

# **Fra reform til hverdag**

En fenomenologisk-hermeneutisk studie av hvordan sykepleiere i psykiatriske avdelinger har opplevd endringer i deres kliniske hverdag etter rusreformen

**Knut Tore Sælør**



**Mastergradsoppgave ved Avdeling for helsefag**

**HØGSKOLEN I BUSKERUD**

18.05.2010





HØGSKOLEN I BUSKERUD  
Avdeling for helsefag

<b>Navn:</b> Knut Tore Sælør	<b>Dato:</b> 18.05.2010
<b>Tittel og undertittel:</b> Fra reform til hverdag - En fenomenologisk-hermeneutisk studie av hvordan sykepleiere i psykiatriske avdelinger har opplevd endringer i deres kliniske hverdag etter rusreformen.	
<u>Sammendrag:</u> <b>Bakgrunn:</b> Sammenhengen mellom psykiske lidelser og rusmisbruk er godt dokumentert, men psykiatriske avdelinger har tradisjonelt fraskrevet seg ansvaret for pasienter som sliter med rusmiddelmisbruk i tillegg til sin psykiske lidelse. Med rusreformen fikk rusmiddelmisbrukere pasientrettigheter på linje med alle andre pasienter og reformen skulle bidra til å gi bedre tjenester og behandlingsresultater. Gjennom litteratursøk har jeg funnet lite forskning som omhandler sykepleieres opplevelse av hvordan reformen har påvirket deres kliniske hverdag. <b>Hensikt:</b> Å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere i psykiatriske avdelinger har erfart sin kliniske hverdag etter rusreformen. <b>Teoretisk forankring:</b> Referanserammen tar utgangspunkt i teorier om integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser. <b>Metode:</b> Studien har en deskriptiv, eksplorerende og tolkende design. Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av fokusgruppeintervju. Lydopptak av intervjuet ble transkribert i sin helhet og analysert i tråd med en fenomenologisk-hermeneutisk metode. <b>Resultat:</b> Sykepleierne i studien har erfart et økt fokus på rus, og større pågang av pasienter som bruker rusmidler i de psykiatriske avdelingene. Samtidig opplevde de egen kunnskap i forhold til pasientgruppa som mangelfull. De mente i tillegg at kompetanseheving i forhold til rus nedprioriteres, og at endringer går sakte, noe de i stor grad tiller lokal ledelse. Mangel på behandlingsplasser, tid og personell er faktorer som bidrar til en opplevelse av ikke å kunne gi pasientgruppen et tilfredsstillende tilbud. <b>Konklusjon:</b> Sykepleierne har etter reformen fått oppgaver de ikke opplever seg faglig rustet til å løse, samtidig som de mener det mangler ressurser for å kunne gi tilfredsstillende hjelp til pasienter med dobbeltdiagnose. Resultatet er en opplevelse av ikke å strekke til, både på individ- og systemnivå. <b>Nøkkelord:</b> rusreform, sykepleie, dobbeltdiagnose, integrert behandling, fokusgruppe, fenomenologisk-hermeneutisk <b>Antall ord:</b> 7478 <b>Antall ord i artikkel:</b> 2998	



**BUSKERUD UNIVERSITY COLLEGE**  
**Department of Health Sciences**

<b>Name:</b> Knut Tore Sælør	<b>Date:</b> 05.18.2010
<b>Title and subtitle:</b> The gap between the Health Care Reform for Substance Abusers and everyday living - A phenomenological-hermeneutical study on how nurses in psychiatric wards have experienced changes in their nursing practice in the aftermath of the reform.	
<u>Abstract:</u> <b>Background:</b> The relationship between mental illness and substance abuse is well documented. Traditionally though, psychiatric wards have disclaimed the responsibility concerning patients who suffer from substance dependency in addition to mental illness. The health care reform was meant to give substance abusers the same rights as all other patients, and the reform was supposed to contribute to better services and therapeutic results. Throughout literature seeking, I have found little research that deals with the nurses' own experiences related to the reform, and in which manner it has had an impact on their nursing practice. <b>Purpose:</b> To contribute to a higher level of knowledge on how nurses in mental services have experienced their nursing practice following the reform. <b>Theoretical foundation:</b> The reference is based on theories about integrated treatment of substance abuse and mental illness. <b>Method:</b> The study has a descriptive, explorative and interpretive design. Data were collected in a focus group interview. The recorded interview was transcribed verbatim, and a phenomenological-hermeneutic approach was used to analyse the data. <b>Results:</b> The nurses in this study have experienced an increased focus concerning substance dependency, and an influx of in-patients using substances in psychiatric wards. At the same time they have experienced a lack of knowledge regarding dual diagnosis patients. Moreover they have a general feeling that competence elevation is being downgraded, and that the alteration is slow, which they ascribe local leadership. The lack of available services, time and personnel are all factors that contribute to the feeling of not being able to give this group of patients a satisfying service. <b>Conclusion:</b> Following the reform, nurses have been given task that they do not consider themselves competent in solving. At the same time they claim that there is a lack of resources in order to provide satisfying services for patients with dual diagnosis. The result is a feeling of not being able to suffice, both as an individual and as part of a system.	
<b>Key words:</b> Health care reform, nursing, dual diagnosis, integrated treatment, focus group, phenomenological-hermeneutical	

## INNHALDSFORTEGNELSE:

KAPITTEL 1 INNLEDNING OG BAKGRUNN .....	1
1.1 Oppgavens oppbygning .....	1
1.2 Innledning.....	1
1.3 Bakgrunn .....	2
1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål .....	3
1.5 Begrensninger og definisjoner .....	3
KAPITTEL 2 TEORETISK REFERANSERAMME .....	4
2.1 Klargjøring av egen for forståelse .....	4
2.2 Integreert behandling .....	4
2.3 Viktige komponenter i integreert behandling .....	5
2.4 Utfordringer knyttet til integreert behandling .....	6
2.5 Begrunnelse for valg av teoretisk referanseramme .....	7
KAPITTEL 3 DATAINNSAMLINGSMETODE .....	8
3.1 Fokusgruppeintervju.....	8
3.2 Utvalg .....	8
3.3 Refleksjon rundt rekruttering .....	9
3.3.1 Flerstegsfokusgruppe som alternativ datainnsamlingsmetode .....	10
3.4 Forberedelser til intervju .....	10
3.5 Gjennomføring av intervju .....	11
3.6 Etske refleksjoner rundt deltagelse .....	12
3.6.1 Etske refleksjoner rundt publisering .....	12
KAPITTEL 4 ANALYSE .....	14
4.1 Valg av analysemetode.....	14
4.2 Gjennomføring av analysen .....	15
KAPITTEL 5 OPPSUMMERING AV MANUSKRIFTET .....	16
5.1 Metode.....	16
5.2 Resultat.....	16
5.2.1 Naiv forståelse.....	16
5.2.2 Strukturell analyse.....	16
5.2.3 Helhetsforståelse .....	17
5.3 Konklusjon .....	17
KAPITTEL 6 KLINISK RELEVANS .....	19
6.1 Hensikten med studien .....	19
6.2 Diskusjon.....	19
6.3 Avslutning .....	21
Litteratur.....	23
ARTIKKELMANUSKRIFT .....	26
Vedlegg 1. Eksempler fra analyseprosessen	
Vedlegg 2. Søknad om tilgang til data	
Vedlegg 3. Informasjonsskriv til deltagere	
Vedlegg 4. Forfatterveileder for Tidsskriftet Sykepleien Forskning	

## KAPITTEL 1 INNLEDNING OG BAKGRUNN

### 1.1 Oppgavens oppbygning

Dette essayet utgjør, sammen med et artikkelmanuskript, en mastergradsoppgave i klinisk helsearbeid. Å skrive et artikkelmanuskript har på mange måter vært utfordrende, og for egen del en førstegangserfaring. Særlig har antall ord til rådighet for å oppsummere en snart to års lang prosess gitt hodebry. I essayet vil jeg prioritere å utdype refleksjoner og avgjørelser som er gjort i forhold til metode, teoretisk ståsted og etikk. Denne delen av arbeidet med oppgaven har vært en viktig del av egen læreprosess, men det har ikke vært mulig å gi det den plassen det fortjener i artikkelen på grunn av dens begrensede omfang.

Et omdiskutert spørsmål er i hvilken grad vi kan bevisstgjøre og artikulere vår tatt-for-gitt-verden når vi aktivt går inn for det... Det en uansett må bestrebe seg på, er å redegjøre best mulig for skrittene i forskningsprosessen fra valg av tematikk til siste punktum er satt. Det inkluderer valg og bruk av teoretiske perspektiver ettersom disse skrittene bidrar til å belyse det aktuelle problemfelt og de valgte fenomener på *bestemte* måter (Thornquist, 2003, s.198).

Etter beste evne har jeg i essayet forsøkt ikke å gjenta for mye av det som presenteres i artikkelen. Med utgangspunkt i rammene som er gitt i studieplanen har det allikevel vært vanskelig å unngå dette. Etter innledning og bakgrunn for studien følger en presentasjon av teoretisk referanseramme. Deretter følger noen refleksjoner rundt datainnsamling, før valg av analysemetode, og arbeidet med analysen, blir presentert. Et kort sammendrag av artikkelmanuskriptet etterfølges så av refleksjoner over funnenes kliniske relevans. Med bakgrunn i min forståelse av studieplanen har hovedvekten i essayet blitt lagt på presentasjon av, og refleksjon rundt, teoretisk ståsted og metode. Dette har resultert i at funnene hovedsakelig presenteres i artikkelmanuskriptet. Til sist i oppgaven finnes artikkelmanuskriptet og vedlegg. I alle vedleggene er navn eller lignende som kan bidra til å identifisere deltagerne fjernet og markert slik: (.....)

### 1.2 Innledning

Sammenhengen mellom psykiske lidelser og rusmisbruk er godt dokumentert (Evjen, Boe Kielland, Øiern, 2007; Mueser, Noordsy, Drake og Fox, 2006; Ringen, 2008). Landheim, Bakken og Vaglum (2002) fant i en undersøkelse at 41% av rusmiddelmissbrukere som kom til behandling ved rusmiddeltiltak tidligere hadde mottatt behandling innen psykisk helsevern. Fra psykisk helsevern er det i en studie funnet udekket behov for rusbehandling hos 51% av

pasientene som i tillegg til sin psykiske lidelse også hadde rusproblemer (Gråwe og Ruud, 2006). Tradisjonelt har psykiatriske avdelinger fraskrevet seg ansvaret for pasienter som sliter med rusmiddelmissbruk i tillegg til sin psykiske lidelse. Denne pasientgruppen har ikke fått et tilfredsstillende tilbud verken i rus- eller psykiatrisektoren, og har vært kasteballer mellom to separate systemer (Evjen et al, 2007; Helse- og Omsorgsdepartementet, 2001; Kunnskapssenteret, 2008; Skretting, 2005).

Med rusreformen, som ble endelig iverksatt 1. januar 2004, fikk rusmiddelmissbrukere pasientrettigheter på linje med alle andre pasienter, og reformen skulle bidra til å gi bedre tjenester og behandlingsresultater. Det pekes blant annet på nødvendigheten av å styrke døgnbehandlingstilbudet til gruppen i det psykiske helsevernet, i tillegg til et behov for å redusere ansvarsfraskrivelse og gråsoneproblematikk i forhold til pasientgruppa (Sosialdepartementet, 2003). Også det faglige nivået i behandlingstilbudet omtales i reformen: ”I helsetjenesten er det ikke nok kunnskap om rusmiddelproblemer, og om forholdet mellom disse problemene og psykiske og somatiske lidelser” (Sosialdepartementet, 2003, s.14).

### 1.3 Bakgrunn

At arbeidet med å implementere en slik reform skulle by på utfordringer er ikke vanskelig å forestille seg. Skretting (2005) har påpekt at mangel på kompetanse, sammen med manglende vilje til å imøtekomme gruppen fra behandlerapparatets side, er noe av grunnen til at rusmiddelmissbrukerne tradisjonelt har kunnet oppleve å ikke få nødvendig helsehjelp. Helsetilsynet gjennomførte i 2006 et landsomfattende tilsyn med tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelbrukerne etter rusreformen (Helsetilsynet, 2007). International Research Institute of Stavanger (IRIS) har gjennomført to evalueringer av rusreformen, hvorav den ene tar for seg nasjonale forhold og den andre fokuserer spesielt på forholdene i Oslo (Lie, 2007; Lie og Nesvåg, 2007). Å trekke en enkel og entydig konklusjon på bakgrunn av disse publikasjonene vil være umulig, samtidig som det vil være vesentlig hvilke forventninger man har hatt til reformen. Allikevel er det tydelig at det er rom for forbedringer. I evalueringen av de nasjonale forholdene hevdes det at: ”Til nå synes implementeringen av rusreformen å ha ført til et mer fragmentert og rigid tilbud, med mange brudd i behandlingsforløpene og mindre individuelt tilpasset behandling” (Lie og Nesvåg, 2007, s.136).

