Han mente at han måtte ansvarliggjøre seg selv ved å ta tak i praktiske oppgaver som han ikke hadde gjort på egenhånd på en god stund.

[...] det er jo mye jeg må gjøre enda, det er jeg jo klar over. Jeg må jo vende meg til at det er jeg som må stå for min egen mat, det er jeg som må holde det rent rundt meg, jeg må jo ha budsjett å forholde meg til, passe på at det er det som skal lages til middag de forskjellige dagene, betale strøm og regninger og alt dette her, som er ting jeg ikke har forholdt meg til på veldig, veldig lenge. Nå når du er i behandling så er det jo folk som gjør mye av dette her for deg, eller med deg ... så det er vel bare litt å prøve å ta kontroll over disse tingene da, og få en rutine på sånn som regninger, eventuelt gjeld jeg har som jeg betaler ned på ... huske å gjøre sånne ting, og ikke bli påmint da. Det tror jeg er hovedfokuset mitt.

Samtidig ønsket han å teste seg selv ved å ta permisjoner i leiligheten han skulle flytte til etter utskrivelse fra døgnbehandlingen. Dette var for å se hvordan det føltes å bo utenfor institusjonen uten ansatte rundt han som passet på.

4.2 Prosjektets andre fase; «Oppfølging»

Prosjektets andre fase er basert på oppfølgingsintervjuene som ble gjennomført med informantene i tiden etter utskrivelse fra døgnbehandlingen. Ettersom at to av informantene hadde fått forlenget utskrivelsesfrist utover hva som gjorde det mulig for meg å intervju dem, er kun to av intervjuene analysert og presenteret i denne delen. De to som hadde blitt skrevet ut fra døgnbehandlingen hadde vært utskrevet i 2-3 uker.

I denne analysefasen dukket temaet «tilhørighet» opp igjen. Hvor de to følgende sub-temaene: «komme meg ut av systemet» og «får være en del av systemet» kom frem.

4.2.1 Tilhørighet

Temaet «tilhørighet» handler igjen om informantenes tilknytning til institusjonen og miljøer i samfunnet utenfor institusjonen. De to subtemaer; «komme meg ut av systemet» og «får være

en del av systemet» gir en beskrivelse av informantenes svært ulike opplevelser rundt det å fremdeles skulle være knyttet til deler av hjelpesystemet.

4.2.1.1 «Får være en del av systemet»

Kort tid etter den ene informanten hadde blitt skrevet ut fra døgnbehandlingen hadde han gått på en glipp. Han «bekjente sine synder» med personalet på døgnavdelingen, og opplevde at han ble møtt på en god måte. Personalet hadde ikke forsøkt å legge noen skyldfølelse over på han og bidratt med å legge til rette for hvordan han ønsket at tiden hans framover skulle bli. Han syntes det var godt å føle seg tatt vare på selv om han ikke lenger bodde på døgnbehandlingen. På spørsmål om hvilken måte de ansatte ved døgnbehandlingen hjalp i tiden etter utskrivelse sa han;

«De spør, og måten de snakker til meg på. De snakker til meg på samme måten som før, det er ikke noe sånn der ... de tar ikke opp for å legge noe skyldfølelse, de vet at her må jeg opp og fram og fortsette å tenke positivt, ikke sant? Og det er jo det som er hjelp. Hjelp er jo ikke bare at de er der for meg når jeg trenger dem, hvis du skjønner hva jeg mener? Så det ... det er den måten der at jeg føler at det er ... at samarbeidet går riktig vei da. Men selv om ikke jeg er en del av beboerne lenger så er jeg fortsatt et, et tema som er ønsket å ta vare på, og det verdsetter jeg hos dem.»

Han satte pris på omsorgen og den uforpliktete kjærligheten han fikk av de ansatte i tiden etter utskrivelse og forklarte at det var viktig med tilhørighet til personer som ønsker deg godt.

«Vi som ruser oss på kjemikalier og sånne ting, vi ruser oss på kjemikalier for å kunne få ... for å kunne erstatte mangel på kjærlighet eller tilhørighet, og ... tror vi da, ikke sant. Så når du da faktisk er helt ferdig da, og det er også det som også gjør det vanskelig å komme tilbake til følelser. Da er det godt å kunne ha folk som er ... som mener godt, og gjør det godt.»

Han opplevde tilhørighet til døgnavdelingen gjennom at de var flinke til å inkludere han. De hadde tilbudt han mer oppfølging, og kontaktet han flere ganger for å høre om han ønsket å komme på besøk. Han hadde fått tilbud om å ha jevnlig kontakt med døgnavdelingen i et halvt

år, noe ønsket å benytte seg av. På spørsmål om hva han opplevde hadde fungert bra i oppfølgingen etter døgnbehandlingen svarte han;

«Det er det da at jeg får, at de faktisk stiller opp med arbeidstrening og jeg får ... og viser meg der oppe, og fortsatt får være en del av systemet da. Og ikke bare være en person som kommer inn i nye og ne, men at jeg er en del av et prosjekt. Det gjør at jeg føler at jeg er med på noe.»

For denne informanten opplevdes det som meningsfullt å fremdeles ha en tilknytning til behandlingsinstitusjonen etter utskrivelse. Gjennom arbeidstreningen fikk han en følelse av å være en del av noe.

4.2.1.2 «Komme meg ut av systemet»

Den andre informanten ønsket å komme seg ut av systemet så fort som mulig. Han var veldig klar for å starte å jobbe igjen, men han hadde ikke fått tilbake sertifikatet som han trengte i jobben sin. Dette var noe som trigget russyget.

«Men de setter krokfot på deg. De holder deg ... De tenker ikke mye på at du skal gå hjemme å svive i månedsvi, istedenfor å gjøre noe fornuftig.»

Han opplevde å bli urettferdig behandlet gjennom at noen ble fratatt sertifikatet mens andre fikk beholde det. Han syntes at de burde gi han en sjanse, og han hadde tilbudt seg å ta urinprøver hver dag hvis de ønsket det.

«[...] men altså ... så lenge du da tilbyr at du kan gå å ta prøver en gang i uka, jeg kan gå å ta prøver hver dag hvis det er det de ønsker. Men at de skal holde seg til de reglene, det er ikke noe mulighet [...] De bør se hvilken jobb du har, og heller kreve noe mer kontroll av deg, eller kreve litt ... ja. At de bare kan ta en telefon og si at nå må du gå å ta kontroll, bare for å liksom ... da vet du ikke når tid de ringer, de kan ringe da eller da, og da har du nødt til å holde deg. Skulle du da vise at du har gått på en sprekk, jaja, da vet du det, at da er det ikke noe vei tilbake. Da har du hvert fall fått en sjanse.»

Det opplevdes som viktig for han å komme seg ut av systemet så raskt han fikk lappen tilbake, og kom aldri til å søke seg inn i behandling igjen. Han opplevde det som bak mål at fylkeskommunen kunne ta fra en mann sitt levebrød, og at dette kunne ha vært katastrofe for

de som ikke hadde økonomi til å gå uten jobb. Han syntes det var dumt å gå på NAV mens han ventet på å få lappen tilbake, men ønsket ikke å gjøre en innsats på å få en jobb i mellomtiden.

