

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Randi Ingunn Lien

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

«Det er jo faktisk hele personligheta di som blir vurdert»

En kvalitativ studie om utfordringer ved ettervern etter utredning ved TSB – fra et behandlerperspektiv

“It is actually your whole personality that is being
evaluated”

A qualitative study about challenges with treatment after investigation in TSB - from a therapist perspective

4PM791 Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Antall ord: 19203

2020

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Innhold

Forord	5
Norsk sammendrag	6
Engelsk sammendrag (abstract)	7
1 Innledning	8
1.1 Bakgrunn	8
1.2 Presentasjon av problemstilling	9
1.3 Oppgavens oppbygging	10
2 Bakgrunn	11
2.1 ROP-pasienten	11
2.2 ROP-retningslinjen/Sammen om mestring	13
2.4 Behandlingstilbud og ansvar for personer med ROP-lidelser	16
2.5 Enhet for utredning (TSB)	17
2.6 Epikrisene	18
2.7 Forskningslitteratur	19
3 Teori	23
3.1 Integriert behandling	23
3.2 Recoveryorienterte helsetjenester	26
4 Metode	30
4.1 Valg av design	30
4.2 Utvalg	30
4.3 Datainnsamling	31
4.4 Analyse	31
4.5 Etske betraktninger	33
4.6 Forforståelse	35
4.7 Metodediskusjon	35
5 Presentasjon av funn	39

5.1 Epikrisen som en utfordring.....	39
5.1.1 Lang, uoversiktlig og repeterende	39
5.1.2 Henvisere opplever pasienten standardisert i epikrisen	40
5.1.3 Ulik forståelse av pasienten mellom henviser og utreder	41
5.2 Forhold hos pasienten som kan skape utfordringer	42
5.2.1 Henvisers opplevelse av at pasienten snakker med flere stemmer	42
5.2.2 Henvisers opplevelse av utfordringer rundt pasientens kognisjon	43
5.2.3 Pasientens eget engasjement for sin videre behandling	44
5.3 Variasjoner i videre tjenestetilbud som utfordring	47
5.3.1 Variasjon i videre tjenestetilbud som en utfordring ved iverksettelse av anbefalte tiltak.....	47
6 Diskusjon.....	48
6.1 Sammenfatning av funn.	48
6.2 Epikrisen som en utfordring.....	48
6.3 Forhold hos pasienten som kan skape utfordringer	50
6.4 Variasjoner i videre tjenestetilbud som utfordringer.....	53
7 Avslutning/Konklusjon	55
Litteraturliste	56
Vedlegg 1 Godkjenning fra NSD.....	59
Vedlegg 2 Intervjuguide	61
Vedlegg 3 Informasjonsskriv	62

Forord

Å arbeide med denne oppgaven har først og fremst vært veldig spennende, svært lærerikt, det har vært interessant og det har vært utfordrende.

Det er mange som skal takkes for at jeg har kommet meg vel gjennom denne prosessen med å få ferdigstilt masteroppgaven min. Først vil jeg takke informantene mine for at dere sa ja til å la dere intervjuet. Fire engasjerte informanter som alle tok imot meg på en positiv og vennlig måte og som delte raust av deres kunnskap og engasjement for denne pasientgruppen. Dere gjør en stor positiv forskjell for denne pasientgruppen. Og uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave.

En stor takk til mine to veiledere professor Anne Signe Landheim og førsteamanuensis Børge Baklien, for mange gode samtaler og god veiledning. Og takk også til TSB utredningen, Marianne og dine kollegaer for god hjelp og støtte, spesielt i startfasen av oppgaven. Takk også til Tore Willy for faglige innspill.

Takk til mine arbeidskollegaer som har støttet meg med raushet og støttende ord, og Løten kommune for støtte til litteratur og tilrettelegging for å kunne dra på skolen. Spesielt takk til Anders for faglige diskusjoner og innspill.

Min familie og mine nærmeste venner fortjener en stor takk fordi dere hele tiden har støttet meg og trodd på meg. Tone, for gode ord, faglige innspill og korrekturlesing. Nils, for støtte og faglige innspill. Og takk til dere to, mine medstudenter Nina og Åsa, dere har vært en stor støtte på hver deres måte.

Og sist, men ikke minst en takk til hunden min Otto som dro meg ut på luftetur, når skriveøktene ble for lange. Og mine to sønner Alexander og Carl Kristian fortjener den aller største takken, fordi dere hver eneste dag, viser meg hva som betyr aller mest i livet.

Løten, mai 2020

Randi Ingunn Lien

Norsk sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne studien har vært å undersøke hvilke utfordringer henvisere ved DPS kan møte ved den videre behandlingen av pasienten, som har vært inne til et utredningsopphold ved TSB døgnet, for mulig samtidig rusproblematikk og psykisk lidelse. Dette kan bidra til bedre forståelse og innsikt i hvordan det jobbes med ettervernet til pasienter som har vært inne til et utredningsopphold, og hvor det ligger utfordringer i å gjennomføre tiltak som anbefales fra TSB utredningen.

Teori: For tolkning av resultatene er det i denne studien lagt vekt på integrert behandling og recoveryorienterte tjenester. Funnene i studien er også drøftet opp mot den delen av pasientepikrisene som tar for seg foreslåtte tiltak for videre behandling.

Metode: Fire henvisere ansatt ved DPS ble intervjuet, ved hjelp av semistrukturert intervju, og de ble spurt om å fortelle hvordan de opplevde utredningen, hvordan pasienten opplevde utredningen og hva de fikk utført av tiltak som foreslått fra TSB. Intervjuene ble tatt opp digitalt og transkribert, og analysert ved hjelp av Malteruds systematiske tekstkondensering.

Funn: Det ble identifisert tre hovedkategorier. Epikrisen som en utfordring, forhold hos pasienten som kan skape utfordring og variasjon i videre tjenestetilbud som kan skape utfordringer ved iverksettelse av anbefalte tiltak.

Konklusjon: Studien kan oppsummeres med tre hovedfunn i forhold til hva som oppleves utfordrende av henvisere ved DPS, når anbefalte tiltak fra TSB utredning skal iverksettes. Det behøves likevel mer forskning på dette temaet for å komme med en endelig konklusjon, men studien kan gi et innspill for videre forskning med tanke på mer kunnskap om hvor det er forbedringspotensiale når det gjelder å forbedre pasientforløp, sett ut fra både et behandlerperspektiv og et pasientperspektiv.

Nøkkelord: ROP-pasienter, utredning, utfordringer, integrert behandling, recoveryorienterte tjenester, DPS, TSB

Engelsk sammendrag (abstract)

Purpose: The purpose of this study has been to investigate what challenges referrers at DPS can face in the further treatment of the patient, who has been on an investigation stay at TSB for possible common substance use disorder and mental illness. This can contribute and insight into how work is done in the aftercare of patients who has been on an investigation stay, and where there are challenges in implementing measures recommended by the TSB.

Theory: For the interpretation of the results, this study is discussed in the light of integrated treatment and recovery-oriented services. The findings of the study have also been discussed against the part of the patients epicrisis from TSB with recommended measures for further treatment.

Method: Four referrers at DPS were interviewed, using a semi-structured interview and were asked to tell how they experienced the investigation of the patient, how the patient experience the investigation, and what is possible to do of the recommended proposed by TSB. The interviews were recorded digitally and transcribed, and analysing using Malteruds systematic text condensation.

Findings: Three main categories were identified. The epicrisis as a challenge, conditions in the patient that can create challenges and variation in further service offering that can create challenges by implementing recommended measures.

Conclusion: The study can be summarized with three main findings in relation to what is perceived as challenging by referrers at DPS, when recommended measures from TSB is to be implemented. Still more research is needed on this topic to come to a definitive conclusion, but the study may provide an input for further research with more knowledge of where there is potential for improvement in improving patient outcomes from both a therapist and a patient perspective.

Keywords: Dual diagnosis, assessment, challenges, integrated care, recovery-oriented services, DPS, TSB

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Verdens helseorganisasjon ser på psykiske helseproblemer som en av de største folkehelseutfordringene i den europeiske regionen i år 2020 (World Health Organization, 2013, s. 1-2). Veilederen «Sammen om mestring» peker på at det lokale rus- og psykisk helsearbeidet skal være med å bidra slik at flere mennesker kan oppleve flere friske leveår og samtidig redusere de negative konsekvensene av rusbruk og psykiske lidelser. Veilederen peker på at virksomhetene må hele tiden sørge for at tjenestene er gode og forsvarlige og det må hele tiden jobbes med kvalitetsforbedringer (Helsedirektoratet, 2014, s. 8). Helsetilsynets rapport fra 2019 «Det heng dårleg saman» viser at det varierer hvilke tjenester pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser mottar og tilsynet viser at det er mangelfull kartlegging i tjenestene overfor denne pasientgruppen, noe som igjen fører til at pasientene ikke får den oppfølgingen de trenger (Helsetilsynet, 2019a, s. 12-15). Sett ut fra dette vil denne oppgaven omhandle en utredningsenhet innenfor tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) og hvilke utfordringer de som henviser pasientene fra DPS opplever etter endt utredningsopphold, ved videre behandling. Ved å se på hva henviserne ved distriktpspsykiatrisk senter (DPS) opplever som utfordrende ved å iverksette tiltak som TSB utredning anbefaler, vil dette kunne bidra til å gi TSB utredning, noen svar som gjør at de kan tilrettelegge bedre for fremtidige pasientforløp. På denne måten kan denne oppgaven bidra til å frembringe viktig kunnskap inn i et fremtidig utrednings- og behandlingsforløp.

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-retningslinjen), peker på at psykiske lidelser og rusmiddelbruk gjerne forekommer samtidig. Lidelsene vil påvirke hverandre negativt og kan vanskeliggjøre behandlingen. For at pasienten skal få riktig behandling, er det ofte nødvendig å utrede pasienten i spesialisthelsetjenesten. Dette for å klarlegge, synliggjøre og finne ut av hvilke utfordringer og hvilke ressurser pasienten har. I en utredning vil det både fokuseres på diagnoser og kartlegging. Blant annet behandlere ved DPS, fastleger, allmennpraktiserende leger og sosialtjeneste (NAV) kan henviser til TSB (Helsedirektoratet, 2012, s. 44-45).

ROP-retningslinjen peker på viktigheten av å utrede både ruslidelse og psykisk lidelse, da disse lidelsene kan sees på som et samspill mellom biologiske disposisjoner og psykososiale

erfaringer pasienten har. Utredning er viktig for å kartlegge pasientens problemer og ressurser, og utredningen skal også diagnostisere og danne et grunnlag for videre tiltak på en systematisk måte (Helsedirektoratet, 2012, s. 44-45). Helsetilsynet konkluderer i en rapport fra 2019, at rusbruk og psykiske lidelser i for liten grad utredes samtidig og at kartlegging og utredningen er tilfeldig og mangelfull. For pasientene kan dette medføre at lidelser pasienten sliter med, ikke kommer frem og en behandling som ikke er tilpasset og helhetlig. I verste fall kan pasientbehandlingen bli uforsvarlig (Helsetilsynet, 2019b, s. 6-11).

Denne oppgaven er en av tre masteroppgaver tilknyttet et prosjekt ved TSB utredning døgn, der blant annet prosjektets mål var å undersøke hvordan pasientene opplevde utredningen og hvordan de ble fulgt opp etter utredning. Denne oppgaven omhandler utfordringer henviser møter ved iverksettelse av tiltak anbefalt fra TSB utredning. Undersøkelsen har foregått i et samarbeid med enhetsleder ved TSB utredning døgn og professor Anne Signe Landheim og førsteamanuensis Børge Baklien ved Høgskolen Innlandet, Elverum.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Etter en utredning skrives det en epikrise med anbefalinger til hvilke tiltak som bør iverksettes for pasienten. Det er blant annet henvisere som får denne epikrisen og som skal jobbe for at tiltakene som foreslås iverksettes. Vi har lite kunnskap om hva som skjer etter at en pasient har vært til utredning og epikrisen er sendt til henviser. Formålet er derfor å få kunnskap om hva som oppleves som utfordrende når tiltak etter et utredningsopphold skal iverksettes. Kunnskapen vil være viktig for å diskutere om denne delen av et pasientforløp er hensiktsmessig og om det kan være forbedringspotensial.

Problemstilling:

Hvilke utfordringer møter henvisere ved DPS ved iverksettelse av anbefalte tiltak for pasienter som har vært til utredning for mulig samtidig rus- og psykiske lidelser?

Problemstillingen avgrenses til å gjelde utfordringer som henviserne opplever når de får tilbake pasientens epikrise etter gjennomført utredningen. Ved å ha oppmerksomhet på utfordringene, kan vi få opp hva som kan gjøres på en annen måte.

1.3 Oppgavens oppbygging

Videre i oppgavens teoridel gjør jeg rede for integrerte tjenester og recoverybaserte helsetjenester. Deretter følger metodedel hvor jeg tar for meg valg av analysemetode og hvorfor nettopp denne metoden ble valgt. I oppgavens metodedel tar jeg også for meg utvalget av informanter, det kvalitative forskningsintervjuet, transkribering og analyse av innsamlet materiale. Jeg gjør også rede for hvordan min forforståelse påvirker denne studien, og til slutt i metodedelen blir det gjort rede for studiens validitet og hvilke etiske overveielser som er gjort. Etter metodedelen følger en presentasjon av funn fra intervjuer før oppgaven avsluttes med en diskusjon av funn i forhold til teorien.

2 Bakgrunn

2.1 ROP-pasienten

I denne oppgaven vil pasienten videre omtales som pasient og som «han», da alle pasientene i denne studien er menn. En person med ROP-lidelse har minst to lidelser som opptrer samtidig, en ruslidelse og en psykisk lidelse (Evjen, Øiern & Kielland, 2012, s. 24).

Noen psykiske lidelser ser ut til å forekomme oftere når det er snakk om samtidig rus- og psykiske lidelser. Dette er blant annet psykoser, der pasientens tilstand preges av realitetsbrist. Pasienten kan høre stemmer eller oppleve å se ting som ikke er der og han kan være overbevist om at det han opplever er styrt av noe utenfor han selv. Psykoser kan være relatert til skader i hjernen av organisk art som igjen kan skyldes bruk av rusmidler. De kan også være utløst av rusmiddelbruk. Det kan være vanskelig å skille mellom psykose utløst av rusmidler og schizofreni, der symptomene er forholdsvis like ved begge lidelsene. Det har vist seg at pasienter med schizofrenilidelser har et høyere forbruk av rusmidler enn resten av befolkningen (Evjen et al., 2012, s. 41-58).

Bipolare lidelser eller stemningslidelser er en annen type lidelse som sees oftere sammen med ruslidelser. Disse lidelsene viser seg som tydelige endringer i sinnstilstanden med enten at pasienten opplever ulike grader av oppstemthet (mani), der han gjerne overvurderer sine evner og sitt selvbilde. I motsatt fase kan pasienten oppleve ulike grader av nedstemthet (depresjon) og gjerne miste interesse for meningsfulle aktiviteter, bebreider seg selv og selvfølelsen blir gjerne nedsatt. Selvmordstanker og forsøk på selvmord kan inntreffe. Det viser seg at pasienter i denne gruppen også har et høyere forbruk av rusmidler.

Angstlidelser av ulik art, deriblant posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er også lidelser som forbindes med økt rusmiddelbruk. Pasienter med PTSD har opplevd traumatiske hendelser en eller flere ganger i livet og som utgjorde en stor fare eller trussel om fare for dem, og som har utviklet seg til å bli en lidelse. Det har vist seg at blant pasienter som har et alvorlig rusmiddelbruk, er det også høyere forekomst av PTSD (ibid).

Andre lidelser hvor det viser seg at pasienter har et økt rusmiddelbruk er blant pasienter med spiseforstyrrelser og pasienter med ulike typer personlighetsforstyrrelser. Forstyrrelse av kognitiv art viser seg også å kunne føre til utfordringer rundt rusmiddelbruk. Dette kan handle om pasienter som er født med lett nedsatt kognitive ressurser, og som kan være lette å påvirke til rusbruk om de kommer i kontakt med rusmiljøer. Pasienter med spesielle

lærevansker og problemer knyttet til skolegang i barne- og ungdomstiden kan også være utsatt for ruslidelser. Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) er en lidelse som er forbundet til pasientens oppmerksomhet, aktivitetsnivå og impuls kontroll. Det viser seg at ubehandlet ADHD øker risikoen for å utvikle problemer i forhold til rus (Evjen et al., 2012, s. 41-58).