#### 1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål

På tross av flere evalueringer og det faktum at rusreformen er hyppig omtalt i litteratur, fagartikler og offentlige publikasjoner har jeg funnet lite forskning som omhandler sykepleieres opplevelse av hvordan reformen har påvirket deres kliniske hverdag. Både som premissleverandører og fagutøvere utgjør sykepleierne en viktig del av dagens tverrfaglige helsevesen. Skal kompetanse, holdninger og samhandlingsklima bedres, og en reform av denne art implementeres, må alle aktører inkluderes. Hensikten med studien er å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere i psykiatriske avdelinger har erfart sin kliniske hverdag etter rusreformen. For å belyse problemstillingen er følgende forskningsspørsmål utarbeidet:

- Hvordan opplever noen sykepleiere i psykiatriske avdelinger at deres kliniske hverdag har endret seg etter rusreformen?
- Hvordan konstrueres mening om disse endringene?

#### 1.5 Begrensninger og definisjoner

Det som i essayet og artikkelmanuskriptet omtales som ”rusreformen” består i realiteten av to Odeltingsproposisjoner, eller Rusreform I og II. I essayet vil disse for enkelhets skyld omtales i entall. Psykiatriske avdelinger inkluderer i denne sammenheng ulike døgnposter på spesialisthelsetjenestnivå. Med klinisk hverdag menes det arbeid som til daglig utføres av sykepleiere i tverrfaglige team på de ulike psykiatriske avdelingene. Dette inkluderer samhandling med pasienter, andre faggrupper og samarbeidspartnere utenfor sykehusavdelingene.

Betegnelsen dobbeltdiagnose er som regel brukt der pasienter med en alvorlig psykisk lidelse også har et omfattende rusmisbruk (Evjen et al, 2007). Begrepet er til dels omstridt både nasjonalt (Evjen, 2007; Rusbehandling Midt-Norge, 2005), og internasjonalt med det engelske *dual diagnosis* (Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K.B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F.C., Clark, R.E. og Rickards, L., 2001; Todd, J., Green, G., Harrison, M., Ikuesan, B.A., Self, C., Baldacchino, A. og Sherwood, S., 2004). I offentlige publikasjoner er begrepet dobbeltdiagnose ofte reservert til å gjelde spesifikke diagnoser (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Når det allikevel benyttes i oppgaven er det fordi det sammenfaller med terminologi fra egen klinisk hverdag, samt litteratur som utgjør teorigrunnlaget i oppgaven.



## KAPITTEL 2 TEORETISK REFERANSERAMME

### 2.1 Klargjøring av egen forforståelse

Helt siden jeg som sykepleiestudent hadde praksis ved en avdeling for pasienter med dobbeltdiagnose i 2001 har pasientgruppen og utfordringene de representerer interessert meg. Ved siden av å arbeide ved ulike psykiatriske avdelinger siden 2003 har jeg gjennomført videreutdanninger med tema ”Rus- og avhengighetsproblematikk” og ”Rusavhengighet og psykisk lidelse”. Dette har bidratt til å øke min interesse for tilbudet pasienter med dobbeltdiagnose mottar i psykiatriske avdelinger, samt de faglige og organisatoriske føringene som ligger til grunn for dette arbeidet. Egen bakgrunn har naturlig nok påvirket valg av tema og innfallsvinkel i arbeidet med oppgaven. Jeg finner det derfor hensiktsmessig å bruke noe plass på å utdype oppgavens teoretiske referanseramme i større grad enn det er mulighet for i artikkelmanuskriptet. ”Den teoretiske referanserammen er de briller vi har på når vi leser vårt materiale og identifiserer våre mønstre. På denne måten er den en integrert del av vår forskningsmetode” (Malterud, 2003, s.48). Integrert behandling slik Mueser et al (2006) presenterer det utgjør et mulig alternativ til den behandlingen som tradisjonelt har vært tilbudt pasientgruppa. Samtidig er det ingen fasit som passer for alle, verken sykehusavdelinger eller pasienter. Ikke bare har Mueser et al (2006) utgjort deler av eget pensum. Modellene forfatterne presenterer har også vært viktige i utformingen av den avdelingen jeg til daglig er ansatt ved, og utgjør følgelig en viktig del av egen forforståelse. ”Forforståelse er den ryggsekk vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter” (Malterud, 2003, s.46). I tråd med Malterud (2003) har egen forforståelse vært viktig for motivasjon i arbeid med oppgaven og preget prosessen i alle faser.

### 2.2 Integrert behandling

Sammenhengen mellom alvorlige psykiske lidelser og bruk av rusmidler er veldokumentert, men fokus på problematikken er av relativt ny dato. Samtidig har behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose i liten grad vært evidensbasert (Ringen, 2008). Mueser et al (2006) er blant dem som tar til orde for et integrert behandlingssystem i møte med pasientgruppa. Forfatterne hevder at tilnærmingen kan eliminere ulempene ved sekvensiell (å behandle den ene lidelsen før den andre) eller parallell behandling (den psykiske lidelsen og ruslidelsen behandles parallelt hos ulike behandlere). Integrert behandling er ikke i seg selv en metode eller behandlingstype, men heller en måte å organisere behandlingstilbudet på. Samtidig står integrert behandling i kontrast til det som tradisjonelt har vært praksis. Rusreformen er lite

spesifikk i forhold til faglig innhold i behandlingen, men vi kan blant annet lese at: ”Over tid vil og bør tilbudet endre seg og suppleres i tråd med medisinskfaglig utvikling og i tråd med nye behandlingsmetoder og filosofi m.v.” (Sosialdepartementet, 2003, s. 21). Helse og omsorgsdepartementet slo allerede i 2001 fast at basiskravene til kvalitetssikring bør være de samme i psykisk helsevern som i institusjoner for rusmiddelmissbrukere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001). Samtidig har sosialdepartementet, gjennom rusreformen, ambisjoner om å redusere faren for at pasienter blir kasterballer mellom to separate systemer. Med utgangspunkt i disse offentlige føringene vil integrert behandling være én mulig måte å organisere tilbudet på. Også norske forfattere argumenterer for integrert behandling: ”Som vi har vist, tyder forskning på at behandling rettet mot personer med dobbeltdiagnose nytter, forutsatt at man gir behandling på en spesiell måte. Det omfatter integrert behandling, motivasjonsarbeid og psykoedukasjon” (Evjen et al, 2007, s.231).

### 2.3 Viktige komponenter i integrert behandling

”Et *integrert* behandlingsprogram er et program der samme behandler (eller behandlingsteam) behandler både den psykiske lidelsen og ruslidelsen samtidig” (Mueser et al, 2006, s.40). At tjenestetilbudet *integreres* angår selve organiseringen av behandlingstilbudet. Pasienten sikres effektiv behandling ved at tilbud gis i samme organisasjon av samme behandlerne. *Allsidighet* innebærer at tilbudet ikke utelukkende rettes mot den psykiske lidelsen eller rusmisbruket, men også mot andre problemer som oppstår i kjølvannet av disse tilstandene. Det kan innebære hjelp med boligsituasjon, familiarbeid og lignende. *Aktivt oppsøkende virksomhet* innebærer at hjelpen også tilbys utenfor institusjoner, på tross av eventuell motvilje eller nøling hos pasientene. *Reduksjon av negative konsekvenser* inkluderer tanken om at både rusmisbruket og den psykiske lidelsen har skadelige virkninger på pasientens liv, og behandleres mål bør være å redusere disse. Dette bør foregå uten at den som skal hjelpe fordømmer eller overfører egne verdier på pasienten. Et *langsiktig perspektiv* bidrar til at man kan oppnå gode resultater hos pasienter som ellers ville avsluttet behandling i tråd med kunstige tidsbegrensninger. En *motivasjonsbasert behandling* retter tilbudet mot pasientens egen motivasjon i forhold til endring av atferd. Forfatterne bruker begrepet *behandlingsstadier*, og disse skal gi et rammeverk for å vurdere pasientens motivasjon, målsettinger, orientering og hvilke tiltak en kan anta vil ha effekt. Sentralt i et integrert behandlingstilbud holder forfatterne *felles beslutningstaking*. Dette innebærer en erkjennelse av at pasienten selv spiller en sentral rolle i å håndtere egne utfordringer og å nå de mål som

settes for behandlingen. Dette forutsetter god kjennskap til egen sykdom og behandling, noe hjelperen er ansvarlig for å gi. Forfatterne peker på flere fordeler ved å implementere rusbehandling i det tradisjonelle psykiske helsevernet. Først og fremst innebærer det at bare ett system endres. Samtidig hevdes det at siden de fleste pasienter med dobbeltdiagnose i utgangspunktet får behandling på psykiatriske avdelinger, og ikke i rustiltak, vil implementering av rusbehandling i disse avdelingene sørge for at flere pasienter blir fanget opp (Mueser et al, 2006).

#### 2.4 utfordringer knyttet til integrert behandling

Mueser et al (2006) peker også på utfordringer knyttet til å inkorporere rusbehandling i allerede eksisterende psykiatriske avdelinger. Blant utfordringene er endring av holdninger samt etiske dilemmaer som kan oppstå på bakgrunn av det som tradisjonelt har vært en motsetning mellom behandling av psykiske lidelser og rusmisbruk. Opplæring av alle medarbeidere, og en ledelse som ønsker å integrere rusbehandling i tilbudet på psykiatriske avdelinger, er ifølge forfatterne en forutsetning for å lykkes. Også nyere artikler omtaler implementering av integrerte tjenester og utfordringer knyttet til dette. Brunette, Asher, Whitley, Lutz, Wieder, Jones og McHugo (2008) argumenterer nettopp for at en engasjert ledelse, veiledning og opplæring er sentralt dersom en skal lykkes med å utarbeide et integrert behandlingstilbud. På tross av at klinikere ser ut til å være enige om at integrert behandling er å foretrekke for pasienter med dobbeltdiagnose (Evjen et al, 2007; Mueser et al, 2006) ser det ut til å være behov for mer forskning rundt behandlingen til denne pasientgruppen (Ringen, 2008). En dansk artikkel beskriver mange av de samme utfordringene, med skillet mellom psykiske tjenester og rusbehandling, som vi tradisjonelt har hatt i Norge. Det påpekes at mer forskning er nødvendig, også på organisatoriske faktorer som kan gi bedre behandling til pasientgruppa. Samtidig omtales vanskene med å komme til enighet om hvilken behandling som er best egnet, blant annet på bakgrunn av kunnskapsmangel og uenighet blant klinikere (Thylstrup og Johansen, 2009). Fra norske forhold har Kunnskapssenteret (2008) oppsummert effekten av ti psykososiale behandlingstiltak for personer med dobbeltdiagnose. I rapporten kunne en ikke konkludere med at integrert behandling ga bedre resultater enn andre tiltak. Det er verdt å merke seg at kun systematiske oversikter over randomiserte kontrollerte studier ble inkludert. Kunnskapssenteret selv understreker at arbeidsgruppen baserte seg på enkeltstående studier der ulike pasientgrupper, tiltak og tiltaksmål var inkludert. I tillegg hadde studiene ofte få deltagere og metodiske svakheter som gjorde det vanskelig å konkludere.

## 2.5 Begrunnelse for valg av teoretisk referanseramme

En rekke teoretiske perspektiver kunne vært trukket inn for å belyse problemstillingen i studien. ”Det kan være mange gode grunner til at den teoretiske referanserammen modifiseres, endres eller spesifiseres underveis, etter hvert som feltarbeid, analyse og lesing åpner for teoretiske posisjoner som kan vise seg bedre egnet i samspillet mellom problemstilling og materiale” (Malterud, 2003, s.49). Gjennom arbeidet med studien har jeg blant annet blitt kjent med forskning på endring av klinisk praksis og implementering av evidensbasert kunnskap. Et slikt perspektiv kunne vært interessant i arbeid med studien og drøfting av funnene. Når dette er valgt bort er det, foruten av hensyn til essayets begrensede omfang, først og fremst fordi jeg har et ønske om å fokusere på deltageres kliniske hverdagsnære enn endringsprosesser eller implementering av kunnskap. Mueser et al (2006) gir en skjematisk, oversiktlig og detaljert presentasjon av hvordan et tilbud til pasienter med dobbeltdiagnose kan se ut. Med utgangspunkt i hvordan dette tilbudet tradisjonelt har fungert, og de statlige føringene som tidligere er presentert, mener jeg den teoretiske referanserammen er relevant i forhold til å belyse forskningsspørsmålene og drøfte funnene. ”Vi kan angi den teoretiske referanserammen summarisk, og hen vise til en tradisjon der det finnes mange ulike sentrale bidragsytere ... Eller vi kan være mer spesifikke, hvis vi velger en referanseramme som en bestemt forfatter i særlig grad representerer...” (Malterud, 2003, s.49).

## KAPITTEL 3 DATAINNSAMLINGSMETODE

### 3.1 Fokusgruppeintervju

Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av fokusgruppeintervju. Ifølge Malterud (2003) er metoden egnet til å gi mye materiale i forhold til ressursinnsats og:

...tilnærmingen er spesielt godt egnet hvis vi vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler. Fokusgrupper har vært utviklet innen markedsføring, men brukes i dag for mange ulike formål, spesielt når det gjelder evaluering av erfaringer eller forståelse innen tiltak eller organisasjoner (Malterud, 2003, s. 134).

Kitzinger (1995) argumenterer for fokusgrupper blant annet for å undersøke kulturer på ulike arbeidsplasser, mens Kvale og Brinkmann (2009) skriver at metoden er egnet i eksplorerende studier der problemstillingen i liten grad er belyst fra før. Med tanke på mitt ønske om å undersøke hvordan sykepleiere kan ha opplevd sin kliniske hverdag endret etter rusreformen fremsto metoden som godt egnet. Deltagerne har en felles erfaring, iverksettelsen av reformen, og de representerer i større eller mindre grad kulturer på ulike sykehusavdelinger.