«Så lenge de har tatt fra meg mitt levebrød så får de bare betale de 6 månedene, men jeg kunne begynt og jobbet den dag i dag»

Han opplevde oppholdet ved døgnbehandlingen som greit, men det var systemet som var galt. Etter utskrivelse hadde han gått i poliklinisk behandling, men dette var bare for å ha noe å gjøre.

«[...] Jeg går og tar disse her polikliniske behandlingene, som jeg snakket om. Det tar jeg bare for å ha noe. Drikke kaffe og snakke løst, kose oss. Det gjør jeg bare for å ... men med en gang jeg får lappen og kan begynne å jobbe igjen, så skal jeg ut av systemet.»

Han hadde blitt tilbudt ulike oppfølgingstilbud til tiden etter døgnbehandling, men han opplevde at han ikke hørte hjemme der.

«Jeg har jo fått en del som jeg kan gå på. [Navn på et oppfølgingstilbud], og forskjellige ting sånn. Men jeg passer ikke hjemme der, jeg hører ikke hjemme i den forsamlingen der, med narkomane og tabelltetbrukere og den gjengen der ... de som har gått på fylla i 20 år, altså jeg ... jeg har hatt en sprekk på 2-3 uker, altså jeg passer ikke inn der.»

Han hadde funnet ut av det meste på egenhånd og ønsket ikke å ta del i tilbudene han hadde blitt foreslått fra behandleren sin ved døgnbehandlingen.

5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal funnene diskuteres i lys av tidligere forskning og teori for å forsøke å gi et svar på studiens forskningsspørsmål. Jeg skal systematisk ta for meg hvert av temaene fra funnene og diskutere de i lys av teori og tidligere forskning.

5.1 Tilrettelegging

For å forsøke å besvare studiens første forskningsspørsmål: «Hvordan er tiden etter utskriving fra heldøgns rusbehandling blitt forberedt, sett fra pasienters perspektiv?» skal funnene fra den første analysefasen bli benyttet ettersom forskningsspørsmålet dreier seg om hvilke forberedelser som har blitt gjort

5.1.1 Autonomi

Autonomi tar for seg pasientenes opplevde muligheter til selvbestemmelse i utskrivelsesfasen av heldøgns rusbehandling. Her hadde informantene ulike opplevelser rundt det å kunne være delaktige i sitt eget behandlingsforløp.

Forskning viser at pasienters autonomi og mulighet til å kunne påvirke egen behandling er vesentlig i rusbehandling (Andersson et al., 2017). Pasientene i denne studien opplevde høy grad av autonomi gjennom at personalet ved døgnbehandlingen tok hensyn til deres ønsker og behov. Pasientene anså det som viktig å kunne bestemme i sitt eget behandlingsforløp og planleggingen til tiden etter utskrivelse. Likevel var de åpne for fagpersonenes vinklinger og synspunkter. Sammenligningsvis fant Robertson & Nesvåg (2018) at involvering i eget behandlingsforløp var avgjørende for informantenes recovery prosess.

I en annen studie fant de at ved at tjenestebrukerne fikk mulighet til å «ha en stemme» brøyt med objektivisering og dehumanisering, og ble sett på synonymt med å være et anerkjent menneske (Rance & Treloar, 2015). Brukermedvirkning så ut til å styrke tjenesteyterne og den terapeutiske relasjonen, den kunne også mulig ha forbedret tjenestekvaliteten (Rance & Treloar, 2015). Det kan derfor tenkes at informantene som opplevde høy grad av autonomi hadde større sjans til å få en god relasjon med deres behandler samt større muligheter for å oppnå bedring.

To av pasientene i studien opplevde manglende autonomi. Bjørn hadde blitt fratatt sertifikatet når han søkte seg inn i behandling og følte seg urettferdig behandlet. Det kan tenkes at han

følte seg nedverdiget gjennom at andre fikk beholde sertifikatet mens han ble fratatt sitt. Han kom aldri til å søke seg inn i behandling igjen, og kom til å fraråde alle andre til å gjøre det samme. Det kan tenkes at dette har vært en såpass stor inngripen i hans liv at andre faktorer ved behandlingen ble mindre betydningsfulle. Dette kan trolig ha fungert som et hinder i hans recoveryprosess.

Et recoveryfokus legger vekt på personens ressurser og styrker, det sosiale nettverket og kontekstuelle forhold som er vesentlige for personens livskvalitet, tilhørighet i samfunnet og bedringsprosess (Ness et al., 2013). Ettersom at jobben var av stor betydning for Bjørns livskvalitet kan det på den ene siden tenkes at hjelpesystemet, herunder NAV og/eller fylkesmannen burde bidratt mer til å legge til rette for at Bjørn hadde en jobb å gå til etter avsluttet behandling. Samtidig, i et recoveryperspektiv, er det den enkelte gjør for å oppnå bedring viktig (Karlsson, 2017). Det kan derfor på den andre siden tenkes at Bjørn selv må bidra i sin bedringsprosess med å finne en erstatning for jobben.

Autonomi er viktig i menneskers recoveryprosess (Karlsson, 2017) Et viktig element i recovery er empowerment, som kan sees i lys av autonomi. Et av målene ved empowerment er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov (Hole, Ribe, & Norge Sosial- og, 1999). Arne opplevde manglende autonomi gjennom døgnavdelingens restriksjoner rundt det å skulle oppholde seg utenfor døgnavdelingens område. Han ønsket større frihet og ønsket å øve seg på «livet utforbi». Dette tyder på at Arne ikke fikk like store mulighet til å ta styring over eget liv i utskrivelsesfasen av døgnbehandling som han ønsket. Det kan også tenkes at hans opplevelse av manglende autonomi kan ha fungert hemmende for hans recoveryprosess. På den andre siden kan det tenkes at døgnbehandlingen har et formål med å ha restriksjoner på innetider og søknader om permisjoner. Ifølge det psykologiske perspektivet på avhengighet vil rusmiddelavhengige ofte prioritere de kortsiktige gevinstene framfor de mulige langsiktige gevinstene (Nesvåg, 2018). Det kan derfor tenkes at slike restriksjoner vil minske mulighetene til å ta kortsiktige og spontane valg som å for eksempel oppsøke rusrelaterte settinger. I studien til Bjørnstad et al., (2019) opplevde deltakerne et større behov for autonomi i løpet av behandlingsprosessen. Derfor kan det argumenteres for at behandlingsinstitusjonene bør ha strengere restriksjoner i starten av døgnoppholdet hvor abstinenssymptomer og russug er større, og at det gradvis åpnes opp for mer tid til å øve seg på å være i samfunnet, særlig i avslutningsfasen.

For å oppnå bedring er det viktig at pasienten er med å bestemme og aktivt medvirker i behandlingsopplegget sammen med den profesjonelle (Hummelvoll, 2012). Dette gir

muligheter til at den profesjonelle- og den erfaringsbaserte kunnskap kan møtes. Ettersom tiden etter rusbehandling ofte er preget med tilbakefall og re-innleggelser i behandlingssystemet kan det tenkes at det er behov for kunnskap og samarbeid mellom partene i utskrivelsesfasen av døgnbehandling. Dette vil trolig være med på å øke pasienters opplevelse av autonomi i utskrivelsesfasen av døgnbehandling.

Noe forskning tar for seg pasienters opplevelse av autonomi i rusbehandling (Andersson et al., 2017; Bjørnstad et al., 2019; Rance & Treloar, 2015), likevel finner jeg lite forskning på pasienters mulighet til deltakelse og autonomi i tilretteleggingen av utskrivelsesfasen av døgnbehandling. Dette tilsier at det trolig kan være behov for mer forskning på dette området.

