

Integrert behandling av rus- og psykiske lidelser

**En kvalitativ studie om behandleres erfaring med integrert
behandling av rus- og psykiske lidelser**



University
of Stavanger

Helsevitenskapelige Fakultet

Master i rus- og psykisk helsearbeid

Masteroppgave (30 ECTS)

Antall ord: 18683

Kandidat: Evy Kristin Wiig

Veileder: Unn Elisabeth Hammervold, førsteamanuensis

Dato 01.06.2023

Forord

Mastergraden i rus- og psykisk helsearbeid ved Universitetet i Stavanger har vært krevende, slitsomt, spennende og en fin prosess. Jeg har lært utrolig mye og fått kjenne på hele følelsesspekteret underveis i forskningsprosessen. For meg er det en personlig «seier» å komme i mål.

Flere personer har bidratt i denne masteroppgaven. Jeg vil særlig takke alle informantene som deltok i undersøkelsen for sitt bidrag. Dere har kommet med verdifull informasjon som kan brukes til å videreutvikle og forbedre de systemene som eksisterer i dag.

Takk, til min dyktige og engasjerte veileder, Unn Elisabeth Hammervold, for god veiledning og konstruktive tilbakemeldinger. Du har vært tilgjengelig og engasjert for meg gjennom hele prosessen.

Masterprosjektet har til tider vært svært krevende, og jeg vil takke nærmeste familie og samboer for støtte og oppmuntring. Spesielt takk til min gode venninne Linda for de nødvendige dyttene, de gode rådene, og for å ha bidratt til å holde motivasjonen oppe.

Jeg er takknemlig for at jeg i min masteroppgave fikk muligheten til å fordype meg innenfor ROP-pasienter. Jeg har hatt stor glede av å studere og lære, og jeg opplever at jeg har utviklet meg både faglig og som medmenneske.

Mandal, juni 2023

Evvy K. Wiig

Innhold

Forord	1
Sammendrag	4
1.0 Innledning	5
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	5
1.2 <i>Begrepsavklaringer</i>	6
1.2.1 Samtidig rus- og psykisk lidelse.....	6
1.2.2 Integreert behandling	6
1.2.3 Døgnbehandling	7
1.2.4 <i>Litteratursøk</i>	7
1.2.5 <i>Tidligere forskning</i>	7
1.3 <i>Studiens formål med problemstilling</i>	10
2.0 Helsepolitiske rammebetingelser	11
2.1 <i>Lovverk og rammebetingelser</i>	11
2.1.1 Tvangslovgivning i psykisk helse- og rus	12
2.1.2 Samtykkekompetanse hos mennesker med rusproblematikk	12
2.1.3 Relevante helsepolitiske dokumenter	13
2.2 <i>Videre oppbygging</i>	13
3.0 Teori	14
3.1 <i>Salutogenese</i>	14
3.1.1 Opplevelse av sammenheng	15
3.1.2 Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet	15
3.1.3 Generelle motstandsressurser	16
3.2 <i>Recovery</i>	17
4.0 Metode	18
4.1 <i>Vitenskapsteoretisk forankring</i>	18
4.1.1 Fenomenologi	19
4.1.2 Hermeneutikk	19
4.2 <i>Forforståelse</i>	20
4.3 <i>Valg av metode</i>	21
4.3.1 Kvalitativ metode	21
4.3.2 Det kvalitative forskningsintervju	22
4.3.3 Semistrukturert intervju.....	23
4.4 <i>Datainnsamling</i>	23
4.4.1 Utvalg	23
4.4.2 Informasjonsskriv og intervjuguide.....	24
4.4.3 Gjennomføring av intervju	24
4.4.4 Transkribering	25
4.5 <i>Analyse</i>	25
4.5.1 Tematisk analyse	26
4.6 <i>Forskningsetikk</i>	27

4.6.1 Informert samtykke	28
4.6.2 Konfidensialitet	28
4.6.3 Konsekvens av deltakelse.....	29
5.0 Resultater	29
5.1 <i>Manglende fokus på Integrert behandling</i>	30
5.1.1 Behandlernes forståelse av integrert behandling.....	30
5.1.2 Lite systematikk rundt integrert behandling.....	31
5.1.3 Viktigheten av en god relasjon	32
5.2 <i>Utfordringer med integrert behandling til mennesker med ROP-lidelse</i>	34
5.2.1 Manglende motivasjon blant pasientene	35
5.2.2 Utfordrende atferd som et hinder	37
5.2.3 Utvikling av negative holdninger blant personalet.....	38
5.3 <i>Hull i tjenestetilbudene</i>	39
5.3.1 U hensiktsmessig organisering	39
5.3.2 Mangel på fleksibilitet og ressurser.....	40
5.3.3 Opplevelse av tverrfaglig samarbeid i utskrivelsesprosessen	41
5.4 <i>Oppsummering av funn</i>	43
6.0 Diskusjon.....	43
6.1 <i>Resultatdiskusjon</i>	43
6.2 <i>Metodediskusjon</i>	51
6.3 <i>Implikasjoner for videre forskning</i>	53
7.0 Konklusjon.....	54
8.0 Referanser	56
9.0 Vedlegg.....	63
Vedlegg 1 <i>Informasjonsskriv og samtykkeerklæring</i>	63
Vedlegg 2 <i>Intervjuguide</i>	67
Vedlegg 3 <i>Utdrag av analysen</i>	68
Vedlegg 4 <i>Godkjennelse fra NSD</i>	69

Sammendrag

Tema: Studiens tema var hvilken erfaring individualbehandlere i spesialisthelsetjenesten har med integrert behandling til mennesker med samtidig rus- og psykiske lidelser.

Hensikt og problemstilling: Hensikten med studien var å utforske individualbehandleres erfaring med integrert behandling til pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser. Studiens teoretiske referanseramme inkluderte Antonovskys teori om Salutogenese, samt behandlingsfilosofien Recovery.

Metode: Studien har benyttet kvalitativ metode, og datainnsamlingen ble gjennomført ved fire semistrukturerte individuelle intervju av fire individualbehandlere i spesialisthelsetjenesten. Det er gjennomført tematisk analyse i tråd med Malteruds analysemetode. Analysen resulterte i 9 temaer: 1) Behandlernes forståelse av integrert behandling, 2) Lite systematikk rundt integrert behandling, 3) Viktigheten av en god relasjon, 4) Manglende motivasjon blant pasientene, 5) Utfordrende atferd som et hinder, 6) Utvikling av negative holdninger blant personalet, 7) U hensiktsmessig organisering, 8) Mangel på fleksibilitet og ressurser, og 9) Opplevelse av tverrfaglig samarbeid i utskrivelsesprosessen.

Resultat og konklusjon: Den overordnede forståelse av funnene indikerer at behandlerne ønsket å tilby pasientene en integrert behandling. Imidlertid ble det identifisert flere utfordringer som hindret implementering av en slik integrert tilnærming. Manglende kompetanse, utfordringer i forhold til tjenestetilbud, begrensninger knyttet til fleksibilitet og tilgjengelighet, samt pasientenes ambivalens til behandling er faktorer som påvirket gjennomføringen av en integrert behandling. Studiens betydning for praksis kan forhåpentligvis bidra til å bevisstgjøre behandlere i deres arbeid i møte med ROP-pasienter. Jeg håper studien kan bidra til å understreke viktigheten av et integrert behandlingstilbud til mennesker med ROP-lidelser. Det er etter min oppfatning nødvendig med ytterligere forskning på området, spesielt med fokus på pasientperspektivet.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det har vært mye fokus på mennesker med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelser) i helsepolitikken de siste tiårene. Nasjonale retningslinjer har blitt utarbeidet for å gi anbefalinger vedrørende behandling og samarbeid for denne pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2012). Rapporter fra SINTEF, FAFO og Helsetilsynet påpeker at pasienter med ROP-lidelser opplever alvorlige utfordringer på ulike områder i livet, og at samarbeidet rundt disse pasientene er utfordrende for hjelpeapparatet (Ose et al, 2019; Skog Hansen et al., 2019 & Helsetilsynet, 2019). Som miljøterapeut innen psykisk helse og rusomsorg har jeg møtt mange mennesker som strever med denne problematikken. Det er først og fremst disse pasientenes opplevelser, ønsker og lengsler etter en bedre fremtid uten rus og bedre psykisk helse, som har berørt meg og inspirert meg til å fordype meg i ROP-lidelser. Min nysgjerrighet på bedringsprosessen har sin bakgrunn i den forståelsen jeg har fått av pasientenes behov.

Allerede i 2000 fastslo Statens Helsetilsyn at det var behov for spesialiserte døgnplasser for pasienter med ROP-lidelser. Grunnlaget for dette var et tydelig økende antall pasienter med alvorlige dobbeltdiagnoser (Kielland, 2000). Økt kompetanse og kvalitet var et av hovedmålene i opptrappingsplanen for psykisk helse 2001-2009. Likevel har fokuset i stor grad vært på økonomisk styring, fremfor standard for kvalitet og innhold i tjenestene (Brofoss & Larsen, 2009). Det har vist seg at mennesker med ROP-lidelser ikke har fått den behandlingen de har hatt rett til, og en av årsakene til dette er manglende dobbeltkompetanse i helsetjenestene (Gråwe & Rud, 2006; Helsedirektoratet, 2011).

ROP-pasienter har i mange år vært «kasteballer» mellom rusomsorgen og helsevesenet (Helsedirektoratet, 2011; Mueser et al., 2003). I psykiatrien har behandlingstilnærmingen i stor grad fokusert på kontinuerlig behandling, case management, fleksibilitet og støtte, der ruslidelsen ofte blir betraktet som sekundær. I rusbehandlingen har tilnærmingen vært mer konfronterende og basert på støttekontaktmodellen med sekvensiell behandling. Denne uforeneligheten i behandlingstilnærminger, samt manglende kommunikasjon og samordning av behandlingsmål, har vært årsaken til at parallell behandling ikke regnes som et godt nok tilbud til ROP-pasienter (Helsedirektoratet, 2011; Mueser et al., 2003). Mueser et al. (2003) argumenterer for at mennesker med ROP-lidelser har en begrenset evne til å integrere ulike behandlingsintervensjoner, og derfor kan parallell behandling oppleves som belastende for

pasienten. Integrert behandling tar hensyn til denne utfordringen ved å tilby pasienten ett behandlingsteam med dobbelkompetanse som kan integrere beslutninger om behandling og behandlingsmål for begge lidelsene (Mueser et al., 2003).

De nasjonal faglige behandlingsretningslinjene refererer til flere randomiserte kontrollerte studier som viser at behandling gitt samtidig av samme helsepersonell på samme sted, har bedre effekt enn behandling som gis på ulike steder (Helsedirektoratet, 2012). Fordi ruslidelser og psykiske lidelser har en gjensidig påvirkning har nasjonale retningslinjer blitt utviklet for å fremme integrert behandling for mennesker med ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012). Selv om behandlingstilbudene til ROP-pasienter har blitt bedre, er det fortsatt utfordringer med implementering av integrert behandling (Helsedirektoratet, 2012). Det er sannsynlig at mange vil argumentere for at det fortsatt gjenstår arbeid for å sikre at integrert behandling blir tilgjengelig for alle som trenger det innenfor ROP-lidelser.

1.2 Begrepsavklaringer

1.2.1 Samtidig rus- og psykisk lidelse

Når det er snakk om mennesker som både har en ruslidelse i tillegg til psykisk lidelse brukes betegnelsen ROP-pasienter. Hos disse pasientene opptrer ruslidelse og psykisk lidelse samtidig (NHI, 2021). ROP-pasientene har ofte ødeleggende brukt av rusmidler noe som gjør at de ofte faller mellom behandlingstiltakene helsevesenet tilbyr (Helsedirektoratet, 2012). I flere tilfeller har man sett at ROP-pasienter ikke har fått optimal behandling. Ofte er det slik at ruslidelsen ødelegger for den psykiske behandlingen, og den psykiske lidelsen står i veien for god rusbehandling (NHI, 2021).

1.2.2 Integrert behandling

Det har vært et økende fokus på pasienter med ROP-lidelser de siste årene. I dag vet vi mer om kombinasjonen mellom samtidig rus- og psykiske lidelser, og hvordan begge lidelsene påvirker hverandre (Almvik, 2014). Når pasienter blir behandlet for flere lidelser samtidig, innenfor den samme instansen, kalles det «integrert behandling». Det vil si at det er de samme fagpersonene som har ansvaret for behandlingen og kompetanse innenfor de lidelsene som behandles. Ved å kombinere behandlingstiltakene gir det pasientene en bedre mulighet til å kunne mestre livet uten et rusmisbruk (Helsedirektoratet, 2012).

1.2.3 Døgnbehandling

Døgnposter tilbyr behandling på samme måte som ved poliklinisk behandling, men pasientene i døgnbehandling får behandling inne på en institusjon. En av forskjellene er at det i døgnbehandling vil være tettere kontakt og høyere intensitet i behandlingen. Pasienten får oppfølging hele døgnet, og rammene er trygge. Målet er at man så raskt som mulig skal få kontroll over pasientens symptomer. Lengden på døgnbehandlingen vil variere ut i fra pasientens behov. Ved frivillig innleggelse kan pasienten selv velge å skrive seg ut, mens dersom pasienten er under tvunget psykisk helsevern er det spesialisten som bestemmer når pasienten kan utskrives (Helsedirektoratet, 2012).

1.2.4 Litteratursøk

Jeg startet litteratursøket mitt med å søke i Google med ordene «ROP-pasienter», «Integrert behandling», for å få en grov oversikt over hva som finnes av tidligere forskning og litteratur. Treffene ga meg inntrykk av at det er lite forskning på integrert behandling til ROP-pasienter. Søket ga flere treff på artikler som omhandler at ROP-pasienter ikke har fått den behandlingen de har rett på. Videre gjennomførte jeg et grundigere søk i både norske og engelske databaser, inkludert Bibsys, Idunn, Oria og PubMed, for å prøve å finne relevant forskning og litteratur om integrert behandling til ROP-pasienter. Søkene ble utført med ulike kombinasjoner av søkeordene: integrert behandling, helsefremmende miljøterapi, behandling ROP-pasienter, integrated treatment, substance use, psychiatric disorders, dual diagnosis. Jeg fokuserte spesielt på å finne fagfelleverderte artikler. Heller ikke dette søket ga meg mange treff. Det er viktig å merke seg at søkene ga begrensede resultater, og at dette var en av årsakene til at det ble utfordrende å finne spesifikk forskning om integrert behandling til ROP-pasienter. I det følgende vil jeg presentere relevante funn fra litteratursøkene.

1.2.5 Tidligere forskning

I 2000 fastslo Statens Helsetilsyn at det var behov for spesialiserte døgnplasser for pasienter med dobbeltdiagnose (Kielland, 2000). Omfanget av tidligere forskning på behandleres erfaringer med integrert behandling til pasienter med ROP-lidelser, er begrenset. Det finnes lite norsk forskning på dette området, og jeg har kun funnet en norsk studie som omhandler integrert behandling. Det var en evalueringsstudie som omhandlet implementeringstiltak i en sikkerhetspsykiatrisk avdeling (Bjørnstad & Gråwe, 2016). Studien

viser til få evalueringer av implementering av integrerte behandlingstiltak, til tross for at rusmiddelbruk er knyttet til vold og farlighet blant pasienter i sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Likevel tyder studien på at mange pasienter med ROP- lidelser i norske psykiatriske døgnavdelinger, ikke mottar hensiktsmessig behandling med bakgrunn i manglende dobbelkompetanse (Gråwe & Ruud, 2006; Helsedirektoratet, 2012).

Det er gjort flere studier på mennesker med psykiske lidelser og deres opplevelse av brukermedvirkning og erfaringer knyttet til bedringsprosess. Selv om studiene ikke handler om mennesker med dobbeltdiagnoser, anser jeg likevel studiene som relevante, da relasjon blir ansett som en viktig faktor i ROP-pasientenes bedringsprosess.

I 2003 gjennomførte Marit Borg og Alain Topor en kvalitativ studie som utforsket bedringsprosessene og erfaringene til mennesker med psykiske lidelser. Studien fokuserte på erfaringer til mennesker som har lagt bak seg et liv med en hverdag preget av plagsomme stemmer, angst, motløshet, kaos og ensomhet. Studien inkluderte intervju med femten personer, og gjennom disse intervjuene identifiserte forskerne viktige temaer knyttet til bedring. Resultatene fremhevet den gjensidige relasjonens helsefremmende kraft, og betydningen av å bli sett og hørt av andre. Det ble tydelig at samspillet mellom individene og deres omgivelser spilte en viktig rolle i å komme seg gjennom en alvorlig psykisk lidelse. Studien viste også at kvaliteten på relasjonene rundt pasienten var avgjørende for pasientens motivasjon til å engasjere seg i et forandringsarbeid. En støttende og empatisk relasjon til helsepersonell, venner og familie var viktig for å inspirere og motivere til bedring. Resultatene fra studien til Borg og Topor bidrar til en økt forståelse av bedringsprosesser og erfaringer til mennesker med psykiske lidelser (Borg & Topor, 2003).

Eva Langeland utførte i 2007 en studie som undersøkte betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. Studien fokuserte på hjemmeboende pasienter med psykiske lidelser, og undersøkte effekten av salutogene teoriprinsipper på mestring. Studiens funn indikerte at sosial støtte og spesielt relasjoner spiller en viktig rolle i å skape positive endringer i opplevelsen av sammenheng hos pasientene. Dette innebærer at å ha et støttende nettverk og meningsfulle relasjoner kan bidra til bedre mestring av psykiske lidelser. Konklusjonen fra studien understreker betydningen av å styrke opplevelsen av sammenheng hos mennesker med psykiske lidelser i tjenestetilbudene. Dette betyr at tjenestene bør legge vekt på å skape et støttende og meningsfullt miljø som fremmer pasientenes opplevelse av sammenheng i livet. Studien bidrar til å forstå hvordan en salutogen tilnærming kan være relevant og nyttig i arbeidet med å fremme psykisk helse. Studien understreker viktigheten av

å ta hensyn til individuelle behov og sosiale faktorer i utformingen av behandling og tjenester for denne pasientgruppen.