Psykisk lidelse og rusmiddellidelse må sees i sammenheng mellom fenomener av biologisk, genetisk, psykologisk, sosial og kulturell art (Helsedirektoratet, 2014, s. 28-29). Lidelsene kan gi nedsatt levealder, redusert livskvalitet, sykefravær og føre til uførepensjon (Helsedirektoratet, 2014, s. 8). Pasienten kan oppleve seg som behandlingstrengende, men samtidig ikke se på eget rusbruk som problematisk, eller han kan benekte at rusbruken medfører problemer (Mørland & Waal, 2016, s. 66-67). Lossius peker på at disse pasientene gjerne ikke er helt klare for endring og kan preges av motstridende tanker og følelser knyttet opp mot endring av rusatferd eller rusutfordringer. Denne ambivalensen forårsakes av ønsker som er motstridende og som ikke lar seg forene. Dette kan sees på som en motivasjonskonflikt (Lossius, 2012, s. 211). Livssituasjonen til ROP-pasienter kan ofte være preget av blant annet problemer med rusmiddelbruk, bolig, vanskeligheter med arbeid og økonomi og de kan ha vanskeligheter når det gjelder sosial fungering og nettverk. På bakgrunn av nevnte faktorer, vil mange ROP-pasientene ha behov for langvarig og sammensatt oppfølging (Evjen et al., 2012, s. 24-25). Personer med ROP-lidelser faller gjerne mellom flere stoler i behandlingsapparatet, og begge problemområdene sees i for liten grad i sammenheng. Det gjør at de ofte får parallell eller sekvensiell behandling, og ikke integrert behandling og gjerne overlates til selv å ta ansvaret for å oppsøke behandling. På denne måten kan de i verste fall falle ut av behandling og ikke få noen behandling i det hele tatt (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2006, s. 36-38). Det er ofte manglende utredning av rusmiddelbruk hos pasienter som er i behandling hos DPS og det er gjerne manglende utredning av psykiske lidelser ved rustiltak. Utredningen skal ta utgangspunkt i hva pasienten selv mener han har behov for og som de med oppfølgingsansvar skal ivareta. Med mer eller mindre fastsatte fremgangsmåter ved utredningsstedet eller forventninger fra samarbeidspartnere, kan det være fare for at pasientens behov vil kunne fortrenses til fordel for de faste rammene ved utredningsenhetene. Når ROP-pasienten utredes, skal dette foregå i dialog mellom pasient og fagperson, og utredningen skal være preget av gjensidig tillit. Og pasienten må få god informasjon om hva som er hensikten og hva som er nytteverdien av utredningen (Evjen et al., 2012, s. 94-101).

2.2 ROP-retningslinjen/Sammen om mestring

Å ha samtidig rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelser) krever spesielle hensyn sett ut fra et behandlerperspektiv. Får pasientene den riktige behandlingen kan de oppnå både bedring av lidelsene og få økt livskvalitet om utredning og behandling av begge lidelsene blir koordinerte. Til tross for mye fokus på denne pasientgruppen, viste det seg at det var mangelfull utredning, behandling og oppfølging av denne pasientgruppen. I 2012 kom derfor Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP – lidelser (ROP-retningslinjen) (Helsedirektoratet, 2012). Målgruppen for retningslinjen er personer som har lidelser av psykisk art, samtidig som de har et rusbruk og når disse lidelsene er relatert til funksjonssvikt. ROP-retningslinjen er laget ut fra et behov for hvordan ROP-pasienter bør utredes, behandles og hvordan de bør følges opp og på denne måten støtte pasienten til bedring og økt livskvalitet (Helsedirektoratet, 2012, s. 3).

Det er av overordnet betydning at pasienten skal ha reell påvirkning på hvordan tjenestene som angår han, blir utformet. Brukermedvirkning er viktig sett fra både et humanistisk og fra et behandlingsperspektiv, ved at helsetjenestene blir tilrettelagt og på den måten kan pasienten bli i stand til å ta en kontroll over sitt eget liv. Pasienten må få nødvendig informasjon som gjør at han forstår meningen med behandlingen. Det bør utarbeides individuell plan som er et middel for å styrke pasientens brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2012, s. 41).

ROP-retningslinjen definerer utredning som «belyse, synliggjøre og avklare ressurser og problemer på en systematisk måte» (Helsedirektoratet, 2012, s. 44). Utredningen skal være et grunnlag å bygge tiltak og videre behandling ut fra. Både spesialisthelsetjenesten og kommunen har ansvar for å kartlegge og utrede pasienten. Utredningen skal være preget av et gjensidig tillitsforhold mellom pasient og den som utreder. Pasienten må få god informasjon om hvilken hensikt utredningen har og hvilke nytteverdi den har. Pasienten må også få god informasjon om resultatene. Utredningen skal være en del av behandlingstilbudet og skal føre til videre tilbud ute i kommunen og/eller i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2012, s. 44-45).

Utredningsresultatene må tolkes i sammenheng med hvorvidt pasienten bruker rusmidler under utredningen, eller hvorvidt han er abstinens eller har trang til rusmidler. Pasienten må utredes i forhold til hans motivasjon til å foreta endringer. Pasienten kan være ambivalent til å slutte med rusmidler, men likevel ønske å bli frisk fra de psykiske vanskene. Fordi bare små mengder rusmidler, vil for noen pasienter føre til forverring av de psykiske symptomene, er det viktig å kartlegge pasientens rusbruk. Kartleggingen av rusbruken skjer både ved å spørre pasienten, men også gjennom prøvetaking av kroppsvæsker og pustepøver. Pasientens psykiske helse kartlegges gjennom flere typer tester. Det er kjent at personer med rusmiddellidelse ikke tar så godt vare på den fysiske helsen sin, og det er derfor av betydning at denne også blir kartlagt. Dette handler om ernæring, somatiske skadevirkninger etter lang tids rusbruk, infeksjonssykdommer, tannhelse og kartlegging av hvorvidt overdoser har forekommet og vurdere fremtidig fare for dette (Helsedirektoratet, 2012, s. 45-57).

Ved utredning av ROP-pasienter er det også viktig å utrede psykososiale forhold. Dette omfatter pasientens bosituasjon, familie og nettverk, hvordan pasientens økonomisk situasjonen er og om pasienten har jobb eller utdanning. Hvordan kostholdet og ernæring er, utredes. Kriminalitet relatert til de ulike lidelsene må også utredes og resultatet vil ha betydning for behandlingen eller eventuelt straffen. ROP-pasienter skal også utredes for selvmordsrisiko og voldsrisko (ibid).

Mistenkes det at pasienten har en ROP-lidelse, skal han utredes med tanke på diagnose i forhold til både ruslidelse og psykisk lidelse. Dette må gjøres av kvalifisert personale og pasienten bør i størst mulig grad være rusfri under utredningen for å få et mest mulig riktig bilde av pasientens lidelser om det er vanskelig for pasienten å holde seg rusfri under utredning, anbefales det innleggelse i institusjon. Psykiatriske diagnoser blir i dag satt etter kriterier i diagnosesystemet ICD-10. For å finne så riktig diagnose som mulig, finnes det også tilleggsverktøy til bruk for leger og psykologer for å sette rett diagnose for lidelser pasienten har. Av ROP-retningslinjen går det også frem at kunnskapsgrunnlaget når det gjelder anbefalingen av diagnostiske verktøy er begrenset (ibid).

Veilederen «Sammen om mestring», som er en veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, viser til at det først og fremst er kommunen som bør ha ansvar for tjenestene som pasienten er i behov av. Det bør foregå et samarbeid mellom kommunen og

spesialisthelsetjenesten om å styrke det lokale arbeidet med psykisk helse- og rusarbeid. Hovedprinsippet i tjenestene som pasienten er i behov av er at de må være lett tilgjengelige og individuelt tilpasset. Det skal også være tatt høyde for at situasjonene til denne pasientgruppen kan endre seg raskt og det kreves derfor av tjenestene at de er fleksible. Tiltak som blir iverksatt skal være individuelt tilpasset og skal ta utgangspunkt i pasientens egen vei i sin tilfriskning og støtte denne. Utredningspersonellet skal inneha kompetanse til å håndtere de forskjellige utredningsverktøyene og videre foreta utredningen av pasienten. Hele vegen skal utredningen og tjenestene basere seg på tillit og dialog med pasienten. Det utredningen skal omfatte bør være det pasienten selv opplever som sine problemer, hvordan pasienten mestrer dagliglivets aktiviteter og hvilke konsekvenser pasientens problemer har for han selv og for hans pårørende. Det bør undersøkes hvorvidt pasientens atferd vil kunne føre til at pasienten isolerer seg eller i hvor stor grad det kan medføre utstøting. Hvordan pasienten lever, hvordan han passer sin økonomi og eventuelt arbeid og hvordan familieforholdene er bør kartlegges. Hvilke ressurser pasienten har samt hvordan hans sosiale nettverk må også kartlegges (Helsedirektoratet, 2014, s. 48-63).

Både kommune og spesialisthelsetjeneste har ansvar for kartlegging og utredning. Kommunen bør se til at tjenestene de tilbyr, samsvarer med behov av ulik art i forhold til pasientens problemer, grad av alvorlighet og varighet. Forventes pasientens problemer å være milde og kortvarige bør det være kommunene som tar ansvar for tilbud til pasienten. Er pasientproblemer av alvorligere art, kan tjenester fra spesialisthelsetjenesten kobles inn. Vedvarer pasientens problemer over tid og om de blir alvorlige, kan det også være hensiktsmessig at spesialisthelsetjenesten står for diagnostikken (ibid).

2.3 Helsetilsynet og ROP-retningslinjen

Helsetilsynets viser til en samlerapport fra to landsomfattende tilsyn med tjenester for pasienter med mulig samtidig rusproblematikk og psykisk lidelse og inkluderer både spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene. Rapporten fra kommunale tjenester konkluderer med at «det heng dårleg saman» (Helsetilsynet, 2019a) og rapporten fra spesialisthelsetjenesten som konkluderer med at «Et stykke igjen til likeverdige tjenester» (Helsetilsynet, 2019b).

Funn i tilsynene viser at i et stort flertall av kommunene og helseforetakene er det svikt i tjenestene. Tilsynene viser til at det ikke var sørget for kartlegging og utredning av

pasientene. Noe som i verste fall kan føre til at pasientene ikke får tilstrekkelige tjenester slik de skulle hatt og som igjen kan ha følger for deres helse og livssituasjon. Et annet funn fra tilsynene viser at det jevnt over er tilfeldig hva slags tjenestetilbud og hva slags behandling pasientene får. Dette vil føre til at pasientene ikke alltid sikres å få den behandlingen de er i behov av.

2.4 Behandlingstilbud og ansvar for personer med ROP-lidelser

ROP-retningslinjen beskriver ansvarsdelingen mellom kommune, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) overfor pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser. Samtidig er retningslinjen klar på at selv om ansvaret ligger på en instans, så er også andre instanser ansvarlige. Den som pasienten først kommer i kontakt med skal sikre oppfølging av pasienten, dette for å sikre et sammenhengende tilbud (Helsedirektoratet, 2012, s. 74-93).

Kommunene har et viktig ansvar når det gjelder kontaktetablering, kartlegging, oppfølging og behandling av denne pasientgruppen. Kommunene skal blant annet kartlegge funksjonsnivå og vurdere hvilke behov pasienten har når det gjelder praktisk hjelp og støtte til for eksempel bolig, økonomi og dagliglivets aktiviteter. Kommunen skal også kartlegge rusbruk og pasientens behov for helsetjenester. Den skal sørge for at pasienten har bolig, at han blir sosialt og arbeidsrettet aktivisert og følge opp og veilede pasienten i de behovene han har. Kommunen skal også henvise pasienten videre til nødvendig behandling. Samarbeidspartnere for kommunen er legevakt, fastleger, hjemmetjenester, rusrelaterte tjenester i kommune, ansatte i boliger, NAV, politi og kriminalomsorgen (ibid).

Helseforetakenes ansvar når det gjelder ROP-pasienter handler blant annet om at pasientene skal få et tilbud som er samordnet og integrert. Er den psykiske lidelsen alvorlig og ruslidelsen større eller mindre alvorlig, skal pasientene som hovedregel behandles i psykisk helsevern. Er den psykiske lidelsen stabilisert, eller av mindre alvorlig art, kan pasientbehandlingen foregå ved TSB. Det kan også avtales mellom TSB og psykisk helsevern, hvor det er mest hensiktsmessig at pasienten får behandling. Det kreves da at instansen som får ansvaret innehar den riktige kompetansen når det gjelder behandling av pasienten. Pasienter som ikke har så alvorlig psykisk lidelse og tyngre ruslidelse så ligger hovedansvaret hos TSB. Hva pasienten ønsker skal også vektlegges. (ibid).

Veilederen «Sammen om mestring» peker på at ansvarsfordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten vil variere. Ansvarsdelingen må også tilpasses de lokale forholdene der hvor pasienten befinner seg og det må være enighet fra alle parter hvem som har ansvar for hva. Distriktpspsykiatrisk senter (DPS) er en del av spesialisthelsetjenesten og er samtidig i samhandling med kommunehelsetjenesten. DPS sitt hovedansvar er allmennpsykiatriske oppgaver, men DPS har også desentralisert ansvar i TSB. Sammen om mestring peker på viktigheten av at pasientforløp tilpasses lokal organisering, ut fra hvor pasienten befinner seg til daglig (Helsedirektoratet, 2014, s. 103).

2.5 Enhet for utredning (TSB)

Utgangspunktet for denne studien er Enhet for utredning (TSB) avdeling Sanderud. Denne avdelingen er en døgnenhet med seks pasientplasser og avdelingen tilbyr tverrfaglig spesialisert utredning for pasienter med spørsmål om rusavhengighet og psykiske helseutfordringer. Innleggelsestiden er seks til åtte uker. Avdeling har et behandlingsansvar som er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven (HF Sykehuset Innlandet) og er en del av pakkeforløpet som ble iverksatt 01.01.2019 (Helsedirektoratet, 2019). Utredningens mål er å gjennomføre en kvalitativ utredning til pasienter som mistenkes å inneha samtidig ruslidelse og psykisk lidelser og hvor utredningen ikke lar seg gjøre poliklinisk. Målet er å utrede pasientens psykisk helse, rusbruk og den fysiske helsen. Utredningen skal også «belyse, synliggjøre og avklare ressurser og problemområder på en systematisk og strukturert måte» (HF Sykehuset Innlandet). Enheten er bemannet med tverrfaglig høgskoleutdannet personell, psykologer og har lege/psykiater tilknyttet posten og posten tar imot pasienter fra hele Helse Sør-Øst (HF Sykehuset Innlandet).

Tilbudet utredningsposten gir består blant annet av samtaler, forskjellige kartleggingsverktøy, diagnostiske intervju, tester, komparentopplysninger og miljøobservasjoner. For å sikre et tverrfaglig og systematisk samarbeid, brukes en behandlingsplan som er tilpasset den enkelte pasienten. Gjennom hele innleggelsen er pasienten deltakende i utredningsarbeidet. Til slutt følger en konklusjon for vegen videre med anbefalinger for videre tiltak og behandling etter utskrivelse fra utredningen. Utredningen samarbeider tett med henvisere og pasientens hjemkommune under utredningsoppholdet (HF Sykehuset Innlandet).

Pasientene som er en del av denne studien har alle vært innlagt på tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) utredningsenheten, ved Sykehuset Innlandet, Sanderud. Etter endt utredning har alle pasientene i denne studien blitt videre henvist tilbake til DPS poliklinikk, fra der de ble henvist, ved det DPS der de naturlig hører til i forhold til hvor de bor og er registrert med sin hjemmeadresse. Etter utredningens avslutning blir det sendt ut epikriser til blant annet henviser og pasienten selv om han ønsker det.

2.6 Epikrisene

Epikrise slik det menes i denne oppgaven, henvises til Helsepersonelloven §45a, der epikrise omtales som et «...sammendrag av tilgjengelige journalopplysninger i tilknytning til undersøkelse eller behandling av en pasient som er nødvendige for videre behandling eller oppfølging av pasienten innenfor helse- og omsorgstjenesten...» (Omsorgsdepartementet, 2019). Således er målsettingen med epikrisene et verktøy med forslag til videre behandling etter pasienten er ferdig utredet for rus- og psykiske helseutfordringer. Mottakere av epikrisen kan være pasienten selv, henviser, fastlege, NAV og kommunalt team. For at epikrisen skal kunne sendes ut, må pasientene samtykke dette. Epikrisenes innhold gjennomgås med pasienten før utskrivelse og før han reiser hjem fra utredningen og den sendes til blant annet henviser. Og den sendes til henvisere som har henvist pasienten til utredning, samt at den skal sendes til det helsepersonellet som er i behov av den for å ivareta og sikre en forsvarlig behandling (ibid).

Epikrisen inneholder diagnostiske vurderinger og diagnoser satt ut fra hva som har kommet frem under utredningsarbeidet. Utredningsarbeidet slik det kommer frem i epikrisen, består av hensiktsmessige utrednings- og kartleggingsverktøy tilpasset hver enkelt pasient. Epikrisen er bygget opp av tre deler, en del der resultater fra tester foreligger, den andre delen omhandler somatiske undersøkelser og pasientens somatiske tilstand. Den tredje og siste delen er en miljørapport der det fremkommer anamnese i forhold til pasientens forhistorie rundt familie, barndom, skolegang, rusbruk, sykehistorie, hvilke interesser pasienten har og hvilke verdier og håp for fremtiden han har. Den siste delen inneholder også en nettverkskartlegging og en rapport for hvordan miljøpersonalet i utredningsposten oppfatter pasienten i miljøet, hvilke ADL-ferdigheter han viser og hvordan han samhandler med medpasienter i utredningsposten. Epikrisens lengde kan være mellom cirka 20 – 30 sider.

2.7 Forskningslitteratur

I denne kvalitative studien hvor utfordringer rundt den videre behandlingen for pasienter som har vært inne til et utredningsopphold for mulig samtidig rus- og psykisk lidelse undersøkes, blir anbefalte tiltak fra TSB utredningen et sentralt tema. Verdens helseorganisasjon (WHO) konkluderer med en sterk sammenheng mellom psykiske lidelser og avhengighetsproblematikk, dette er mer som en regel enn det er et unntak. Og videre hevder de via forskning, integrert behandling vet man for lite om til at det kan konkluderes med at dette alltid er den rette behandling for samtidig psykiske lidelser og avhengighetsproblematikk. WHO sier at det likevel er faktorer som peker mot at koordinerte tjenester bør forekomme i behandling av pasienter med disse samtidige lidelsene. Tilgjengelig forskning heller mot integrert behandling som kan redusere symptomer når symptomene på psykiske lidelser og avhengighet behandles samtidig. WHO konkluderer med nødvendigheten av mer forskning på utvikling av nye integrerte behandlingsmetoder for samtidig psykiske lidelser og avhengighetsproblematikk (C. World Health Organization, 2019, s. 5). Karlsson og Borg hevder også at kunnskapsgrunnlag i Norge innenfor rusfeltet, fortsatt er i behov av forskning på hvilke behandlingsmetoder som er effektive og virksomme (Karlsson & Borg, 2018, s. 110).

