

**Poliklinisk avrusning -for hvem og på hvilken måte?
En kvalitativ studie av pasienters erfaringer**



Universitetet
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet
Master i Rus og Psykisk helsearbeid
Masteroppgave (40 studiepoeng)**

Student: Wenche Kjørmo

Veileder: Dr. philos Anne Schanche Selbekk

Bi-veileder: Overlege Reidar Stokke

Dato 31. mai 2019

Index

Forord

Introduksjon

Kappe

Artikkel

Vedlegg 1, Godkjenning Regional Etisk komite

Vedlegg 2, Intervjuguide

Vedlegg 3, Samtykkeskjema

Vedlegg 4, Forfatterveiledning Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid

Vedlegg 5: Kondensering av tekst eksempel

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært både utfordrende og inspirerende på flere plan. Jeg ønsker å dedikere min masteroppgave til min kjære pappa som døde brått januar 2018.

I løpet av prosessen har jeg utviklet et stort engasjement for rusfeltet, og jeg har lært mye underveis i arbeidet. Jeg ønsker å benytte anledningen til å takke mine informanter for deres viktige bidrag, åpenhet og ønske om å dele sin erfaring.

Flere fortjener en stor takk fra meg. Jeg hadde ikke kommet i mål uten støtte fra mine veiledere Anne Schanche Selbekk og Reidar Stokke. Deres kunnskap, ønske og evne til å inspirere har vært av stor betydning for arbeidet mitt. Tusen takk!

Takk til prosjektgruppen for samarbeidet, og nyttige innspill. Spesielt takk til Per Inge Børresen.

Takk til mine medstudenter, hvor vi sammen har gått gjennom denne prosessen og delt frustrasjon og glede.

Takk til Tonje Isdal Hofland, og Ingrid Roth som har lest gjennom oppgaven.

Til slutt vil jeg takke familie og venner som har hatt tro på meg, støttet meg og heiet på meg, og takk til min fantastiske mann som har gjort det hele mulig.

Sandnes 31 mai 2019

Wenche Kjørmo

Innholdsfortegnelse

Index	2
Forord.....	3
Introduksjon	6
Del 1- Kappe.....	7
1.0 Innledning	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	8
1.2 Studiens hensikt og problemstilling.....	9
1.3 Litteratursøk.....	9
1.4 Disposisjon.....	10
2.0 Kunnskapsgrunnlag	10
2.1 Om rus og avhengighet	10
2.2 Rusbehandling som lengre forløp	12
2.3 Hva er poliklinisk avrusning: gjennomføring, ulike rusmidler, for hvem?	15
2.4 Hva sier forskningen om erfaringene med og virkningene av poliklinisk avrusning?	16
3.0 Metode	19
3.1 Bakgrunn for valg av metode.....	19
3.2 Brukerperspektivets betydning i utviklingen av tjenester.....	19
3.3 Vitenskapsteori	20
3.4 Utvalg.....	20
3.5 Datainnsamling	21
3.6 Analyse	22
3.7 Forskningsetiske overveielser.....	23
3.8 Metodediskusjon	24
3.9 Kritisk refleksjon	24
3.9.1 Refleksivitet	24
3.9.2 Relevans	25
3.9.3 Validitet	26
4.0 Resultater	27
5.0 Avslutning.....	28
6.0 Referanser	30
Del 2 - Artikkel	35
Sammendrag	36

Abstract.....	36
Utvalg.....	38
Intervensjonen.....	39
Datainnsamling	40
Refleksivitet.....	41
Analyse	41
Betydningen av det polikliniske opp mot døgn	42
Betydningen av støtte og nettverk	43
Betydningen av profesjonelle samarbeidsrelasjoner og kontinuitet i behandling	44
Betydningen av oppfølgingen som gis.....	45
Begrensninger ved studien.....	50
Konklusjon.....	50
Vedlegg.....	54

Introduksjon

Denne masteroppgaven består av to deler, en artikkel og en kappe utformet i tråd med krav til masteroppgaver. Første del består av kappen. Denne har til hensikt å utvide artikkelens tema, og gi en innsikt i arbeidet med artikkelen i forhold til litteratursøk, teoretisk utdypning, og metodiske overveielser. Som en masterstudie og som nybegynner innen forskning vil en utdypning av metode gi leseren en mulighet til å vurdere studiens kvalitet. Det er også i kappen blitt gitt en kort oppsummering av studiens hovedfunn. Dette betyr at deler av artikkelen er gjentatt i kappen, samtidig har dette vært prøvd og unngått i størst mulig grad, men har til tider vært nødvendig for en systematisk fremstilling.

Oppgavens andre del består av artikkelen. Artikkelen og kappen må sees som en helhet, og det anbefales å lese artikkelen først. Artikkelen er skrevet som et utkast til en vitenskapelig artikkel, og oppfølger retningslinjene og format for publisering i Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid. Referanser følger den internasjonale APA6th.

Jeg bekrefter at artikkelen ikke tidligere er publisert eller forsøkt publisert.

Del 1- Kappe

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne studiens tema er poliklinisk avrusning som behandlingstilnærming innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Avrusning er tidsavgrenset helsehjelp som gis når en person ønsker å avslutte eller begrense sin bruk av rusmidler (Helsedirektoratet, 2016a). Poliklinisk avrusning er medisinfaglig oppfølging der pasienten ikke er innlagt. Helsedirektoratet (2016b) anbefaler at man i helseforetakene har tilbud om poliklinisk avrusning med mulighet for innleggelse i avrusningsenhet ved behov. De fleste som opplever og har rusmiddelproblemer klarer å slutte uten hjelp fra helsetjenesten (Nesvåg, 2018). Likevel er det for noen riktig og et behov for assistanse fra helsepersonell i forbindelse med avrusning. Assistert avrusning kan både tilbys i form av innleggelse eller i form av poliklinisk avrusning. Internasjonale studier viser at avrusning gjennom henholdsvis innleggelse og poliklinisk oppfølging har cirka samme fullføringsrate (Fleeman, 1997), men poliklinisk oppfølging har mye lavere kostnader (Stockwell et.al 1990; Gossop & Strang 2000; Alwyn et al.,2004; Wright et al., 2018). Ut fra et kost/- nytte- perspektiv-, og pasientperspektiv vil det være ønskelig å tilby denne oppfølgingen til de pasientene som kan nyttiggjøre seg av tilbudet. Poliklinisk avrusning med oppfølging fra helsepersonell benyttes i økende grad i andre land (Helsedirektoratet, 2016b). I Norge gis imidlertid tilbudet i begrenset grad, og potensialet i tilnærmingen er i mindre grad utforsket (Helsedirektoratet, 2016b). Det etterlyses mer forskning på hvordan ulike pasientgrupper nyttiggjør seg av poliklinisk avrusning kontra avrusning ved innleggelse (Day & Strang, 2011). Studiens tema har derfor stor relevans, både i forhold til utviklingen av bedre behandlingstilnæringer og ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Masterprosjektet er en del av et toarmet prosjekt der den andre delen utføres ved en rusbehandlingsinstitusjon i Helse Vest som et kvalitetsutviklingsprosjekt som skal prøve ut og dokumentere et systematisk tilbud om poliklinisk avrusning, der målet er å øke antall polikliniske avrusninger med 100 %. Prosjektet vil dokumentere og evaluere poliklinisk behandlingsforløp for å sikre kvaliteten og systematikken i arbeidet. Prosjektet har fått tildelt midler gjennom såkornsmidler som del av en kvalitetsforbedring av tilbudet til pasienter innenfor TSB (Helse-Vest, 2018).

Parallelt med og i samarbeid med dette prosjektet vil masterstudien fokusere på pasienterfaringer med denne behandlingstilnærmingen.

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten ved studien er å utforske pasienters erfaringer med gjennomføring av poliklinisk avrusning. Studien vil fra et brukerperspektiv utforske nærmere hvem poliklinisk avrusning er et godt behandlingstilbud for, og på hvilken måte den bør gjennomføres. Gjennom dette vil studien gi feltet økt kunnskap om denne behandlingstilnærmingen og hvilke forhold man må ta høyde for i utviklingen og gjennomføringen av tilbudet. Studien har følgende problemstilling: Hvilke forhold fra pasientens perspektiv er av betydning for å nyttiggjøre seg av poliklinisk avrusning?

1.3 Litteratursøk

For å identifisere hva som er av tidligere forskning på poliklinisk avrusning generelt og i forhold til brukerperspektivet spesielt, har det blitt utført søk i ulike databaser via Universitetet i Stavanger. I denne prosessen har jeg fått bistand av en forskningsbibliotekar. Det ble innledningsvis gjort et litteratursøk i databasene: Psycinfo, Medline og Cinahl med avgrensning i tid fra 2008-2018 med følgende søkeord: (detoxification) AND (outpatients or ambulatory care) AND (user involvement OR consumer participation OR life experience OR user involvement). Søket viste at det var få studier som omhandlet poliklinisk avrusning fra et brukerperspektiv. Et mer generelt litteratursøk om poliklinisk avrusning, der man ikke koblet det direkte opp mot brukerspektivet, ble utført i Pubmed/Medline med søkeordene: (detoxification OR withdrawal management) AND (community OR ambulatory OR out-patient OR home)) AND (alcohol OR illicit drug OR addiction). Det ble også utført søk i Google Scholar. Litteraturen som ble brukt som grunnlag for de aktuelle retningslinjene: Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (2016), Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering for rusmiddelproblemer (2016) ble også gjennomgått, og referanselistene i artiklene ble brukt for å finne andre aktuelle artikler.

1.4 Disposisjon

Jeg vil her gi en oversikt over kappens videre innhold. I kappens andre del vil kunnskapsgrunnlaget presenteres: om rus og avhengighet, rusbehandling som lengre forløp, og hva er poliklinisk avrusning -gjennomføring, ulike rusmidler, for hvem? Til slutt i kappens andre del presenteres forskning og erfaringene av poliklinisk avrusning. I kappens tredje del vil metode presenteres herunder bakgrunn for valg av metode og brukerperspektivets betydning for utvikling av tjenester. I denne delen utdypes også vitenskapsteori, datainnsamling, analyse og forskningsetiske overveielser. Til slutt i tredje del presenteres en metodediskusjon med utgangspunkt i refleksivitet, relevans og validitet. I fjerde del gis det en oppsummering av studiens hovedresultater. Kappens femte og siste del inneholder en kort avslutning/konklusjon.

2.0 Kunnskapsgrunnlag

2.1 Om rus og avhengighet

Rusbruk kan føre til avhengighet. Bruk av rusmidler påvirker hjernen fysisk. Nevroplastiske endringer som ved gjentatt bruk gjør at personene opplever rusbruken som ønsket eller noe mer aktivt, en slags befaling gå å rus deg. Dopaminerge nevronene kan sies å forbinde viktigheten -signaler «cues» som en sterk trang til å både bruke og få tak i rusmidlene (Mørland & Waal, 2016, s. 35). Mørland & Waal (2016) definerer avhengighet på følgende måte: «Det er først når bruken bærer preg av at brukeren har «mistet kontrollen», og bruker også når dette er klart skadelig/uheldig at vi snakker om avhengighet» (Mørland & Waal, 2016, s. 21). Personer med rusmiddelproblemer kan oppleve manglende kontroll over kroppen, og eller abstinensreaksjoner som fysiologiske konsekvenser av at de har utsatt kroppen for visse stimuli. Selve avrusningen handler om dette, den første delen av endringsprosessen. Samtidig som avhengigheten ikke bare kan forklares ut fra selve eventuelle abstinensreaksjoner (Mørland & Waal, 2016). Nesvåg drøfter spørsmålet om varighet av avhengighet, som kobles til «aktiviteten» - «At en person er «rusfri», forstått som at vedkommende ikke(lenger) bruker rusmidler, er ikke ensbetydende med at denne personen ikke lenger er avhengig» (Nesvåg, 2018, s. 39).

Forståelsen av rusmiddelproblemer må sees på som et komplekst fenomen med inkludering av ulike perspektiv; som det medisinske, psykologiske og sosiale (Adams, 2008; Nesvåg, 2018; Mørland & Waal, 2016; Helsedirektoratet, 2014). På grunn av studiens problemstilling-med utgangspunkt i pasientperspektiv, og design er det i denne sammenheng naturlig å prøve å forstå hva avhengigheten betyr for personen. En fenomenologisk beskrivelse av avhengighet som noe mer enn å være avhengig av noe, er følgende beskrivelse gitt av Mørland & Waal: «Rusmiddelavhengighet er handlinger som gjentas på tross av negative erfaringer, sanksjoner og fordømmelse hvor aktøren etter nøye overveielser kan beslutte seg til å slutte, men så likevel ofte gjentar handlingen. Personen kan derfor fremtre ambivalent og upålitelig, men samtidig synes oppriktig fortvilet og maktesløs i sin situasjon. Kjernen er at et individ gjentatte ganger handler i strid med sitt eget beste, når alt tas i betraktning» (i Mørland & Waal, 2016, s. 20).

Personer med rusmiddelproblemer er ingen heterogen gruppe, det er stor variasjon i forhold til omfang og alvorlighetsgrad av tilstanden hos pasientene. Det er også kjønnsforskjeller, der flest menn misbruker og er avhengige (Helsedirektoratet, 2012). Alkohol er det mest brukte rusmiddelet i Norge. Kvinner er mer sårbare når det gjelder uønskede konsekvenser av bruken. I tillegg tåler kvinnekroppen dårligere alkohol. Noe av årsakene på forskjellene for kvinner og menn kan skyldes biologiske faktorer. (Helsedirektoratet, 2012). Men menns og kvinners alkoholbruk er forskjellig. Ulikheter kan sees i drikkekultur som har sammenheng med kjønnsroller og normer. Hva slags drikkeatferd som regnes som akseptabelt? Det gamle tradisjonelle synet på kvinnen til tross for likestilling henger igjen- på hvordan kvinnen skal bruke alkohol, og som er lite forenelig med rollen som omsorgsperson (Duckert et al., 2008). For kvinner er det i mindre grad sosialt legitimt å ha et rusproblem (Duckert et al., 2008; Helsedirektoratet, 2012). Stigmatisering er en risikofaktor for problemutvikling. Konsekvensene av problemene, og behov for behandling kan være ulikt for kvinner og menn (Helsedirektoratet, 2012). Følgende sitat sier noe om opplevd forventning spesielt for kvinner om det å ha kontroll over rusmiddelbruket sitt. «Et potensielt alkoholproblem vil ikke minst være vanskelig fordi det innebærer dårlig kontroll over egen personlig atferd. Det kan være vanskelig å be om hjelp fordi det lett kan bli ydmykende og ødeleggende for selvbildet og en vellykket fasade» (Duckert et al., 2008, s. 79). Det er høy terskel for kvinner å søke hjelp, samtidig som kvinner med alkoholproblemer er en

varierte gruppe. Derfor er det viktig å ta utgangspunkt i deres egen opplevelse av sin situasjon og sine behov (Duckert et al., 2008). Rusproblemer følges ofte av følelser som skyld og skam, og blir sett på som normbrudd, avvikende atferd som ikke er sosialt akseptert. Mange vil prøve å skjule eller benekte bruk av rusmidler (Mørland & Waal, 2016). De fleste klarer å få kontroll på rusbruket sitt, uten hjelp fra helsevesenet (Sobell et.al., 1996; Nesvåg, 2018).