5.1.2 Tilhørighet

Tilhørighet viste seg i funnene på ulike måter. Når det kom til tilretteleggingen til tiden etter døgnbehandling, skulle alle informantene benytte seg av en eller flere former for oppfølging. For tre av informantene opplevdes det som trygt å fremdeles skulle ha en fot innenfor hjelpesystemet etter utskrivelse fra døgnbehandling. Dette kunne være tilknytning til et fritids- og aktivitetstilbud, poliklinisk behandling, dagbehandling, arbeidstrening eller annet.

5.1.2.1 *Gradvise overganger*

Vi lever i et velregulert og planorientert samfunn, og omgivelser for recoveryprosesser kan ha stor betydning. For å bidra til et godt liv, er det viktig at ting skjer i pasientens eget tempo – i deres livsprosess (Karlsson, 2017). Samtidig kan håp og tro om at recovery er mulig være avgjørende (Hummelvoll, 2012). Dette kan sees i lys av funnene til Bjørnstad et al., (2019) hvor deltakerne mente at tro på endring var en forutsetning for å få det til. Tre av informantene i min studie hadde fått forlenget utskrivelsesfrist fra døgnbehandlingen. Ifølge helsedirektoratet (2016) må behandlingsvarigheten tilpasses den enkeltes behov. Det er derfor trolig viktig i tilretteleggingen av utskrivelsesfasen at pasientene føler seg klar for endring, og at behandlingsinstitusjonen legger til rette for ulike behandlingsforløp med muligheter til forlenget utskrivelsesfrist. Det kan tenkes at dette kan styrke håpet om muligheten til et meningsfullt liv, gjennom at recoveryprosessen skjer i deres eget tempo hvor det tas hensyn til deres livsprosess.

I studien til Robertson og Nesvåg (2018) oppga flere av informantene at det å ikke bruke rusmidler var «enkelt» når de var i et behandlingsprogram i forhold til utfordringene de ble møtt med uten de trygge rammene i behandling, slik som å skulle håndtere gamle kontakter

og forsøke å etablere nye praksiser og sosiale nettverk. Det kan tenkes at informanten i min studie opplevde det liknende gjennom at de ønsket en gradvis utflytting til egen leilighet. Christer ønsket å «ta det sakte» for å se om han klarte å forholde seg til å være rusfri uten ansatte som passet på. Han uttrykte utfordringer rundt å ikke skulle ta kontakt med gamle relasjoner. For han var det viktig å ha noe å gå til etter utskrivelse, herunder aktiviteter eller arbeidstrening, som kunne bidra til å holde avstand fra tidligere rusmiljøer. Dan opplevde det som trygt å kunne ha en fot innenfor behandlingssystemet gjennom arbeidstrening mens han tilnærmet seg «dagene der ute».

Sammenligningsvis opplevde deltakerne i studien til Johannessen et al., (2020) det som positivt at overgangen fra rusbehandling til tiden etterpå skjedde i et gradvis tempo. Det var viktig å få på plass et trygt rammeverk i overgangsperioden som bidro til at de kunne etablere og teste nye rutiner. Bjørn uttrykte lignende når det kom til muligheten med å ta permisjoner, da dette bidro til at han fikk forberede seg på å komme hjem. Det kan tenkes at Arne ønsket det samme, da han mente det burde være større fokus på tiden etter utskrivelse, og muligheter til å øve seg på livet «utforbi» mens han var i døgnbehandling.

Dette kan tyde på at pasienter i døgnbehandling opplever det som viktig å ha muligheten til kunne ta permisjoner, og gradvis tilpasse seg livet utenfor behandling sinstitusjonens rammer i utskrivelsesfasen av døgnbehandling. Behandling sinstitusjonen blir på denne måten sett på som en «trygg base» som pasientene kan vende tilbake til hvor de kan dele sine utfordringer. En annen studie har funnet liknende funn gjennom at døgnbehandling ga en mulighet til å identifisere ressurser og adressere disse, samt muligheten til å gå gjennom bekymringer og potensielle utfordringer (Manuel et al., 2017).

5.1.2.2 Relasjoner

Recovery foregår i et dynamisk samspill mellom omgivelser og person, hvor sosiale og materielle omgivelser har stor betydning (Karlsson, 2017). I recoveryorientert samarbeid er det sentralt å skulle gjenskape en meningsfull opplevelse av tilhørighet i lokalmiljøet og samfunnet for øvrig (Karlsson, 2017) Deltakerne i studien til Johannessen et al., (2020) opplevde det som viktig å ha noe å gå til etter utskrivelse og at basisbehov som økonomi og bolig var på plass. Deltakerne hadde behov for et trygt nettverk, både i hjelpeapparatet og sosialt. En annen studie om pasienters forventinger til overgangen fra behandling fant at sosial støtte var betydningsfullt for å opprettholde framgangen i recoveryprosessen i overgangen og

etter utskrivelse av behandling (Manuel et al., 2017) Sammenligningsvis opplevde flere av informantene i min studie at de fikk tilhørighet til rusfrie relasjoner gjennom døgntillegget og fritids- og aktivitetstilbud, og at dette opplevdes som trygghet i utskrivelsesfasen. Det kan tenkes at slike relasjoner kan ha bidratt til å styrke informantenes bedringsprosess og recovery kapital.

I recoveryprosessen er det relasjonelle domenet særlig viktig og kan bidra til å stimulere mot og håp hos personen som er i bedring (Hummelvoll, 2012). Ifølge studien til Robertsen & Nesvåg (2018) kunne støtte fra fagpersoner i overgangsfasen fra rusbehandling til tiden etterpå bidra med å introdusere deltakerne til sosiale nettverk, settinger og aktiviteter. Sammenligningsvis opplevde Christer at døgntillegget og NAV var svært opptatt av at han skulle ha noe å gå til etter avsluttet døgntillegget, herunder arbeidstrening og/eller jobb og aktiviteter. Det kan antas at de på den måten fungerte som brobyggere til hans tid etter utskrivelse fra døgntillegget og kunne bidra til å styrke hans håp om et meningsfullt liv etter døgntillegget. Det kan også tenkes at arbeidstrening og/eller jobb og aktiviteter kunne bidra til å styrke Christers recovery kapital.

På den andre siden kan det tenkes at den gode relasjonen Dan hadde til sin behandler muligens fungerte som et hinder til en god overgang gjennom at det opplevdes som utfordrende å løsrive seg fra denne. Han kom til å savne å ha en trygg person å gå til etter utskrivelse fra døgntillegget og hadde derfor fått tilbud om oppfølging fra døgntillegget i tiden etter utskrivelse.

Dette kan indikere kompleksiteten av det å skulle ha en god relasjon til sin behandler, da det på den ene siden kan oppleves som trygt, kan det på den andre siden fungere som et hinder gjennom at det blir vanskelig å løsrive seg fra den. Det kan derfor tenkes at det er viktig i tilretteleggingen, eller før, at pasientene blir introdusert for andre alternative nettverk hvor de kan bygge trygge relasjoner.