Kathryn Mchugh (2015) sier i sin studie av angst og rusavhengighet, samtidig forekomst av disse lidelsene er assosiert med symptomer som har en større alvorlighetsgrad, høyere funksjonsnedsettelse og dårligere sykdomsforløp enn om den ene lidelsen opptrådte. Mchugh (2015) lister opp en rekke behandlingsutfordringer som dukker opp rundt denne pasientgruppen etter hvert som fokuset og forskningen rundt disse pasientene utvikler seg. For det første så kan symptomene på angsten komme fra rusmiddelet. Samtidig kan angsten hindre pasienten å avstå fra rusmiddelet, da pasientene gjerne hevder at de bruker rusmidlene for å dempe angsten. Rusbruk blir gjerne da en form for selvmedisinering for å håndtere angsten. Mchugh konkluderer med funn i forskning som klart viser til behandling av den ene lidelsen ikke gir bedring av den andre lidelsen når det gjelder angst og rusmiddelavhengighet. Når kun den ene lidelsen behandles oppstår det fare for ytterligere funksjonshemning og lidelse. Hun konkluderer videre med behov for mer forskning på hvordan disse lidelsene skal behandles til det beste for pasientene (McHugh, 2015, s. 17).

Personer med en utfordrende rusbruk og som i tillegg kan ha psykiske lidelser, kan også ha nedsatt kognitiv funksjon. Disse personene kan ha problemer med å huske informasjon de får i terapitimen (Anstorp & Benum, 2014, s. 143). Det vises til forskning som hevder at de som bruker cannabis også har økt forekomst av depresjon. Enkelte studier peker derimot på angst som et resultat av cannabisbruk, mens andre studier hevder cannabis brukes for å døyve angst. Det snakkes om rusbruk som en form for selvmedisinering (Bramness & Bretteville-Jensen, 2019, s. 103). Studier gjort i forhold til ungdommer i USA antyder at regelmessig bruk av cannabis og alkohol i ungdomstiden fører til varige forandringer i hjernen.

Forandringene i hjernen er forbundet med endringer i oppmerksomhet, hukommelse, beslutninger og motivasjon. Regelmessig bruk i ungdomstiden er også forbundet til redusert IQ, dårlige prestasjoner på skolen, økt fravær og frafall fra skolen samt selvmordsforsøk. Sett i lys av endringene cannabis og alkohol kan ha ungdommers utvikling av hjernen, vil denne forskningen kunne hjelpe blant annet terapeuter og hjelpere i arbeidet med å hjelpe disse pasientene (Meruelo, Castro, Cota & Tapert, 2017, s. 48-49). Andre studier viser også til kognitive endringer som følge av cannabisbruk. Det konkluderes med en varig nedsettelse av IQ på 8-10 poeng når det brukes cannabis regelmessig i ung alder (Bramness & Bretteville-Jensen, 2019, s. 104). Studie foretatt av pasienter som sliter med ambivalens rundt behandling peker på at ambivalens kan være et tegn på innsikt og at det ikke nødvendigvis er ambivalens mot endringer det handler om. Studien peker på at det like gjerne kan dreie seg om ambivalens knyttet opp mot behandlingsmetoden (Urmanche, Oliveira, Gonçalves, Eubanks & Muran, 2019).

Selv om det foreligger mange styringsdokumenter i form av veiledere og retningslinjer, viser det seg at tjenestene til blant annet ROP-pasientene fortsatt er utilfredsstillende. Erlend Vik (2008) har gjort en studie om samhandling mellom profesjonene etter iverksettelsen av samhandlingsreformen. Vik peker i sin studie på at mange av utfordringene ligger i manglende møteplasser, mange forskjellige lokale retningslinjer og manglende kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse. Han konkluderer også med at det er et manglende fokus på helhet (Vik, 2018, s. 134-136). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction konkluderer med de viktigste barrierene for behandling av personer med samtidig rus- og psykiske lidelser er behandlinger som separeres i de fleste land i Europa. Det pekes også på manglende kompetanse til å behandle begge lidelsene samtidig, manglende behandlingsmetoder, forskrifter og også økonomiske ressurser (Torrens, Mestre-Pintó & Domingo-Salvany, 2015, s. 70).

Etter utskrivelse fra utredning eller behandling skal det sendes epikrise til det helsepersonellet som trenger opplysningene for videre behandling av pasienten. I sin studie om «Den gode epikrise» peker Hall, Bjørner, Martinsen, Stavem og Weberg (2007) på det de beskriver som en god epikrise. En viktig faktor handler om hvordan epikrisen utformes og hva som skal stå i den. En annen faktor handler om at epikrisen bør skrives slik at også pasienten kan lese den og forstå hva som står der. Vurdering og konklusjon er sentrale tema, og som vil ha betydning for den videre oppfølgingen og det er derfor viktig at disse to punktene fremstår klare og forståelige slik at mottakeren forstår hvordan man har tenkt under behandlingen på sykehuset. Det pekes også på i studien at epikrisen skal være kort og konsis. Dette minsker risikoen for at opplysninger som ikke er så viktig vil komme til å forstyrre leseren i forhold til hva som er viktig (Hall, Bjørner, Martinsen, Stavem & Weberg, 2007).

En finsk studie som omhandler barrierer for behandling av personer med samtidig rus og psykiske lidelser, peker på flere faktorer av betydning for arbeid i dette feltet. Studien viser til at pasienter i denne pasientgruppen ofte faller mellom behandlingssystemene og personalet har gjerne forskjellig syn på hvordan pasientene skal behandles. Pasientene blir gjerne sett på som noen andre sitt problem. Studien peker på at hovedbarrierene for behandling av pasienter i denne pasientgruppen viser seg å ha opphav i forskjellig forståelse av situasjonen for hver enkelt pasient og hvilke mål som skal settes for han. Dette står i motsetning til de faktiske mulighetene tjenestene har for å følge opp disse målene. Barrierene for behandling kan være både av klinisk og av administrativ art. Barrierene av klinisk art som kommer frem i studien handler blant annet om at pasienten mangler motivasjon, han kjenner seg ikke syk eller han har andre behov enn det tjenestene kan tilby. En annen barriere er at pasienter ofte ikke møter opp til avtaler, ofte er de impulsive og ofte er de uenig i foreslåtte behandlingsforslag. Pasientene har selv gjerne ingen mål, eller de kan ha andre mål enn det som er satt av helsetjenestene. En barriere knyttet til personale handlet om at de opplevde at de manglet kompetanse for å håndtere og behandle denne pasientgruppen på best mulig måte. Ansatte opplevde også usikkerhet i forhold til stadig omorganisering av tjenestene. Det viste seg også i studien at det kom an på hva den enkelte pleier prioriterte av oppgaver og på den måten ble det tilfeldig hva pasienten fikk av tjenester. Når det gjelder funn av barrierer av administrativ art, viser disse at det er forskjellige mål for pasientene i de forskjellige tjenestene. Det ble etterlyst av informanter i studien, at det måtte ligge en gjensidig forståelse mellom tjenestene. Det ble også pekt på en manglende koordinering mellom tjenestene, som et hinder for å tilrettelegge for et helhetlig

tilbud av god kvalitet overfor pasientene. Manglende tilgang til opplysninger mellom tjenestene ble også sett på som en barriere for behandlingen og informanter viste til at denne pasientgruppen ofte har behov for hjelp på andre områder, enn bare det faglige som omfatter helseutfordringene. Et annet område hvor det opplevdes utfordrende var at det ikke var mulig å alltid tilby hjelp når pasientene trengte det. Selv om tjenestene skal være helhetlig og basert på kontinuitet, trenger gjerne denne pasientgruppen hjelp når som helst på døgnet og både hverdager og helger. En annen barriere det ble pekt på var knapphet på ressurser i form av personale, samt at de med mest kompetanse innenfor denne pasientgruppen, ikke var tilgjengelig når det var behov (Sorsa, Greacen, Lehto & Åstedt-Kurki, 2017).

I en systematisk kunnskapssammenstilling foretatt av Borg, Karlsson og Stenhammer (2013) viser at recoveryorienterte praksiser er svært mangfoldig. De konkluderer med at det finnes ingen standarder som er felles for praksisene, de er forskjellige både med tanke på hvordan de er utformet og hva de inneholder. Kunnskapssammenstillingen viser at det er ulike syn for hvordan recoverybegrepet defineres og hva som sees på som evident kunnskap. I flere studier diskuteres det hva som skal forene evidensbasert praksis sammen med recovery. Å jobbe recoveryorientert handler også om hva som blir vedtatt politisk og kunnskapssammenstillingen viser at fagfolk ofte kan ha et todelt forhold til implementering og til endring av egen praksis. Det viser seg også at der det er foretatt endringer og innført recoveryorienterte tjenester som har lyktes så har arbeidet tatt utgangspunkt i et nedenfra og opp perspektiv, det har hele tiden vært et samarbeid mellom pasient, ansatt, pårørende og forsker fra dag en. Kunnskapssammenstillingen peker på at å gå over til et recoveryperspektiv på tjenestene, så fordrer dette et paradigmeskifte, fra å se psykiske problemer i et patologisk perspektiv, til å innta en forståelse for at mennesket med psykiske lidelser kan bli bedre. Modeller i forhold til blant annet behandling og kartlegging problematiseres da disse modellene måler endringer gjennom eksterne kriterier. Målene for tjenestene defineres av andre enn pasienten og de er gjerne inspirert av den biomedisinske tradisjonen og det er gjerne tjenestene sine ideer som definerer hva som er det riktige resultat for pasienten og ikke pasienten selv (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s. 39-41).

3 Teori

Den teoretisk referanserammen som legges til grunn for materialet vårt, kan sies å være brillene som leseren leser materialet vårt og forstår funnene våre ut fra. Det er viktig å redegjøre for referanserammen som materialet forstås ut fra, for på denne måten å kunne forstå hvorfor akkurat funnene som blir presentert i oppgaven fremstår som viktige (Malterud, 2017, s. 47) Integrert behandling er en del av den teoretiske referanseramme i denne studien, da ROP-retningslinjen er klar på at samtidig rusproblematikk og psykiske lidelser, skal behandles integrert og samtidig (Helsedirektoratet, 2012, s. 60).

Recoveryorienterte tjenester, er også en del av den teoretiske referanserammen, da dette er tjenester hvor fokuset ligger på pasienten som ekspert på egen helse og er den som skal sitte i førersetet i eget liv (Slade, 2017, s. 6-7).

3.1 Integrert behandling

ROP-retningslinjen viser til at studier der pasientene får behandling for begge lidelsene samtidig, er behandlingen mer effektiv enn å behandle lidelsene hver for seg. Integrert behandling skal favne om alle tiltak og prosesser pasienten er i behov av.

Behandlingsenhetene samordner sine tjenester slik at de blir oversiktlig for pasienten. Det er også av stor betydning at alle som er berørt i den integrerte behandlingen tar beslutninger i fellesskap. Det viktigste med integrerte tjenester er at den oppleves helhetlig av pasienten (Helsedirektoratet, 2012, s. 60).

Med en integrert behandling er tanken at mange av ulempene en tradisjonell tilnærming ruslidelser og psykiske lidelser har, skal kunne elimineres. Tradisjonell behandling av ruslidelser og psykiske lidelser har gjerne vært behandlet hver for seg i parallell og sekvensiell behandling. I parallell behandling er ikke behandlingsopplegget samordnet, det preges av at behandlere ikke kommuniserer, det er ulike og uforenlige behandlingsfilosofier mellom behandlere, ingen av behandlerne tar riktig ansvar for pasienten og behandlere mangler gjerne et felles språk og felles behandlingsmåte for å nevne noe. I sekvensiell behandling er det gjerne uenighet om hvilken lidelse som skal behandles først og hvorvidt denne er tilfredsstillende behandlet til at behandling av den andre lidelsen kan startes. Ubehandlet vil en lidelse kunne forverre den andre. Pasienten henvises ikke til videre behandling. Ved integrert behandling vil feilvurderinger av organisasjonsmessige og

administrativ art, vil kunne elimineres siden behandlingen tas av et og samme behandlingsteam. Kliniske problemer unngås også, siden begge lidelsene sees under ett og behandles deretter. Konflikter av psykologisk art vil også kunne reduseres fordi alle må jobbe side om side til det beste for pasienten, og på denne måten vil dette fremkalle dette gradvise kompromisser og utvikling av felles oppfatning og behandlingstilnærming (Mueser et al., 2006, s. 36-52).

Noe av det mest sentrale i integrerte tjenester er en felles beslutningstaking mellom alle som er berørte i behandlingen av pasienten. Filosofien i integrert behandling er at pasientens interesser, evne til å håndtere egne lidelser, livskvalitet, samfunnsintegrering, rehabilitering og tilfriskning skal vektlegges. Familiens betydning overfor pasientene skal også vektlegges, siden de som regel er omsorgspersoner overfor pasientene og opplever negativt stress rundt pasientens lidelser. Ved å redusere stress hos familiemedlemmer sikres det fortsatt støtte og engasjement overfor pasienten. Dette krever også at pårørende blir involvert og får vite så mye som mulig om sykdom og behandling, og på denne måten kan de bli effektive bidragsyttere i prosessen rundt behandling. Målet er at pasienten selv blir i stand til å håndtere utfordringene sine og bruke familien som støtte og de profesjonelle hjelperne for de spesielle problemene. Tanken bak en felles beslutningstaking er at mer kunnskap, økt tro på at pasienten kan håndtere sin lidelse, flere valgmuligheter og en større tilfredshet med behandlingen vil kunne føre til et bedre behandlingsresultat. Dette vil i sin tur igjen føre til mindre symptomer, bedre fungering sosialt og yrkesmessig og det vil føre til en bedre livskvalitet. En integrert behandling består også av noen andre sentrale punkter utenom en felles beslutningstaking (ibid).

Det handler om integrerte tjenester, der de samme behandlere i den samme organisasjonen skal behandle begge lidelsene samtidig. Vurderinger rundt behandlingen som skal gjøres, planlegging av hvordan behandlingen skal foregå og kriseplanlegging om ting går galt, skal også være en del av den integrerte behandlingen. Dette for å sikre en effektiv behandling av begge lidelsene. Det handler også om å drive aktiv oppsøkende virksomhet, der behandlere oppsøker pasientene for å tilby behandling. Et annet punkt er allsidighet, der behandler tilbyr hjelp og støtte rundt boligsituasjon, jobbrelatert støtte, støtte til å håndtere den psykiske lidelsen og ivaretagelse av nettverk og pårørende. Reduksjon av negative konsekvenser er også et punkt i integrert behandling. Integrert behandling kan være virksomt om pasienten mangler motivasjon til endring, og når rusbruk fortsatt er en trussel for hans fysiske og psykiske helse. Pasienten kan med sitt rusbruk påføre seg reduserte kognitive evner i forhold

til å se og forstå hvordan et fortsatt rusbruk ødelegger hans helse. Det må også tenkes behandling i et langsiktig perspektiv. Dette perspektivet bør være uten tidsramme, da pasienter kan oppnå god bedring om de er i et integrert behandling på ubestemt tid (ibid).

Integrert behandling handler også om å jobbe motivasjonsbasert (Mueser et al., 2006, s. 36-52). Her tenker man at tilbudet om behandling skal rettes mot pasientens motivasjon, og pasientens egne ønsker om å endre seg. Pasientens motivasjon kan deles inn i stadier etter hvor pasienten befinner seg i sin tilfriskning. Det første stadiet handler om engasjement med mål om å etablere en allianse med pasienten. Det andre stadiet er en fase med overtalelse, hvor målet er at pasienten utvikler bevissthet om at rusbruken hans er problematisk og øke pasientens motivasjon til å foreta endring. Her dreier det seg om å hjelpe pasienten til å få innsikt, oppnå håp, mot og ønsker om en endring, og ikke om å tvinge pasienten til å slutte å bruke rusmidler. Det tredje stadiet handler om aktiv behandling, der målet er å hjelpe pasienten til en redusert bruk av rusmidler eller oppnå rusfrihet om dette er målet. Den siste fasen i en motivasjonsbasert behandling er en opprettholdelse av bevisstheten om at tilbakefall kan skje, og på dette stadiet jobbe mer med tilfriskningsprosessen på andre områder der pasienten trenger assistanse. Det er viktig i motivasjonsarbeidet å unngå konflikter som kan virke ødeleggende på behandlingen, men i stedet ha fokus på samarbeid for å få best mulig behandlingsresultat (ibid).

Fordelen med integrert behandling handler om tilgangen til forskjellige metoder som kan tilbys pasienten i tilfriskningsprosessen. Dette kan være former for individuell terapi, gruppeterapi eller familierapi som sees på som nyttige. Hva som velges av behandlingsalternativer, kommer an på hvilke mål som er bestemt og hvor engasjert pasienten er i sin behandling (ibid).

