

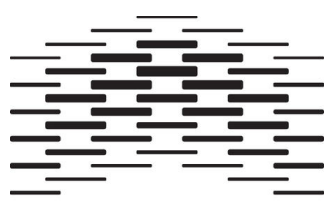
**MASTEROPPGAVE**  
**Master i psykisk helsearbeid - deltid**  
**05-2016**

Holdninger til døgnbehandling av pasienter med ruslidelser og psykiske lidelser – en sammenligning av DPS og TSB

Artikkel

Kristian Skjørten

**Fakultet for helsefag**  
**Institutt for Sykepleie**



**HØGSKOLEN I OSLO**  
**OG AKERSHUS**

## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>1. BAKGRUNN</b> .....	<b>6</b>
1.1. NYTTER BEHANDLING? .....	6
1.1.1. <i>ROP-pasienter er spesielt sårbare</i> .....	7
1.1.2. <i>Hva er og hvordan virker holdninger?</i> .....	8
1.1.3. <i>Mestringstro</i> .....	9
1.2. HOLDNINGERS BETYDNING FOR PRAKSIS.....	10
1.3. FORMÅL OG FORSKNINGSPØRSMÅL.....	11
<b>2. METODE</b> .....	<b>13</b>
2.1. UNDERSØKELSENS DESIGN .....	13
2.2. TILPASSING AV SPØRRESKJEMA .....	13
2.2.1. <i>CHS Methadone Maintenance Staff Attitude Questionnaire</i> .....	13
2.2.2. <i>Evidence-Based Practice Attitude Scale-50 (EBPAS-50)</i> .....	14
2.2.3. <i>Behandleres syn på rusproblemer i psykisk helsevern og i rusfeltet</i> .....	15
2.3. UNDERSØKELSENS UTVALG OG DELTAKERE.....	15
2.4. ETISKE VURDERINGER.....	16
2.5. PROSEDYRE - DATAINNSAMLING .....	16
2.6. DATAANALYSE .....	17
<b>3. RESULTATER</b> .....	<b>18</b>
3.1. DELTAKERNE I UNDERSØKELSEN .....	18
3.1.1. <i>Sammenligning av demografiske variabler mellom DPS og TSB</i> .....	18
3.2. FORSKJELL I HOLDNINGER OG KUNNSKAPER OM BEHANDLING MELLOM DPS OG TSB .....	19
3.3. FORSKJELL I HOLDNINGER TIL EBP MELLOM DPS OG TSB .....	21
3.4. FORSKJELL I HOLDNINGER TIL ROP-PASIENTER MELLOM DPS OG TSB .....	22
3.5. SIGNIFIKANSTESTING AV DEMOGRAFISKE VARIABLER .....	23
3.6. SIGNIFIKANSTESTING AV HOLDNINGER OG KUNNSKAPER OM BEHANDLING.....	24
3.7. SIGNIFIKANSTESTING AV HOLDNINGER TIL ROP-PASIENTER .....	24
3.8. UNDERSØKELSENS HOVEDFUNN.....	25
<b>4. DRØFTING</b> .....	<b>26</b>
4.1. OPPSUMMERING AV HOVEDFUNN OG DEMOGRAFISKE VARIABLER .....	26
4.2. HOLDNINGER OG KUNNSKAPER OM BEHANDLING.....	27
4.3. HOLDNINGER TIL EBP .....	29
4.4. HOLDNINGER TIL ROP-PASIENTER .....	30
4.5. FORSKJELLER PÅ ULIKE OMRÅDER MELLOM DPS OG TSB .....	32
4.6. STYRKER OG SVAKHETER VED STUDIEN .....	34
4.7. PRAKTISKE OG KLINISKE IMPLIKASJONER.....	35
<b>5. KONKLUSJON</b> .....	<b>36</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>38</b>
INNLEDNING.....	39
ALLIANSEFORSKEREN.....	39
EMPATISK HOLDNING .....	40
UTVIKLING AV EMPATISKE EVNER .....	40
HOLDNINGER.....	41
HOLDNINGERS BETYDNING FOR PRAKSIS.....	44
<i>The Reasoned Action Approach</i> .....	44
<i>Mestringstro</i> .....	45
<i>Hva skal til for å skape vedvarende endringer på praksisfeltet?</i> .....	46

ROP-PASIENTER .....	48
<i>Risikofaktorer for tilbakefall</i> .....	48
HELSEFORETAKENES ANSVAR OG OPPGAVEFORDELING .....	49
UTFORDRINGENE I "DET TERAPEUTISKE ROM" .....	51
<b>METODE</b> .....	<b>55</b>
DESIGN .....	55
<i>Utvikling av spørreskjema</i> .....	55
UNDERSØKELSENS UTVALG OG DELTAKERE.....	59
METODEKRITIKK .....	59
ETISKE VURDERINGER.....	60
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>62</b>
<i>Vedlegg 1: Frekvenstabell - holdninger og kunnskaper til behandling</i> .....	70
<i>Vedlegg 2: Frekvenstabell – Holdninger til EBP</i> .....	71
<i>Vedlegg 3: Frekvenstabell – holdninger til ROP-pasienter</i> .....	72
<i>Vedlegg 4 – Spørreskjema benyttet i undersøkelsen</i> .....	73

### Tabeller:

Tabell 1: Antall potensielle deltakere fra inkluderte enheter - anonymisert.....	16
Tabell 2: Utregning av svarprosent for hver enhet, samt det totale utvalget .....	17
Tabell 3: Deskriptiv fremstilling av demografiske data (N=105) p-verdi beregnet med Chi-Squire.....	19
Tabell 4: Enighet/Uenighet til påstander fra "holdninger og kunnskaper om behandling" fordelt mellom DPS og TSB .....	20
Tabell 5: Enighet/Uenighet til påstander fra "holdninger til EBP" fordelt mellom DPS og TSB .....	21
Tabell 6: Enighet/uenighet til påstander fra "holdninger til ROP-pasienter" fordelt mellom DPS og TSB .....	22
Tabell 7: Signifikanstest ved multivariat regresjonsanalyse for signifikante demografiske variabler etter univariate analyser.....	24
Tabell 8: Signifikanstesting ved multivariat regresjonsanalyse for signifikante variabler fra "Holdninger og kunnskaper om behandling" etter univariate regresjonsanalyser .....	24
Tabell 9: Signifikanstesting ved multivariat regresjonsanalyse for signifikante variabler fra "holdninger til ROP-pasienter" etter univariate regresjonsanalyser.....	25
Tabell 10: Signifikanstest ved multivariat regresjonsanalyse for signifikante variabler etter skala-inndelte multivariate regresjonsanalyser .....	25
Tabell 11: Eksempel på mal for fem punkt Likert-skala .....	56
Tabell 12: Originale nøkkelord som ble byttet ut til denne studien grunnet kontekstuell tilpasning av spørreskjema.....	56
Tabell 13: Inkluderte påstander fra Gjersing (2010; 2011), organisert under originale sub-skalaer (Gjersing L. R., 2011) .....	57
Tabell 14: Inkluderte påstander fra Heimdals oversatte versjon av EBPAS-50 (Johansen & Aalo, 2013) .....	58
Tabell 15: Inkluderte påstander fra Øvreneess & Bøgwald (2007) utvalgt basert på relevans .....	59
Tabell 16: Graden av enighet/uenighet til påstander fra "holdninger og kunnskaper om behandling", sett ut i fra det totale datamaterialet .....	70
Tabell 17: Graden av enighet/uenighet til påstander fra "holdninger til EBP" sett ut i fra det totale datamaterialet .....	71
Tabell 18: Graden av enighet/uenighet til påstander fra "holdninger til ROP-pasienter" sett ut i fra det totale datamaterialet .....	72

## Sammendrag

**Mål:** Undersøke eventuelle holdningsforskjeller mellom helsepersonell innen DPS og TSB til behandling av ROP-pasienter. Undersøke eventuelle forskjeller mellom de to enhetene for demografiske variabler: kjønn, alder, utdanning, profesjon og arbeidserfaring. Undersøke om eventuelle holdningsforskjeller holdt seg signifikante etter kontroll for demografiske bakgrunnsvariabler.

**Bakgrunn:** Behandlingsansvaret for ROP-pasienter har tidligere vært et omdiskutert tema. Tydeligere ansvarsfordeling har synliggjort behov for kompetanseheving på fagfeltet, samt stilt andre krav til samhandling mellom tjenestene. Forskning har vist at organisering, struktur og behandlingskultur opprettholder kompetanseforskjeller og ulike forståelsesrammer. Anbefaling om integrert behandling aktualiserer derfor et studie av holdningsforskjeller mellom DPS og TSB.

**Metode:** Dette studies design var et kvantitativt tverrsnittstudie av DPS-enheter og TSB-enheter i Vestre Viken, klinikk for psykisk helse og rus. Helsepersonell innenfor 7 inkluderte døgnsesjoner ble invitert til å delta. Spørreskjema ble distribuert i papirform, lokalt på hver seksjon. Data ble analysert i fire trinn ved bruk av deskriptive analyser, samt univariate og multivariate regresjonsanalyser. Arbeidssted (DPS/TSB) ble brukt som avhengig variabel i samtlige analysetrinn.

**Resultat:** 46 % (N=105) av helsepersonell fra DPS og TSB deltok i studien. Ingen andre demografiske variabler enn arbeidssted bidro ikke til å forklare holdningsforskjeller når de ble kontrollert mot øvrige forklaringsvariabler. Studien viste ulike holdninger til hovedformål med behandling. DPS opplevde arbeidet mindre meningsfullt rapporterte i større grad opplevelse av hjelpeløshet. TSB var mer enig i terminering av behandlingsforløp dersom pasienter hadde sidemisbruk av benzodiazepiner sammenlignet med DPS.

**Konklusjon:** Dersom forskjellene er representative for utvalget og populasjonen, kan forskjellene påvirke prognostiske vurderinger, helsepersonells engasjement i pasientarbeidet og bruk av terminering av behandlingsopphold som tiltak mot sidemisbruk. Slike forskjeller kan ha betydning for kvaliteten på ROP-pasienters behandling og ha betydning for pasienten i et lengre rehabiliteringsperspektiv.

**Nøkkelord:** Holdninger, ROP-lidelser, Rusbehandling, Multivariat logistisk reg.

## Abstract

**Aim:** Investigate potential attitude differences between healthcare workers within community mental healthcare units (DPS) and addiction treatment units (TSB) towards treatment of patients with co-existing psychiatric and substance use disorders (comorbid disorders). Investigate any differences between the two units for demographic variables: gender, age, education, profession and work experience. Test potential significant attitude differences by controlling for demographic variables

**Background:** Treatment responsibility for patients with comorbidity have previously been a topic of discussion. Clarifying treatment responsibilities has created an increased need for specialized competence in this field, and increased need for interaction between the services. Research has shown that organization, structure and management culture maintains competency differences and different frameworks of understanding. Recommendation on integrated treatment for patients with comorbidity are therefore actualizing the need to understand attitude differences between DPS and TSB.

**Method:** This study design was a quantitative cross-sectional study of DPS and TSB in Vestre Viken, clinic for mental health and substance abuse. Health professionals within 7 included inpatient wards, were invited to participate. Questionnaires were distributed in paper form, locally on each section. Data were analyzed in four stages using descriptive analysis, and univariate and multivariate regression analyzes. Workplace (DPS/TSB) was used as the dependent variable in all analysis steps.

**Results:** 46% (N = 105) healthcare workers participated in the study. No other demographic variables than workplace contributed explain attitude differences when they were checked against other demographic explanatory variables. The study showed different attitudes towards main purpose of treatment. DPS experienced work less meaningful, and reported greater experience of helplessness. TSB agreed more in termination of treatment if patients had side misuse of benzodiazepines compared to DPS.

**Conclusion:** If the differences are representative of the sample and the population, the differences affect prognostic assessments, health professionals' involvement in patient work, and the use of termination of treatment to prevent side abuse. Such differences may affect the quality of treatment for patients with comorbidity and affect the patient in a long-term rehabilitation perspective.

**Key words:** Attitude, Comorbidity, Addiction treatment, Multivariate logistical reg.

## 1. Bakgrunn

I 2004 overførte Stortinget fylkeskommunens ansvar for rusbehandling de regionale helseforetakene i 2004. Målet var å forbedre helsetjenestene, samt å sikre pasientrettigheter til personer med misbruks- og avhengighetslidelser. På denne tiden ble det både nasjonalt og internasjonalt diskutert hvordan pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser, heretter forkortet ROP-pasienter best skulle forstås og hjelpes (Landheim, Bakken, & Vaglum, 2002; Øvreness & Bøgwald, 2007; Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2006). Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, heretter forkortet TSB ble opprettet og godkjent som spesialisthelsetjeneste med tilhørende forventninger, men uten nødvendige hjemler for spesialiststillinger eller tilstrekkelig kompetanse (Helsedepartementet, 2004; Biong & Ytrehus, 2012; Langås, 2014). TSB fikk hovedansvaret for utredning og behandling av pasienter med ROP-lidelser, mens psykisk helsevern skulle ivareta ROP-pasientene med alvorlige psykiske lidelser. Ansvarsfordelingen mellom TSB og psykisk helsevern fremkom av ROP-retningslinjen og prioriteringsveilederen fra 2012. Helseforetakene fikk selv ansvar for å organisere tilbudene internt, men ROP-retningslinjens anbefaling om integrert behandling har vært en sentral faktor. Helhet og kontinuitet i helsetjenestene uten unødige opphold, skulle ivaretas gjennom fleksibelt samarbeid innad i helsetjenestene. Psykisk helsevern skulle raskt kunne overta ansvaret for en pasient innlagt i TSB og motsatt, for å unngå unødige opphold i behandlingen (Helsedirektoratet, 2014; Helsedirektoratet, 2012; Helsedirektoratet, 2012; Biong & Ytrehus, 2012).

### 1.1. Nytt behandling?

Forskning har vært opptatt av hva som nytter, og hvilke faktorer som er virksomme i behandling av ROP-lidelser. Flere har hevdet at behandlingens varighet er avgjørende (McKellar, Kelly, Harris, & Moos, 2006; Føyn & Shaygani, 2010), mens andre peker på å fullføre ett behandlingsopphold, som den viktigste faktoren for positivt utfall. (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013). Utredning og behandling avhenger av rusfrie behandlingsarenaer (Landheim, Bakken, & Vaglum, 2002), som opprettholdes av faktorer som lokalers utforming, rutiner, ”ordensregler”, helsepersonells påvirknings- og utviklingsmuligheter, behandlingsskilt og helsepersonells holdninger (Roche, Duffield, & White, 2011; Cournoyer, Brochu, &

Landry, 2007; Lightfoot & Orford, 1986). Andre studier har også vist at organisasjon eller arbeidssted er en viktig forklaringsvariabel for forskjeller i grunnforståelse og holdninger ovenfor ROP-pasienter (Øvreness & Bøgwald, 2007; Gjersing L., 2011; Ekendahl, 2011; Helsedirektoratet, 2012).

Forskning som har hatt til hensikt å sammenligne behandlingsmetoder har som regel utfordringer med å finne varige forskjeller i effektstørrelser mellom metoder (Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried, & Walter, 2010; Hunt, Siegfried, Morley, Sitharthan, & Cleary, 2013; Knapp, Soares, Farrell, & Lima, 2008; Gossop, Stewart, & Marsden, 2006). Integrert (samtidig) behandling av ruslidelsen og den psykiske lidelsen innenfor samme enhet ansees av Mueser et. al. (2006) å være en velegnet behandlingsmåte. Dette begrunnes med at parallelle og sekvensielle tilbud ikke hadde dokumentert tilsvarende god effekt (Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2006). ROP-retningslinjen åpnet likevel for at integrert behandling kan sees som en samordning av tjenester mellom ulike selvstendige enheter. En slik organisering medfører imidlertid et behov for overlappende ansvar (Biong & Ytrehus, 2012; Helsedirektoratet, 2012). I tillegg er det viktig at enhetene anerkjenner hverandres bidrag som et samarbeid på tvers av tjenestesteder. Helseforetakenes organisering varierer, men likhetene mellom TSB og distriktpsykiatriske sentre (DPS) burde være et godt utgangspunkt for samhandling og kunnskapsutveksling relatert til dette arbeidet. (Helsedirektoratet, 2014).