Det er også begrenset hva som finnes av forskning internasjonalt. Det ble i 2013 gjennomført en studie av Thomas M. Kelly og Dennis C. Daley som handler om risikoen for å utvikle dobbeltdiagnose, samt kombinasjonen av behandlinger som ser ut til å være mest effektive for denne pasientgruppen. Studien viser også til behovet for høyere intensitet i behandling av dobbeltdiagnoser. Funnene i studien viser at fagutøvere kan øke sin terapeutiske effekt ved å kombinere behandlingene som blir gjennomført (Kelly & Daley, 2013). Studien bidrar dermed til å øke kunnskapen om behandlingsstrategier for pasienter med dobbeltdiagnoser. Ved å identifisere effektive kombinasjoner av behandlinger og vektlegge behovet for høyere intensitet, kan helsetjenester bedre imøtekomme behovene til denne sårbare pasientgruppen.

Laurel F. Mangrum, Richard T. Spence og Molly Lopez gjorde i 2005 en studie som tok for seg forskjellene i integrert behandling og parallell behandling. Studien undersøker 1-års behandlingsresultater av 216 individer med samtidige alvorlige og vedvarende psykiske lidelser og ruslidelser som ble tildelt en integrert eller parallell behandling. Sammenligninger indikerte at den integrerte gruppen oppnådde større reduksjoner i forekomsten av psykiatriske sykehusinnleggelses og arrestasjoner. Resultatene av denne studien støtter den økte effektiviteten av integrert behandling for å redusere bruken av dyrere kriseorienterte tjenester hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser (Mangrum et al. 2005).

Selv om det er begrenset forskning på integrert behandling til ROP-pasienter, er det utarbeidet flere rapporter og undersøkelser som peker på viktigheten av integrerte behandlingstiltak for personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. I NOU-rapporten 2010:3 ble det påpekt at alvorlig psykisk lidelse og alvorlig personlighetsforstyrrelse i kombinasjon med ruslidelse øker risikoen for voldsutøvelse. Uheldige volds- og drapsepisoder utført av denne pasientgruppen har ført til debatt om faglige vurderinger og kompetanse i psykiatrien. Som et forebyggende tiltak anbefales det blant annet å sikre disse pasientene en tilpasset og integrert behandling av begge lidelsene (NOU: 2010:3). Helsedirektoratet (2012) hevder at integrerte behandlingstiltak for personer som trenger behandling både for rus- og psykiske lidelser, gir bedre sykdomsforløp sammenlignet med separat rusmiddelbehandling og psykiatribehandling. Tidligere undersøkelser i Norge og andre land viser også at mennesker med alvorlige psykiske lidelser ofte har en samtidig ruslidelse. Forskning antyder at behandlingen av ruslidelse og psykisk lidelse blir mer effektiv når den ses i sammenheng (Helsenorge, 2021).

Det er imidlertid få studier som omhandler behandleres erfaringer med integrert behandling til ROP-pasienter, og dette utgjør et kunnskapshull. Mer forskning og undersøkelser knyttet til integrert behandling for denne pasientgruppen vil kunne bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget og forbedre behandlingstilbudet for ROP-pasienter.

1.3 Studiens formål med problemstilling

Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke erfaringer behandlere har i forhold til integrert behandling av rus og psykiske lidelser på sin arbeidsplass.

Sett opp mot tidligere forskning på temaet vil studien kunne si noe om hvordan dagens praksis er, og hvilke kvaliteter og utfordringer man står overfor på de forskjellige avdelingene. Det vil være interessant å se om det er store variasjoner mellom de ulike behandlingsplassene når det kommer til behandlingsformen de tilbyr. Samtidig vil det også være interessant å se hvilken kompetanse de forskjellige avdelingene har i forhold til behandling av ROP-pasienter.

Det er ønskelig å finne ut om det praktiseres integrert behandling av rus- og psykiske lidelser på norske behandlingsinstitusjoner, og hvilke erfaringer og kompetanse behandlerne har. Denne bakgrunnen leder frem til problemstillingen:

Hvilke erfaringer har behandlere med integrert behandling til ROP-pasienter?

Ut i fra denne problemstillingen er det utarbeidet fem forskningsspørsmål:

1. Hvordan beskriver behandlerne arbeidet med integrert behandling?
2. Hva fremmer/hemmer behandlernes motivasjon for å arbeide med denne pasientgruppen?
3. Hvilke faktorer erfarer behandlerne bidrar til vellykket behandling av denne pasientgruppa?
4. Hvilke utfordringer opplever behandlerne i forhold til behandlingen av ROP-pasienter?
5. Hva er behandlernes erfaring med oppfølging av denne pasientgruppen etter utskriving?

2.0 Helsepolitiske rammebetingelser

I dette kapitlet presenteres helsepolitiske dokumenter som vurderes å være sentrale for problemstillingen og forskningsspørsmålene. Nedenfor vil jeg presentere lovverk, forskrifter og rundskriv som er aktuelle i arbeid med mennesker med ROP-lidelse.

2.1 Lovverk og rammebetingelser

Lov om pasient- og brukerrettigheter inneholder rettsregler om rettigheter som pasienter og brukere har overfor helse- og omsorgstjenesten. Pasienter og brukere har rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp fra kommunen. Loven slår blant annet fast at helsehjelp kun kan gis med pasientens samtykke. Det skal finnes grunnlag i lov dersom helsehjelp skal gis uten samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal sikre gode tjenester til kommunenes innbyggere. Formålet er særlig å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Loven skal også bidra til å fremme sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling, samt forebygge sosiale problemer. I tillegg pålegger loven kommunene å tilby innbyggerne bestemte helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Lov om spesialisthelsetjenester omhandler helsetjenester som ikke utføres på et kommunalt nivå. Loven regulerer organisatoriske og administrative forhold som angår sykehus og sykehusenes poliklinikker. Blant annet er formålet med loven å sikre tjenestetilbudets kvalitet og bidra til et likeverdig tjenestetilbud. Tjenestetilbudet skal tilpasses pasientens behov, og ressursene skal utnyttes best mulig (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Lov om helsepersonell har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter, kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og tillitt til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Det er i denne loven taushetsbestemmelser er nedfelt (Helsepersonelloven, 1999).

Rundskriv Psykisk helsevernloven med kommentar inneholder kommentarer til lovbestemmelsene i Psykisk helsevernloven (Helsedirektoratet, 2017).

2.1.1 Tvangslovgivning i psykisk helse- og rus

Både helse- og omsorgstjenesteloven og psykisk helsevernloven gir mulighet for tvangsinnleggelse av rusavhengige, men psykisk helsevernloven er den mest benyttede loven når det gjelder personer med rusmiddelproblemer (Lundeberg & Mjåland, 2014). Kravene for tvungent psykisk helsevern er beskrevet i psykisk helsevernloven, som fastsetter flere betingelser som må være oppfylt for at bestemmelsen skal kunne anvendes (1999, § 3-3 punkt 1-7). Et av kravene er at personen må lide av en alvorlig sinnslidelse, samtidig som det også er et krav om at frivillig psykisk helsehjelp har blitt forsøkt uten suksess, eller at det er åpenbart at slike forsøk ikke vil være hensiktsmessige. Et annet krav er at pasienten utgjør en alvorlig fare for sitt eget eller andres liv eller helse. I tillegg til disse betingelsene må det også være en forutsetning at pasienten ikke vil ha utsikt til bedring uten bruk av tvungent psykisk helsevern, eller at det er stor sannsynlighet for at pasientens tilstand vil forverres betydelig i nær fremtid. Det er viktig at pasienten får mulighet til å uttale seg, og det skal gjennomføres en helhetlig vurdering for å avgjøre om tvang er den klart beste løsningen for pasienten (Psykisk helsevernloven, 1999, § 3-3, nr. 7).

Rusavhengige kan også tvangsinnlegges i institusjoner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven, og holdes tilbake i opptil tre måneder (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 10-2). Dette gjelder pasienter som har alvorlige fysiske og/eller psykiske helseutfordringer, og som har omfattende og langvarig bruk av rusmidler. Også her er det krav om at frivillige hjelpetiltak må ha blitt prøvd før tvangsinnleggelse kan vurderes.

2.1.2 Samtykkekompetanse hos mennesker med rusproblematikk

I rundskrivet «Psykisk helsevern med kommentarer» utgitt av Helsedirektoratet i 2017, blir det påpekt at rusmiddelbruk kan påvirke en persons evne til å gi informert samtykke til helsehjelp, også kjent som samtykkekompetanse. Samtykkekompetanse handler om den enkeltes personlige evne til å ta beslutninger angående egen helse. Rundskrivet beskriver at en person som opplever rusutløst psykose kan mangle samtykkekompetanse i en akutt fase, men at denne mangelen vanligvis er kortvarig med mindre personen også har en primærpsykose (Helsedirektoratet, 2017).

2.1.3 Relevante helsepolitiske dokumenter

Det finnes flere helsepolitiske dokumenter som gir veiledning og strategier for oppfølging av personer med ROP-lidelser. Nedenfor presenteres en oversikt over noen av disse dokumentene.

Nasjonal faglige retningslinjer for utredning og oppfølging av personer med ROP-lidelse: Dette dokumentet fra Helsedirektoratet beskriver kommunens og helseforetakenes ansvar og roller i arbeidet med rus- og psykisk helse. Det gir også anbefalinger om behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser, samt betydningen av samarbeid mellom ulike tjenester og instanser (Helsedirektoratet, 2012).

Samhandlingsreformen: Dette er en reform som har som mål å forbedre samarbeidet mellom aktørene i helsetjenesten, inkludert spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Formålet er å sikre riktig behandling på riktig sted og til rett tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000).

Pakkeforløp i psykisk helse og rus: Dette initiativet ble innført for å styrke behandlingstilbudet til ROP-pasienter. Pakkeforløpene har fem overordnede mål; inkludert brukermedvirkning, sammenhengende og koordinerte pasientforløp, redusert ventetid og likeverdige tjenester uavhengig av geografisk bosted (Helsedirektoratet, 2015).

Veilederen «Sammen om mestring»: Denne veilederen, utgitt av Helsedirektoratet, gir retningslinjer for lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne. Veilederen fokuserer på viktigheten av å se psykisk helse og rus i sammenheng, og legger vekt på brukermedvirkning og samarbeid mellom ulike tjenestenivåer (Helsedirektoratet, 2014).

Disse dokumentene gir viktige retningslinjer og strategier for oppfølging av mennesker med ROP-lidelser. De legger til rette for en helhetlig og koordinert tilnærming til behandling og oppfølging (Helsedirektoratet, 2014).

2.2 Videre oppbygging

I kapittel tre vil det teoretiske rammeverket presenteres. Videre vil kapittel fire beskrive studiens metodologi og metode for å gi leseren informasjon og oversikt over hvordan studien er utført. Studiens analysemetode vil bli beskrevet, samt fremgangsmåten for analyse av datamaterialet. I kapittel fem blir funnene presentert, og i kapittel seks diskuteres funnene opp mot Antonovskys teori om Salutogenese, og behandlingsfilosofien Recovery. Funnene vil også diskuteres opp mot annen relevant litteratur og tidligere forskning. Til slutt vil det trekkes en konklusjon på bakgrunn av studiens funn og diskusjon.

3.0 Teori

I denne studien er det teoretiske perspektivet basert på flere faktorer. Det innebærer en presentasjon av teorier som er valgt ut fra hva som anses som mest fruktbart for å tolke datamaterialet. Det teoretiske rammeverket som brukes i denne studien er Aaron Antonovskys teori om Salutogenese. Teorien fokuserer på hva som fremmer helse og velvære, og hvordan en opplevelse av sammenheng kan bidra til mestring og bedring. Med utgangspunkt i dette anses denne teorien som relevant for min studie.

I tillegg presenteres begrepet Recovery, som ikke anses som en teori, men mer som en behandlingsfilosofi. Recovery-perspektivet handler om å støtte individets egen prosess med å gjenvinne kontrollen over sitt eget liv og finne mening og håp i rehabiliteringen. Selv om recovery ikke betraktes som en teori i seg selv, vurderer jeg tilnærmingen som relevant i behandlingen av ROP-pasienter, særlig når den ses i sammenheng med Antonovskys teori om Salutogenese.

3.1 Salutogenese

Det salutogene perspektivet ble introdusert av Aaron Antonovsky (1923-1994) mot slutten av 1900-tallet, og bygger på kunnskap om helse og hvordan helse kan økes. Teorien fokuserer særlig på oppfatningen av sammenheng i stress og kriser (Ekeland & Heggen, 2007). Antonovsky ønsket å utforske hvorfor noen mennesker opprettholder og utvikler bedre helse til tross for betydelige belastninger (Langeland, 2012). Ved kjernen av det salutogene perspektivet ligger synet på helse og variasjonen mellom helse og sykdom (Lindstöm & Eriksson, 2015).

Ifølge Antonovsky (2012) kan livet sammenlignes med en elv. Langeland (2007) beskriver metaforen om «livets elv», der helse handler om å «svømme» på «best mulig måte» og akseptere livets opp- og nedturer. Dette hjelper oss med å fokusere på hvordan vi best mulig kan tilpasse oss ulike stressorer og utfordringer vi møter. Ved å betrakte alle mennesker som en samlet enhet i den samme «elven», bidrar Antonovsky til å normalisere psykiske helseproblemer (Antonovsky, 2012). Antonovsky mente at psykologien og medisinen la for mye vekt på å identifisere hva som forårsaker sykdom, og han ønsket derfor å finne ut av hva som fremmer helse (Bunkholdt & Kvaran, 2015). Han ønsket å rette oppmerksomheten mot menneskets historie og opplevelser, heller enn diagnostisering. Det salutogene perspektivet legger også vekt på bruk av eksisterende og potensielle motstandsressurser (Langeland, 2012).

Forskning tyder på at salutogenese er viktig for å fremme helse hos mennesker med psykiske lidelser (Mjøsund, Eriksson, Norheim, Keyes, Espnes & Vinje, 2015).

Salutogenese består av tre komponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Individuer som har sterk salutogenese opplever livet som meningsfullt, begripelig og håndterbart. En opplevelse av sammenheng øker individets indre trygghet og tillit til at de har indre ressurser, samt evnen til å bruke og gjenbruke disse på en måte som fremmer helse (Lindström & Eriksson, 2015).

3.1.1 Opplevelse av sammenheng

Antonovsky studerte mennesker som var under mye stress, men som hadde god helse (Almvik & Borge, 2006). Det viste seg at disse menneskene var preget av en høy følelse av sammenheng. Opplevelse av sammenheng illustrerer i hvilken grad en person har en konsekvent, stabil og dynamisk følelse eller tillit. Stimuli fra indre eller ytre omstendigheter i livet er: 1. Strukturert, forutsigbar og forklarlig (begripelighet), 2. Ressurser er tilgjengelige, slik at kravene som stilles av disse stimuli kan oppfylles (håndterbarhet), 3. Kravene er utfordrende, verdt investeringen og engasjementet (meningsfullhet) (Antonovsky, 2012).

Ifølge Antonovsky må personen først og fremst være i stand til å forstå sin egen situasjon, dersom han skal oppnå en opplevelse av sammenheng. Det som skjer må være forståelig og oppleves ryddig, strukturert og oversiktlig. Ettersom alle mennesker søker forståelse, håndterbarhet og mening, er sammenhengende opplevelser et tverrkulturelt fenomen. I denne teorien er innholdet bestemt av kultur og hvilke valg kulturen tilbyr. Å engasjere seg i hverdagsaktiviteter som oppleves som meningsfulle, oppleve deler av livet som forståelige og håndterbare, vil beskrives som en god opplevelse av sammenheng (Almvik & Borge, 2006).

3.1.2 Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet

Antonovskys teori om salutogenese er basert på tre komponenter. Den første komponenten er begripelighet, som handler om i hvilken grad mennesket opplever at stimuli fra det indre eller ytre miljøet er sammenhengende og kognitivt forståelig. Det betyr at man opplever at hendelser og situasjoner har en mening, at de er forståelige og kan settes i

sammenheng. Når man har høy begripelighet, forventer man at stimuli man møter, enten er forutsigbar eller kan forklares og settes i sammenheng (Antonovsky, 2012).

Håndterbarhet er den andre komponenten. Dette handler om hvorvidt mennesket opplever at det har tilstrekkelig med ressurser til å takle kravene som oppstår. En sterk opplevelse av håndterbarhet gir en følelse av at livet er rettferdig og at man ikke er et offer for omstendighetene. Selv når man møter utfordringer, har man tillitt til at man kan håndtere dem, bearbeide dem og komme seg videre (Antonovsky, 2012).

Den siste komponenten er meningsfullhet. Antonovsky mente at denne komponenten innebærer betydningen av deltakelse i prosessen som former ens egen skjebne. Antonovsky fant i sine studier sammenheng mellom mennesker som hadde lav opplevelse av sammenheng og mangelen på noe som var spesielt viktig for dem. Denne komponenten tar for seg områder i livet som er viktige for mennesket, ikke bare kognitivt, men også følelsesmessig og involverende (Antonovsky, 2012).

Disse tre komponentene betraktes som fenomener som skaper komplekser av levd erfaring, preget av en indre sammenheng, medbestemmelse og balanse mellom overbelastning og underbelastning. Slike livsopplevelser styrker opplevelsen av sammenheng. Samtidig kan det være situasjoner der en persons erfaringer plasserer han høyt på en komponent og lavt på en annen. For eksempel betyr ikke en sterk opplevelse av begripelighet nødvendigvis at man vil klare seg bra. Høy begripelighet kombinert med lav håndterbarhet skaper press i retning av endring. Det betyr at en person som skårer høyt på begripelighet og håndterbarhet, og mener han har tilstrekkelige ressurser til å klare seg bra, raskt vil bli overveldet med hensyn til forståelse og kontroll over ressursene dersom han ikke engasjerer seg (Antonovsky, 2012).