Tanken bak nevnte punkter er at totalt sett så skal alle komponentene til sammen gi en effektiv behandling av pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse. Det er viktig at alle punkter tas hensyn til og blir ivaretatt av behandlingsteamet. Hvis ikke vil dette på sikt kunne undergrave det totale behandlingsresultatet. Hvis fokuset på bolig, jobb eller rusbruk blir skjøvet til side, vil dette kunne føre til at det blir vanskelig for pasienten å oppnå økt livskvalitet og på denne måten falle tilbake til et liv med økt rusbruk. Risikoen ved å ikke motta en integrert behandling er at pasienten får en behandling fra en behandler og en annen fra en annen behandler og disse behandlingene kan være uforenlige eller inkonsekvente. Er

ikke behandlere pågående eller oppsøkende kan det ende med en uengasjert pasient som faller tilbake til rusbruk og en negativ utvikling i forhold til behandlingen. Mangler fokuset på å eliminere negative holdninger, kan dette også føre pasienten inn i en negativ utvikling. Er ikke behandlingsperspektivet langsiktig, risikerer man at behandlingen avbrytes for tidlig og at pasienten igjen står i fare for å falle tilbake til et liv med rus. Mangler det fokus på å motivere pasienten kan dette føre til en ineffektiv behandling hvis behandlingsteamet forsøker å endre pasientens atferd før han er riktig motivert til selv å ta tak i sine utfordringer og problemer. Mangler det variasjon i behandlingen kan dette være med på å begrense fleksibiliteten og på den måten muligheten til å benytte flere forskjellige tilnærminger for å få pasienten til å innse hvordan rusbruket virker negativt inn på livet han lever og på den måten være med på å redusere pasientens rusbruk. Dette betyr at alle punktene nevnt over virker sammen, og står for både organisering av tjenestene, fokus, filosofi og spesifikke tilpassede behandlingsmetoder. For å oppnå et optimalt behandlingsresultat, kreves det organisering og tilstrekkelige ressurser. Det kreves også kvalitetssikring og et bredt utvalg av tiltak pasienten kan velge mellom for å få til en integrert behandling (ibid).

Som tidligere nevnt, har pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser økt risiko for å bli utsatt for kriser. Det er derfor viktig at det utarbeides kriseplaner til bruk om kriser oppstår. Krisene kan være av ulik art som for eksempel endring i boligsituasjon, situasjoner med politiet, psykiske problemer eller tilbakefall til rus. Planen skal inneholde tiltak som skal iverksettes og hvem som skal kontaktes om en krisesituasjon oppstår (Mueser et al., 2006, s. 40). ROP-retningslinjen peker på at kommunen og NAV bør samarbeide om at pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser, skal få et samordnet og integrert oppfølgingstilbud i kommunen sin (Helsedirektoratet, 2012, s. 92).

3.2 Recoveryorienterte helsetjenester

Å jobbe recoveryorientert betyr at de ansatte i psykisk helsetjeneste skal hjelpe og støtte pasienten i hans valg, og hvordan det skal jobbes, blir på denne måten forskjellig og individuelt tilpasset fra pasient til pasient. Det skilles mellom en klinisk og en personlig recovery. Klinisk recovery handler blant annet om å fjerne symptomer og gjenvinne de sosiale funksjonene. En personlig recovery handler om å bli i stand til å leve et liv fylt med

håp og en meningsfull hverdag til tross for hindringer pasienten opplever i livet sitt (Slade, 2017, s. 10-12).

Slade (2017) peker på at en recoveryorientert måte å arbeide på starter med å reflektere over verdier. Verdiene skal gjøres synlige, innlemmes og de skal fremstå som levende i praksis og ikke bare fremstå som ord på et papir. Verdiene som er foreslått som styrende for praksis, handler om at mennesker som har utfordringer med psykiske lidelser og ruslidelser, skal sees på som mennesker med de samme rettigheter, roller og ansvar som andre mennesker i samfunnet. Tjenestene skal handle om å støtte personen i å nå sitt mål. Når personen er ansvarlig for sitt eget liv, betyr dette også at hjelpeapparatet ikke skal tvinge gjennom overbevisninger og tanker om hva som er av betydning for denne personen. Hjelpeapparatet skal i stedet sette søkelys på hvilket mål personen har i livet sitt. Et recoveryorientert hjelpeapparat har genuin tro på personen og hans inneboende potensiale. Samtidig har hjelperen tro på sine faglige kunnskaper og at disse kan hjelpe personen om verdiene får stå i sentrum (Slade, 2017, s. 24-26). Slade (2011) hevder at kunnskapen om hva som skal til i tilfriskningsprosessen kommer fra den som opplever sykdom og utfordringer og ikke fra profesjonelle psykisk helsearbeidere (Thornicroft, Szmukler, Mueser & Drake, 2011, s. 27).

Karlsson og Borg (2018) peker på at prinsippene for recoveryorientert psykisk helsetjeneste er dialog og handling sammen med personen de skal hjelpe. Personen som skal hjelpes, settes i sentrum, og utgangspunktet for tjenestene skal være hva personen ønsker, hvilke erfaringer og ressurser han har. Dialog skal være fremtredende, og det skal tas utgangspunkt i nettverk, det sosiale miljøet og pasientens levekår. Videre skal hjelperen være lydhør og anerkjennende overfor pasientens egne meninger og mål (Karlsson & Borg, 2018, s. 80-82).

Valgmulighetene personen har skal være reelle. Pasienten skal støttes gjennom informasjon om valg og han skal ha muligheter til å utvide sine ressurser under trygge rammer. Verdighet og respekt er et sentralt punkt. Personen skal bli møtt av hjelperen med et språk han forstår og hjelperen skal være lyttende, ærlig og oppriktig. Hjelperen skal vise mot og være på vakt overfor diskriminerende væremåter, holdninger og handlinger i avdelingen og ute i samfunnet. Hjelperen må også ha kunnskap og forståelse for hvordan personens ytre omgivelser kan være et hinder for hans recovery. Hjelperen skal også ha fokus på holdninger som er barrierer for recovery. Videre skal hjelperen ha kunnskaper om at recovery foregår i pasienten sin hverdag, at psykiske problemer ofte henger sammen med levekår og

livshendelser. Det er også viktig at hjelperen har kunnskap om hvordan omgivelser rundt pasienten, kan være et hinder for hans recovery (Slade, 2017, s. 28-56).

I en recoveryorientert praksis vil kartleggingen eller utredningen starte med utgangspunkt i pasientens søken etter mening og forståelse med det han opplever. Det vil si at fokuset på kartleggingen eller utredningen bør ligge på å jobbe sammen med pasienten for å finne svar og mening. Pasienten skal holdes i fokus, fremfor å fokusere på utfordringene slik behandlere forstår helseproblemene. Det handler om å sammen med pasienten, skape en forståelse for hans tidligere erfaringer og erfaringer som oppleves nå. For å se at andre også har opplevd noe av det samme, kan diagnose være nyttig for pasienten. Å få en diagnose kan også føre til en forventning fra pasienten om at har det fremkommet en diagnose, så forventer pasienten at problemet også blir løst av helsepersonell. Dette kan forhindre pasienten å komme inn i en recoveryprosess. Det er også viktig i en kartleggingsprosess å utrede og identifisere pasientens sterke sider, hvilke verdier han har, hva slags mestringsstrategier han bruker, hvilke drømmer, håp og mål han har for fremtiden. Deretter er det viktig for hjelpepersonellet og ikke stå i vegen for drømmer og mål som pasienten har, men i stedet utvikle en relasjon som styrker pasientens innsats for sin tilfriskning og sin recovery. Kartleggingen skal videre brukes til å skape en positiv identitet og skape håp om at recovery kan skje. Det handler også om recoverymål og behandlingsmål. Målet for recovery er det som pasienten håper og drømmer om. Behandlingsmål og tiltak er samtidig nødvendig og handler om å ivareta samfunnskrav og faglige forpliktelser, og er en del av grunnlaget for å drive forsvarlig praksis. Behandlingsmål handler om å redusere virkningen av pasientens helseutfordringer og samtidig unngå tilbakefall og sykehusinnleggelse (ibid).

Det å vektlegge recoveryorienterte helsetjenester handler også om å gi fra seg makt til pasienten, empowerment. Det handler om å støtte pasienten til å finne igjen sin egen kraft, og dette gjøres ved å tilby pasienten behandlinger og intervensjoner som fremmer dette. Hjelperen skal jobbe sammen med pasienten og ikke jobbe for han og på denne måten får hjelperen pasienten til å oppleve at han er en aktør i sitt eget liv. Med andre ord så skal pasienten hjelpes på veg til å ta hånd om sitt eget liv. I en recoveryorientert helsetjeneste fokuseres det på hvordan hjelpe pasienten til selv å ønske å endre atferd, fremfor å forsøke å stanse pasientens skadelige atferd. Pasienten skal selv være en del av løsningen på sine utfordringer. Hjelperen må også være observant på at motstand mot endring fra pasienten er normalt, ettersom recovery skjer i stadier. Recoveryorienterte helsetjenester som fremmer

empowerment kan like gjerne handle om åndelig eller kulturell støtte, eller som støtte til psykisk helsebehandling (Slade, 2017, s. 28-56).

Utforsking av ambivalens er også en del recoveryorienterte helsetjenester. Det er viktig å holde fokuset i forhold til pasienten på hvorfor han vil endre seg, i stedet for hvordan han vil endre seg. Når pasienten skal ta ansvar for sitt eget liv vil dette også kunne medføre en viss risiko for ulovlig eller ikke sosialt akseptert atferd. Dette kan for eksempel være av kriminell art, uansvarlighet, selvskading eller tilbakefall i forhold til psykiske helseutfordringer. Et av behandlingsmålene for recovery kan derfor være å unngå skadelig risiko. Her er det viktig at behandler er seg bevisst på at for stort fokus på å unngå skadelig risiko, faktisk kan føre til nedsatt evne hos pasienten til å ta ansvar for egne handlinger. Recoveryorienterte tjenester omhandler også positiv risiko. Behandler støtter pasienten i å våge å gjøre nye ting han ikke behersker helt. Selv om forsøkene ender galt, er tanken at pasienten vil kunne utvikle motstandskraft og på den måten vil dette kunne bidra til å oppfylle mange mål i sin recovery (Slade, 2017, s. 43-45). Bramness (2018) sier at alle kan nå målene sine, men det gjelder å finne sin egen veg (Bramness, 2018, s. 129-132).

4 Metode

I dette kapittelet redegjøres jeg for valg av studiens design som er benyttet for å svare på problemstillingen. Videre følger en redegjørelse for konteksten og utvalget i studien, hvordan datainnsamlingen har foregått og hvilke analysemetode som er benyttet for å analysere innhentede data. Til slutt følger betraktninger rundt det etiske i studien og en metodediskusjon.

4.1 Valg av design

Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke utfordringer henvisere ved DPS møter ved iverksettelse av anbefalte tiltak fra TSB utredningen, hos pasientene de har henvist til utredning for mulig samtidig rus- og psykiske lidelser. Studien har et beskrivende design og vil belyse utfordringene henviserne opplever. Ved å bruke en kvalitativ metode i denne studien, vil henvisernes erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger, tre frem for meg som forsker.

4.2 Utvalg

De som ble valgt ut til å delta i denne studien var henvisere ved DPS poliklinikk, som hadde henvist pasienter til Enhet for utredning TSB i Sykehuset Innlandet Sanderud, for mulig samtidig rus- og psykiske lidelser. Disse ble valgt med tanke på at de hadde pasienten i behandling og at de ville fortsette behandlingen av pasienten etter at han var utskrevet og ferdig utredet. På denne måten ville man kunne få et bilde av forløpet i forhold til videre behandling av pasienten etter utredningen. Henviserne som deltok ble valgt ut på grunnlag av at de hadde henvist pasienter til utredning og at pasientene hadde samtykket til å delta i studien, samt at pasientene hadde samtykket i innsyn i epikrisen etter endt utredning. Henviserne som deltok var alle kvinner. Alle pasientene med tilknytning til denne studien, ble henvist tilbake til DPS, der de opprinnelig var henvist fra.

Henviserne ble rekruttert fra rusmiddelavdelingen ved at fire pasienter ga samtykke til at deres epikrise kunne benyttes. Utredningsenheten så det mest hensiktsmessig at jeg selv ringte henviserne som hadde henvist pasienter som var innlagt ved utredningsenheten. På dette grunnlag tok jeg selv kontakt med henviserne med forespørsel om de ønsket å delta i studien. Alle de fire som ble spurt svarte ja. De fire henviserne som deltok i intervjuene,

hadde tidligere henvist pasienter de hadde et behandleransvar overfor, til utredning ved TSB utredning ved Sykehuset Innlandet, Sanderud. Informantene var alle ansatte ved distriktpsikiatrisk senter (DPS), ved to forskjellige tettsteder på Østlandet. En av informantene hadde bakgrunn i vernepleie, en hadde bakgrunn i medisin og to av informantene hadde bakgrunn i sykepleie. Flere av informantene hadde spesialutdanning utover grunnutdanningen sin. Alle var kvinner. Før intervjuet startet, fikk henviserne utdelt samtykkeskjema med utfyllende informasjon om prosjektet og frivillig deltakelse, som de skrev under på.

4.3 Datainnsamling

For å belyse problemstillingen /formålet med studien gjennomførte jeg individuelle intervjuer med fire henvisere ved DPS. Før intervjuene startet ble det utviklet en halvstrukturert intervjuguide i samarbeid med TSB utredning. Hovedtemaene som ble berørt under intervjuene var hva pasienten uttrykte overfor henviser om utredningen, hvordan henviser opplevde epikrisene og de videre anbefalte tiltakene og utfordringer rundt disse, hvordan de opplevde samarbeidet med samarbeidspartnere og utfordringer rundt samarbeidet. Intervju av henviserne fant sted på den enkelte henvisers kontor. Intervjuene ble tatt opp digitalt med enhet som ikke var koblet til internett. Intervjuene ble transkribert så fort som mulig etter intervju.

For å øke forståelsen for hvilke utfordringer henvisere møter ved iverksettelsen av anbefalte tiltak fra TSB utredning etter utskrivelse av pasienten, ble intervjuene avholdt 4-5 måneder etter utskrivelse. Dette med tanke på at etter 4-5 måneder ville det ha begynt å utkrystallisere seg hvilke utfordringer henviserne ville møte ved iverksettelse av anbefalte tiltak fra TSB utredning.

4.4 Analyse

Rett etter hvert intervju og samme dag, ble intervjuene transkribert ord for ord. Dialektord ble omgjort til bokmål, av hensyn til anonymisering. Ved et av intervjuene sviktet diktafonen, og kun de siste minuttene av intervjuet ble derfor tatt opp som lyd og deretter transkribert. Tjora skriver videre at forskning handler for en stor del om å takle slike

uforutsette hendelser (Tjora, 2017, s. 49-50). Jeg måtte improvisere etter intervjuet og finne en annen løsning enn det som opprinnelig var ment i forhold til intervjuet. Resten av intervjuet ble nedskrevet på best mulig måte etter egen hukommelse umiddelbart etter intervjuet og deretter levert til informant for godkjenning og senere bekreftelse fra informant på riktighet av opprinnelige opplysninger. På denne måten ble jeg likevel sittende igjen med hovedpunktene i intervjuet, det vil si de punktene som kunne belyse min problemstilling. For å være tryggere på å få tatt opp det siste intervjuet benyttet jeg derfor to diktafoner, i tilfelle den opprinnelige på nytt skulle svikte. Intervjuene varte fra 40 minutter til 60 minutter.

Intervjuene ble analysert ved hjelp av Malteruds systematiske tekstkondensering, fordi denne metoden er godt egnet, siden jeg som forsker er nybegynner, og siden mengden empiriske data i denne studien er begrenset (Malterud, 2017, s. 97), (Creswell & Creswell, 2018, s. 10-11).

Systematisk tekstkondensering i denne studien ble gjort på følgende måte:

Trinn 1: Her handler det om å skape seg et helhetsinntrykk. Jeg leste gjennom hele teksten og dannet meg et helhetsbilde. Jeg vurderte ulike temaer som kom opp gjennom teksten. Jeg leste gjennom hvert intervju flere ganger, forsøkte på best mulig måte å legge bort egen forforståelse av pasienter med rusproblematikk og psykiske lidelser. Jeg laget foreløpig temaer, slik de intuitivt dukket opp under lesing av intervjuet og slik Malterud beskriver. Jeg satte et midlertidig navn på dem. Malterud sier at dette kan være alt fra fire til åtte temaer. (Malterud, 2017, s. 99-100).

Trinn 2: I dette trinnet handler det om å identifisere meningsdannende enheter. Dette betyr at jeg finner setninger eller uttrykk i intervjuene som sier noe om det jeg vil finne svar på i forhold til problemstillingen min. Når stoffet er gjennomgått, og de meningsbærende enhetene er funnet, skal de videre sorteres inn i de forskjellige koder eller navn på gruppene. Kodingen ble gjort ved å merke de forskjellige meningsbærende enhetene med forskjellige farger, etter hva slags gruppe de foreløpig tilhørte. De meningsbærende enhetene ble videre klippet ut og lagt i forskjellige bunker, for senere sortering. Jeg forsøkte hele tiden å ha problemstillingen og hovedspørsmålene i intervjuguiden som bakteppe for kodingen. Malterud anbefaler at 2-3 stykker går gjennom dette sammen og blir enige om tre til fem kodegrupper (Malterud, 2017, s. 100-105). I min leting etter meningsbærende enheter opplevde jeg fenomenet Espen Askeladd, som samler på alt han finner interessant, uten helt

å vite hva han skal bruke det til (Nilssen, 2012, s. 104). Jeg mistet problemstillingen litt ut av syne og endte opp med mye irrelevant materiale for å finne svar på problemstillingen min. Jeg diskuterte dette med veileder, slik Malterud anbefaler. Jeg sorterte disse på nytt og tok vare på de meningsbærende enhetene som kunne gi svar på problemstillingen min. Slik Malterud beskriver, la jeg til side resten av materialet som ikke kunne belyse problemstillingen min. Jeg sorterte nå de meningsbærende enhetene i tema i tråd med problemstillingen. Jeg fant midlertidige navn på temaene, som endret seg underveis som analysen skred fremover.