#### **1.1.1. ROP-pasienter er spesielt sårbare**

Når denne studien omtaler ROP-pasienter inkluderes i tillegg til klare diagnostiserte tilfeller, også pasienter med symptomer av behandlingstrengende karakter. Denne inkluderingen ble gjort fordi studier har rapportert om en forventet underdiagnostisering av ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012; Primm, et al., 2000; Øvreness & Bøgwald, 2007; Langås, 2014; Landheim, Bakken, & Vaglum, 2002). ROP-pasienter er en marginalisert og sårbar pasientgruppe med økt fare for drop-out og lavere nytte av ordinær behandling. Pasientene er ofte uten, eller har uegnet fast bopel, få støttepersoner, lav utdanning, lav arbeidserfaring og belastende økonomi. Samtidig er forekomst av symptomer som uro, rastløshet, nedstemthet, lærevansker og atferdsproblemer ofte fremtredende (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen, &

Duckert, 2013; Helsedirektoratet, 2012; Nordfjærn, 2011). Mange pasienter må gå flere runder inn og ut av behandling før de oppnår varige endringer, og noen blir demotivert av gjentatte innleggelser (Landheim, Bakken, & Vaglum, 2002; Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2006; Helsedirektoratet, 2012).

ROP-pasienter mottar døgntil behandling både innenfor TSB og DPS (Adams, 2008; Helsedirektoratet, 2012; Helsedirektoratet, 2012; Helsedirektoratet, 2010). De er vant til å møte negative holdninger, stigmatisering og straff fra samfunnet, og har ofte liten tillit til seg selv og hjelpeapparatet. Selv om pasientene uttrykker motivasjon for behandlingen må ambivalens og motstand forventes som en naturlig del av behandlingen (Føyn & Shaygani, 2010; Miller & Rollnick, 2013; Langås, 2014). Pasienter med lav alder, lave eksekutive funksjoner og/eller lav impuls kontroll har spesielt forhøyet risiko for drop-out og overdose. (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013; Cournoyer, Brochu, & Landry, 2007; McKellar, Kelly, Harris, & Moos, 2006). Anbefalinger om integrert behandling, tverrfaglig samhandling mellom tjenestelinjer og et langsiktig behandlingsperspektiv ansees derfor som viktig for å oppnå varige forbedringer av pasientens livskvalitet og eventuell rusfrihet (Landheim, Bakken, & Vaglum, 2002; Langås, 2014).

### **1.1.2. Hva er og hvordan virker holdninger?**

Holdningsbegrepet lar seg ikke redusere til en enkelt funksjon, men må sees i sammenheng med både følelser, tanker og atferd, for å gi mening. Den følelsesmessige komponenten omhandler følelser til et holdningsobjekt, den atferdsmessige komponenten omhandler hvordan holdninger påvirker handlinger, og den kognitive komponent handler om troen på, eller kunnskap om holdningsobjektet. Holdninger uttrykkes gjennom oppfatninger, meningsytringer, eller handlinger. Deretter formes, styrkes eller svekkes de av bekreftelser og feedback fra omgivelsene. Holdninger er altså et resultat av opplevelser, erfaringer og kunnskap, og bidrar til å balansere mellom indre behov og den ytre verden. Slik forbindes også holdninger med menneskets grunnleggende behov for forutsigbarhet og trygghet. Når egne holdninger samsvarer med omgivelsenes holdninger bedres forholdene for utvikling av hensiktsmessig atferd. Interaksjoner med omgivelsene produserer oftere forventede responser. Dersom egne holdninger er i konflikt med andres, oppstår kognitiv



dissonans (ubehag), som motiverer til holdningsendring for å redusere ubehaget. Holdninger er relativt varige, og påvirker handlingsvalg (Svartdal, 2004; Ajzen, 1991; Asheim, 1997; Bem, 1967; Festinger, 1957; Fishbein & Ajzen, 2010; Petty & Cacioppo, 1986).

Noen holdninger påvirkes lett, mens andre er vanskeligere å endre. Petty & Cacioppo (1986) forklarer dette ved at holdningsendringer som bearbeides kognitivt oppnår en dypere integrering enn holdningsendringer som skjer via affektiv tilpasning. De hevder at dette også utgjør hovedskillet mellom hvordan holdninger etableres i barneårene, og i voksen alder (Petty & Cacioppo, 1986). Ajzen (1991) introduserte *The Theory of Planned Behaviour* bestående av forventninger til atferdens konsekvens, atferdens normative aksept, påvirkninger fra miljøet og egen kontroll over atferden. Han mente at summen av disse variablene påvirket menneskers intensjoner og fremmet eller hemmes sannsynligheten for at atferden ville utføres. Samtidig gir disse forventningselementene holdninger en retningsdimensjon, og en styrke som kan måles (Ajzen, 1991). Siden intensjonen i denne undersøkelsen er å måle helsepersonells holdninger, defineres holdninger som ”*en latent disposisjon eller tendens til å respondere med en grad av positivitet eller negativitet til et psykologisk objekt*” (Fishbein & Ajzen, 2010, p. 76).

### **1.1.3. Mestringstro**

Banduras (1997) Self-efficacy begrep (mestringstro) handler om forventningen om egen handlingseffekt i utfordrende situasjoner. Mestringstroen bestemmer om handlingen gjøres, hvor stor innsats som nedlegges og hvor lenge innsatsen varer. Når handlingen fører til innfrielse av forventningen, skapes mestringsfølelse som vil motivere for å gjenta handlingen. Miljøfaktorer kan imidlertid forstyrre vurderingen forut for handlingen, handlingen i seg selv, og evalueringen av den i etterkant. Handlinger som ikke innfrir forventningene til den, reduserer mestringstroen, og kan føre til vegring eller unngåelse (Bandura, 1997).

I følge Bandura (1997) har vår mestringstro også en viktig betydning for om vi får til endringer i praksis. Enheter innenfor spesialisthelsetjenesten er i stadig endring, og tillegges en forventning om å tilby den til en hver tid beste behandlingen.

Implementeringsforsøk må tilpasses arbeidskulturen for å unngå unødvendig motstand. Endringer i praksis kan for eksempel true eksisterende praksis, og dermed også interne maktbalanser. I tillegg medfører endringer en merbelastning for ansatte som må tilegne seg nye arbeidsrutiner. Resultater ikke blir synlige umiddelbart og krever som regel justeringer over tid. I tillegg medfører endringer ofte uforutsette utfordringer på andre områder, som kan oppleves som tilbakeskritt.

Implementeringsforsøk mislykkes fordi de som regel ikke følges lenger enn til det første stadiet i prosessen som innebærer klargjøring av endringsbetingelsene ved å informere eller opplæring (Bandura, 1997).

## **1.2. Holdningers betydning for praksis**

Forskning viser at holdninger påvirker i hvilken grad man lykkes med endringsforsøk (Aarons G. A., 2004). Holdninger opprettholdes av arbeidskulturen, og studier har vist at kultur alene kan forklare avgjørende holdningsforskjeller (Øvreness & Bøgwald, 2007; Vederhus, Clausen, & Humphreys, 2016; Chambers, et al., 2010; Gjersing, Waal, Caplehorn, Gossop, & Clausen, 2010; Gjersing L., 2011; Aarons, Green, & Miller, 2012; Watson, Maclaren, & Kerr, 2006). Samtidig påvirker holdninger i hvilken grad endringsforsøk lykkes, eller kompetansehevende tiltak fører til faktiske endringer i praksis. For eksempel vil helsepersonells positive engasjement bidra til større endringer og bedre resultat enn endringer som føles påtvunget og skaper motstand (Cartwright, 1980; Bandura, 1997; Ford, Bammer, & Becker, 2008; Rønnestad & von der Lippe, Det kliniske intervuet, 2009). Erfaringer med noe nytt kan virke skremmende og gi en avmaktfølelse, hvor enkelte unngår å ta i bruk endringene for å opprettholde en følelse av kontroll. Et eksempel på dette kan være at helsepersonell unngår å stille spørsmål om pasientens rusbruk, fordi de opplever å miste kontroll over situasjonen dersom pasienten svar leder til at de må påta seg et ansvar for situasjonen. Alternativt har studier også vist at videre henvisninger brukes hyppig for å unngå problemområder man opplever ikke å ha kontroll på. Slike strategier opprettholder avstanden mellom systemene og bidrar til at ett mangfoldig tjenestetilbud kan oppleves fragmentert og uoversiktlig (Lightfoot & Orford, 1986; Anderson, et al., 2003; Bandura, 1997; Ajzen, 1991; Festinger, 1957; Langås, 2014). En norsk studie pekte også på at helsepersonell ofte har en annen forståelse av rusproblemer, sammenlignet med pasienter og allmennheten. Slike forskjeller kan

påvirke pasientens motivasjon, samt bidra til at pasienten ikke føler seg forstått eller anerkjent (Vederhus, Clausen, & Humphreys, 2016).

Møtet mellom helsepersonell og pasient begynner alltid med at det dannes et foreløpig bilde av pasientens hjelpebehov, samt et forsøk på å etablere/opprettholde en terapeutisk relasjon. Helsepersonells holdninger til pasienten, faglige preferanser og vurdering av egen kompetanse, vil da alltid få betydning (Aarons, Cafri, Lugo, & Sawitzky, 2010; Rønnestad & von der Lippe, Det kliniske intervuet, 2009; Carey, Purnine, Maisto, Carey, & Simons, 2000). Strupp (1996) poengterer at helsepersonell ubevisst utvikler, enten positive eller negative holdninger til pasienten svært raskt og han hevder at dette påvirker den empatiske kvaliteten i relasjonen, definering av behandlingsmål og evnen til diagnostiske og prognostiske refleksjoner (Strupp, 1996, p. 135; van Boekel, Brouwers, van Weeghel, & Garretsen, 2013). Cournoyer et. al. (2007) fremmer også spørsmålet om hvordan dette vil påvirke helsepersonells holdninger i det videre arbeidet, og dermed behandlingsutfallet (Cournoyer, Brochu, & Landry, 2007, s. 1966; Natan, Beyil, & Neta, 2009). Flere studier har også vist at helsepersonells holdninger ikke påvirkes av kompetansehevende tiltak uten at andre tilleggsfaktorer som selvtillit, trygghet i rollen, erfaring, støttende arbeidsmiljø, arbeidsbetingelser og tilgang på ekspertise er tilstede (Albery, et al., 2003; Watson, Maclaren, & Kerr, 2006; Aarons, Cafri, Lugo, & Sawitzky, 2010; Cartwright, 1980; Lightfoot & Orford, 1986; Anderson, et al., 2003). Kompetansehevende tiltak som undervisning eller veiledning har altså liten innflytelse på praksis, dersom ikke andre nødvendige faktorer er tilstede samtidig.

### **1.3. Formål og forskningsspørsmål**

Ansvarsfordelingen mellom DPS og TSB for behandling av ROP-pasienter var et omdiskutert område før ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012), men diskusjonen kan se ut til å ha stilnet. Samtidig opprettholder helseforetakets, og behandlingens enheters organisering, struktur og behandlingskultur ulike forståelsesrammer og kompetanseforskjeller hos helsepersonell (Rønnestad & von der Lippe, 2009; Gjersing, Waal, Caplehorn, Gossop, & Clausen, 2010; Aarons G., 2004; Gjersing L., 2011). ROP-retningslinjens anbefalinger om behandling for ROP-pasienter, fører til et behov for å vite om helsepersonells holdninger til dette arbeidet

påvirkes av slike forskjeller. En forståelse av helsepersonells holdninger kan bidra til mer effektive strategier i organiserings- prioriterings- implementerings- og utviklingsarbeid som har til hensikt å forbedre spesialisttilbudet til ROP-pasienter (Cartwright, 1980; Lightfoot & Orford, 1986; Albery, et al., 2003; Anderson, et al., 2003; Watson, Maclaren, & Kerr, 2006; Aarons, Green, & Miller, 2012). Mine litteratursøk tyder på at det ikke finnes noen norske studier som har undersøkt holdningsforskjeller mellom TSB og DPS etter publiseringen av ROP-retningslinjen. I denne studien ønsker jeg derfor å gi en beskrivelse av helsepersonells holdninger til behandling av pasienter med ROP-lidelser ved å sammenligne DPS og TSB på gruppenivå. Derfor er mitt mål med undersøkelsen først; å gi en beskrivelse av helsepersonells holdninger, og deretter; forsøke å samle eller begrunne en felles forståelse for videre kvalitets og utviklingsarbeid for døgnbehandling av ROP-pasienter (Johannessen, Tuft, & Kristoffersen, 2004). Jeg har derfor valgt følgende forskningsspørsmål:

*Har helsepersonell i DPS (distriktpsykiatriske sentre) og TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) ulike holdninger til institusjonsbehandling for ROP-pasienter (pasienter med samtidige ruslidelser og psykisk lidelser)?*

For nærmere å kunne studere dette, har jeg valgt å fokusere på følgende konkretiseringer:

1. *Finnes det forskjeller mellom helsepersonell innen DPS og TSB for bakgrunnsvariablene; kjønn, alder, utdanning, profesjon og arbeidserfaring?*
2. *Er det holdningsforskjeller til døgnbehandling av pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse mellom helsepersonell ved TSB og DPS?*
  - 2.1. *Hvis ja, holder disse seg signifikante når det kontrolleres for helsepersonells bakgrunnsvariabler som kjønn, alder, utdanning og arbeidserfaring. profesjonsgrupper, kjønn, alder, arbeidserfaring?*

## 2. Metode

### 2.1. Undersøkelsens design

Undersøkelsen ble utformet som en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse gjennomført i klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF. Deltakerne var helsepersonell ved de utvalgte døgnsesjonene innen DPS og TSB. Datainnsamling ble utført høsten 2015 ved bruk av et sammensatt papirbasert spørreskjema med sub-skalar fra to norske, validerte spørreskjemaer (Gjersing, Caplehorn, & Clausen, 2010; Johansen & Aalo, 2013; Aarons, Cafri, Lugo, & Sawitzky, 2010). I tillegg ble spesielt relevante påstander fra et tredje spørreskjema benyttet som supplement (Øvreneess & Bøgwald, 2007).

### 2.2. Tilpassing av spørreskjema

Spørreskjemaet som ble brukt i undersøkelsen ble utformet for å minimere bruk av tid ved utfylling, men samtidig gi respondentene et positivt visuelt inntrykk. Forsiden besto av undersøkelsens tittel, og sentral informasjon. Side to handlet om bakgrunnsvariabler som dato, arbeidssted, kjønn, alder, høyeste fullførte utdanning, yrkesgruppe, varighet på nåværende arbeidsplass, stillingsprosent og varighet innen fagområdet. Flere studier har tidligere funnet holdningsforskjeller innenfor slike demografiske variabler (Williams, 1999; Cartwright, 1980; Lightfoot & Orford, 1986; Aarons, Cafri, Lugo, & Sawitzky, 2010). Skjemaet kartla ni bakgrunnsvariabler totalt, hvorav de fleste hadde 5 til 7 svaralternativer og noen hadde spesifiseringsfelt i fritekst (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2004). I kommende avsnitt beskrives de originale spørreskjemaene som påstander til denne undersøkelsen er hentet fra.