3.1.3 Generelle motstandsressurser

Ifølge den salutogene teorien identifiseres individuelle og kollektive motstandsressurser som bidrar til mestring av spenninger i livets vanskelige og krevende situasjoner. Antonovsky beskrev motstandsressurser som karakteristikk ved mennesket, gruppen eller omgivelsene som kan fremme affektiv mestring av stress. Eksempel på en viktig motstandsressurs er kvaliteten på sosial støtte, spesielt nære emosjonelle forbindelser. Mennesker som har sterke bånd til andre har større sannsynlighet for å håndtere stressende situasjoner sammenlignet med de som mangler denne formen for støtte.

Antonovsky mente at generelle motstandsressurser bidrar til opplevelsen av en indre sammenheng, medbestemmelse og balanse mellom belastning og mestring. Han mente også at

en persons plassering på et kontinuum av opplevelse av sammenheng, påvirket sannsynligheten for å ha livserfaringer som bidrar til sterk opplevelse av sammenheng. Jo høyere en person er på kontinuumet, desto større sannsynlighet er det for at vedkommende opplever en sterk sammenheng. På den andre siden, jo lavere en person er på kontinuumet, desto mer sannsynlig er det at vedkommende opplever svakere sammenheng.

Kroniske ressurser og kroniske stressfaktorer er også viktige faktorer i en persons livssituasjon og kan påvirke opplevelsen av sammenheng. Kroniske ressurser og stressfaktorer er varige og gjennomgripende, og de spiller en sentral rolle i å bestemme nivået av opplevelse av sammenheng. Stressende livshendelser som for eksempel dødsfall i familien, skilsmisse eller økonomiske problemer, kan påvirke en persons spenningstilstand. Antonovsky argumenterte for at det er personens opplevelse av sammenheng som avgjør om en stressende hendelse har en skadelig, nøytral eller helsebringende effekt.

Et eksempel på en stressende livshendelse kan være å bli skrevet ut fra behandling uten tilstrekkelig planlegging på forhånd. Dette kan skape en spenningstilstand hos personen, og ifølge Antonovsky er det personens opplevelse av sammenheng som avgjør om utfallet av en slik hendelse blir skadelig, nøytralt eller helsebringende (Antonovsky, 2012).

3.2 Recovery

Recovery blir ofte beskrevet som en filosofisk tilnærming, en modell, en visjon og en bevegelse. Interessen for recovery som et kunnskapsfelt har økt både blant pasienter og fagpersoner (Borg et al., 2013). På norsk kan recovery defineres som «å komme seg» i forhold til sykdom (Vatne, 1998). Ifølge Evjen et al. (2018) oppstod recovery som et kritisk perspektiv som hevdet at personer med alvorlige psykiske lidelser har rett til å leve som vanlige borgere i stedet for å bli definert utelukkende som «psykisk syke». Tidligere forskning har vist at mange mennesker har oppnådd bedring og «blitt friske» uten profesjonell hjelp. Dette har ført til økt interesse for å forstå hvordan personen oppnår rusfrihet og hva som kan være vendepunktet i bedringsprosessen fra sykdom (Evjen et al., 2018).

Borge et al. (2013) definerer recovery på tre ulike måter: som en personlig prosess, som en sosial prosess og som et klinisk utfall. Personlig recovery kommer fra personer med egenerfaring, og bygger på deres kunnskap om å hjelpe og bidra til bedring (Hummelvoll, 2014). Personlig bedring handler ikke nødvendigvis om rehabilitering eller eliminering av alle symptomer, men om å skape et meningsfylt og tilfredsstillende liv i henhold til

individets egne definisjoner, til tross for symptomer eller begrensinger man kan oppleve (Borg & Karlsson, 2013). For ROP-pasienter er det viktig med fokus på individuelle behov og hjelp i et tilpasset tempo for å oppnå suksess i behandlingen (De Ruyscher, Vandeveld, Vanderplasschen, De Maeyer & Vanheule, 2017).

For å oppnå recovery inneholder det flere faktorer. Det er ikke bare den personlige prosessen i forhold til håndtering av egen sykdom, men også hvordan det sosiale livet er. Den sosiale prosessen handler om å leve et liv sammen med andre (Borg & Davidson, 2008). Det innebærer å være en del av et støttende og inkluderende miljø omgitt av venner, arbeid og aktiviteter (Borg, 2007). Borg (2007) hevder blant annet at dårlige boforhold og arbeidsledighet virker negativt inn på personens recovery-prosess.

Klinisk recovery handler om å bli kvitt symptomer og gjenvinne den sosiale funksjonen man hadde før sykdom. Begrepet stammer fra fagfolk innen psykiatrien og brukes mot behandlingsrettede og resultatorienterte retninger (Borg et al. 2013). Klinisk recovery måles gjennom symptomremisjon. Sentrale forhold er vurdering fra fagperson, symptomfrihet, selvstendig bosituasjon, jobb og sosiale relasjoner (Borg et al. 2013).

4.0 Metode

I dette kapitlet gjøres det rede for de metodiske valgene som er tatt. Metodekapitlet innledes med en presentasjon av studiens vitenskapsteoretiske grunnlag som inneholder både en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming. Det vil også kort redegjøres for egen forståelse av studiens tema. Videre vil jeg gi et teoretisk innblikk i kvalitativ metode og beskrive mine innsamlingsstrategier. Det kvalitative forskningsintervjuet vil bli beskrevet, med fokus på semistrukturerte intervju. Deretter presenteres utvalget og rekrutteringsprosessen, samt utarbeidelse av intervjuguiden og hvordan dataen ble innhentet. Til slutt redegjøres det for hvordan bearbeiding og tolkningen av data er gjennomført, samt studiens troverdighet og drøfting av mulige feilkilder.

4.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Ifølge Thagaard (2013) har forskerens vitenskapsteoretiske forankring betydning for hva forskeren søker informasjon om, samt danner utgangspunkt for den forståelsen forskeren

utvikler. For å belyse denne studiens problemstilling ble det brukt både fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming.

4.1.1 Fenomenologi

Fenomenologien bygger på den subjektive opplevelsen til enkeltpersoner, og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer (Thagaard, 2013). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) tar fenomenologien utgangspunkt i at realiteten er slik mennesker forstår og oppfatter den, og hevder at det ved en fenomenologisk tilnærming tas utgangspunkt i den subjektive opplevelsen. Man forsøker å oppnå forståelse av en dypere mening i personens erfaringer. Fenomenologien er basert på en underliggende antakelse om at virkeligheten er slik folk oppfatter den (Kvale & Brinkmann, 2009; Thagaard, 2013). Et sentralt punkt innen fenomenologien er å forstå fenomener på grunnlag av perspektivene til de personene vi studerer, og beskrive omverdenen slik den erfares av dem (Thagaard, 2013).

Gjennom en fenomenologisk tilnærming er fokuset rettet mot å utforske den meningen personen gir sine erfaringer av et bestemt fenomen. Det legges i tillegg vekt på de felles erfaringene som er delt av flere deltakere. Disse erfaringene danner grunnlaget for å utvikle en generell forståelse av fenomenet (Kvale og Brinkmann, 2015). I denne studien var informantenes forståelse av integrert behandling det sosiale fenomenet som ble undersøkt. Informantenes beskrivelser av fenomenet ble formidlet ut fra deres egne perspektiver.

4.1.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk er en tilnærming som innebærer å fortolke menneskers handlinger ved å utforske dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart fremstår. Gjennom en hermeneutisk tilnærming eksisterer det ingen absolutte sannheter, og fenomenet kan tolkes på flere nivåer. Meningen blir forstått i lys av den konteksten man studerer og er en del av, og man kan kun forstå delen av det man studerer i forhold til helheten (Thagaard, 2013).

I motsetning til empiribaserte tilnærminger har hermeneutikken ingen fastlagte retningslinjer eller forskningspraksis for tolkninger. I denne studien ble fokuset lagt på å tolke behandlernes forståelse av integrert behandling av rus- og psykiske lidelser basert på deres egne beskrivelser. Ifølge Thagaard (2013) kan det samme fenomenet tolkes på flere ulike nivåer i hermeneutikken, og all forståelse bygger på en forståelse. Forskerens egen

forforståelse kan påvirke studiens funn og resultater. Derfor er det viktig at forskeren tydeliggjør sin egen forforståelse (Maxwell, 2009). Nedenfor presenteres egen forforståelse.

4.2 Forforståelse

Den abduktive tilnærmingen i denne studien innebærer at funnene fra forskningen har vært med på å danne en forståelse gjennom hele prosessen (Thagaard, 2013). Forskerens forforståelse spiller en rolle i å påvirke hvilken informasjon og erfaring fra informantene som blir ansett som relevant og viktig, og fenomenologiens innflytelse i studien gjenspeiles derfor i resultatene (Thagaard, 2013).

Det er viktig å være bevisst i egen forforståelse. Dette er spesielt viktig for å unngå bias. Bias innebærer at data og analyser kan bli påvirket av blant annet forskerens forforståelse, slik at resultatene blir feiltolket (Maxwell, 2009). Gjennom egne erfaringer som miljøterapeut og gjennom studiet har jeg opparbeidet meg både en bevisst og ubevisst forståelse av integrert behandling av rus- og psykiske lidelser. Det er naturlig at tidligere erfaringer og kunnskap påvirker forskningsprosessen. Det er derfor viktig å være bevisst på egen forforståelse for å unngå at de farger tolkningen av dataene.

I forkant av intervjuene hadde jeg en forforståelse som indikerte at det finnes et forbedringspotensial i arbeidet med integrert behandling, samt at det kan eksistere variasjon i praksis mellom ulike behandlingsinstitusjoner. Med utgangspunkt i dette ble jeg derfor nysgjerrig på hvilke forståelser som finnes blant behandlere som jobber med ROP-pasienter. I forkant av intervjuene gjennomgikk jeg utvalgt teori som dannet en del av min forforståelse.

Studiens normative utgangspunkt har blitt dannet på bakgrunn av min forforståelse. For å redusere risikoen for at min forforståelse skulle påvirke resultatene for mye, har jeg forsøkt å opprettholde et perspektiv som gir rom for behandlernes stemme og minimere innvirkningen av mine egne erfaringer. Min nærhet til fagfeltet har vært nyttig for å finne relevante sammenhenger mellom informasjon fra behandlerne, teori og tidligere forskning. Det har også bidratt til at jeg har hatt en viss forståelse for hva informantene ønsket å formidle. Samtidig var jeg oppmerksom på at min nærhet til fagfeltet kan føre til en tolkning av informasjonen som avviker fra det opprinnelige temaet som informanten ønsket å belyse.

Kvale og Brinkmann (2015) påpeker at når en forsker har tilknytning til det som studeres, kan det påvirke forskeren til å vektlegge eller overse visse resultater. Dette kan gå på bekostning av nøyaktighet og nøytralitet. Jeg har vært bevisst på denne problemstillingen og har forsøkt å beholde en åpen innstilling for å unngå å forhåndsbestemme resultatene. Likevel

er det en risiko for at min kunnskap og forforståelse har påvirket måten jeg har mottatt og tolket dataene på.

4.3 Valg av metode

I samfunnsvitenskapelig metodelitteratur skiller man mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode fokuserer hovedsakelig på tallbaserte data og variabler som er relativt uavhengig av den sosiale konteksten. Kvalitativ metode derimot, handler om å arbeide med tekstbaserte og visuelle data, og metoden tar sikte på å studere sosiale fenomener og prosesser i deres naturlige sammenhenger (Thagaard, 2013; Silverman, 2011). Valget av metode avhenger av studiens formål og problemstilling (Silverman, 2011).

Forskningsprosjekter tar utgangspunkt i spørsmål eller temaer som forskere og fagmiljøer er interesserte i. Basert på dette utformes en problemstilling og en plan for gjennomføring av studien. Problemstillingen definerer hvem og hva som skal studeres, hvilke metoder som skal benyttes og hvordan analysen skal utføres (Thagaard, 2013; Silverman, 2011). Studiens problemstilling er «Hvilke erfaringer har behandlere med integrert behandling til ROP-pasienter?» For å få tak i behandlernes forståelse rundt temaet ble det valgt kvalitativ metode.

4.3.1 Kvalitativ metode

Metode er i prinsippet basert på forskningslogikk, og det handler i utgangspunktet om å følge en bestemt vei mot et mål (Thagaard, 2013). Som forsker må man ta stilling til hvilken forskningsmetode man ønsker å benytte seg av for å finne svar på problemstillingen, hvordan man skal analysere datamaterialet og hva funnene sier om samfunnsmessige forhold og prosesser (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016)

Kvalitativ forskningsmetode er assosiert med et bredt spekter av datatyper og analytiske tilnærminger. Tradisjonelt involverer metoden nær kontakt mellom forskeren og informantene. Et sentralt mål med en kvalitativ tilnærming er å oppnå en dypere forståelse av sosiale fenomener. Fortolkning spiller derfor en betydelig rolle i kvalitativ forskning (Thagaard, 2013). Ved å bruke en kvalitativ tilnærming får man muligheten til å dykke ned i de sosiale fenomenene som studeres, og metoden er spesielt egnet for å forstå hvordan andre mennesker opplever og forstår disse fenomenene. Kvalitativ metode krever åpenhet og fleksibilitet, og den er derfor velegnet for å studere temaer med begrenset tidligere forskning

(Thagaard, 2013). I denne studien var fokuset på forståelsen og erfaringen knyttet til integrert behandling av rus- og psykiske lidelser, et område med begrenset tidligere forskning. Dermed var kvalitativ metode et naturlig valg. Den kvalitative tilnærmingen kan deles inn i fire hovedkategorier: intervju, observasjon, analyse av tekst- og visuelt materiale, og bruk av audio- og videoopptak (Thagaard, 2013; Silverman, 2011). Intervju er den vanligste metoden for datainnsamling i kvalitativ forskning. Den er spesielt egnet når man ønsker å forstå verden fra informantenes perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2015). Basert på studiens problemstilling var derfor intervju et hensiktsmessig metodevalg.

4.3.2 Det kvalitative forskningsintervju

Kvalitative intervjuer er velegnet for å undersøke ulike aspekter av menneskelig erfaring og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne studien var fokuset på behandleres erfaringer med bruk av integrert behandling i rus- og psykisk helsetjeneste, og derfor var det kvalitative forskningsintervjuet en passende metode.

Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å få innsikt i hvordan intervjupersonene opplever og forstår verden, samt belyse betydningen av deres erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuet struktureres som en samtale med fokus på temaer som forskeren ønsker å få informasjon om. Målet er å få presise beskrivelser av intervjupersonens opplevelser. Beskrivelsene danner grunnlag for fortolkning av fenomenets betydning. Med andre ord kan det kvalitative intervjuet betraktes som en fortolkende praksis (Kvale & Brinkmann, 2015).

Som forskningsmetode har kvalitative intervjuer visse svakheter og utfordringer. En av disse utfordringene er forskerens potensielle påvirkning på informantene, spesielt hvis det oppstår en identifikasjon eller nærhet mellom forskeren og informantene. Som tidligere miljøterapeut i psykisk helse- og rusfeltet, var dette noe jeg måtte reflektere grundig over. Det er avgjørende at forskeren opprettholder en profesjonell avstand og nøytralitet under intervjusituasjonen. Utvikling av intervjuferdigheter skjer gjennom praksis og erfaring (Silverman, 2011). Thagaard (2013) peker også på prøveintervjuer som en metode for forbedring. Prøveintervjuer kan bidra til å øke bevisstheten til å reflektere over hvordan man kan håndtere disse utfordringene før man gjennomfører intervjuer med faktiske informanter. I denne studien ble det imidlertid ikke gjennomført prøveintervjuer i forkant.

4.3.3 Semistrukturert intervju

Semistrukturerte intervjuer brukes for å utforske og innhente beskrivelser av informantenes livsverden, med fokus på å forstå verden fra deres perspektiv. I slike intervjuer fortolker man for å finne en betydning og mening til de fenomenene som beskrives. Et strukturert intervju følger vanligvis en fastlagt rekkefølge, noe som gjør det mindre fleksibelt enn et semistrukturert intervju. Det semistrukturerte intervjuet gir muligheten til å endre rekkefølgen og formuleringen av spørsmål underveis, slik at man kan følge opp informantenes svar og de historiene som blir fortalt. Etter at intervjuene er gjennomført, blir hver samtale transkribert, og både den skrevne teksten og lydopptaket blir analysert for meningsinnhold (Kvale & Brinkmann, 2015).

I denne studien ble det valgt semistrukturerte intervjuer, da metoden gir en fleksibel tilnærming til datainnsamlingen. Samtidig gir den plass til informantenes egne perspektiver. Det var viktig for meg å legge vekt på informantenes egne erfaringer, opplevelser og meninger knyttet til integrert behandling av rus- og psykiske lidelser, samt deres perspektiver på fenomenet.

4.4 Datainnsamling

I forkant av datainnsamlingen ble det sendt inn en presentasjon av prosjektet, samt intervjuguide og informasjonsskriv til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Da prosjektet ble godkjent startet datainnsamlingen (Vedlegg 4).

4.4.1 Utvalg

Valg av informanter er et viktig tema innen kvalitativ forskning, da datainnsamling og bearbeiding av data er en tidkrevende prosess (Kvale & Brinkmann, 2015). Ifølge Thagaard (2013) bør utvalgsstørrelsen i studien vurderes i forhold til de analytiske målene. Den bør ikke være større enn hva som er mulig å analysere innenfor de gitte tidsrammene. Antallet informanter som trengs vil avhenge av forskningens formål (Kvale & Brinkmann, 2015). Opprinnelig var planene å inkludere seks individualbehandlere som arbeider i sikkerhetspsykiatrien. Imidlertid viste det seg å være utfordrende å rekruttere informanter fra denne yrkesgruppen. Grunnet tidspress og rekrutteringsutfordringer består studien av fire

individualbehandlere. To av dem jobber på psykiatrisk sykehusavdeling og de to andre jobber i institusjon med tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

I kvalitativ metode handler utvalget om å velge de personene som har de egenskapene eller kvalifikasjonene som er strategisk for studiens problemstilling. Det er derfor hensiktsmessig med et strategisk utvalg av informanter (Thagaard, 2013). Thagaard (2013) påpeker at måten informanter velges på har betydning for konklusjonene og overførbarheten til studien. I denne studien var kriteriene for deltakelse at informantene var individualbehandlere med høyskoleutdanning, og at de jobbet med behandling av rus og psykiske lidelser. Grunnen til at individualbehandlere med høyskoleutdanning ble valgt, er at de sannsynligvis har relevant faglig kunnskap som kan bidra til å besvare studiens problemstilling.