### 3.2 Utvalg

I forbindelse med rekruttering til studien hadde jeg som mål å samle to fokusgrupper. Det ble raskt klart at dette kunne bli vanskelig. Ikke bare var det problematisk og få tilbakemelding innen tidsfristene jeg hadde gitt, men også antall deltagere så ut til å bli lavere enn jeg hadde tenkt. En stund så det faktisk ut til at det kunne bli vanskelig å samle nok deltagere til å arrangere fokusgruppeintervju i det hele tatt. I tråd med Kitzinger (1995) og Malterud (2003) ønsket jeg å sette sammen homogene grupper slik at deltagerne kunne føle seg komfortable i intervjusituasjonen. For å oppnå dette søkte jeg deltagere med tre års høgskoleutdanning, som i størst mulig grad har samme arbeidsoppgaver og ansvarsområde i avdelingene. Dette utelukket eksempelvis avdelingsledere, fagutviklingssykepleiere, leger og psykologer. Videre måtte deltagerne ha arbeidet ved psykiatriske avdelinger lenge nok til å ha erfart iverksettelsen av rusreformen.

Et *strategisk utvalg* er sammensatt ut fra den målsetting at materialet har potensial til å belyse den problemstillingen vi vil ta opp. Intern validitet står sentralt her – hva slags materiale kan best danne grunnlag for tolkninger og funn som lærer oss noe nytt om det vi lurer på? (Malterud, 2003, s.58-59).

At bare sykepleiere er inkludert i studien er ikke et resultat en bevisst strategi. Vel vitende om at dette skal være en mastergradsoppgave i klinisk *helsearbeid*, og ikke *sykepleie*, ble også andre yrkesgrupper ønsket velkommen til å delta. Samtidig hadde jeg et ønske om å sette sammen homogene grupper som ovennevnt, noe som naturlig nok begrenset utvalget. Når arbeidet med rekruttering var over viste det seg at kun sykepleiere hadde meldt sin interesse. Da jeg besluttet å skrive et artikkelmanus for ”Sykepleien forskning”, tilpasset jeg problemstillingen og forskningsspørsmålene med dette i bakhodet.

### 3.3 Refleksjon rundt rekruttering

I etterpåklokskapens navn kunne kanskje flere tiltak bidratt til å øke antallet deltagere i studien, eksempelvis å invitere ansatte uten treåring høgskoleutdanning. I arbeidet med å rekruttere deltagere oppsøkte jeg først fire sykehusavdelinger. På det aktuelle tidspunkt fryktet jeg faktisk å ende opp med et for stort datamateriale. Etter at informasjonsskrivet var distribuert foregikk kontakten mellom meg og de interesserte gjennom en tredjeperson og jeg hadde ingen mulighet til å regulere antallet interesserte. Med tanke på at datamaterialet og analysearbeidet ikke skulle bli for omfattende var inklusjonskriteriene med på å begrense dette. Da jeg forstod at det kunne bli vanskelig å rekruttere deltagere valgte jeg, i tillegg til de fire avdelingene jeg hadde oppsøkt, å ta kontakt med ledelsen ved en avdeling jeg selv har vært ansatt uten at dette ga noe resultat. Hadde jeg måttet igangsette en ny omgang med rekruttering på samme sykehus for å få deltagere uten treårig høgskoleutdanning, eller ta kontakt med et annet sykehus, ville dette gitt opp til to måneder i forsinkelser. Samtidig hadde vi fått beskjed fra høgskolen om at innlevering av oppgaven var fremskyndet en måned. Med tanke på min manglende erfaring med denne typen arbeid ønsket jeg holde meg til fremdriftsplanen og slo meg til ro med at jeg skulle gjennomføre ett fokusgruppeintervju.

En mulig forklaring på manglende respons i forhold til rekrutteringen kan være at intervjuet skulle foregå i gruppe. Gjennom en av kontaktpersonene fikk jeg vite at enkelte av de forespurte følte de hadde liten kjennskap til rusreformen og fant det ubehagelig å legge dette frem i en gruppesituasjon. Etter beste evne forsøkte jeg under presentasjonen av studien å understreke at fokus var deltagerens subjektive opplevelse av endring, og ikke deres kjennskap til rusreformens innhold. Allikevel kan problemstillingen og min presentasjon ha virket truende. På det aktuelle tidspunkt var jeg også ansatt i en midlertidig koordinatorstilling der fokus blant annet var pasienter med dobbeltdiagnose. I forbindelse med denne stillingen

var jeg samtidig med på å gjennomføre undervisning med tema dobbeltdiagnose. Tilstede på undervisningen var blant annet ansatte fra enkelte av avdelingene hvor jeg ønsket å rekruttere deltagere. Dette kan selvsagt ha bidratt til en opplevelse av at jeg som ”ekspert” skal ”avsløre” manglende kunnskap hos ansatte ved sykehuset, uten at dette har vært fokus for studien.

### 3.3.1 Flerstegsfokusgruppe som alternativ datainnsamlingsmetode

Som et alternativ til å skaffe flere deltagere ble det på et av mastergradsseminarene foreslått å gjennomføre flerstegsfokusgruppeintervju med deltagerne som allerede hadde sagt seg villig til å delta i studien. Etter noe vurdering og avveining valgte jeg å ikke ta initiativ til dette. Grunnen var at deltagerne som allerede hadde sagt seg villige til å delta kun var forespurte om å delta i ett intervju. Med dette utgangspunktet ønsket jeg å unngå at noen skulle føle seg presset til å delta i to intervjuer, fordi de allerede hadde sagt ja til ett.

For det første har de forespurte større kontroll over sine egne beslutninger og følelser ved starten enn ved slutten av et prosjekt. Det er frivillig å delta. Riktignok er det også frivillig å trekke seg underveis, men det kan være vanskeligere psykologisk sett fordi man har sagt ja til å bli med (Ruyter, 2003, s.94).

I utgangspunktet ønsket seks stykker å delta, men to meldte avbud på kort varsel. Med tanke på fremdriftsplan for studien og hensynet til de andre deltagerne, valgte jeg allikevel å gjennomføre intervjuet på det tidspunktet som allerede var avtalt.

### 3.4 Forberedelser til intervju

Kvale og Brinkmann (2009) understreker at det å intervjuer forutsetter praktiske ferdigheter og evne til å gjøre personlige vurderinger. Dette må ifølge forfatterne opparbeides gjennom praksis, og intervju kvaliteten vurderes ut fra verdien og styrken på den viten som produseres. At jeg selv aldri har gjennomført noe intervju, gjorde det nødvendig å forberede meg best mulig før fokusgruppeintervjuet skulle gjennomføres.

For den som bruker kvalitative forskningsmetoder, er det et mål at materialet skal reflektere informantens erfaringer og meninger. Vi er lite interessert i å lese om samtaler som er fylt av ledende spørsmål, eller av svar som tyder på at informanten først og fremst vil fortelle intervjueren at hun er et skikkelig menneske (Malterud, 2003, s.44).

I forberedelsene til intervjuet besluttet jeg i samråd med veileder å stille et åpent innledningsspørsmål – studiens første forskningsspørsmål - for deretter å gi ordet til deltagerne. På det aktuelle tidspunktet hadde jeg, slik jeg gjør rede for senere, planlagt å anvende Malteruds fenomenologisk forankrede ”systematiske tekstkondensering” for analyse av data. Hensikten med det åpne innledningsspørsmålet var å legge til rette for at deltagerne kunne gi uttrykk for deres subjektive opplevelser, i tråd med studiens fenomenologiske forankring. ”Oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares *for* subjektet; ikke mot verden i seg selv uavhengig av personen som erfarer den” (Thornquist, 2003, s.14). En slik innledning harmonerer for øvrig godt med Lindseth og Norbergs (2004) analysemetode som presenteres grundigere senere i essayet. Her danner beskrivelser av deltagerens erfaringer grunnlaget for tekst, som i sin tur tolkes av forfatter og leser. Innledningen til intervjuet var også ment å legge til rette for diskusjon deltagerne i mellom, slik at gruppedynamikken kunne bidra til å skape datamaterialet slik både Kitzinger (1995) og Malterud (2003) argumenterer for.

Foruten åpningsspørsmålet hadde jeg med bakgrunn i egen forforståelse notert temaene *samarbeid, kompetanse og holdninger* til diskusjon. Tanken var å bringe disse på banen dersom deltagerne selv ikke gjorde det, eller dersom diskusjonen dem i mellom skulle bli lite levende, preget av stillhet, eller utelukkende se ut til å dreie seg om temaer som var irrelevante for studien.

Interviewet er fokusert på bestemte temaer; det er verken stramt strukturert med standardspørsmål eller helt ”ikke styrende”. Interviewet fokuserer på forskningsemnet ved hjelp av åpne spørsmål. Det er så opp til interviewpersonen at få de dimensioner frem, som han eller hun mener, er viktige inden for undersøgelsestemaet. Intervieweren leder interviewpersonen frem til bestemte temaer, men ikke til spesifikke meninger om disse temaer (Kvale og Brinkmann, 2009, s.49).

### 3.5 Gjennomføring av intervju

Etter min innledning tok deltagerne rask ordet og diskusjonen gikk dem imellom som ønsket. Jeg opplevde dessuten at alle fire deltok, og ingen virket hemmet av at enkelte stadig tok ordet eller avbrøt. I et fokusgruppeintervju skal nettopp gruppeprosessen bidra til å skape materialet. Dette forutsetter en aktiv og åpen moderator som ivaretar deltagerne, og sørger for at alle kommer til orde og får uttrykke sine meninger (Kitzinger, 1995; Malterud, 2003). Foruten forsøk på å forsikre meg om at jeg forstod enkelte utsagn, eller å oppsummere underveis, ble min deltagelse gjennom intervjuet svært begrenset. Med denne tilnærmingen



mener jeg å ha lyktes med å la deltagerne slippe til, og sørge for at gruppedynamikken dem i mellom bidro til å skape materiale, uten selv å bli del av diskusjonen. De tre temaene jeg hadde notert ble alle berørt av deltagerne uten at jeg brakte dem på banen. Jeg valgte allikevel å ta dem frem mot slutten av intervjuet for å oppsummere, slik at deltagerne kunne føye til noe dersom de følte behov for dette.

Kitzinger (1995) understreker viktigheten av at en intervjusituasjon bør være avslappet og behagelig for deltagerne. Hun anbefaler at deltagerne sitter i sirkel for å bidra til at de snakker med hverandre, snarere enn henvendt til moderatoren. Selve intervjuet ble gjennomført på et kontor jeg disponerte. Det har en beliggenhet som er nær deltagerens egen arbeidsplass samtidig som det ikke er tilknyttet noen av avdelingene de var ansatt. Kontoret hadde gode muligheter for å sitte komfortabelt i en sirkel og ikke minst er det uforstyrret. Litt lett servering var ment å bidra til en komfortabel atmosfære og gi deltagerne inntrykk av at deres oppmøte ble satt pris på.

### 3.6 Ethiske refleksjoner rundt deltagelse

Etter at lydopptageren ble slått av hadde vi en kort prat om hvordan deltagerne hadde opplevd intervjuet. Stemningen virket lett og ledig, og samtlige ga uttrykk for at dette hadde vært en komfortabel opplevelse. Med tanke på at deltagerne tilhører det som i forskningsetikk omtales som ”friske frivillige voksne” (Ruyter, 2003) har jeg vurdert det slik at jeg ikke tar kontakt for å høre om de i ettertid har opplevd ubehag eller belastninger som følge av å delta. Samtidig har jeg tenkt at når artikkelmanuset er ferdig, og en mulig publikasjon avklart, tar jeg kontakt for å høre om deltagerne ønsker å motta et eksemplar av artikkelen. Dette gir meg en mulighet til å forsikre meg om at de ikke har opplevd noe ubehag, samtidig som de kan gi tilbakemeldinger uten at de selv trenger å ta initiativ til kontakt.

#### 3.6.1 Ethiske refleksjoner rundt publisering

Kvale og Brinkmann (2009) peker på det etiske dilemma som ligger i å skulle ivareta deltagerens integritet samtidig som resultatet av studien skal offentliggjøres. For å lykkes med dette er man avhengig av å skape en sosial relasjon der deltagerne fritt kan fortelle om personlige erfaringer, vel vitende om at disse skal publiseres. Denne typen dilemmaer definerer forfatterne som et dilemma på mikronivå. På makronivå må man også ivareta deltagerne når kunnskapen skal presenteres for offentligheten. Studien har avdekket

holdninger, praksis og erfaringer som til tider avviker fra det som presenteres både i teorigrunnet og offentlige publikasjoner.

En utfordring når en forsker på egen yrkesgruppe, har med lojalitet å gjøre – til faget og de personene som deltar. Jeg har fremhevet at målet med vitenskapelig virksomhet er å utvide vår erkjennelse; forskning er å utvikle ny kunnskap. Det krever at en ikke bare synliggjør et praksisfelt, men også analyserer det. Og akkurat det kan bety å vise frem trekk og sammenhenger ved et felt som dets egne utøvere ikke liker å få belyst (Thornquist, 2003, 220).