Trinn 3: I dette trinnet skal innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene abstraheres. Det vil si de meningsbærende enhetene tolkes og ender i at det lages et kondensat av disse, et kunstig sitat. Jeg tok nå de meningsbærende enhetene og satte de sammen til et kondensat, men beholdt den opprinnelige teksten så mye som mulig i kondensatet. Kun ordlyden ble endret litt for å få mer sammenheng og flyt i teksten og for å gjøre det mer leservennlig. Malterud sier vi ikke skal være informantens mikrofonstativ, men likevel være tro mot den informasjonen informanten deler med oss (Malterud, 2017, s. 105-108). Etter at kondensatet var ferdig, valgte jeg ut et såkalt gullsitat som illustrerer det jeg har kommet frem til i kondensatet.

Trinn 4: I dette trinnet skal bitene settes sammen igjen, det jeg har funnet skal rekontekstualiseres. Kondensatene brukte jeg til å lage en analytisk tekst for hver kodegruppe, sammen med et gullsitat, som illustrerer det som er funnet. På denne måten formidles funnet til leseren. Funnene skal også valideres opp mot sammenhengen de er hentet ut fra (Malterud, 2017, s. 108-111). Jeg tok kondensatene jeg hadde laget og formulerte en tekst ut av disse. Samtidig som jeg startet formuleringene av tekstene, gikk jeg tilbake til intervjuene og leste de samtidig for å være sikker på at det var det jeg skrev, inneholdt essensen i det som informantene hadde ytret.

4.5 Ethiske betraktninger

Alle prosjekter som inneholder personopplysninger og behandles elektronisk har meldeplikt og skal behandles og godkjennes av personvernombudet for forskning NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste). Prosjektet ble godkjent av NSD den 09.05.19. Jeg innhentet også informert samtykke fra deltakerne før intervjuene startet. Det er viktig at deltakeren fikk tilstrekkelig informasjon og ble trygg på at han/hun kunne trekke seg om det

oppstod noe som gjorde at intervjuet eller situasjonen ble annerledes enn det var ment. Deltakerne ble også informert om at all informasjon som de ga, ble anonymisert og ikke ville være gjenkjennbare. Jeg sørget for at alle godkjenninger som dette prosjektet trenger var på plass før intervjuer ble gjennomført. Sensitive data ble kryptert og lagret ved TSD (Tjenester for sensitive data) via Høgskolen Innlandet og slettet umiddelbart etter prosjektets avslutning.

Når det gjelder forskningsetiske utfordringer som kan oppstå i dette prosjektet er det flere ting å tenke gjennom. Det er viktig å være forberedt gjennom hele prosessen at det kan oppstå dilemmaer, ambivalenser og konflikter. Gjennom intervjuet er det viktig å være åpen for at situasjoner av ulike typer kan oppstå, og at man tar hensyn til og respekterer informanten først og fremst.

Helsinkideklarasjonen fra 1964, revidert i oktober 2013, setter en ramme for etiske prinsipper som gjelder ved forskning på mennesker. Det er viktig å se på dette som en vegviser, og det fordrer at forskeren er våken og fatter avgjørelser som gagnar de personene som er involvert i prosjektet (Lyberg, Andvig & Hummelvoll, 2010, s. 31). Malterud peker på fire typer risiko eller belastninger som deltakere i kvalitative intervjuer kan bli utsatt for. Dette kan være psykisk uro, misbruk, fordreining og gjenkjennelse. Dialogen mellom forsker og deltaker forutsetter gjensidig tillit og respekt. Deltakeren skal kjenne seg trygg på forskeren, uten å føle seg presset eller invadert. Deltakeren må også stole på at det som blir sagt, blir forstått slik det er ment (Malterud, 2017, s. 211-212). Det er viktig at forskeren anerkjenner og er bevisst sin egen angst for å ikke være god nok, ikke lykkes i intervjusituasjonen, virke klønete og uprofesjonell eller bare hører det som passer best inn med egen forforståelse. Erkjennelsen av disse punktene vil gjøre en forskjell i samtalene (Lyberg et al., 2010, s. 148-149). Dette fikk jeg kjenne på i intervjusituasjonene, egen angst for å ikke lykkes og følelsen av å virke klønete og uprofesjonell. Dette gikk bedre for hvert intervju og til slutt kom følelsen av å være mer komfortabel i intervjusituasjonen, med håndtering av både teknisk utstyr, samspill med informant og enda større fokus på innholdet i samtalen.

I studien blir det viktig at min forforståelse legges til side så godt som mulig, slik at informasjonen jeg får ikke blir farget av denne (Malterud, 2017, s. 44-46). Jeg ser også at jeg, under intervjuene, kan fremkalle psykisk uro hos henviser om denne ikke har nådd noen veg med pasienten etter utskrivelse fra TSB. Kanskje kan henviseren oppleve meg som en

kontrollør for å se om hun har gjort jobben sin slik utredningsposten anbefaler.

Vedkommende kan komme til å føle skyld for ikke å ha gjort nok for pasienten, eller kan få følelsen av at jeg som forsker kommer for å kontrollere hva som har blitt gjort.

4.6 Forforståelse

Vi vil alltid ha med oss en forståelse for hvorfor ting er som de er, ut fra hvilket ståsted og erfaringer vi har. Etter hvert som vi øker vår forståelse og legger ny erfaring til, vil vi se annerledes på tingene og inneha en annen forståelse. Gadamer kaller dette den hermeneutiske sirkel (Gildberg & Hounsgaard, 2018, s. 183-184). Min forforståelse for pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser innehar jeg først og fremst fra arbeidserfaring gjennom flere år i jobb som sykepleier i en lukket akuttpsykiatrisk avdeling. Mange av pasientene jeg møtte der hadde en konfliktfylt bruk av rusmidler. De ble innlagt i posten, i sterkt behov av å få dekket sine grunnleggende behov som mat, søvn og rene klær, for å nevne noe. De ga uttrykk for å være utslitte av det livet de levde da de kom inn på akutten, og ga sterkt uttrykk for at de aldri skulle tenke på noensinne bruke rusmidler igjen. Etter noen dager hvor de fikk dekket sine grunnleggende behov for mat, søvn, rene klær og mye omsorg, meldte abstinensene seg og pasientene skrev seg ut og oppsøkte livet de slapp da de ble innlagt bare dager før. Etter noen måneder stod de igjen i døra på akuttposten, og historien gjentok seg på lignende vis. Siden tok jeg videreutdanning i rus, avhengighet og psykiske lidelser og fikk et nytt perspektiv og en ny forståelse rundt denne pasientgruppen. Selv om jeg er bevisst min forforståelse overfor denne pasientgruppen ved intervjuer og analyse av data, og forsøker å legge denne bort på best mulig vis, vil den likevel ligge i bakgrunnen og kunne påvirke påliteligheten i studien. Det positive med å inneha denne forforståelsen er at jeg til en viss grad er kjent med denne pasientgruppen og ikke trenger så mye forklaring om temaet fra informantene. Samtidig vil det være fare for en forhåndsdømming av hva det er mulig å gjennomføre av behandling i forhold til tilfriskning for denne pasientgruppen, siden jeg med denne forforståelsen har i bakhodet at det er vanskelig å få hjulpet mange av disse pasientene

4.7 Metodediskusjon

For å vurdere kvaliteten på forskningen jeg har gjort, peker Malterud på at jeg spesielt må forholde meg til kriterier som refleksivitet, relevans og validitet (Malterud, 2017, s. 18).

Det å velge den en metoden fremfor den andre, betyr nødvendigvis ikke at dette er den beste metoden for å få frem ny kunnskap (Malterud, 2017, s.19). Ut fra mine kunnskaper, interesse og erfaringer med pasienter som sliter med sammensatte rus- og psykiske helseutfordringer, valgte jeg en problemstilling ut fra dette. Dette betyr også at min forforståelse kommer til å ha en innvirkning på studien selv om jeg på best mulig måte forsøker å legge denne til side. Hadde jeg stilt med blanke ark, uten noen spesielle forkunnskaper om dette feltet ville kanskje resultatene kommet til å sett annerledes ut. Uten forforståelsen jeg sitter med, ville jeg kanskje stilt andre spørsmål, og jeg ville kanskje hatt et annet fokus enn det jeg hadde. På den andre siden hadde jeg spurt kommunalt ansatte som jobbet turnus, hadde jeg kanskje endt opp med et annet resultat i forhold til hva som oppleves som utfordringer rundt iverksettelse av tiltak anbefalt fra utredningen som pasienten har gjennomført.

Malterud hevder at uansett metode vil jeg som forsker påvirke resultatet som kommer frem i forskningen, og hvordan jeg som forsker bruker min persepsjon, hvordan jeg samhandler og forstår informantene og hvordan jeg tolker analysen av intervjuene vil ha betydning for resultatet som kommer frem (Malterud, 2017, s. 20-21). Den teoretiske referanserammen ble valgt ut etter at analysen var avsluttet. Dette for at ikke valgt teori skulle farge analysen og føre til et annet resultat.

Uansett om jeg har fulgt oppskriften på forskningsprosessen etter alle kunstens regler, er det ikke sikkert at resultatene av undersøkelsen min kommer til nytte for noen, selv om dette er noe av det som er målet med undersøkelsen. Relevans er også et spørsmål om hvorvidt teorien som er brukt i undersøkelsen samstemmer med resultatene i undersøkelsen. Kanskje jeg som forsker ikke har fått med meg at temaet jeg har undersøkt, er undersøkt tidligere. Da vil relevansen av min undersøkelse bli av mindre betydning, slik som opprinnelig ment. Relevans handler også om måten undersøkelsen har blitt gjort på, står i samsvar med formålet med undersøkelsen. Dette kan handle om intervjuguiden jeg har utformet, er relevant for undersøkelsen (Malterud, 2017, s.21-23).

Validitet kan også deles inn i ekstern og intern validitet. Ekstern validitet handler om hvorvidt studien er overførbar og på den måten kan gi ny innsikt og generere ny kunnskap. Et av målene med denne studien er å få frem ny kunnskap om utfordringer som henvisere møter etter å ha henvist pasienten til utredning ved TSB utredningen for mulig samtidig rus- og psykisk lidelse. Malterud mener at et utvalg på mellom fire og sju informanter skal være nok til å kunne gi et rikt informasjonsmateriale, riktignok om informasjonsstyrken i

intervjuene er god. I denne studien hvor det deltok fire henvisere er dette i nedre grenseland for hvor mye informasjon man kan hente og dermed hvor mye kunnskap det er mulig å fremskaffe. På den andre siden peker Malterud på at det kan være en fordel med ikke altfor mange informanter, for på denne måten blir det lettere å holde oversikt over stoffet under analysen. Til tross for antall informanter i nedre grenseland i denne studien, opplevde jeg at det fremkom mye verdifull informasjon under intervjuene. Dette kan likevel være for lite informasjon til å trekke absolutte konklusjoner, men det kan likevel være med på å belyse temaer som kommer frem under analysen og som kan være gjenstand for videre diskusjoner og forskning (Malterud, 2017, s.66-67).

Når det gjelder intern validitet handler dette om hva studien forteller noe om. Har jeg spurt de riktige spørsmålene for å kunne belyse problemstillingen? Er dataene relevante for å belyse problemstillingen? Kunne jeg spurt andre spørsmål til henviserne for å få frem mer utdypende kunnskap om samme tema og på den måten fått frem andre sider av saken. Hadde jeg spurt henvisere ved et annet DPS i en annen del av landet, kunne jeg ha fått helt andre svar.

Malterud poengterer at når alt kommer til alt så kommer gyldigheten i studien, brukbarheten, an på om noen kan bruke resultatene som kommer frem til noe (Malterud, 2017, s.198).

Kvale og Brinkmann kaller dette pragmatisk validitet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 288). Pragmatisk validering i denne studien vil bety et spørsmål om TSB utredningen kan bruke denne studien til endringsarbeid. Endring i tjenester er ikke bare et spørsmål om forståelse av virkeligheten, men like mye om verdier og hvilke politiske føringer som til enhver tid gjelder for hvordan tjenestene skal utføres.

I en intervjusituasjon er jeg selv instrumentet som skal frembringe ny kunnskap. Selv om jeg har mange års erfaring med å jobbe med pasienter, har sittet i nære samtaler, har stått i relasjonsbygging med pasienter og jobbet med å tone meg inn på pasientene for å kunne møte dem der de har vært, ble det en helt annen opplevelse å sitte i en intervjusituasjon. Spenninger i forhold til hvordan henviserne ville møte meg og hvordan de oppfattet det jeg sa, kan være forhold som innvirker på informasjonen som kom frem. Dette er også forhold som vil kunne påvirke påliteligheten i studien, hvordan jeg opptrer som forsker i møte med den andre. Ville for eksempel en annen som hadde stilt de samme spørsmålene, fått de samme svarene? (Tjora, 2017, s. 235-238).

Å ha med opptakerutstyr og forholde meg til dette var nytt for meg og på denne måten fikk dette en del oppmerksomhet i begynnelsen til jeg ble vant med det, og det ble en naturlig del av intervjusituasjonen. Å bruke mye tid og oppmerksomhet på opptakerutstyr kan være hemmende i forhold til det å få i gang en god samtale, på den andre siden gjør opptakerutstyr at man får med seg alt informantene deler verbalt. Kvale og Brinkmann (2015) peker på at noen intervjuere kan oppleve forlegenhet og en endret kontekst som følge av opptakerutstyr. Samtalen kan endre karakter og bli mer formell idet opptakerutstyret settes på, for så å gå tilbake til en form for hverdagsprat når selve intervjuet er over og begge føler seg mer fri til å småprate og komme med bemerkninger og kommentarer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 117). Dette var noe jeg også til en viss grad opplevde og hadde opptakeren min stått på hele tiden, hadde det kanskje kommet andre gode poeng til bruk i analysstoffet, men som bare ble en del av hverdagspraten i den fasen man ble kjent og tonet seg inn på hverandre, og i avslutningsfasen når man er i ferd med å avslutte møtet. Til tross for at intervjusituasjoner var et noe ukjent terreng for meg, opplevde jeg likevel at det ble fire gode samtaler med henviserne. Fire gode samtaler hvor gjensidig respekt, en god og vennlig tone dominerte og mye nyttig og verdifull informasjon ble delt. Ved å selv jobbe med å lage intervjuguide, foreta intervjuer og selv transkribere førte dette til at jeg opplevde å få en god nærhet til stoffet.

Transkribering av intervjuene kan være en kilde til misoppfattelse og føre til at feil oppstår. Jeg sørget for selv å transkribere alle fire intervjuene, og på denne måten ble jeg satt tilbake i intervjusituasjonene og kunne derfor være mer sikker på at tekst samsvarte med det informant hadde sagt, og at det på denne måten ble mindre rom for tolkning av materiale som skulle analyseres (Malterud, 2017, s. 79-81). I det ene intervjuet der diktafonen ikke virket, er det fare for at verdifull informasjon kan ha gått tapt, selv om jeg satt igjen med hovedpoengene som henviser pekte på. Det finnes også en viss fare for at jeg som forsker kan ha tolket budskapet til henviserne på en annen måte enn det var ment fra henvisernes side, og på denne måten kan det være en kilde til feil i resultatene (ibid).

5 Presentasjon av funn

I arbeidet med analysen av materiale fra informantene kom det frem tre hovedkategorier som sier noe om de største utfordringene henviserne ved DPS opplever ved iverksettelse av anbefalte tiltak fra TSB utredning.

Den første hovedkategorien «**epikrisen som en utfordring**», har de tre subgruppene «lang, uoversiktlig og repeterende», «henvisere opplever pasienten standardisert i epikrisen» og «ulik forståelse av pasienten mellom henviser og utreder».

Den andre hovedkategorien «**forhold hos pasienten som kan skape utfordringer**», har de tre subgruppene «henvisers opplevelse av at pasienten snakker med flere stemmer», «henvisers opplevelse av utfordringer rundt pasientens kognisjon» og «pasientens eget engasjement for sin videre behandling»

Den siste hovedkategorien «**Variasjoner i videre tjenestetilbud som utfordring**», har en subgruppe «variasjoner i videre tjenestetilbud som en utfordring ved iverksettelse av videre tiltak»

5.1 Epikrisen som en utfordring

5.1.1 Lang, uoversiktlig og repeterende

Det kom frem i intervjuene at flere av henviserne opplevde at epikrisen er for lang og at det tar for lang tid å lese og sette seg inn i hele epikrisen. Det poengtertes at den ikke trenger å være så lang, at kanskje det hadde vært nok å få tatt ut essensen og de videre anbefalingene og hva som blir viktig å sette søkelys på fremover etter utredningen. Henviser ga uttrykk for epikrisens lengde kan medføre fare for at den ikke blir lest. Et annet poeng som kom frem i intervju, er at henviserne kjenner pasienten fra før og dermed også pasientens journal. På dette grunnlag oppleves også noe av epikrisene som unødvendig å motta.

Disse epikrisene er ulidelig lange må jeg bare si. Det er liksom så mye, og det trenger det ikke å være. Gjør det mer oversiktlig, da er det større sjans for at folk leser det. Ja, jeg har ikke lest hele, jeg har bare svitsjet rett inn på videre

anbefalinger. Jeg synes jo opplysningene er verdifulle, men epikrisen er ikke en liten bok.