4.4.2 Informasjonsskriv og intervjuguide

Etter å ha kontaktet de ulike arbeidsplassene, ble det sendt ut informasjonsskriv og samtykkeskjema til de potensielle informantene (Vedlegg 1). Informasjonsskrivet ga informantene innsikt i prosjektets tema og problemstilling. Skrivet inneholdt også informasjon om formålet med studien, hva det innebar å delta, samt informasjon om konfidensialitet og anonymitet. Samtykkeskjemaet ble signert av informantene før intervjuene (Vedlegg 1).

Det ble utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 2) som utgangspunkt for de semistrukturerte intervjuene. Spørsmålene var formulert på en åpen måte slik at det ble mulig å stille oppfølgings spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Det semistrukturerte intervjuet var et nyttig verktøy som tillot fleksibilitet, med det var også utfordrende da det krevde full oppmerksomhet under hele intervjusituasjonen. For å oppnå spontane svar, ble ikke intervjuguiden delt ut til informantene på forhånd. Målet var å få informantene til å svare uten å bli påvirket av forskerens synspunkter og verdier (Thagaard, 2013).

4.4.3 Gjennomføring av intervju

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) finnes det få standardiserte prosedyrer for gjennomføring av intervju. I denne studien ble intervjuene gjennomført på informantenes arbeidsplass i deres arbeidstid. Behandlernes kontorer ble brukt for å sikre uforstyrrede intervjuer, og intervjuene hadde en varighet på mellom 25 til 45 minutter. Informantene ble informert gjennom informasjonsskrivet om at intervjuene vill bli tatt opp på båndopptaker.

Bruk av båndopptaker er en vanlig metode for å registrere intervjuer, og det gjør det mulig å bevare alt som blir sagt under intervjuet for senere transkribering og analyse (Thagaard, 2013; Kvale & Brinkmann, 2015). Bruken av båndopptaker i intervjuer gir også intervjueren mulighet til å fokusere på intervjuets tema og dynamikken i intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015).

Intervjuene ble innledet med en kort gjennomgang av hva intervjuet skulle handle om og formålet med studien. Dette ble gjort for å tydeliggjøre temaet for informantene (Kvale & Brinkmann, 2015).

4.4.4 Transkribering

Transkribering innebærer å skrive ned ordrett hva som ble sagt under intervjuet, og er en omforming fra talespråk til skriftspråk (Kvale & Brinkmann, 2015). Prosessen med transkribering er lang og tidkrevende, og jeg valgte derfor å transkribere intervjuene så raskt som mulig. Fordelen med å bruke båndopptaker er at lydopptaket kan spilles av flere ganger, i forskjellig hastighet, noe som kan bidra til å forbedre nøyaktigheten i transkripsjonene (Silverman, 2013). Jeg transkriberte intervjuene selv, noe som ga meg god oversikt over datamaterialet. Dette dannet et solid grunnlag for analysen. Lydfilene ble transkribert ordrett, og pauser, latter og småsnakk ble markert for å bevare konteksten på best mulig måte.

4.5 Analyse

Analyseprosessen innebærer både sammenfatning av data og utvidelse av funnene når forskeren knytter refleksjoner over dataens meningsinnhold til valg av tema (Thagaard, 2009). Gjennom analysen blir informantenes uttalelser tolket og plassert i en teoretisk kontekst (Dalen, 2004). Det finnes ulike tilnærminger til analyse av kvalitativ data, men en fellesnevner er at man veksler mellom å analysere delene av dataen og å se på helheten (Thagaard, 2009). Målet med analysen er å gi forskeren mulighet til å presentere informasjon om forskningsemnet på en effektiv måte, slik at leseren kan forstå og lære mer om emnet uten å måtte gå gjennom all den innsamlede dataen og informasjonen i studien (Tjora, 2012).

4.5.1 Tematisk analyse

I denne studien ble de transkriberte intervjuene analysert ved hjelp av tematisk analysemetode. Spesifikt valgte jeg å bruke systematisk tekstkondensering, som er en pragmatisk tilnærming for tematisk kryssende analyse av kvalitative data (Malterud, 2017). I analysen identifiserte jeg kategorier basert på det innsamlede datamaterialet. Det er viktig å være klar over at vår egen forforståelse kan påvirke analysen, og derfor har jeg ovenfor vært åpen om min egen forforståelse og bakgrunn (Malterud, 2017).

Metoden består av fire trinn, som er helhetsinntrykk, identifisering av meningsbærende enheter, kondensering og sammenfatning (Malterud, 2017). Jeg vil nå beskrive prosessen gjennom de fire trinnene.

Trinn 1 – Danne et helhetsinntrykk

I den første delen av analysen fokuserte jeg på å danne et helhetsinntrykk og bli godt kjent med datamaterialet. Dette gjorde jeg ved å arbeide med materialet fra et fugleperspektiv, som innebar å lese gjennom de transkriberte intervjuene (Malterud, 2017). Gjennom denne gjennomlesningen begynte jeg å identifisere og sortere noen hovedtemaer basert på mitt førsteinntrykk av materialet. Det var en krevende prosess som tok lang tid, da det var utfordrende å skille mellom overordnende temaer og detaljert materiale. Ifølge Malterud (2017) anbefales det å begrense antall temaer i dette trinnet til mellom fire og åtte. Jeg fant flere relevante temaer som var aktuelle for min studie, og det var utfordrende å velge de mest hensiktsmessige temaene. Etter å ha gjennomgått transkripsjonene ytterligere endte jeg opp med åtte temaer som jeg anså som relevante. Disse foreløpige temaene var: Integrert behandling som faglig plattform, Hull i tjenestetilbud, Relasjonens betydning, Behandlingsforløp, Samarbeid med andre aktører, utfordringer knyttet til behandling, Holdninger blant helsepersonell, og Veien videre etter behandling. Jeg mente at disse temaene kunne bidra til å belyse problemstillingen i min studie.

Trinn 2 – Meningsbærende enheter

Meningsbærende enheter identifiseres i andre trinn (Malterud, 2017). Jeg gikk systematisk gjennom den transkriberte teksten og identifisere deler av teksten som var relevant for å belyse problemstillingen. Jeg sorterte disse enhetene slik at de hadde sammenheng med de foreløpige temaene fra trinn 1. Denne prosessen kalles koding (Malterud, 2017). Jeg brukte fargekoder for å kode enhetene og begynte å systematisere dem. Kodearbeidet har som mål å identifisere og klassifisere alle meningsbærende enheter i teksten. Det vil si elementer i teksten som har sammenheng med de foreløpige temaene fra trinn 1 (Malterud, 2017). Etter

en grundigere gjennomgang av datamaterialet innså jeg at flere av temaene hørte sammen. Dermed dannet følgende temaer grunnlag for videre kodegrupper: Integrrert behandling som faglig plattform, relasjoner, og veien videre etter behandling.

Trinn 3 – Kondensering

I det tredje trinnet av analysen er målet å oppsummere kunnskapen som er etablert i trinn 2 ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017). Jeg reduserte datamaterialet til et dekontekstualisert utvalg av de meningsbærende enhetene, som beskrev kunnskap om informantenes erfaringer og opplevelser. Jeg behandler én kodegruppe om gangen, leste gjennom datamaterialet på nytt og sorterte det videre i undergrupper. Dette trinnet bidro til å systematisere og strukturere kunnskapen som ble avdekket i trinn 2.

Trinn 4 – Sammenfatning

I det siste trinnet av analysen skal man samle bitene igjen. Det man har funnet skal sammenfattes i form av gjenfortellinger som kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper som kan deles med andre (Malterud, 2017). Jeg gjennomførte denne sammenfatningen ved å skrive en analytisk tekst basert på kondensatene. Sitater ble brukt for å gjenfortelle informantenes perspektiver (Malterud, 2017). Deretter ble funnene organisert i hovedtemaer og undertemaer, som dannet grunnlaget for resultatene i studien. Resultatkategoriene fikk endelige navn, og til slutt vurderte jeg funnene opp mot empiri og teori. Vedlegg 3 viser en strukturert oversikt over de endelige hovedtemaene og underkategoriene.

4.6 Forskningsetikk

I kvalitative studier er møtene mellom mennesker, og normer og verdier viktige elementer i kunnskapsutviklingen (Malterud, 2017). Etske dilemmaer kan oppstå i studier der det er direkte kontakt mellom forskeren og deltakeren (Thagaard, 2013). Kvale og Brinkmann (2015) påpeker at etiske problemstillinger gjennomsyrrer hele forskningsprosessen. Derfor er det viktig å ta hensyn til mulige etiske problemer fra starten til slutten av et forskningsprosjekt. I denne studien, om integrrert behandling av rus- og psykiske lidelser, ble det lagt vekt på å håndtere de etiske aspektene. Intervjuguiden ble utformet med åpne spørsmål som inviterte informantene til å uttrykke sine egne synspunkter og erfaringer. I kvalitativ forskning er forskeren selv det viktigste verktøyet for datainnsamling, og forskerens integritet, kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet spiller en avgjørende rolle (Kvale & Brinkmann, 2015).

Personopplysningsloven ble innført i 2001, og prosjekter som involverer behandling av sensitive opplysninger med elektroniske hjelpemidler må meldes inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Personopplysningsloven, 2001). Før studien startet, søkte jeg om og fikk godkjenning fra NSD (Vedlegg 4). Dataene i studien har blitt behandlet konfidensielt og i samsvar med Personopplysningsloven og retningslinjene fra NSD og Universitetet i Stavanger. Kun jeg og veilederen min har tilgang til transkripsjonene, og kun jeg har tilgang til lydfile. De er oppbevart i en mappe på datamaskinen med adgangskode. Lydfile ble slettet når intervjuene var transkribert. I tillegg til dette er det tre etiske hovedpunkter å ta hensyn til når man utformer, gjennomfører og rapporterer et forskningsprosjekt: informert samtykke, konfidensialitet og konsekvens av å delta i forskningsprosjektet (Thagaard, 2013).

4.6.1 Informert samtykke

Det er viktig å innhente informert samtykke fra deltakerne før intervjuene gjennomføres. Informert samtykke innebærer at deltakerne blir grundig informert om studiens formål, metode, forskerens tilknytning til institusjonen, forventede fordeler og mulige risikoer (Helsinkideklarasjonen, 2013). Deltakelsen i studien skal være frivillig, og deltakerne skal bli med i studien basert på det informerte samtykket de gir.

Før intervjuene ble det sendt ut et informasjonsskriv til deltakerne (Vedlegg 1), der de fikk detaljert informasjon om studien og muligheten til å stille spørsmål før intervjuet. Deltakerne ble også gjort oppmerksom på sin rett til å trekke tilbake samtykket sitt når som helst. Det var viktig å sikre at deltakerne hadde forstått informasjonen og hva deltakelsen i studien innebar (Helsinkideklarasjonen, 2013).

4.6.2 Konfidensialitet

Konfidensialitet er et viktig prinsipp i forskningsetikk. Det innebærer at deltakernes informasjon og identitet skal behandles på en konfidensiell måte (NESH, 2016). Som forsker var det mitt ansvar å sikre konfidensialiteten til deltakerne i studien. For å opprettholde konfidensialiteten ble dataene fra intervjuene kodet, slik at sitater og informasjon ikke kan knyttes til deltakerne av leserne av studien. Digitale verktøy som ble brukt i studien var krypterte, og kun tilgjengelige med passord. Håndskrevne notater og utskrifter ble oppbevart låst. All data som ble samlet inn ble aidentifisert, slik at deltakernes anonymitet ble sikret. Det vil ikke være mulig å identifisere deltakerne i det publiserte materialet. Intervjuene ble

sletter på diktafonen etter transkribering. For å ivareta deltakernes anonymitet ble ikke arbeidsplassene navngitt i studien. Dette bidrar til å sikre at deltakernes identitet inne blir avslørt i publisert materiale.

4.6.3 Konsekvens av deltakelse

I denne studien ble det gjort en grundig vurdering av eventuelle risikoer og belastninger for deltakerne, som i dette tilfellet var helsepersonell. Det ble vurdert at helsepersonell ikke er en like sårbar gruppe som for eksempel pasienter, og risikoen knyttet til deltakelsen ble ansett som svært lav. Det ble lagt stor vekt på å utforme spørsmålene på en måte som ikke ville være belastende for deltakerne.

Som forsker har man et ansvar for å beskytte deltakernes integritet og sikre at de ikke utsettes for skade eller alvorlige belastninger gjennom deltakelsen i studien. Ved å nøye vurdere spørsmålene og temaene som ble berørt, ble det forsikret at deltakerne ikke ville oppleve uønsket påvirkning eller negative konsekvenser som følge av sin deltakelse. Gjennom å ta disse hensynene, samt handle i tråd med etiske retningslinjer, ble deltakernes velferd ivaretatt og deres integritet beskyttet i studien.

5.0 Resultater

I dette kapittelet presenterer jeg de viktigste funnene som er gjort i studien. Analysen hjelper oss å finne ut hva intervjuet hadde å fortelle (Dalland, 2017). Det vil bli noen gjentakelser innenfor temaene som er ansett som viktige. Begrunnelsen for dette er at flere temaer ofte henger sammen med hverandre, og havner derfor under flere kategorier. Analysen resulterte i tre hovedkategorier: (1) Manglende fokus på integrert behandling, (2) Utfordringer med integrert behandling til mennesker med ROP-lidelse, (3) Hull i tjenestetilbudene. Kategoriene og tilhørende subgrupper blir i teksten nedenfor presentert og illustrert med sitater for å synliggjøre tolkning av dataene. I hensyn til personvern har jeg valgt å navngi informantene som Informant A, Informant B, Informant C og Informant D.

5.1 Manglende fokus på Integrert behandling

Denne kategorien ble utviklet av informantenes beskrivelse av hvordan de forstår begrepet integrert behandling, hvilket fokus integrert behandling har på arbeidsplassen, samt hva de mener er med på å fremme/hemme denne behandlingsformen.

5.1.1 Behandlernes forståelse av integrert behandling

Integrert behandling som begrep var ikke noe informantene brukte til daglig. Informanten B fortalte blant annet at begrepet er mer en «politisk floskel», og sa videre at «for meg betyr det vel at du ikke bare skal jobbe med en ting av gangen, men at du skal prøve å adressere flere problemer samtidig. Så må du sy det sammen på et vis, som gjør at det funker».

Informant A beskrev begrepet som:

(...) en behandling som er omfattende og som man praktiserer, og som er innlemmet i tilbudet til pasienten. Men så kan det jo også bety at integrert behandling er at man tar inn forskjellige deler i en helhet. At man har fokus på forskjellige deler i det tilbudet da.

Alle informantene var enige om at integrert behandling handlet om å behandle pasienten på samme sted med samme personal, slik at de ikke må veksle mellom ulike behandlere og behandlingsinstitusjoner. Man skal behandle både den psykiske lidelsen og ruslidelsen samtidig.

Da tenker jeg at du samtidig behandler en rus lidelse og en psykisk lidelse. På samme sted, samme personal, sånn at de ikke skal ha det der at de går til én for et problem og en annen for det andre problemet (Informant D).

Det var en enighet blant informantene at integrert behandling bør stå sentralt når man jobber med mennesker som har en samtidig rus- og psykisk lidelse. De mente alle sammen at den beste måten å behandle denne pasientgruppen var å integrere både rusbehandling og behandling av den psykiske lidelsen. Likevel kom det frem ulike utfordringer knyttet til en slik behandlingsform.

5.1.2 Lite systematikk rundt integrert behandling

Felles for alle informantene var at de ikke hadde en systematisert, implementert integrert behandling på deres arbeidsplass. Den ene informanten sa blant annet at enheten blir omtalt som en ROP-post, men at det ikke oppleves at det finnes tilstrekkelig kompetanse innenfor dette på arbeidsplassen. En annen informant uttrykte at begrepet og behandlingsformen er kjent men at dette ikke er behandlingsformen som står i fokus per i dag.

(...) så er det vel en mer sånn «jeg vet det finnes på papiret, og det er et eget pakkeforløp», men jeg tror likevel at alle mine pasienter er psykosepakkeforløp fordi det er sånn de merkantile pleier å plotte det. Så kunne de like gjerne vært rus- og psykiatripakkeforløp, men jeg tror ikke det hadde gjort noen forskjell. For det er vel egentlig ikke noe annet de hadde blitt tilbydd eller fått. Så hele greia blir mer på papiret enn i praksis (Informant B).

Selv om integrert behandling ikke blir aktivt brukt, er det ikke slik at informantene ikke behandler pasientene sine for begge lidelsene. Informant B sa blant annet at avdelingen jobber med pasientens rusproblem uavhengig om de kaller det for integrert behandling. Dette fordi både den psykiske lidelsen og ruslidelsen er dominerende tilstedeværende. Videre fortalte informant A at:

Behandlingen er at det er ikke noe systematisk eller integrert rus behandling på posten. Det er jo bare det at man prøver å holde de vekke fra rusmidler, og noen får jo da preparater for å roe seg, men jeg opplever jo ikke at det er noe god rusbehandling her da. Men det er vanskelig, fordi det er veldig få som er motivert for å jobbe med rusproblematikken. De ønsker jo å ruse seg (Informant A).