2.2 Rusbehandling som lengre forløp

«Mer enn 33 000 personer mottok behandling innen TSB i 2017. Dette var en økning på 5,7 prosent fra året før. Antall pasienter øker sammenliknet med året før, antall utskrivninger øker, oppholdsdøgnene øker noe, polikliniske konsultasjoner øker og omfanget av dagbehandling øker» (Oslo-universitetssykehus, 2019). I selve endringsprosessen er det mest avgjørende egne ressurser og motivasjon (Nesvåg, 2018). Samtidig som støtte og press fra pårørende og nettverket rundt personen ofte har betydning for å lykkes (Adams, 2008; Nesvåg, 2018). Det er stor forskjell på hvilket behov for hjelp den enkelte har, og det handler om å finne det mest effektive og riktige (Nesvåg, 2018). Behandlingen av rusmiddelavhengighet ble lagt til spesialisthelsetjenesten i 2004, og samme år fikk pasientene pasientrettigheter. Helsetjenesten fikk med dette et tydeligere ansvar for personer med rusproblemer (Mørland & Waal, 2016). Det har skjedd en utvikling på rusfeltet, normgivende - politiske føringer har vært styrende for tjenesteutviklingen. Samhandlingsreformen (2009) satte fokus på folkehelse. Utfordringsbildet var fragmenterte tjenester, som ikke ivaretok pasienten på en koordinert måte. En klarere pasientrolle ble løftet frem, og samhandling i hjelpeapparatet med tydeligere vekt på pasientens behov og medvirkning. Behov for å ivareta pasienten, kontinuitet i tjenesteapparatet, og mer samfunnsøkonomiske løsninger var en ønsket utvikling (Kunnskapsdepartementet, 2009). Også i St. Meld 30 (2011-2012) var det tydelige føringer om en mer helhetlig rusmiddelpolitikk. Tjenestene skal henge bedre sammen, og bygges tettere opp rundt den som trenger hjelp. Videre skulle det arbeides med å styrke kvaliteten på tjenestene. Bruk av diagnostiske verktøy, for å vurdere om en person med rusproblemer har rett til nødvendig helsehjelp og behandling i spesialisthelsetjenesten (Kunnskapsdepartementet, 2012). Prioriteringsforskriften (2012) angir retningslinjer for når pasientene har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Målet er

å sikre lik tilgang på tjenester og kvalitet, og med veiledende frister for når behandlingen skal startes. Også her presiseres samhandling med relevante aktører i første- og andrelinjetjenesten. Inngangsporten for og bestemmelsene som regulerer retten til helsehjelp finner du i pasient og brukerrettighetsloven (1999). Når noen har en rett må andre ha en plikt, rettighetene etter denne rettsregelen gis som plikter. «Kravene mot helsepersonellet er ikke direkte formulert som plikter, men følger indirekte av plikter helsepersonellet er pålagt i helsepersonelloven» (Molven 2015, s. 127). Hovedvilkår for rett til ytelse er at hjelpen er nødvendig, og må sees i sammenheng med kravet til faglig forsvarlighet og god praksis (Molvin, 2015). Med opptrappingsplanen for rusfeltet (2015) var føringene: et tydelig folkehelseperspektiv, forpliktende samhandling, og økt brukerinnflytelse (Mørland & Waal, 2016). Brukerinnflytelse som en grunnleggende verdi - «Brukeren som viktigste aktør» (Helsedirektoratet, 2014). Tjenestene og tjenestenivåene samarbeider for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester. Tilgjengelighet, kontinuitet og individuell tilpasning som mål for tjenestene (Helsedirektoratet, 2014). Kommunen og spesialisthelsetjenesten har ulike faglige tradisjoner, kompetanse og kan sammen tilby et bredt spekter av tjenester og behandlingstilnærminger. Spesialisthelsetjenesten skal understøtte, men ikke erstatte kommunale tjenester. Kontinuitet og helhetlig helsehjelp for pasienten, kan sikres gjennom et godt fungerende samarbeid mellom fastlegen, annet helse- og omsorgspersoner i kommunen og i spesialisthelsetjenesten og øvrige kommunale tjenester (Helsedirektoratet, 2014).

Personer med rusmiddelavhengighet kan få tilbud, og har behov for hjelp på ulike omsorgsnivå. Vi skiller mellom behandling på 3 nivåer; førstelinjen som her omfatter primært hjelpetilbud på kommunalt nivå, Spesialisthelsetjenesten med Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Sistnevnte er inndelt i behandling gjennom poliklinisk oppfølging der pasienten må reise til poliklinikken for å få hjelp, og døgnbehandling som i tillegg har et kontrollert miljø der pasienten er skjermet og får omsorg og beskyttelse. I førstelinjen, som i engelsk språklig litteratur omtales som «community care» har vi hjelpere og behandlere som skal følge personen på lang sikt med ansvar for omsorg og oppfølging. Et eksempel er fastlegen. Det er her viktig å skape samarbeid mellom de ulike aktørene og at pasienten får en helhetlig oppfølging (Mørland & Waal, 2016). Ved å gi pasienter tilbud om innleggelse i TSB, kan behandlingen gis tett og kontinuerlig i avdelingen. Mye kompetanse og tverrfaglig samarbeid med spesialister

tilrettelagt for å gi en helhetlig god hjelp. Innleggelse i TSB har et høyt kostnadsnivå. I mange land har institusjonstilbudet blitt redusert på grunn av økonomiske hensyn. Men hva trenger egentlig pasientene? Hvilken behandling kan gjøres best på de ulike nivåene? Det er flere grunner for å stille spørsmålet. Det vil være riktig å velge det billigste alternativet-ut fra en kostnad-nytte- prinsipp (Mørland & Waal, 2016). Samtidig kan opphold i døgnbehandling ha negative konsekvenser, og har en tidsramme. Målet er at pasienten skal tilbakeføres til sitt hjemmemiljø etter opphold, og kommunen ved behov for videre hjelp. Svaret på spørsmålet blir at pasienten skal behandles på det omsorgsnivået som best gir fordeler i forhold til kostnad, og som best ivaretar pasientens egne behov (Mørland & Waal, 2016). Med opptrappingsplanen for rusfeltet (2015) var en uttalt og ønsket utvikling innen TSB i retning av mer ambulante og polikliniske tjenester. Videre at brukerens og de pårørendes behov skal være utgangspunkt for omfang av innholdet i tjenestene og ha pasienten i sentrum. Samtidig som brukerens kompetanse må inngå som en del av fagperspektivene, uavhengig omsorgsnivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette betyr at poliklinisk avrusning både henger sammen med føringen om mer polikliniske tjenester og om et utstrakt samarbeid mellom nivåene i forhold til samhandling for den enkelte pasient.

Nyere politisk initierte føringer for hvordan rusbehandling gjennomføres er beskrevet i egen pakkeforløp for rus (Helsedirektoratet, 2018). Bakgrunnen er et ønske om mer forutsigbarhet, trygghet og medvirkning for pasientene som behandles i tjenesten. Retningslinjene tar høyde for tilbakefall (Helsedirektoratet, 2018). Tradisjonelt har det vært et klart skille mellom avrusning og behandling. Når en person starter i behandling for rusmiddelproblemer, er det ofte et krav at pasientene er rusfrie. Fra en biologisk side trenger nervesystemet noe tid for å normalisere seg. Etter å ha vært påvirket av rusgifter og gjenvinne en tilnærmet normal funksjon. Dette har betydning i forhold til motivasjon og for kognitive funksjoner som påvirkes av rusen (Mørland & Waal, 2016). Abstinensreaksjoner er vanlig for pasienter som er avhengige av ulike dempende midler. Abstinensreaksjonene kan for noen være plagsomme, og noen ganger farlige. Angst, uro og andre kroppslige reaksjoner kan forekomme. Behandlingsmålet er å fjerne og eller dempe symptomene. Ruslengsel og uro er vanlig. Avvenningen kan være krevende, og psykiske reaksjoner som har vært dempet av rus kan aktiviseres (Helsedirektoratet, 2016b; Mørland & Waal, 2016). Pasienter kan ha behov for avrusning i starten av, eller underveis i et behandlingsforløp. I TSB pakke forløp (2018) står det at avrusningen bør

omfatte basis kartlegging og utredning av pasientens tilstand. Også her ønsker og behov for videre oppfølging dersom pasienten er i stand til dette. Prinsipp om medvirkning forsøkes ivaretatt ved at pasienten skal ta et informert valg, der pasienten får kjennskap og informasjon om hvilke muligheter pasienten har og behov for behandling- der pasient og behandler sammen blir enige om alternativet som er riktig for pasienten. Ønsker pasienten, og eller har behov for videre behandling er det et mål at dette skal skje direkte uten stopp. Ved tilfeller av øyeblikkelig-hjelp-situasjon, starter pakkeforløpet når pasienten vurderes som klinisk stabil, og det vurderes behov for videre utredning og/eller behandling i TSB. Beslutning om pasienten skal inn i pakkeforløp skal som hovedregel tas innen 2 uker etter en slik vurdering. Dette innebærer for disse pasientene, at beslutning om pakkeforløp kan tas mens pasienten fremdeles er i avrusning. Men det forutsetter at pasienten er vurdert som stabil, og har behov for videre oppfølging i TSB. Pasienter i TSB vil som hovedregel være i ett pakkeforløp (Helsedirektoratet, 2018).

2.3 Hva er poliklinisk avrusning: gjennomføring, ulike rusmidler, for hvem?

For avrusning er anbefalingen at poliklinisk avrusning bør vurderes når følgende forhold er tilstede: et ønske fra pasienten, avhengighet av et rusmiddel, begrenset blandingsmisbruk, ikke tidligere komplikasjoner ved avrusning, ikke samtidige alvorlige somatiske og/eller psykiske helseproblemer, og ikke kompliserende tilstander som f.eks. graviditet. Det er internasjonale variasjoner når det gjelder anbefalinger på hvilket nivå pasientene bør avruses. I veilederen (2016) står følgende: «Når det gjelder valg av behandlingsnivå ved avrusning varierer de internasjonale anbefalingene. Konsensuspanelet som skrev den amerikanske retningslinjen for SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) om avrusning, anbefalte institusjonsavrusning for alkohol, avhengighetsskapende legemidler og opioider. Retningslinjene fra NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) anbefaler avrusning fra alkohol på institusjon eller forsterket poliklinisk avrusning hvis pasienten har drukket over 15 alkoholenheter daglig eller skårer over 20 på AUDIT (NICE clinical guideline 115).» (Helsedirektoratet, 2016b). Viser til artikkelen for hvordan intervensjonen er gjennomført i vår studie. Anbefalingen fra nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og legemidler (2016b) sier at følgende skal sikres: Pasienten skal ved oppstart vurderes av lege. Pasienten skal ha daglig tilsyn,

enten ved oppmøte eller ved hjemmebesøk av helsepersonell. Behandlingen skal koordineres av TSB eller fastlege. Videre at i hjemmet får pasienten nødvendig oppfølging av personer som bidrar til trygghet og overvåking av pasienten. Hjelpemiddelet har etablert en kontakt med støttepersonene, og disse skal ha instruksjoner om når, og hvordan de kan henvende seg til helsepersonell. Oppstår det alvorlige abstinenssymptomer eller pasienten ikke klarer poliklinisk avrusning bør personen legges inn på avrusningsenhet (Helsedirektoratet, 2016b). Ved videre poliklinisk behandling etter avrusning, bør pasienten få ny timeavtale før utskrivelse. Denne timen bør maks være tre kalenderdager etterpå (Helsedirektoratet, 2018)

Det vil være forskjell på type behandling for de ulike rusmidler når det gjelder den polikliniske avrusningen. Dette står beskrevet i egne kapitler for de ulike rusmiddeltypene i veilederen (Helsedirektoratet, 2016b). For avrusning fra alkohol -må pasienten i tillegg til å følge kriteriene og anbefalingene for poliklinisk avrusning også vurderes: «at pasienten er i stand til å ta legemidler, væske og næring gjennom munnen, ikke mistanke om alvorlig dehydrering eller elektrolyttforstyrrelser, pasienten har ikke hatt alkoholiske kramper eller delirium tremens». Legemidler bør doseres etter et fast skjema ut fra en individuell vurdering. Under selve avrusning, innebærer det et lavt fungeringsnivå på GABA-reseptor. Benzodiazepiner er den sikreste preparatgruppen, og motvirker dette lave nivået. I tillegg til å virke forebyggende på kramper og delirium, og avbrudd i behandlingen. Benzodiazepiner gir høyere subjektiv pasienttilfredshet (Helsedirektoratet, 2016). Ved benzoavhengighet skal en være forsiktig med å bråseponere. Det er anbefalt å tilby en gradvis nedtrapping med benzodiazepiner. Anbefalt nedtrapping er her fra mellom en og seks måneder. Behandlingsresultat bedres ved samtidig psykososial oppfølging (Helsedirektoratet, 2016b).

2.4 Hva sier forskningen om erfaringene med og virkningene av poliklinisk avrusning?

Nadkarni et al. (2017) utførte en systematisk kunnskapsoppsummering, som omfattet 20 studier av community avrusning fra alkohol. Studien gir et bredt bilde av feltet, men med utgangspunkt i studier der den polikliniske avrusningen organiseres og gjennomføres i en kommunal setting. Samtidig vet vi at mange land også har organisert

sin alkoholbehandling på dette nivået – f.eks Danmark. Mye av forskningen på området er eldre, ulike design i studiene, hva som faktisk er målt -og en heterogen populasjon er noe av kunnskapsbildet (Nadkarni et al, 2017). Til tross for de mulige fordelene med avrusning fra alkohol som en oppgave innenfor primærtjenesten, er de tilgjengelige ressursene i mange land hovedsakelig fokusert på spesialisttjenester (Nadkarni et al., 2017). Spesialisttjenester er ressurskrevende. og vanskelig å få tilgang til på grunn av økonomiske og geografiske forhold. Innholdet i hva poliklinisk avrusning innebærer varierer, og det er stort gap i kunnskapsbasert grunnlag for hvordan behandlingstilnærmingen utføres. Studien indikerer behov for mer forskning for å kvalitetssikre sikker og effektiv behandlingstilnærming (Nadkarni et al, 2017). Avrusning alene ikke er en behandling for alkoholavhengighet, eller tilstrekkelig i seg selv. Men bør fungere som en bro til et formelt behandlingsprogram for alkoholavhengighet (Blondell, 2005; Nadkarni et al, 2017). Funnene støtter community avrusning, og behov for å bygge opp kompetanse og kapasitet i primærhelsetjenesten. Enkelte pasienter med mild til moderat avhengighet har kanskje ikke behov for avrusning, men behov for bevisstgjøring og støtte for å ta valget. For enkelte pasienter bør community avrusning sees som et alternativ for å øke tilgangen. Mens de mer komplekse tilfeller bør behandles i spesialisthelsetjenesten (Nadkarni et al, 2017). Poliklinisk avrusning er ikke et realistisk alternativ for hjemløse personer med alvorlig tung rusmiddelavhengighet og alvorlige psykiske eller ved medisinsk komorbiditet (Silins et al., 2008). Poliklinisk avrusning blir vurdert som egnet for pasientgrupper med milde til moderate abstinenssymptomer. En studie indikerte at poliklinisk tilnærming viste seg å være nyttig for kvinner, yngre pasienter, pasienter uten injeksjonsbruk og benzodiazepinavhengige pasienter (Sannibale, 2005). Det etterlyses mer forskning på hvordan ulike pasientgrupper nyttiggjør seg av poliklinisk kontra avrusning ved innleggelse (Day & Strang, 2011).