Selv om deltagerne er sikret konfidensialitet kan det tenkes at de ville føle det ubehagelig dersom sykehuset studien ble gjennomført ved offentliggjøres. Deltagerne var få, og de meldte sin interesse gjennom en tredjeperson. Dermed er deres deltagelse til en viss grad kjent for andre enn dem selv. Dette kan gi en opplevelse av at de setter sykehuset, eller avdelingen de jobber ved, i et dårlig lys. Det har aldri vært min hensikt å ”henge ut” noen - verken ledelse eller ansatte, og det får bli opp til den enkelte om kunnskapen som er produsert gjennom studien vil bli brukt for å gjøre endringer på de aktuelle psykiatriske avdelinger. ”De færreste ønsker å fremstille egen yrkesgruppe i dårlig lys, men å unnlate å stille seg kritisk til eget fag er å frata fag, seg selv og kollegaer utviklingsmuligheter” (Thornquist, 2003, s. 220). For på best måte å ivareta deltagerne har jeg i samråd med veileder valgt ikke å navngi sykehuset der deltagerne var ansatt, verken i essayet eller artikkelmanuskriptet.

## KAPITTEL 4 ANALYSE

### 4.1 Valg av analysemetode

”En gjennomarbeidet og veldokumentert analyse er imidlertid det som skiller den vitenskapelige tilnærmingen fra overflatisk ”synsing” (Malterud, 2003, s. 93). Da prosjektbeskrivelsen ble utformet var jeg innstilt på å benytte metoden Malterud (2003) omtaler som ”systematisk tekstkondensering”. Metoden skal være: ”...godt egnet for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener som beskrives i et materiale fra mange ulike informanter for utvikling av nye beskrivelser og begreper” (Malterud, 2003, s.99). Etter gjennomføringen av analysen vil en sitte igjen med nye beskrivelser eller begreper som kan deles med andre. Malterud er inspirert av Giorgi (1985) sin fenomenologiske analyse og skriver blant annet at: ”Vi leter etter essenser eller vesentlige kjennetegn ved de fenomener vi studerer, og forsøker å sette våre egne forutsetninger i parentes i møtet med data (*bracketing*)” (Malterud, 2003, s.99). Samtidig understrekes det at dette er uopnåelig, men at vi heller skal gi leseren innblikk i vår innflytelse på materiale uten å legge våre tolkninger som fasit. Etter hvert som arbeidet med prosjektet skred fremover valgte jeg å gå bort fra Malteruds metode for analyse av datamaterialet. ”I prosjekter der kvalitative metoder anvendes, vil ofte metoden omformes underveis ved at veien blir til mens vi går” (Malterud, 2003, s.118). I samråd med veileder besluttet jeg å benytte en fenomenologisk-hermeneutisk analysemodell utarbeidet av Lindseth og Norberg (2004). Metoden tar utgangspunkt i Paul Ricoeurs (1979) filosofi, og gir mulighet for å tolke mening, mer enn å beskrive. Videre åpner den i større grad enn Malterud for å bringe blant annet egen forforståelse inn i analysen. Underveis i arbeidet med studien har jeg i stadig større grad gjort meg kjent med offentlige publikasjoner som danner bakteppe for rusreformen. I tillegg har jeg lest materiale med tema dobbeltdiagnose, samtidig som jeg har lest litteratur jeg kjente fra før med ”nye øyne”. Gradvis har jeg kommet til en erkjennelse av hvor viktig min egen forforståelse har vært i alle faser av arbeidet med mastergradsoppgaven. Med Lindseth og Norbergs (2004) metode kunne jeg i større grad bringe dette inn i analysen, noe som virket mer hensiktsmessig enn å anvende Malteruds fenomenologisk forankrede tilnærming.

Bestemmes perspektiver på forhånd, eller velges og utvikles de underveis i forskningsprosessen? Nøkkelordene her er varsomhet, selvkritikk og åpenhet. Det gjelder å ikke tre sine tankemodeller ned over det empiriske felt – å ikke ”tilpasse” feltet til forskerens perspektiver og tankemodeller. I møte med ”virkeligheten” kan nye spørsmål aktualiseres, en kan se nye sammenhenger ... Målet er et åpent sinn, men det er altså noe helt annet enn et tomt hode – en forutsetningsløshet (Thornquist, 2003, s.218).

#### 4.2 Gjennomføring av analysen

Arbeidet med å komme frem til det endelige resultatet har harmonert godt med beskrivelsen av den hermeneutiske spiral, der en pendler mellom helhet og del. Den nye helhetsforståelsen setter delene i nytt lys, for så å ende opp med nye erkjennelser (Thornquist, 2003). Prosessen har vært utfordrende, kanskje særlig for en nybegynner. Tidvis har selv det relativt begrensede materialet jeg hadde for hånden virket uoverkommelig å organisere på en måte som kan presenteres for andre. I perioder følte det nødvendig å legge arbeidet vekk i håp om å få distanse til datamaterialet, for så å se på det med ”friske øyne”.

I tråd med en postempiristisk posisjon er ikke forskjeller bare noe som hører til fenomener og situasjoner i verden; de *etableres* i interaksjonen med det erkjennende subjekt – med forskeren. Her kommer også grad av nærhet og avstand inn i bildet: Det kan som kjent være slik at ”vi ser ikke skogen for bare trær”, det vil si at vi er så tett innpå at alt fremtrer spesielt (Thornquist, 2003, 218).

Ved første gjennomlesning av det transkriberte intervjuet ble jeg usikker på om materialet overhodet kunne brukes. Jeg ble usikker på egen fremgangsmåte, om det hadde vært noen god idé å åpne intervjuet slik jeg gjorde, og om deltagerne i det hele tatt diskuterte noe som kunne anses som relevant for studien. Gradvis ”vokste” imidlertid fellestrekk frem, for siden å utgjøre ulike tema. Veien fra det første utkastet og frem til det endelige resultatet - helhetsforståelsen, var lenger og mer tidkrevende enn jeg først hadde regnet med. Underveis har både veiledning og diskusjoner i mastergradsseminarer gitt nyttige innspill som av og til har resultert i en opplevelse av at ”brikkene falt på plass”, samtidig som det har bidratt til å validere funnene.

Foruten at funnene fra studien er grundigere presentert i artikkelmanuskriptet er eksempler fra arbeidet med analysen lagt ved essayet (vedlegg 1). Hensikten med dette er å gi leseren et innblikk i hvordan jeg har kommet frem til resultatene som presenteres i artikkelen. Dette samsvarer med Kvale og Brinkmanns (2009) krav til vitenskapelig kvalitet. Ikke bare må fremstillingen av resultatene være så nøyaktige og representative som mulig, men leseren skal også gis mulighet til å få innblikk i prosessen som har ledet frem til dem.

## KAPITTEL 5 OPPSUMMERING AV MANUSKRIFTET

### 5.1 Metode

Da problemstillingen i liten grad er beskrevet tidligere fikk denne studien en deskriptiv, eksplorerende og tolkende design. Hensikten med studien er å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere i psykiatriske avdelinger har erfart sin kliniske hverdag etter rusreformen.

Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av fokusgruppeintervju. Metoden skal kunne gi mye materiale i forhold til ressursinnsats og er egnet for å undersøke felles erfaringer (Malterud, 2003; Kitzinger, 1995).

Lydopptak av intervjuet ble transkribert i sin helhet og analysert i tråd med en fenomenologisk-hermeneutisk metode utarbeidet av Lindseth og Norberg (2004). Metoden tar utgangspunkt i Paul Ricoeurs (1979) fortolkningsteori hvor målet er å utarbeide en helhetsforståelse av datamaterialet gjennom en tretinnsprosess. Innledningsvis dannes et førsteinntrykk - den naive forståelsen. I trinn to, den strukturelle analysen, ble meningsbærende enheter i teksten markert. Disse ble så kondensert og kategorisert i ulike undertema. Undertemaene ble avslutningsvis samlet i fire temaer, før en helhetsforståelse av materialet ble utarbeidet i trinn tre av analysen.

### 5.2 Resultat

#### 5.2.1 Naiv forståelse

Førsteinntrykket etter å ha lest det transkriberte intervjuet var at deltagerne i studien har opplevd et økt fokus på rus, og større pågang av pasienter som bruker rusmidler i de psykiatriske avdelingene. Samtidig opplevde de egen kunnskap i forhold til pasientgruppa som mangelfull. Videre mente de at kompetanseheving i forhold til rus nedprioriteres, og at endringer går sakte, noe de i stor grad tilla lokal ledelse. Mangel på behandlingsplasser, tid og personell er faktorer som bidrar til en opplevelse av ikke å kunne gi pasientgruppen et tilfredsstillende tilbud.

#### 5.2.2 Strukturell analyse

Den strukturelle analysen resulterte i følgende fire temaer:

Tema 1: ”Meningen med at pasientgruppa blir bedre ivaretatt etter reformen”.

Flere av deltagerne i fokusgruppa opplevde at pasienter med dobbeltdiagnose blir bedre ivaretatt på psykiatriske avdelinger enn før reformen. Det pekes blant annet på at pasientgruppa har fått flere rettigheter, samt at kunnskap og rutiner rundt rusproblematikk har blitt bedre. Også holdningen til pasientgruppa oppleves som endret i positiv retning etter reformen.

Tema 2: ”Meningen med mangel på ressurser”.

Under ovennevnte tema falt blant annet beskrivelser av mangel på behandlingsplasser, tid og personell som hindre i behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose. På tross av ulikheter har de tre faktorene til felles å oppleves som mangler på systemnivå, og på bakgrunn av dette ble de kategorisert sammen.

Tema 3: ”Meningen med usikkerhet rundt hvordan en skal tilby adekvat behandling”.

Utfordringer knyttet til hvordan en kan tilby pasientgruppa adekvat behandling var noe alle deltagerne hadde opplevd, og var sammen med forrige tema det som tok mest plass i diskusjonen. Dette dreide seg både om usikkerhet knyttet til hvilken behandling en bør tilby, men også uenighet rundt den behandlingen som faktisk gis.

Tema 4: ”Meningen med å være lite verdsatt”.

Følelsen av å være lite verdsatt er noe sykepleierne selv har opplevd, men også beskriver på vegne av pasienter med dobbeltdiagnose. Deltagerne mener blant annet at kompetanseheving i forhold til rusrelaterte tema nedprioriteres og at dette har sammenheng med holdninger til pasientgruppa. Når begge perspektivene inkluderes i samme tema er det nettopp fordi sykepleierne selv argumenterte for at de henger sammen.

### 5.2.3 Helhetsforståelse

Med bakgrunn i egen forforståelse, forskningsspørsmål, den naive forståelsen, de ulike temaene fra den strukturelle analysen, litteratur og veiledning ble følgende helhetsforståelse formulert: *rusreform – nye utfordringer, og en opplevelse av ikke å strekke til.*

## 5.3 Konklusjon

Skal man ta utgangspunkt i resultatene fra studien kan veien fra reform til klinisk hverdag synes lang. Flere av deltagerne i studien opplever at de yter et bedre tilbud til pasienter med

dobbeltdiagnose etter at rusreformen ble iverksatt. På den annen side har sykepleierne fått oppgaver de ikke opplever seg faglig rustet til å løse, samtidig som de mener det mangler ressurser for å kunne gi tilfredsstillende hjelp til pasienter med dobbeltdiagnose. Resultatet er en opplevelse av ikke å strekke til, både på system og individnivå.

## KAPITTEL 6 KLINISK RELEVANS

### 6.1 Hensikten med studien

Hensikten med studien er å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere i psykiatriske avdelinger har erfart sin kliniske hverdag etter rusreformen. Målet har vært å undersøke deltagerens opplevelser gjennom beskrivelser av deres livsverden, og konstruere mening ut ifra dette (Ricoeur, 1979). Thornquist understreker viktigheten av å gjøre praksis til gjenstand for undersøkelse i kliniske fag.

...det kan være manglende samsvar mellom fagutøvernes intensjoner og hvordan praksis fungerer. Det er derfor nødvendig å analysere praksis ikke bare ut fra utøvernes mål, planer og bevisste intensjoner, men også med henblikk på hva som faktisk gjøres og skapes (Thornquist, 2003, s. 214).

### 6.2 Diskusjon

Flere av deltagerne meddelte at deres kunnskap om rusreformen var begrenset, og tidvis dreide diskusjonen dem imellom seg om fenomener som ikke direkte var knyttet til iverksettelsen av denne. Fokus for studien har ikke vært sykepleiernes grad av kjennskap til rusreformen, men deres opplevelse av endring i klinisk hverdag etter at den ble iverksatt. Nettopp derfor mener jeg funnene er relevante, og belyser problemstillingen fra et perspektiv det i liten grad er gjort før. Det er grunn til å understreke at deltagerens beretninger verken er identiske med praksis eller representerer hverdagen til alle sykepleiere i psykiatriske avdelinger. Allikevel kan en anta at deltagerne, med sine erfaringer fra ulike sykehusavdelinger, har innblikk i en kultur og hverdag som berører flere enn dem selv: ”Fra et godt strategisk utvalg kan vi likevel utvikle beskrivelser, begreper og teoretiske modeller som forteller om kjennetegn og mening, og som i kraft av dette har relevans for sammenhenger ut over den kontekst der studien ble gjennomført” (Malterud, 2003, s.62).