Under intervjuet med Informant A kom det frem at kompetanseheving er et høyt ønske. Informanten fortalte at han ikke opplever at han har fått tilstrekkelig kompetanse på rusfeltet fra sin utdanning. Videre formidlet han at det heller ikke er stort nok fokus på avdelingen i forhold til ruskompetanse. For å få til en integrert behandling poengterte han at kompetanse på posten ville vært første prioritet. Han ønsket også å trekke frem at han ikke mener at det ikke finnes noe form for kompetanse blant personalet på posten, men at det er mangel på

systematisert, en integrert tilnærming eller metodikk som man jobber eller går ut i fra.

Informant C fortalte at han ofte opplever en tankegang om at man først behandler et problem for så å behandle det neste:

Det er litt sånn tankegang at du behandler det ene forså å behandle det andre, men så er det jo en grunn til at du ruser deg. Så blir det liksom en sånn vond sirkel da som er vanskelig å snu (Informant C).

Informant D trakk frem at for å få til en integrert behandling trengs det kunnskap hos alle fagpersoner som jobber innenfor feltet:

For rus og psykisk helse blir jo sett under ett nå. Og sånn inn i psykiatrien, før var det vel egentlig sånn at hvis du hadde rus så var du ikke velkommen der. Men det er jo veldig viktig at man kan favne det alle veier, og egentlig forstå begge problematikkene. For meg er det i hvert fall veldig tydelig at vi bør behandle det sammen, men det mangler nok mye kunnskap. Så er det kanskje også en del stigma rundt det med rus fortsatt, og psykisk helse. Både i samfunnet og hos oss som fagpersoner. Det tenker jeg nok at det er. Så mer kunnskap om og informasjon, utdannelser. Det har i hvert fall vært viktig for meg (Informant D).

Alle informantene uttrykte et sterkt ønske om kompetanseheving innenfor rus- og psykiatrifeltet, i hovedsak knyttet til en integrert behandling av pasientene. De trakk frem ulike faktorer i tillegg til økt kompetanse, som kan være med på å gi ROP-pasienter en verdig og rettferdig behandling. En av disse faktorene var relasjon mellom pasient og hjelpeapparat.

5.1.3 Viktigheten av en god relasjon

Alle informantene beskrev relasjon som det viktigste verktøyet i deres arbeid, og trakk også frem at de anså dette som essensielt for å klare å oppnå en integrert behandling.

Det var enighet blant flertallet av informantene at det kan ta lang tid å oppnå gode relasjoner, spesielt til personer med ROP-lidelse. Det krever at fagpersoner er tett på og fleksible i kontakt med pasienten. Informant C fremhevet at det i den forbindelse er viktig å se pasienten

«bak symptomene» og «bak atferden», og at dette er elementer som kan være med å bidra til at personen lykkes i behandling.

Jeg tenker at man må bygge relasjoner. De må være trygge. Og utrygghet og angst er kanskje noe av det sterkeste hos ROP-pasientene. Jeg tror vel samtlige av ROP-pasientene jeg har hatt har trengt lengre behandlingstid, så det har tatt lang tid på å begynne å bli trygg (Informant C).

Informant A hevdet at det er potensiale i alle mennesker, tross utfordringer, og at problemer er noe som kan jobber med. Han mente også at relasjonsarbeidet står sentralt i arbeidet med å lykkes.

Så tenker jeg at alle problemer som et menneske har, kan til en viss grad jobbes med. Bare det å være sammen, gode erfaringer og bygge gode relasjoner. Så det blir jo et primært fokus. Så det er liksom miljøterapien som, over mange år, som jeg har mest tro på for disse pasientene (Informant A).

En utfordring som kom til syne i arbeid med relasjon til ROP-pasienter er uforutsigbarheten, og Informant B uttrykte at det er vanskeligere å stole på denne pasientgruppen:

Det er vanskeligere å stole på pasienter med en ruslidelse i tillegg til psykisk lidelse. Man kan tenke at de sier de de sier fordi de skammer seg over å ruse seg, eller at de sier det de sier fordi de har planer om å ruse seg eller føler en trang til å ruse seg. De lever et liv ved siden av psykoselidelsen som gjør alt mye mer komplisert og vanskelig. Da kan jeg ikke stole på dem, og da blir det mye vanskeligere å hjelpe dem (Informant B).

Utfordringene knyttet til uforutsigbarhet kom til uttrykk hos flere av informantene, og det ble formidlet at det er vanskeligere å bygge en god relasjon til ROP-pasienter. Informant A sa blant annet at «Det er mer uforutsigbart å jobbe med pasienter som har en ROP-lidelse. De kan fungere så bra, men så fungerer de fryktelig mye dårligere med en gang de ruser seg» (Informant A). På den andre siden fortalte informantene at dersom man lykkes i å bygge en god relasjon til pasienter med ROP-lidelse, oppleves veien kortere til å lykkes med

behandlingen.

5.2 utfordringer med integrert behandling til mennesker med ROP-lidelse

Informantene uttrykte at mennesker med ROP-lidelse har høyere symptomtrykk, lengre behandlingstid og dårligere prognoser.

Det er ganske godt fundament i forskning på psykoselidelser som tilsier at dersom du har et aktivt rusmisbruk så er prognosen på psykoselidelsen kjempedårlig (Informant A).

Det ble nevnt at mennesker med ROP-lidelser ofte har høyere forekomst av angstproblematikk, og at de gjerne trenger lengre behandlingstid enn de som for eksempel kun har en ruslidelse. Samtidig kom det frem at motivasjonen oppleves mindre hos ROP-pasientene. Informant B sier blant annet at:

Det er lettere å behandle noen som ikke har en rusproblematikk i tillegg. Altså det er lettere å komme i posisjon, det er lettere å finne motivasjon til å få til endring. Mens det å kunne slutte med en avhengighet, eller noe du bruker som strategi for å unngå noe som er vanskelig og vondt. Det skaper større utfordringer (Informant B).

I tillegg til at det framkom at mennesker med ROP-lidelser er vanskeligere å behandle kontra de pasientene som for eksempel kun har en rus lidelse eller kun en psykisk lidelse, framkom det også at informantene mener de har for lite kompetanse på området. Informant A sa for eksempel: «jeg opplever kanskje ikke, altså, det er vel der jeg selv føler jeg kommer til kort da. Hvis rusproblematikken kommer i veien for å få til en endring. Det blir vanskelig». Mens Informant D fortalte: «jeg tror nok kanskje jeg som behandler kan oppleve at de som er ROP, de har en mer kompleks problematikk».

I tillegg til at informantene beskrev en mer kompleks problematikk blant ROP-pasienter, kom også utfordringer knyttet til behandlerens faglige kompetanse til syne. Informant B sa at han lærte lite om psykiatri da han studerte, og heller ikke så mye sykdomslære. Videre sa han blant annet, at kompetansen han har i forhold til rus- og psykiatri er noe han har tilegnet seg

gjennom å jobbe og i fordypning. Det framkom også at utdanning knyttet til russpesialitet har kommet de senere årene, og Informant A påpekte at det ikke er mange som har denne spesialiteten. Han presiserte at det ikke finnes en formell spesialkompetanse innenfor rusproblematikk på den avdelingen har jobber på, men at det forventes at behandlerne kan jobbe med rusproblematikk. Informant B trakk også frem at kompetanseheving på avdelingen bør prioriteres, og settes i system:

Jeg tenker først og fremst at man burde hatt høyere kompetanse på rusbehandling her. Spesielt på avdelingen. Jeg opplever ikke at jeg har fått det i min utdanning. Det er heller ikke stort nok fokus her. Så jeg tenker jo det å ha kompetanse i avdelingen hadde jo vært første prioritet. Jeg sier ikke at det ikke er mange med kompetanse, men det er ikke noe systematisert eller at man har en integrert tilnærming eller metodikk som man jobber eller går ut i fra (Informant B).

Til tross for følelsen av manglende kompetanse fortalte Informant B at de jobber med rusproblemet uavhengig av om de kaller det rus- og psykiatri eller bare psykiatri eller bare rus. Fordi begge er så dominerende tilstedeværende.

5.2.1 Manglende motivasjon blant pasientene

Et av hovedfunnene viste at flere av informantene fortalte at det er de færreste pasientene som faktisk ønsker behandling.

Det som er vanskelig er jo at mange av pasientene mine ikke er interesserte i å slutte med rus, så du får liksom ikke gitt så veldig mye behandling som er rettet mot å jobbe mot rusproblemet. Hvert fall ikke som pasienten selv er aktiv deltakende i (Informant D).

Dette er også noe informant B uttrykte, og sa at hovedproblemet ofte er knyttet til at pasientene ikke vil bli behandlet. En annen utfordring som kom til syne var behandlernes mål for pasientene sine. Informant D sa at ønsket om å hjelpe pasientene er så stort, men samtidig er problematikken så utfordrende. Det kan fort tenkes at målene som blir satt for pasienten blir uoppnåelige sett i lys av diagnose og utfordringer.

Problematikken er så stor, at vi kan kanskje fort bli litt for ambisiøse. At vi ønsker mer enn det som er mulig da. At vi må legge listen der det er realistisk. Men jeg har veldig tro på det å behandle rus og psykisk helse sammen. For det henger veldig sammen. Rusen bruker du ofte til å regulere følelser som følge av psykisk helseutfordringer. Sånn at jeg tror det er veldig bra at man ser på det sammen (Informant D).

En annen faktor som kom frem under intervjuet med Informant A var at en fellesnevner for pasientene som har en ROP-lidelse, er at pasientene stort sett har hatt en veldig dårlig oppvekst, manglende nettverk og dermed lite å vende tilbake til. Noe som ses på som en faktor som reduserer motivasjonen til endring.

Akkurat der jeg jobber har pasientene stort sett veldig dårlig oppvekster, ikke spesielt imponerende pårørende. De har på en måte ikke noe liv å rehabilitere til, for de har aldri hatt noe ordentlig liv. De har ikke hatt noe særlig barndom å snakke om, og de begynte å ruse seg som barn eller tenåringer.

Informant A påpekte videre at pasientene viser liten interesse av å slutte med rusmidler, og at de ikke kjenner til et liv uten rus. Denne utfordringen gikk igjen hos flere av informantene, og Informant A sa blant annet at det er vanskelig å motivere til rusfrihet når det ikke er så mye som ligger til grunn for en rusfri livsstil.

Det sier nesten seg selv at det er vanskelig å motivere en person til et liv de ikke har noe kjennskap til fra før. De har nok tanker om et rusfritt liv og hva det kan innebære, men samtidig er det så fjernt for dem. For mange av de kan jo nesten ikke huske et liv uten rus. Dette kan jo igjen gjøre at de føler seg utrygge og redde for hva et rusfritt liv vil innebære (Informant A).

Lite motivasjon for endring gjør det vanskelig å få til endring, og Informant B fortalte at det ikke aktivt jobbes med samtaler som «nå skal vi sitte og prate om ditt behov for å ruse deg». Han sa videre at det er et fåtall pasienter med ROP-lidelse som går med på en slik samtale, og at de aller fleste reserverer seg mot dette. De pasientene som går med på å snakke om rusutfordringen opplever Informant B at ikke er genuint med på det.

Så prøver vi med litt motiverende intervju for å skape et rom for å hvert fall snakke om det for å se om det kan komme motivasjon. Men de fleste som vi har sånn halvveis fått med på det her, opplever jeg ikke er genuint med på det. Det har vært bare for å noen fordeler eller et eller annet (Informant B).

5.2.2 Utfordrende atferd som et hinder

Flertallet av informantene uttrykte at pasientene med ROP-lidelse ofte viste en mer utfordrende atferd enn pasienter med kun ruslidelse eller psykisk lidelse. Informant A formidlet at dersom en ROP-pasient tyr til rusmidler øker voldsrisikoen betraktelig. Dette gjør at det blir vanskeligere å jobbe med pasientene og de ansatte blir ofte slitne.

Den utfordrende atferden bidrar ofte til å ødelegge relasjonene til pleierne, og det ødelegger kanskje muligheten til å tenke at dette mennesket kommer det til å gå bra med. Så det er veldig krevende å jobbe med (Informant A).

I tillegg uttryktes det frustrasjon i forbindelse med behandling av ROP-pasienter. Behandlerne fortalte at de kan ha jobbet med en pasient over lang tid. De kan oppleve at de er på god vei i behandlingen og at de nærmer seg en utskrivelse, så er pasienten på en permisjon og velger å bruke rusmidler. Målet om å skrive ut pasienten i løpet av kort tid forsvinner, relasjonen til hjelpeapparatet blir utfordret og motivasjonen til en bedring blir svekket.

De som har rusproblemer har en tendens til å sprekke, og da oppfører de seg veldig ufyselig. De er ikke helt til å kjenne igjen, og er veldig aggressive. Det gjør nok at de ansatte blir mer utslitte og skremte, og skuffet ikke minst. Du bruker masse tid på å prøve å få noen til å stable livet på beina, også blir det neste bare ny russprekk hele tiden (Informant B).

Informant A trakk også frem pasientenes utfordrende atferd knyttet til samfunnet, og ikke bare behandlerne og hjelpeapparatet rundt dem. Dette er også en faktor som spiller inn i utskrivelsen av en pasient.

De har en tendens til å ødelegge livene til veldig mange andre. Det trenger nødvendigvis ikke bare å være vold, det er jo også vinningskriminalitet, narkotikakriminalitet og skremme folk (Informant A).

To av informantene beskrev en form for kontrollregime, der pasientene får goder/begrensninger ut i fra atferd og hvordan de følger opp behandlingen. Dersom en pasient drar på permisjon og velger å benytte seg av rusmidler under permisjonen, kan permisjon bli inndradd. Et annet eksempel er dersom en pasient tar inn rusmidler på avdelingen kan pasientens mobiltelefon for eksempel bli inndradd. Gjentatte brudd på reglement kan i verste fall føre til utskrivelse. Selv om denne formen for «straff-belønning» blir aktivt brukt, uttrykte Informant B at det må være et mål å distansere seg fra denne type atferdshåndtering, og heller implementere andre behandlingsstrategier.

Målet må jo være å komme seg litt vekk fra bare dette med kontrollregimer, slik at vi kan tilby noe mer aktivt. Så er det kjempevanskelig, men jeg håper at vi på et eller annet vis får det til (Informant B).

5.2.3 Utvikling av negative holdninger blant personalet

Informantene uttrykte at ROP-pasienter er spesielt utfordrende å jobbe med. Det er uforutsigbart, de har lite motivasjon til endring og har ofte en utfordrende atferd. Informant B fortalte at det i noen tilfeller utvikler seg negative holdninger blant de ansatte, og at dette nok har en innvirkning på behandlingen som gis til pasienten.

En ting som jeg ser veldig tydelig er at pleierne har nok mer sympati med de som ikke ruser seg. Den litt gamle fordommen med at så fort du ruser deg så er det liksom litt selvforskyldt kanskje (Informant B).

Informant A fortalte også opplevelser knyttet til negative holdninger blant ansatte som jobber med ROP-pasienter, og sier blant annet:

(...) det er sånt ekkelt ord som heter «å være ærlig syk», som jeg ikke vil bruke selv da, men det er en sånn ting man av og til sier om de som har alvorlig psykoselidelse som ikke har ruset seg. De har liksom fått det av en annen grunn. Men hvis du utvikler en

psykoselidelse som følge av rusmiddelbruk, det underliggende er selvforskyldt, så er det en eller annen holdning noen steder om at du liksom ikke er ekte syk, eller du er ikke like god pasient som de andre, eller du fortjener ikke like mye hjelp (Informant B).

5.3 Hull i tjenestetilbudene

5.3.1 Uhensiktsmessig organisering

Flere av informantene opplevde at tjenestene i dag er organisert på en slik måte at de ikke rommer ROP-pasientenes behov.

Jeg opplever jo at jeg har pasienter som blir en kasteball i systemet, men spesielt da i poliklinikk. Fordi de er ikke syke nok til å bli innlagt på tvang, eller de er ikke syke nok til å være inne på psykiatrisk avdeling. Men samtidig er de for syke til å kunne fungere i poliklinisk oppfølging, og da faller du mellom to stoler (Informant A).

Informant B fortalte at de står i en overgangsfase og at avdelingen han jobber på skal flytte. De vil da se på hvordan avdelingene er organisert. Likevel trakk han frem at organiseringen mest sannsynlig vil bli bestemt ut i fra pasientenes utagering- og voldspotensiale, enn hva pasienten faktisk strever med. Videre sa informanten at dette går på hvilken avdeling som har mest bemanning.

Det blir nok bestemt av voldspotensiale og utagering, enn av det faktiske problemet du strever med. Det går rett og slett bare på sånne ting som hvem som har mest bemanning. Hvem har de ansatte som klarer og tørr å jobbe med de som er mest krevende å jobbe med (Informant B).

Informant A trakk frem at det per i dag mangler et overordnet ledd i systemet som rommer ROP-pasientene:

Jeg ser jo helt klart at man trenger det der overbyggende leddet da, som en ROP-post nødvendigvis er, i et system hvor du kan romme begge deler. For hvis ikke så klarer du ikke å holde på disse personene noen steder. For i allmennpoliklinikk får de ikke en

plass, og her blir de som regel bare inn noen dager så ut igjen. Da er det liksom gangen i det da. Når jeg sier her, så mener jeg i akutt psykiatri. Man kan legge de inn på tvang noen døgn mens de er utilregnelig og ruspåvirket og sikkert litt psykotiske, men med en gang de er stabilisert så må de ut igjen. Så de faller mellom to stoler da, når ikke man har det bindeleddet. Så det er absolutt nødvendig (Informant A).

5.3.2 Mangel på fleksibilitet og ressurser

Informantenes tanker om fleksibilitet og ressurser samsvarer godt med hverandre. Alle informantene jobber kun dagtid i ukedager, og trakk frem utfordringer knyttet til dette. Informant C sa blant annet at han opplever kvelder og helger som utfordrende, spesielt å gi behandling til de pasientene som er dårlige. Han understreket at flere av ROP-pasientene kunne hatt behov for en en-til-en bemanning, men at de ikke klarer å tilby dette.