Få studier som har undersøkt fenomenet fra et pasientperspektiv. En kvalitativ studie av Orford et al (2005) utviklet en modell for endring ut fra klientens perspektiv. Basert på intervju med pasienter etter behandling for alkoholavhengighet. Studien bidrar med kunnskap for å forstå når det er tilnærmet lik effekt av behandlingsformer, må endringsprosessen sees ut fra pasientens perspektiv -som en mer kompleks prosess som består av deler med både kognitive, sosiale og atferdsmessige endringer. Tidligere var det ikke etablert en tradisjon å se på sammenheng med behandlingsresultat, og erfaring

fra pasienter (Orford et al., 2005). Studiens funn kan bidra til å forstå mangel på forskjeller mellom behandlingsformer, og betydningen av felles faktorer (Orford et al., 2005). Et eksempel her er en studie av Strobbe et al. (2004) der pasientene ble spurt om å evaluere spesielle aspekter ved den kliniske pleien. Behandlingsprogrammet bidro til en kontekst som styrket effektiv avrusning, ved å anvende prinsipper av miljø terapi til en intensiv poliklinisk modell (Strobbe et al., 2004). En annen studie der deltakerne valgte å delta i et det intensivt dag program på klinikken, med en plan om å fortsette i dagbehandling etter avrusning. Ble utført av Carlebach et al. (2011) som undersøkte erfaringene ved samtidig hjemme avrusning og psykososial støtte. Begge studiene viste høy grad av vellykket gjennomføring, og pasient tilfredshet. Brukere verdsatte det terapeutiske forholdet til sykepleiepersonal, og viktigheten av tilgjengelighet gjennom hele avrusningen. Dette var til mer hjelp for abstinenser og tilfriskning, enn hvis de kun hadde gjennomført medisinsk avrusning (Strobbe et al., 2004; Carlebach et al., 2011). En randomisert kontrollert studie av deltakere gjennomført av Alwyn et.al. (2004). fant at en kort psykologisk intervensjon økte effekten av hjemme avrusning fra alkohol. Studien fant at det var vellykket og kostnadseffektivt, å legge til en psykologisk intervensjon som komponent (Alwyn et.al., 2004). Avrusning i avrusningsenhet kostet ni ganger så mye som hjemme avrusning. Det var også betydelige forbedringer på utfallsmål for både kontrollgruppen og behandlingsgruppen, noe som tyder på at den enkle medisinske avrusningen i seg selv ser ut til å være effektiv (Alwyn et.al., 2004). En studie av Deacon et.al (2014) har sammenfallende funn basert på et kortsiktig ambulant avrusnings regime på en medisinsk helsetjeneste, som ble gjennomført uten tilskudd av spesifikke midler. Pasientene brukte ulike rusmidler, noen hadde også blandingsmisbruk. De fleste som startet fullførte programmet (Deacon et.al, 2014). Implikasjoner for utøverne er at ambulant avrusning vellykket kan gjennomføres og innarbeides i eksisterende offentlige narkotika og alkoholtjenester, selv om støtte fra klinikkpersonal er viktig (Alwyn et al.; 2004; Deacon et al., 2014).

En nyere studie av Wright et.al (2018) viser at der både hjemmebasert og innleggelse i døgn er egnet avrusningsform, synes hjemmebasert å presentere et mer akseptabelt og billigere alternativ. Spesielt hvis det å bruke tid hjemmefra er forstyrrende -og hvis rusbruken er mest problematisk når personen er hjemme. En barriere er lav bevisstgjøring om programmet, og vanskeligheter med å finne en passende støtteperson. Videre konkluderer studien med viktigheten av å øke bevisstheten rundt veier inn til

leverandører i primærhelsetjenesten og henvisinger, som å involvere fastlegen i hjemme avrusning er viktig for suksess (Wright et al., 2018).

3.0 Metode

3.1 Bakgrunn for valg av metode

I utformingen av forskningsdesign er det spørsmålet vi stiller som bestemmer metoden (Bjørndal & Hofoss, 2017). Formuleringen i problemstillingen viser at spørsmålet vi er ute etter å si noe om er betydningen ut fra pasient perspektiv. Når vi har valgt perspektiv på denne måten velger vi hva vi ønsker å belyse, og hva oppmerksomheten vår rettes mot. Hvilke svar vi får avhenger av spørsmålet vi stiller (Thornquist, 2003).

Problemstillingen vokste frem med bakgrunn i at litteratursøk viste at det tilsynelatende eksisterer lite forskning på området innenfor en norsk kontekst, både kvalitativt og kvantitativt. Et kunnskapshull gjør studien eksplorerende, der vi ønsker å utforske fenomenet for å få en større innsikt og forståelse. Dette gav rom for fleksibilitet i studien, og åpenhet i forhold til teoretisk perspektiv og det som kom frem. Det var ønskelig at dataene skulle være styrende for prosessen, og at problemstillingen var mer åpen (Thaagard, 2013). Det ble naturlig å bruke kvalitativ design som er egnet til å studere komplekse fenomener og menneskers opplevelser. Ved å gå i dybden istedenfor å se mer på effekt og utbredelse som kjennetegner kvantitative design (Bjørndal & Hofoss, 2017; Thaagard, 2013). Som metode for å hente inn data ble det i studien benyttet individuelle dybdeintervju av pasienter. Dybdeintervju brukes for å få en større forståelse av informantens livsverden og meningstolkning- mer spesifikt i studien pasientenes erfaring med intervensjonen (Kvale & Brinkmann, 2009). Selve intervjuet gir forskeren en god mulighet for kontakt, og dialog for å undersøke informantens forståelse av sin erfaring (Thaagard, 2013).

3.2 Brukerperspektivets betydning i utviklingen av tjenester

Tidligere har fokuset vært så sterkt på kvalitetssikringen med rutiner og prosedyrer, der pasientenes subjektive vurdering av behandlingseffekten ble sett på som ufaglig.

Fokuset har vært på godt dokumenterte, strenge vitenskapelige kriterier ved bruk av

randomiserte kontrollerte studier som måler hva som er effektiv og god behandling (Tuseth, 2007). Hvis vi ser mennesket som et rent naturfenomen, som gjøres til en gjenstand for vitenskap, står vi i fare for å redusere bort det som er unikt for mennesket (Thomassen, 2006). Ifølge Skjervheim (1974) kan ikke mennesket sammenliknes med naturgjenstander, da mennesket til forskjell reflekterer seg selv (i Tuseth, 2007, s. 43). Her har det skjedd et paradigmeskifte -endring med veiledende retningslinjer der brukeren løftes frem som den viktigste aktøren. Pasientens helsetjeneste, der pasientens erfaringer skal anvendes sammen med faglig kunnskap i det daglige arbeidet (Helsedirektoratet, 2014). Samtidig som føringer åpner opp for at flere fellesfaktorer påvirker behandlingsresultatet, uavhengig behandlingsmetode. Relasjonelle og organisatoriske-tilgjengelighet, kontinuitet og individuell tilpasning. Personer med rusmiddelproblemer må møtes og forstå med et bredt kunnskapssyn (Helsedirektoratet, 2014).

3.3 Vitenskapsteori

Ifølge Malterud (2017) er subjektivitet et viktig stikkord innenfor kvalitativ forskning. Målet er å utforske meningsinnholdet gjennom en systematisk fortolkning. Studien har en fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming som utgangspunkt. Fenomenologisk fordi spørsmålene i studien stilles direkte til pasientene. For å få et innblikk i deres erfaringer og hvordan poliklinisk avrusning var for dem. Studien ønsker og tar på alvor at det er pasientens opplevelse som utforskes., Forståelsen av hva som er virkelig, er slik det oppfattes for dem. Pasientens historie fremholdes, dette er i tråd med bruker perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2009; Thornquist, 2003). Studien er også hermeneutisk da pasientens erfaringer blir fortolket opp mot det å nyttiggjøre seg av poliklinisk avrusning- selve den polikliniske avrusningen pasientene har vært gjennom (Thornquist, 2003).

3.4 Utvalg

Informantene ble rekruttert direkte gjennom en rusbehandlingsinstitusjon i Helse Vest. Det var variasjon i alder, bruk av rusmidler og lengden av avhengighet. Deltakerne bestod av 4 kvinner og 3 menn. De ble valgt ut strategisk, da de hadde de egenskapene

masterstudien ønsket å utforske (Thagaard, 2013). Til forskjell fra kvantitative studier hvor utvalget skal være representativt, er det avgjørende i kvalitative studier at utvalget er egnet til å utforske problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2009). Det viste seg at det ikke ble gjennomført så mange polikliniske avrusningsforløp som først tenkt når kvalitetsforbedrings prosjektet / intervensjonen ble planlagt. Det var ikke mange som takket nei til å bli intervjuet, som hadde takket ja til poliklinisk avrusning. En pasient som gikk til poliklinisk oppfølging, som hadde tidligere erfaring med poliklinisk avrusning ble inkludert som en del av utvalget. Det endelige utvalget ble et tilgjengelig utvalg. Utvalget i studien beskriver den kliniske virkeligheten. Hvor det er riktig å tilpasse og improvisere på tross av anbefalinger, ved å høre og vektlegger pasientens stemme. Når pasienten ønsker behandling utenfor det som er anbefalt. Deltakerne fremstod på ulik måte i intervjusituasjonen. Kommunikasjonen opplevdes å ha sammenheng med situasjonen i forhold til tid etter avrusning, og at det var av betydning hvor lenge det var mellom gjennomføringen av avrusning og intervjutidspunktet og hvor deltakeren var kommet i sin prosess med å få kontroll på sitt rusproblem. Et eksempel var et intervju som ble gjennomført cirka 6 måneder etter poliklinisk avrusning var forsøkt. Her erfarte jeg som intervjuer at kommunikasjonen stoppet opp, og svarene ble korte. Det virket som om deltakeren blandet sammen de ulike fasene i behandlingsprosessen og ble usikker. Både før og etter intervjuet snakket deltakeren mye og smilte. Her kan noe av forklaringen være knyttet til det kognitive. Samtidig bar noen av deltakerne preg av at det var kort tid siden avrusning- som er en krevende prosess, og de tok lett til tårene. De var åpne om at de hadde det vanskelig, og hadde mange følelser som var aktive etter avrusningen. Intervjuene ble likevel fullført, da de uttrykte at det opplevdes greit for dem. Mens noen deltakere hadde et høyere stemningsnivå, og var inne i en positiv prosess.

3.5 Datainnsamling

Individuelle intervju med pasienter ble valgt da det var ønskelig å få frem fyldige beskrivelser med fokus på erfaringene deres. Det er viktig for resultatene at intervjusituasjonen tilpasses, å få deltakeren til å slappe av, og føle seg komfortabel. Jeg avtalte med den enkelte hvor de ønsket å treffes for å gjennomføre intervjuet (Thagaard, 2013). Det ble noen avlysninger, men det ble da avtalt nytt tidspunkt og gjennomført intervju. Før selve intervjuene med deltakerne i studien, ble det gjennomført et

pilotintervju. Et intervju som hadde som mål å teste ut hvordan intervjuguiden fungerte. Slik at en i etterkant kunne endre og tilpasse spørsmålene. Ettersom masterstudien var tilknyttet en prosjektgruppe, var det mulig å gjennomføre et pilotintervju med brukerrepresentant som var tilknyttet prosjektet. Pilotinformanten hadde brukererfaring, og nødvendig kunnskap for å optimalisere intervjuguiden. Intervjuguiden som ble brukt var laget på forhånd med åpne spørsmål, der jeg oppfordret til fri fortelling innenfor gitte temaer se intervjuguide (Vedlegg 2). Hensikten var å få et innblikk i informantens meningsverden, som kan skapes ved at en får informantene i tale og får en flyt i kommunikasjonen (Thornquist, 2003). Intervjuguiden var fleksibel, rekkefølgen på spørsmålene varierte, med mulighet for å vende tilbake til den for å få informasjon om de ulike temaene (Malterud, 2017). Alle intervjuene ble tatt opp på lydopptak, med unntak av ett intervju der deltakeren ikke ønsket dette og det ble tatt notater underveis. Ved å benytte seg av lydopptaker sikres en nøyaktig gjengivelse av det som blir sagt. Etter det enkelte intervjuet bruke jeg likevel tid til å skrive ned hvordan jeg opplevde intervjuet. Jeg prøver å sammenfatte hva jeg opplevde som var hovedinntrykket i det som ble sagt. Intervjuene ble fortløpende transkribert ordrett, og pauser ble markert. Når en transkriberer intervjuet, struktureres datamaterialet for analysen (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.6 Analyse

Etter transkriberingen av intervjuene satt jeg igjen med over 80 sider tekst, som var dataene mine. Som nybegynner innenfor forskning, ønsket jeg en anerkjent metode for analyse som jeg kunne støtte meg til. Det er viktig for studiens validitet at en velger anerkjente referanser for fremgangsmåter for analysen (Malterud, 2017) Jeg valgte Malteruds systematisk tekstkondensering (STC) som gav en tydelig oppskrift delt inn i 4 faser/trinn jeg skulle følge for å komme frem til resultater. Selve analysefasen er beskrevet i artikkelen. Se vedlegg 5 for matrise: kondensering av tekst eksempel. De endelige resultatene som presenteres viser hvilken måte dataene har blitt jobbet med på, og hvor grundig analysen har vært. (Thagaard, 2013). Resultatene skal ha sammenheng og være svar på problemstillingen. Hvilke sider er viktige å få frem, og hvilken stil teksten skal ha krever at en som forsker gjør bevisste valg og systematisk behandling av dataene underveis. I resultatdelen i artikkelen har det vært et mål å oppsummere og formidle de funnene studien har resultert i (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2017).

Analysen resulterte i 4 resultat kategorier, som ble utgangspunkt for hver sin overskrift i artikkelen. I arbeidet med artikkelen må en gjøre en utvelgelse av resultater, en må velge hvilken historie, men også hvordan vi vil fortelle den. Viktigheten av å være bevisst på perspektiv vi sier vi skal ha, og hvilken stemme som blir fremstilt (Sandelowski, 1998).

Det finnes ingen standardoppskrift for presentasjon av kvalitative funn, som igjen åpner opp og gir en rom for valgmuligheter. Likevel er sitater den vanligste måten å gjøre dette på (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 282). Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) kan intervjuer være kjedelige og fremstå som usammenhengende om ikke forskeren gir dem perspektiv og mening kommer tydelig frem (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 281). Ifølge Sandelowski (1998) må en ha jobbet med empirien og analysen grundig, for at en som forsker kjenner materialet på en slik måte at en har nok følelse til å gjengi på en tilfredsstillende måte. Sitatene som presenteres under funn ble språk vasket for dialekt og fremstilles i en skriftlig form, uten at dette gikk på bekostning av meningsinnholdet (Kvale & Brinkmann, 2009; Thagaard, 2013).

3.7 Forskningsetiske overveielser

Masterstudien er gjennomført i tråd med vanlige forskningsretningslinjer, prosjektet ble godkjent av REK 2017 / 173 (Se Vedlegg 1). Min veileder Anne Schanche Selbekk var ansvarlig for godkjenning. Min andre veileder Reidar Stokke har vært overordnet faglig ansvarlig for intervensjonen. Det å ha med andre mer erfarne forskere som veiledere er en styrke for masterprosjektet. Samtidig som det er en trygghet for meg, og som er med å løfte kvaliteten.

Deltakerne i studien har fått informasjon om prosjektet muntlig og skriftlig. Det forelå et informert samtykke før intervjuene ble gjennomført. Samtykket var skriftlig og ble gitt fritt uten noen form for ytre press. Samtidig som det fremgikk klart at det er lov å avbryte deltakelsen uten negative konsekvenser. Det ble i tillegg gitt et muntlig samtykke for bruk av lydopptaker (Thagaard, 2013; NESH, 2016).