Noe av det som har overrasket meg er hvor sammenfallende deltagerens beskrivelser av egen klinisk hverdag er med de utfordringene knyttet til behandling av pasienter med dobbeltdiagnose som gjennom en årrekke er presentert i offentlige publikasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005; Helse- omsorgsdepartementet, 2009; Sosial- og helsedepartementet, 1997; Sosial- og Helsedirektoratet, 2005). Med bakgrunn i egen forforståelse ble temaene *samarbeid, kompetanse og holdninger* notert til diskusjon før intervjuet. Allikevel var det slik at deltagerne beskrev utfordringer knyttet til samtlige tema uten at jeg som moderator introduserte dem. Arbeidet med å implementere rusbehandling i



psykiatriske avdelinger, og å endre situasjonen til det bedre, ser definitivt ikke ut til å være noen enkel oppgave.

Uavhengig av syn på hvordan behandlingen bør organiseres er det slik at samtlige deltagere har opplevd usikkerhet eller uenighet rundt hvordan de kan tilby adekvat behandling til pasienter med dobbeltdiagnose. Dette bidrar til en opplevelse av ikke å strekke til. Samtidig sier de at kunnskapsutvikling på området nedprioriteres i forhold til det de blant annet kaller ”tradisjonell psykiatri”, og at kompetanse knyttet til rus er lite verdsatt. De peker blant annet på holdninger til pasientgruppa og lokal ledelse som grunner til at det oppleves slik. Med tanke på de offentlige føringene som er gjeldene finner jeg det overraskende at deltagerne fortsatt har denne opplevelsen. Blant annet slo Helse- og Omsorgsdepartementet allerede i 2001 fast at basiskravene til kvalitetssikring bør være de samme i psykiske helsevern som i institusjoner for rusmiddelbrukere. Kanskje må lokal ledelse i større grad enn før erkjenne hvilke utfordringer pasienter med dobbeltdiagnose representerer? Det ser ut til å være behov for en kartlegging av hvilken kunnskap som faktisk eksisterer, og mer målrettet arbeid for å gi ansatte den kompetansen de trenger. Hospitering og kunnskapsoverføring mellom ulike sykehusavdelinger kan være tiltak som ikke nødvendigvis er svært kostbare.

Kunnskapsoverføring fra avdelinger med spesialkompetanse ble for øvrig etterspurt av en av deltagerne i studien. Tilgang på ressurser og behandlingsplasser er det mulig å akseptere at lokal ledelse har liten innflytelse på. Det burde derimot være mulig å unngå at kunnskap om rusrelaterte problemer oppleves som lite verdsatt. En undersøkelse ved et annet sykehus ville antagelig gi et annerledes resultat. Det kunne allikevel være interessant å spørre seg hvordan helsearbeidere ved andre psykiatriske avdelinger har opplevd at deres kliniske hverdag har endret seg etter rusreformen.

Flere av deltagerne i studien problematiserer forholdet mellom videreutdanninger der tema er rus- og psykiske lidelser versus psykisk helsearbeid. Fokus for studien har ikke vært innholdet i ulike utdanninger, og jeg har heller ikke gjort noe forsøk på å kartlegge dette. Med bakgrunn i egen erfaring fra videreutdanninger, offentlige føringene, faglitteratur og deltagerne beskrivelser ville det kanskje være fruktbart å implementere rus- og avhengighetsproblematikk i utdanning innen psykisk helsearbeid i større grad enn til nå.

Vi forstår psykisk helsearbeid som et samlebegrep for den faglige og praktiske innsatsen i møte med mennesker med psykiske lidelser. En kan si at *psykisk helsearbeid omfatter alle mulige arbeidsformer og tiltak som kan bidra til å bedre menneskers psykiske helse* (Bøe og Thomassen, 2007, s. 18).

Dette er *en* mulig definisjon på psykiske helsearbeid. Definisjonen ligger nær det utgangspunktet jeg selv har i behandling av pasienter med dobbeltdiagnose og harmonerer godt med Mueser et al (2006) sine beskrivelser av integrert behandling. Dersom en inntar en slik posisjon i forhold til psykiske helsearbeid virker det underlig ikke å inkludere eventuelle rusproblemer i møte med pasienter i psykiatriske avdelinger. Å implementere rus- og avhengighetsproblematikk i utdanninger med fokus på psykisk helsearbeid kan være et bidrag til at denne kompetansen naturlig hører hjemme på psykiatriske avdelinger, og i mindre grad kan nedprioriteres eller velges vekk.

Først og fremst vil det være realistisk å anta at arbeidet med denne mastergradsoppgaven vil influere min egen fagutøvelse, både i klinisk hverdag, og i forbindelse med eventuell kompetanseheving senere. Videre er det mulig at sykepleierne i studien, ved å delta og eventuelt lese resultatene, vil la seg påvirke i sitt arbeid fremover. Lindseth og Norberg (2004) understreker viktigheten av refleksjon rundt praksis i helsefagene. Gjennom refleksjon rundt erfaringer kan en bidra til endring av praksis. Forfatterne hevder at bare det å uttrykke erfaringer kan føre til forbedringer. Samtidig gir refleksjon rundt egen praksis en anledning til å få øye på muligheter for endring. Å kunne bidra til økt fokus på egen og medarbeideres praksis var en viktig motivasjon for å gjennomføre studien ved sykehuset jeg selv er ansatt. Å tro at en mastergradsoppgave vil prege fagfeltet i stor grad ville etter min mening være en avsporing, og det har heller ikke vært noe mål for egen del.

### 6.3 Avslutning

En litteraturstudie fra internasjonale forhold hevder at det nå er på tide med handling, og ikke retorikk, i forbindelse med behandlingen av den aktuelle pasientgruppa. Forfatterne av studien peker på at sykepleiere er en viktig yrkesgruppe i behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose. Tilstrekkelig ressurser og støtte trekkes frem som viktige komponenter for å lykkes. Samtidig fremhever forfatterne uenighet rundt behandlingsfilosofi og manglende kunnskap som hindre i behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose (Edward og Munro, 2009). Dette er alle poeng som ser ut til å være overførbare til egen studie. Rusreformen ser for deltagerne ikke ut til å ha gitt dem opplevelsen av å være bedre rustet til å ivareta pasienter med dobbeltdiagnosepasienter og behovet for handling ser absolutt ut til å være tilstede.

I disse dager er nye nasjonale retningslinjer under utarbeidelse, nettopp for å bidra til oppklaring og trygghet for både helsepersonell, pasienter og pårørende. ”Ruslidelser og psykiske lidelser henger ofte sammen. Derfor skal tjenesteytere ha god kunnskap om begge tilstander. Utredningen og diagnostiseringen skal gjøres ved hjelp av standardiserte verktøy, og den psykiske lidelsen og ruslidelsen skal behandles helhetlig og individuelt” (Helsedirektoratet, 2009). Det blir neppe flere behandlingsplasser, bedre tid eller mer personell på grunn av retningslinjene. Men man får håpe at nye retningslinjer kan bidra til å skape et tydeligere innhold i behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose, og at de sier noe om hvilken tilnærming det kan være nyttig å velge. Kanskje kan resultatet bli at kompetanseutvikling i større grad må prioriteres, og at sykepleiere etter hvert føler seg mer kompetente i møte med pasientgruppa. Skal dette lykkes må retningslinjene forplikte og engasjere på alle nivå. Ansatte må få anledning til å bli kjent med dokumentet, og ikke minst må ledere gi anledning til å følge det opp. Slik kan retningslinjene kanskje bidra til at opplevelsen av ikke å strekke til blir mindre i behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose.

## Litteratur:

- Brunette, M.F., Asher, D., Whitley, R., Lutz, W.J., Wieder, B.L., Jones, A.M. og McHugo, G.J. (2008). Implementation of Integrated Dual Disorders Treatment: A Qualitative Analysis of Facilitators and Barriers. *Psychiatric Services*, 59 (9), 989-995.
- Bøe, T.D. og Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K.B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F.C., Clark, R.E. og Rickards, L. (2001). Implementing Dual Diagnosis Services for Clients With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 52 (4), 469-476.
- Edward, K-L. og Munro, I. (2009). Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 74-79.
- Evjen, R., Boe Kielland, K. og Øiern, T. (2007). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. I: A. Giorgi (red.). *Phenomenology and psychological research*. (s.8-22). Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Gråwe, R.W. og Ruud, T. (2006). *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. Oslo: SINTEF Helse
- Helsedirektoratet (2009). *Psykisk 0409*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmissbruk*. Rundskriv, I-36/2001. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. NOU 2005:3, Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsetilsynet (2007). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere*. Rapport fra Helsetilsynet 2/2007. Oslo: Statens Helsetilsyn
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *British Medical Journal* (311). 299-302
- Kunnskapssenteret (2008). *Dobbeldiagnose - alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2 Effekt av psykososial behandling*. Rapport nr 25-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Interview. Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels forlag.
- Landheim, A.S., Bakken, K. og Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi*, 12 (3), 309-318.
- Lie, T. (2007). *Evaluering av den statlige rusreformen for brukere i Oslo kommune*. Rapport IRIS – 2006/228. Stavanger: International Research Institute of Stavanger
- Lie, T. og Nesvåg, S. (2007). *Evaluering av rusreformen*. Rapport IRIS – 2006/227. Stavanger: International Research Institute of Stavanger
- Lindseth A. og Norberg A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 145-153.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mueser, K.T, Noordsy, D.L., Drake, R.E. og Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ricoeur, P. (1979). *Fortolkningsteori*. København: Vintens Forlag.
- Ringen P.A. (2008). *Substance use in psychotic disorder. Use patterns and relation to clinical and cognitive characteristics in schizophrenia and bipolar disorder*. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
- Rusbehandling Midt-Norge (2005). *Rus/psykiatriproblematikk: Hvordan sikre god behandling, samhandling og kompetanse i spesialisthelsetjenesten Helse Midt-Norge?* Stjørdal: Rusbehandling Midt-Norge
- Ruyter, K.W. (2003). *Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skretting, A. (2005). Fra klient til pasient. Vil den norske rusreformen gi rusmiddelmissbrukere et bedre behandlingstilbud? *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift*, 22 (2), 125-140.
- Sosialdepartementet (2003). *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtagelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere)*. Ot.prp.nr.3 (2002-2003), Oslo: Sosialdepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet (1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. St.meld. nr. 25 (1996-1997).Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

- Sosial- og helsedirektoratet (2005). ...*OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*. Veileder IS- 1162. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thylstrup, B. og Johansen, K.S. (2009). Dual diagnosis and psychosocial interventions – Introduction and commentary. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 63, 202-208.
- Todd, J., Green, G., Harrison, M., Ikuesan, B.A., Self, C., Baldacchino, A. og Sherwood, S. (2004). Defining dual diagnosis of mental illness and substance misuse: some methodological issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 48-54.

## **ARTIKKELMANUSKRIPT**

### **INTRODUKSJON**

Med rusreformen, som ble endelig iverksatt 1. januar 2004, overtok spesialisthelsetjenesten ansvaret for rustiltakene. Samtidig fikk rusmiddelmissbrukere pasientrettigheter på linje med alle andre pasienter. Reformen beskrives som betydelig, og skulle bidra til å gi bedre tjenester og behandlingsresultater (1).

Sammenhengen mellom psykiske lidelser og rusmisbruk er godt dokumentert (2-4). Landheim, Bakken og Vaglum fant i en undersøkelse at 41% av rusmiddelmissbrukere i rusmiddelbehandling tidligere hadde mottatt behandling i psykisk helsevern (5). Fra psykisk helsevern er det i en studie funnet udekket behov for rusbehandling hos 51% av pasientene som sliter med rusmiddelmissbruk i tillegg til sin psykiske lidelse (6). Samtidig har psykiatriske avdelinger tradisjonelt fraskrevet seg ansvaret for denne pasientgruppa. Pasientene har ikke fått et tilfredsstillende tilbud verken i rus- eller psykiatrisektoren, og har vært kasteballer mellom to separate systemer (3,7- 9).

I rusreformen pekes det på behovet for å styrke døgnbehandlingstilbudet til gruppen i det psykiske helsevernet. Samtidig skal reformen bidra til å redusere ansvarsfraskrivelse og gråsoneproblematikk (1). Det refereres også til det faglige nivået i behandlingstilbudet: ”I helsetjenesten er det ikke nok kunnskap om rusmiddelproblemer, og om forholdet mellom disse problemene og psykiske og somatiske lidelser” (1 s.14).

Flere evalueringer, undersøkelser og tilsyn er gjennomført i den hensikt å vurdere om målsettingene i reformen er innfridd (10-12). Videre er rusreformen hyppig omtalt i faglitteratur og offentlige publikasjoner. På tross av dette har vi gjennom litteratursøk funnet lite forskning som behandler sykepleieres opplevelse av hvordan rusreformen har påvirket deres kliniske hverdag. Både som premissleverandører og fagutøvere utgjør sykepleierne en viktig del av dagens tverrfaglige helsevesen. Skal kompetanse, holdninger og samhandlingsklima bedres, slik det i reformen legges opp til, må alle aktører inkluderes. Hensikten med studien er å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere i psykiatriske avdelinger har erfart sin kliniske hverdag etter rusreformen. For å belyse problemstillingen er følgende forskningsspørsmål utarbeidet:

- Hvordan opplever noen sykepleiere i psykiatriske avdelinger at deres kliniske hverdag har endret seg etter rusreformen?
- Hvordan konstrueres mening om disse endringene?