Jeg tenker nok at det er kveld og helg som kan være utfordrende å romme pasientene som er så dårlige. De hadde kanskje trengt mer en-til-en. Mer enn vi klarer å tilby (Informant C).

Informant A uttrykte også mangler på ressurser på arbeidsplassen. Han fortalte at noen av pasientene er så dårlige at de må ha følge av to ansatte for å gå ut fra avdelingen.

Vi prøver å stimulere litt, men så er det grenser fordi at det krever mange. La oss si at du kan gå i svømmehallen eller ut på sykkeltur dersom to pleiere er sammen med deg, så er jo det vanskelig da, for vi har ikke så mange pleiere. Det finnes ikke så mange pleiere i Norge en gang, at vi kunne fått det til på en god måte (Informant A).

Informant A understreket at de likevel har fokus på at pasientene skal komme seg ut og få frisk luft, og at de prøver å etterstrebe pasientenes behov så langt det lar seg gjøre. Informanten trakk videre frem at det ofte er på kveldstid og i helger at det blir ekstra utfordrende fordi bemanningen er lavere på disse tidspunktene.

5.3.3 Opplevelse av tverrfaglig samarbeid i utskrivelsesprosessen

Informantene uttrykte forskjellige opplevelser av samarbeidet med kommunene og tilbudene som tilbys til pasientene etter utskrivelse. Blant annet sa Informant C at det jobbes systematisk rundt pasientene for å sikre at pasientene får oppfølging fra kommunene når de skrives ut fra behandling i døgnetenheten. Videre fortalte informanten at tilbudene fra kommunen varierer, men at han opplever at det finnes tilbud til pasientene. Informant D fortalte at flere av pasientene har tilknytning til hjelpeapparat i kommunen før de skrives inn til døgnbehandling, og at denne kontakten opprettholdes med samarbeidsmøter mens pasienten er i behandling.

Informant A sa på den andre siden at det ofte kan oppstå utfordringer knyttet til blant annet bolig etter utskrivelse, men sa at dette varierer fra kommune til kommune:

Et problem er at hvis du trenger en bemannet bolig, så finnes det nesten ikke noen bemannede boliger hvor ikke flertallet er rusmisbrukere. Det er ikke et bofellesskap å oppdrive i hele denne kommunen hvor ikke det bor rusmisbrukere fra før. Har du et rusproblem så er det kanskje enda vanskeligere å bli skrevet ut til et sted der det er aktivt rusmisbruk. I kommunale botiltak har de veldig liten mulighet til å begrense. De kan kaste deg ut, men det hjelper jo ikke. Da ender du jo bare opp i nødbolig eller på sykehuset, så må kommunen flytte deg til en annen bolig. Ja, den runddansen pågår jo hele tiden. Så det er jo et dilemma, hvis du skulle klare å bli rusfri, hvor skal vi gjøre av deg da liksom? (Informant A).

Videre fortalte Informant A at målet er å sikre at pasientene har et etablert kontaktpunkt når de skrives ut, og mange av ROP-pasientene har allerede tilknytning til for eksempel FACT-team eller ARA. Informant D sa at de allerede begynner med utskrivelsesprosessen de første dagene pasienten er inne til behandling. Som en del av prosessen kartlegger de hvilke kontaktpersoner pasienten har i kommunen, hvem pasienten har fått oppfølging fra tidligere, samt familiesituasjon og nettverk.

Det begynner vi egentlig med med en gang de kommer til oss. Samarbeidet med noen der ute. Jeg tror samtlige jeg har vært borte i, har hatt et apparat fordi de har vært syke

lenge. Så det kobler vi på. Så samarbeider vi og evaluerer hver sjette uke. Da vurderer vi om de trenger noe mer eller noe annet. Det varierer litt (Informant D).

Informant D trakk videre frem viktigheten av å ha stabilitet i hverdagen når pasienten skrives ut, og at dette har stor betydning for pasientens rehabiliteringsprosess. Som en utfordring nevnte Informant D utfordringer i forhold til når på døgnet kommunens tilbud arrangeres:

Det som kanskje har vært utfordrende er vel der det bare har vært tilbud mandag til fredag fra klokken 09 til 15. Det er større behov enn det. Så i de kommunene vi samarbeider med der det er mer enn det, så har det fungert mye bedre. Så er vel kanskje kveldene og helgene som oftest vanskeligst (Informant D).

Informant B sa blant annet:

De er jo prisgitt det tilbudet som er i den kommunen de skal til, og at de ønsker å følge det opp. Det er nok veldig variabelt fra kommune til kommune hva som finnes, og hvordan de som skal ha ansvaret for de når de er der tilrettelegger for dem.

Utfordringer knyttet til tidspunkt for aktiviteter var noe som gikk igjen hos flere av informantene, og flere av dem mente at det er behov for flere aktiviteter på kveldstid og i helger.

En annen utfordring som viste seg var at dersom en pasient som skrives ut fra behandling ikke er underlagt tvangsparagraf, er det ikke gitt at de får oppfølging i etterkant av behandlingen.

De trenger ikke være med i noe behandling. Det er ingen som kan tvinges til det. Så har jeg ikke noe særlig tro på at rusbehandling fungerer på tvang uansett. Som er noe av grunnen til at rusomsorgen ikke vil ha dem. De er ikke motiverte, og de er vanskelige å motivere. Eller så har de motivasjon i veldig kort tid av gangen. Så nei, egentlig kan de si nei til all form for oppfølging (Informant B).

5.4 Oppsummering av funn

Felles for alle informantene var at de opplevde utfordringer med å gi tjenester til ROP-pasienter. Alle informantene var positive til en integrert behandling for mennesker med ROP-lidelser, da det er økt fokus på ressurser og brukerens behov. Informantene vektla nødvendigheten av kompetanseheving på ROP-lidelser, og uttrykte et savn etter mer systematikk rundt behandlingen som gis. Flertallet opplevde hull i tjenestetilbudene til mennesker med ROP-lidelser, noe som fører til at pasientgruppen blir «kasteballer» i systemet. Det var ulik opplevelse av de kommunale tilbudene som gis til pasientene, og noen av informantene opplevde at kommunene hadde gode tilbud. Samtidig var ønsket om tilbud utover vanlig arbeidsuke etterlengtet hos flertallet av informantene.

6.0 Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres studiens funn i lys av oppgavens teoretiske rammeverk og relevant tidligere forskning. Formålet med studien er å få en utvidet forståelse av behandleres erfaringer med integrert behandling til ROP-pasienter, samt deres opplevelser av hva som er fremmende og hemmende prosesser ved implementering av integrerte tiltak. Til slutt trekkes det inn en metodisk diskusjon.

6.1 Resultatdiskusjon

Studios funn viser at det er både positive og negative aspekter ved behandleres erfaring med integrert behandling til ROP-pasienter. Blant de åpenbare positive funnene var det en felles forståelse blant deltakerne om hva integrert behandling innebærer. De var tydelige på at integrert behandling bør være sentralt i arbeidet med ROP-pasienter, og uttrykte at det er den beste tilnærmingen for å behandle denne pasientgruppen på en helhetlig og effektiv måte. Funnene i studien viser at deltakernes beskrivelse av integrert behandling er i tråd med de nasjonale faglige retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser. Disse retningslinjene legger vekt på betydningen av integrert behandling og påpeker at det er instansen som er i kontakt med pasienten som har ansvar for å sikre at begge lidelsene blir behandlet. Imidlertid viser studien at deltakerne ikke opplever en systematisk og implementert integrert behandling i sin arbeidshverdag. Dette er i strid med de nasjonale retningslinjene som klart fastslår at behandlingen av ROP-pasienter skal være

integrrert og samtidig. Man kan undres over hvorfor rutinene for behandling av ROP-pasienter ikke innebærer en integrert behandlingsform når de nasjonale retningslinjene er så tydelige på dette området. Funnene kan indikere at det finnes en konflikt mellom retningslinjene og praksisfeltet, og peker på behovet for ytterligere forståelse og tiltak for å sikre implementering av integrert behandling til ROP-pasienter.

Mueser et al. (2006) viser til at det i mange år har vært et tydelig skille mellom psykiatrisk behandling og rusbehandling. Det er med andre ord to forskjellige behandlingssystemer som har ansvar for å behandle de to lidelsene (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2006). En slik behandlingsform kalles for sekvensiell behandling. Det vil si at før pasienten kunne bli skrevet inn i psykisk helsevern, måtte pasienten bli rusfri. Altså, man skulle behandle en ting før den andre (Lien & Lie, 2022). Ut i fra funnene i min studie kan det tyde på at det er denne formen for behandling som fremdeles er dominerende i behandling av rus og psykiske lidelser. I tillegg kan det tenkes at manglende kompetanse blant behandlerne er den avgjørende faktoren for at integrert behandling uteblir. Deltakerne i studien fortalte at de kjenner på en usikkerhet rundt egen kompetanse, og flere av dem ønsker kompetanseheving. Ifølge Lien og Lie (2022) var det tidligere vanlig at fagfolk enten hadde kompetanse på rusbehandling eller behandling av psykiske lidelser. Kanskje er det dette som fremdeles er gjeldene for deltakerne i denne studien. En utfordring som kan oppstå i et slikt tilfelle er at behandlere lett kan overse den ene tilstanden og kun fokusere på den de kan noe om. Det vil ofte føre til at resultatet av behandlingen blir dårligere (Lien & Lie, 2022).

Deltakerne i studien mente at relasjonen til pasientene har en grunnleggende betydning for å få til en god behandling. Relasjonens betydning er noe som har blitt belyst i flere studier (Borg og Topor, 2014; Brekke, Lien og Biong, 2018; Pettersen et al., 2019). Brekke et al. (2018) hevder blant annet at tillitt til en person som nylig har startet sin bedringsprosess, kan bidra til å skape følelsen av håp. I likhet med Brekke et al. (2018) viser Almvik og Borge (2007) til at bedringsprosess skapes og utvikles gjennom relasjoner til andre. Det er avgjørende å bli sett av noen som et helt og verdig menneske (Almvik & Borge, 2007). Når det gjelder ROP-pasienter, kan det tenkes at dette er særlig viktig. De har ofte historier med brutte relasjoner og sosial ekskludering (Brekke et al., 2018). Med hensyn til dette kan man tenke at relasjonsarbeid og gode relasjoner kan bidra til å kunne yte god hjelp til mennesker med ROP-lidelser. Dette samsvarer med studien til Borg og Topor (2003), som viser at gjensidig relasjon, og at det å bli sett og hørt bidrar til å komme seg gjennom en psykisk lidelse.

For å oppnå en god relasjon kreves et godt samarbeid. Samtlige deltakere opplevde utfordringer knyttet til uforutsigbarhet og ambivalens, og at det i den forbindelse ble vanskelig å bygge en god relasjon til pasientene. De trakk frem momenter som at flertallet av ROP-pasientene ikke ønsket behandling. Pedersen (2014) viser til at det i psykiatrien har blitt fremstilt som et problem at pasientene ikke gjør det behandlerne ber om eller er motvillige ved at de ikke følger opp medisinsk behandling eller stiller til avtaler. I likhet med deltakernes opplevelse av pasientene, anses pasientene som vanskelige å nå frem til, samt å beholde i behandling. Det viser seg at de ofte foretrekker å spørre bekjente om råd, fremfor å lytte til profesjonelle hjelpere (Ness, Borg & Davidson, 2014). Man kan undres over årsaken til at ROP-pasienter ikke ønsker hjelp fra helsepersonell til å takle utfordringene de har. Gjennom prosessen med denne studien har jeg undret meg over hvorfor mennesker med åpenlyse helseutfordringer motsetter seg helsehjelp. Funnene tyder på at samtlige av deltakerne jobber ut fra et klinisk recovery-perspektiv. Det vil si at behandleren jobber ut i fra å operasjonalisere recovery og måle grader av bedring (Borg & Karlsson, 2013). Ness et al. (2014) hevder at en av årsakene til at ROP-pasienter ikke ønsker hjelp fra fagpersoner, er fordi de tenker at fagfolk ikke forstår hvilken livssituasjon de er i. Recovery-forskningen viser blant annet at mennesker med ROP-lidelser har vanskelig med å forstå hensikten med rådene de får fra fagfolk, samt at de føler seg krenket av hjelpere (Pedersen, 2014). Ved å jobbe ut i fra et klinisk perspektiv på recovery blir pasientens erfaringskunnskaper satt til siden, og behandleren blir sett på som den profesjonelle som former den recoveryorienterte praksisen. Det vil si at det ikke er pasientens egne mål for behandling og videre liv som står i sentrum. Med andre ord baserer klinisk recovery i for stor grad på et medisinsk og symptomorientert grunnlag, der det er mangel på personens perspektiv og unike situasjon, samt omgivelsene som skaper og opprettholder uhelse (Borg & Karlsson, 2013). Personlig recovery, derimot, vektlegger selvbestemmelse. Pasienten skal blant annet ha frihet til å velge hvilke små og store skritt som skal tas til enhver tid, samt ha rett på et reelt samarbeid med fagpersoner (Karlsson & Borg, 2013). Sett under ett, kan det tenkes at behandlerne vil oppleve bedre samarbeid med pasientene dersom de beveger seg mer mot et personlig recovery-perspektiv.

I tillegg til utfordringer knyttet til samarbeid, pekte deltakerne i studien på at de synes det er vanskelig å finne motivasjon til endring blant pasientene med ROP-lidelser. Recovery-filosofien tar utgangspunkt i at pasienten skal lære å mestre eget liv, finne nye mål og ny mening. Dette kan ikke behandlerne gjøre for dem. De skal være pasientenes assistent i prosessen, ikke sjefen (Pedersen, 2014). Det vil være naturlig å tenke at det kan finnes flere årsaker til at pasientene mangler motivasjon til endring. I likhet med recovery-filosofien peker

Antonovsky (2012) på pasientenes opplevelse av meningsfullhet. Han hevdet at dersom pasienten skal oppleve sammenheng, var det viktig at pasienten tok del i prosesser som former egen skjebne (Antonovsky, 2012). Sett i lys av recovery-filosofien og Antonovskys teori om salutogenese og meningsfullhet, kan det tolkes som at dersom pasientene ikke føler de er en del av egen behandling eller opplever å bli hørt, sett og møtt, vil det være vanskelig å få til en endring.

ROP-lidelser er forbundet med flere livsvansker (Drake et al., 2016), og samtlige deltakere i studien pekte spesielt på utfordringer knyttet til rusmiddelbruk. De opplevde blant annet at flere av pasientene ikke ønsker å slutte med rusmiddelbruken. Evjen et al. (2012) understreker at dersom en pasient skal slutte med rusmiddelbruk vil det innebære at pasienten må gi slipp på noe. Det vil ikke si bare rusmidlene i seg selv, men kanskje også en viss trygghet. Pasienten må kanskje gi slipp på et sosialt miljø uten noen garanti for at de finner tilknytning i andre miljøer (Evjen et al., 2012). En av deltakerne i studien min understrekte at han opplevde at flertallet av ROP-pasientene kommer fra en utfordrende familiesituasjon. Det kan bety at pasienten føler en nær tilknytning til det sosiale nettverket han har fått gjennom rusmiljøet, som videre kan gjøre det vanskelig for pasienten å avslutte kontakten i sitt nåværende miljø. Samtidig kan rusmisbruk være et hinder for mye pasienten kunne ønske seg (Evjen, Kielland & Øien, 2012). Ifølge Mueser et al. (2006) er det nødvendig at behandlingen som gis til pasienter med ROP-lidelser er motivasjonsbasert. Dette betyr at behandlingen er tilpasset pasientens egen motivasjon. Evjen et al. (2012) trekker frem flere utfordringer knyttet til personer med ROP-lidelse. Blant annet står spørsmålet om motivasjon for endring sentralt for alle som har problemer med rusmiddelbruk. I tillegg peker Lien og Lie (2022) på at det er viktig å være oppmerksom på hvilket stadium pasienten er i endringsprosessen sin. Dersom dette ikke er avklart kan tiltak og intervensjoner virke mot sin hensikt. Dette kan ses i sammenheng med Antonovskys (2012) teori om salutogenese, der han understreker at dersom en person skal oppleve en form for sammenheng, må personen først og fremst forstå sin egen situasjon. Det vil si at det som inntreffer må være forståelig, strukturert og tydelig slik at personen forstår meningen med det som skjer. Med hensyn til dette kan det tenkes at dersom et tiltak blir satt inn for tidlig, slik at pasienten ikke forstår hensikten med tiltaket, vil tiltaket ha lite eller ingen effekt. Dette samsvarer med Lien og Lie (2022) som hevder at dersom man setter inn tiltak før pasienten er klar, vil man oppleve motstand fremfor fremgang. Kanskje kan dette være en av årsakene til at deltakerne i denne studien opplever motstand fra pasientene. Blant annet fortalte den ene deltakeren at han ønsker mye for pasientene sine, samtidig som problematikken er utfordrende. Målene som blir satt for pasienten kan dermed

bli uopnåelig sett i lys av diagnose og utfordringer. Antonovsky (2012) hevdet blant annet at jo sterkere følelse av sammenheng personen har, desto større evne og kapasitet har personen til å håndtere problemsituasjonen. Dette kan tolkes som at dersom pasienten ikke opplever en sammenheng i bedringsprosessen, kan det være utfordrende for pasienten å motiveres til en endring. Evjen et al. (2012) viser til at det kan være en åpenbar konflikt mellom behandlerens ønske om å oppnå at pasienten blir stabilt rusfri, og pasientens tvil og ambivalens rundt dette. Behandlerne går gjerne ut fra at pasientene er motivert for behandling og endring når de søker kontakt eller blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Dersom behandlerne begynner med utredning og behandling uten å undersøke at pasienten er klar for det, vil man kunne risikere at tilstanden blir mer fastlåst (Lien & Lie, 2022). Recovery-filosofien legger blant annet vekt på evnen til å iverksette tiltak for å løse praktiske problemer samtidig som man anerkjenner pasientens kompetanse og ansvar til å hjelpe seg selv. Altså, kan man tenke at dersom helsepersonell blir kjent med hva som trigger pasientens symptomer, samt blir kjent med hvordan eventuelle traumer påvirker nåtiden kan det bidra til en bedre tilpasset behandling.