Noen av henviserne opplever også at epikrisen inneholder mye gjentakelser og er uoversiktlig og vanskelig å finne frem i. Det kom frem i intervjuene at det kan være utfordrende å finne frem til hvilke videre anbefalinger TSB konkluderer med i epikrisen. En av henviserne gir også uttrykk for utfordringer med tiden det tar å lese epikrisen, at man ikke alltid har så mye tid til å lese og derfor trenger en raskere oversikt over hva som bør være i fokus for videre samarbeid og behandling av pasienten.

Jeg kunne godt ha tenkt meg å ha oversikten og konklusjonen ganske fort. Jeg synes jo opplysningene er verdifulle, men epikrisen trenger jeg å ha en kjappere oversikt over. Det som er interessant for meg er jo hva dem tenker videre, men jeg synes det blir veldig mye ommat og ommat. For meg er ikke dette en epikrise.

5.1.2 Henvisere opplever pasienten standardisert i epikrisen

Noen av henviserne har lagt merke til at starten av avsnittet om anbefalinger om videre tiltak i epikrisen, alle starter med nøyaktig den samme setningen. Henviserne som ga uttrykk for dette, opplever dette som litt merkelig, fordi denne setningen om å være i behov av langvarige og koordinerte tjenester står der uansett om pasienten har behov for det eller ikke. Og selv om pasienten de har inne til behandling på DPS har alle anbefalte tjenestene utredningen foreslår ute i sin hjemkommune, så står det i epikrisen at disse tiltakene bør opprettes. Det ser ut i epikrisen som pasienten ikke har tjenestene, selv om tjenestene er godt etablerte før utredningen startet. Flere av henviserne forstår ikke helt hvorfor denne setningen står der, når tiltakene allerede er iverksatt. Dette er noe de også har observert hos flere av pasientene som har vært inne til utredning. Henviserne som påpekte dette, undres på hvorfor det er slik, er dette en standardsetning som skrives på alle epikriser?

De har en standardsetning som jeg har registrert på flere epikriser. Det står her at pasienten fremstår ved utskrivelse i behov for langvarige og koordinerte tjenester, arbeid med ansvarsgruppe bør opprettes, videreføres og individuell plan bør opprettes. For selv om pasienten ikke er i behov av disse tjenestene så står den der. Og selv om pasienten har ansvarsgruppe og alt på plass, så står denne der. Det virker som denne setningen kommer automatisk inn, eller hva er dette?

5.1.3 Ulik forståelse av pasienten mellom henviser og utreder

Ulik forståelse av pasienten mellom utredningen og henviser, var noe flere av henviserne opplevde. Den ene henviseren opplever pasienten som ressurssterk med jobb og et forholdsvis normalfungerende dagligliv, men likevel i hans epikrise fra utredningen, er han tillagt en annen problematikk. En problematikk som ikke stemmer med hvordan han lever sitt dagligliv, slik henviser ser det. Pasienten er fremstilt som annerledes inne på utredningen enn han fremstår overfor henviser. Henviser har også tatt opp dette med den ene pasienten, om hva han tenkte om langvarig og koordinerte tjenester med ansvarsgruppe og individuell plan, slik utredningen anbefaler, noe pasienten ikke hadde så mye tanker om. Henviser opplevde at pasienten også ga uttrykk for at dette var behov som utredningen mente han hadde. Dette betyr at hverken pasienten eller henviser kjenner seg igjen i denne problematikken, som skulle trenge omfattende behandling slik det omtales i epikrisen. Det at henviser ikke kjenner igjen pasienten i epikrisen fra utredningen, gjør det utfordrende å iverksette tiltak slik utredningen anbefaler.

Det er ikke helt match mellom det jeg ser og det som kommer frem i epikrisen. Det står her at han skal vurderes med behov for psykoterapi og den heller skjønnte jeg ikke. Så står det at han er i behov av langvarige og koordinerte tjenester med ansvarsgruppe og individuell plan og det står ikke helt til problematikken synes jeg, for han er veldig selvgående og har et godt funksjonsnivå. Ja, jeg synes dette var litt merkelig, og pasienten kjenner seg ikke igjen i dette heller.

En av henviserne opplever at videre tiltak som foreslås er for omfattende og ikke helt passer til denne pasienten hun har inne til poliklinisk behandling. Henviser opplever at kravene til denne pasienten blir for store i forhold til hva han kan mestre. Dette betyr at også denne henviseren ikke helt kjenner igjen pasienten slik epikrisen omtaler. Og at forslag til videre tiltak ikke helt stemmer overens med henvisers opplevelse.

Jeg opplever også at de legger litt for mye på han i forhold til hva han evner å gjøre rett og slett.

Et annet tema det ble reagert på i forhold til epikrisen, er temaet om pasienter som fremstår uinformert inne på utredningen. Henviser har informert pasienten rundt temaet om videre behandling etter utredningen, om dette skulle bli aktuelt. Dette har henviser gjort mange ganger før utredningens start, slik at han vet om hvilke muligheter han har for videre

behandling. Dette har pasienten av en eller annen grunn ikke fått med seg, selv om henviser har informert og de har snakket om dette temaet mange ganger. Inne på utredningen sier pasienten at han ikke har fått noe informasjon om dette og som henviser kan oppleve at utredningen tror at hun ikke har gjort jobben sin.

Også står det for eksempel at pasienten i utgangspunktet ikke ønsker institusjonsbehandling, og fremstår lite informert om muligheten, og det er typisk, det har vi snakket mye om, men han får det ikke med seg ikke sant. Ja, jeg må faktisk klø meg litt i hodet over dette.

5.2 Forhold hos pasienten som kan skape utfordringer

Hvordan pasientene kommuniserer, og hva de uttrykker kan skape utfordringer ved iverksettelse av anbefalte tiltak fra TSB utredningen. Blant annet pasientens ambivalens til å slutte med rusmidler og hvordan pasientens kognitive tilstand er, kan føre til utfordringer henviser må ta hensyn til ved iverksettelse av tiltak anbefalt fra TSB utredning. Hvor engasjert pasienten selv er i sin videre behandling er også noe henviser må ta hensyn til.

5.2.1 Henvisers opplevelse av at pasienten snakker med flere stemmer

En av henviserne snakket om hvilke synspunkter pasienten ga uttrykk for mens han er inne på utredningen. Inne på utredningen ga han uttrykk for å aldri ha fått hjelp av noen i kommunen eller DPS. Henviser opplevde at han ga uttrykk for det stikk motsatte overfor henne. På timer hos henviser på DPS gir han uttrykk for å være svært fornøyd med både hjelpen han får av henviser og hjelpen han får fra ruskonsulenten og teamet han har rundt seg i kommunen. Henviser undret seg på om dette kan være en forsvarsmekanisme pasienten bruker, og som kan fungere som en unnskyldning og en forklaring på hvorfor han ikke klarer å komme seg ut av livet han lever, som inkluderer rus og bruken av det. Det kan bli utfordrende å iverksette anbefalte tiltak når pasienten motsier seg selv og kommer med forskjellige budskap, ett budskap inne på utredning og et helt annet hos henviser.

På utredninga sa han at han aldri har fått hjelp av noen i kommunen. Jeg ble litt overraska fordi han gir uttrykk av å være så fornøyd med hjelpa her og den hjelpa han får i kommunen. Kanskje er det en form for selvforsvar fordi han ikke kommer seg videre? Vi har jo hatt mange samtaler om hvorfor han ikke lykkes. Han ble også veldig frustrert og sint, uten å kunne forklare hvorfor.

Alle henviserne kan vise til rusbruk i varierende grad hos pasientene etter utskrivelse fra utredning ved TSB. Fortsatt bruk av rusmidler etter utskrivelse, kan tolkes som en ambivalens til å slutte med rusmidler. Noen av pasientene ga også uttrykk for til henviser at det er vanskelig å være på utredning og bli utredet.

Han har også drukket en del alkohol etter han kom ut. Ettersom det er et lovlig rusmiddel så ser han nok ikke på bruken av det som noe problematisk. Familien blir skuffa og det er klart det er mye å ta inn for han. Jeg tror det er vanskelig for de fleste å bli utredet, det er jo faktisk hele personligheta di som blir vurdert.

Flere av henviserne snakket også om at en av utfordringene pasientene sliter med, er ensomhet. Kanskje de eneste vennene de har er venner innenfor rusmiljøet. Pasientene har også gitt uttrykk for ønsker om å ikke ha kontakt med venner i miljøet som inkluderer rus. De opplever likevel at det er vanskelig å komme seg unna dette miljøet, siden de fleste av vennene befinner seg i rusmiljøet. Pasientens ensomhet kan også være en av utfordringene for henviser, slik at det blir vanskelig for pasienten å komme seg ut av miljøet han vanker i, noe som i sin tur fører til et fortsatt liv med rusmidler.

Han har ikke så mye venner utenfor rusmiljøet heller. Som type er han en litt sånn loner. Han er ganske ensom og har ikke så mange venner utenfor rusmiljøet og skal han slutte med rus må han tåle å være ensom, kanskje et helt år. Og det gjør han sårbar for å kunne bli avhengig, fordi han har et behov å fylle. Disse endringene han må gjøre handler jo om å endre hele livet!

5.2.2 Henvisers opplevelse av utfordringer rundt pasientens kognisjon

En av utfordringene henviserne ved DPS møter i iverksettelse av tiltak TSB anbefaler, er pasienter som ikke har så mye tanker om hvordan de kan komme seg videre i livet sitt. Pasientene ser ofte ikke noe problematisk i sin egen atferd, og derfor tar de ikke fullstendig ansvar for oppfølging av for eksempel egne somatiske sykdommer. Pasientene gir også ofte uttrykk overfor henviser at de sliter med depresjoner og følelsen av å være utenfor og annerledes. En annen av pasientene forklarer overfor henviser at rusen gir han ro, og får han for en stakkert stund til å komme seg unna tankekaoset han opplever.

Han er stille, sier ikke så mye og sitter mest inne. Jeg opplever han veldig sånn «nei jeg vet ikke, nei det har jeg ikke tenkt på». Han har ingen klare meninger selv om hva

som kan hjelpe. Også ble han vel litt skuffa over å ikke få noe svar på problemene sine på utredninga. Ifølge han selv har han ingen alkoholproblemer, selv om han kom ut med diagnosen «skadelig bruk av alkohol».

En annen utfordring henviser pekte på når det gjelder å gjennomføre anbefalte tiltak, er manglende sosial kompetanse hos pasientene. En av henviserne uttrykte at hun har observert dette hos flere pasienter. Pasienten har gitt uttrykk overfor henviser at han ikke vet hvordan man kan samtale med andre eller hvordan man småprater med noen når man tilfeldig treffes. Dette kan føre til at pasienten ikke går ut, men sitter i stedet inne, noe som igjen i verste fall fører til ytterligere ensomhet og isolasjon, eller pasienten kan trekkes mot rusmiljøet igjen, der han kjenner noen og slipper å være alene.

Jeg opplever at han mangler litt sosial kompetanse også. Han kom faktisk og spurte om hva man snakker med naboen om hvis man møter han ved postkassa, hvordan småprater man liksom?

En av henviserne tok opp traumer som et tema som fører til utfordringer i iverksettelsen av anbefalte tiltak. Mange pasienter har traumer fra barndom eller traumer kan ha blitt påført i rusmiljøet. Henviser peker på at dette er noe som preger veldig mange av pasientene som oppsøker behandling ved DPS. Henviser pekte på at traumer er årsak til at mange pasienter oppsøker hjelp ved DPS. I intervjuet med henviser, ble det snakket om at mange av pasientene også har vanskeligheter i relasjoner. Henviser opplever også den eneste erfaringen mange av pasientene har når det gjelder relasjoner, er brutte relasjoner, brutt tillit, og dette fører da igjen til at pasientene beskytter seg. De kan reagere med å være sinte, og de åpner seg gjerne ikke for andre.

Man merker jo at de er relasjonsskadet, og om de ikke har traumer i utgangspunktet, så iallfall i løpet av ruskarrieren at de opplever mye som gjør at de får ettervirkninger eller traumer. Jeg hadde ikke trodd at han har vært så preget av de traumene men det er han tydeligvis. For det jeg vet om traumene nå etter utredningen, det har han aldri snakket om til meg.

5.2.3 Pasientens eget engasjement for sin videre behandling

Henviserne jobber for å motivere og informere pasientene sine for videre behandling, samt for å komme seg videre i prosessen med sin tilfriskning. Det er ikke alltid pasienten hverken

er motivert eller ønsker å komme videre med sin tilfriskning. Pasienten som en av henviserne har hatt inne til utredning har gitt klart uttrykk overfor henviser at han ikke ønsker å være hos henviser for tung og lang behandling. Henviser må akseptere dette og pasienten er også forholdsvis velfungerende med fast jobb og familieliv. Flere av henviserne forteller om fortsatt rusbruk hos pasientene, og da spesielt alkohol. Det kan bli utfordrende for henviserne og skulle iverksette tiltak slik utredningen anbefaler, så lenge pasienten ikke har motivasjon eller ser noe poeng i behandling som tilbys på DPS.

Det blir liksom litt opp til pasienten hva han vil og hva han vil følge opp. Det er ikke alltid pasienten vil eller har noen ønsker om å slutte å ruse seg. Han gir tydelig uttrykk overfor meg at han fortsatt ønsker å drikke alkohol, og da ønsker han et moderat bruk som ikke skader helsa.

Henviser fortalte om utfordringer rundt pasienten hun har inne til utredning, at pasienten sitter mest inne og han gir uttrykk overfor henviser at han ikke vet hva som avhjelpe situasjonen slik at han kan få et bedre liv. Men henviser har opplevd at pasienten hverken har møtt opp til timer hos henne eller har motivasjon for å gjøre noe med sin egen situasjon.

Flere ganger har jeg opplevd at pasienten ikke har møtt opp til time her på DPS, han er ikke så engasjert i sin egen helse og problematikken rundt den.

Når det gjelder LAR-pasienter og brukervedvirkning ga henviser uttrykk for at dette er litt vanskelig. Henviser sa det er en kjent sak at veldig mange av LAR-pasientene bruker rusmidler ved siden av medisiner de får hos LAR. LAR må da ta utgangspunkt i dette og passe på at LAR-pasienten ikke blir utsatt for fare ved å gi de for mye medisiner. Henviser gir uttrykk for at pasienten på denne måten kan oppleve at LAR bruker tvang og makt. Om ikke pasientene overholder avtaler som er gjort med LAR, vil dette kunne få ulike konsekvenser for pasienten for å hindre overdose og skade. LAR må hele tiden passe på at det er forsvarlig for pasienten. Henviser pekte på at LAR ønsker pasientene rusfri, men hun vet at veldig mange av pasientene i LAR bruker rusmidler ved siden av det som er foreskrevet som LAR-medisin.

Dette med brukervedvirkning og LAR er jo litt vanskelig. Det må være mye kontroll og det blir en fin balansegang i forhold til hvor mye medikamenter pasienten får for vi vet jo at de har et sidemisbruk ved siden av. Vi må sørge for at LAR-medisineringa er forsvarlig, og da kan gjerne pasientene oppleve at vi bruker makt eller misbruker

makt. Vi har jo så klart ønske om rusfrihet, men mange av pasientene ønsker ikke å bli rusfri, og det blir et valg de tar.

Henviserne må ta hensyn til pasientenes synspunkter på hvordan de ønsker behandlingen skal foregå og om pasientene i det hele tatt ønsker noen videre behandling ved DPS, selv om utredningen anbefaler dette på det sterkeste. Av og til er ikke DPS riktig sted for å imøtekomme pasientenes videre behov. Da blir pasient og henviser enig om den videre vegen sammen, og finner i samarbeid ut hva slags behandling som er mest hensiktsmessig for å løse opp i pasientens helseutfordringer.

Vi har hatt noe kontakt etter utskrivelse, men ikke så mye. Det blir mest for å sjekke at ting går greit for han. Jeg tror han trenger en annen type terapi, og det er han enig i selv også.

En annen av henviserne vurderte pasienten hun har inne til behandling, for å ikke være en kandidat for poliklinisk behandling. Henviser vurdere denne pasienten til å trenge tettere oppfølging enn det henviser kan gi, og samtidig opplever hun tiltakene som er anbefalt fra TSB som ikke helt passende for han.

Slik jeg ser det er han i utgangspunktet ingen poliklinisk kandidat. Jeg tror også de videre anbefalingene ikke harmonerer helt til han, slik jeg kjenner han. Han må bli påminna ting og trenger tettere oppfølging.

En annen igjen av henviserne viste til at mange forskjellige behandlinger har blitt tilbudt pasienten. Mange behandlingsforsøk er gjort ved DPS, uten at pasienten har kommet videre i sin tilfriskning. Henviser vurderte at det ikke var mer hun og samarbeidspartnere ved DPS kunne tilby pasienten på intervjuetidspunktet. I tillegg opplevde henviser at pasienten ikke var så veldig interessert i videre behandling eller hadde så mye egne tanker om at han har helse- og rusutfordringer. Henviser opplevde at det ikke fantes noe annet alternativ på dette tidspunktet, enn å skrive han ut fra DPS.

Nå har vi prøvd så mange behandlinger og gjort så mye, så det er ikke mer vi her på DPS kan gjøre for han. Så derfor skrives han ut herfra nå.

5.3 Variasjoner i videre tjenestetilbud som utfordring

5.3.1 Variasjon i videre tjenestetilbud som en utfordring ved iverksettelse av anbefalte tiltak

Ingen av henviserne som ble spurt, kjente til om pasienten har individuell plan. De henviste til at individuell plan er et kommunalt ansvar og noe som skal opprettes og iverksettes i pasientens hjemkommune. Til tross for mange gode samarbeidspartnere, pekte henviserne på forskjeller i hvor godt det jobbes for pasientgruppen i de forskjellige kommunene og hva de får til av anbefalte tiltak. Flere av henviserne pekte på forskjell i tilbudet kommunen gir til pasienter i denne pasientgruppen. Det kan være utfordrende for henviserne og iverksette anbefalte tiltak, når det ikke foreligger individuell plan, da henviser ikke helt vet hva som har blitt gjort eller blir planlagt ute i kommunen av tiltak.