5.1.2.3 Bolig

Bolig har stor betydning for helsen, og tilknytning til et rusfritt bomiljø kan være avgjørende for om personer klarer å holde seg rusfrie (Ytrehus, 2018). For Arne opplevdes det som viktig å ikke få tildelt bolig i et belastet område. Han mente at folk ikke ble friske av å være syke sammen. For han hadde bolig trolig stor betydning for hvordan tiden hans etter døgntillegget ble. Den støtten og hjelpen en person mottar til å meste boligsituasjonen vil være av stor betydning. Det er derfor viktig at boligbehovet til den enkelte klargjøres og

tilrettelegges før de skrives ut fra institusjonen (Ytrehus, 2018). Arne hadde enda ikke fått tildelt fast leilighet etter utskrivelse. Det kan tenkes at dette fungerte som et hinder i hans recoveryprosess, som bidro til at han ikke følte seg klar for utskrivelse fra døgntilretteleggingen.

5.1.3 Å ta ansvar

Å ta ansvar var knyttet til informantenes opplevelser rundt det å ta ansvar for seg selv og sin recoveryprosess i tilretteleggingen av utskrivelsesfasen i døgntilrettelegging.

To av informantene i studien snakket om at det var viktig å ta ansvar for eget liv etter endt døgntilrettelegging, og de var bevisste på at det var de selv som måtte gjøre jobben. I følge Veseth et al., (2019) er det å utvikle nye ansvarsområder viktig for recoveryprosessen. Dan hadde utviklet nye ansvarsområder gjennom å delta på et fritids- og aktivitetstilbud. Dette opplevdes som positivt og viktig for hans recoveryprosess gjennom økt tilhørighet til rusfrie relasjoner samtidig som han hadde plikter og ansvar han måtte forholde seg til.

Sammenligningsvis opplevde deltakerne i studien til Bjørnstad et al., (2019) at arbeid var en arena for å lære å håndtere tilbakemeldinger og ansvar.

I studien til Robertson & Nesvåg (2018) opplevde mange av deltakerne prosessen med å forlate behandling som utfordrende. Å skulle forlate den strukturerte tilværelsen ved behandlingsinstitusjonen betydde å bevege seg inn i sosiale omgivelser, nettverk og miljøer som kunne by på fristelser og frustrasjoner, som kunne gjøre de sårbare for å bruke rusmidler igjen. Christer opplevde at han hadde mye han måtte lære seg å ta ansvar for før utskrivelse fra døgntilretteleggingen. Dette var oppgaver han hadde fått hjelp fra personalet i døgntilretteleggingen til å utføre. Det kan tenkes at det å skulle forlate en strukturert tilværelse i døgntilrettelegging kunne oppleves som utfordrende, gjennom at det var viktig for han å lære å ta ansvar i ukjente arbeidsoppgaver

Dan opplevde det som god hjelp fra de ansatte gjennom at han selv måtte ta ansvar for det som måtte gjøres i utskrivelsesfasen. Han opplevde at ruskonsulentene stilte krav om egeninnsats. I en artikkel om empowerment nevnes det at den profesjonelle skal fungere som en tilrettelegger slik at brukeren selv kan arbeide med å realisere sine egne preferanser og verdier (Sjåfjell & Myhra, 2015). Det kan tenkes at de ansatte på døgnavdelingen hvor Dan holdt til la til rette for empowerment gjennom å gi han muligheten for å ta styring og kontroll for eget liv. Dette kan trolig ha bidratt til å styrke hans personlige recovery gjennom at han selv fikk ta tak i de tingene han ønsket.

For Dan var det viktig å være åpen og ærlig, både mot seg selv og ansatte på døgnavdelingen. Dette var noe han hadde lært var viktig fra de andre gangene han hadde vært i døgnbehandling. Det kan tenkes at hans tidligere erfaringer har gitt han en større forståelse for hva han har behov for, og hva som var viktig for han å ta tak i. På den måten tok han ansvar for egen behandling gjennom å jobbe med tidligere utfordringer. Sammenligningsvis opplevde deltakerne i studien til Johannessen et al., (2020) at deres selvinnsikt ble styrket gjennom at de var ærlige ovenfor seg selv og andre.

5.2 Oppfølging

I denne delen av diskusjonen skal jeg forsøke å besvare de to siste forskningsspørsmålene; «I hvilken grad er forberedelsene fulgt opp i tiden etter utskriving, sett fra pasienters perspektiv?» og «Hvordan opplever pasienter oppfølgingen etter utskrivelse fra heldøgns rusbehandling?». Dette skal gjøres med utgangspunkt i prosjektets andre fase; «oppfølging», teori og tidligere forskning.

Bjørn og Dan hadde svært ulike opplevelser og behov når det kom til oppfølging. De to subtemaene «får være en del av systemet» og «komme meg ut av systemet» fanger de to forskjellige behovene pasientene hadde etter utskrivelse fra døgnbehandlingen.

Bjørnstad et al., (2019) fant i sin studie at recoveryprosessen innebar det å skulle overgi seg selv til autoriteter, og deretter skille seg fra disse autoritetene. Det å skulle være avhengig av noe på den ene siden for å så løsrive seg og bli uavhengig gjennom hele recoveryprosessen og fremsto som en motivasjonskraft som beveget individet gjennom hver overgang. I studien min kan det tenkes at Dan ønsket å overgi seg til systemet og fortsette å være en del av det. For han var det tryggende og godt å føle at han fremdeles kunne ha en fot innenfor døgnbehandlingen etter han var skrevet ut. Oppfølging, arbeidstrening og jevnlig kontakt med døgnbehandling opplevdes som viktig for han.

På den andre siden hadde Bjørn et stort behov for å frigjøre seg fra hjelpesystemet. Han mente han ikke hadde behov for oppfølging da han hadde funnet ut av det meste selv. For han var løsrivelse og uavhengighet fra hjelpesystemet trolig viktig. Han hadde negative assosiasjoner med hjelpesystemet gjennom fratakelse av sertifikatet som trolig har gjennomsyret hans behandlingsforløp.

I et samfunn med stadige utbyttinger i hva og hvem man skal forholde seg til vil det være økt behov for å vise sin identitet og hvilket fellesskap man ønsker å tilhøre (Nesvåg, 2018). Ifølge Hummelvoll (2012) er muligens et av de viktigste aspektene ved bedring det å kunne definere seg selv på nytt. Dette går ut på å etablere identitet som et menneske framfor en identitet knyttet til utfordringer og sykdom. Å skape en ny identitet kan bety etablering av nye roller i relasjoner og/eller samfunnet (Slade, 2009). Det å ha arenaer hvor de nye rollene kan dannes vil derfor være viktig. Begge informantene i denne studien hadde trolig behov for å danne seg nye identiteter som ikke var forbundet med rus. Bjørn ønsket å løsrive seg fra hjelpesystemet, og dette var viktig for hans recoveryprosess. Det kan tenkes at han hadde et ønske om å ikke bli assosiert med sine problemer knyttet til rus, og jobben var trolig et viktig symbol på dette. Samtidig kan det tenkes som viktig for han å ikke bli assosiert med en person som var i hjelpesystemet gjennom at han ikke ønsket noen oppfølging da han hadde funnet ut av det meste selv. For Bjørn opplevdes det trolig som viktig å komme seg ut av systemet for å gjenvinne kontroll i eget liv, dog var trolig fratakelse av lappen et hinder for muligheten til dette.