Studien min viser at pasienter med ROP-lidelser ofte viser mer utfordrende atferd, enn de pasientene som kun har en ruslidelse eller psykisk lidelse. Ifølge Fox (2006) er personer med alvorlig psykisk lidelse i faresonen for å utvikle voldelig atferd, spesielt dersom de ikke får behandling. Det er tidligere nevnt at relasjonen mellom helsepersonell og pasient, samt helsepersonells opptreden, er betydningsfulle faktorer i pasientens behandlingsforløp. Deltakerne i studien fortalte blant annet at når pasientene viser utfordrende atferd, svekkes relasjonen til helsepersonellet. Ifølge Norvoll (2016) har psykisk helsetjeneste en spesiell mulighet til å utøve makt og sosial kontroll over pasientene. To av deltakerne i studien min beskriver en form for kontrollregime, der pasientene får goder og begrensninger ut i fra atferd og hvordan de følger opp behandlingen. Grime og Vågan (2008) påpeker at maktutøvelse fra helsepersonell kan føre til krenkelser, misbruk og unødvendige begrensninger i pasientens frihet og selvbestemmelse. Dette kan potensielt skade tillitsforholdet og relasjonen mellom pasienten og helsepersonellet, og også forverre den psykiske lidelsen. Norvoll (2016) støtter denne oppfatningen og fremhever viktigheten av å være bevisst på maktforhold og sosial kontroll i psykiske helsetjenester. Dette kan være en mulig forklaring på hvorfor deltakerne opplever at pasientene viser motstand i behandlingen, og erfaringene de har rundt pasientens stadige tilbakefall. I lys av disse funnene er det viktig at helsepersonell reflekterer over maktforholdet som kan oppstå, samt jobber med å styrke pasientens autonomi og involvering i behandlingsprosessen. Det vil være naturlig å tro at helsepersonelllets opptreden overfor pasientene har stor betydning for om helsepersonell lykkes i å motivere pasienten til

behandling. En av deltakerne i studien trakk frem helsepersonellens holdninger til ROP-pasienter, og sa blant annet at han opplever at helsepersonell kan ha negative holdninger knyttet til pasienter som har en ruslidelse. ROP-pasienter benekter og bagatelliserer ofte negative effekter ved ruslidelsen eller den psykiske lidelsen (Fox, 2006). Helsepersonells negative holdninger til pasientens ruslidelse kan tenkes å ha en sammenheng med hvorfor pasientene bagatelliserer egne helseutfordringer. Deltakeren sa videre at han opplever at helsepersonell kan ha en tendens til å se på ruslidelser som selvforskyldt. En slik holdning kan tenkes å være svært uheldig for relasjonen og tillitsforholdet mellom helsepersonell og pasient. Dessuten hevder Grimen og Norvoll (2007) at tillitsforholdet mellom pasienten og helsepersonellet vil ha betydning for pasientens opplevelse av avmakt, da tillit bidrar til økt tro på at man kan få gjennomslag for egne synspunkter. I midlertid fortalte deltakerne i studien at målet er å endre det nåværende kontrollregime, og satse på en mer integrert behandling for å unngå utfordrende atferd, samt bedre relasjonsforholdet mellom helsepersonellet og pasienten. Dette samsvarer med Fox (2006) som hevder at integrerte behandlingstiltak kan være effektive med hensyn til å forhindre og håndtere utfordrende atferd.

En integrert behandling innebærer at de ulike delene av tjenesteapparatet jobber på samme måte og gjerne sammen i så stor grad som mulig (Lien & Lie, 2022). Funnene i studien min viser at deltakerne opplevde at pasientene blir en kasteball i systemet. Pasientene er ikke syke nok til å være innlagt i psykiatrien, men samtidig er de for syke til å fungere i poliklinisk oppfølging. Dette gjør at de faller mellom to stoler. Ifølge Lien og Lie (2022) påfører man pasienten et stort problem dersom ulike deler av tjenesteapparatet vurderer pasienten forskjellig. Tidligere har behandlere vært preget av filosofisk uenighet og kliniske barrierer som har fremmet en fortsatt ikke-integrert behandling (Muser et al., 2006). Lien og Lie (2022) viser til at man ofte ser et skyvespill mellom de som er inne i saken. Ansvaret skyves mellom ulike aktører, og inntrykket er at flertallet tenker at det viktigste er at de ikke skal ha ansvaret når det skjer noe galt. En av deltakerne i studien min etterlyste et overordnende ledd i systemet som rommer ROP-pasientene, og hevdet at man ikke klarer å hjelpe denne pasientgruppen dersom det ikke skjer en endring. Dette samsvarer med Evjen et al. (2012) som hevder at alt for mange faller utenfor behandlingstilbudene i spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenesteapparatet. Videre sier de at ansatte i disse systemene ofte uttrykker maktesløshet i forsøkene på å oppnå god samhandling med andre hjelpere. Muser et al. (2006) påpeker at en felles beslutningstaking mellom alle berørte parter står helt sentralt i integrert behandling. Samtidig hevder Lien og Lie (2022) at uenighet og

konflikt i tjenesteapparatet er med på å forsterke en krise, mens enighet og ro er med på å dempe den. Det kan tenkes at uenighet mellom behandlingstilbud, behandlere og mangel på egnede tilbud til ROP-pasienter kan være med på å utløse stressfaktorer hos pasientene. For det første blir behandlingstilbudet uforutsigbart, og for det andre blir det utrygt for pasientene som skal motta helsehjelp.

Antonovsky (2012) pekte på at ressursene til en person er med på å bestemme hvilken opplevelse av sammenheng personen har. Han sa videre at stressende livshendelser kan få negative konsekvenser for personen. Dersom personen opplever lite sammenheng når hendelsen inntreffer, kan utfallet bli verre enn dersom personen opplever stor sammenheng (Antonovsky, 2012). Ut i fra dette vil det være naturlig at en pasient som blir flyttet rundt i behandlingssystemet, med en opplevelse av at «ingen» vil hjelpe, samt lite sammenheng i behandlingen, utsettes for en stressende livshendelse som kan få negative konsekvenser for pasienten.

En annen utfordring som kom til syne i studien min var fleksibilitet og ressurser på arbeidsplassen. Alle deltakerne jobber kun dagtid i ukedager, og trakk frem utfordringer knyttet til dette. Blant annet viser funnene at det er utfordrende å gi behandling til dårlige pasienter på kvelder og i helgene. En av deltakerne understrekte at noen av ROP-pasientene har behov for en-til-en-bemanning, men at det ikke er nok ressurser til å tilby dette. Tilgjengelighet anses som en av de mest avgjørende kvalitetene i helsetjenesten, ifølge Aarre (2018). Studien min viser at bemanningen på behandlingsinstitusjonene er lavere på kveldene og i helgene, og at behandlerne ikke er tilgjengelige på disse tidspunktene. Man kan undres over helsetjenestens organisering med tanke på bemanning, og hvilke kunnskapsgrunnlag som ligger til grunn for dette. Aarre (2018) poengterer viktigheten av tilgjengelige tjenester som er åpne døgnet rundt, slik at folk kan få hjelp når de trenger det. I likhet med Aarre (2018) viser Brekke et al. (2018) at det anses som essensielt for recoveryprosessen at tjenestene organiseres slik at de tillater fleksibilitet, tilgjengelighet og kontinuitet (Almvik, Sagsveen, Olsø, Westerlund & Norvoll, 2011; Biong & Soggiu, 2015; Brekke, Lien & Biong, 2018). Med andre ord tolkes det som nødvendig med tilgjengelige ressurser og fleksibilitet i tjenestene for å få til et optimalt behandlingstilbud til pasientene.

Bedring handler for mange først og fremst om å få styring over eget liv, slik at verken rustrang eller psykiske symptomer beholder makten. Evjen et al. (2012) peker på at mennesker med ROP-lidelse har de samme behovene for sosialt fellesskap, aktivitet og selvbestemmelse som andre. Dette samsvarer med Antonovskys teori om salutogenese. Han hevdet at det å være involvert i daglige aktiviteter som oppleves meningsfulle, og å oppleve

del av livet forståelig og håndterbart vil bli karakterisert som en god opplevelse av sammenheng (Almvik & Borge, 2006). Studien min viser at det er viktig at pasientene opplever stabilitet i hverdagen når de skrives ut fra behandling. Som en del av denne prosessen kartlegges pasientens familiesituasjon og nettverk, samt hvilke interesser pasienten har. Ifølge Evjen et al. (2012) kan god sysselsetting være avgjørende tiltak som bidrar mest av alt til den endringsprosessen som ligger implisitt i behandlingsbegrepet. Deltakerne i studien uttrykte forskjellige opplevelse av samarbeidet med kommunene og tilbudene som gis pasientene etter utskrivelse. De trakk blant annet frem ulike utfordringer knyttet til aktiviteter som kommunene tilbyr. Fox (2006) hevder at å hjelpe pasienter med dobbeltdiagnoser til å få et meningsfylt liv er et viktig behandlingsmål. På den ene siden opplevde en av deltakerne at kommunene har gode tilbud til pasientene, og at samarbeidet fungerer godt i de aller fleste tilfellene. Han fortalte at de allerede begynner å tenke på utskrivelsesprosessen når pasienten skrives inn til behandling. De kartlegger hvilke kontaktpersoner pasienten har i kommunen, samt oppretter en samarbeidsgruppe. På den andre siden erfarte noen av deltakerne at kommunen ikke tilbyr gode nok tjenester til ROP-pasientene. En av utfordringene som blant annet kommer til syne er utfordringer knyttet til bolig.

Ifølge Evjen et al. (2012) er ROP-pasienter overrepresentert blant bostedsløse, spesielt i de større byene. I tillegg ser man at mennesker med ROP-lidelser ofte står overfor stereotypier som setter dem i fare for å bli diskriminert (Bye, Herrebrøden, Hjetland, Røyset og Westby, 2014). Slike holdninger kan være med på å forverre symptomene til pasientene og hindre recovery (Brekke et al., 2018). Dette kan mulig være med på å hindre pasientenes motivasjon for endring. Fox (2006) hevder blant annet at pasienter med ROP-lidelse ofte er sårbare i forhold til bolig og hjemløshet ettersom lidelsen deres ofte gir en ustabil, agitert atferd som kan ende med utkastelse. Det viser seg at pasientene som tidligere har blitt kastet ut fra boliger får utfordringer med å finne seg ny bolig, samt at de boligene som er tilgjengelige ofte er av dårlig standard eller eksponerer pasientene for rusmiljøer (Fox, 2006). Dette samsvarer med funnene i min studie som viser at det er vanskelig å få tak i boliger som ikke eksponerer pasienten for rusmiljøer. Ut i fra dette kan det tenkes at pasienter som blir skrevet ut fra behandling vil oppleve utfordringer med å bli rusfrie. Forskning har vist at integrert behandling av personer med dobbeltdiagnoser, som også omfatter boligtiltak, resulterer i bedre boforhold og mindre rusbruk, enn ved en tradisjonell ikke-integrert behandling (Drake et al; Mueser, Noordsy, Drake og Fox, 2006). Det betyr sannsynligvis at større fokus på pasientenes utskrivelsesprosess, kan hjelpe pasienten til å få et mer stabilt liv

etter behandling. Videre kan man tenke at dette kan føre til at pasienten lettere holder seg frisk.

Deltakerne uttrykte også et savn etter tilbud som rommer kvelder og helger, og sa at de opplever at det fungerer bedre for pasientene i de kommunene som har et bredere tilbud. I tillegg fremkommer det at pasientene er prisgitt det tilbudet kommunene har. Med andre ord kan det tenkes at det ikke tilbys noe som pasienten selv ønsker, noe som naturligvis kan påvirker motivasjonen negativt. Evjen et al. (2012) hevder at mange ROP-pasienter i praksis blir overlatt til seg selv uten tilbud som fungerer. Funnene i studien min viser også at pasienter som ikke er underlagt tvangsparagraf, ikke kan tvinges til oppfølging i etterkant av behandlingen. Ifølge Fox (2006) kan pasienten således bli skrevet ut fra behandlingen uten å ha noe sted å gjøre av seg. Videre sier han at man bør støtte personer med ROP-lidelser slik at de opplever meningsfulle liv (Fox, 2006). Totalt sett kan man tenke seg at det for ROP-pasienter handler om å oppleve trygge relasjoner, samt en god og trygg bosituasjon.

6.2 Metodediskusjon

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) skjer kunnskapsproduksjonen i kvalitative forskningsintervjuer i en sosial kontekst mellom forskeren og deltakeren. Den kvalitative metoden krever at forskeren følger visse regler, og den er avhengig av forskerens ferdigheter og personlige vurderinger. Det krever tid og praksis å utvikle seg på dette området (Kvale & Brinkmann, 2015). Det var andre gangen jeg gjennomførte en kvalitativ studie, noe som tilsier at jeg har begrenset erfaring med å gjennomføre kvalitative forskningsintervjuer. Dette kan ha påvirket intervjuenes kvalitet. I midlertid opplevde jeg at jeg etter hvert intervju kunne reflektere over intervjusituasjonen og gjøre eventuelle endringer underveis. Transkripsjonene mine viser at jeg i økende grad stilte relevante oppfølgingsspørsmål utover i intervjuprosessen. I de første intervjuene kjente jeg på en usikkerhet, og fokuset mitt ble i større grad å fokusere på spørsmålene jeg skulle stille, fremfor å virkelig lytte til informanten. Kvale og Brinkmann (2015) påpeker at å lytte aktivt er like viktig som å mestre spørreteknikker. Jo mer komfortabel jeg ble i intervjusituasjonen, desto bedre opplevde jeg at intervjuene utviklet seg. Med mer erfaring og praksis vil jeg kunne stryke ferdighetene i å gjennomføre kvalitative forskningsintervjuer.

Gjennom forskningsprosjektet har jeg vært oppmerksom på validitet og reliabilitet. Validitet, som beskrevet av Kvale og Brinkmann (2015), handler om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det som skal undersøkes. Validitet omhandler med andre ord

gyldigheten av en studie. Dette henger i stor grad sammen med forskerens forforståelse, og jeg har i denne studien prøvd å ha et bevisst og kritisk i forhold til min forforståelse. Thagaard (2013) vektlegger i hvilken grad forskeren spesifiserer hvordan han har kommet frem til den forståelsen som studien resulterer. I denne studien var det en kontinuerlig prosess gjennom hele forskningsprosjektet hvor det ble reflektert over hvorvidt de benyttede metodene, teoriene, fortolkningene, kodingene og så videre, var relevant i forhold til problemstillingen. Jeg brukte blant annet oppfølgingsspørsmål for å få oppklart uklarheter og bekrefte riktig forståelse av utsagn, samt få en så detaljert beskrivelse som mulig. Til tross for disse tiltakene kan jeg ikke med sikkerhet si at intervjuene ikke er påvirket av min underbevisste forforståelse. Det å opptre nøytralt i en intervjusituasjon var en vanskelig oppgave. Likevel tenker jeg at kvalitativ tilnærming med intervju som datainnsamlingsmetode, var mest hensiktsmessig for å svare på studiens problemstilling.

Reliabilitet handler, ifølge Kvale og Brinkmann (2015), om konsistensen og troverdigheten til forskningsresultatene. Reliabiliteten viser i hvilken grad forskningsprosjektet kan gjentas av andre forskerne, og fortsatt oppnå samme resultat (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne studien har jeg benyttet meg av kvalitative intervjudata, noe som gjør det utfordrende å sikre høy reliabilitet. Intervjuene er basert på mellommenneskelig samhandling der hver enkelt av oss kan reagere ulikt og ha ulik tilnærming både til deltakerne og fenomenet som blir forsket på. I tillegg ble det stilt oppfølgingsspørsmål som ikke var oppført i intervjuguiden. For å øke studiens troverdighet ble spørsmålene i intervjuguiden nøye planlagt. Dette ble gjort for å unngå ledende spørsmål som kan påvirke deltakernes svar. Under selve intervjusituasjonen forsøkte jeg å være åpen og ærlig, slik at deltakerne forhåpentligvis svarte ærlig og ikke ga svar de trodde jeg ønsket å høre. Likevel kan jeg ikke med sikkerhet si om deltakernes fortellinger ville vært like dersom noen andre hadde gjennomført studien senere. En annen faktor som svekker studiens reliabilitet er den tidsmessige begrensingen. Det er mulig at reliabiliteten i studien kunne ha blitt styrket dersom studien hadde pågått over en lengre periode.

I løpet av intervjuprosessen opplevde jeg at jeg fikk stadig mer innholdsrike, spontane og relevante svar etterhvert som jeg gjennomførte flere intervjuer. Jeg la merke til at det var tilfeller der jeg kunne ha stilt oppfølgingsspørsmål, men valgte å la være. Dette kan skyldes min usikkerhet og mangel på erfaring, da jeg var i en læringsprosess under utførelsen av intervjuene. Det var først da jeg transkriberte intervjuene at jeg virkelig ble oppmerksom på dette. Jeg innså derfor at det ville vært en fordel å transkribere intervjuene fortløpende, slik at

jeg kunne dra nytte av lærdommen fra ett intervju i gjennomføringen av de påfølgende intervjuene.

Problemstillingen gjennomgikk visse endringer i løpet av prosessen. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er det ikke uvanlig at forskningsspørsmål endres i løpet av en kvalitativ forskningsprosess. Opprinnelig var studien ment å utforske erfaringer med integrert behandling i norsk sikkerhetspsykiatri. I midlertid viste det seg å være vanskelig å rekruttere deltakere fra sikkerhetspsykiatrien. Som et resultat ble problemstillingen endret, og fokuset ble flyttet til generelle døgninstitusjoner som behandler ROP-pasienter. I tillegg begynte studien med en induktiv tilnærming der jeg undersøkte fenomenet ved å bevege meg fra empiri til teori. Etterhvert som teorien ble tolket, dannet det seg nye hypoteser som førte til en mer abduktiv tilnærming. Her tolket jeg fenomenet både fra empiri til teori og fra teori til empiri (Thagaard, 2013). Jeg anser denne fleksibiliteten som en styrke innen kvalitativ forskning.