#### 2.2.1. CHS Methadone Maintenance Staff Attitude Questionnaire

CHS Methadone Maintenance Staff Attitude Questionnaire ble utviklet i Australia i 1996, og siden benyttet i flere land. Originalt er spørreskjemaet organisert i to holdningskalaer (abstinence-orientation items og Disapproval of drug use items) og to kunnskapsskalaer (Knowledge of risk and benefits of methadone items, Knowledge of methadone toxicity). Spørreskjemaet ble tilpasset og oversatt til norsk av Gjersing et al. (2010) i 2007, og brukt for å måle om det fantes holdningsforskjeller mellom LAR-sentre, samt å undersøke assosiasjonene mellom personalets holdninger,

organisering av behandling, den kliniske praksisen og utfallet av LAR-behandlingen. Den norske versjonen av skjemaet fikk navnet ”holdninger og kunnskaper om LAR”. Tjue av trettisyv påstander fra den norske versjonen ble inkludert i denne undersøkelsen. Ekskluderte påstander ble vurdert for områdespesifikke, og ville derfor ikke gi mening i denne sammenhengen. For eksempel ble påstanden ”Metadon er farligere for fosteret en heroin”, ekskludert. Av de inkluderte påstandene var ni fra det originale skjemaet CHS Methadone Maintenance Staff Attitudes Questionnaire og elleve fra ble tilført av Gjersing (2010) (Gjersing, Caplehorn, & Clausen, 2010; Gjersing, Waal, Caplehorn, Gossop, & Clausen, 2010; Gjersing L., 2011). Alle de inkluderte påstandene ble organisert i sin opprinnelige rekkefølge, og ble presentert samlet i en sub-skala som jeg valgte å kalle ”holdninger og kunnskaper om behandling av ROP-pasienter”.

### **2.2.2. Evidence-Based Practice Attitude Scale-50 (EBPAS-50)**

Evidence-Based Practice Attitude Scale-50 (EBPAS-50) er oversatt til norsk av Marte Rye Heimdal ved Universitetet i Tromsø, og den oversatte versjonen er godkjent av det originale skjemaets utvikler. Spørreskjemaet er en utvidet versjon av Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) som begge er utviklet av Aarons og medarbeidere (Aarons G. A., 2004; Aarons, Cafri, Lugo, & Sawitzky, 2010). Opprinnelig ble EBPAS utviklet med 15 påstander som målte holdninger til bruk av evidensbasert kunnskap i praksis, heretter forkortet EBP fordelt i fire sub-skalaer (Aarons G., 2004). Siden dette har flere studier bidratt til å styrke EBPAS sin validitet og reliabilitet og skjemaet er også blitt utvidet til EBPAS-50, i ettertid (Aarons, Cafri, Lugo, & Sawitzky, 2010). En norsk versjonen av EBPAS-50 har gjennomgått en statistisk eksplorerende faktorstrukturering, i et studie fra 2013 som viste tilfredsstillende reliabilitet for de fleste sub-skalaene, men lite utvalg medførte at det ikke kunne konkluderes med annet en god ”face”-validitet (Aarons, Cafri, Lugo, & Sawitzky, 2010; Johansen & Aalo, 2013). Jeg inkluderte derfor bare tredje og fjerde sub-skala av de oversatte påstandene som var bevart fra den opprinnelige EBPAS (Aarons G. A., 2004). I denne undersøkelsen utgjør disse påstandene en sub-skala som ble kalt ”holdninger til EBP”<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Kunnskapsbasert praksis (KBP): ”å integrere den beste, tilgjengelige forskningskunnskapen med klinisk erfaring og pasientenes verdier og preferanser” (Vandvik & Eiring, 2011, s. 16). Evidensbasert kunnskap (EBP): ”integrering av beste tilgjengelige forskningsresultater med klinisk ekspertise og pasientens preferanser og verdier” (Rønnestad, 2008). Med dette utgangspunktet forstås KBP og EBP som synonymer i denne oppgaven.

### 2.2.3. Behandlers syn på rusproblemer i psykisk helsevern og i rusfeltet

I 2005 til 2007 studerte Øvreness og Bøgwald (2007) behandleres syn på rusproblemer i psykisk helsevern og i rusfeltet. Studiet var initiert av Lovisenberg DPS og finansiert av Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og psykiatri, i Helse Øst. En kvalitativ forstudie konkluderte med at behandlere forsto rusproblemer som forskjellig fra eller noe annet enn psykiske lidelser. Derfor utviklet de en kvantitativ undersøkelse basert på en Q-sort metode for å studere forskjellige syn på rusproblemer ut i fra yrkesgrupper, arbeidsplass, erfaring, spesialisering eller kjønn. Førtien påstander hentet fra faglitteratur og forstudien ble fordelt i syv faktorkategorier og lagt inn i en ni punkt Likert skala. Resultatene viste at arbeidsstedet respondentene jobbet på var den variabelen som gav klare utslag på gradering av enighet/uenighet til påstandene (Øvreness & Bøgwald, 2007). Ni av Øvreness og Bøgwalds (2007) påstander som var spesielt relevante ble utvalgt og inkludert som supplement til denne undersøkelsens spørreskjema, og utgjorde en sub-skala som ble kalt ”holdninger til ROP-pasienter”. Tabell 1 viser ord i de originale påstandene som ble erstattet av mer egnede begreper for å tilpasse påstandene til en ny kontekst (Karlsson, 2011).

### 2.3. Undersøkelsens utvalg og deltakere

Undersøkelsen ble gjennomført i klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF. For å oppnå likhet i utvalget ble totalt tre DPS-seksjoner og fire TSB-seksjoner inkludert i undersøkelsen. Samtlige helsepersonell innenfor de inkluderte seksjonene som jobbet pasientrettet og hadde en stillingsprosent på 50 % eller mer, ble invitert til å delta i undersøkelsen. Personer med rene sekretær, ledelse og personalfunksjoner eller helsepersonell med mindre en 50 % stilling ble ekskludert. Det ble ikke gjort noen avgrensninger med hensyn til profesjon, utdanning, stillingstype og lignende ut over det som er nevnt. Utvalgets potensielle størrelse ble beregnet til N=230, slik det fremkommer av tabellen under. Tallene tar ikke høyde for eventuelle sykemeldinger, ferieavvikling, permisjoner eller annet fravær.

---

Implementering av KBP eller EBP: ”planlagte og bestemte handlinger som skal til for en vellykket overføring av en bestemt metode eller behandlingsprogram til ordinær praksis” (Ogden, 2012).

Tabell 1: Antall potensielle deltakere fra inkluderte enheter - anonymisert

Inkluderte enheter TSB	Antall respondenter	Inkluderte enheter DPS	Antall respondenter
TSB	28	DPS	35
TSB	32	DPS	65
TSB	27	DPS	31
TSB	12		
Antall mulige respondenter fra TSB:	99	Antall mulige respondenter fra DPS:	131

## 2.4. Ethiske vurderinger

Av etiske og juridiske årsaker ble informasjon om undersøkelsen distribuert til alle potensielle deltakere i forkant av perioden for innsamling av data. Tema for undersøkelsen var ansattes holdninger og ville derfor ikke involvere pasienter. Deltakelse var frivillig. Ferdig utfylt og levert spørreskjema ble ansett som samtykke til deltakelse. Innhenting av sporbare personopplysninger, merking eller koding var ikke nødvendig, men gjorde at det å angre på deltakelse ville medført spesielle utfordringer. Forenklet søknad om gjennomføring av prosjektet ble levert til intern godkjenning hos klinikk for psykisk helse og rus i Mai, 2015 ettersom søknad til REK ikke var nødvendig. Prosjektet og utvalgets begrensede størrelse gjorde at opplysninger om alder, profesjon, spesialisering, ansettelsessted og lignende kunne blitt transparent dersom formålet var å gjøre sammenligninger på individnivå (Gjersing L. R., 2011). Dette kunne blitt løst ved å slå sammen kategorier i det endelige resultatet, men var ikke nødvendig i denne sammenhengen. Undersøkelsens prosjektplan, prosjektperiode og personvern ble også vurdert og godkjent i helseforetakets instans for vurdering av personvern (PVO-godkjenning) og fikk intern PVO-godkjenning uten endringer i midten av Juni 2015. Prosjektet fikk endelig godkjenning på klinikk- og avdelingsnivå i September 2015.

## 2.5. Prosedyre - Datainnsamling

Arbeid med innsamling av data ble iverksatt når intern godkjenning av prosjektet var klart. Det ble da opprettet dialog med seksjonsledere, og avtalt tidspunkt for innsamlingsperioder i hver av de 7 inkluderte seksjonene. Informasjonsskriv, spørreskjema og en kortfattet PowerPoint presentasjon som beskrev prosjektet ble sendt ut til seksjonslederne som deretter distribuerte informasjon videre til sine helsepersonell. På innsamlingsperiodens dag en gav jeg personlig en presentasjon av prosjektet og besvarte eventuelle spørsmål. Deretter ble ferdigtrykte spørreskjemaer med blanke/umerkede svarconvolutter delt ut enten direkte til respondentene (TSB-



seksjonene) eller til en utnevnt prosjektansvarlig (DPS-seksjonene). Innsamlingsperiodene varte i 2-3 uker på hver seksjon. I denne perioden var en avlåst postkasse tilgjengelig på seksjonen, hvor deltakerne kunne legge sine besvarelser. Når innsamlingen ble avsluttet dro jeg tilbake til seksjonene for å hente postkassen med de utfylte spørreskjemaene. Tabellen under viser undersøkelsens svarprosent.

*Tabell 2: Utregning av svarprosent for hver enhet, samt det totale utvalget*

Inkluderte avdelinger	Antall Mulige respondenter	Antall faktiske respondenter	Svarprosent
<b>Total for DPS</b>	131	51	39 %
<b>Total for TSB</b>	99	54	54 %
<b>Total DPS og TSB</b>	230	105	46 %

## 2.6. Dataanalyse

For å besvare forskningsspørsmålene ble datamaterialet analysert i ulike analysetrinn ved bruk av SPSS. Den avhengige variabelen var dikotom med verdiene DPS=0 TSB=1. Samtlige variabler ble analysert med krysstabeller (trinn en), hvor arbeidssted (DPS/TSB) var avhengig variabel. Pearsons Chi-Square test ble benyttet for å beregne gruppeforskjeller. Resultater fra dette analysetrinnet presenteres i tabell 4 til 7. Samtlige demografiske variabler, og de øvrige variablene som viste signifikante ( $p < .05$ ) gruppeforskjeller ble deretter kontrollert enkeltvis i univariate analyser ved bruk av bivariat logistisk regresjon (trinn to). Avhengig variabel var den samme og CI for  $\exp(B)$  95 % ble lagt til, som tillegg til standard forhåndsvalg i SPSS. Fortsatt signifikante variabler ble deretter analysert samlet for hver sub-skala i multivariate regresjonsanalyser på samme måte som de univariate analysene. I dette trinnet ble også metoden Forward: og Wald Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit brukt for å teste styrken i modellen (trinn tre). Resultatene presenteres i tabell 8 til 10. Til slutt ble variabler som viste "trend" ( $p < .1$ ) brukt inklusjonskriterium fra disse analysene samlet i en multivariat regresjonsanalyse for det totale materialet, med samme statistiske metode og tilleggvalg som nevnt over (trinn fire). Resultatene fra denne avsluttende analysen presenteres i tabell 11 og viser de gjennomgående gruppeforskjellene, som utgjør denne undersøkelsens hovedfunn (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2004; Johannessen, Introduksjon til SPSS, 2009; Tufte, 2000).

### 3. Resultater

#### 3.1. Deltakerne i undersøkelsen

Av totalt (N=) 105 deltakere jobbet 51 i DPS og 54 i TSB. Av disse var 21 menn, og 81 kvinner. Over halvparten (56 % n=57) av respondentene var i aldersgruppen 40 – 59 år, 30 % (n=30) var 39 år eller yngre, mens 13 % (n=13) var 60 år eller eldre. Kun en person var 25 år eller yngre. Respondenter med 3 årig høyskoleutdanning (n= 32) eller med videreutdanning/ spesialisering (n=46), utgjorde tilsammen 75 % (n=78). Respondenter med 5 årig utdanning eller mer utgjorde 15 % (n=15), mens 11 % (n=11) av respondentene oppgav å ha annen utdanning. Den sistnevnte gruppen besto hovedsakelig av hjelpepleiere, miljøarbeidere og assistenter. Sykepleiere utgjorde 44 % (n=46) av deltakerne og var den største profesjonsgruppen. Sosionomer og vernepleiere utgjorde til sammen 22 % (n=22). Psykologer og leger utgjorde bare henholdsvis 6 % (n=6) og 9 % (n=9) av utvalget. De resterende respondentene var pedagoger, barnevernspedagoger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, hjelpepleiere og kokker. Flest respondenter oppgav å ha jobbet på nåværende arbeidsplass i 6-10 år (32 % n=33), mens den nest største gruppen hadde jobbet på nåværende arbeidsplass i 0-2 år (26 % n=27). Gruppen som oppgav å ha jobbet 3-5 år på nåværende arbeidsplass utgjorde 20 % (n=21), mens de som hadde jobbet 11-15 år (12 % n=13), og 16 år eller mer (10 % n=10) tilsammen utgjorde 23 % av respondentene. På spørsmål om varighet innen nåværende fagområde, svarte 32 % (n=33) at de hadde jobbet 16 år eller mer, mens 20 % (n=21) av respondentene hadde 6-10 års fartstid. Deretter fulgte gruppen med 11-15 års erfaring fra fagfeltet (19 % n=20) og gruppen 3-5 års erfaring (15 % n=16). Fjorten prosent av respondentene (n=14) hadde mindre en 2 års erfaring fra fagfeltet.

##### 3.1.1. Sammenligning av demografiske variabler mellom DPS og TSB

Som vist i tabell 4 var det signifikant flere med lengre fartstid innen fagområdet i DPS sammenlignet med TSB. TSB hadde en betydelig større andel sosialfaglige (sosionomer) eller tverrfaglige (vernepleiere) helsepersonell, enn DPS som hadde en høyere sykepleie-, lege- og psykolog- andel. Ut over dette var det ingen signifikante gruppeforskjeller mellom ansatte i DPS og TSB når det gjaldt demografiske variabler.

Tabell 3: Deskriptiv fremstilling av demografiske data (N=105) p-verdi beregnet med Chi-Squire

Variabel	Svaralternativ	DPS		TSB		Total % (N)	P-verdi
		%	n	%	n		
<b>Alder:</b>	<25 år	0 %	0	2 %	1	96 % (101)	.372
	26-39 år	24 %	12	35 %	18		
	40-59 år	64 %	32	49 %	25		
	>60 år	12 %	6	14 %	7		
<b>Kjønn:</b>	Mann	25 %	12	17 %	9	97 % (102)	.349
	Kvinne	75 %	37	83 %	44		
<b>Høyeste fullførte utdanning</b>	3 årig høyskole	18 %	9	43 %	23	99 % (104)	.086
	Videreutdanning/Spesialisering	51 %	26	38 %	20		
	Hovedfag/Master	16 %	8	9 %	5		
	Ph.D.	2 %	1	0 %	0		
	Post Doc.	2 %	1	0 %	0		
	Annet	12 %	6	9 %	5		
<b>Yrkesgruppe</b>	Pedagog	4 %	2	8 %	4	99 % (104)	<b>.032</b>
	Vernepleier	4 %	2	15 %	8		
	Sykepleier	49 %	25	40 %	21		
	Sosionom	6 %	3	17 %	9		
	Psykolog	8 %	4	4 %	2		
	Lege	16 %	8	2 %	1		
	Annet	14 %	7	15 %	8		
<b>Varighet på nåværende arbeidsplass</b>	0-2 år	31 %	16	21 %	11	99 % (104)	.486
	3-5 år	16 %	8	25 %	13		
	6-10 år	29 %	15	34 %	18		
	11-15 år	16 %	8	9 %	5		
	>16 år	8 %	4	11 %	6		
<b>Varighet innen nåværende fagområde</b>	0-2 år	12 %	6	15 %	8	99 % (104)	<b>.021</b>
	3-5 år	4 %	2	26 %	14		
	6-10 år	22 %	11	19 %	10		
	11-15 år	24 %	12	15 %	8		
	>16 år	39 %	20	25 %	13		

### 3.2. Forskjell i holdninger og kunnskaper om behandling mellom DPS og TSB

Resultater fra tabell 5 viser flere holdningsforskjeller på gruppenivå mellom DPS og TSB, målt med sub-skalaen ”holdninger og kunnskaper om behandling”.

Variablene med signifikante forskjeller var: avholdenhet bør være hovedformålet i døgnbehandling, hovedformålet med TSB bør være å redusere skadevirkninger ved rusavhengighet, det er uetisk å nekte ROP-pasienter døgnbehandling, utskrivelse av pasienter som har fått gjentakende ignorerte advarsler om bruk av henholdsvis; illegale rusmidler, benzodiazepiner eller cannabis. Pasienter i behandling reduserer sin kriminelle aktivitet, for mange pasienter skrives ufrivillig ut fra behandling og seksjonen der jeg jobber gir det beste tilbudet av alle døgnseksjonene.