## **Begrensninger og definisjoner**

Det som i artikkelen omtales som ”rusreformen” består i realiteten av to Odeltingsproposisjoner, eller Rusreform I og II (1,13). I artikkelen omtales disse for enkelhets skyld i entall. Med psykiatriske avdelinger menes i denne sammenheng ulike døgnposter på spesialisthelsetjenestenivå. Med klinisk hverdag menes det arbeid som til daglig utføres av sykepleiere i tverrfaglige team på de ulike psykiatriske avdelingene. Dette inkluderer samhandling med pasienter, andre faggrupper og samarbeidspartnere utenfor sykehusavdelingene.

Begrepet dobbeltdiagnose er som regel brukt der pasienten har en alvorlig psykisk lidelse kombinert med et omfattende rusmisbruk (3). Betegnelsen er tildels omstridt (3,14-16) og ofte reservert til å gjelde spesifikke diagnoser (17), men er valgt fordi den sammenfaller med terminologi som benyttes i egen klinisk hverdag og i den teoretiske referanserammen for studien.

## **METODE**

Bruk av kvalitative metoder kan være fruktbart der problemstillingen vi ønsker å utforske er sammensatt og med et mangfold av potensielle svar, eller dersom svaralternativene ikke er kjent på forhånd (18). Samtidig brukes kvalitative studier ofte i den hensikt å øke oppmerksomheten på et fenomen som fra før er lite utforsket (19). Da problemstillingen i liten grad er beskrevet tidligere fikk studien en deskriptiv, eksplorerende og tolkende design.

### **Teoretisk referanseramme**

På tross av at sammenhengen mellom alvorlige psykiske lidelser og bruk av rusmidler er veldokumentert, er fokus på problematikken av relativt ny dato. Samtidig har behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose i liten grad vært evidensbasert (2).

Mueser, Noordsy, Drake, og Fox er blant dem som tar til orde for et integrert behandlingssystem, og hevder at denne tilnærmingen kan eliminere ulempene ved sekvensiell (å behandle den ene lidelsen før den andre) eller parallell behandling (rusproblemet og den psykiske lidelsen behandles parallelt hos ulike behandlere). I stedet adresserer samme behandler eller behandlingsteam begge tilstandene samtidig, og forståelsen av hvordan den psykiske lidelsen og rusmisbruket påvirker hverandre står sentralt. Forfatterne understreker at integrert behandling bare vil være effektiv dersom den omfatter behandlingskomponentene integrasjon, mangfoldighet, aktivt oppsøkende tiltak, redusering av negative konsekvenser, langsiktighet, motivasjonsbasert behandling og ulike psykoterapeutiske behandlingstilbud (4).



Også Evjen, Boe Kielland og Øiern argumenterer for integrert behandling, men presiserer i likhet med ovennevnte forfattere at dette må nyanseres i forhold til hvilke psykiske lidelser det gjelder, samtidig som behandlingen må være sammensatt av mange komponenter og tilpasses den enkeltes behov (3).

## **Utvalg**

Studien ble meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og godkjent 01.04.09 (ref. nr. 21423). Deretter ble det aktuelle sykehus kontaktet. Etter anbefalinger fra avdelingsledere ble studien presentert i forbindelse med internundervisning og personalmøter. Informasjonsskriv ble distribuert, og deltagerne meldte sin interesse via en kontaktperson.

For å ivareta en god gruppedynamikk (18,20) ble sykepleiere som i størst mulig grad hadde samme arbeidsoppgaver og ansvarsområde i avdelingene inkludert. Ledere og fagutviklingspsykepleiere ble ikke invitert til å delta. I tillegg måtte eventuelle deltagere ha jobbet ved psykiatriske avdelinger lenge nok til å ha erfart hvilken påvirkning rusreformen har hatt i egen klinisk hverdag.

I utgangspunktet meldte seks deltagere seg til studien. På kort varsel måtte to melde avbud, men av hensyn til fremdriftsplanen og de andre deltagerne ble intervjuet gjennomført som planlagt. De fire deltagerne besto av en kvinne og tre menn. De hadde arbeidserfaring som strakk seg fra året før reformen ble iverksatt, til 25 års erfaring fra psykiatriske avdelinger. Da intervjuet ble gjennomført var de ansatt ved tre ulike sykehusavdelinger på et sykehus i østlandsområdet.

Deltagerne sikres konfidensialitet ved at sitater eller uttalelser ikke kan knyttes til bakgrunnsinformasjon. Data oppbevares og slettes i henhold til NSD's retningslinjer. Det ble innhentet et skriftlig informert samtykke, og deltagerne kunne til enhver tid trekke seg fra prosjektet uten at dette ville få negative konsekvenser for dem. Etter gjennomføringen av intervjuet ble deltagerne oppfordret til å ta kontakt dersom de skulle være i behov av dette.

## **Datainnsamlingsmetode**

Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av fokusgruppeintervju, med artikkelens hovedforfatter som moderator. Metoden skal være egnet til å gi mye materiale i forhold til ressursinnsats, der målsettingen er å undersøke felles erfaringer. Gruppeprosessen skal bidra til å skape materiale, men dette forutsetter en aktiv og åpen moderator som ivaretar deltagerne, samt sørger for at alle kommer til orde og får uttrykke sine meninger (18,20).

I den hensikt å undersøke deltagerens subjektive opplevelser og bidra til god gruppedynamikk ble intervjuet innledet åpent, med studiens første forskningsspørsmål, for så å overlate ordet til deltagerne. Samtidig er det moderators oppgave å fokusere intervjuet (21), og med bakgrunn i egen forforståelse ble temaene *samarbeid, kompetanse og holdninger* notert til diskusjon.

## **Analyse**

Lydopptak av intervjuet ble transkribert i sin helhet og analysert i tråd med en fenomenologisk-hermeneutisk metode utarbeidet av Lindseth og Norberg (22). Metoden tar utgangspunkt i Paul Ricoeurs fortolkningsteori (23), og målsettingen er å utarbeide en helhetsforståelse av datamaterialet gjennom en tretrinnsprosess.

Innledningsvis formuleres et førsteinntrykk - den naive forståelsen. Denne skal i størst mulig grad være fri for egne fortolkninger og benytte et fenomenologisk språk nærmest mulig deltagerens eget. Den naive forståelsen leder veien videre i arbeidet, samtidig skal den valideres av temaene som utarbeides i neste trinn av analysen. I trinn to, den strukturelle analysen, ble meningsbærende enheter i teksten markert. Dette kan være en del av en setning, en setning, flere setninger eller et avsnitt som uttrykker kun en mening. Disse ble så kondensert og kategorisert i ulike undertema. Undertemaene ble avslutningsvis samlet i fire temaer som presenteres i resultatkapittelet sammen med en helhetsforståelse av materialet. Arbeidet harmonerer godt med beskrivelsen av den hermeneutiske spiral, der en pendler mellom helhet og del, den nye helhetsforståelsen setter delene i nytt lys, for at en så ender opp med nye erkjennelser (24). Veiledning og diskusjon underveis har gitt nyttige innspill samtidig som det har bidratt til å validere funnene.

## **RESULTAT**

### **Naiv forståelse**

Deltagerne i intervjuet har opplevd et økt fokus på rus etter at reformen ble iverksatt. Det er flere pasienter på avdelingene som bruker rusmidler enn før, og noen deltagere sier de har fått bedre rutiner rundt håndtering av rusbruk, og i større grad enn før møter pasientene med respekt. Enkelte har opplevd at dette har gått på bekostning av pasienter som ikke bruker rusmidler, blant annet ved at behandlingsplasser har gått tapt ved opprettelsen av nye avdelinger for pasienter med dobbeltdiagnose. Deltagerne opplever at ressurser ikke tilføres, men flyttes fra et sted til et annet. Dessuten mener sykepleierne at de ikke har nok alternative

tilbud å erstatte rusbruk med, for eksempel tilstrekkelig med aktiviteter. Sykepleierne har også måttet omstille seg i forhold til å tenke mer langsiktig i forhold til pasientene, noe de opplever utfordrende på grunn av tidspress ved psykiatrisk avdeling. Flere beskriver at de opplever behandlingen som lite sammenhengende for pasienter med dobbeltdiagnose, noe de mener skyldes for få behandlingsplasser både på sykehus og i kommuner. Sykepleierne opplever egen kompetanse på området som mangelfull, og ønsker å lære mer. Samtidig mener de at kompetanseutvikling i forhold til rus nedprioriteres, noe de tilskriver lokal ledelse.

### **Strukturell analyse**

Den strukturelle analysen resulterte i fire tema.

Tema 1: ”Meningen med at pasientgruppa blir bedre ivaretatt etter reformen”.

Flere av deltagerne i fokusgruppa opplever at pasienter med dobbeltdiagnose blir bedre ivaretatt på psykiatriske avdelinger enn før reformen. Det pekes blant annet på at pasientgruppa har fått flere rettigheter, samt at kunnskap og rutiner rundt rusproblematikk har blitt bedre. Også holdningene til pasientgruppa oppleves som endret etter reformen: ”Jeg ser at vi møter folk med mye større grad av respekt, vi har akseptert at dette er en del av vår hverdag, det å ha den type pasienter også, og vi ser at tilbakemeldingene fra pasientene er bedre enn før ... vi er på vei mot et bedre, holistisk syn på den pasientgruppa.”

Tema 2: ”Meningen med mangel på ressurser”.

Under ovennevnte tema falt blant annet beskrivelser av mangel på behandlingsplasser, tid og personell som hinder i behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose. På tross av ulikheter mellom de tre faktorene, har de til felles å oppleves som mangler på systemnivå. På bakgrunn av dette ble de kategorisert sammen. Særlig så det ut til at mangelen på behandlingsplasser opptar deltagerne, noe de opplever at blant annet kan gi brudd i behandlingsskjeden: ”...altså vi ser jo fort at nå er vår funksjon over, også må vi be dem om det mest håpløse i verden – det er å dra hjem å vente, og det er tre måneders ventetid hjemme. Det er jo det samme som, ikke bare tilbakefall, da står du der.”

Tidspress og fokus på effektivitet blir også opplevd som utfordrende i forhold til pasientgruppa: ”... du får ikke avdekke hva som er psykiatri, og hva som er russyntomene på den korte tida et sånt opphold er, så det er stort sett bare rusen vi ser.”

Tema 3: ”Meningen med usikkerhet rundt hvordan en skal tilby adekvat behandling”.

Utfordringer knyttet til hvilken behandling en skal tilby pasientgruppa var noe alle deltagerne hadde opplevd, og var sammen med forrige tema det som tok mest plass i diskusjonen: "...det er for dårlig kunnskap om hvordan man skal hjelpe de med rus rett og slett...". En av deltagerne mente en for lett tyr til medisiner i møte med angst og depresjon, mens flere mener at aktiviteter utgjør en viktig del av et behandlingstilbud til pasienter med dobbeltdiagnose. Samtidig beskrev flere av intervjudeltagerne pasientrettighetene som en utfordring i denne sammenheng: "...jeg vet ikke om folk vegrer seg på grunn av pasientrettigheter eller hva, men man lar dem rett og slett sove for mye noen ganger." Den kanskje tydeligste og mest grunnleggende usikkerheten kom til uttrykk i følgende utsagn: "Så jeg vet ikke om vi er egnet engang jeg, som system for å ivareta deres behov. Kanskje vi kan komme inn når de har fått dem til bare å bli nyktre, så har de fremdeles en tilleggslidelse som er psykisk helse, og så må vi ta det derfra?"

Tema 4: "Meningen med å være lite verdsatt"

Følelsen av å være lite verdsatt er noe sykepleierne selv har opplevd: "Vi må bryne oss på gamle tradisjoner fremdeles. Fremdeles er den beste sykepleieren den som tar *psykisk helse...*". Samtidig er dette en opplevelse de beskriver på vegne av pasientgruppa. Når begge perspektivene inkluderes i samme tema er det fordi intervjudeltagerne argumenterer for at de henger sammen. I diskusjonen rundt nedprioritering av ruskompetanse uttalte en av deltagerne at: "... jeg tror det handler mye om holdinger altså ...fremdeles er det holdninger som regjerer ... til den pasientgruppa... Fordi det er en annen måte å jobbe på, det er andre utfordringer, og det er andre typer verdier og verdigrunnlag, og man må på en måte akseptere andre menneskers måte å leve på."

### **Helhetsforståelse**

Med bakgrunn i egen forforståelse, forskningsspørsmål, den naive forståelsen, de ulike temaene fra den strukturelle analysen, litteratur og veiledning ble følgende helhetsforståelse formulert: *rusreform – nye utfordringer, og en opplevelse av ikke å strekke til.*

### **DISKUSJON**

Hensikten med studien er å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere i psykiatriske avdelinger har erfart sin kliniske hverdag etter rusreformen. Det er naturlig nok ikke grunn til å anta at et intervju med fire deltagere representerer hverdagen til samtlige sykepleiere på psykiatriske avdelinger, noe som heller ikke har vært et fokus for studien. Flere

av deltagerne meddelte at deres kunnskap om rusreformen var begrenset, og tidvis dreide diskusjonen seg om fenomener som ikke direkte var knyttet til reformen. Målet har vært å undersøke deltagernes opplevelser, gjennom beskrivelser av deres livsverden, og konstruere mening ut ifra dette (23). Derfor mener vi funnene er relevante og belyser problemstillingen fra et perspektiv det i liten grad er gjort tidligere. Samtidig er det grunn til å anta at deltagerne, med sine erfaringer fra ulike psykiatriske avdelinger, har innblikk i en kultur og hverdag som berører flere enn deltagerne selv.