Det kan også tenkes at det var viktig for Dan å etablere nye roller og/eller relasjoner i samfunnet. Ifølge Slade (2009) er sosial identitet knyttet til personens opplevelse av å tilhøre et fellesskap. For Dan var trolig arbeidstreningen en arena hvor han kunne danne seg en ny sosial identitet. Gjennom arbeidstreningen fikk Dan en følelse av å være en del av noe. Dette hadde trolig positiv innvirkning på hans recoveryprosess.

Ifølge Veseth, et al., (2019) er recovery sosial og kontekstuell, og for de fleste mennesker vil det å være en aktiv og medvirkende samfunnsborger være en faktor for bygge et meningsfullt liv. For Bjørn var det viktig å ha en jobb å gå til etter endt døgnbehandling. Det kan derfor tenkes at hans innskrenkede mulighet til å jobbe hadde en innvirkning på hans recoveryprosess. Han opplevde dette som en såpass sterk inngripen at han ikke ønsket å gjøre en innsats for å få en midlertidig jobb.

I studien til Robertson & Nesvåg (2018) opplevde flere av deltakerne det som utfordrende å opprettholde nyetablerte rusfrie praksiser i den tidlige fasen etter utskrivelse fra døgnbehandling. Det kan tenkes at Dan opplevde det samme da han hadde en glipp den første uken etter utskrivelse. Sammenligningsvis opplevde Bjørn at det å ikke ha en jobb å gå til trigget rususet. For Dan hadde oppfølgingen han fikk fra døgnavdelingen stor betydning gjennom at de ikke ga han noen skyldfølelse og bidro til å legge til rette for hvordan han

ønsket at tiden hans framover skulle bli. Det kan tenkes at med oppfølgingen fra døgntilbehandlingen fikk han mulighet til å komme seg videre i sin recoveryprosess.

I følge Aakerholt & Nesvåg (2012) er det ikke gitt at god kontinuitet i kontakten mellom det profesjonelle hjelpetilbudet alltid er en nødvendig forutsetning for oppnåelse av gode behandlingseffekter (Aakerholt & Nesvåg, 2012). Bjørn opplevde at han ikke hadde behov for oppfølging etter døgntilbehandlingen, mens Dan ønsket mye oppfølging. Denne studien kan ikke si noe om hvilken behandlingseffekt informantene hadde, men den kan bidra til å gi et innblikk i pasienters opplevelse av ulike behov når det kommer til kontinuitet i kontakten med hjelpeapparatet.

5.3 Avsluttende refleksjoner

Tidligere forskning har vist at overgangen fra rusbehandling innebærer kompleksiteter som kan ha påvirkning på recoveryprosessen. Nære relasjoner, autonomi og selvrealisering, og fagpersoner er noen faktorer tidligere forskning viser til kan ha påvirkning for rusavhengiges recoveryprosess (Bjørnstad et al., 2019; Robertson & Nesvåg, 2019; Veseth et al., 2019). Denne studien finner en del likheter som kan knyttes opp med disse tidligere funnene.

En viktig faktor som bør belyses gjennom funn i denne studien var at hele tre av fire informanter hadde fått forlenget utskrivelsesfrist fra døgntilbehandlingen. Samtidig hadde en av de som takket nei til deltakelse i studien fått forlengelse, hvor han andre opplevde at det ble for mye stress. Ifølge Hagen (2014) kan det ta et år før hjernen er klar for å bli behandlet etter russtopp. Disse funnene kan derfor være en indikasjon på behovet for lengre døgntilhold i TSB. På den andre siden kan det også tenkes å være et resultat av at tilretteleggingen starter for sent i oppholdet. I likhet med denne studien, viser annen forskning at gradvis tilpasning til samfunnet oppleves som viktig (Johannessen et al., 2020). For å få til et stabilt liv etter døgntilhold var sosiale nettverk, bolig, fritidsaktiviteter, jobb og ansvar viktig. Det kan tenkes at dersom disse faktorene ikke er på plass før avsluttet døgntilhold kan det fungere som et hinder i recoveryprosessen som lettere kan føre til tilbakefall.

6.0 Metodologiske refleksjoner

6.1 Refleksivitet

I følge Malterud (2001) vil forskerens bakgrunn påvirke det man velger å forske på, forskningsvinkel, metodevalg, utforming og konklusjoner. Dette betyr at man som forsker har stor innflytelse på det man forsker på og de dataene man får til slutt. Refleksivitet er tett knyttet opp med det vi på norsk kaller for forforståelse, og går ut på hvordan man håndterer den i utarbeidelsen av forskningen (Malterud, 2001). Som forsker er det viktig å være bevisst på egen forforståelse og erkjenne og gjør rede hvordan den kan påvirke valgene man (Malterud, 2001).

Selv er jeg utdannet sosionom med pågående master i rus- og psykisk helsearbeid. Jeg fikk min første erfaring med rusfeltet under praksisperioden min på en stabiliseringsavdeling i Stavanger. Siden da har rusfeltet vært interessant, og noe jeg har ønsket å jobbe videre med. Jeg har vært med både som frivillig og ansatt i ettervernet Friskt Alternativ, hvor jeg har fått gleden av å følge mange fine mennesker. Det er givende å følge personer fra tiden de er i behandling til tiden etterpå, dessverre er det ikke alle som klarer å holde seg rusfrie. Denne erfaringen har gitt meg interesse for å lære mer om prosessene i utskrivelsesfasen og tiden etter rusbehandling, samt et ønske å lære hva jeg som sosialarbeider kan bidra med i denne fasen av behandlingsforløpet til pasienter.

Mine tidligere erfaringer og arbeidspraksis har påvirket valget for forskningstema. Min bakgrunn har vært med å farge egen forforståelse og utformingen av studien. Likevel har jeg så godt det lar seg gjøre - gjennom å lage åpne spørsmål i intervjuguiden, samt i analyseringen av intervjuene, forsøkt å se på det med nøytrale øyer. Under transkriberingen ble derfor alt av informasjon informantene sa tatt med, og skrevet ned ordrett. Dette var også for å forhindre å miste informasjon som ved første øyekast muligens ikke ble sett på som relevant.

Under intervjuingen av informantene var det viktig for meg å ikke fremstå som en sosialarbeider, men forsker. Det vil si at jeg forsøkte å holde meg nøytral under intervjuingen gjennom å ikke oppgi mine egne meninger rundt temaet jeg undersøkte. Likevel responderte jeg på utsagn fra informantene som «jeg kan forstå at du opplever det som utfordrende» og liknende for å gi anerkjennelse for opplevelsene til informantene.

6.2 Studiens begrensninger

En av studiens store begrensninger er antall informanter, noe som kan påvirke overførbarhetsverdien av studien. I prosjektets andre fase «oppfølging», var det kun to av fire intervjuer som kunne brukes, grunnet at to hadde fått forlenget utskrivelsesfrist. Dette førte til begrenset informasjon om pasienters opplevelse av oppfølgingen etter døgnbehandling. Dog har de to informantene som ble fulgt opp svært ulike opplevelser, noe som kan bidra til å gi et nyansert bilde av pasienters opplevelse av døgnbehandling.

En annen begrensning kan være at oppfølgingsintervjuene ble gjennomført relativt kort tid etter utskrivelse. Det kunne vært interessant å gjennomføre disse intervjuene når informantene hadde vært utskrevet i en lengre periode. Grunnet prosjektets tidsfrist ble ikke dette mulig. Det siste oppfølgingsintervjuet ble også gjennomført via telefonisk kontakt grunnet Covid-19. Denne mangelen på nonverbal kommunikasjon kan ha påvirket datamaterialet.