Tabell 4: Enighet/Uenighet til påstander fra "holdninger og kunnskaper om behandling" fordelt mellom DPS og TSB

Påstand	Svaralternativ	DPS		TSB		Total %(N)	P-verdi
		%	n	%	n		
1. Døgnbehandling reduserer dødsrisiko	Svært uenig	2 %	1	2 %	1	98 % (103)	.329
	Uenig	4 %	2	6 %	3		
	Usikker	22 %	11	8 %	4		
	Enig	55 %	28	58 %	30		
	Svært enig	18 %	9	27 %	14		
2. Avholdenhet bør være hovedformålet	Svært uenig	2 %	1	0 %	0	99 % (104)	<b>.008</b>
	Uenig	30 %	15	13 %	7		
	Usikker	22 %	11	19 %	10		
	Enig	36 %	18	30 %	16		
	Svært enig	10 %	5	39 %	21		
3. Behandling bør ikke tidsbegrenses	Svært uenig	10 %	5	4 %	2	100 % (105)	.115
	Uenig	53 %	27	33 %	18		
	Usikker	18 %	9	26 %	14		
	Enig	16 %	8	30 %	16		
	Svært enig	4 %	2	7 %	4		
4. Det er uetisk å nekte døgnbehandling	Svært uenig	8 %	4	2 %	1	100 % (105)	<b>.035</b>
	Uenig	14 %	7	2 %	1		
	Usikker	4 %	2	15 %	8		
	Enig	35 %	18	41 %	22		
	Svært enig	39 %	20	41 %	22		
5. Ved gjentakende ignorerte advarsler om bruk av rusmidler bør pasienten utskrives	Svært uenig	2 %	1	0 %	0	100 % (105)	<b>.011</b>
	Uenig	12 %	6	6 %	3		
	Usikker	22 %	11	35 %	19		
	Enig	55 %	28	30 %	16		
	Svært enig	10 %	5	30 %	16		
6. Pasienter i behandling reduserer sin kriminelle aktivitet	Svært uenig	2 %	1	2 %	1	100 % (105)	<b>.020</b>
	Uenig	4 %	2	0 %	0		
	Usikker	31 %	16	28 %	15		
	Enig	61 %	31	48 %	26		
	Svært enig	2 %	1	22 %	12		
7. Det er uetisk å beholde pasienter i behandling på ubestemt tid	Svært uenig	4 %	2	6 %	3	98 % (103)	.064
	Uenig	20 %	10	6 %	3		
	Usikker	29 %	14	46 %	25		
	Enig	41 %	20	30 %	16		
	Svært enig	6 %	3	13 %	7		
8. Substitusjonsbehandling reduserer pasientens heroinbruk	Svært uenig	0 %	0	4 %	2	100 % (105)	.362
	Uenig	2 %	1	7 %	4		
	Usikker	31 %	16	30 %	16		
	Enig	49 %	25	48 %	26		
	Svært enig	18 %	9	11 %	6		
9. Den viktigste oppgaven er å forberede pasienter på en medikamentfri tilværelse	Svært uenig	0 %	0	7 %	4	100 % (105)	.152
	Uenig	47 %	24	33 %	18		
	Usikker	24 %	12	19 %	10		
	Enig	28 %	14	35 %	19		
	Svært enig	2 %	1	6 %	3		
10. Konfrontasjon er nødvendig i behandling	Svært uenig	2 %	1	2 %	1	100 % (105)	.423
	Uenig	12 %	6	13 %	7		
	Usikker	33 %	17	22 %	12		
	Enig	47 %	24	46 %	25		
	Svært enig	6 %	3	17 %	9		
11. Ved gjentakende ignorerte advarsler om ikke-forskrevet bruk av benzodiasepiner bør pasienten utskrives	Svært uenig	4 %	2	0 %	0	100 % (105)	<b>.006</b>
	Uenig	18 %	9	7 %	4		
	Usikker	28 %	14	30 %	16		
	Enig	47 %	24	35 %	19		
	Svært enig	4 %	2	28 %	15		
12. Hovedformålet med TSB er å redusere skadevirkninger ved rusavhengighet	Svært uenig	0 %	0	2 %	1	97 % (102)	<b>.002</b>
	Uenig	0 %	0	19 %	10		
	Usikker	25 %	12	15 %	8		
	Enig	63 %	31	38 %	20		
	Svært enig	12 %	6	26 %	14		
13. Ved gjentakende advarsler om bruk av cannabis bør pasienten utskrives	Svært uenig	2 %	1	0 %	0	100 % (105)	<b>.042</b>
	Uenig	14 %	7	4 %	2		
	Usikker	26 %	13	30 %	16		
	Enig	51 %	26	41 %	22		
	Svært enig	8 %	4	26 %	14		

14. For mange pasienter skrives (ufrivillig) ut av behandling	Svært uenig	0 %	0	7 %	4	100 % (105)	<b>.047</b>
	Uenig	18 %	9	33 %	18		
	Usikker	53 %	27	33 %	18		
	Enig	24 %	12	17 %	9		
	Svært enig	6 %	3	9 %	5		
15. Pasienter er ikke til å stole på	Svært uenig	18 %	9	28 %	15	100 % (105)	.284
	Uenig	45 %	23	37 %	20		
	Usikker	24 %	12	30 %	16		
	Enig	14 %	7	6 %	3		
	Svært enig	0 %	0	0 %	0		
16. Noen pasienter burde aldri fått tilbud om døgnbehandling	Svært uenig	28 %	14	34 %	18	99 % (104)	.350
	Uenig	49 %	25	36 %	19		
	Usikker	20 %	10	19 %	10		
	Enig	4 %	2	11 %	6		
	Svært enig	0 %	0	0 %	0		
17. De fleste pasienter vil ruse seg visst sjansen for å bli oppdaget er minimal	Svært uenig	2 %	1	8 %	4	99 % (104)	.051
	Uenig	28 %	14	49 %	26		
	Usikker	41 %	21	26 %	14		
	Enig	28 %	14	13 %	7		
	Svært enig	2 %	1	4 %	2		
18. Pasienter med vedvarende rusing og dårlig fungering bør skrives ut av døgnbehandling	Svært uenig	8 %	4	2 %	1	100 % (105)	.629
	Uenig	18 %	9	22 %	12		
	Usikker	43 %	22	41 %	22		
	Enig	24 %	12	24 %	13		
	Svært enig	8 %	4	11 %	6		
19. Det er uetisk å skrive ut pasienter fra døgnbehandling på grunn av vedvarende rusing og dårlig fungering	Svært uenig	4 %	2	7 %	4	99 % (104)	.413
	Uenig	28 %	14	41 %	22		
	Usikker	40 %	20	37 %	20		
	Enig	24 %	12	13 %	7		
	Svært enig	4 %	2	2 %	1		
20. Seksjonen der jeg jobber gir det beste tilbudet av alle døgnseksjonene	Svært uenig	4 %	2	6 %	3	99 % (104)	<b>.011</b>
	Uenig	44 %	22	13 %	7		
	Usikker	38 %	19	63 %	34		
	Enig	12 %	6	13 %	7		
	Svært enig	2 %	1	6 %	3		

### 3.3. Forskjell i holdninger til EBP mellom DPS og TSB

Krysstabeller viste ingen signifikante holdningsforskjeller mellom DPS og TSB på påstander hentet fra sub-skalaen ”holdninger til EBP” slik det fremkommer av tabell 6. Ingen variabler fra denne sub-skalaen ble derfor videreført til neste skritt i dataanalysen. Se avsnitt 2.6 og 4.3.

Tabell 5: Enighet/Uenighet til påstander fra "holdninger til EBP" fordelt mellom DPS og TSB

Påstand	Svaralternativ	DPS		TSB		Total % (N)	P-verdi
		%	n	%	n		
21. Jeg liker å bruke nye terapier/ intervensjoner for å hjelpe pasientene mine	Svært uenig	0 %	0	0 %	0	100 % (105)	.692
	Uenig	4 %	2	2 %	1		
	Usikker	17 %	9	26 %	14		
	Enig	63 %	32	56 %	30		
	Svært enig	16 %	8	17 %	9		
22. Jeg er villig til å prøve nye terapier/intervensjoner selv om jeg da må følge en behandlingsmanual	Svært uenig	0 %	0	0 %	0	100 % (105)	.207
	Uenig	2 %	1	0 %	0		
	Usikker	4 %	2	11 %	6		
	Enig	80 %	41	67 %	36		
	Svært enig	14 %	7	22 %	12		
23. Jeg vet bedre enn forskere hvordan jeg skal ta meg av pasientene mine	Svært uenig	18 %	9	11 %	6	100 % (105)	.605
	Uenig	51 %	26	44 %	24		
	Usikker	26 %	13	35 %	19		
	Enig	2 %	1	6 %	3		
	Svært enig	4 %	2	4 %	2		
	Svært uenig	0 %	0	0 %	0	100 % (105)	.965
	Uenig	0 %	0	0 %	0		

24. Jeg er villig til å bruke nye forskjellige terapier/intervensjoner som er utviklet av forskere	Usikker	10 %	5	11 %	6	100 % (105)	.546
	Enig	73 %	37	70 %	38		
	Svært enig	18 %	9	19 %	10		
25. Forskningsbaserte behandlinger/intervensjoner er ikke klinisk nyttige	Svært uenig	20 %	10	13 %	7	100 % (105)	.515
	Uenig	61 %	31	59 %	32		
	Usikker	20 %	10	26 %	14		
	Enig	0 %	0	0 %	0		
26. Klinisk erfaring er viktigere enn bruk av manualbasert terapi/behandling	Svært uenig	0 %	0	2 %	1	100 % (105)	.229
	Uenig	29 %	15	17 %	9		
	Usikker	45 %	23	54 %	29		
	Enig	24 %	12	26 %	14		
27. Jeg ønsker ikke å bruke manualbaserte terapier/intervensjoner	Svært uenig	2 %	1	2 %	1	100 % (105)	.597
	Uenig	14 %	7	11 %	6		
	Usikker	55 %	28	48 %	26		
	Enig	24 %	12	39 %	21		
28. Jeg vil prøve en ny terapi/intervensjon selv om den er svært forskjellig fra hva jeg er vant til å gjøre	Enig	8 %	4	2 %	1	100 % (105)	.597
	Svært enig	0 %	0	0 %	0		
	Usikker	0 %	0	4 %	2		
	Enig	29 %	15	19 %	10		
	Svært enig	57 %	29	69 %	37		
	Enig	10 %	5	9 %	5		
	Usikker						
	Svært uenig						

### 3.4. Forskjell i holdninger til ROP-pasienter mellom DPS og TSB

Resultater fra tabell 7 viser signifikante holdningsforskjeller på gruppenivå for fire av ni påstander mellom DPS og TSB, målt med sub-skalaen ”holdninger til ROP-pasienter”. Variablene med signifikante forskjeller var her: jeg føler med hjelpeløs når pasienter har rusavhengighet, det nytter ikke å behandle rusavhengighet, det er meningsfullt for meg å arbeide med pasienter som har rusavhengighet, samt rusmiddelproblemer og psykiske problemer er to sider av samme sak.

Tabell 6: Enighet/uenighet til påstander fra "holdninger til ROP-pasienter" fordelt mellom DPS og TSB

Påstand	Svaralternativ	DPS		TSB		Total % (N)	P-verdi
		%	n	%	n		
29. Jeg føler meg hjelpeløs når pasienter har rusavhengighet	Svært uenig	10 %	5	61 %	33	100 % (105)	<b>.000</b>
	Uenig	12 %	6	13 %	7		
	Ganske uenig	12 %	6	7 %	4		
	Litt uenig	12 %	6	2 %	1		
	Usikker	12 %	6	7 %	4		
	Litt enig	18 %	9	2 %	1		
	Ganske enig	18 %	9	4 %	2		
	Enig	4 %	2	4 %	2		
	Svært enig	4 %	2	0 %	0		
30. Pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser er ikke ansvarlige for at problemet oppsto	Svært uenig	8 %	4	17 %	9	100 % (105)	.381
	Uenig	14 %	7	19 %	10		
	Ganske uenig	12 %	6	13 %	7		
	Litt uenig	16 %	8	9 %	5		
	Usikker	14 %	7	24 %	13		
	Litt enig	8 %	4	2 %	1		
	Ganske enig	14 %	7	7 %	4		
	Enig	12 %	6	6 %	3		
	Svært enig	4 %	2	4 %	2		
31. Det nytter ikke å behandle rusavhengighet	Svært uenig	51 %	26	75 %	39	98 % (103)	<b>.013</b>
	Uenig	16 %	8	17 %	9		
	Ganske uenig	20 %	10	6 %	3		
	Litt uenig	10 %	5	0 %	0		
	Usikker	4 %	2	0 %	0		
	Litt enig	0 %	0	0 %	0		
	Ganske enig	0 %	0	0 %	0		
	Enig	0 %	0	2 %	1		

	Svært enig	0 %	0	0 %	0		
32. Metoder i arbeid mer rusproblemer er forskjellige fra metoder som brukes i arbeid med psykiske problemer	Svært uenig	4 %	2	6 %	3	99 % (104)	.644
	Uenig	6 %	3	6 %	3		
	Ganske uenig	14 %	7	23 %	12		
	Litt uenig	16 %	8	8 %	4		
	Usikker	37 %	19	42 %	22		
	Litt enig	4 %	2	4 %	2		
	Ganske enig	10 %	5	9 %	5		
	Enig	4 %	2	4 %	2		
	Svært enig	6 %	3	0 %	0		
33. Det er meningsfullt for meg å arbeide med pasienter som har rusavhengighet	Svært uenig	4 %	2	6 %	3	99 % (104)	.000
	Uenig	8 %	4	4 %	2		
	Ganske uenig	12 %	6	2 %	1		
	Litt uenig	10 %	5	0 %	0		
	Usikker	10 %	5	0 %	0		
	Litt enig	20 %	10	4 %	2		
	Ganske enig	16 %	8	8 %	4		
	Enig	12 %	6	15 %	8		
	Svært enig	10 %	5	62 %	33		
34. Bortsett fra avrusnings- og nedtrappingsregimer, er fokus for behandlingen lik i TSB og DPS	Svært uenig	4 %	2	7 %	4	100 % (105)	.770
	Uenig	12 %	6	6 %	3		
	Ganske uenig	12 %	6	13 %	7		
	Litt uenig	4 %	2	4 %	2		
	Usikker	45 %	23	46 %	25		
	Litt enig	8 %	4	11 %	6		
	Ganske enig	8 %	4	11 %	6		
	Enig	4 %	2	2 %	1		
	Svært enig	4 %	2	0 %	0		
35. Pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser blir ofte bedre med behandling	Svært uenig	0 %	0	0 %	0	98 % (103)	.125
	Uenig	0 %	0	2 %	1		
	Ganske uenig	0 %	0	6 %	3		
	Litt uenig	0 %	0	4 %	2		
	Usikker	26 %	13	25 %	13		
	Litt enig	18 %	9	6 %	3		
	Ganske enig	34 %	17	25 %	13		
	Enig	14 %	7	19 %	10		
	Svært enig	8 %	4	15 %	8		
36. Et pågående rusmiddelproblem må behandles av spesialister på rusmiddelproblemer	Svært uenig	2 %	1	9 %	5	100 % (105)	.548
	Uenig	2 %	1	7 %	4		
	Ganske uenig	8 %	4	6 %	3		
	Litt uenig	8 %	4	4 %	2		
	Usikker	20 %	10	22 %	12		
	Litt enig	12 %	6	7 %	4		
	Ganske enig	24 %	12	19 %	10		
	Enig	12 %	6	17 %	9		
	Svært enig	14 %	7	9 %	5		
37. Rusmiddelproblemer og psykiske problemer er to sider av samme sak	Svært uenig	6 %	3	2 %	1	100 % (105)	.052
	Uenig	4 %	2	9 %	5		
	Ganske uenig	8 %	4	9 %	5		
	Litt uenig	2 %	1	7 %	4		
	Usikker	14 %	7	30 %	16		
	Litt enig	24 %	12	6 %	3		
	Ganske enig	18 %	9	22 %	12		
	Enig	18 %	9	7 %	4		
	Svært enig	8 %	4	7 %	4		

### 3.5. Signifikanstesting av demografiske variabler

Som resultat av enkeltvis univariat analyse av demografiske variabler, ble følgende ekskludert fra de videre analysetrinnene: kjønn (is .351), alder (is. 304) og varighet i nåværende stilling (is .596). Resterende variabler ble inkludert i multivariat analyse på bakgrunn av ”trend” (p. < .1) slik det fremkommer av tabell 8. Av de inkluderte variablene ble bare yrkesgruppe og varighet innen nåværende fagområde ført videre til siste analysetrinn.