Nei jeg vet ikke om han har individuell plan. Han har godt samarbeid med fastlegen, men det varierer veldig fra kommune til kommune hvor godt vi får til et samarbeid og hva som gjøres. Jeg synes det er veldig stor forskjell i rustjenesten.

Den ene henviseren viste til et hjelpeapparat i hjemkommunen til pasienten hun har inne til behandling, som ikke fungerer så veldig godt. Det hadde ikke vært kontakt eller oppfølging av pasienten fra det kommunale teamet, på minst tre uker. Henviser har opplevd dette også med andre pasienter fra denne kommunen. Henviser tror årsaken til mangelfullt tilbud av tjenester fra dette teamet, skyldes lite tid og altfor mange arbeidsoppgaver dette teamet i denne kommunen har. Dette går igjen utover pasienten, som da ikke får den oppfølgingen han er i behov av. Iverksettelse av anbefalte tiltak blir da utfordrende når tjenesten ikke har tid tilgjengelig for oppfølging.

Han har kontakt med psykisk helseteam i kommunen sin, men det fungerer ikke så veldig bra. Han har ikke hørt fra dem på tre uker og det er altfor dårlig, synes jeg. Ja, jeg har hatt flere pasienter derfra der tilbudet ikke har fungert, så jeg er skuffa. Han har heller ikke noen kontakter i kommunen bortsett fra fastlegen.

6 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å finne ut mer om hvilke utfordringer henvisende instans møter ved iverksettelse av anbefalte tiltak fra TSB utredning for pasienter med mulig samtidig rus- og psykiske lidelser. Tre hovedkategorier ble identifisert med til sammen sju subgrupper. Funnene her vil bli drøftet ved å ta utgangspunkt i hovedkategoriene.

6.1 Sammenfatning av funn.

Det første hovedfunnet omhandler epikrisen. Flere av henviserne opplevde epikrisen som lang, uoversiktlig og med mange repetisjoner. Flere av henviserne ga også uttrykk for det de opplevde som standardisering i epikrisen. Noen av henviserne meddelte også at gjennom epikrisen, opplevde de en pasient de ikke kjente igjen.

Det andre hovedfunnet handler om hvordan aspekter ved samhandlingen med pasienten, er med på å skape utfordringer med å iverksette tiltak anbefalt av TSB utredning. Henviser uttrykker blant annet at pasientens kognisjon og motivasjon kan skape utfordringer rundt iverksettelse av anbefalte tiltak fra TSB utredningen.

Det tredje hovedfunnet omhandler det henviser opplever som variasjon i behandlingstilbudet, noe som kan skape utfordringer ved iverksettelse av tiltak anbefalt av TSB utredning.

6.2 Epikrisen som en utfordring

Flere av henviserne i denne studien peker på at epikrisen opplevdes for standardisert, den opplevdes for lang og flere av henviserne kjenner ikke pasienten igjen gjennom epikrisen. Det viser seg at epikrisens lengde fører til at i verste fall blir ikke hele epikrisen lest. Hall med flere (2007), peker på flere kriterier for en god epikrise, og et av kriteriene er at epikrisen er konsis, det vil si den skal fremstå kort og uten uvesentlige opplysninger (Hall et al., 2007, s. 1051). Dette er i tråd med det henviser påpeker, det som er viktig for henviser å få lett tilgang til, er det som tenkes for vegen videre og hva de som behandlere skal ha videre fokus på for pasientbehandlingen. Slik epikrisen er i dag, ga flere av henviserne uttrykk for at den er vanskelig å finne frem i, det må letes litt for å finne frem til de videre anbefalte tiltakene. Hall et al., (2007) mener det det er viktig at epikrisen er kort, for å være sikrere på at viktige opplysninger kommer frem og at de ikke forsvinner i opplysninger som ikke er

like viktige (Hall et al., 2007, s. 1051). På den andre siden, ga henviserne uttrykk for at epikrisen inneholdt verdifulle opplysninger, men kanskje kunne epikrisen vært organisert på en litt annen måte? Og hva hjelper det med en grundig epikrise hvis den ikke blir lest?

Når pasienten er ferdig utredet ved TSB og henvist tilbake til henviser ved DPS, er planen at henviser ut fra epikrisen, jobber videre med pasienten om han ikke blir henvist til annen behandling. I de tilfellene der henviser ut fra epikrisen ikke kjenner igjen pasienten, vil det videre arbeidet fortone seg utfordrende å gjennomføre. Henviserne ga uttrykk for å være opptatt av hva som kunne hjelpe pasienten til et bedre liv, et liv med meningsfulle hverdager. Dette er i tråd med en recoveryorientert tjeneste, der blant annet pasientens verdier, pasientens mening og der hjelpen tilpasses pasienten vektlegges. Henviserne ga uttrykk for å være opptatt av det også Aarre (2018) poengterer, nemlig å finne ut av hva pasienten er i behov av, og hvor hjelpen skal settes inn, mer enn det er å finne ut om de har en sykdom eller ikke, og dermed er dette i tråd med en recoveryorientert tjeneste. Aarre (2018) poengterer at mange pasienter ikke opplever seg syk, kanskje er det praktisk hjelp de trenger mest, eller kanskje er det hjelp til å lære seg egenmestring av utfordringer de sliter med (Aarre, 2018, s. 47-49). Kolstad (2019) viser til vendepunkthistorier der det som har hatt størst effekt når det gjelder tilfriskning, er terapeuter som legger fokuset på dagligliv, jobb og ressurser (Kolstad & Kogstad, 2019, s. 223-226). Også i sammenfatningen om recoveryorienterte praksiser kom det også frem at det gjerne er tjenestene i stedet for pasienten selv som definerer hva målet skal være (Borg et al., 2013, s. 40-41).

Det ligger også en sårbarhet i å skulle overta andres syn på pasienten, gjennom anbefalte tiltak i en epikrise. Som det viser seg i funn i denne studien, opplever noen henvisere pasienten som standardisert i epikrisen. I epikrisens del som omhandler videre tiltak, starter alle epikrisene med nøyaktig den samme setningen, «pasienten fremstår ved utskrivelse i behov for langvarige og koordinerte tjenester». Kan dette tolkes som en form for samlebåndsproduksjon, og er det virkelig slik at alle pasienter som er inne til utredning har de samme behovene for langvarige og koordinerte tjenester etter utskrivelse fra utredningen? ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012) peker på at «Behandling av ROP lidelser skal foregå integrert og samtidig etter en samlet plan..» (Helsedirektoratet, 2012, s. 60). Er ROP-retningslinjen med dette overstyrende i forhold til hva pasienten egentlig trenger av oppfølging? Om epikrisen er standardisert, blir det utfordrende for henviser å iverksette anbefalte tiltak når pasienten kanskje stiller andre krav og ser på problemene sine på andre

måter enn det som har fremkommet gjennom utredningen (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2011, s. 353-355).

Når utrederne ved TSB og henvisere ved DPS har forskjellige forståelse for pasienten, vil dette også handle om hvem som til slutt skal ha definisjonsmakten for hva som gjelder i forhold til hvilken behandling pasienten skal ha (Karlsson & Borg, 2018, s. 151-153). Funn i studien til Sorsa et. Al. (2017), viser at hovedutfordringer når det gjelder å hjelpe pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse, er at ulike tjenester har ulike mål for pasienten, samt ulike resonnement for hvordan behandlingen skulle utføres (Sorsa et al., 2017, s. 403). Biong og Ytrehus konkluderer med at til tross for ulik forståelse av pasienten kan dette til slutt føre til ny kunnskap, hvis det tverrfaglige samarbeidet fungerer godt (Biong & Ytrehus, 2012, s. 160-161). Det vil si om samarbeidet mellom TSB utredning og henviserne ved DPS er godt, vil begge kunne tilegne seg ny kunnskap fra og om hverandre, noe som til slutt også vil komme pasienten til gode.

6.3 Forhold hos pasienten som kan skape utfordringer

Alle henviserne i studien var klare på at det måtte bli opp til pasienten selv hva han ville følge opp og hvilke valg han tok. Rop-retningslinjen peker på viktigheten av at pasientens egne ressurser hele vegen skal støttes, samtidig som man har et helhetlig perspektiv på tilfriskningsforløpet (Helsedirektoratet, 2012, s. 59). Askheim (2012) understreker at pasienten skal sees på som en kompetent borger og samtidig la han være den som er ekspert på sin egen situasjon og på sine utfordringer (Askheim, 2012, s. 51). Dette er i tråd med recoverytenkning, pasienten skal være den som sitte i førerstolen når beslutninger som dreier seg om han skal tas (Slade, 2017, s. 25). Norvoll (2019) peker også på at recovery handler om for pasienten å få ta kontrollen over eget liv i sitt eget tempo og på sin egen måte (Norvoll, 2019, s. 196-197). Veilederen «Sammen om mestring» (2014) er også klar på at brukeren skal være den viktigste aktøren og empowerment og recovery er begrepene som bør være styrende i tjenestene (Helsedirektoratet, 2014, s. 11). Recoveryorienterte tjenester skal være basert på verdier, som skal være synlig og integrert i tjenestene (Slade, 2017, s. 24-26). Verdier nevnt i virksomhetsstrategien for Sykehuset Innlandet HF for 2019-2022, peker på kvalitet, trygghet og respekt som sine verdier (HF Sykehuset Innlandet, 2019, s. 4). Sett i lys av dette, i hvilken grad ivaretar de anbefalte tiltakene som baserer seg på utredningsresultatet fra TSB, det som har verdi for pasienten? Og når dette er sagt, i hvilken grad har pasienten vært med og tatt beslutning rundt hva som har vært problemene hans og i

hvor stor grad har pasienten vært med å bestemme tiltak for videre behandling, når det viser seg at pasienten ikke er enig i hva som er konkludert og besluttet rundt han og hans videre behandling? Borg peker på at en del av tilfriskningsprosessen handler om å gjenvinne makten over sitt eget liv og da sammen med andre og på forskjellige arenaer (Borg & Topor, 2007, s. 116-117). Først og fremst er det klienten som er ekspert og den viktigste i sitt eget liv, understreker også Ulvestad (Ulvestad et al., 2011, s. 354-355).

I integrert behandling handler et av elementene om å overtale pasienten, etter hvert få han til å forstå at hans rusbruk er skadelig. Integrert behandling er også klar på at alle elementer i behandlingsmodellen skal få like mye oppmerksomhet for at behandlingen skal ha effekt (Mueser et al., 2006, s. 47-52). Dette kan forstås som en motsetning til recoveryorienterte tjenester der pasienten selv definerer hva som er et godt liv for han. Landheim peker på studier som viser at andre faktorer enn behandling som kan være like betydningsfullt for bedringsprosesser. Familie, venner som ikke er en del av rusmiljøet, meningsfulle hverdager, bolig og økonomi er eksempler på faktorer som er vel så viktig som behandling (Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl & Biong, 2016, s. 39). Slade i recoveryorientert tenkning påpeker på sin side at det skal unngås å presse på pasienten egne synspunkter og antakelser som har betydning for pasienten og det skal fokuseres på pasientens mål (Slade, 2017, s. 25). Dette synet støttes av flere, blir pasienten presset til noe han ønsker, kan dette føre til økt motstand fra pasienten og i verste fall føre til frafall fra behandling (Skårderud, Stänicke, Haugsgjerd & Engell, 2010, s. 443-444).

Det blir en utfordring for henvisere og skulle iverksette tiltak anbefalt fra TSB utredningen når pasienten ikke møter til avtalt time. Sorsa med flere (2017) fant i sin studie, at en av utfordringene med å hjelpe pasienter i denne pasientgruppen, er pasientens motivasjon. Pasienten kan godt ha mål for sin bedring, men han har gjerne andre mål enn det tjenestene kan ha (Sorsa et al., 2017, s. 404). Lauveng (2005) på sin side hevder at mange ting som gjøres ut fra beste mening overfor pasienten, ikke sikkert oppleves slik av pasienten (Karlsson, 2005, s. 426-427). Ørstavik (2008) hevder at det å få en diagnose man ikke er enig i, eller å ikke ha blitt hørt i sine meninger, kan sees på som en krenkelse (Ørstavik, 2008, s. 116). Flere av henviserne pekte på dette, pasienten var ikke enig i resultatet som kom frem under utredningen. Pasientene opplevde blant annet at utredningen konkluderte med at det var noe annet enn det han selv opplevde som var problemet hans. At ikke pasienten er enig i det resultatet utredningen har konkludert med som er hans problem, hvordan virker dette inn på pasienten og hans motivasjon? Således kan man stille spørsmål,

hva defineres som friskt kontra hva er sykt, og går det an å oppleve seg som frisk selv om man har symptomer? Og hvem skal så ha rett til å definere dette? Og hvor går grensene for hva som regnes som friskt (Kinderman, 2016, s. 63-64)?

Flere av henviserne som deltok i studien kunne fortelle om pasienter som enten ikke hadde fått svar på sine utfordringer ved utredningsoppholdet, eller så hadde utredningsoppholdet gitt pasientene en diagnose pasienten selv var uenig i. Som det viser seg i studien her, er det ikke uvanlig at pasienten er uenig i diagnosen, men denne må likevel settes ut fra objektive kriterier, men kanskje kan det være for dårlig forklart og begrunnet for pasienten? WHO sin plan for psykisk helse (World Health Organization, 2013) og i veilederen «Oppfølging av personer med store og sammensatte behov» er empowerment et sentralt begrep. Tjenestene skal ha fokus på hva som er viktig for pasienten, snarere enn hva som er galt med han (Helsedirektoratet, 2017, s. 14). Dette sier også Sykehuset Innlandet i sin virksomhetsstrategi for 2019-2022, et av målene for pasientbehandling fremover, skal handle om å endre perspektiv fra «Hva feiler det deg» til «Hva er viktig for deg»? (HF Sykehuset Innlandet, 2019, s. 23). Hvordan står dette sammen med at pasienten blir skrevet ut fra utredning med et resultat han ikke er enig i? I hvor stor grad har det vært dialog med pasienten i forhold til å forslag om videre behandling eller diagnosesetting? Og hvordan ser dette ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv? Hvor mye koster det samfunnet per pasient som er inne til utredning, og sett ut fra dette, hvor stor er verdien på utredningen hvis det ikke fører til at pasienten opplever å få de svarene han hadde et håp om å få, eller får svar han ikke er enig i? Aarre (2018) hevder at mange pasienter ikke kjenner seg igjen i diagnoser de gjerne får eller anbefalte tiltak om videre behandling, fordi de ikke ser på seg som syke. De opplever heller at de har utfordringer i livene sine som de trenger hjelp til å løse. Hjelp til selvhjelp, praktisk hjelp og hjelp til konkret problemløsning settes større pris på av mange pasienter, i stedet for behandling hos bestemte spesialiserte helsetjenester (Aarre, 2018, s. 48-49). Pasienten kan også være mer opptatt av å finne unnskyldninger for å bruke rusmidler enn å være opptatt av å finne ut om bruken er problematisk (Duckert, Lossius, Ravndal & Sandvik, 2008, s. 71-73) (Urmanche et al., 2019, s. 140-142). Sett fra et recoveryorientert perspektiv så kan ingen tvinge pasienten til å slutte med alkohol, men i stedet støtte pasienten i å utvikle mål å jobbe mot og la pasientens mål være det som styrer praksis (Slade, 2017, s. 21).

Rønning (2007) hevder at når en forsøker å lede pasienten mot det hjelperne mener er bra for pasienten, kan dette sees på som en patriarkalsk holdning, og på slik lever maktforholdet mellom pasienten og hjelper videre (Askheim, Starrin & Heyerdahl, 2007, s. 44-45). Dette

kan få pasienten til å kjenne på mistillit ved ikke å bli hørt (Karlsson & Borg, 2018, s. 90-91). Arnhild Lauveng påpeker at det skal mye til fra pasientens sin side å si seg uenig og stille seg kritisk til psykisk helsevern (Karlsson, 2005, s. 430). Overføres dette til en utredningssituasjon, der pasienten får en diagnose han ikke er enig i, eller ikke skårer høyt nok på testene til å få en diagnose, og på den måten ikke finner svar på sine spørsmål, kan dette føre til brudd i tilliten til behandlingsapparatet. Hva gjør dette med pasientenes tiltro til tjenestene og hvordan påvirker dette pasientens motivasjon? På en annen side så trenger det ikke være slik at en merkelapp eller en diagnose vil gjøre det lettere for pasienten å finne svar (Kinderman, 2016, s. 64-66). Om tilliten blir brutt, skal det mye til før den gjenvinnes (Karlsson & Borg, 2018, s. 90-91). Lauveng på sin side sier at bare gjennom et virkelig samarbeid mellom pasienten og tjenestene, kan det bli gode resultater (Karlsson, 2005, s. 428). Dette understreker Johansen (2018), det som virker i pasientbehandlingen er når pasientens egen erfaringskunnskap får spille hovedrollen og når behandlingen får skje på pasientens vilkår (Karlsson & Borg, 2018, s. 96).