I informasjonen om prosjektet fremgår det tydelig at konfidensialitet skal sikre at private data som kan identifisere ikke skal avsløres. Formålet er å sikre anonymitet, og å hindre bruk av informasjon som kan skade deltakerne (NESH, 2016). Både samtykkeskjema der navn på informantene forelå og lydopptak ble lagret i låst skap i

låst rom separat fra hverandre. Intervjuene ble transkribert og potensielt indirekte personidentifiserbar informasjon ble anonymisert fortløpende. Lydfilene ble slettet etter at transkriberingen var ferdigstilt. Samtykkeskjema destrueres etter at prosjektet er avsluttet (Thagaard, 2013; NESH, 2016).

3.8 Metodediskusjon

Intervjuferdigheter trengs å øves på, og det blir lettere jo mer en øver seg. Samtidig så krever det at den som blir intervjuet åpner seg opp. Det ble for hvert enkelt intervju satt av tid og brukt noen minutter på småprat, og for å gjenta studiens hensikt. Dette er viktig fordi det sier noe om hvorfor vi er her, og forskningsintervjuet er ikke en likeverdig samtale mellom to personer. Det er forskeren som bestemmer agendaen. Samtidig er det viktig å lytte å være oppmerksom på deltakeren, og få en flyt i samtalen (Kvale & Brinkmann, 2009). Det var nyttig å gjennomføre pilotintervju, der jeg fikk prøve meg i selve intervjusituasjonen. Jeg fikk tilbakemeldinger både i forhold til hvordan spørsmålene var, og hvordan jeg fremstod. Det var lett å være selvkritisk når en transkriberte intervjuene, på hvordan en burde fulgt opp ulike utsagn. Som nybegynner innen forskning og med intervjueteknikk opplevde jeg at dette gikk lettere etter hvert.

3.9 Kritisk refleksjon

Ifølge Malterud (2017) er det avgjørende hvordan kunnskapen innhentes og behandles i prosessen om studien holder mål vitenskapelig. Det er viktig for leseren å kunne stole på at kunnskapen tilfredsstillende krav til vitenskapelighet som vi har. «Intersubjektivitet» viser til å gi leseren innsikt og synliggjøre veien og prosessen i studien (Malterud, 2017). Jeg vil ta utgangspunkt i Malterud (2017) fremstilling av betingelser for vitenskapelig kunnskap; refleksivitet, relevans og validitet som presenteres nedenfor.

3.9.1 Refleksivitet

«Refleksivitet handler om forskerens forutsetninger og tolkningsramme» (Malterud, 2017, s. 18). Bakgrunnen for valg av masterstudien, er fordi jeg ble nysgjerrig på et allerede planlagt større prosjekt på en rusbehandlingsinstitusjon i Helse Vest. Jeg har ikke jobbet innen rusfeltet tidligere, og min forforståelse er teoretisk. Jeg gikk inn i

prosjektet med åpent sinn og ønske om å utvikle ny kunnskap som fagfeltet uttrykte behov for. Likevel har jeg med min bakgrunn som sosionom, og flere års arbeid innenfor psykisk helsevern og barnevern. Jeg er jeg vant å møte andre mennesker, og å være i en hjelperrolle. Å gå inn i en ny rolle som forsker er spennende, men også uvant. Det å holde seg litt i bakgrunnen og være nysgjerrig på historien som fortelles, uten å komme med forslag eller tilby hjelp. I intervjuet bruker en seg selv som forskningsverktøy. Om en prøver å være objektiv og gjengi det som blir sagt, kan en ikke innbille seg at en blir usynlig og ens tilstedeværelse ikke har en betydning (Malterud, 2017).

Som masterstudent og uten forskererfaring er en i en læreprosess, der veilederne er viktige for å bidra til kvalitet. Kvaliteten økes gjennom refleksjon, bevissthet rundt valg som tas og systematikken i prosessen. Jeg har deltatt på metodeseminar for masterstudenter ved Universitet i Stavanger, hvor det er krav om aktiv deltakelse og presentasjon av egen studie samtidig som en selv skal bidra og komme med innspill til andres arbeid.

Jeg har i tillegg fått tett oppfølging av mine veiledere som har bidratt til at jeg har følt en trygghet på min rolle som masterstudent og forsker. Videre har samarbeid med brukerrepresentant, og deltakelse i prosjektgruppen hvor deltakerne hadde ulik faglig; og erfarings kompetanse utvidet min tolkningsramme. Deres innspill og kunnskap har økt forutsetningene mine til å jobbe med dataene og tolke funnene. Ved å presentere og dele erfaringene for andre og i prosjektgruppen, har jeg fått ytterligere innspill og må argumentere for valg og reflektere høyt.

3.9.2 Relevans

«Relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til» (Malterud, 2017, s. 21). Studien er et ønske fra fagfeltet, og det er behov for mer informasjon. Denne studien tilfører innsikt i noen av pasientenes erfaring med intervensjonen-poliklinisk avrusning. Studien ønsker å utforske forhold som har betydning for å nyttiggjøre seg av poliklinisk avrusning ut fra pasient perspektiv. Det er deres stemme som kommer frem, og det som var viktig for dem slik de opplevde det. Vi kan ikke vurdere effektiviteten av intervensjonen, eller gi en helhetsvurdering av poliklinisk avrusning som behandling. Vi måtte da ha intervjuet og inkludert pårørende og eller fagpersonene som var involverte

for et mer nyansert bilde. Studien kan ikke generaliseres. Utvalget i studien består av for få deltakere og dette er heller ikke et mål (Kvale & Brinkmann, 2009). Samtidig vil funnene i studien ha relevans for det kliniske fagmiljøet. Erfaringene pasientene har delt som ny informasjon, og kunnskapen kan bidra til kvalitetsforbedring. Kunnskapen kan gi inspirasjon til endring (Malterud, 2017). I prosjektet og kontakten med fagmiljøet har det vært mulig for hjelp til å fokusere hva som er faglig relevant, og ha et kritisk blikk på fremstillingen. Når vi ser på tall og da ser på hvor mange som mottar rusbehandling hvert år, ser vi en dreining fra døgnbasert tilbud til poliklinisk tilbud generelt dette styrker relevansen av denne studien (Oslo-universitetssykehus, 2019).

3.9.3 Validitet

«Validitet handler om gyldighet-hva forskeren egentlig har funnet ut noe om» (Malterud, 2017, s. 23). Jeg har valgt å intervju pasienter som nettopp har vært igjennom en avrusning, både med tanke på kognitiv fungering og hva de husker av prosessen de har vært gjennom har variert. Det var også forskjell på hvor lenge siden de hadde gjennomført, eller prøvd den polikliniske avrusningen på intervjudispunktet. Alt dette kan ha betydning for hvilke data vi får. Det kan også tenkes at noen av deltakerne ikke var innenfor inklusjonskriteriene for poliklinisk avrusning i utgangspunktet. Slik som pasient 5 med antall rusmidler. Også pasient 6 som egentlig skulle motta avrusning i døgn, men som valgte å reise til familie og fortsette nedtrappingen poliklinisk. Overførbarhet er ofte knyttet til utvalget (Malterud, 2017). Det tilgjengelige og endelige utvalget i denne studien gjenspeiler slik det ofte er i klinisk praksis. Variasjon og bruk av skjønn, der fagpersoner må gjøre individuelle vurderinger for hva som er forsvarlig praksis. Det er også av betydning for studien gyldighet om den svarer på det den sier den skal utforske. Samtidig som det er viktig at en benytter seg av riktig metode for å få tilgang til denne kunnskapen. For å kunne svare på problemstillingen har vi i studien benyttet oss av dybde intervju med pasientene. Hvem kan vel bedre gi svar enn å henvende seg direkte til primærkilden. Hvilke forhold fra pasient perspektiv er ordlyden i problemstillingen. Om intervensjonen er gjennomført i TSB, kan funnene være av interesse også for behandling og i samarbeid på annet nivå.

Alle deltakerne med ett unntak har hatt alkohol som sitt primære rusmiddel. Vi kan derfor ikke uten videre overføre funnene til å gjelde andre rusmidler, eller

blandingsmisbruk. En svakhet med studien er at vi kun har gjennomført 7 intervju. Dette har sammenheng med at man i forbindelse med kvalitetsprosjektet ikke har klart å rekruttere så mange pasienter som man hadde estimert på forhånd, til tross for engasjerte klinikere og samarbeidspartnere. Datainnsamlingen pågikk i en pilotfase der poliklinisk avrusning ble prøvd ut, og derfor ikke har rekruttert så mange pasienter som man ønsket. Av de som ble intervjuet var det kun halvparten som gjennomførte poliklinisk, dette kan ha ført til at opplevelsen av hvordan poliklinisk avrusning fungerte for dem var så forskjellig. Funnene i studien må sees i sammenheng med endringer i rusbehandling- der datainnsamlingen har pågått i en periode med innføring av pakkeforløp i TSB - uten at vi har problematisert dette ytterligere.

4.0 Resultater

Det vises til artikkelen for en fullstendig presentasjon av funn. Nedenfor presenteres kort studiens hovedfunn knyttet til 4 temaer: betydningen av det polikliniske opp mot døgn, betydningen av støtte og nettverk, betydningen av profesjonelle samarbeidsrelasjoner og kontinuitet i behandlingen, og betydningen av oppfølgingen som gis.

Betydningen av det polikliniske opp mot døgn

Deltakerne gir uttrykk for at poliklinisk avrusning er mindre inngripende tiltak, og at terskelen for å ta imot tilbudet er lavere enn ved vanlig innleggelse. Dette kan tyde på at poliklinisk avrusning også er et viktig alternativ for å nå frem til og trygge avrusning for en pasientgruppe som tidligere ikke har benyttet seg av hjelp til avrusning fra helsepersonell. Samlet sett kan tilbudet for noen fremstå som et bedre tilbud, mer behagelig og oppleves mindre stigmatiserende. Mens for noen er det et feil tilbud og ikke nok, avhengig av problematikk, mentaltilstand, og ulike nivå av abstinenser.

Betydningen av støtte og nettverk

Deltakerne uttrykker at for å klare å holde opplegget er de avhengig av at de har noen der hjemme, Samlet sett kan en si at omgivelsene rundt pasienten spiller en rolle og

tilgang på pårørende kan være en ressurs og være viktig som samarbeidspart da de er den personen som er stabil i pasientens liv og som ser pasienten i det daglige.

Betydningen av profesjonelle samarbeidsrelasjoner og kontinuitet i behandlingen

Flere av deltakerne uttrykker at de opplever god dialog med fastlege og eller psykolog, og opplevde de som tilgjengelige og støttende. Dette kan tyde på at allerede påkoblet hjelpeapparat kan ha en nøkkelrolle i å få pasienter inn i avrusning, og eller støtte som kan bidra til gjennomføring og oppfølging i etterkant.

Betydningen av oppfølgingen som gis

Flere deltakere uttrykte det som positivt å ha noe å gå til, og at det var nok med kort møte, og at det likevel var en heldøgnprosess der hele uken gikk med til dette. Samlet sett virker det som om daglige møte og bruk av medisiner med nedtrapping ivaretok behov for assistanse, og bidro til gjennomføring. Der det ikke fungerte var det behov for tettere struktur. Dette kan tyde på behov for å gjøre behandlingen mindre skummel, ved å gi nok informasjon i forkant om hva tilbudet faktisk innebærer. Pasientene er sårbare også kognitivt og det er viktig å være oppmerksom på dette.

5.0 Avslutning

Det har i kappen vært forsøkt å gi leseren en innføring i kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for studiens problemstilling. Det metodiske arbeidet bak oppgaven har blitt løftet frem slik det for leseren skal være mulig å kunne bedømme studiens kvalitet. Det viser i denne sammenheng til artikkelen der masterstudiets funn blir diskutert, samtidige implikasjoner for videre forskning og svar på problemstillingen studien stilte.

Denne masterstudiens tema har stor relevans, både i forhold til utviklingen av bedre behandlingsformer og ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Poliklinisk avrusning er en behandlingsform med et lavere kostnadsnivå enn avrusning i døgn. Samtidig er ikke det en god nok grunn i seg selv for en større implementering av behandlingen, den må også være en god behandling tilpasset den enkelte pasient sine behov. Studien viser imidlertid at for noen er poliklinisk avrusning et foretrukket tilbud, og at det her ligger

et potensial for å utvide tilbudet av slike tjenester. Samtidig vil ikke et tilbud om poliklinisk avrusning kunne erstatte noen pasienters behov for avrusning med døgnbasert omsorg og oppfølging.

6.0 Referanser

- Adams, P. J. (2008). *Fragmented intimacy: addiction in a social world*. New York, Springer.
- Alwyn, T., John, B., Hodgson, R.J. & Phillips, C.J. (2004).
The addition of a psychological intervention to a home detoxification programme. *Alcohol and Alcoholism*, 39(6), 536–541.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agh092>
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2017). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Blondell, R.D. (2005) Ambulatory Detoxification of Patients with Alcohol Dependence. *American Academy of Family Physicians*, 71, 495-502, 509-10.
- Carlebach, S., Wake, D. & Hamilton, S. (2011).
Experiences of home detoxification for alcohol dependency, *Nursing Standard*, 26(10), 41-47
- Day E. & Strang J. (2011) Outpatient versus inpatient opioid detoxification: A randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment* 40(1): 56-66.
- Deacon, R.M., Hines, S., Curry, K., Tynan, M. & Day, C.A. (2014) Feasibility of ambulatory withdrawal management delivered in a NSW drug health service and correlates of completion. *Australian Health Review*, 38, 186-189.
<http://dx.doi.org/10.1071/AH13014>
- Duckert, F., Lossius, K., Ravndal, E. & Sandvik, B. (2008).
Kvinner og alkohol. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fleeman, N.D. (1990) Alcohol home detoxification: a literature review. *Alcohol Alcohol* 1997; 32:649 – 56.
- Gossop, M., & Strang, J. (2000) Price, cost and value of opiate detoxification treatments. Reanalysis of data from two randomised trials. *British Journal of Psychiatry*, 177:262-266.

- Helsedirektoratet (2012). *Prioriteringsveileder: tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)-IS-2043*. Hentet fra [https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/seksjon?Tittel=avhengighet-9671#avhengighet--alkohol-som-hovedrusmiddel-\(veiledende-frist-6-uker\)](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/seksjon?Tittel=avhengighet-9671#avhengighet--alkohol-som-hovedrusmiddel-(veiledende-frist-6-uker))
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommunen og spesialisthelsetjenesten*. IS-2076. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>
- Helsedirektoratet (2016a). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet* (sist oppdatert 24.01.2017). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Helsedirektoratet (2016b). *Nasjonal retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler - IS-2211*. (Sist oppdatert 13.mai.2016). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler>
- Helsedirektoratet (2018). *Rusbehandling (TSB) -Pakkeforløp* (sist faglig oppdatert 22.3.2019) Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Opptrappingsplanen for rusfeltet* (Prop. 15 S (2016-2020) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/sec3?is=true&q=d%C3%B8gn+avrusning>
- Helse-Vest (09.04.2018) Tildeling av såkornsmidler 2018. Hentet fra: <https://helse-vest.no/nyheiter/nyheiter-2018/tildeling-av-sakornmidlar-2018#private-ideelle>

- Kunnskapsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. – Rett behandling- på rett sted-til rett tid.* (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Kunnskapsdepartementet. (2012). *Se meg! — alkohol – narkotika – doping.* (St. meld. nr. 30 (2011–2012)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju 2 utgave.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag 4 utgave.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Molven, O. (2015) *Helse og jus, 8.utgave.* Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Nadkarni, A., Endsley, P., Bhatia, U., Fuhr, D.C., Noorani, A., Naik, A., ... Velleman, R. (2017) Community detoxification for alcohol dependence: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*,36, 389-399. <https://doi.org/10.1111/dar.12440>
- NESH. (2016, 27 april). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. De nasjonale forskningsetiske komiteene <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- Nesvåg, S. (2018). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 21-43). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., John, B., Smith, M., Black, R.,... Slegg, G. (2005) The clients` perspective on change during treatment for an alcohol problem: qualitative analysis of follow-up interviews in the UK Alcohol Treatment Trial *Addiction*,100, 60-68.

Doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01291.x

Oslo-universitetssykehus. (2019, 28. mars). Tall og fakta om TSB. Hentet fra

<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/om-tsb/tall-og-fakta-om-tsb#n%C3%B8kkeltall>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV 1999-72-63).

Sandelowski, M. (1998). Writing a good read: strategies for representing qualitative data. *Res Nurs Health*, 21, 275-82.

Sannibale, C., et al. (2005) Process evaluation of an out-patient detoxification service.

Drug and Alcohol Review, Vol.24(6), p.475-481 24(6): 475-481.

Silins, E., C. Sannibale, S. Larney, A. Wodak and R. Mattick (2008) Residential detoxification: essential for marginalised, severely alcohol- and drug-dependent individuals. *Drug Alcohol Rev.* 27(4): 414-419.

Sobell, L.C., Cunningham, J.A. & Sobell, M.B. (1996) Recovery from Alcohol

Problems with and without Treatment: Prevalence in Two Population Surveys. *American Journal of Public Health*, 86(7), 966-972.

Stockwell, T., Bolt, L., Milner, I, Pugh, P. & Young I. (1997) Home detoxification

for problem drinkers: acceptability to clients, relatives, general practitioners and outcome after 60 days. *Br J Addict* 1990; 85:61 – 70.

Strobbe, S., Brower, K. J. & Galen, L.W. (2004) Patient Satisfaction with Outpatient

Detoxification from Alcohol. *Journal of Addictions Nursing*, 15, 23-29.

DOI: 10.1080/10884600490279426

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse en innføring i kvalitativ metode 4* utgave. Oslo: Fagbokforlaget.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap Kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tuseth, A.G. (2007). Med 40 års klinisk forskning som veiviser. I Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A.-G. & Fjeldstad, T. (Red.). *Klienten - den glemte terapeut: Brukerstyring i psykisk helsearbeid* (41-61). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Wright, C.M., Norman, R., Varhol, R., Davis, J., Wilson-Taylor, E., Dorigo, J. & Robinson, S. (2018). Exploring the costs and effectiveness of the Drug and Alcohol Withdrawal Network: a home-based alcohol and other drug withdrawal service. *Australian Journal of Primary Health*, 24 (5) 385-390.
<https://doi.org/10.1071/PY17110>

Del 2 - Artikkel

Sammendrag

Poliklinisk avrusning er lite brukt i Norge. Gjennom et pasientperspektiv utforsker studien hvem poliklinisk avrusning er et godt behandlingstilbud for, og på hvilken måte den bør gjennomføres. I studien ble 7 individuelle intervjuer med pasienter gjennomført. Systematisk tekstkondensering ble valgt som analysemetode. Deltakerne har ulike erfaringer med poliklinisk avrusning. For noen opplevdes det som en bedre behandlingsform, mens for andre var dette et feil tilbud. Behandlingstilnærmingen må ta utgangspunkt i pasientens uttalte behov for hjelp, et tett samarbeid på tvers av omsorgsnivåene, og samtidig etablere et samarbeid med pårørende der det er mulig - for å sikre kontinuiteten i pasientens tilfriskning.

Nøkkelord: Poliklinisk avrusning, kvalitative intervjuer, brukerperspektiv, Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, alkohol.

Abstract

Outpatient detoxification is not commonly used in Norway. Through a patient's perspective, this study explores who outpatient detoxification is a good treatment option for, and in which way it should be implemented. Seven individual interviews with patients were conducted and systematic text condensation analysis used. The participants have different experiences with outpatient detoxification. The treatment approach must be based on the patient's stated need for help, a close cooperation across the levels of care, and at the same time establish collaboration with relatives wherever possible - to ensure the continuity of patient recovery.

Keywords: Outpatient detoxification, qualitative interviews, patient's perspective, specialist health service, alcohol.

Bakgrunn

Avrusning er tidsavgrenset helsehjelp som gis når en person ønsker å avslutte eller begrense sin bruk av rusmidler. Formålet er å sikre en medisinsk forsvarlig avrusning, lindre abstinensplagene og hindre komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2016a). Avrusning i regi av helsevesenet kan skje både gjennom innleggelse og ved poliklinisk oppfølging. Faktorer som kan tale for poliklinisk avrusninger er begrenset bruk av rusmidler uten

kompliserende tilleggsproblemer, tilgang på sosial -og helsefaglig hjelp, og mulighet for hjelp av pårørende/familiesituasjon (Helsedirektoratet, 2016b). I norsk sammenheng forutsetter økt bruk av poliklinisk avrusning et nært samarbeid mellom kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2016b). Retningslinjene og føringene angir at det er ønskelig at man i helseforetakene har tilbud om poliklinisk avrusning (Helsedirektoratet, 2016b).

Poliklinisk avrusning er lite brukt i Norge og behandlingstilnærmingen er lite utforsket. En kartlegging av praksis ved avrusningsenhetene i Norge i 2011-2012 viste at kun 15 prosent av disse tilbød poliklinisk avrusning i tillegg til døgntilnærming (Helsedirektoratet, 2016b).

Internasjonale studier viser at avrusning gjennom henholdsvis innleggelse og poliklinisk oppfølging har cirka samme fullføringsrate (Fleeman, 1997), men poliklinisk oppfølging har en mye lavere kostnadsramme (Stockwell et.al., 1990; Gossop & Strang, 2000). Ut fra et kost/- nytte- perspektiv-, har slike studier i mange år vært begrunnelse for nedbygging av institusjonsbehandlingen (Marshall et.al i Mørland & Waal, 2016). Internasjonalt benytter man seg nå i økende grad av poliklinisk avrusning med oppfølging av helsepersonell (Helsedirektoratet, 2016b).

På den andre siden indikerer studier at poliklinisk avrusning ikke er et realistisk alternativ for hjemløse personer med alvorlig tung rusmiddelavhengighet og alvorlige psykiske eller medisinske komorbiditet (Silins et al., 2008). Poliklinisk avrusning vurderes å være egnet for pasienter med alkoholavhengighet med milde til moderate abstinenssymptomer (Blondell, 2005). En studie indikerte at poliklinisk tilnærming viste seg å være nyttig for kvinner, yngre pasienter, pasienter uten injeksjonsbruk og benzodiazepinavhengige pasienter (Sannibale, 2005). Det etterlyses mer forskning på hvordan ulike pasientgrupper nyttiggjør seg av poliklinisk kontra avrusning ved innleggelse (Day & Strang, 2011).

Det var så langt førsteforfatter kunne se ingen studier som utforsket erfaringer med poliklinisk avrusning fra pasientperspektiv i norsk setting. Hensikten ved studien var å utforske pasienters erfaringer med gjennomføring av poliklinisk avrusning. Studien vil gi feltet økt kunnskap om denne behandlingstilnærmingen, og hvilke forhold man må ta høyde for i utviklingen og gjennomføringen av tilbudet. Studien ønsker å besvare

følgende problemstilling: Hvilke forhold fra pasientens perspektiv er av betydning for å nyttiggjøre seg av poliklinisk avrusning?

Metode

For å besvare problemstillingen ble kvalitative dybdeintervjuer valgt som metode. Bak denne metoden ligger et fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv der formålet er å utforske pasienters livsverden og meningstolkning (Kvale & Brinkmann, 2009), og i denne studien mer spesifikt erfaringer med intervensjonen. Intervjuer egner seg godt til å gi informasjon om opplevelser, og hvordan pasienter forstår sin erfaring (Thaagard, 2013).

Utvalg

Et strategisk utvalg ble benyttet i studien. Deltakerne er rekruttert fra en rusbehandlingsinstitusjon fra juli 2018 til april 2019 blant alle pasienter som ble tilbudt poliklinisk avrusning ved institusjonen i denne perioden. Inklusjonskriteriene for studien er like kriteriene som retningslinje anbefaler (se tabell 2) for avrusning poliklinisk (Helsedirektoratet, 2016b). Samtlige pasienter som ble tilbudt denne behandlingen fikk spørsmål om de ville delta i en studie om deres erfaringer med tilbudet: 8 stykker ga et skriftlig samtykke til dette, en var uaktuell fordi han i stedet ble lagt inn på avrusning i døgn. Utvalget bestod da av 7 pasienter: 4 kvinner og 3 menn. Samtykket var informert og ble gitt uten form for ytre press, samtidig som pasientene ble informert om at det var lov å avbryte deltakelsen uten negative konsekvenser (NESH, 2016). Under presentasjon av funn er det brukt fiktive navn, som pseudonymer for deltakerne (Se Tabell 1). Prosjektet er godkjent av Regional Etisk Komite (prosjektnummer 2017/1737/REK vest).

Tabell 1 Bakgrunnsopplysninger om deltakerne i studien

Pasient	Alder	Bosituasjon	Jobbsituasjon	Rusmiddel	Fullføring	Hva skjedde videre
Anne	60-69	Bor sammen med andre	Utenom jobb	Alkohol	Nei	Avrusning i døgnavdeling, videre i behandling
Berit	40-49	Bor alene	Utenom jobb	Alkohol	Ja	Oppfølging fra fastlege, antabust og blodprøver. Psykolog og rusteam.
Cecilie	40-49	Bor sammen med andre	Utenom jobb	Alkohol	Ja	Fastlege og psykolog.
Dan	30-39	Bor alene	Jobb	Alkohol	Ja	Tilbakefall
Eva	50-59	Bor alene	Utenom jobb	Benzodiazepiner og noe opiater	Nei	Avrusning i døgnavdeling, stabilisering, videre behandling i døgnbehandling. Går nå i poliklinisk behandling
Frank	40-49	Bor alene	Utenom jobb	Alkohol	Nei	Avrusning i døgnavdeling.
Geir	50-59	Bor sammen med andre	Utenom jobb	Alkohol	Ja	En time poliklinisk før avsluttet behandlingsløp.

Intervensjonen

Intervensjonen er gjennomført i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) med utgangspunkt i nasjonale faglige retningslinje for avrusning (Helsedirektoratet, 2016). I avrusningen fra alkohol ble det brukt kortvarig nedtrappende bruk av benzodiazepiner, vanligvis over 4 dager. Pasientene fikk tilbud om daglige konsultasjoner i TSB-poliklinikk initialt, men det var også åpent for å benytte primærhelsetjenesten. Konsultasjonene var vanligvis korte (10-20 min) med en samtale, sjekk av blodtrykk og puls samt en klinisk vurdering av abstinenssymptomene. De fleste gjennomførte konsultasjonene ved en poliklinikk (TSB), men enkelte avrusninger ble gjort i

samarbeid med fastlege. I slutten av den polikliniske avrusningen ble behovet for videre oppfølging drøftet og besluttet sammen med pasienten.

Intervensjonen ble gjennomført som del av den ordinære driften uten ekstra tilførsel av kliniske ressurser. Brukerens ønske for behandlingen ble vektlagt, og når det var strid mellom brukerens ønske og retningslinjer/inklusionskriterier, ble det tatt hensyn til brukerens ønske så langt det var forsvarlig.

Tabell 2 Inklusionskriterier og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Et ønske fra pasienten om poliklinisk avrusning Avhengighet til ett rusmiddel.	Ikke injeksjonsbruk. Ikke tidligere komplikasjoner ved avrusning. Ikke samtidige alvorlige somatisk og/eller psykiske helseproblem. Ikke kompliserende tilstander (som graviditet). Ikke svært høyt rusmiddelintak (Alkohol under 100 AE per uke).

Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført fra to uker til seks måneder etter avrusning. Dette med unntak av en pasient som hadde vært rusfri i snart to år. Hvert intervju hadde en varighet på rundt 60 min, og ble gjennomført av førsteforfatter. Deltakerne valgte hvor de ønsket å bli intervjuet, og intervjuene ble gjennomført på ulike steder som på cafe, på klinikken, eller hjemme hos pasienten. Intervjuguiden var laget på forhånd med åpne spørsmål, der pasienten ble oppfordret til fri fortelling innenfor gitte tema: dagens situasjon, bakgrunnen for poliklinisk avrusning, selve behandlingen, hva slags støtte som var viktig, hva som skal til for å gjøre tilbudet bedre og overgangen til annen behandling eller oppfølging. Seks av intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett, det siste intervjuet ble kun referert skriftlig etter deltakerens ønske.

Refleksivitet

Parallelt med denne studien har forfatterne deltatt i en prosjektgruppe rundt kvalitetsforbedring knyttet til poliklinisk avrusning ved den aktuelle institusjonen: Reliabiliteten ble ivaretatt ved at intervjuguiden ble presentert for prosjektgruppen, og pilotintervju ble utført med brukerrepresentant som kom med innspill og forslag til forbedringer.

Analyse

I analysen av intervjuene ble systematisk tekstkondensering etter prinsippene i Malterud (2017) anvendt. Analysemetoden er inndelt i faser for å sikre en strukturert, transparent og grundig analyse av dataene. Analysen ble gjennomført tematisk på tvers av intervjuene.

Under første trinn av dataanalysen ble det brukt tid til å lese gjennom intervjuene flere ganger, for å danne et førsteinntrykk av foreløpige temaer. En lesning av et utvalgt intervju ble gjennomført av to forfattere og en brukerrepresentant i fellesskap.

I andre trinn ble alle intervjuene igjen gjennomgått av førsteforfatter, og meningsbærende enhetene ble merket og sortert under koder med bakgrunn i de foreløpige temaene.

Analysens tredje trinn startet med 4 hovedkategorier. Ny gjennomgang av hver kategori hvor 2-3 subgrupper ble identifisert som utgjorde ulike hovedaspekter av innholdet. Det ble laget et kondensat for hver subgruppe. Her ble også annen forfatter påkoblet og leste gjennom materialet, som førte til ny diskusjon og en endring av kategoriene der en gikk tilbake til andre trinn og gjentok prosessen.

I analysens fjerde trinn ble kategoriene og subgruppene gjennomgått og sammenfattet som nye beskrivelser og begreper som analytisk tekst, med utvalgte sitater som utdypet budskapet (Malterud, 2017).

Funn

Analysen av deltakernes tilbakemelding om hva som var av betydning for å nyttiggjøre seg av poliklinisk avrusning resulterte i funn knyttet til fire tema: betydningen av det

polikliniske opp mot døgn, betydningen av støtte og nettverk, betydningen av profesjonelle samarbeidsrelasjoner og kontinuitet i behandlingen, og betydningen av oppfølgingen som gis.

Betydningen av det polikliniske opp mot døgn

Deltakerne hadde delte erfaringer med hvordan den polikliniske avrusningen fungerte for dem (se Tabell 1).

Flere av deltakerne fortalte om hvordan poliklinisk avrusning hadde vært en positiv opplevelse for dem. Dette omfattet for eksempel å kunne bo hjemme i trygge omgivelser, og samtidig ivareta dagliglivets forpliktelser i forhold til for eksempel husdyr. Deltakerne fortalte også at dette for dem hadde dette vært avgjørende i forhold til å takke ja til avrusningen. Sitatet nedenfor viser dette:

Hadde ikke gått inn i avrusningen hvis jeg ikke kunne bo hjemme. Har en hund. Ansvarer er motiverende. Et push for å gå ut. Ikke så dårlig. Ikke på det planet at en innleggelse var behovet.» Berit

Flere av deltakerne fortalte at terskelen for innleggelse var høy, og at selve situasjonen hvor de trengte avrusningen var vanskelig nok i seg selv, om de ikke måtte forholde seg til andres reaksjoner på en eventuell innleggelse også. En deltaker beskrev det slik:

«...det er en veldig stor bøyg for meg det der med innleggelse. Både fordi det er stigmatiserende og fordi at det jeg... det er mye mer behageligere å være hjemme enn å være der (...) Hele situasjonen med at du trenger en avrusning er et nederlag. Men jeg føler at det er enda verre hvis du legger deg inn.» Cecilie

Sitatet viser hvordan poliklinisk avrusning opplevdes som et «lavterskel»-avrusningstilbud nettopp for de som opplevde behov for denne type assistanse. Noen flere uttrykte eksplisitt, men som av ulike grunner ikke ønsket å gjennomføre et institusjonsopphold. Alle deltakerne i studien fortalte at det for dem var første gang de gikk til skrittet å takke ja til en avrusning. Ved å gjennomføre avrusningen poliklinisk oppleves dette som mer behagelig og mindre stigmatiserende for deltakerne.