Tabell 7: Signifikanstest ved multivariat regresjonsanalyse for signifikante demografiske variabler etter univariate analyser

Inkluderte uavhengige variabler (N=104)	Adj. Odds ratio	95 % CI	P-verdi
Høyeste fullførte utdanning	-	-	.346
Yrkesgruppe	-	-	.080
Varighet innen nåværende fagområde	.654	.462 - .926	.017
Modell Summary: Step 2 - Cox & Snell R Square .184			
Classification table: Step 2 – Overall Percentage 72.1			

### 3.6. Signifikanstesting av holdninger og kunnskaper om behandling

Enkeltvis univariat analyse av variabler fra sub-skalaen ”holdninger og kunnskaper til behandling” førte til følgende ekskludering fra multivariat analyse: det er uetisk å nekte ROP-pasienter døgnbehandling (is .140), gjentatte ignorerte advarsler om bruk av rusmidler bør føre til utskrivelse (is .172), det er uetisk å beholde pasienter med ROP-lidelser i behandling på ubestemt tid (is .457), hovedformålet med TSB er å redusere skadevirkningene ved rusavhengighet (is .273) og for mange ROP-pasienter skrives ufrivillig ut av behandling (is .105). Resterende variabler ble inkludert i multivariat analyse som vist i tabell 9. Av de inkluderte variablene viste følgende signifikante forskjeller: Avholdenhet bør være hovedformålet med døgnbehandling, Pasienter i behandling reduserer sin kriminelle aktivitet, gjentatte ignorerte advarsler om ikke-forskrevet bruk av benzodiazepiner bør føre til utskrivelse og de fleste pasienter vil ruse seg dersom sjansen til å bli oppdaget er minimal. De sistnevnte variablene ble inkludert i siste analysetrinn.

Tabell 8: Signifikanstesting ved multivariat regresjonsanalyse for signifikante variabler fra ”Holdninger og kunnskaper om behandling” etter univariate regresjonsanalyser

Inkluderte uavhengige variabler (N=99)	Adj. Odds ratio	95 % CI	P-verdi
P2: Avholdenhet bør være hovedformålet	1.758	1.128 – 2.740	.013
P6: Pasienter i behandling reduserer sin kriminelle aktivitet	1.807	.981 – 3.328	.057
P11: Ved gjentakende ignorerte advarsler om ikke-forskrevet bruk av benzodiazepiner bør pasienten utskrives	1.833	1.096 – 3.066	.021
P13: Ved gjentakende advarsler om bruk av cannabis bør pasienten utskrives	-	-	.542
P17: De fleste pasienter vil ruse seg visst sjansen for å bli oppdaget er minimal	.476	.283 - .799	.005
P20: Seksjonen der jeg jobber gir det beste tilbudet av alle døgnseksjonene	-	-	.191
Modell Summary: Step 4 - Cox & Snell R Square .242			
Classification table: Step 4 – Overall Percentage 70.6			

### 3.7. Signifikanstesting av holdninger til ROP-pasienter

Etter enkeltvis univariat analyse av variabler fra sub-skalaen ”holdninger til ROP-pasienter” ble følgende variabel ekskludert fra videre analyser: Rusmiddelproblemer



og psykiske problemer er to sider av samme sak (is .233). Resterende variabler ble inkludert i multivariat analyse som vist i tabell 10. Av de inkluderte variablene var følgende variabler signifikant forskjellige mellom DPS og TSB, og derfor tatt med i siste analysetrinn: Jeg føler meg hjelpeløs når pasienter har rusavhengighet og det er meningsfullt for meg å arbeide med pasienter som har rusavhengighet.

Tabell 9: Signifikanstesting ved multivariat regresjonsanalyse for signifikante variabler fra "holdninger til ROP-pasienter" etter univariate regresjonsanalyser

Inkluderte uavhengige variabler (N=102)	Adj. Odds ratio	95 % CI	P-verdi
P29: Jeg føler meg hjelpeløs når pasienter har rusavhengighet	.618	.490 - .779	<b>.000</b>
P31: Det nytter ikke å behandle rusavhengighet	-	-	.964
P33: Det er meningsfullt for meg å arbeide med pasienter som har rusavhengighet	1.329	1.092 – 1.617	<b>.004</b>
Modell Summary: Step 2 - Cox & Snell R Square .328			
Classification table: Step 2 – Overall Percentage 74.5			

### 3.8. Undersøkelsens hovedfunn

Resultater fra tabell 11 viser holdningsforskjeller mellom DPS og TSB for hele datamaterialet. Fire av de åtte inkluderte variablene viste signifikante forskjeller på 0.02 nivå. Disse påstandene var: avholdenhet bør være hovedformålet med døgntilrettelagt behandling, gjentatte ignorerte advarsler om ikke-forskrevet bruk av benzodiazepiner bør føre til utskrivelse, Jeg føler meg hjelpeløs når pasienter har rusavhengighet og det er meningsfullt for meg å jobbe med ROP-pasienter. Disse signifikante forskjellene utgjør undersøkelsens hovedfunn.

Tabell 10: Signifikanstest ved multivariat regresjonsanalyse for signifikante variabler etter skala-inndelte multivariate regresjonsanalyser

Slutresultat (alle variabler med p-verdi > .1 inkluderes)	Adj. Odds ratio	95 % CI	P-verdi
Yrkesgruppe	-	-	.123
Varighet innen nåværende fagområde	-	-	.188
P2: Avholdenhet bør være hovedformålet	2.700	1.449 – 5.031	<b>.002</b>
P6: Pasienter i behandling reduserer sin kriminelle aktivitet	-	-	.976
P11: Ved gjentakende ignorerte advarsler om ikke-forskrevet bruk av benzodiazepiner bør pasienten utskrives	2.320	1.212 – 4.439	<b>.011</b>
P17: De fleste pasienter vil ruse seg visst sjansen for å bli oppdaget er minimal	-	-	.405
P29: Jeg føler meg hjelpeløs når pasienter har rusavhengighet	.540	.401 - .726	<b>.000</b>
P33: Det er meningsfullt for meg å arbeide med pasienter som har rusavhengighet	1.627	1.252 – 2.116	<b>.000</b>
Modell Summary: Step 4 - Cox & Snell R Square .478			
Classification table: Step 4 – Overall Percentage 83.3			

## 4. Drøfting

Målet for denne studien var å undersøke mulige holdningsforskjeller mellom DPS og TSB til døgntil behandling av pasienter med ROP-lidelser. Funnene bekrefter forskningsspørsmålet om at det er holdningsforskjeller mellom DPS og TSB, samt at forskjellene er signifikante justert for demografiske variabler. Innledningsvis repeteres oppgavens hovedfunn kort. Deretter vil signifikante variabler fra hver av sub-skalaene etter analysetrinn fire bli drøftet. Til slutt drøftes hovedfunn.

### 4.1. Oppsummering av hovedfunn og demografiske variabler

Denne studien gir indikasjoner om at det finnes holdningsforskjeller mellom DPS døgntil behandling og TSB døgntil behandling. Lignende funn er også beskrevet i norske studier av helsepersonells holdninger (Gjersing L. R., 2011; Øvreneess & Bøgwald, 2007; Johansen & Aalo, 2013). I likhet med denne studien fant Aarons (2004) heller ingen sammenheng mellom profesjon og holdninger til EBP og mente dette handlet om hvordan personlige egenskaper påvirker håndtering av kontekstuelle begrensninger og påvirker prioriteringer (Aarons G. A., 2004). I innledende analysetrinn så det ut til å være forskjeller på variablene yrkesgruppe og erfaring innen fagområdet. Hovedforskjellene var her at DPS hadde flere sykepleiere, leger og psykologer, samt flere ansatte med lengre erfaring fra fagområdet. TSB hadde en betydelig større andel sosialfaglige ansatte. Disse forskjellene ble imidlertid utlignet av andre variabler når signifikante variabler for hele datamaterialet ble inkludert i siste analysetrinn. Forskjellene fremgikk av sub-skalaene ”holdninger og kunnskaper om behandling” og ”holdninger til ROP-pasienter”, mens det ikke ble funnet forskjeller på sub-skalaen ”holdninger til EBP”. Blant hovedforskjellene var det tydelig at ansatte innen DPS i mindre grad opplevde å mestre arbeidet ovenfor ROP-pasienter. Samtidig opplevde de også i mindre grad, arbeidet som meningsfullt. TSB er både mer tilbøyelig til å si at avholdenhet bør være hovedformålet og mer kritiske til sidemisbruk. Disse forskjellene holdt seg signifikante med arbeidssted (DPS eller TSB) som eneste forklaringsvariabel og forklarte tilsammen 48 prosent av forskjellene i datamaterialet mellom de to enhetene.

## 4.2. Holdninger og kunnskaper om behandling

Multivariat analyse av sub-skalaen ”holdninger og kunnskaper om behandling” viste at det fantes gruppeforskjeller mellom DPS og TSB innenfor denne sub-skalaen. I forhold til kunnskap om risikoer og fordeler forbundet med behandlingen, var det få forskjeller. TSB var imidlertid signifikant mer enig om at pasienter i behandling reduserer sin kriminelle aktivitet. Dette kan indikere at TSB har større optimisme til behandling av ROP-pasienter med kriminalitet som kompliserende faktor. På en annen side kan det også tenkes at erfaringer eller kontekstuelle faktorer medvirker til disse forskjellene (Helsedirektoratet, 2012; Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2006). Studier har vist at helsepersonell kan oppleve arbeidet ovenfor ROP-pasienter som følelsesmessig utfordrende og potensielt farlig. Opplevelser av stress, frustrasjon, harme og maktesløshet, forekommer. Allmenne oppfatninger av rusavhengige som manipulerende, aggressive, uhøflige, uansvarlige og lite motiverte påvirker også helsepersonells holdninger negativt. Pasienter med kriminalitet som tilleggspromatikk kan trolig derfor ytterligere forsterke negative holdninger, redusere terapeutisk engasjement og svekke den empatiske kvaliteten i arbeidet (Strupp, 1996; van Boekel, Brouwers, van Weeghel, & Garretsen, 2013; Ajzen, 1991; Petty & Cacioppo, 1986). Denne antakelsen styrkes også av at det ikke fantes gruppeforskjeller mellom TSB og DPS til påstanden ”*Det nytter ikke å behandle rusavhengighet*” som vist i tabell 5, hvor begge enheter klart var uenige.

Ansatte innen DPS var også signifikant mer enig i at pasientene ville ruse seg, dersom sjansen for å bli oppdaget er minimal. Dette indikerer at ansatte innen DPS er mindre tilbøyelige til å tro på ROP-pasienters evne til samarbeid, og kan tyde på et ønske om mer kontroll. Samtidig var helsepersonell innen DPS mindre enige i at avholdenhet burde være hovedformålet med behandlingen, og mer positive til skadereduksjon som hovedformål innen TSB. Argumenter for skadereduksjon som mål, kan være at det er mer realistisk som målsetning. Samtidig kan det tolkes som et ønske om at spesialiserte rustjenester blir mer tilgjengelige, ved å redusere behandlingstiden eller involveringen ovenfor den enkelte.

Å endre rammebetingelser for behandlingen i retning av skadereduksjon for den enkelte vil imidlertid påvirke opplevelsen av arbeidsmengde, fokus på balansen

mellom konstruktive relasjonsdannelser og kontroll, samt helsepersonells personlige investeringer i pasientens langsiktige rehabiliteringsprosess. Disse forskjellene vil trolig også gi utslag i graden av involvering fra helsepersonell ovenfor ROP-pasienter relatert til oppgavene. For eksempel kan det tenkes at skadereduksjonsperspektivet tillater større grad av over- eller underinvolvering, mens et rehabiliteringsperspektiv i større grad fokuserer på at pasienten skal være eier av endringsprosessen. Helsepersonell fokuserer da på å tilpasse involveringen for å skape best mulig lærings- og mestringsbetingelser for pasienten. Det viktige i denne sammenhengen er å definere hva slags rolle spesialisthelsetjenesten skal ha både på systemnivå, og ovenfor den enkelte pasient. Altså vil si at endringer i behandlingsperspektiv også vil påvirke individuelle og gruppeorienterte psykososiale intervensjoner, samt muligheter for å drive aktiv sosial rehabilitering. Studier har vist at slike justeringer også påvirker rammebetingelsene for opprettholdelse av en rusfri utrednings- og behandlingsarena, og øker pasienters tilbøyelighet til sidemisbruk (Gjersing L. R., 2011; Føyn & Shaygani, 2010; Lightfoot & Orford, 1986; Anderson, et al., 2003; van Boekel, Brouwers, van Weeghel, & Garretsen, 2013).

Å ha tillit til pasientens motivasjon for livsstilsendringer og økt livskvalitet er viktig. Tillitsforholdet og alliansen ansees for å være like sentralt ovenfor ROP-pasienter som for andre pasientgrupper (Helsedirektoratet, 2012; Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013; Cournoyer, Brochu, & Landry, 2007; McKellar, Kelly, Harris, & Moos, 2006). Det kan imidlertid være lite samstemthet mellom det pasienten sier, og det pasienten faktisk gjør. Når pasienter opplever tilbakefall, poengterer Mueser et. al. (2006) at helsepersonell ikke bør klandre pasienten, men heller forstå dette som ett uttrykk for pasientens indre konflikt, og dermed pasientens hjelpebehov (Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2006; Gjersing L. R., 2011). Ettersom ROP-pasienter som oftest har store vansker med indre reguleringer, vil ytre regulerende tiltak ofte bidra til å skape trygghet. For eksempel kan stengte dører og få valgmuligheter for mange pasienter oppleves trygghetsskapende (Dahle & Iversen, 2011), men for mye fokus på ytre reguleringer skaper en rigid og moraliserende praksis (Biong & Ytrehus, 2012; Føyn & Shaygani, 2010). McKellar et. al. (2006) poengterer at det er viktig å finne en balanse som gjør at behandlingstilbudet er relativt strukturert, uten at det oppleves rigid og undertrykkende (McKellar, Kelly, Harris, & Moos, 2006).

### 4.3. Holdninger til EBP

Denne studien fant ingen signifikante forskjeller mellom DPS og TSB på sub-skalaen ”*holdninger til EBP*”. En mulig årsak til dette kan være at den originale faktoren ”*appeal*” som skulle differensiert holdnings-skårene fra sub-skalaen ”*openness*” i det originale EBPAS ikke ble inkludert i spørreskjemaet som her er brukt. Deltakernes positive holdninger til EBP kan derfor ikke differensieres eller generaliseres til noe annet enn det deltakerne hadde i tankene når de besvarte skjemaet. For eksempel vil helsepersonell oppleve eget initiativ til implementering av en evidensbasert metode de har stor tro på, vekke et større positivt engasjement enn toppstyrte eller eksternt tilknyttede endringsforslag (Aarons G. A., 2004; Bandura, 1997; Bem, 1967; Johansen & Aalo, 2013). En annen forklaring på utvalgets entydige positive holdninger til EBP kan muligens også forklares som et utvalgsbias hvor endringsvillig helsepersonell besvarte spørreskjemaet, mens de med motstand mot endringer valgte å ikke delta. (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2004).