6.4 Variasjoner i videre tjenestetilbud som utfordringer

I studien kommer det frem at det videre tjenestetilbudet henvisere kan henvise pasienten til, varierer fra kommune til kommune. Derfor kan det bli en utfordring å iverksette tiltak som TSB utredning anbefaler. ROP-retningslinjen er tydelig på at pasienter med samtidig rus og psykiske lidelser skal behandles integrert og samtidig (Helsedirektoratet, 2012, s. 60). Dette kan tolkes som ROP-retningslinjen sier at alle pasienter med ROP-lidelser skal ha en integrert behandling. Om dette sier WHO (2019) at selv om det foreligger studier som kan tyde på at dette er effektivt, vet man ennå for lite til at dette kan konkluderes entydig med (C. World Health Organization, 2019, s. 17-18). Dette er noe Den Norske Legeforening (2019) også påpeker, selv om det har foregått mye forskning rundt dette temaet, er kunnskapsgrunnlaget fortsatt for lite til at det kan konkluderes med både årsaker til lidelsene og effekten av tilgjengelige behandlingsformer (Legeforening, 2019, s. 11). Mchugh (2015) sier at behandling av kun den ene lidelsen ikke nødvendigvis fører til bedring av den andre lidelsen. Hun sier videre at om kun den ene lidelsen blir behandlet, kan det føre til betydelig nød og funksjonshemming. Hun sier også mer kunnskap om integrert behandling er nødvendig (McHugh, 2015, s. 16-17).

Flere henvisere påpeker at det er varierende tilbud i kommunene og varierende hva kommunene får til av behandling. Dette samsvarer med rapporten «Det heng dårleg saman» fra Helsetilsynet om tilsyn med kommunale tjenester til personer med samtidig rusproblem og psykisk lidelse, fra 2017-2018 (Helsetilsynet, 2019a, s. 4-7). Rapporten viser at det er svikt i kartleggingen, noe som fører til at det blir vanskelig å vite om pasienten får den oppfølgingen han har behov for (Helsetilsynet, 2019a, s. 12-14). Videre viser tilsynet at blant annet hjelpen var utilstrekkelig planlagt og koordinert og individuell plan blir lite benyttet i kommunen (Helsetilsynet, 2019a, s. 15). Dette kommer også frem i denne studien, i flere tilfeller kjenner ikke henviserne til om pasienten har noen individuell plan i kommunen. På den andre siden er det frivillig å ha individuell plan, og ikke alle pasienter ønsker å ha en slik plan. Funn i studie fra Finland viser også at en av utfordringene i behandling av pasienter i denne pasientgruppen, er at tjenestene er for dårlig koordinerte. Det viset seg også i studien at ulike tjenester hadde sine egne mål for pasientene (Sorsa et al., 2017, s. 403-404).

Tilsynet avdekker også manglende kompetanse for samtidig ruslidelser og psykiske lidelser i kommunene (Helsetilsynet, 2019a, s. 28-29). Funn i den finske studien tyder også på at en utfordring rundt behandling av ROP-pasienter er manglende kompetanse ute i feltet for hvordan møte disse pasientene (Sorsa et al., 2017, s. 403). Således blir det også utfordrende for henvisere å skulle iverksette anbefalte tiltak fra TSB utredning. Sorsa et al. (2017), viser også til det samme resultatet i sin studie, det kommer an på den personlige interessen til den enkelte ansatte, hvilken behandling pasienter i denne pasientgruppen får (Sorsa et al., 2017, s. 403). Dette betyr igjen at det blir tilfeldig hvem henviserne møter ute i kommunene, og derfor kan det bli tilfeldig hvilken behandling pasientene får. Og igjen vil dette kunne føre til utfordringer ved iverksettelse av videre tiltak. Når dette er sagt, må det også sies at rapporten fra Helsetilsynet «Det heng dårleg saman» understreker at mange kommuner får til gode tjenester. Tilsynet viste at kommunene som lykkes i sitt arbeid har kompetente fagpersoner, og en god ledelse som legger til rette for at tjenestene blir forsvarlige (Helsetilsynet, 2019a, s. 4). Dette understreket også henvisere, det foregår mye bra arbeid ute i kommunene, selv om ikke alt er bra.

7 Avslutning/Konklusjon

Studiens hensikt var å undersøke hvilke utfordringer henvisere ved DPS erfarer ved iverksettelse av anbefalte tiltak for pasienter som har vært til utredning ved TSB døgn, for mulig samtidig rus- og psykisk lidelse. Det er viktig å bemerke at denne oppgaven har hatt fokuset på utfordringer, og ikke nytteverdien av utredningen. Dette betyr ikke at det også ble pekt på mange positive sider ved utredningen og dens resultater, fra henvisers side.

Funnene i studien viser at de største utfordringene slik henviserne opplevde i forhold til den videre behandlingen til disse fire pasientene var for det første epikrisen, og derav ulik forståelse av pasienten mellom utredningsenheten og henviser. Det andre hovedfunnet var utfordringer knyttet til forhold ved pasienten. Dette dreier seg blant annet om pasientens kunnskap og motivasjon for videre behandling. Det tredje hovedfunnet handler om variasjoner fra kommune til kommune i forhold til videre behandlingstilbud ute i kommunen.

Flere henvisere i studien pekte på at hverken de eller pasienten selv kjente seg igjen slik det ble konkludert i epikrisen. I hvor stor grad fanger utredningen opp det som pasienten selv opplever er hans utfordringer, i stedet for det fagpersonell tolker som hans problemer? Hva gjør det med pasienten å ikke få svar til tross for seks til åtte uker innlagt for et utredningsopphold? Og hva gjør det med motivasjonen for videre behandling å få en diagnose man er uenig i? Grunner til at pasienten ikke møter opp til time for videre behandling? Videre forskning på dette temaet og årsaker til at dette forekommer ville gi utredningen verdifulle svar for både utredningen, henvisere og pasienten selv. Videre forskning ute i kommunene er også et tema for videre forskningsarbeid. Hva opplever ansatte i kommunen som utfordringer rundt videre behandling av denne pasientgruppen? Hvordan er det for eksempel mulig å tilby pasienten et helhetlig tilbud ute i griskrendte strøk? Videre forskning på disse temaene kan bidra til svar som igjen vil føre til mer helhetlige tjenester som pasienten kan nyte godt av.

Litteraturliste

- Aarre, T. F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforl.
- Anstorp, T. & Benum, K. (2014). *Traumebehandling : komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P., Starrin, B. & Heyerdahl, C. H. (2007). *Empowerment : i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2012). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe.
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser : en systematisk kunnskapssammenstilling*. Drammen: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Borg, M. & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner : om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforl.
- Bramness, J. G. (2018). *Hva er avhengighet*. Oslo: Universitetsforl.
- Bramness, J. G. & Bretteville-Jensen, A. L. (2019). *Cannabisboka*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research design : qualitative, quantitative & mixed methods approaches* (5th edition. utg.). Los Angeles, California: Sage.
- Duckert, F., Lossius, K., Ravndal, E. & Sandvik, B. (2008). *Kvinner og alkohol*. Oslo: Universitetsforl.
- Evjen, R., Øiern, T. & Kielland, K. B. (2012). *Dobbelt opp : om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforl.
- Gildberg, F. A. & Hounsgaard, L. (2018). *Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning*. Aarhus: Klim.
- Hall, C., Bjørner, T., Martinsen, H., Stavem, K. & Weberg, R. (2007). Den gode epikrise - kriterier og evaluering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(8), 1049-1052.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring (IS-2076)*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf> - Lastet ned 17.02.19
- Helsedirektoratet. (2017). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov - Nasjonal veileder* Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov#!> Lastet ned 25.10.2019
- Helsedirektoratet. (2019). *Pakkeforløp Rusbehandling (TSB)*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb> Lastet ned 31.03.2020
- Helsetilsynet. (2019a). *Det heng dårleg saman*. Oslo: Helsetilsynet. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2019/det-heng-darleg-saman-landsomfattande-tilsyn-i-20172018-med-kommunale-tenester-til-personar-med-samtidig-rusmiddelproblem-og-psykisk-liding-oppsummeringsrapport/> Lastet ned 24.03.20
- Helsetilsynet. (2019b). *Et stykke igjen til likeverdige tjenester*. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2019/et-stykke-igjen-til-likeverdige-tjenester/> - Lastet ned 22.04.2020

-
- Karlsson, B. (2005). «Liv er bevegelse» – Arnhild Lauveng (A.L.) i samtale med Bengt Karlsson, Tidsskrift for psykisk helsearbeid (TPH). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (04), 424-433.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2018). *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid : recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling*. Bergen: Fagbokforl.
- Kinderman, P. (2016). *Fra sykeliggjort til aktiv deltaker : i stedet for dagens psykiatri*. Oslo: Abstrakt forl.
- Kolstad, A. & Kogstad, R. (2019). *Medikalisering av psykososiale problemer*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landheim, A. S., Wiig, F. I., Brendbekken, M., Brodahl, M. & Biong, S. (2016). *Et bedre liv : historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Legeforening, D. N. (2019). *Bedre psykiatri og rusbehandling*. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/om-oss/rapporter/bedre-psykiatri-og-rusbehandling/> Lastet ned 31.03.2020
- Lossius, K. (2012). *Håndbok i rusbehandling : til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lyberg, A., Andvig, E. & Hummelvoll, J. K. (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- McHugh, R. K. (2015). Treatment of Co-occurring Anxiety Disorders and Substance Use Disorders. *Harvard review of psychiatry.*, 23(2), 99-111. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000058>
- Meruelo, A. D., Castro, N., Cota, C. I. & Tapert, S. F. (2017). Cannabis and alcohol use, and the developing brain. *Behavioural Brain Research*, 325(Pt A), 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2017.02.025>
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E. & Fox, L. (2006). *Integrert behandling : av rusproblemer og psykiske [psykiske] lidelser*. Oslo: Universitetsforl.
- Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforl.
- Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier : den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforl.
- Norvoll, R. (2019). *Samfunn og psykisk helse : samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Omsorgsdepartementet, H.-o. (2019). *Helsepersonelloven – hpl*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> Lastet ned 22.01.2020
- Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S. A. M. D. & Engell, S. (2010). *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery : en veiledning for psykisk helsepersonell* (2. utg. utg.). Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Sorsa, M., Greacen, T., Lehto, J. & Åstedt-Kurki, P. (2017). A Qualitative Study of Barriers to Care for People With Co-Occurring Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 399-406. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.013>
- Sykehuset Innlandet, H. *Enhet for utredning (TSB)*. Hentet fra <https://sykehuset-innlandet.no/avdelinger/avdeling-for-tsb/avdeling-for-tsb-sanderud/enhet-for-utredning-tsb#mer-informasjon> - Lastet ned 01.05.2020

- Sykehuset Innlandet, H. (2019). *Virksomhetsstrategi 2019-2022*. Hentet fra <https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2018-06/046-2018%20Vedlegg%2001%20Virksomhetsstrategi%20SI%202019-2022.pdf> Lastet ned 07.04.2020
- Thornicroft, G., Szmukler, G., Mueser, K. T. & Drake, R. E. (2011). *Oxford textbook of community mental health*. Oxford: Oxford University Press.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J.-I. & Domingo-Salvany, A. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Luxembourg: Luxembourg : Publications Office.
- Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A.-G. & Fjeldstad, T. (2011). *Klienten - den glemte terapeut : brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Urmanche, A. A., Oliveira, J. T., Gonçalves, M. M., Eubanks, C. F. & Muran, J. C. (2019). Ambivalence, Resistance, and Alliance Ruptures in Psychotherapy: It's Complicated. *Psychoanalytic Psychology*, 36(2), 139-147. <https://doi.org/10.1037/pap0000237>
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(02), 119-147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
- World Health Organization. (2013). *The European Mental Health Action Plan 2013-2020*. Hentet fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf?ua=1 - Lastet ned 28.01.2020
- World Health Organization, C. (2019). Harmful use of alcohol, alcohol depece and mental health conditions. Hentet fra <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/harmful-use-of-alcohol,-alcohol-dependence-and-mental-health-conditions-a-review-of-the-evidence-for-their-association-and-integrated-treatment-approaches-2019> - Lastet ned 18.09.2019
- Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 111-119.

Vedlegg 1 Godkjenning fra NSD

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

” Tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet og et bedre liv”?

Referansenummer

483253

Registrert

28.03.2019 av Randi Ingunn Lien

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Børge Baklien

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Randi Ingunn Lien

Prosjektperiode

01.04.2019 - 05.05.2020

Status

09.05.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

09.05.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 09.05.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil for utvalg 2 behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse, og alminnelige personopplysninger, og for utvalg 1 kun alminnelige personopplysninger, frem til 05.05.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Utvalg 1: Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

Utvalg 2: Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE

REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold

Vedlegg 2 Intervjuguide

Intervjuguide

Åpne med å presentere meg

Pasienten

Hvordan opplevde pasienten utredning på TSB? Hva slags uttrykk gir han av oppholdet i etterkant?

Opplever du at pasienten er enig i det som kom frem under utredningen og videre planer?

Hvordan snakker dere om hva rusen betyr for han? Hva slags funksjon den har?

Pasientens motivasjon for å slutte med rus, -hva motiverer pas til endring?

Etter utredning

Det som vektlegges i epikrisene fra TSB, hvordan opplever du de videre anbefalingene fra TSB?

-langvarige og koordinerte tjenester, hvilke tanker har du rundt dette?

Hvilke oppfatninger har du av pasienten, kjenner du han igjen i epikrisen?

Vil du fortelle meg litt om hva man har lyktes med etter utredning og hva tror du grunnen er til dette? –og omvendt?

Om det er noe man ikke lyktes med etter utredningen, hva forstår du kan være grunnen?

Legges det vekt på pasientens stemme og ressurser? Brukermedvirkning; - myndiggjøring, tilhørighet, håp og optimisme, identitet, mening og mål han har?

Samarbeid

Hvordan opplever du samarbeidet mellom helseteamet i kommunen/ spesialisthelsetjenesten?

Hvordan opplever du samarbeidet med kommunen? Ideer til forbedring/få det enda bedre?

Har pasienten Individuell Plan og fått oppnevnt en koordinator i kommunen?

Finnes det eventuelle barrierer som gjør at utredninger ikke benyttes av henvisende instans?

Har du noen tanker om hva du kunne ønske var annerledes?

Hvilke tanker har du rundt pakkeforløpet?

Oppsummert

Hva er de største utfordringene når det gjelder å iverksette tiltak anbefalt av TSB slik du opplever det?

Hvordan tenker du eventuelt at situasjonen kan forbedres? Hva kunne vært annerledes?

Avslutte med å spørre om det er noe mer vedkommende vil si, som jeg ikke har spurt om.

Vedlegg 3 Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet og et bedre liv”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt der formålet er å undersøke hvordan pasienter som utredes ved Tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet (TSB) nyttiggjør seg oppholdet og hvordan de følges opp etter utredning. Vi er tre masterstudenter ved Høgskolen i Innlandet som vil skrive masteroppgaver utfra dette prosjektet. Oppgavene skal leveres våren 2020.

Formål

Hensikten med dette forskningsprosjektet er å styrke utredningsarbeidet ved Tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet i Sykehuset Innlandet, slik at pasientene kan få et så bra tilbud som mulig. Prosjektet vil gi mer kunnskap om hva som vektlegges i utredningen og hva pasienter og hjelpeapparatet ser som nyttig med tanke på utredningsarbeidets betydning for livet etter utskrivelse. Vi trenger dine erfaringer, tanker og meninger for å kunne forbedre helsetjenestene.

Forskningsfokus

Vi ønsker å finne ut hva henvisende instans mener om nytteverdien av utredningsopphold ved TSB.

Vi ønsker i tillegg å finne ut av hvilke forventninger pasientene har til utredningsoppholdet. Hva de ønsker at utredningsoppholdet skal bidra til, og hva de selv tenker kan bidra til et bedre liv etter utskrivelse.

Hva innebærer det for deg å delta?

- Det vil bli gjennomført et intervju med deg noen måneder etter at pasienten som du har henvist er ferdig med utredningsoppholdet ved TSB. Intervjuet vil vare i 30-60 minutter. Du vil bli bedt om å svare på spørsmål som handler om hvordan du opplever at pasienten har nyttiggjort seg utredningsarbeidet og hvordan pasienten følges opp i kommunen. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd slik at vi kan skrive ned intervjuet ord for ord. Innholdet i intervjuene vil bli analysert for å finne en dypere forståelse av det du forteller. De som intervjuer deg har taushetsplikt, og det du sier vil bli presentert i anonymisert form.

Hva har pasientene samtykket til?

- Pasientene som er inkludert i prosjektet har gitt informert samtykke til at henvisende instans kan gi informasjon om hvilke tiltak de har planlagt eller satt i gang. Pasientene har også samtykket til at deler av epikrisen benyttes for å undersøke om pasientene har fått den hjelpen og oppfølgingen som anbefales, og hvordan

utredningsoppholdet og oppfølgingen samsvarer med det pasientene selv vektlegger som viktig for et bedre liv.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene som innhentes til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil ikke være mulig å kjenne igjen enkeltpersoner i det som blir skriftliggjort.

Ditt navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Vi kommer til å lagre datamaterialet på forskningsserver på PC som er innelåst og kryptert. Du vil ikke kunne gjenkjennes i det som publiseres i masteravhandlingene. Vi vil publisere innholdet som kommer frem i intervjuene og korte sitater fra det du forteller under intervju.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai 2020. Da vil alle personopplysninger og opptak slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger?

Vi behandler opplysninger om pasienter basert på muntlige og skriftlige samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Personvernombud ved Høgskolen Innlandet, Hans Petter Nyberg

Førstemanuensis Børge Baklien ved Høgskolen i Innlandet er ansvarlig for dette prosjektet. Ønsker du mer informasjon om prosjektet, har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Prosjektleder: Børge Baklien,

Med vennlig hilsen

Børge Baklien
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Randi Lien
Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet og et bedre liv*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju som skal analyseres og beskrives i masteravhandlingene

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 05.05.20.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)