På den andre siden så vi i materialet de deltakerne som ikke fullførte avrusningen poliklinisk og som endte opp med å fullføre avrusningen med institusjonsopphold.

Grunnen til at de ikke fullførte avrusningen poliklinisk var, slik de selv beskrev det, at oppfølgingen ikke var tett nok, at det ikke var nok struktur, rammer og støtte i intervensjonen. Dette gjorde igjen at det ble vanskeligere å gjennomføre og kortere vei til tilbakefall. En annen sa at tilbakefallet han opplevde under behandling, handlet om tilgjengeligheten til rusmidlene som er større når man bor hjemme.

For en av deltakerne fungerte det polikliniske behandlingsopplegget spesielt dårlig, abstinensene i tilknytning til den polikliniske avrusning opplevdes som særdeles krevende og vanskelige å håndtere i hjemmesituasjonen:

«Men det å ligge hjemme og få det sånn som jeg hadde det. Jeg hadde ikke klart og gått her til behandling to engang, jeg hadde ikke klart og stått på bena mine, altså det går ikke an.» Eva

Hennes erfaring var at en avrusning i hennes situasjon med langvarig og til dels tungt misbruk av benzodiazepiner krevde noe mer enn det hun fikk tilbudt poliklinisk. Hun opplevde behovet for skjerming i avrusningsperioden, og samtidig at pårørende ikke ble utsatt for å oppleve slike brutale abstinenser på nært hold.

Betydningen av støtte og nettverk

Som vi ser av Tabell 2 bodde tre av deltakerne sammen med noen i perioden da den polikliniske avrusningen foregikk, mens fire bodde alene. Fem av 7 deltakere hadde familie eller venner som var tilgjengelige, og støttet dem i prosessen. Noen deltakere fortalte at nettopp det å innrømme at de hadde et problem og da ergo oppsøke og ta imot hjelp fra helsepersonell, koblet dem til familie og nettverk. Flere deltakere uttrykte at støtten fra familien og nettverket var avgjørende i gjennomføringen av avrusningen. En av deltakerne uttrykte dette slik:

«Men hvis jeg ikke hadde hatt han kjæresten så vet jeg ikke helt hvordan det hadde vært. Så han har vært veldig viktig oppi dette.» Cecilie

For noen av deltakerne omfattet støtten helt konkret at familiemedlemmene leverte ut og hadde kontroll på tablettene deltakeren skulle ta. Samtidig som de fulgte opp hvordan deltakeren hadde det, og kontaktet legen ved behov. Familie og nettverk bidro også med praktiske oppgaver som å handle inn mat eller være en turpartner. For andre

deltakere var den mentale og psykiske støtten fra familien og nettverket viktigst, og tryggheten i å vite at de ikke var alene.

En av deltakerne uttrykte at ensomheten, og manglende støtte førte til tilbakefallet han opplevde kort tid etter avrusningen. En annen deltaker fortalte at hans familie *bodde et annet sted i landet og det er begrenset hva familien kan gjøre da.*

Betydningen av profesjonelle samarbeidsrelasjoner og kontinuitet i behandling

Under selve uken pasientene ble avrust fra alkohol, bestod kontakten med profesjonelle hjelpere enten av lege på poliklinikken (TSB), eller fastlegen. Samtidig ga flere av deltakerne uttrykk for at de visste at de hadde psykolog/- eller og fastlege som ville støtte og være tilgjengelig for dem når de var ferdig med behandlingen. Sitatet nedenfor viser hvilken betydning fastlegen kan ha og bidra med kontinuitet for pasienten:

«Det er jo en ganske.. god verdi for meg å ha de samtalene med legen. Så han har på en måte vært med i hele den prosessen. Så det er på en måte en sånn ekstra støtte for meg å ha de samtalene med han og den medisinske oppfølgingen der han tar de blodprøvene, og prøver å holde nede CDT som sjekkes, som går spesifikk på alkohol. Det er en sånn ekstrakrykke.» Cecilie

Dan var en av deltakerne som fikk et tilbakefall etter avrusning. Historien hans viser behov for tett oppfølging etter avrusning, og viktigheten av et koordinert og sammenhengende tjenestetilbud for å hindre tilbakefall. Dialogen nedenfor mellom Dan (D) og førsteforfatter (W) illustrerer dette:

D: *Synkronisere sånn at det er lite venting*

W: *Ja at det ikke skal være et hull*

D: *Og så sånn som meg fem dager og ja her sitter jeg igjen, edru kan spille litt og så etter en og en halv uke, så slo ensomheten og ingen glede sjakk over det igjen..7*

W: *Så kom følelsene og så førte det til en sprekk*

D: *Ja... Måtte få dagene til å gå*

W: *Men selv da du gjennomførte den avrusningen*

D: *Men da var jeg jo oppmuntret.... Og håpet var jo der men*

....

D: *Daglig møte i stedet for å måtte vente i tre uker*

W: *Ja så det er behov for mer*

D: *Det er greit nok å komme ut av alkoholen på fire dager, men det er ikke dermed sagt at du sitter igjen og er feilfri*

Betydningen av oppfølgingen som gis

Intervensjonen er beskrevet i metoddelen. Oppfølgingen deltakerne i studien hadde varierte noe, og det var kun 2 av deltakerne som fulgte standardopplegget. Bakgrunnen for dette handlet om deltakerens ønsker for hvordan oppfølgingen skulle være, om den skulle skje via fastlegen eller pårørende, og om det for eksempel skulle være færre møter og oppfølging på telefon.

De deltakerne som fulgte standardopplegget med daglige møter, opplevde det som godt å ha den faste avtalen. For dem var det å vite at de hadde et møte på klinikken, der de først hadde en samtale med legen og så fikk utlevert medisiner, med på å strukturere dagen og at dette var nok innhold til å fylle uken.

Mange deltakere opplevde at oppfølgingen fungerte fint, og at det var nok samtaler i prosessen. En av deltakerne uttrykte dette slik:

«Møtene var greie nok for min del. Jeg hadde ikke behov for så mye, jeg visste jo fullt klar over hva jeg slet med.» Dan.

Deltakerne hadde ulike erfaringer med hvordan de opplevde effekt av tablettene og abstinenser. For de fleste var abstinensene håndterbare innenfor rammen av den polikliniske oppfølgingen, men spesielt en deltaker opplevde at abstinensene ble uhåndterbare:

«Det å klare det poliklinisk, det hadde jeg aldri klart. Aldri, nei og i mitt tilfelle så hadde det vært helsefarlig og gjort det poliklinisk og sittet hjemme med dette her alene, nei det går ikke an. Jeg fikk høyt blodtrykk av dette her, jeg går på medisiner for dette

enda og kramper og muskelspasmer så sengen smalt i veggen altså. Det går ikke an å ha det sånn alene hjemme.» Eva.

For Eva var ikke en poliklinisk oppfølging intensiv nok. Hun trengte et heldøgntilbud for å få assistanse i håndtering av abstinenser.

Samtidig som de fleste deltakerne opplevde å få veiledning og informasjon i forkant av avrusningen, var det samtidig en del frustrasjon i forhold til å få nok informasjon om abstinenser og de psykiske og fysiske utfordringene i kjølvannet av det, og at de svarene de fikk ikke var konkrete nok. Mange deltakere opplevde det skummelt å starte avrusningsprosessen, og savnet enda mer informasjon og trygging fra helsepersonell i forkant:

«Jeg var veldig, veldig redd og usikker, og synes det var kjempeskummelt.. Men jeg visste ikke hva jeg gikk til egentlig, for jeg fikk lite informasjon i forkant. Så jeg så at her er det en livsbøyle, og den må jeg måtte holde meg fast i å se hva som skjer, så det var litt sånn.» Cecilie.

Videre uttrykte Cecilie at for henne hadde det vært tryggere og mindre skummelt hvis hun hadde visst litt mer hva hun gikk til. Sitatet nedenfor synliggjør behov for nok informasjon om hva tilbudet faktisk innebar:

«fordi jeg ikke visste hva jeg gikk til og fordi jeg tenkte når jeg var ferdig å var det bare det? Var det så enkelt? Så min opplevelse har vært så utelukket positive. Jeg har ikke følt at jeg har manglet noe.» Cecilie

Diskusjon

Denne studien viser at et tilbud om poliklinisk avrusning for noen pasienter representerer et godt behandlingstilbud. Videre fremstår tilbudet som et viktig alternativ til avrusning i døgn; med en lavere terskel, med et opplegg mer tilpasset dagliglivets forpliktelser, og med mindre stigma knyttet til seg. Samtidig er det for andre pasienter mindre egnet og ikke intensivt nok, avhengig av problematikk, mentaltilstand, og ulike nivå av abstinenser. Deltakerne uttrykker at for å klare å gjennomføre behandlingen er det av stor betydning å ha noen der hjemme, eller et nettverk å støtte seg til som en ressurs i behandlingsprosessen og som er en del av pasientens dagligliv. Ellers viser

resultatene at et allerede påkoblet hjelpeapparat kan ha en nøkkelrolle i å få pasienter inn i avrusning og eller være en støtte som kan bidra til gjennomføring og oppfølging i etterkant. Poliklinisk avrusning forutsetter på denne måten et godt samspill mellom kommunal oppfølging og spesialisert behandling. Samlet sett virker det som om daglige konsultasjoner på poliklinikken og bruk av medisiner med nedtrapping ivaretok behov for assistanse, og bidro til gjennomføring. Der det ikke fungerte var det behov for tettere oppfølging. Resultatene viser videre viktigheten av god nok informasjon i forkant om hva behandlingen faktisk innebærer.

Resultatene våre samsvarer med tidligere studier som presenterer poliklinisk avrusning som et akseptabelt og effektivt tilbud for enkelte personer som trenger assistanse i avrusningsprosessen (Day & Strang, 2011; Nadkarni et al, 2017; Wright et.al, 2018). Vår studie som den første er et bidrag til å rette oppmerksomheten på pasienters erfaring med poliklinisk avrusning i norsk setting. Gjennom et brukerperspektiv utforsker studien hvem poliklinisk avrusning er et godt behandlingstilbud for, og på hvilken måte den bør gjennomføres. Studien gir nyttig kunnskap for feltet, og tar opp hvilke forhold som må tas høyde for i utviklingen og gjennomføringen av tilbudet.

Slik det fremtrer i vårt material er terskelen for å ta imot tilbudet lavere enn ved vanlig innleggelse. Dette kan tyde på at poliklinisk avrusning også er et viktig alternativ for å nå frem til, og trygge avrusning for en pasientgruppe som tidligere ikke har benyttet seg av hjelp til avrusning fra helsepersonell. Spesielt var nederlagsfølelse og stigmatisering et tema hos noen av de kvinnelige deltakerne. For dem var det av avgjørende betydning at tilbudet ikke innebar innleggelse. Studiens funn er i tråd med en studie av Sannibale (2005) som fant at behandlingstilnærmingen var spesielt nyttig for kvinner. Derav i den videre forståelsen vil det være nyttig å ha med seg som et bakteppe at konsekvensene av problemene, og behov for behandling kan være ulike for kvinner og menn (Duckert et al., 2008). I forståelsen av hvordan selve rusmisbruket kan oppleves ulikt mellom kjønnene må en utvide perspektivet og inkludere kvinneroller og normer i tillegg til de rent biologiske forskjellene (Duckert et al., 2008; Skutle, 2014). Duckert et al. (2008) sier at det er høy terskel for kvinner å søke hjelp, samtidig som kvinner med alkoholproblemer er en variert gruppe. Derfor er det viktig å ta utgangspunkt i deres egen opplevelse av sin situasjon og sine behov, samt å vurdere betydningen av kjønns spesifikke behandlingsformer (Duckert et al., 2008). Med kjønns perspektivet i

bakhodet kan det være av stor betydning å ha tilbud om et differensiert avrusningstilbud.

Deltakerne uttrykte betydningen av det å kunne være hjemme som for dem opplevdes mer behagelig, og der det var mulig å ivareta hverdagslivets forpliktelser som en viktig faktor. Sammenfallende funn vises også til i Wright et.al (2018) studie der hjemme avrusning var et mer akseptabelt alternativ hvis det å være borte hjemmefra var forstyrrende. På den andre siden så var det for andre deltakere i studien nettopp det at man var hjemme, som kanskje også forklarer hvorfor man ikke klarer å gjennomføre behandlingen. Likende funn ble gjort av Day & Strang (2011) der det fremkommer at ved poliklinisk avrusning, har ikke pasienten samme skjerming og ro som ved innleggelse. Pasienten må håndtere dagliglivet, og derfor også raskere lære å mestre disse situasjonene. På den andre siden kan noen oppleve det som avskrekkende og stigmatiserende med innleggelse, hvorav poliklinisk oppfølging kan sees som alternativ og mindre inngripende i dagliglivet (Day & Strang, 2011).

Blant dem som ikke fullførte var det en deltakerne det gikk spesielt dårlig med. Denne deltakeren skilte seg fra resten av utvalget i forhold til type rusmiddel. Mens de andre deltakerne hadde alkoholavhengighet, hadde hun flere års alvorlig avhengighet til legemidler foreskrevet av lege. For henne var ikke poliklinisk avrusning tilstrekkelig til å ivareta hennes behov, oppfølgingen hun fikk var ikke tett nok. En annen deltaker avbrøt planlagt avrusning i døgn for å fortsette avrusning ved poliklinisk oppfølging. Han fikk midlertid et tilbakefall, og valgte å gå tilbake til døgn. Med bakgrunn i dette kan man stille spørsmål om inklusjonskriteriene for poliklinisk avrusning i disse tilfellene var vurdert godt nok. Samtidig er det viktig at pasienten følges tett, for å fange opp ulike grader av abstinenser og vurdere ut fra forsvarlighetsgrad i selve behandlingsforløpet (Helsedirektoratet, 2016). På den andre siden var en årsak til dette, et resultat av at pasientens ønske for behandlingen ble vektlagt. Man kan her hevde at dette var strid med retningslinjer og inklusjonskriterier. Likevel er dette i tråd med føringer om brukerinnflytelse og syn på «Brukeren som viktigste aktør» (Helsedirektoratet, 2014). Man kan imidlertid stille spørsmål om retningslinjer er for strenge. Et eksempel er inklusjonskriteriet om avhengighet til ett rusmiddel, og begrenset blandingsmisbruk (Helsedirektoratet, 2016) En studie av Deacon et.al (2014) viste at de fleste fullførte programmet, der deltakerne brukte ulike rusmidler, og der noen også hadde blandingsmisbruk (Deacon et al., 2014).

Deltakerne i denne studien beskrev hvordan det uformelle nettverket støttet dem i prosessen. Liknende funn ble gjort av Orford et al. (2005a) som utviklet en modell for endring ut fra klientens perspektiv. Endring må sees som et komplekst system som består av deler med både kognitive, sosiale og atferdsmessige endringer. Avrusning selv hadde en verdi for klienter som førte til familiens støtte (Orford et al., 2005a).