Resultatene fra tabell 6 kan allikevel forstås som at utvalget hadde positive holdninger til forskningsbaserte bidrag og optimisme om bidragenes kliniske nytte. Enigheten var imidlertid noe svakere i forhold til om EBP var viktigere enn klinisk erfaring. Dersom datamaterialet kan ansees å være representativt, og samtidig uavhengig av hvem som initierer implementeringsforsøket vil resultatene gi indikasjon om hvordan eventuelle endringsforsøk ville blitt mottatt. Denne type informasjon ville vært verdifull fordi eventuelle endringsforsøk da måtte forklares ut i fra andre faktorer en ansattes negative holdninger (Aarons G. A., 2004). I tråd med dette hevdet Ford et. al. (2008) at den omfattende empirien om helsepersonells holdninger dannet grunnlag for at kvalitetsforbedrende tiltak heller måtte rettes mot å utforme hensiktsmessige rammebetingelser og etablerte støttefunksjoner. En forklaring på hvorfor dette er viktig, er at forskning på EBP har vist at kunnskapshevende tiltak som undervisning og veiledning i liten grad bidrar til endringer i praksis. En vurdering av ny kunnskap som hensiktsmessig bidrar ikke automatisk til at endringer forekommer i det pasientrelaterte arbeidet (Ford, Bammer, & Becker, 2008; Albery, et al., 2003; Johansen & Aalo, 2013; Cartwright, 1980; Lightfoot & Orford, 1986; Bandura, 1997).

Ut i fra the Theory of Planned Behavior kan endringer i praksis kun forventes dersom helsepersonell har grunn til å forvente at endringene fører til forbedringer, at ny atferd anerkjennes i arbeidsmiljøet, at kollegaer medvirker på en slik måte at endringene bæres frem og at den ansatte opplever å ha kontroll over konteksten atferden skal utføres innenfor (Ajzen, 1991; Fishbein & Ajzen, 2010). At ny kunnskap omsettes til handling er på den andre siden avgjørende for at implementeringsforsøk skal føre til vedvarende endringer. Bandura (1997) poengterer at forventningen til atferdens effekt og opplevelsen av kontroll, har betydning for om mestringsfølelse oppnås, samt hvordan atferdens funksjon evalueres i etterkant. Helsepersonell vil i slike situasjoner altså være opptatt av sin egen handlingskompetanse, om situasjonen kan ansees som trygg og forutsigbar, samt vurdere responsen handlingen produserer. Tvil om egen handlingskompetanse, uforutsigbarhet eller forstyrrende elementer i situasjonen og uteblivelse av positiv respons vil trolig medføre en negativ evaluering av handlingen (Bandura, 1997). Rønnestad & von der Lippe (2009) hevder at helsepersonell kan tilegne seg bredde i kompetansen, uten at det står i motsetning til fordypning eller spesialisering. Helsepersonell som er søkende etter ny kunnskap og er nysgjerrige uten engstelse for kompleksiteten og utfordringene som Bandura beskriver, har forutsetninger for faglig utvikling (Rønnestad & von der Lippe, 2009). Slike fagpersoner står gjerne frem som eksempler, og produserer resultater som senere stimulerer andre til å følge etter. Slike positive holdninger har trolig også stor betydning for kvalitetsforbedringer på fagfeltet (Rønnestad & von der Lippe, 2009; Bandura, 1997). Kunnskap som virker appellerende skaper større engasjement og blir derfor bedre integrert. Samtidig har også forskning vist at helsepersonell som fortsatt er under utdanning, tilpasser seg endringer bedre (Aarons G. A., 2004).

#### 4.4. Holdninger til ROP-pasienter

Krysstabeller viste en trend til forskjellige holdninger mellom DPS og TSB til påstanden ”*rusmiddelproblemer og psykiske problemer er to sider av samme sak*”. I Øvreness & Bøgwalds (2007) utvalg var det imidlertid liten forskjell mellom behandleres syn på rusmiddelproblemer, og de fleste anså rusmiddelproblemer og psykiske problemer for å være to sider av samme sak (Øvreness & Bøgwald, 2007). Trenden til forskjell mellom DPS og TSB, ble utlignet etter univariate analyser selv

om deskriptive analyser indikerte at DPS var mer enige i påstanden. Vederhus et. al. (2016) understreker at forklaringsmodellene som legges til grunn for lidelsene har en viktig betydning, fordi ulike oppfatninger kan føre til feilkommunikasjon og misforståelser (Vederhus, Clausen, & Humphreys, 2016). Resultatene fra tabell 7 kan tolkes som at begge enhetene var usikre på om behandlingsmetodene innen DPS og TSB kunne ansees som like. Utvalget så også ut til å være svakt uenig i at ruslidelser behandles med andre metoder enn psykiske lidelser og TSB så ut til å være mer entydige i sine holdninger om at pasienten kan holdes ansvarlig for at deres problemer oppsto. Det kan være viktig å avdekke slike forskjeller fordi det indikerer eventuelle ulikheter i grunnforståelsen av ruslidelsen og den psykiske lidelsen hos helsepersonell. I dette utvalget var det imidlertid ikke signifikante forskjeller for disse påstandene etter analysetrinn to.

Univariat analyse av påstanden ”*det nytter ikke å behandle rusavhengighet*” indikerte at TSB hadde større tiltro til behandlingens nytteverdi, sammenlignet med DPS. Tabell 7 viser imidlertid at både DPS og TSB var sterkt uenig i denne påstanden, slik andre studier også har indikert tidligere (Øvreness & Bøgwald, 2007). At TSB har en sterkere tro på behandlingens nytteverdi er også sammenfallende med andre studier. Disse har vist at helsepersonell som bare jobber med ruslidelser, ofte er mer optimistiske til behandlingen av denne lidelsen. Slike forskjeller kan føre til at enkelte pasienter mottar annenrangs behandling for den sekundære lidelsen (van Boekel, Brouwers, van Weeghel, & Garretsen, 2013; Landheim, Bakken, & Vaglum, 2002; Langås, 2014; Cartwright, 1980). Pasienter med ruslidelser har blant annet en tendens til å søke hjelp basert på vikarierende forklaringer og på den måten tildekkes det faktiske problemet. For eksempel kan pasienten forklare nedstemthet og overstadig alkoholforbruk, med hodesmerter som følge av søvnmangel. Når helsepersonell forsøker å involvere seg kan det vekkes unnvikende atferd eller motstand hos pasientene. Helsepersonells engasjement og involvering kan imidlertid være avgjørende for om pasienten mottar adekvat behandling. (Miller & Rollnick, 2013; Lilleeng, 2011; Biong & Ytrehus, 2012; Lossius, 2011; van Boekel, Brouwers, van Weeghel, & Garretsen, 2013; Føyn & Shaygani, 2010).

#### 4.5. Forskjeller på ulike områder mellom DPS og TSB

Denne studiens hovedfunn viste holdningsforskjeller mellom DPS og TSB på gruppenivå, for flere påstander. Ansatte innen TSB var signifikant mer enig i at avholdenhet fra alle rusmidler burde være hovedformålet med døgnbehandling. Dette tyder på at enhetene bygger på ulike behandlingstradisjoner (Helsedirektoratet, 2014; Øvreneess & Bøgwald, 2007), som er forankret i ulike ideologiske grunnsyn (Ekendahl, 2011). DPS fremstår som mer skadereduksjonsorienterte, mens TSB har en rehabiliteringsorientert problemforståelse. I følge andre studiers funn, kan slike forskjeller ha betydning for målformulering og utfall av behandling fordi arbeidskulturen er bærer av virksomhetens holdninger, verdier og mål (Gjersing L. R., 2011; Øvreneess & Bøgwald, 2007). Adams (2008) poengterte at tradisjonell rusbehandling ofte foretrekker en avholdenhetsorientert tilnærming, og skadereduksjonsorienterte tilbud ble nedprioriterte. Selv om avholdenhet kan være en mer idealistisk målsetning, ansees konfrontasjonsnivået som kreves av et slikt behandlingsmål for å være lite hensiktsmessig ovenfor ROP-pasienter (Adams, 2008; Miller & Rollnick, 2013; Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2006; Helsedirektoratet, 2012; Primm, et al., 2000; Ford, Bammer, & Becker, 2008; Carey, Purnine, Maisto, Carey, & Simons, 2000). I denne studiens utvalg anså imidlertid både DPS og TSB konfrontasjon som en nødvendig del av behandlingen.

Arbeidskulturen utvikles innenfor en spesifikk sosial kontekst, og bidrar for eksempel til å forme nyansattes holdninger. Dette fører til at både tilsiktede og utilsiktede holdninger hos helsepersonell opprettholdes, og blir retningsgivende for praksisen som ytes (Vederhus, Clausen, & Humphreys, 2016; Chambers, et al., 2010; Svartdal, 2004; Øvreneess & Bøgwald, 2007). Som utgangspunkt er slike forskjeller positive fordi de bidrar til et mangfold i tjenestetilbudet, men samtidig kan ROP-pasienter oppleve tjenestetilbudene som dårlig tilrettelagte og fragmenterte (Landheim, Bakken, & Vaglum, 2002; Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2006). Langås (2014) poengterer at ROP-pasienters tilleggslidelser også påvirker deres evne til å opprettholde motivasjon for endring, og at behandlingstilbudet derfor ikke kan begrenses til enten rusbehandling eller psykiatrisk behandling. Hun begrunner dette med at den ubehandlede lidelsen da vil disponere for tilbakefall på den behandlede lidelsen (Langås, 2014).



For påstanden om at vedvarende sidemisbruk av ikke-forskrevne benzodiazepiner burde føre til utskrivelse fra behandling, viste resultatene at DPS var mindre enige i bruk av utskrivelse som naturlig konsekvens. Ett slikt syn er i overensstemmelse med ROP-retningslinjens anbefaling om å ikke bruke terminerende tiltak som konsekvens for at pasienten viser symptom på sin lidelse (Helsedirektoratet, 2012; Lossius, 2011; Biong & Ytrehus, 2012). Det var imidlertid ikke signifikante forskjeller mellom DPS og TSB på gruppenivå, for påstander som omhandlet sidemisbruk av cannabis og andre ”rusmidler”. Altså kunne det se ut som at DPS var mer liberal i forhold benzodiazepiner, sammenlignet med andre rusmidler. Samtidig vil en rusfri arena for gjennomføring av utredning og behandling være viktig. Rusfrihet over tid fører ofte til symptomreduksjon og bedring av eksekutive funksjoner. Dette har stor betydning for pasientens mottakelighet for behandling, tilgjengelighet for utredning og evne til å ta selvstendige, reflekterte valg (Landheim, Bakken, & Vaglum, 2002; Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013; Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2006). I realiteten vil trolig helsepersonell ha et pragmatisk fleksibilitet i forhold til behandlingsmål, og det er viktig å være bevisst på at kortsiktige og langsiktige mål kan sees i forhold til hverandre som deler av en langsiktig endringsprosess (Carey, Purnine, Maisto, Carey, & Simons, 2000).

Helsepersonell innen DPS følte seg oftere hjelpeløse, og opplevde at det var mindre meningsfullt å behandle pasienter med avhengighetslidelse. Slike holdninger kan redusere det terapeutiske engasjementet (Albery, et al., 2003; Cartwright, 1980), redusere den empatiske kvaliteten i relasjonen og påvirke helsepersonells diagnostiske og prognostiske refleksjoner (Strupp, 1996). En litteraturgjennomgang på holdningsstudier utført av Adams (2008) konkluderte med at helsepersonell selv-rapporterer en nærmest universell enighet om at tjenestetilbud må forbedres og kompetanse må økes (Adams, 2008). Samtidig poengterer Watson et. al. også at holdninger vil påvirke hvorvidt ny kunnskap blir akseptert og brukt (Watson, Maclaren, & Kerr, 2006). Denne forståelsen er sammenfallende med Ajzens (1991) Theory of Planned Behavior og Banduras (1997) beskrivelse av mestringstroens betydning for implementeringsprosesser (Bandura, 1997). Helsehjelpen skal ytes og utvikles innenfor kontekster som varierer i forhold til ledelseskvalitet, organisasjonskultur, mål, forventninger og det kollegiale miljøet. Kontekstuelle eller

situasjonsbetingede faktorer som tid med pasienten, handlingsfremmende eller begrensende regelverk, arbeidsstedets prioriteringer, avdelingens prosedyrer og retningslinjer, eller muligheter for involvering virker enten fremmende eller hemmende på terapeutisk engasjement (Aarons G. A., 2004; Aarons, Green, & Miller, 2012).

Helsepersonells opplevelse av støtte (kollegastøtte, kulturell støtte eller strukturell støtte) sammen med høy grad av erfaring, var avgjørende for å se effekter av kompetansehevende tiltak. Flere studier fremhever opplevelsen av støtte som den viktigste faktoren. Faktorer som selvtillit og formell kompetanse gav bare utslag i terapeutisk holdninger dersom faktoren støtte samtidig var høy. I tillegg til dette ble det også lagt vekt på at det å jobbe i et spesialisert arbeidsmiljøer relatert til problemområdet, påvirket helsepersonells terapeutiske holdninger positivt. (Maslin, et al., 2001; Albery, et al., 2003; Lightfoot & Orford, 1986; Cartwright, 1980; Watson, Maclaren, & Kerr, 2006; Adams, 2008; Anderson, et al., 2003; Roche, Duffield, & White, 2011). Derfor kan det også tenkes at helsepersonell er villige til å arbeide med pasientgruppen, men opplever at utfordringer, trygghetsfaktorer, samt uklare forventninger og pasientbehov fører til at situasjonen oppleves uoversiktlig (Adams, 2008; Ajzen, 1991; Bandura, 1997; Ford, Bammer, & Becker, 2008).

#### **4.6. Styrker og svakheter ved studien**

Studien har en begrenset anvendelighet fordi tverrsnittstudier bare kan gi ett ”øyeblikksbilde” av det som undersøkes. Valg om nedslagsfelt, utforming av spørreskjema, løft om deltakernes anonymitet, samt praktisk gjennomføring av datainnsamling ble gjort for å sikre størst mulig svarprosent. Potensialet for antall deltakere ble beregnet til N=230. Basert på denne beregningen var deltakelsen i studien 46 prosent. Selv om det i denne sammenhengen ble vurdert som litt lavt, regnes det for å være som forventet i surveyundersøkelser. En årsak til lav svarprosent kan for eksempel skyldes at helsepersonell som opplevde sine holdninger som forskjellige fra arbeidsstedets, eller samfunnets, unnlot å delta. Studiens resultater kan derfor ikke generaliseres til helse populasjonen, men samtidig er det ikke sikkert at høyere svarprosent ville påvirket studiens hovedfunn nevneverdig. (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2004). Bortfallsanalyser eller andre forsøk på å forklare

svarprosenten ble ikke utført og antallet potensielle deltakere ble heller ikke kontrollert for sykefravær, ferieavvikling etc. Noe som kunne påvirket svarprosenten positivt (Gjersing L. R., 2011).

Holdninger lar seg vanskelig måle eksakt fordi holdningsbegrepet er et teoretisk konstrukt (Fishbein & Ajzen, 2010; Svartdal, 2004). Måling av holdninger på denne måten impliserer at utvalget kjente sentrale distinksjoner for påstandene. Altså at utvalget for påstanden ”*konfrontasjon er nødvendig i behandling.*” var kjent med betydningen av konfrontasjon, hvordan det brukes terapeutisk og hva bruken kunne føre til. Utvalg og eksklusjonskriterier var ment å sikre dette, men det var ikke mulig å vite om deltakerne anså påstandene som meningsfulle. Kvantitative holdningsstudier er derfor ikke egnet for å studere en sammensatt og kompleks meningsverden. Utvalget kan oppleve påstander som mangelfulle fordi endimensjonale formuleringer ikke fanger opp virkelighetens kompleksitet. At 54 prosent ikke besvarte spørreskjemaet, kan for eksempel tolkes som at undersøkelsen ikke ble ansett som viktig. Deltakere som gav tilbakemeldinger sa imidlertid at påstandene var viktige, skapte diskusjoner på arbeidsplassen og virket meningsfulle. Påstandene ble fra utprøvde og validerte skjemaer, og deretter tilpasset til konteksten ved å bytte ut enkelte ord. Dette økte trolig opplevelsen av relevans, men reduserte muligens spørreskjemaets validitet og reliabilitet i forhold til de originale skjemaene. Enkelte deltakere mente at det var vanskelig å vite om de skulle tenke på enkeltpasienter/hendelser eller på pasientgruppen generelt under besvarelsen. De som spurte, ble oppfordret til å besvare skjemaet ut i fra en generell oppfatning, men dette ble ikke formidlet skriftlig. (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2004; Karlsson, 2011; Fishbein & Ajzen, 2010)

#### **4.7. Praktiske og kliniske implikasjoner**

Holdningsforskjeller mellom DPS og TSB til behandling av pasienter med ROP-lidelser bør vies oppmerksomhet. Med dagens organisering er det trolig behov for kompetansehevende tiltak innenfor begge enheter. Som nevnt vil ordinære undervisningsformer trolig ikke ha den effekten som ønskes på praksisutøvelsen dersom det fokuseres på undervisning, kurs veiledning etc. alene. Forprosjekter hvor resultatene statuerer eksempler, kan brukes som kilde til inspirasjon og eksperthjelp.