Alle informantene var Norske statsborgere rekruttert fra samme helsevesen (helse-vest) og sosiale velferdssystem. Denne homogeniteten kan ha påvirket funnene og må tas i betraktning dersom man skal overføre funnene i denne studien til andre sammenhenger. Ujevn fordeling av kjønn kan representere en begrensning i studien, dog er menn overrepresentert i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I 2016 var 66% av pasientene i TSB i Helse-Stavanger menn (Helse Stavanger, 2017).

6.3 Videre forskning

Som det nevnes i studiens begrensninger, er en svakhet ved denne studien utvalgsstørrelsen. Det kunne derfor vært ytterligere behov med liknende forskningsprosjekt med et større utvalg. Her foreslår jeg å ha oppfølgingsintervjuene senere etter utskrivelsen da de har bredere erfaringer og mer informasjon om tiden etter utskrivelse.

Som nevnt fant jeg lite forskning om pasienters opplevelse av autonomi i utskrivelsesfasen av døgnbehandling. Det kunne vært interessant å gå dypere inn i hvilken rolle autonomi kan ha for recoveryprosessen i utskrivelsesfasen. Samtidig kan det være behov for ytterligere forskning for å undersøke om pasienter opplever ulike behov dersom de har tidligere erfaringer med gjennomførte døgnopphold.

Ettersom denne studiens funn indikerer at varigheten på døgnoppholdet til informantene opplevdes som for kort kan det være behov for forskning rundt dette temaet.

7.0 Konklusjon

Det er begrenset kunnskap om faktorer pasienter opplever å lette overgangen fra døgnbehandling til tiden etterpå. Denne studien har forsøkt å fremme dette gjennom å utforske pasienters opplevelser av tilrettelegging og oppfølgingen i heldøgns rusbehandling. Kunnskap om hvordan denne tiden forberedes og oppleves er viktig for å gi denne gruppen et optimalt behandlingstilbud som stemmer med deres forventninger.

Funn fra denne studien fremhever at autonomi og muligheten for å ta ansvar for eget liv i tilretteleggingen av utskrivelse var viktig. At pasientene fikk mulighet til å bestemme i eget behandlingsforløp og tilretteleggelse av hvordan tiden etterpå skulle se ut, opplevdes som avgjørende. Mangel på mulighet til selvbestemmelse i utskrivelsesfasen kunne trolig virke hemmende for pasientenes recoveryprosess.

Informantene opplevde det som betydningsfullt å få både tid og rom til å etablere og teste ut nye rutiner i overgangsperioden gjennom at overgangen skjedde i et gradvis tempo.

Døgnbehandlingen ble sett på som en trygg base for å øve seg på å skulle ut i samfunnet igjen. Informantene anså det som viktig å ha noe å gå til etter utskrivelse, slik som arbeid, praksis eller fritids- og aktivitetstilbud, og fagpersonell kunne fungere som brobyggere i tilretteleggingen. Bolig i et belastet område kunne være et hinder i recoveryprosessen.

Studien fant at informantene hadde ulike opplevelser når det kommer til oppfølging, hvor løsrivelse og fremdeles tilknytning var to motstridende behov. Løsrivelse og uavhengighet indikerte et ønske om å ikke være en del av hjelpesystemet lenger, hvor informanten ikke ønsket oppfølging. Fremdeles tilknytning indikerte et ønske/behov for oppfølging fra hjelpesystemet, herunder døgnbehandlingen og fritids- og aktivitetstilbud.

8.0 Litteraturliste

- Aakerholt, A., & Nesvåg, S. (2012). *Stortingsmelding om den nasjonale rusmiddelpolitikken. Forløp og kunnskapsoppsummering: tilgjengelighet, kontinuitet og individualisering*. Stavanger Universitetssjukehus Retrieved from https://helse-stavanger.no/seksjon/korfor/documents/rapporter/publrapport%20for%20forl%C3%B8p%20og%20kunnskapsoppsummering_%20tilgjengelighet,%20kontinuitet%20og%20individualisering.pdf
- Akerholt, A., & Nesvåg, S. (2012). *Stortingsmelding om den nasjonale rusmiddelpolitikken. Forløp og kunnskapsoppsummering: tilgjengelighet, kontinuitet og individualisering*. Psykiatrisk divisjon - KORFOR: KORFOR Retrieved from https://helse-stavanger.no/seksjon/korfor/documents/rapporter/publrapport%20for%20forl%C3%B8p%20og%20kunnskapsoppsummering_%20tilgjengelighet,%20kontinuitet%20og%20individualisering.pdf
- Andersson, H. W., Otterholt, E., & Gråwe, R. W. (2017). Patient satisfaction with treatments and outcomes in residential addiction institutions. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 34, 375-384.
- Bjørnestad, J. R., Svendsen, T. S., Slyngstad, T. E., Erga, A. H., McKay, J. R., Nesvåg, S. M., . . . Moltu, C. (2019). "A life more ordinary" Processes of 5-year recovery from substance abuse. Experiences of 30 recovered service users. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00689>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Bye, E. K. (2018). Bruken av alkohol og andre rusmiddel i Noreg. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/alkohol-og-andre-rusmiddel--folkehe/>
- Dahle, P. (2020). 10 ting forskning har lært oss om rus og avhengighet. Retrieved from <https://www.napha.no/content/14137/10-ting-forskning-har-lart-oss-om-rus-og-avhengighet>
- Fekjær, H. O. (2016). *Rus : bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691703001515>. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hagen, E. (Writer). (2014). Hjernen og avhengighet In.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet : en innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. ed.). Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Haugum, M. (2016). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) : resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2015*. In O. Holmboe, H. H. Iversen, & Ø. A. Bjertnæs (Eds.), (Vol. 2016:1).
- Helse Stavanger. (2017). *Lokal plan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) innenfor helse Stavanger foretaksområde 2017-2021*. Retrieved from Helse Stavanger: <https://helse-stavanger.no/seksjon/psykiatriskdivisjon/Documents/Avdeling%20unge%20voksne%20%28AUV%29/Lokal%20plan%20TSB%202017-2021.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring : veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Retrieved from Oslo: <http://www.kommunetorget.no/Global/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016). Nasjonalfaglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Retrieved from <file:///C:/Users/Bruker/Downloads/Behandling%20og%20rehabilitering%20av%20rusmiddelproblemer%20og%20avhengighet.pdf>