I metodekapittelet har jeg beskrevet begrensninger i utvalget for denne studien. Selv om det var ønskelig med et større utvalg, var det utfordrende å rekruttere deltakere, og derfor er studien ikke generaliserbar. For at studien skulle vært generaliserbar, ville det vært nødvendig med et større utvalg (Kvale & Brinkmann, 2015). Imidlertid påpeker Thagaard (2013) at selv om en studie ikke er generaliserbar, kan den være overførbar. Det betyr at studien kan være relevant i andre sammenhenger basert på de tolkningene som er gjort. Jeg ser det som en styrke at alle deltakerne i studien hadde lang erfaring med behandling av mennesker med ROP-lidelser. Studien inkluderte deltakere av begge kjønn, og deltakerne hadde solid grunnlag for å svare på spørsmålene og bidra med uavhengige refleksjoner. Til tross for det begrensede utvalget, håper jeg studiens nærhet til praksisfeltet gjør den relevant og overførbar til lignende tjenestetilbud.

6.3 Implikasjoner for videre forskning

Målet med denne studien har ikke vært å generalisere funnene på samme måte som i kvantitative studier. Hensikten har vært å utforske integrert behandling slik behandlere i psykisk helse- og rusbehandling erfarer det. Det er derfor grunn til å tro at funn fra denne studien kan ha relevans for praksis og videre forskning på fagområdet.

Etter min oppfatning er det nødvendig med ytterligere forskning rundt studiens tema. Det ville vært interessant å forske videre på hvorvidt mennesker med ROP-lidelser har

erfaring med behandlingen som blir gitt i det norske helsevesenet. Hvilken opplevelse har ROP-pasienter av behandlingen de får tilbud om? Hvilke tanker har de om oppfølgingen de får og måten de blir møtt på? Et annet moment som ville vært interessant for videre forskning er hvorfor ROP-pasientene oppleves som umotiverte og viser motstand i behandling. Er det kun fordi rusuget blir for stort, og ambivalensen til behandlingen blir for utfordrende, slik som deltakerne i studien min opplever? Eller kan det være mangel på kompetanse blant helsepersonell som gjør at pasientene ikke mottar godt nok tilpasset behandlingstilbud? I den sammenheng kunne det også vært nyttig å forske på betydningen av individuell tilpasning i behandling av ROP-pasienter, samt i hvilken grad det jobbes med brukermedvirkning og recovery-orientert praksis for denne pasientgruppen. Jeg anser det som viktig å utforske pasientperspektivet rundt dette temaet, og det kunne vært interessant å se i hvilken grad integrert behandling kan bidra til å styrke pasientens identitet og redusere stigma rundt denne gruppen.

7.0 Konklusjon

Studiens funn viser at behandlerne har et ønske om å arbeide med integrert behandling for mennesker med ROP-lidelser, til tross for utfordringer og dilemmaer de står overfor i praksis. Mangelen på kompetanse blir fremhevet som en av hovedårsakene til at integrert behandling ikke blir tilbudt i tilstrekkelig grad. Samtidig forteller samtlige av behandlerne at de opplever et gap i tjenestetilbudet til mennesker med ROP-lidelser. Mangel på tilpasset tjenestetilbud til denne pasientgruppen gjør at pasientene «faller mellom to stoler», og ikke får et godt nok tilpasset behandlingsopplegg. Videre belyser studiens funn flere interessante aspekter ved integrert behandling innen psykisk helse og rusbehandling for ROP-pasienter. Behandlernes egne erfaringer og beskrivelser er verdifulle for å forstå hvordan en slik behandling kan utøves i praksis. Utvikling av integrert behandling synes å bidra til vekst og personlig utvikling blant behandlere gjennom bevisstgjøring, opplæring og refleksjon. I tillegg til ønske om økt kompetanse, legger behandlerne vekt på betydningen av relasjons- og motivasjonsarbeid. En god terapeutisk relasjon viser seg å fremme behandlingsforløpet til pasientene, og skaper motivasjon både hos behandlerne og pasientene. Samtidig viser studien at det er utfordrende å gi støtte til ROP-pasienter i perioder med høyt rusinntak og høye symptomtrykk. Dette gjør at det blir vanskelig å få til et godt samarbeid rundt behandlingen, noe som har negativ innvirkning på behandlingen til pasientene. Funnene indikerer at samtlige

av behandlerne praktiserer ut i fra en klinisk recovery-tilnærming. Det vil være naturlig at en slik tilnærming vil ha en sentral betydning for pasientens behandlingsprosess. Videre fremhever studien behovet for organisering av behandlingen, slik at det legges til rette for blant annet fleksibilitet og tilgjengelighet.

Funnene understreker behovet for å tydeliggjøre hva integrert behandling faktisk innebærer. Det er også et klart behov for flere studier som bidrar til praksisutvikling og forskning for å belyse utfordringene knyttet til integrert behandling for ROP-pasienter. Det kan blant annet være interessant å undersøke forskjeller og sammenhenger mellom personlig recovery og klinisk recovery i behandlingen av ROP-pasienter. Bruk av metoder som fokusgruppeintervju eller deltakerobservasjon kan gi ulike perspektiver og beskrivelser av prosessen med å utvikle integrert behandling i denne konteksten. Studien støtter tidligere forskning på flere områder, og peker samtidig på områder som fortjener ytterligere oppmerksomhet og studier.

8.0 Referanser

- Aarre, T. F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Almvik, A.(Red.) & Borge, L. (Red.) (2007) *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Almvik, A. & Borge, L. (2014). *Å sette farger på livet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Borg, M. (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life: Perspectives and individuals recovering from severe mental health problems*. (Doktorgradsavhandling). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*. (NAPHA rapport 4). Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Borge, M, & Topor, A (2003) *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlig psykisk lidelse*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Bjørnstad, K. E. & Gråwe, R. W. (2016). *Integrert behandling av rus og psykiske lidelser i en sikkerhetspsykiatrisk avdeling: Evaluering av implementeringstiltak*. Hentet fra: https://www.researchgate.net/publication/278684668_Integrert_behandling_av_rus_o_psykiske_lidelser_i_en_sikkerhetspsykiatrisk_avdeling_Evaluering_av_implementeringstiltak
- Brekke, E., Lien, L., Nysveen, K. & Biong, S. (2018). *Dilemmas in recovery-oriented practice to support people with co-occurring mental health and substance use*

- disorders: a qualitative study of staff experiences in Norway*. *Int J Ment Health Syst*, 12(30). Hentet fra: <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0211-5>
- Brekke, E., Lien, L. & Biong, S. (2018). *Experience of professional helping relations by person with co-occurring mental health and substance use disorders*. *Int J Ment Health Addict*, 16(1). Hentet fra: <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9780-9>
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brofoss, K. E & Larsen, F (2009) *Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009)*. Sluttrapport- syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd
- Bunkholdt, V. & Kvaran, I. (2015). *Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Bye, H. H., Herrebrøden, H., Hjetland, G. J., Røyset, G. Ø. & Westby, L. L. (2014). Stereotypes of Norwegian social groups. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(5), 469-476. Hentet fra: <https://doi.org/10.1111/sjop.12141>
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (NESH). (2018). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/>
- De Ruyscher, C., Vandeveld, S., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J. & Vanheule, S. (2017). *The Concept of Recovery as Experienced by Persons with Dual Diagnosis: A Systematic Review of Qualitative Research From a First-Person Perspective*. Hentet fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28699834/>
- Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Grimen, H. (2001). *Tillit og makt – tre sammenhengar*. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 30:3617-1619

Grimen, H. & Vågan, A. (2008). *Profesjoner i maktteoretisk perspektiv*. I: Molander, A. & Terum, L. I. (red.). Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget

Gråwe, R.W., & Ruud, T. (2006): *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF Helse, STF78 A06003.

Helsedirektoratet (2010) *Individuell plan – Veileder til forskrift om individuell plan*.

Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/individuell-plan-og-koordinator/om-individuell-plan-og-koordinator-formal-og-rettigheter>

Helsedirektoratet. (2011): *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet. IS-1948.

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse- ROP-lidelser. Sammensatte tjenester. Samtidig behandling*. IS-1948. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. IS-2076. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser* (Rapport IS-2314). Oslo.

Helsedirektoratet. (2017). *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer*. (IS-1/2017). Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer>

Helsinkideklarasjonen (1964). Hentet fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

- Helsenorge. (2021). *Behandling av samtidige rusproblemer og psykiske lidelser*. Hentet fra: <https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/behandling-av-samtidige-rusproblemer-og-psykiske-lidelser/>
- Helsepersonelloven m.v. (1999) *Lov, 2. juli 1999 nr. 64*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (5. Utg.). Oslo: Abstrakt Forlag.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery - Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2018). *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid. Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kelly, K. M & Dennis, D. C. (2013). *Integrated Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders*. National Library of Medicine. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3753025/>
- Kielland, K.B. (2000): *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk*. Statens helsetilsyn, utredningsserie 10.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, E. (2015). *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut*. Universitetsforlaget: Oslo
- Langeland E., (2007), «*Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse*» Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/12/betydningen-av-en-salutogen-tilnaerming-fremme-psykisk-helse>
- Langeland, E. (2009). *Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse*. Hentet fra: 10.4220/sykepleienf.2009.0143

- Langeland, E. (Ed.). (2012). *Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget. Hentet fra: <https://napha.no/content/14907/salutogenese-og-psykiske-helseproblemer--kunnskapsoppsummering-fra-napha-Rapport-Salutogenese.pdf>
- Lien, L. & Lie, T. W. (2022). *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak. Integrert behandling av rus og psykiske lidelser*. Vigmostad og Bjørke AS.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese. Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011). *Lov, 24. juni 2011 nr. 30*. Helse og omsorgsdepartementet.
- Lundeberg, I. R., Søvig, K. H. & Mjåland, K. (2014). *Tvang i rusfeltet: regelverk, praksis og erfaringer med tvang*. Gyldendal juridisk.
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. (1. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mangrum, L. F., Spence, R. T. & Lopez, M. (2005). *Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders*. Hentet fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16377455/>
- Maxwell, J. A. (2009). *Designing a Qualitative Study*. I L. Bickman & D. J. Rog (Red.), *The SAGE Handbook of Applied Social Research Methods*. London: Sage.
- Mjøsund N.H, Eriksson M, Norheim I, Keyes CLM, Espnes GA, Vinje HF. *Mental health as perceived by persons with mental disorders – an interpretative phenomenological analysis study*. *Int J Mental Health Prom* 2015; 17 (4): 215-33. Hentet fra: <https://doi.org/10.1080/14623730.2015.1039329>

- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., & Fox, L. (2003): *Integrated Treatment for Dual Disorders: a Guide to Effective Practice*. The Guilford Press. A Division of Guilford Publications, Inc.
- Mueser, K.T, Noordsy, D. L, Drake, R.E. og Fox, L. (2006) *Integrert behandling av rus problemer og psykisk lidelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ness, O., Borg, M. & Davidson, L. (2014). *Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first- person perspectives*. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(3),107-117. Hentet fra: <https://doi.org/10.1108/ADD-02-2014-0007>
- Norsk Helseinformatikk (NHI). (2021). *Rus og psykiatri (ROP-lidelse)*. Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/rus-og-psykiatri-rop-lidelse/>
- Norvoll, R. (Red.). (2016). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- NOU 2010: 3 (2010) *Drap i Norge i perioden 2004 – 2009*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2010-3/id602257/>
- Pasient og brukerrettighetsloven (1999). *Lov, 2. juli. 1999 nr. 63*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pedersen, A. (2014). *Recovery som fagperspektiv og praksisfelt*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Personopplysningsloven (1978), «*Lov om behandling av personopplysninger*» Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2000-04-14-31>
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Oute, J. & Davidson, L. (2019). *How Social Relationships Influence Substance Use Disorder Recovery: A Collaborative Narrative Study*. *SAGE Journal*, 13(1). Hentet fra: <https://doi.org/10.1177/1178221819833379>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62)*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/1999-07-02-62>

- Silverman, D. (2011). *Interpreting Qualitative Data: A Guide to the Principles of Qualitative Research*. (4. Utg). London: Sage.
- Skog Hansen, I. L., Tofteng, M., Sørensen Holst, L., Salte Flatval, V. og Bråthen, K. (2019) *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet* (Tredje statusrapport, nr. 33) FAFO: <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/evaluering-av-opptrappingsplanen-for-rusfeltet-5>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02 61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Vatne, S. (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

9.0 Vedlegg

Vedlegg 1 Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Informasjonsskriv og forespørsel

Vil du delta i forskningsprosjektet «Integrert behandling av rus- og psykiske lidelser»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer behandlere i spesialisthelsetjenesten har i forhold til integrert behandling av rus- og psykiske lidelser på sin arbeidsplass.

Jeg – Evy Wiig – er mastergradsstudent i Rus- og psykisk helsearbeid ved Universitetet i Stavanger og skal i forbindelse med mastergraden utføre dette prosjektet. Målet med prosjektet er å kunne si noe om hva de ansatte legger i begrepet integrert behandling og hvilke erfaringer ansatte praktiserer ut i fra sin forståelse av det. Studien vil også kunne si noe om hvordan dages praksis er samt hvilke kvaliteter og utfordringer en står overfor.

Hva innebærer studien

Studien innebærer å delta i et individuelt intervju om tema Integrert behandling. Du som ansatt spørres med dette om du vil delta i et individuelt intervju og dele dine tanker og erfaringer om temaet.

For å få belyst erfaringene dine ønsker jeg å gjennomføre et intervju i tidsrommet november 2022. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og deretter skrevet ut på papir og analyseres slik at det kan presenteres i en masteroppgave og en eventuell vitenskapelig artikkel. Intervjuet vil anslagsvis vare mellom en og halvannen time og krever ingen forberedelser. For å få et bilde av eksisterende meninger og erfaringer er det viktig å komme slik man er. All relevant erfaring ansees som verdifull.

Hva skjer med informasjonen om deg

Om du ønsker å delta i et individuelt intervju vil jeg i forkant spørre deg om noen enkle opplysninger. Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven. Dette innebærer at masterstudenten og vedkommende veileder vil ha taushetsplikt for alle personopplysninger som samles inn, og der er kun disse som har tilgang til informasjonen fra deg. Datamaterialet vil bli anonymisert ved prosjektslutt, senest 30.06.23.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke ønsker å delta eller senere velger å trekke deg.

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 skulle ønske å trekke deg fra studien på et senere tidspunkt, eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte mastergradsstudent Evy Wiig på telefon 90 27 22 53 eller på epost: evy.wiig@outlook.com

Personvern

Informasjonen som lagres skal kun brukes slik som beskrevet ovenfor i forhold til hensikten med prosjektet. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg når resultatene presenteres. Studien er meldt til Personombudet for forskning NSD – Norsk senter for forskningsdata AS. Prosjektleder Unn Hammervold har ansvar for faglig gjennomføring av prosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert.

Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som deltaker rett til å ta tilgang til utfallet av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å skrive under på samtykkeerklæringen.

Stavanger, 12.09.2022

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Unn Hammervold

Mastergradsstudent
Evy Wiig

Samtykkeerklæring til deltakelse

Jeg er villig til å delta i studien om hvilke erfaringer behandlere i spesialisthelsetjenesten har med integrert behandling til personer med samtidig rus og psykisk lidelse, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

å delta i intervju og at lydbånd vil bli benyttet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

INTERVJUGUIDE

INNLEDENDE SPØRSMÅL:

1. Hvilken utdanning har du?
2. Hva er dine arbeidsoppgaver på arbeidsplassen?
3. Hva betyr integrert behandling for deg?

HOVEDSPØRSMÅL:


1. Kan du fortelle litt om hvilke metoder du bruker i arbeidet ditt?
- Forskjellige kartleggingsverktøy og ulike kommunikasjonsteknikker.
2. Hva slags typer utfordring ser du oftest hos ROP-pasienter?
3. Fortell om hva du opplever er riktig behandling av ROP-pasienter. Det trenger ikke å samsvare med det som du faktisk har mulighet til å gi dem.
4. Hva slags oppfølging får pasienter når de skrives ut?
- Tverrfaglig samarbeid
Oppfølging på eks. Dps
5. Ser du en forskjell i behandling av mennesker som har en rusutfordring i tillegg til en psykisk helseutfordring, kontra kun en psykisk helseutfordring?
6. Hva er dine tanker rundt integrert behandling av dobbeltdiagnoser?

Vedlegg 3 Utdrag av analysen

Hovedkategorier	Underkategorier		
<i>Manglende fokus på integrert behandling</i>	Behandlernes forståelse av integrert behandling	Lite systematikk rundt integrert behandling	Viktigheten av en god relasjon
<i>Utfordringer med integrert behandling til mennesker med ROP-lidelse</i>	Manglende motivasjon blant pasientene	Utfordrende atferd som et hinder	Utvikling av negative holdninger blant personalet
<i>Hull i tjenestetilbudene</i>	Uhensiktsmessig organisering	Mangel på fleksibilitet og ressurser	Opplevelse av tverrfaglig samarbeid i utskrivelsesprosessen

[Meldeskjema](#) / [Integrert behandling av rus- og psykiske lidelser på sikkerhetspsykiatrisk avdeling](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

 Skriv ut

 30.12.2022 ▾

Referansenummer

677603

Vurderingstype

Standard

Dato

30.12.2022

Prosjektittel

Integrert behandling av rus- og psykiske lidelser på sikkerhetspsykiatrisk avdeling

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig

Unn Hammervold

Student

Evy Wiig

Prosjektperiode

01.09.2022 - 30.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2023.

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig

Unn Hammervold

Student

Evy Wiig

Prosjektperiode

01.09.2022 - 30.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2023.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringene registrert 29.12.2022.

Det er lastet opp revidert informasjonsskriv og meldeskjemaet er delt med ny veileder/prosjektansvarlig.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