Aktive tilstedeværende implementeringsansvarlige gi nødvendig støtte og korrigeringer. Helsepersonells innstilling til endringer har trolig betydning for hvordan prosessen vil utvikle seg, og best resultater oppnås tilsynelatende når ansatte får ta del i prosessen fra begynnelsen. Endrings- eller opplæringsprosesser bør videre ta høyde for arbeidskultur, og eventuell merbelastningen gjennom god planlegging, timing og tilrettelegging. Når nye ferdigheter skal overføres fra teori til praksis er det trolig betydningsfullt å ha tilgang på ekspertise som raskt kan gi feedback i ”her og nå” situasjoner. Samtidig vil støtte fra ledere, og sentrale fagpersoner trolig bidra til å skape trygghet og motivasjon. Gjennom kollegastøtte og veiledning kan arbeidsstedet også gjøres til en treningsarena, for å skape kontinuerlige kvalitetsforbedringer. Kulturelle barrierer håndteres best gjennom dialog, og samhandling. For å redusere en tilsynelatende kulturforskjell mellom DPS og TSB, bør det tilrettelegges for større grad av samhandling på alle nivåer og klinikere bør få større rom for å snakke sammen. I tillegg kan eventuelle hospiteringstiltak, eller kompetanseutvekslingsplaner bidra til å styrke kvaliteten på spesialisthelsetjenester ovenfor ROP-pasienter. Helseforetaket er forøvrig i gang med en langsiktig strategi i form av samlokalisering, som kanskje vil bidra til større grad av samhandling og kompetanseutveksling mellom enhetene.

## 5. Konklusjon

Denne studien har vist at det finnes holdningsforskjeller mellom DPS og TSB når det gjelder; Mål for behandling (skadereduksjon eller avholdenhet); Hvor meningsfullt det oppleves å arbeide med ROP-pasienter; I hvor stor grad helsepersonell opplever å mestre sin rolle; Og, hvordan enhetene stiller seg til et eventuelt sidemisbruk av benzodiasepiner. Dersom forskjellene er representative for utvalget, kan det ha betydning for; Prognostiske vurderinger; I hvor stor grad helsepersonell engasjerer seg i pasientens prosess; Og om sidemisbruk eventuelt fører til utskrivelser eller ikke. Slike forskjeller kan derfor tenkes å ha betydning for pasientens utfall av behandlingen, og kan også være av betydning for pasienten i et lengre rehabiliteringsperspektiv.

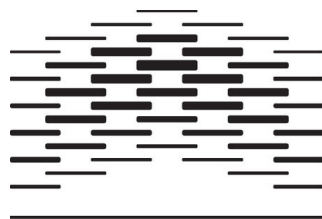
**MASTEROPPGAVE**  
**Master i psykisk helsearbeid - deltid**  
**05-2016**

Holdninger til døgnbehandling av pasienter med ruslidelser og psykiske lidelser – en sammenligning av DPS og TSB

**Refleksjonsnotat**

Kristian Skjørten

**Fakultet for helsefag**  
**Institutt for Sykepleie**



**HØGSKOLEN I OSLO**  
**OG AKERSHUS**

## Forord

Jeg ser nå tilbake på en tid sammen med fantastiske medstudenter og engasjerende faglærere som har gitt meg et godt vekstgrunnlag. Tiden for innlevering av masteroppgaven, og en ny tid for å være mer pappa, samboer, venn og kollega igjen, står for døren! Derfor vil jeg først og fremst takk til min familie, som tålmodig har ventet mens pappa må bare..

En stor takk rettes også til mine foreldre for uvurderlig hjelp.

Deretter fortjener min veileder Soveig K. B. Vatnar en stor takk! Uten deg hadde ikke dette prosjektet blitt til det jeg nå leverer fra meg, med en god følelse av å ha gjort så godt jeg kan. Jeg takker også Georg Schjelderup for å blåse vind i seil som gav kurs i riktig retning.

Takk til ansatte som tok seg tid til å delta i min undersøkelse!

Og sist, men ikke minst.. Takk til min arbeidsgiver, flotte kollegaer og FoU-avdelingen for tro på meg, tilrettelegging og oppmuntring!

Asker, mai 2016

Kristian Skjørten

## Innledning

Dette prosjektet bygger på antakelsen om at ansattes holdninger til pasientene påvirker kvaliteten på arbeidet og pasientenes opplevelse av behandlingssituasjonen. Disse antakelsene kom imidlertid fra forberedelse av et annet masterprosjekt. Her var alliansebegrepet i fokus, og målet var å undersøke hvilken betydning alliansen hadde for behandlingsutfall i døgnbehandling for pasienter med rus- og avhengighetsproblematikk. Innledningsvis beskriver jeg derfor mine tanker omkring denne prosessen, fordi dette hadde stor betydning for hvordan masteroppgaven ser ut i dag.

## Allianseforskeren

Forskning viser at metoden som anvendes har liten betydning for effekten av behandling. Det viktige er *hvem* som gjør det, eller *egenskaper ved denne personen* (Wampold, et al., 1997). Dette har bidratt til en kraftig økning i interessen for det som kalles fellesfaktorer, hvor også alliansebegrepet inngår. I følge Bordin (1994) består allianse mellom pasient og terapeut av tre deler: målsetting, oppgaver og båndet. Det vil si at pasienten og terapeuten er enige om målsetting, en felles forståelse av oppgavene som skal utføres, samt fordelingen av dem og kvaliteten på relasjonen mellom dem (Rønnestad & von der Lippe, Det kliniske intervuet, 2009). I det virkelige liv er imidlertid ikke allianse et konstant fenomen. Alliansen kan være skjør, og vil stadig bli påvirket av det som skjer mellom pasient og terapeut. Safran & Muran (1996) bidro til denne forståelsen, og kom senere med forslag til hvordan alliansebrudd kunne repareres (Safran & Muran, 1996; Safran, Muran, & Eubanks-Carter, Repairing Alliance Ruptures, 2011). Flere har utviklet måter å overvåke alliansen på, men fordi Amble et. al. (2013) nylig hadde oversatt *the Outcome Questionnaire-45.2 (OQ-45)*, ønsket jeg å benytte dette spørreskjemaet (Amble, et al., 2013). Mer presist var målet å se om objektiv og systematisk feedback til terapeuter kunne opprettholde og forbedre alliansen mellom pasienter og terapeuter, målt ukentlig over fire uker i en døgnseksjon. Resultatene skulle deretter sammenlignes med en kontrollgruppe. Problemet var at jeg hadde to terapeuter, fjorten døgnplasser, med fire måneders liggetid og et tidsperiode på ca. seks måneder å forholde meg til. Det var altså åpenbart at utvalget ville bli for lite, og et ukjent antall påvirkende faktorer var vanskelig å kontrollere for.

Valget om å gå bort i fra en studie av alliansens betydning og samtidige omorganiseringer på egen arbeidsplass, bidro til at jeg ble opptatt av å lære mer om pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser, heretter forkortet ROP-lidelser. Samtidig var jeg fortsatt interessert i pasient-terapeut relasjonen, og hvordan jeg som terapeut kunne forbedre mitt bidrag til denne relasjonen.

### **Empatisk holdning**

En empatisk holdning ble trukket frem som en sentral terapeutisk egenskap i arbeidet med ROP-pasienter (Helsedirektoratet, 2012). Nerdrum (2011) beskriver empati som noe spesielt når det dreier seg om profesjonelle relasjoner. Først kan empati forstås som en indre emosjonell opplevelse, av en annens emosjonelle opplevelse (affektiv empati), hvor det er klart at det er den andres emosjonelle tilstand som oppleves (Howe, 2013; Nerdrum, 2011). Affektiv empati er menneskets evne til å sanse andres emosjonelle uttrykk og dermed raskt kunne mobilisere til handling, og dette er en essensiell overlevelsesferdighet (Howe, 2013). Rogers (1957) mente at empati i psykoterapeutisk behandling var en kurativ faktor i seg selv. Han oppdaget empatiens potensial når han følte at han sto fast i sine terapisaamtaler, og valgte en aktiv lyttende holdning for å prøve å forstå pasientens situasjon (Rogers, 1957). Nerdrum (2011) beskriver profesjonell empati som en faglig kapasitet hvor både teoretisk forståelse, og empirisk kunnskap fra det empatiske arbeidet integreres i forståelsen av pasienten. Han poengterer videre at oppmerksomheten som rettes mot pasienten må holdes nøytral, og dette er et viktig poeng fordi den terapeutiske relasjonen kan utfordre våre menneskelige tilbøyeligheter. Som helsepersonell kan vi for eksempel måtte tåle aggresjon, fiendtlighet eller avsky fra pasienter, mens hverdagssituasjoner ville tillat oss å reagere med å gå i forsvar eller unngå ubehaget. Det er altså viktig at pasienten på tross av sin atferd, får tilbud om en relasjon som gir rom for utforskning og refleksjon, uten å måtte ta hensyn til terapeutens selvfølelse (Nerdrum, 2011).

### **Utvikling av empatiske evner**

Jeg tok utgangspunkt i at empati var viktig i den terapeutiske relasjonen, og forsøkte videre å utforske hvilke faktorer som påvirket den empatiske kvaliteten. Samtidig har jeg erfart at helsepersonell har en presset arbeidssituasjon, som gir få rom for



refleksjon, diskusjon, veiledning og faglig oppdatering (Føyn & Shaygani, 2010; Biong & Ytrehus, 2012).<sup>2</sup> Nerdrum (2011) poengterer videre at det vanskeligste i opplæring av profesjonelle hjelpere er å formidle at den profesjonelle samtalen ikke er gjensidig, men asymmetrisk. Det er pasientens opplevelsesverden som primært er tyngdepunktet i begges konsentrasjon (Nerdrum, 2011)<sup>3</sup>. I et hektisk arbeidsmiljø tolker og reagere helsepersonell ulikt i situasjoner, fordi personlige holdninger og den enkeltes personlighet vil påvirke vurderingene (Biong & Ytrehus, 2012; Føyn & Shaygani, 2010).

Ettersom holdninger har betydning for hvorfor vi gjør som vi gjør, og min motivasjon handlet om hvordan jeg for min egen del, og i min rolle som fagutvikler kunne bidra til konstruktive endringsprosesser, valgte jeg å se nærmere på to modeller som beskjeftiget seg med dette. Modellene ble ansett for å være velegnet for å drøfte hvordan holdningsforskjeller kan påvirke praksis.

## Holdninger

Når jeg valgte å studere ansattes holdninger til behandling av ROP-pasienter, oppdaget jeg raskt at holdningsbegrepet ikke var ukomplisert. Litteraturen jeg tok utgangspunkt i viste seg å enten, ikke bruke begrepet, eller bruke det tilfeldig uten å definere det. Til og med holdningsstudier unnlot å definere hvordan de forsto holdninger som var gjenstand for undersøkelse, men valgte å bare sette en ”merkelapp” på dem.<sup>4</sup> Asheim (1997) problematiserer nettopp dagens bruk av holdningsbegrepet, og sier videre at moderne etisk teoridannelse avhenger av nærkontakt med dagens språkbruk. For eksempel sier han at ordet ”dyd” sjelden brukes i dagligtalen, mens ordet ”holdning” har blitt ett nøkkelbegrep. Årsaken er i følge Asheim at holdningsbeskrivende ord i etisk sammenheng regnes for å være dydsbegreper. Han anser begrepet som ”brobygger” mellom teori og praksis og at det kan brukes for å beskrive etikk som en integrert del av personligheten. For eksempel vil helsepersonells følelsesmessige holdninger til en pasient, gjennomsyre handlingen og dermed ha stor betydning for praksis (Asheim, 1997).

---

<sup>2</sup> Kirkegaard omtalte dette i teksten ”Om at hjælpe”: ”For i sannhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mer end han – men dog vel først og fremst forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mereforstaaelse ham slet ikke”.

<sup>3</sup> Helsepersonell utvikler raskt ubevisste enten positive eller negative holdninger til pasienter, som påvirker den empatiske kvaliteten i relasjonen, definering av behandlingsmål og vår diagnostiske og prognostiske refleksjoner (Strupp, 1996, p. 135).

<sup>4</sup> Jeg kjøpte derfor boken ”Hva betyr holdninger?” av Ivar Asheim på grunn av dens treffende tittel, men la ikke merke til undertittelen ”Studier i dydsetikk”.

Sosiologien og Psykologien har møtt på problemer med bruk av holdningsbegrepet fordi holdningsstudier ikke klarte å predikere atferd som forventet (Petty & Cacioppo, 1986; Asheim, 1997; Ajzen, 1991)<sup>5</sup>. Innen psykologien ble dette løst ved å omdefinere atferdskomponenten i holdningsbegrepet til en konativ komponent. Det vil si at atferd kunne sees som et *mulig utfall* av holdningen, heller enn en nødvendig konsekvens. Holdningsbegrepet var da bestående av en *kognitiv*, en *affektiv* og en *konativ* komponent. Asheim (1997) hevder at en strengere definisjon av holdningsbegrepet er nødvendig for at begrepet skal være anvendelig innenfor etikken. Her sees holdninger som en uttrykt måte å være på, og ikke bare noe som influerer atferd, mens det konative elementet tillater at personen potensielt har samtidige motstridende holdningskvaliteter<sup>6</sup>.

Fordi våre holdninger er relativt varige, og i større eller mindre grad påvirker våre handlingsvalg, dannes også en mulighet for at våre omgivelser kan forutse hvordan vi vil reagere i ulike sammenhenger (og motsatt). Bem (1967) hevdet imidlertid at vår atferd bare kan fungere som en indikasjon på holdninger og følelser, dersom atferden er frivillig. Han legger også vekt på at andre mennesker vil fungere som speil for vår egen atferd, og at vi derfor er tilbøyelige til å oppføre oss slik vi tror andre ønsker at vi skal oppføre oss (Bem, 1967). *The likelihood of elaboration model* er en generell teori om holdningsendring som sier at dersom situasjonen fremmer personens motivasjon og evne til målrettet tenkning, så økes sannsynligheten for at personen vil forsøke å utdype sin forståelse av et holdningsobjekt. Som en følge av at en person utdyper sin forståelse, øker også sannsynligheten for at atferd rettes mot holdningsobjektet. Dersom enten muligheten eller evnen til å bearbeide informasjonen er lav, foretas heller en overfladisk vurdering basert på følelsesmessige indikasjoner som bestemmer om holdninger endres eller opprettholdes. Holdninger som endres som følge av en målrettet kognitiv bearbeidelse av den tilgjengelige informasjonen, integreres på et dypere nivå enn holdninger som bare er gjenstand for en rask følelsesmessig evaluering<sup>7</sup>. I følge Petty & Cacioppo (1986) kan våre

---

<sup>5</sup> Ajzen (1991) foreslo å slå sammen atferdsobservasjoner fra ulike situasjoner, slik at ukjente variabler som påvirket forståelsen da ville utligne hverandre (Ajzen, 1991).

<sup>6</sup> Asheim beholder derfor atferdskomponenten i sin definering av holdningsbegrepet og peker på at holdninger ikke bare er tanker og følelser knyttet til et emne, men også hvordan vi handler og reagerer. (Asheim, 1997).