I vår studie var tilgjengelig støtte fra pårørende en av faktorene deltakerne vektla. Dette støtter opp under selve anbefalingen fra retningslinjen der det står om behov for støttepersoner som skal bidra til nødvendig oppfølging og overvåking av pasienten (Helsedirektoratet, 2016b). En av deltakerne i studien opplevde å få liten støtte fra sitt nettverk, men klarte likevel å gjennomføre avrusningen. Han gav uttrykk for at han ikke opplevde noe glede etter gjennomført avrusning, men heller ensomhet. Deltakeren fikk et tilbakefall kort tid etter avrusningen. Betydning av relasjoner, tilknytning til et miljø og aktiviteter kan fungere som beskyttelse faktorer, som mål og struktur, og være en viktig støtte for personen (Kelly & White, 2011). Samtidig vet vi at pårørende selv ofte er belastet av å ha levd tett på rusproblematikk over lengre tid (Orford 2005b et. al). Pårørendes egne behov, hvilken rolle som tilfaller dem og hvilken støtte de trenger i tilknytning til en intervensjon som poliklinisk avrusning er viktig områder for videre forskning og utvikling.

Tilgjengelighet og støtte fra det formelle nettverk var også en viktig faktor for pasientene. Deltakerne fremhevet betydningen av å ha dialog og oppfølging fra fastlege og eller psykolog, En av deltakerne beskrev dette som å ha en *ekstrakrykke*. Det kan argumenteres for at pasientene opplevde det profesjonelle hjelpeapparatet rundt seg som en ekstra støtte og trygghet som nærmest var nødvendig for et vellykket behandlingsforløp.

Selve intervensjonen som denne studien bygger på kan hevdes å være på grensen av et minimum, sett ut fra hva retningslinjens anbefaler når det gjelder poliklinisk avrusning (Helsedirektoratet, 2016b). I denne studien var det ikke alle deltakerne som hadde en opplevelse av å ha et påkoblet formelt hjelpenettverk rundt dem. Derfor stilles spørsmålet om det å koble på psykologiske intervensjoner som en del av det polikliniske avrusningsopplegget kunne bidratt til mer kontinuitet i behandling. Andre studier der den polikliniske avrusningen inneholdt en psykologisk intervensjon viste at brukere verdsatte det terapeutiske forholdet til sykepleiepersonal, og viktigheten av

tilgjengelighet gjennom hele avrusningen. Dette var til mer hjelp for abstinenser og tilfriskning, enn hvis de kun hadde gjennomført medisinsk avrusning (Strobbe et al., 2004; Carlebach et al., 2011). En systematisk kunnskapsoppsummering av «community detoxification» fra alkohol ble utført av Nadkarni et al. (2017), et funn i denne reviewen var at poliklinisk (community) avrusningen fungerte best hvis brukerne ble tilkoblet et senter i tillegg til avrusningen. Dette sier noe om betydningen og fordeler der poliklinisk avrusning kan på gode måter integreres med annen type oppfølging. Også innenfor en norsk setting må det utforskes videre hvordan et tilbud om poliklinisk avrusning best kan organiseres slik at man sikrer en god kontinuitet i tjenester for den enkelte pasient, og der både de fysiske og psykiske behovene ivaretas i forkant av, underveis og i etterkant av en poliklinisk avrusning. Kontinuitet og helhetlig helsehjelp for pasienten, kan bare sikres gjennom et godt fungerende samarbeid mellom fastlegen, annet helse- og omsorgspersoner i kommunen og i spesialisthelsetjenesten og øvrige kommunale tjenester (Helsedirektoratet, 2014).

Begrensninger ved studien

Studien kan ikke generaliseres, da vi har intervjuer et begrenset antall deltakere, samtidig som dette heller ikke er et mål (Kvale & Brinkmann, 2009). Samtidig vurderer vi at funnene i studien kan ha relevans for det kliniske fagmiljøet. Kunnskapen som har kommet frem i studien basert på en systematisk analyse av deltakernes erfaringer kan bidra til kvalitetsforbedring og utvikling av relevante og gode behandlingstilbud (Malterud, 2017).

Konklusjon

Deltakerne har delt deres erfaring med hvordan poliklinisk avrusning opplevdes for dem. For noen opplevdes det som en bedre behandlingsform, mens for andre igjen var ikke tilbudet tilstrekkelig for å ivareta deres behov. Fra et pasientperspektiv vil følgende faktorer ha betydning for hvordan de opplever å nyttiggjøre seg av poliklinisk avrusning: Behandlingstilbudet må tilpasses og møte deres egen forståelse av hjelpebehov, være utformet i et tett samarbeid på tvers av omsorgsnivåene, og hvor det samtidig etableres et samarbeid med pårørende, der det er mulig. Dette for å sikre tilstrekkelig støtte og kontinuiteten i tilfriskningsprosessen.

Referanser

- Blondell, R.D. (2005). Ambulatory Detoxification of Patients with Alcohol Dependence. *American Academy of Family Physicians*, 71, 495-502, 509-10.
- Carlebach, S., Wake, D. & Hamilton, S. (2011). Experiences of home detoxification for alcohol dependency, *Nursing Standard*, 26(10), 41-47
- Day E. & Strang J. (2011). Outpatient versus inpatient opioid detoxification: A randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment* 40(1): 56-66.
- Deacon, R.M., Hines, S., Curry, K., Tynan, M. & Day, C.A. (2014). Feasibility of ambulatory withdrawal management delivered in a NSW drug health service and correlates of completion. *Australian Health Review*, 38, 186-189.
<http://dx.doi.org/10.1071/AH13014>
- Duckert, F., Lossius, K., Ravndal, E. & Sandvik, B. (2008). *Kvinner og alkohol*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fleeman, N.D. (1990). Alcohol home detoxification: a literature review. *Alcohol Alcohol* 1997; 32:649 – 56.
- Gossop, M., & Strang, J. (2000). Price, cost and value of opiate detoxification treatments. Reanalysis of data from two randomised trials. *British Journal of Psychiatry*, 177:262-266.
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommunen og spesialisthelsetjenesten*. IS-2076. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>
- Helsedirektoratet (2016a). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet* (sist oppdatert 24.01.2017). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>

Helsedirektoratet (2016b). *Nasjonal retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler - IS-2211*. (Sist oppdatert 13.mai.2016). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler>

Kelly, J.F. & White, W.L. (2011) *Addiction Recovery Management – Theory, Research and Practice*: Humana Press: USA.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju 2 utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag 4 utgave*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nadkarni, A., Endsley, P., Bhatia, U., Fuhr, D.C., Noorani, A., Naik, A., ... Velleman, R. (2017). Community detoxification for alcohol dependence: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 36, 389-399. <https://doi.org/10.1111/dar.12440>

NESH. (2016, 27 april). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. De nasjonale forskningsetiske komiteene <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>

Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., John, B., Smith, M., Black, R.,... Slegg, G. (2005a). The clients` perspective on change during treatment for an alcohol problem: qualitative analysis of follow-up interviews in the UK Alcohol Treatment Trial *Addiction*, 100, 60-68. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01291.x

Orford, J., Natera, G., Copello, A., Atkinson, C., Tiburcio, M., Velleman, R.,... Wally, G. (2005b). *Coping with alcohol and drug problems. The Experiences of Family Members in Three Contrasting Cultures*. London: Taylor and Francis.

Sannibale, C., et al. (2005). Process evaluation of an out-patient detoxification service. *Drug and Alcohol Review*, Vol.24(6), p.475-481 24(6): 475-481.

Silins, E., C. Sannibale, S. Larney, A. Wodak and R. Mattick (2008). Residential detoxification: essential for marginalised, severely alcohol- and drug-dependent individuals. *Drug Alcohol Rev.* 27(4): 414-419.

Skutle, A. (2014). Alkoholbruk i gråsonen til glede og besvær: Fokus på kvinner og ledere. I Sagvaag, H. og Sikveland, B. (Red.), *Arbeidsliv + Rus = sant?: En vitenskapelig antologi* (s. 141-155). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stockwell, T., Bolt, L., Milner, I, Pugh, P. & Young I. (1997) Home detoxification for problem drinkers: acceptability to clients, relatives, general practitioners and outcome after 60 days. *Br J Addict* 1990; 85:61 – 70.

Strobbe, S., Brower, K. J. & Galen, L.W. (2004) Patient Satisfaction with Outpatient Detoxification from Alcohol. *Journal of Addictions Nursing*, 15, 23-29. DOI: 10.1080/10884600490279426

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse en innføring i kvalitativ metode 4* utgave. Oslo: Fagbokforlaget.

Wright, C.M., Norman, R., Varhol, R., Davis, J., Wilson-Taylor, E., Dorigo, J. & Robinson, S. (2018). Exploring the costs and effectiveness of the Drug and Alcohol Withdrawal Network: a home-based alcohol and other drug withdrawal service. *Australian Journal of Primary Health*, 24 (5) 385-390. <https://doi.org/10.1071/PY17110>

Vedlegg 1



Region: REK vest	Saksbehandler: Camilla Gjerstad	Telefon: 55978499	Vår dato: 12.04.2018	Vår referanse: 2017/1737/REK vest
			Deres dato: 11.04.2018	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Anne Schanche Selbekk
Postboks 5001 Dusavik

2017/1737 Intensiv poliklinisk avrusning - for hvem og på hvilken måte? Erfaringer fra et prøveprosjekt innen tverrfaglig spesialisert behandling i Helse Vest

Forskningsansvarlig: Rogaland A-senter
Prosjektleder: Anne Schanche Selbekk

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 11.04.2018 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av REK vest ved sekretariatet på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Prosjektendring

- Ny prosjektmedarbeider som angitt i søknaden. Man vil rekruttert en masterstudent til prosjektet.
- Endring av prosjektstart og prosjektslutt der prosjektstart er 11.04.2018 og ny prosjektslutt er 31.12.2019. Prosjektperioden blir forskjøvet pga arbeid med masteroppgaven.
- Revidert informasjonsskriv er vedlagt.

Vurdering

REK vest har vurdert endringssøknaden. Informasjonsskrivene må opplyse om at data anonymiseres ved prosjektslutt. En har ellers ingen merknader.

Vedtak

REK vest godkjenner prosjektendringen i samsvar med forelagt søknad.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. helseforskningsloven § 10 og forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen
Camilla Gjerstad
rådgiver

Kopi til: inger.eide.robertson@rogaland-asenter.no

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Anna Stephansen	55978498	14.11.2017	2017/1737/REK vest
			Deres dato:	Deres referanse:
			19.09.2017	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Anne Schanche Selbekk
Postboks 5001 Dusavik

2017/1737 Intensiv poliklinisk avrusning - for hvem og på hvilken måte? Erfaringer fra et prøveprosjekt innen tverrfaglig spesialisert behandling i Helse Vest

Forskningsansvarlig: Rogaland A-senter
Prosjektleder: Anne Schanche Selbekk

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 25.10.2017. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

Prosjektomtale

Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke faktorer som betinger opplevd nytteverdi og gjennomføringsgrad av poliklinisk avrusning. Prosjektet er basert på journaldata og kvalitative intervjuer. Studien inkluderer 15 pasienter og deres pårørende.

Vurdering

Helseforskningslovens virkeområde

Komiteen drøftet om prosjektet var innenfor helseforskningslovens virkeområde. Helse- og omsorgsdepartementet sin veileder til helseforskningsloven definerer kvalitetssikring som prosjekter, undersøkelser og evalueringer som har som formål å kontrollere at diagnostikk, og om behandling faktisk gir de intenderte resultater. Hovedformålet i dette prosjektet kan sies å være en evaluering av behandlingstilbud, men prosjektet inkluderer også spørsmål som kan gi ny kunnskap om helse og sykdom. REK vest vurderer det slik at prosjektet faller innenfor lovens virkeområde.

Forsvarlighetsvurdering

REK vest anser studen som forsvarlig å gjennomføre slik den er lagt opp. Det er likevel momenter med søknaden som gjør at komiteen vil sette vilkår for godkjenning av prosjektet.

Informasjonsskriv

Komiteen har mindre merknader til informasjonsskrivet:

- Det mangler prosjektslutt dato, navn og signatur på den som har gitt informasjonen.
- Det er uheldig å bruke ordlyden: du er valgt ut. Formuleringen skal fjernes.
- Det skal lages eget samtykkeskriv for pårørende.
- Det mangler logo til forskningsansvarlig institusjon.

Prosjektslutt og håndtering av data

Prosjektslutt er satt til 31.08.2018. Datamaterialet vil bli anonymisert ved at koblingsnøkkelen slettes ved

prosjektslutt. REK vest har ingen innvendinger mot dette.

Vilkår

- Revidert informasjonsskriv til pasienter og nytt nytt informasjonsskriv til pårørende ettersendes REK vest.

Vedtak

REK vest godkjenner prosjektet på betingelse av at ovennevnte vilkår tas til følge

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 28.02.2019, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

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

Med vennlig hilsen

Marit Grønning
dr.med.
Avdelingsdirektør, professor

Anna Stephansen
sekretariatsleder

Kopi til: inger.eide.robertson@rogaland-asenter.no

Vedlegg 2

Vedlegg 2:

Intervjuguide- Pasienter poliklinisk avrusning

Introduksjon

- Kort info om prosjektet..
- Intervjuet brukes til, taushetsplikt, anonymitet. Frivillighet-mulig for å trekke seg
- Lydopptak: få samtykke til å ta opp, Unngå å navngi personer og steder-slik lydfilen er mest mulig anonym.
- Spørsmål før vi starter, er noe uklart?
- Tidsramme: Satt av 1,5 time? Kan ta kortere tid.

Sett på Lydopptak:

Innledning – nå situasjon:

Hvor lenge siden er det du gjennomførte poliklinisk avrusning?

Mottar du noen oppfølging eller behandling per i dag?

-Hva er bakgrunnen for at du takket ja til et tilbud om intensiv poliklinisk avrusning?

-Hvilke forventninger hadde du i forkant av poliklinisk avrusning?

-Har du tidligere erfaringer med avrusning?

- Hvis du sammenlikner poliklinisk avrusning med tidligere avrusninger hvordan opplevde du forskjellen?

-Hvordan var bosituasjonen din når du gjennomførte behandling? Hvilken betydning hadde det?

-Hvilken rolle har pårørende hatt i forkant av avrusningen?

Beskriv den behandlingen du har fått (poliklinisk avrusning)

Hvor mange konsultasjoner fikk du? Hvor lenge foregikk oppfølgingen?

Hvordan opplevde du abstinensene?

Hvordan vil du vurdere den behandlingen du har fått?

- Medbestemmelse
- Mengde oppfølging
- Type oppfølging
- Lengde på behandling
- Tilgjengelighet av personell ved behov
- Medisinsk hjelp
- Psykososial støtte
- Involvering av pårørende
- Samarbeid med kommune/spesialisthelsetjeneste

Hva slags støtte er viktig?

Hvilke roller har pårørende hatt i avrusningen?

Hvilke rusfrie nettverk har du?

-Aktiviteter, faste avtaler

Hva skal til for å gjøre et tilbud om poliklinisk avrusning enda bedre?

For hvilke pasientgrupper tenker du at dette er en god metodikk?

Ved ~~gyn~~ behandlingsavbrudd – hva var årsaken til avbruddet og hva kunne eventuelt vært gjort for å hindre det?

Hvordan opplevde du overgangen fra poliklinisk avrusning og eventuelt annen oppfølging eller behandling?

~~Evt~~ -behandlingen etterpå? Innleggelse eller poliklinisk oppfølging?