Noe av det som har overrasket oss i arbeidet med studien er hvordan sykepleiernes beskrivelser av egen klinisk hverdag i så stor grad samsvarer med utfordringene tilknyttet pasienter med dobbeltdiagnose som gjennom en årrekke har vært presentert i offentlige publikasjoner (17,25-27). Stikkordene *samarbeid, kompetanse og holdninger* ble notert til diskusjon før gjennomføringen av intervjuet, men utfordringer knyttet til samtlige tema ble brakt på banen av deltagerne uten at de ble introdusert av moderator. Arbeidet med å gjøre tilbudet til pasienter med dobbeltdiagnose i psykiatriske avdelinger bedre ser på ingen måte ut til å være en enkel oppgave.

Helse og omsorgsdepartementet slo allerede i 2001 fast at basiskravene til kvalitetssikring bør være de samme i psykisk helsevern som i institusjoner for rusmiddelmissbrukere (9). Rusreformen sier lite om hva innholdet i behandlingen bør være, eller hvordan den bør organiseres, men vi kan blant annet lese at: ”Over tid vil og bør tilbudet endre seg og suppleres i tråd med medisinskfaglig utvikling og i tråd med nye behandlingsmetoder og filosofi m.v.” (1 s. 21). Moen påpeker i en hovedoppgave, med utgangspunkt i legers erfaringer, at på tross av strengere krav til behandling førte rusreformen i liten grad til enighet innen behandling av rusmiddelavhengighet og den gir få eksakte svar (28). Å tilby integrert behandling kan være én måte å ivareta pasientgruppen i psykiatriske avdelinger. Dette forutsetter naturlig nok kjennskap til prinsippene for en slik organisering av behandlingen, samt kunnskap om ulike tilnærminger som kan passe den enkelte pasient. Skal en lykkes må en også ha ledere som ønsker å integrere rusbehandling i tilbudet på psykiatriske avdelinger og det må gis tilbud om opplæring (4,29).

Uavhengig av syn på organisering av behandlingen er det slik at samtlige deltagere har opplevd usikkerhet eller uenighet rundt hvordan en kan tilby adekvat behandling til pasienter med dobbeltdiagnose. Skretting påpeker at de organisatoriske endringene i tjenestetilbudet ikke gjør noe med mangelen på kompetanse i psykiatrien (8). Deltagerne i vår studie mener de har for dårlig kunnskap om rusproblematikk. De opplever også at kompetanseutvikling på området nedprioriteres, noe de setter i sammenheng med holdninger til pasientgruppa. Mangel

på kompetanse fant også Cappelen i en kvantitativ spørreundersøkelse fra 2004. Her svarte de færreste sykepleiere at de har tilegnet seg kunnskap rundt dobbeltdiagnoseproblematikk gjennom utdanning, og at de selv opplever seg som lite kompetente og i behov av mer kunnskap på feltet (30). Kanskje må lokal ledelse i større grad erkjenne hvilke utfordringer pasienter med dobbeltdiagnose representerer. Det ser ut til å være behov for mer målrettet arbeid for å gi ansatte den kompetansen de trenger. Tilgang på ressurser og behandlingsplasser er det mulig å akseptere at lokal ledelse har liten innflytelse på. Det burde derimot være mulig å unngå at kunnskap om rusrelaterte problemer oppleves som lite verdsatt.

En litteraturstudie fra internasjonale forhold hevder at det nå er på tide med handling, og ikke retorikk, i forbindelse med den aktuelle pasientgruppa (31). Dette er et poeng som ser ut til å gjelde også deltagerne i vår studie. I disse dager er nye nasjonale retningslinjer under utarbeidelse, nettopp for å bidra til oppklaring og trygghet for helsepersonell, pasienter og pårørende. Om retningslinjene sier Helsedirektoratet blant annet: ”Ruslidelser og psykiske lidelser henger ofte sammen. Derfor skal tjenesteytere ha god kunnskap om begge tilstander. Utredningen og diagnostiseringen skal gjøres ved hjelp av standardiserte verktøy, og den psykiske lidelsen og ruslidelsen skal behandles helhetlig og individuelt” (32). Det blir neppe flere behandlingsplasser, bedre tid eller mer personell på grunn av retningslinjene. Men en får håpe at nye retningslinjer kan bidra til å skape et tydeligere innhold i behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose, og si noe om hvilken tilnærming det kan være fruktbart å velge. Kanskje kan resultatet bli at kompetanseutvikling i større grad må prioriteres, og at sykepleiere etter hvert føler seg mer kompetente i møte med pasientgruppa. Skal dette lykkes må retningslinjene forplikte og engasjere på alle nivå. Ansatte må få anledning til å bli kjent med dokumentet, og ikke minst må ledere gi anledning til å følge det opp. Slik kan retningslinjene kanskje bidra til å redusere opplevelsen av ikke å strekke til i behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose.

## **KONKLUSJON**

Skal man ta utgangspunkt i resultatene fra studien kan veien fra reform til klinisk hverdag synes lang. Flere av deltagerne i studien opplever at de yter et bedre tilbud til pasienter med dobbeltdiagnose etter at rusreformen ble iverksatt. På den annen side har sykepleierne fått oppgaver de ikke opplever seg faglig rustet til å løse, samtidig som de mener det mangler ressurser for å kunne gi tilfredsstillende hjelp til pasienter med dobbeltdiagnose. Resultatet er en opplevelse av ikke å strekke til, både på system og individnivå.

## Litteratur:

1. **Sosialdepartementet.** Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtagelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere). Ot.prp.nr.3 (2002-2003), 2003
2. **Ringen, PA.** Substance use in psychotic disorder. Use patterns and relation to clinical and cognitive characteristics in schizophrenia and bipolar disorder. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2008.
3. **Evjen R, Boe Kielland K og Øiern T.** Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
4. **Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L.** Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
5. **Landheim AS, Bakken K og Vaglum P.** (2002). S sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. Norsk Epidemiologi 2002;12:309-18.
6. **Gråwe RW og Ruud T.** Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. Oslo: SINTEF Helse, 2006.
7. **Kunnskapssenteret.** Dobbeldiagnose - alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2 Effekt av psykososial behandling. Rapport nr 25-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008.
8. **Skretting A.** (2005). Fra klient til pasient. Vil den norske rusreformen gi rusmiddelmissbrukere et bedre behandlingstilbud? Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift 2005;22:125-40.
9. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmissbruk. Rundskriv, I-36/2001. 2001.
10. **Lie T, Nesvåg S.** Evaluering av rusreformen. Rapport IRIS – 2006/227. Stavanger: International Research Institute of Stavanger, 2007.
11. **Lie T.** Evaluering av den statlige rusreformen for brukere i Oslo kommune. Rapport IRIS – 2006/228. Stavanger: International Research Institute of Stavanger, 2007.
12. **Helsetilsynet.** Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere. Rapport fra Helsetilsynet 2/2007. 2007.
13. **Sosialdepartementet.** Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan). Ot.prp.nr. 54 (2002-2003), 2003.

- 14. Rusbehandling Midt-Norge.** Rus/psykiatriproblematikk: Hvordan sikre god behandling, samhandling og kompetanse i spesialisthelsetjenesten Helse Midt-Norge? Stjørdal: Rusbehandling Midt-Norge, 2005.
- 15. Todd J, Green G, Harrison M, Ikuesan BA, Self C, Baldacchino A og Sherwood S.** Defining dual diagnosis of mental illness and substance misuse: some methodological issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2004;11:48-54.
- 16. Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, Lynde D, Osher FC, Clark RE og Rickards L.** Implementing Dual Diagnosis Services for Clients With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services* 2001;52:469-76.
- 17. Sosial- og helsedepartementet.** Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. St.meld. nr. 25 (1996-1997), 1997.
- 18. Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- 19. Polit DF, Beck CT.** Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- 20. Kitzinger J.** (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *British Medical Journal* (311). 299-302
- 21. Kvale S, Brinkmann S.** Interview. Introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzels forlag, 2009.
- 22. Lindseth A, Norberg A.** (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004; 18: 145-53.
- 23. Ricoeur P.** Fortolkningsteori. København: Vintens Forlag, 1979.
- 24. Thornquist E.** Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget, 2003.
- 25. Norges offentlige utredninger.** Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. NOU 2005:3. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste, 2005.
- 26. Sosial- og helsedirektoratet.** ...OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Veileder IS-1162. 2005.
- 27. Helse- og omsorgsdepartementet.** Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009). 2009.
- 28. Moen S.H.** Behandling av rusmiddelavhengighet sett i lys av rusreformen 2004 – en gjøkunge i helsevesenet? Hovedoppgave ved Det Psykologiske Fakultet, Universitetet i Bergen, 2008.



- 29. Brunette MF, Asher D, Whitley R, Lutz WJ, Wieder, BL, Jones, AM og McHugo, GJ.** (2008). Implementation of Integrated Dual Disorders Treatment: A Qualitative Analysis of Facilitators and Barriers. *Psychiatric Services* 2008;59:989-95.
- 30. Cappelen, TP. 2004** Psykisk helsevern: dobbeltdiagnosepasienter – en interessant målgruppe for sykepleiere! *Tidsskriftet sykepleien* 2004;92:34-8.
- 31. Edward K-L og Munro I.** Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. *International Journal of Nursing Practice* 2009;15:74-9.
- 32. Helsedirektoratet.** *Psykisk 0409*. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.

## Vedlegg 1. Eksempler fra analyseprosessen

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Undertema	Tema
<p>...jeg syns det har blitt en forandring i forhold til hva vi som jobber der kan, kan da. Av... eller om rus. Fordi at eh... for noen år siden så syns jeg på en måte at kunnskapen var – ikke var så god som den var nå da. Nå er det klare regimer i forhold til, til dette med å følge opp med delir og, det kan jo ha noe med den nye (.....) å gjøre også, men jeg føler at det er bedre rutiner på ting da for å få fulgt disse med rusproblemer opp hmmm.</p>	<p>Økt kunnskap om rus, samt klare regimer og rutiner for å ivareta pasienter med rusproblemer.</p>	<p>Økt kompetanse om, og bedre rutiner i forhold til, rusproblematikk.</p>	<p>Meningen med at pasientgruppa blir bedre ivaretatt etter reformen</p>
<p>Altså en rusmisbruker – du får ikke avdekka hva som er psykiatri, og hva som er russymptomene på den korte tida et sånt opphold er, så det er stort sett bare rusen vi ser. Og ut ifra det så starter man også, med en gang, en viss behandling i forhold til psykisk helse, og der skjærer det seg for meg – altså når vi veit at det tar gjerne to til tre måneder før</p>	<p>Opplever at det er for liten tid til å avdekke hva som er russymptomer og hva som er psykiatri.</p>	<p>For liten tid på psykiatrisk avdeling</p>	<p>Meningen med mangel på ressurser</p>

<p>du er nykter under godt kvalifisert oppnyktring – oppnyktringsarbeid – så sier det seg sjøl at den korte tida, på både din avdeling og min avdeling, i hvert fall ikke egner seg for å helt kartlegge den psykiske tilstand. Vi kan få det sosiopsykologiske, men hva som er grunnleggende fronter, om det er noe sånn schizofrent eller om det er en bivirkning på amfetamin, eller hva det er, det er nesten – angst – hva er angst? Altså det – det er vanskelig. Der sliter vi.</p>			
<p>Der også så skorter det jo litt på vår kunnskap da ...hva slags oppfølging er det mest riktige ogehh.... tilby..... hva aa... altså egentlig trenger, altså, han kommer ut i kommunen og når ikke de heller sitter inne med siste... nye viten så... kan det jo bli litt.... om ikke tilfeldig, så i hvert fall ehhh .... det er et resultat i sammen av det, av dårlig, altså av lite kompetanse ...</p>	<p>Manglende kunnskap på psykiatrisk avdeling om hvilken oppfølging pasienten trenger, i tillegg til hva som faktisk eksisterer. Sammen med manglende kompetanse i kommunen gir dette et dårligere tilbud.</p>	<p>Mangel på kompetanse i forhold til oppfølging, både på psykiatrisk avdeling og i kommunen, gir et dårligere tilbud.</p>	<p>Meningen med usikkerhet rundt hvordan en skal tilby adekvat behandling</p>
<p>...og jeg ser det atte kurser</p>			

<p>som jeg gjerne skulle ha deltatt på, de kursene som jeg har deltatt på, dem har jeg fått gjennom kontakter ute (.....), ikke gjennom min egen avdeling. De kursene som jeg blir tilbudt, de er sånn ”Pasientens barn” – ”Selvmordsforebygging” – altså sånne tradisjonelle syn sånn så at jeg, den eeh implementeringa av rus i tradisjonell psykisk helse... psykisk, den er fremdeles ikke helt oppe og går – det er litt for mye gamle ting i veggane til at vi slipper helt taket...</p>	<p>Opplever at relevante kurs i forhold til rusproblematikk nedprioriteres i forhold til de som faller inn under tradisjonell psykisk helse.</p>	<p>Kompetanse om rusproblematikk nedprioriteres</p>	<p>Meningen med å være lite verdsatt</p>
---	--	---	--

## Vedlegg 2. Søknad om tilgang til data

Knut Tore Sælør

09.03.2008

3014 Drammen

(.....)