- Helsedirektoratet. (2020). Ventetider og aktivitet i spesialisthelsetjenesten 2019. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/ventetider-og-aktivitet-i-spesialisthelsetjenesten-2019>
- Helsenorge. (2019). Hva er pakkeforløp for psykisk helse og rus? Retrieved from <https://helsenorge.no/psykisk-helse-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/hva-er-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>
- Helsenorge. (2020). Hjelp til deg med rusproblemer. Retrieved from <https://helsenorge.no/helsehjelp/rustiltak>
- Hole, S. P., Ribe, E., & Norge Sosial- og, h. (1999). *Det er bruk for alle : kortversjon av NOU 1998:18 om styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Kommuneforl. I samarbeid med Sosial- og helsedepartementet.
- Holte, E. (2015). Forebygger tilbakefall. Retrieved from <https://rop.no/aktuelt/forebygger-tilbakefall>
- Hser, Y.-I., & Angli, M. D. (2011). Addiction Treatment and Recovery Careers In J. F. Kelly & W. L. White (Eds.), *Addiction Recovery Management - Theory, Research and Practice* (pp. 9-29). Totowa, NJ: Humana Press.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg. ed.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Johannessen, D. A., Nordfjærn, T., & Geirdal, A. Ø. (2020). Substance use disorder patients' expectations on transition from treatment to post-discharge period. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 1455072520910551. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/1455072520910551>. doi:10.1177/1455072520910551
- Kalgraff, B. (2016). TSB - hva er det? Retrieved from https://www.rusfeltet.no/tsb-hva-er-det/#.Xd_NO-hKg2w
- Karlsson, B. (2017). *Recovery : tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3rd ed.). Oslo: Gyldebdal Norsk Forlag.
- Laudet, A. B., & White, W. L. (2008). Recovery Capital as Prospective Predictor of Sustained Recovery, Life Satisfaction, and Stress Among Former Poly-Substance Users. *Substance Use & Misuse*, 43(1), 27-54. doi:10.1080/10826080701681473
- Lauritzen, G., & Nordfjærn, T. (2018). Changes in opiate and stimulant use through 10 years: The role of contextual factors, mental health disorders and psychosocial factors in a prospective SUD treatment cohort study. *PLoS one*, 13(1), e0190381-e0190381. doi:10.1371/journal.pone.0190381
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673601056276?via%3Dihub>. doi:10.1016/S0140-6736(01)05627-6
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. doi:10.1177/1049732315617444
- Manuel, J. I., Yuan, Y., Herman, D. B., Svikis, D. S., Nichols, O., Palmer, E., & Deren, S. (2017). Barriers and facilitators to successful transition from long-term residential substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 74, 16-22. doi:10.1016/j.jsat.2016.12.001
- Mørland, J., & Waal, H. (2016). *Rus og Avhengighet* Oslo: Universitetsforlaget.
- Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbakk, L., Solberg, P., & Torkelsen, I. H. (2013). «Å delta med det du kan»: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(03), 219-228.

- Nesvåg, S. (2018). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. In S. Biong & S. Ytrehus (Eds.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2 ed., pp. 21-42). Oslo: Cappelen Damm.
- Nordfjærn, T. (2011). Risikofaktorer ved tilbakefall etter rusbehandling. Retrieved from <http://kompetansesenterrus.no/file/rusfag-2011risiko-for-tilnbakefall.pdf>.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter, (1999).
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed. ed.). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode : en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Rance, J., & Treloar, C. (2015). "We are people too": Consumer participation and the potential transformation of therapeutic relations within drug treatment. *International Journal of Drug Policy*, 26(1), 30-36. doi:10.1016/j.drugpo.2014.05.002
- Robertson, I. E., & Nesvåg, S. M. (2019). Into the unknown: Treatment as a social arena for drug users' transition into a non-using life. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 36(3), 248-266. doi:10.1177/1455072518796898
- Robson, C. (2002). *Real world research : a resource for social scientists and practitioner-researchers* (2nd ed. ed.). Oxford: Blackwell.
- ROP. (u.å.). Arbeid. Retrieved from <https://rop.no/arbeid/>
- Sjåfjell, T. L., & Myhra, A.-B. (2015). Selvhjelp og likemannsarbeid - mulige verktøy for å oppnå mestring og empowerment? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(02), 140-148.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness : a guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery : en veiledning for psykisk helsepersonell* (2. utg. ed. Vol. nr. 2/2017). Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 nr.61, (1999).
- Sumnall, H., & Brotherhood, A. (2012). *Social reintegration and employment : evidence and interventions for drug users in treatment*(Vol. 13).
- Sælør, K. T., & Bjerknes, S. O. (2012). Helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling - ansvar, roller og funksjoner. In S. Biong & S. Ytrehus (Eds.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (1 ed., pp. 143-162). Oslo: Akribe.
- Sælør, K. T., & Bjerknes, S. O. (2018). Miljøterapi i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. In S. Biong & S. Ytrehus (Eds.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2 ed., pp. 141-156). Oslo: Cappelen Damm.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Trane, K. (2017). Recovery som en personlig prosess. *Napha*. Retrieved from <https://napha.no/content/14835/Recovery-som-en-personlig-prosess>.
- Veseth, M., Moltu, C., Svendsen, T. S., Nesvåg, S., Slyngstad, T. E., Skaalevik, A. W., & Bjornestad, J. (2019). A Stabilizing and Destabilizing Social World: Close Relationships and Recovery Processes in SUD. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 6(1), 93-106. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s40737-019-00137-9>. doi:10.1007/s40737-019-00137-9
- Wiig, F. L. (2016). Hva er recovery for ROP-brukere? Retrieved from <https://rop.no/aktuelt/hva-er-recovery-for-rop-brukere>
- Ytrehus, S. (2016). Kommunalt rusarbeid. In S. Biong & S. Ytrehus (Eds.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (pp. 240-264). Oslo: Cappelen Damm.
- Ytrehus, S. (2018). Bostedsløshet. In S. Biong & S. Ytrehus (Eds.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (pp. 234-242). Oslo: Cappelen Damm.

9.0 Vedlegg

9.1 REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst D	Finn Skre Fjordholm	+47 22 84 58 21	15.11.2019	38157
			Deres referanse:	

Sverre Nesvåg

38157 Oppfølging etter døgnbehandling i TSB

Forskningsansvarlig: Helse Stavanger HF - Stavanger universitetssjukehus

Søker: Sverre Nesvåg

Søkers beskrivelse av formål:

Studien skal bidra til å gi et innblikk i hvordan pasienter i heldøgns rusbehandling opplever tilrettelegging og oppfølging i utskrivelsesfasen av heldøgns rusbehandling. Opplyses dette ulikt i de forskjellige behandlingssinstitusjonene i Helse Stavanger sitt opptaksområde. Forskningsspørsmål; «Hvordan er tiden etter utskrivning fra heldøgns rusbehandling blitt forberedt, sett fra pasienters perspektiv?» «I hvilken grad er forberedelsene fulgt opp i tiden etter utskrivning, sett fra pasienters perspektiv?» «Hvordan opplever pasienter oppfølgingen etter utskrivning?» Studien vil basere seg på kvalitative semistrukturerte intervju av to pasienter fra hver av fem ulike heldøgns TSB behandlingssinstitusjoner innenfor Helse Stavanger sitt opptaksområde

REKs vurdering

Hovedmålet med prosjektet er å få innsikt i hvordan pasienter opplever forberedelsene før utskrivelse av døgnbehandling og oppfølgingen i etterkant utskrivning. Det skal gjennomføres semistrukturerte intervjuer med til sammen 10 pasienter. Det skal også gjennomføres deltakende observasjon.

Komiteen oppfatter prosjektet som helsetjenesteforskning, og vurderer at det ikke vil fremskaffe ny kunnskap om helse eller sykdom. Prosjektet faller derfor utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven.

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern samt innhenting av stedlige godkjenninger.

Vedtak

Avvist (utenfor mandat)

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 og § 4 bokstav a).