Har du andre kommentarer eller er det noe vi har glemt å spørre om?

Hvordan opplevde du det å bli intervjuet?



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

INTENSIV POLIKLINISK AVRUSNING – FOR HVEM OG PÅ HVILKEN MÅTE?

ERFARINGER FRA ET PRØVEPROSJEKT INNEN TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING I HELSE VEST

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om erfaringer med og nytteverdi av intensiv poliklinisk avrusning.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Det vil for det første være bakgrunnsopplysning som alder, kjønn, type rusmiddel og nettverk/familiesituasjon og tilknytning til arbeidsliv/skole. Vi vil også registrere i hvilken grad behandlingen gjennomføres på basis av opplysningene i din pasientjournal. Vi ønsker også å intervju deg i etterkant av behandling for å høre om dine erfaringer med denne type avrusning, og dine tanker om nytteverdien av en slik tilnærming. Hvis det er aktuelt vil vi også gjerne høre hvilke erfaringer dine pårørende har med en slik behandling.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Gjennom å delta i prosjektet vil du bidra til ny kunnskap om rusbehandling og tilpassing av behandling til pasientens behov. I noen tilfeller vil en poliklinisk avrusning kunne ta noe lenger tid enn avrusning ved innleggelse. Skulle du i løpet av behandlingsperioden ha behov for innleggelse vil det bli lagt til rette for det.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, 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 Anne Schanche Selbekk, anne.schanche.selbekk@rogaland-asenter.no, 99619617. Prosjektet avsluttes 31.08.2018.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. 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.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenningse opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, saksnr. hos REK 2017/1737.

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Sted og dato

Informasjonsgivers signatur

Informasjonsgivers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 4

Forfatterveiledning for Tidsskrift for psykisk helsearbeid

E-post: redaksjonen.tph@gmail.com

Manuskriptstandard

Alle manuskripter må være skrevet i tråd med kravene som er beskrevet her. Manus som **ikke** er i tråd med de følgende retningslinjer, vil dessverre bli avvist. Våre retningslinjer ligger også på www.idunn.no/tph.

Språk

Redaksjonen ønsker å unngå tingliggjørende og sykeliggjørende språk og begrepsbruk og oppfordrer alle forfattere til en kritisk gjennomgang av språk og begrepsbruk i egne tekster før de sendes til redaksjonen. Generelt ønsker vi å understreke at manuskripter til tidsskriftet skal fokusere på psykisk helsearbeid. Redaksjonen ønsker at forfattere bruker dette begrepet som fellesbetegnelse for det arbeidet som gjøres i psykisk helsefeltet. Ellers ber vi om at forfatterne bruker de offisielle betegnelse på tjenestene – for eksempel "psykisk helsevern".

Alle manuskripter skal inneholde en tittelside med:

- Forfatternavn og yrkestittel
- Fødselsår
- Nåværende utdanning og arbeidssted
- Adresse
- E-postadresse
- Tittel på teksten
- Hvilken sjanger

Alle tekster leveres i Times New Roman font 12 linjeavstand 1,5.

Tidsskriftet benytter tre grader av overskrifter: Artikkelen tittel/undertittel, avsnittstittel og undertittel. Forfattere skal levere manuskripter med ren tekst, som betyr ingen bruk av innrykk, tabulator, fet skrift, understrekning, punkter og lignende, verken i teksten eller i overskrifter.

Antall tegn brukt i manus og antall tabeller og figurer skal også angis på tittelsiden.

Fag- og vitenskapelige artikler

Fagartikler og vitenskapelige artikler skal inneholde inntil **5000 ord**. Litteraturliste og noter regnes som en del av artikkelen, mens norsk og engelsk sammendrag **ikke** inngår.

Alle fagartikler og vitenskapelige artikler skal inneholde:

- Kort norsk sammendrag på max. 100 ord.
- 4–6 nøkkelord på norsk og engelsk.

- Litteraturreferanser, alfabetisk ordnet etter APA 6. versjon – se eget punkt.
- Engelsk versjon av det norske sammendraget inkludert engelsk tittel – dette skal plasseres etter det norske sammendraget – max. 100 ord.
- Alle artikler, både fag- og vitenskapelige, skal oppgi referansenummer fra behandlingen i REK eller NSD. Dette skal oppgis på tittelsiden, ikke i teksten.
- Dersom innsendt artikkel har blitt publisert tidligere i et nasjonalt eller internasjonalt tidsskrift, skal dette opplyses om ved førstegangskontakt med TPH. Kilden skal også oppgis i tekstens innledning med referanse i litteraturlisten.

Vitenskapelige manuskripter kan utformes i ulike genre. De som er basert på egne undersøkelser, kan organiseres etter overskriftene Bakgrunn, Metode (studiens design, utvalg, datainnsamling, dataanalyse og forskningsetikk), Funn, Diskusjon og Konklusjon.

Vitenskapelige manuskripter vil først bli vurdert av redaktør og vitenskapelig redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, vil det bli vurdert av to fagfeller. Forfatter kan foreslå en uheldet fagfelle. Tidsskrift for psykisk helsearbeid praktiserer «lukket» fagfellevurdering, det vil si at verken forfatters eller fagfellers identitet gjøres kjent for partene.

Fagartikler vurderes av redaksjonen med tanke på relevans, innhold og form.

På tittelsiden skal forfatterne angi om artikkelen skal fagfellevurderes som en vitenskapelig artikkel eller om den skal vurderes som en fagartikkel.

Det er redaktøren som til slutt avgjør om en fagartikkel eller vitenskapelig artikkel kan publiseres.

Gode eksempler/Essay/Fortellinger skal inneholde inntil 3000 ord.

Kritisk blikk/Bokanmeldelser skal inneholde inntil 1500 ord.

Tabeller og illustrasjoner

Tabeller og figurer markeres i teksten med fortløpende siffer. Disse vedlegges manus som separate dokumenter.

Tidsskriftet ønsker **ikke** bruk av fot- eller sluttnoter i manus.

Litteraturhenvisninger i teksten

Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og årstall for publisering i parentes, eksempel: (Sundelin, 1987 – **det skal være komma mellom forfatter og årstall**). Hvis det er **seks eller flere** forfattere skal du kun bruke førsteforfatter, etterfulgt av «et al.» Ved direkte sitat føres forfatter, årstall og sidetall rett etter sitatet, eksempel: (Andersen, 2007, s. 12). Henvisninger til flere verk føres på **følgende måte**: (Andersen, 2007; Waaktar, 2000). Se ellers:

<http://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/apa-6th/>

Referanseliste

Referanselisten skrives til slutt etter hovedteksten. Tidsskriftet bruker 6. utgave av referansesystemet til Publication Manual of the American Psychological Association (APA). Se nettstedet over som gir en god innføring i hvordan referanser føres i dette systemet.

Referansene skal alltid inkludere DOI (digital object identifier) for kilder som har dette. DOI skal være en klikkbar URL, og plasseres til sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du gjøre et raskt søk etter tittel, forfatternavn osv. på <http://kildekompasset.no/referansestiler/apa-6th.aspx>.

Eksempel på plassering av DOI-kode med APA-referansestilen:

Müller, J. (2011). The Sound of Silence. *Historische Zeitschrift*, (292), 1–29. DOI: <http://dx.doi.org/10.1524/hzhz.2011.0001>.

Eksempler på referanser til artikler: (NB: innrykk andre linje på alle referanser)

Ervik, R., Sælør, K.T., & Biong, S. (2012). «Å gripe øyeblikket» Om hvordan miljøansatte ved et lavterskelhybelhus erfarer samarbeidet mellom seg og beboerne. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(4), 302–313.

Eksempel på referanser til bøker:

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J.A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Elektronisk bok med forfatter:

Franzen, J. (2010). *Freedom* [Kindle reader versjon]. Hentet fra <http://www.amazon.com>

Bøker med redaktør:

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Red.). (2008). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Merk: For redigerte bøker skal du vanligvis vise til kapittelet du har brukt!

Kapittel i bok med redaktør:

Ranhoff, A. H. (2008). Søvn og søvnproblemer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 311–318). Oslo: Gyldendal akademisk.

Merk: Redaktorenes fornavn skrives med initialen før etternavnet.

Kapittel i elektronisk bok med redaktør:

Kohn, S. (2009). The future of innovation is in our hands. I B. v. Stamm, & A. Trifilova (Red.), *The future of innovation* [Ebrary versjon]. Hentet fra <http://site.ebrary.com/>

Doktoravhandlinger og masteroppgaver:

Fevang, K. L. (2010). *Grammatikkens språk: Hvilke språklige trekk karakteriserer fransk grammatikk for norske elever? En kvalitativ studie* (Masteroppgave). Høgskolen i Vestfold, Tønsberg.

Askeland, N. (2008). *Lærebøker og forståing av kommunikasjon: Om forståing av begrepet kommunikasjon gjennom metaforer og metaforer i seks læreverker i norsk for ungdomstrinnet 1997-99* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo. Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-20888>.

Merk: Når stedsnavnet er del av institusjonsnavnet, trenger du ikke gjenta stedsnavnet.

Artikler i tidsskrift

Ervik, R., Sælør, K.T., & Biong, S. (2012). «Å gripe øyeblikket» Om hvordan miljøansatte ved et lavterskelhybelhus erfarer samarbeidet mellom seg og beboerne. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(4), 302–313.

Elektronisk artikkel med URL:

Helleve, I. (2013). Social networking sites in education - governmental recommendations and actual use. *Nordic journal of digital literacy*, 7(4), 91–207. Hentet fra <http://http://www.idunn.no/>

Offentlige dokumenter

Kunnskapsdepartementet. (2013). *Lange linjer - kunnskap gir muligheter* (Meld. St. 18 (2012-2013)). Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>

Eller:

Meld. St. 18 (2012–2013). (2013). *Lange linjer - kunnskap gir muligheter*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>

NOU:

Voldtektsutvalget (2008). *Fra ord til handling: Bekjempelse av voldtekt krever handling: Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 1. september 2006: Avgitt til Justis- og politidepartementet 24. januar 2008* (NOU 2008:4). Oslo: Justis- og politidepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>

Publikasjoner, fra direktorater el.lign:

Trykt utgave:

Helsedirektoratet (2013). Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer: nasjonal oppfølging av WHO's mål. Oslo: Helsedirektoratet.

Elektronisk utgave:

Utdanningsdirektoratet (2011). *Skolemiljøutvalg: veileder til medlemmene*. Hentet fra <http://www.udir.no>

Lover:

Arbeidsmiljøloven (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Hentet fra <http://www.lovdatabank.no>

Forskrifter:

Forskrift til opplæringslova (2006). Forskrift til opplæringslova. Hentet fra <http://www.lovdatabank.no/>.

Rundskriv:

Utdanningsdirektoratet (2012). *Udir-8-2012 Endringer i faget kroppsøving*. Hentet fra <http://www.udir.no/>.

Internettkilder

Carlsen, K. H. (2008). *Kosthold for fotballspillere*. Hentet fra <http://www.trenerforeningen.no>.

Utdanningsdirektoratet (u.å.). *Veilederinger til Kunnskapsløftet*. Hentet fra <http://www.udir.no/>.

Blogg:

Olsen, H. K. (2011, 19.06). Lære. Verk - videre [Bloggpost]. Hentet fra <http://heidiko.wordpress.com>.

Se også:

<http://kildekompasset.no/referansestiler/apa-6th.aspx>.

Vedlegg 5

Vedlegg 5: Eksempel på tekstkondensering:

Betydningen av støtte og nettverk (2)	Meningsbærende enhet (empiri)	Kondensering i Subgrupper	Gullsitat
Pasient 1	<p>-De støtter meg fullt og helt og er stolte over meg</p> <p>-De er der jo for meg, mest for å <u>sagt</u> hvis jeg trenger de. Jeg kan ringe til dem når tid jeg vil. Jeg har jo egentlig alltid hatt de, vi har jo egentlig aldri vært borte fra hverandre. Verken familie eller venner. Så de har alltid vært der.</p> <p>-gift i snart 50 år</p> <p>- han har vært støttende han.. Han rører ikke alkohol når jeg er hjemme så.. kjøper ingenting det er helt tomt.. er det fint en dag og han sitter på terrassen og jeg ikke er hjemme, kan han godt ta seg en øl det gjør meg ingenting. jeg synes det er bra gjort, da tar han <u>hvertfall</u> hensyn. Det gjør han..</p>	Familien min har alltid vært der hvis jeg trenger de. Trygt at folk er i bygningen om noe skulle skje. Jeg bodde i min leilighet sammen med kjæresten, det var viktig han var en sånn trygg grunnstein. Når jeg sluttet å drikke så stoppet han-omtenksomt. Hadde jeg ikke hatt han kjæresten vet jeg ikke hvordan det hadde vært. Søster har	«Men hvis jeg ikke hadde hatt han kjæresten så vet jeg ikke helt hvordan det hadde vært. Så han har vært veldig viktig oppi dette.» Pasient 3
Pasient 2	<p>.....</p> <p>-Bodde i leilighet, sånn det var folk i bygningen. Og søsknene sjekket opp. Fikk hjelp av mine søsken. Trygghet at folk er i bygningen, hvis noe skulle skje-kan gi et pip til huseier som jeg leier hos.</p> <p>- Ene søster har passet på datteren, og har også stilt opp å <u>handlet</u>, og var med inn på senteret. Har hjulpet med piller.</p> <p>Andre søster har gått tur med, og tok den første <u>autobus</u> der. Etterpå har jeg klart å følge opp å ta dette selv.</p>	hjulpet med piller, og har stilt opp å handle, andre søster har gått tur med. Flott å ha pårørende og den hjelpen. Andre søsken ligger bare i snakket og ikke handling. Åpenhet i familien og støtte. søsteren min følte seg litt skuffet siden hun hadde gjort en del for at dette her skulle skje. Jeg har unnskyldt meg- og hun er en av de som kommer på besøk. Det hadde vært vanskeligere å stå alene om det. Jeg prøvde å reise til familie, de har deres liv. En som har tilgang til mange <u>folk</u> har sikkert bedre støtte her enn en som har lite- Alle mine var opptatt. Det er til en viss grad hva familien kan gjøre siden jeg bor et sted og de bor et annet sted.	
Pasient 3	<p>.....</p> <p>-Da bodde jeg her som jeg bor i min leilighet og jeg hadde en ny kjæreste som egentlig flyttet inn på samme tiden. Det var viktig. Han er en veldig god støtte og han.. jeg har ikke lagt skjul på noen ting så han er på en måte en sånn trygg grunnstein i livet for meg. han er glad i <u>øl</u> men når jeg stoppet å drikke så stopper han å drikke helt så det er jo fint. Ja det er helt, det er så det er så omtenkstomt.. gjort og.. og det var jo på en måte for å.. ok han trengte det selv fordi han legger jo på seg veldig mye veldig fort av å drikke øl. Men ja det var helt klart gjort som en sånn støtte- hvis jeg ikke hadde hatt han kjæresten så vet jeg ikke helt hvordan det hadde vært. Så han har <u>og</u> vært veldig viktig oppi dette. Hvis jeg ikke hadde vært sammen med han og hvis han ikke hadde bodd her så.. kan det være at jeg hadde drukket enda eller igjen eller ikke, jeg vet ikke. Jeg er ikke sikker, men det er mye større sjanse at jeg hadde gjort det hadde jeg vært alene.</p>		
Ny beskrivelse	Avhengig av at det er noen der hjemme for å holde opplegget. Pasienten trenger mennesker rundt som er tilgjengelige. omgivelsene rundt spiller en rolle. Hvilke støttespillere, hvor påkoblet er pårørende. Å ha noen som støtter seg i prosessen. Pårørende ressurs-stabil i pasientens liv.		