(.....)

Brannpostveien 7

Drammen

I forbindelse med gjennomføringen av mastergrad i klinisk helsearbeid ved Høgskolen i Buskerud (HiBu) ønsker jeg gjennom et prosjektarbeid å undersøke hvordan helsearbeidere i psykiatriske avdelinger kan ha opplevd at rusreformen har endret deres arbeidshverdag. Siden den ble iverksatt 1. januar 2004 har ulike evalueringer og tilsyn pekt på at flere av målsettingene i reformen ikke er nådd. Samtidig er det skrevet lite om hvordan helsearbeidere har opplevd reformen. Prosjektet retter seg mot den enkeltes subjektive opplevelse av endring i egen arbeidshverdag. Hovedmålet for prosjektet vil være å beskrive fenomenet og bidra til økt forståelse av, og kunnskap om, reformen. Prosjektets forskningsspørsmål lyder per dags dato: **"Hvordan kan helsearbeidere i psykiatriske avdelinger ha opplevd at rusreformen har endret deres kliniske hverdag?"**

Informasjon er tenkt samlet inn gjennom bruk av fokusgruppeintervju, med mellom fire og åtte deltagere. Datamaterialet presenteres i form av en artikkel. Eventuelle deltagere vil sikres konfidensialitet i den forstand at ingen utsagn eller sitater skal kunne knyttes til bakgrunnsinformasjon, samt at materialet som kommer frem i undersøkelsen vil være taushetsbelagt. Tidspunkt for sletting av data vil være 1. september 2010. Samtlige deltagere vil kunne trekke seg til enhver tid i prosessen, uten at dette vil få noen negative konsekvenser for dem. En prosjektbeskrivelse er innlevert og ble godkjent av høgskolen januar d.å. Førsteamanuensis Stian Biong ved HiBu vil være prosjektleder. Etiske aspekter ved prosjektet er vurdert, og det vil bli registrert ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Etter å ha vært ansatt ved (.....) i perioden okt 03- april 08 jobber jeg nå på (.....). Grupper til intervjuene er tenkt satt sammen av ansatte fra (.....) og (.....). Av hensyn til gruppeprosessen er det ønskelig at deltagerne har 3-årig høgskoleutdanning, med eller uten videreutdanning, og jobber med pasientrelatert arbeid i avdelingene. Et slikt intervju anslås å ha en til to timer varighet, og er fra min side tenkt gjennomført i forbindelse med et vaktskifte slik at ulempene for de aktuelle deltagerne blir minst mulig. Resultatene vil bli lagt frem i ønsket form etter avtale med avdelings- eller fagutviklingssykepleiere.

Jeg ber herved om tillatelse til å ta kontakt med avdelings- eller fagutviklingssykepleiere ved ulike aktuelle avdelinger med tanke på å finne aktuelle deltagere. Eventuelle deltagere vil senere motta et eget invitasjonsskriv med beskrivelse av prosjektet. En fullstendig versjon av prosjektbeskrivelsen er vedlagt. Forskningsspørsmålet har siden denne ble godkjent gjennomgått små justeringer i samråd med prosjektleder og veileder Stian Biong.

Håper på positivt og snarlig svar,  
med vennlig hilsen Knut Tore Sælør  
(mob. 92613782)

### Vedlegg 3. Informasjonsskriv til deltagere

## Forespørsel om deltagelse i fokusgruppeintervju

I forbindelse med gjennomføringen av mastergrad i klinisk helsearbeid ved Høgskolen i Buskerud (HiBu) ønsker jeg gjennom et prosjektarbeid å undersøke hvordan helsearbeidere i psykiatriske avdelinger kan ha opplevd at rusreformen har endret deres arbeidshverdag. Siden den ble iverksatt 1. januar 2004 har ulike evalueringer og tilsyn pekt på at flere av målsettingene i reformen ikke er nådd. Samtidig er det skrevet lite om hvordan helsearbeiderne har opplevd reformen. Prosjektet retter seg mot den enkelte helsearbeiders subjektive opplevelse av endring i egen arbeidshverdag. Hovedmålet for prosjektet vil være å beskrive fenomenet og bidra til økt forståelse av, og kunnskap om, reformen. Resultatene vil bli lagt frem i ønsket form etter avtale med avdelings- eller fagutviklingspsykepleiere.

Informasjon er tenkt samlet inn gjennom bruk av fokusgruppeintervju, med mellom fem og syv deltagere, og disse tas opp på lydband. Datamaterialet presenteres i form av en artikkel. Eventuelle deltagere vil sikres konfidensialitet, og ei heller kunne gjenkjennes i eventuelle publikasjoner, gjennom at ingen utsagn eller sitater skal kunne knyttes til bakgrunnsinformasjon. I tillegg vil materialet som kommer frem i undersøkelsen vil være taushetsbelagt og oppbevares på en sikker måte. Tidspunkt for sletting av data vil være 1. september 2010. Deltagelse i prosjektet er frivillig og samtlige deltagere vil kunne trekke seg til enhver tid i prosessen, uten å oppgi noen grunn for dette, eller at dette vil få noen negative konsekvenser. En prosjektbeskrivelse er innlevert og ble godkjent av høgskolen januar d.å. Førsteamanuensis Stian Biong ved HiBu vil være prosjektleder. Ethiske aspekter ved prosjektet er vurdert, og det er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Ved eventuelle spørsmål eller ønske om en fullstendig prosjektbeskrivelse kan du ta kontakt på mail: [knut\\_tore@c2i.net](mailto:knut_tore@c2i.net) eller ringe på mob: 92613782

Vennlig hilsen Knut Tore Sælør

## **Veiledning for skriving av vitenskapelige artikler**

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

Artikkel, følgebrev og erklæring om interessekonflikter sendes i e-post til [forskning@sykepleien.no](mailto:forskning@sykepleien.no)

Sykepleien Forskning har et stort opplag (cirka 85.000 eksemplarer), er godkjent som nivå 1-tidsskrift av Universitets- og høyskolerådet og indeksert i Norart og SveMed+. Vi gjør originale forskningsartikler tilgjengelig for alle via internett. Forfattere som publiserer hos oss beholder copyright selv og kan for eksempel publisere den fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Retningslinjene for publisering [fra International Committee of Medical Journal Editors](#) (Vancouver-gruppen) ligger til grunn for publisering av vitenskapelige artikler i tidsskriftet. Studier som publiseres i Sykepleien Forskning må ha de nødvendige forskningsetiske tillatelser. Forfattere må og redegjøre for dette i artiklene.

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. Innen to uker foretar redaktøren en vurdering og gir en tilbakemelding til forfatterne om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering. Dersom artikkelmanuskriptet sendes til vurdering av eksterne fagfeller, vil vi tilstrebe å gi forfattere neste tilbakemelding innen seks uker. Det kan også være aktuelt at tidsskriftets redaksjonskomité vurderer tilsendt artikkelmanuskript.

Sykepleien Forskning bruker åpen fagfelleevaluering, hvor navn på både forfatter og fagfeller er kjent for hverandre.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for sykepleiere og annet helsepersonell i Norge og Norden?

Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjon kan avslå publisering på et hvert tidspunkt i vurderingsprosessen. Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til fagfelleevaluering. Alle manuskripter som sendes redaksjonen må følge denne forfatterveiledningen for å bli vurdert. Manuskript som ikke følger veiledningen vil bli returnert.

Redaksjonen forutsetter at forfatterne ikke aktivt går ut i andre medier med resultater fra studien før den eventuell er publisert i Sykepleien Forskning. Dette gjelder ikke fremlegg på konferanser med trykking av sammendrag.

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

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

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

### **Følgerevne til redaktør**

Følgerevne kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering.

Det bør tydelig, men kortfattet og fritt formulert fremstilles følgende:

Bakgrunnsfaktorer for hvorfor emnet/tematikken har vekket forfatterens (forfatternes) interesse for å skrive et artikkelmanuskript.

Bakgrunnsfaktorer for hvorfor forfatteren (forfatterne) ønsker å publisere sitt artikkelmanuskript i Sykepleien Forskning.

Hva er det man vet om emnet/tematikken i artikkelmanuskriptet fra før?

Hva er det man ikke vet om emnet/tematikken i artikkelmanuskriptet fra før?



Hva er verdt å vite om emnet/tematikken?

Navn og kontaktinformasjon på tre aktuelle habile fagfeller.

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

### **Erklæring om interessekonflikter**

Erklæring om interessekonflikter kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Vi ønsker at forfattere sender Erklæring om interessekonflikter elektronisk, men det er også mulig å sende den per post til:

Sykepleien Forskning

P.O. Box 456, Sentrum

0104 Oslo

Skjemaet for Erklæring om interessekonflikter finnes på <http://www.sykepleien.no/>

### **Generelt**

Artikkelmanuskript sendes Sykepleien Forskning elektronisk som **ett dokument** i Microsoft World-programmets doc-form.

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

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Sidetallene plasseres øverst på høyre side.

Sidenummerering begynner fra tekstsida (inkluderer ikke tittelside eller sammendrag på norsk eller engelsk).

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller plasseres til slutt i dokumentet - etter referanselisten.

Bruk av fremmedord bør begrenses. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være mest mulig beskrivende for innholdet i artikkelen og angi hvilket forskningsopplegg (design) som er brukt. Vi ønsker at forfatterne bruker et aktivt språk.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.

### **Rammer for originale vitenskaplige artikler**

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

### **Rammer for kortrapporter**

Sykepleien Forskning publiser også kortrapporter (short reports) som har samme oppbygging som en vitenskapelig men et mindre format - maksimalt 1500 ord.

## **ARTIKKELMANUSKRIFTETS OPPBYGGING:**

### **Tittelside (side 1):**

En beskrivende tittel med eventuell undertittel hvor studiens design fremkommer.

Forfatterens(forfatternes) for- og etternavn.

Kort presentasjon av forfatterens (forfatternes) utdannings- og profesjonsbakgrunn.

Forfatterens (forfatternes) stilling og arbeidssted.

Forfatterens (forfatternes) elektronisk postadresse.

Forfatterens (forfatternes) telefonnummer.

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

For- og etternavn.

Postadresse.

Elektronisk postadresse.

Telefonnummer.

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn med ordmellomrom (ikke medregnet tittel, undertittel og ingress).

Antall ord.

Antall figurer og tabeller.

Det bør tydelig presiseres en elektronisk postadresse for en person som kan kontaktes av lesere.

### **Norsk sammendrag (side 2)**

Fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets tittel fremstilles øverst på siden.

Sammendrag skal skrives på norsk.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet. Følgende overskrifter skal brukes i sammendraget: Bakgrunn, Hensikt, Metode, Resultater og Konklusjon.

Maksimalt 200 ord.

3-5 nøkkelord på norsk valgt fra listen på Sykepleie Forsknings nettside, fremstilles for indeksering nederst på siden etter teksten

### **English abstract (side 3)**

Fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets engelskspråklige tittel fremstilles øverst på siden. Følgende overskrifter skal brukes: Background, Objective, Methods, Results og Conclusion.

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

Maksimalt 200 ord.

3-5 engelske nøkkelord valgt fra listen over MeSH-begrep fremstilles for indeksering nederst på siden etter teksten.

### **Tekstsider (fra side 4 og utover)**

Sidetallene plasseres øverst på høyre side. Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstaves og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

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

## *Empiriske studier (både kvalitative og kvantitative studier)*

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

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

Hensikt med studien og problemstilling(er).

Metode (alle forskningsmetoder som er brukt skal framstilles samt ved empiriske studier datainnsamlingsmetode, utvelgelse av deltakere, gjennomføring, bearbeiding og analyse av datainnsamling, etiske overveielser/personvern).

Resultater.

Marker i teksten hvor eventuelle tabeller og figurer ønskes satt inn. Bruk norske komma (,) ikke engelske (.) når tall oppgis med desimaler.

Diskusjon (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat).

Konklusjon.

Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling.

## **Takksigelser**

Personer som har bidratt til studien men ikke fyller kriteriene for forfatterskap kan oppgis under takksigelser. Her kan forfatterne også oppgi hvem som har finansiert studien.

## **Referanser (starter på egen side etter konklusjonen)**

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Navn på forfattere skrives med fet skrift. Utgave (issue) oppgis ikke i tidsskrift som har løpende sidenummerering gjennom hele året. NB: årgang (volume) oppgis alltid. Sidetall forkortes (eksempel 342-9, eller 342-51, IKKE: 342-349).

For eksempel:

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

**2. Norges offentlige utredninger.** Lov om smittsomme sykdommer (Smittevernsloven). NOU 1990:2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1990.

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

4. **Dahl K, Heggdal K, Standal S.** Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA. (red). Grunnleggende Sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005:234-46.
5. **Fraser DM, Cooper MA.** Myles Textbook for Midwives. London: Churchill Livingstone, 2003.
6. **de Witt L, Ploeg J.** Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. Journal of Advanced Nursing 2006;55:215-29.
7. **Andenæs R.** Psychological distress, coping, and quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2005.
8. **Cancer Prevention Centre.** Exercise: Stages of Change - Short Form <http://www.uri.edu/research/cprc/Measures/Exercise02.htm> (24.09.2008).

### **Figurer og tabeller (følger på egne sider etter referanselisten)**

Presenteres til slutt i dokumentet, én side per figur eller tabell. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig. Bruk norske komma (,) og ikke engelske (.) ved bruk av tall med desimaler.

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

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

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