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Finn Wisløff
Professor em. dr. med.
Leder

Finn Skre Fjordholm
Rådgiver

Kopi: Stavanger universitetssjukehus HF ved øverste administrative ledelse: post@sus.no

Klageadgang

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

9.2 Godkjenning – Helse Stavanger

Notat

Til:

Sverre Martin Nesvåg

Fra:

Kirsten Lode

Kopimottakere:

Ina Trane

Dato: 03.01.2020**Arkivref:** 2019/18820 - 483/2020

Godkjent masterprosjekt MA - 218

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA-218.

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

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

- ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares sikkert
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

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

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra SUS vurderes i de tilfeller hvor sjukehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

9.3 Informasjonsskriv og samtykkeskjema

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

[OPPFØLGING ETTER DØGNBEHANDLING I TSB]

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å få frem dine erfaringer med tilrettelegging av oppfølging i heldøgns rusbehandling. Dette kan være både positive og negative erfaringer.

Intervjuene i denne studien kan bidra til at helse- og sosialarbeidere kan få bredere innsikt i hvordan pasienter opplever tilrettelegging og oppfølging i heldøgns rusbehandling. Denne informasjonen kan forhåpentligvis gi en viss pekepinn på hva som bør prioriteres i denne fasen av rusbehandlingen. Intervjuene skal gjennomføres i perioden Oktober 2019 – Mai 2020.

Prosjektleder er Sverre M. Nesvag - Førstemanuensis ved Avdeling for folkehelse ved Universitetet i Stavanger og forskningsleder ved Regionalt kompetansesenter for rusforskning ved Helse Stavanger HF - Stavanger universitetssjukehus. Selve studien skal gjennomføres av Sosionom Anette Hunstad. Anette Hunstad er masterstudent ved Universitetet i Stavanger, hvor hun tar en master i rus og psykisk helsearbeid.

De som kan delta i studien er kvinner og menn over 18 år som er i avslutningsfasen i heldøgns rusbehandling. Det er planlagt å intervju rundt 2 personer fra fem ulike behandlingsinstitusjoner. Intervjuene vil foregå i to runder – det første intervjuet er ønskelig innen 3 uker før avsluttet rusbehandling. Intervju nr. 2 vil foregå innen 1 måned etter avsluttet behandling.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Anette Hunstad vil gjennomføre to intervjuer med deg. Her vil du bli spurt om dine opplevelser rundt tilretteleggingen av oppfølging i heldøgns rusbehandling. Både hva du er fornøyd med, og hva du mener burde gjøres annerledes. Intervjuene vil gjennomføres som en samtale som varer i ca. 30-45 minutter. Samtalen vil bli tatt opp på en kryptert lydopptaker, og deretter skrevet ned.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Under intervjuet er det du selv som velger hvor mye du ønsker å dele av informasjon. Likevel er muligheten der for at det berøres hendelser og opplevelser som har vært sårbare for deg. Anette Hunstad vil forsøke å legge til rette for at intervjuene blir en konstruktiv erfaring for deg, og at de forhåpentligvis kan bidra til nyttig kunnskap for andre og deg selv.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte:

Mastergradsstudent Anette Hunstad på telefonnummer: 41573805 eller mail:
anette_hunstad@hotmail.com

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

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

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenne opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Anette Hunstad som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet når masterprosjektet er godkjent

GODKJENNING

Det er søkt godkjenning til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk for vurdering av prosjektet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du ta kontakt med Anette Hunstad på tlf. 41573805 eller på mail:
anette_hunstad@hotmail.com

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I STUDIEN: OPPFØLGING ETTER DØGNBEHANDLING I TSB

Jeg bekrefter med dette at jeg frivillig og etter eget ønske deltar på denne undersøkelsen. Undersøkelsen er en del av masteroppgaven til Anette Hunstad som er masterstudent ved Universitetet i Stavanger.

Undersøkelsen er beskrevet i eget informasjonsskriv som jeg er blitt forelagt og har lest.

Alle opplysninger om personlige forhold vil bli behandlet strengt konfidensielt og slettes når undersøkelsen er sluttført.

Jeg kan når som helst, uten å oppgi noen grunn, trekke meg fra deltakelse i undersøkelsen

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

9.4 Intervjuguide

9.4.1 Første intervjuguide

Det førte intervjuet vil foregå i utskrivelsesfasen av heldøgns rusbehandling

Bakgrunnsopplysninger:

Kjønn	
Alder	
Yrkesstatus	
Har du vært i heldøgns rusbehandling tidligere?	
År med problematisk rusmiddelbruk?	
Alder da du begynte å ruse deg?	
Andre fysiske eller psykiske lidelser som påvirker recoveryprosessen?	

Innledende spørsmål

- Hvor lenge har du vært i heldøgns rusbehandling?
- Når er du ferdig i heldøgns rusbehandling?

Forberedelse

- På hvilken måte opplever du at de ansatte i TSB legger til rette for tiden etter behandlingen?
- På hvilken måte opplever du at kommunen er med på å legge til rette for tiden etter behandling?
- På hvilken måte forbereder du deg selv til tiden etter behandling?
- Opplever du at du har nok medbestemmelse til hvordan tiden etter rusbehandlingen skal tilrettelegges?

Involvering og hjelp

- Hva opplever du som god hjelp fra ansatte i TSB i forhold til tilrettelegging til utskrivelse?
- Er det noen form for hjelp du savner i TSB?
- Hvordan vil du beskrive din relasjon til deg og din behandler i TSB?
 - Tror du denne relasjonen har noen betydning for kvaliteten på din oppfølging og hvordan du kommer til å mestre livet i etter rusbehandlingen?
- Er behandlingssenteret ditt villig til å la deg utforske/prøve ulike oppfølgingstilbud før utskrivelse?

Kommunen

- Hva opplever du som god hjelp fra kommunen?
- Er det noen form for hjelp du savner fra kommunen før utskrivelse?
- Har du en oppfølger fra kommunen? Hvis ja - hvordan vil du beskrive relasjonen til deg og din oppfølger?
- Har du blitt introdusert til ulike ettervernstilbud i din kommune?

Andre

- Er det noen andre personer som er involvert og som har betydning for tiden etter rusbehandling?
- Er det noe mer du ønsker å tilføye før vi avslutter?

9.4.2 Andre intervjuguide

Det andre intervjuet vil foregå innen en måned etter utskrivelse fra heldøgns rusbehandling

Innledende spørsmål

- Hvor lenge er det siden du ble utskrevet fra TSB?

TSB

- Hvordan opplever du oppfølgingen har vært fra de ansatte i TSB?
- Hva opplever du som god hjelp fra ansatte i TSB i forhold til oppfølging?
- Er det noen form for oppfølging som du savner fra ansatte i TSB?

Kommunen

- På hvilken måte har kommunen vært involvert i din oppfølging etter avsluttet behandling?
- Opplever du at hjelpen fra kommunen som tilfredsstillende?
- Er det noen form for hjelp du savner fra kommunen etter utskrivelse?

Egeninnsats

- Opplever du at du selv tar nok initiativ til å følge råd og veiledning du har fått i utskrivelsesfasen?

Utfordringer og problemer

- Kan du fortelle litt om hva som har vært de største manglene du opplever fra hjelpesystemet i utskrivelsesfasen?
- Er det noe du kunne gjort annerledes?

Hva har fungert bra?

- Kan du si litt om hva som du opplever har fungert bra i din oppfølging etter TSB?