<sup>7</sup> Om holdninger er gjenstand for "lav" eller "høy" grad av internalisering/bearbeidelse utgjør forskjellen mellom hvordan holdninger dannes i barne- og voksen alder (Petty & Cacioppo, 1986).

holdninger altså endres uten at dette er gjenstand for vår bevissthet, fordi våre følelser guider oss i retning av sosialt aksepterte holdninger uten at vi nødvendigvis bearbeider informasjonen i situasjonen på et dypere nivå. Dersom vi hadde tenkt oss nøye om hver gang vi gjennomgikk en holdningsendringen ville endringen fått ett solid fundament, men dette ville ikke vært funksjonelt. Holdninger læres altså gjennom to ulike ruter som utgjør, mer eller mindre direkte eller indirekte opplevelser og erfaringer, i interaksjon med andre, eller som produkter av kognitive prosesser. De hevder videre at holdningsdannelse best kan forstås som et et kontinuum mellom disse to rutene, og at de fleste anerkjente teorier om holdningsdannelse kan plasseres i denne måten å forstå holdningsdannelse på (Petty & Cacioppo, 1986)<sup>8</sup>.

<sup>9</sup>Aristoteles sitt resonnement om dydens bestanddeler bunnet i at dyd måtte være varige egenskaper, som ble ervervet gjennom handlinger av en bestemt art. Dyd var en tilstand som ble ervervet gjennom å handle dydig, men dyden må også være tilstede *før* den kunne bli til en egenskap. Videre gjør dyden noe med, eller for den som praktiserer dyden og samtidig gjør den noe med, eller for et fellesskap. I dydsetikken heter det også at staten må tilrettelegge for, og innrette seg etter dydsproduserende enkeltindivider for å fremme deres individuelle lykke. Altså er ikke poenget at individet handler i overensstemmelse med egne holdninger, men i overensstemmelse med forventninger i det sosiale miljøet (Asheim, 1997). Slike argumenter kan også finnes igjen i Bems (1967) argumenter for Selvsjanseteorien som et alternativ til Festingers (1957) Kognitive Dissonansteorien (Bem, 1967). Etikken orienterer seg i retning av foreliggende sosiale interessekonflikter, eller i retning av kompliserte handlingsvalg i individuell livsførsel. Etikkers oppgave er i slike sammenhenger å belyse gitte handlingsalternativer. Etikk i helsefag er derfor opptatt av å identifisere såkalte dilemmaer, men samtidig er det ikke alltid at dilemmaer kan forklare hvorfor helsepersonell svikter. I virkeligheten kan svikten også handle om likegyldighet, manglende sensitivitet eller sviktende etisk dømmekraft. Den moralske betydningen av selve handlingen kan altså ligge i holdningen som uttrykkes av handlingen, mens

---

<sup>8</sup> The Theory of Reasoned Action sine forventningselementer (konativ forståelse) følges av emosjonelle eller evaluerende opplevelser, kategoriseringer eller inndelinger. Dette gir holdninger en retningsdimensjon, og det følelsesmessige engasjementet gir en styrke som tilsammen kan måles eller brukes for å predikere atferd (Fishbein & Ajzen, 2010; Ajzen, 1991; Svartdal, 2004).

<sup>9</sup> Språket som brukes når holdninger studeres kan også inneholde mange feilkilder. Derfor er det vanskelig å si sikkert at det som er funnet er noe annet enn en persons innstilling ovenfor et objekt (Asheim, 1997).

handlingen i seg selv teknisk sett kan være ubetydelig. Som eksempel på dette er kanskje pasienter mer opptatt av måten de blir behandlet på, enn det som faktisk blir gjort (Asheim, 1997).

### Holdningers betydning for praksis

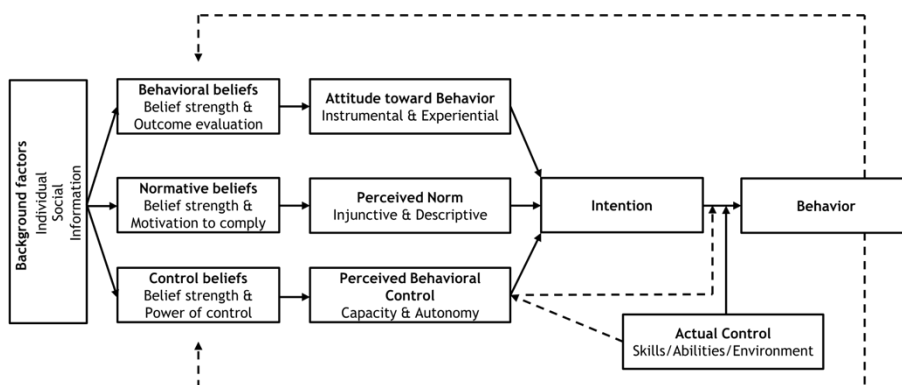
Opplevelsen av personlig vekst og faglig utvikling bidrar til vitalisering, entusiasme og engasjement. En søkende eller utforskende holdning, uten engstelse for kompleksiteten og utfordringene i det profesjonelle arbeidet blir anset som viktige forutsetninger for faglig utvikling. (Rønnestad & von der Lippe, 2009). Forskning viser imidlertid at holdninger ikke direkte påvirkes av økt kompetanse (Cartwright, 1980; Albery, et al., 2003; Watson, Maclaren, & Kerr, 2006). På en annen side har norske studier vist at helsepersonell som lar seg inspirere av kunnskapsproduksjonen på fagfelt, oppnår bedre resultater sammenlignet med de som ikke gjør det (Rønnestad & von der Lippe, 2009). Nysgjerrighet, åpenhet for nye erfaringer, samt villighet til å la seg påvirke, ser altså ut til å være nyttige holdninger for faglig utvikling (Aarons, Cafri, Lugo, & Sawitzky, 2010).

### The Reasoned Action Approach

Fishbein & Ajzen (2010) har utviklet den holdningsbaserte modellen *The Reasoned Action Approach* for å predikere atferd. Denne modellen baseres på antakelsen om at menneskelig sosial atferd følger fornuftsmessig og spontant den informasjonen eller troen mennesker har om den aktuelle atferden. Modellen tar høyde for individuelle forskjeller som at ulike erfaringer, ulike informasjonskilder og måten mennesker individuelt tolker og husker informasjon på. Modellen består av tre elementer, hvor det første identifiserer menneskers forventning om positive eller negative konsekvenser som følge av å utføre atferden. Disse atferdsforventningene antas å bestemme menneskers holdninger til å utføre atferden selv. Det andre handler om menneskers forventninger til ”betydningsfulle andres”, eller gruppers aksept eller avvisning av deres utførelse av atferden. I tillegg har forventninger om ”betydningsfulle andres” utførelse av atferden en betydning. Slike normative forventninger kan beskrives som sosialt press til å utføre eller ikke utføre atferden. Det tredje elementet handler om menneskers forventninger til personlige og miljømessige faktorer som kan fremme eller hemme forsøket på å utføre atferden.

Dette kan kalles forventninger om atferdskontroll, og knyttes til personens mestringstro. Tilstedeværelsen av disse tre elementene utgjør grunnlaget for å veilede intensjoner og atferd. Positive forventninger til de tre elementene vil styrke personens intensjon om å utføre atferden, og dermed sannsynligheten for at atferden vil utføres. Likevel må personens ferdigheter, muligheter og miljøfaktorer tas med i betraktningen. Oppsummert kan det da forstås som at mennesker utfører handlinger fordi det var deres intensjon, de hadde nødvendige ferdigheter og muligheter, og det var ingen miljøfaktorer som hindret dem i å utføre den (Fishbein & Ajzen, 2010). Ajzen (1991) sin teori *Theory of Reasoned Action* viste seg lite egnet for å forklare ufrivillig atferd. Han utvidet derfor senere denne modellen til *The Theory of Planned Behavior*, der atferd også ble forstått som en konsekvens av intensjoner, sett i lys av *atferdsmessig kontroll*. Begrepet atferdsmessig kontroll hadde mange likehetstrekk med Banduras *Self-Efficacy* begrep (Ajzen, 1991; Bandura, 1997; Bem, 1967)<sup>10</sup>.

Figur 1: Forenklet modell av *The Theory of Reasoned Action*. Kilde: Wikipedia



Bandura hevder at troen på holdningsendring som den avgjørende faktoren for å endre praksis, sjelden lykkes. Han mener at det viktigste heller må være å skape optimale forutsetninger for at endring skal kunne skje (Bandura, 1997).

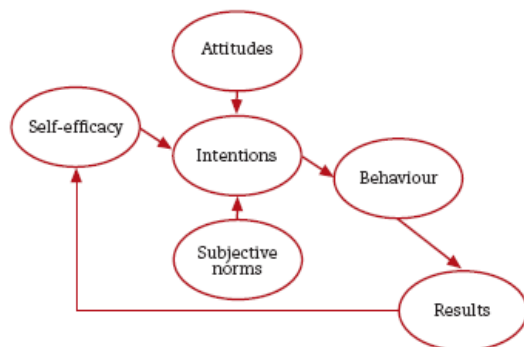
## Mestringstro

Som modell på hvordan endringer på praksisfeltet *bør* gjennomføres tar jeg utgangspunkt i Albert Banduras (1977, 1997) begrep *Self-efficacy*. Begrepet utgjør også en teori som handler om at menneskers atferd styres av *self-efficacy*

<sup>10</sup> Den oppdaterte modellens hensikt var å forklare hvordan atferd kunne predikeres når; intensjonen og atferdskontrollen er i overensstemmelse med predikert atferd; når konteksten er kjent; når intensjonen og atferdskontrollen forholdt seg stabil mens atferden ble utført; og når opplevd atferdskontroll reflekterte faktisk atferdskontroll på en realistisk måte (Ajzen, 1991).

(mestrinstro) og outcome expectations (utbytteforventninger)<sup>11</sup>. Bandura (1997) beskriver Self-efficacy begrepet som troen på ens evne til å mobilisere og handle slik at handlingen fører til ønsket resultat, eller mestring av atferden (Bandura, 1997)<sup>12</sup>. I følge Bandura utgjør også troen på vår egen mestringsevne en stor del av vår selvinnsikt. Teorien legger videre til grunn at forventninger om egen effektivitet bestemmer om mestringsatferd blir iverksatt, hvor stor innsats individet gjør og hvor lenge atferden vedvarer, dersom motgang eller ubehag inntreffer. Ved at vi utfordrer oss selv til å gjøre noe som oppleves viktig, men som ligger utenfor vår komfortsone skaper vi økt mestringstro. Kjente og ukjente miljøfaktorer vil også påvirke opplevelsen av å utføre handlingen, samt hvordan handlingsvalget til slutt evalueres positivt eller negativt. Dersom vi har lav tro på egen mestringsevne (individuell eller kollektiv) selv om vi har en fullgod operasjonell forståelse av den påkrevde handlingen, kan følelsesaktivering føre til at vi for eksempel unngår situasjonen. Vår mestringstro er ikke generell, men varierer mellom aktiviteter og deres miljømessige omstendigheter. Kognitiv evaluering av atferden gir informasjonen som trengs for å vurdere atferden som hensiktsmessig eller uhensiktsmessig, og dermed danne erfaringsgrunnlag for ny atferd (Bandura, 1997).

Figur 2: beskriver hvordan Self-efficacy kan tenkes å henge sammen med The Theory of Reasoned Action: [Wikispaces.psu.edu](https://www.wikispaces.com/psu.edu)



### Hva skal til for å skape vedvarende endringer på praksisfeltet?

Vår mestringstro har altså en avgjørende betydning for om atferd forekommer eller ikke. Enheter innenfor spesialisthelsetjenesten er i stadig endring, og tillegges en forventning om å tilby den til enhver tid beste behandlingen tilgjengelig. Forsøk på kvalitetsforbedringer i helsetjenesten er imidlertid ikke problemfrie. Innenfor psykisk

<sup>11</sup> Self-efficacy oversettes oftest til norsk som *mestringstro*, *mestringstillit* eller *mestringsforventning* (Brumoen, 2007; Lossius, 2011; Biong & Ytrehus, 2012).

<sup>12</sup> "Perceived self-efficacy refers to beliefs in one's capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments" (Bandura, Self-Efficacy, 1997 p. 3).

helsevern og rusfeltet er som oftest kulturelle tilpasninger nødvendig når nye behandlingstilbud skal implementeres. I følge Bandura vil motstand mot implementeringsforsøk øke dersom ikke et grundig tilpasningsarbeid er utført før implementeringen. Samtidig vil ny praksis kanskje true den eksisterende måten å gjøre ting på, og dermed også interne maktbalanser. Ansatte må i tillegg legge til side trygge arbeidsrutiner, og deretter bruke tid på å lære seg nye. Dette kan oppleves truende. Det kan heller ikke forventes å se resultater fra endringene umiddelbart, fordi adaptasjon og justeringer tar tid. Endringer på noen områder medfører ofte uforutsette problemer på andre områder. I realiteten vil derfor de fleste opprettholde den tradisjonelle praksisen inntil eventuelle "ildsjeler" har klart å synliggjøre fordelene ved de foretatte endringene (Bandura, 1997).

Endringsprosesser som oppleves påtvunget lykkes sjelden og de skaper en opplevelse av bortkastet tid og ressurser. Samtidig skapes et dårligere implementeringsgrunnlag for fremtidige endringsprosesser. Dersom innovasjoner i tillegg kan sies å være en motsetning til den tradisjonelle praksisen, vil endringsforsøk trolig møte ekstra motstand. Et eksempel her kan være å implementere et terapeutisk virkemiddel kalt motiverende intervju som bygger på en klientsentrert tradisjon hvor motstand skal unngås, i en rusbehandlingskultur som tradisjonelt har hatt en konfronterende holdning til motstand i behandlingen (Miller & Rollnick, 2013; Lossius, 2011; Bandura, 1997). Bandura peker også på at såkalte privilegerte grupper (ledere, andre sentrale maktposisjoner og profesjoner med høy autoritet og beslutningsmyndighet) har stor innflytelse på eventuelle endringsforsøk. Det er derfor avgjørende at endringsforsøk har nødvendig støtte og klarer å produsere en kollektiv mestringsstro. For at helsepersonell skal omsette nyvinninger til praksis, må den enkelte ansatte tilegne seg nødvendige ferdigheter og ha en personlig mestringsstro, samtidig som det skapes rom, slik at belastninger som følge av endringsprosessen kan håndteres. Dette innebærer at ansatte må introduseres for endringene under optimale betingelser, det må skapes rom for endringsprosessen, det bør gjennomføres et forprosjekt som kan vise til positive resultater og deretter bruke resultatene som eksempel for å motivere til endring i en større skala. Implementeringsforsøk i slike kontekster mislykkes ofte fordi de aldri kommer lenger en til å informere, eller gi formell opplæring i det som skal endres til (Bandura, 1997).

## ROP-pasienter

Fordi ROP-pasienter er en svært marginalisert og sårbar pasientgruppe, samt studiers antydning om at disse pasientene profiterer mindre på ordinær behandling enn andre pasienter, anser jeg anbefalinger om samtidig behandling av ROP-lidelsen som spesielt viktig (Landheim, Bakken, & Vaglum, 2002). Kompleksiteten gjør samtidig at helhetlig og integrert behandling innenfor ett system blir spesielt krevende. De fleste ROP-pasienter vil for eksempel ha et omfattende behov for sosial rehabilitering. Ofte er de bostedsløse, mangler tilknytning til stabile og trygge nettverk, har få støttepersoner, mangelfull utdanning og arbeidserfaring og en belastende økonomisk situasjon. Samtidig har de også og høy forekomst av symptomer som uro, rastløshet, nedstemthet, lærevansker og atferdsproblemer (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013; Helsedirektoratet, 2012). Mange har en belastende oppveksthistorie som kan inneholde overgrep og omsorgssvikt. Noen har hatt et vanskelig forhold til barnevern. Ofte har foreldre også hatt psykiske lidelser og/eller ruslidelser. Kriminelle miljøer kan ha utgjort et viktig sosialt referansepunkt og mange ROP-pasienter har en svært tidlig debutalder når det gjelder misbruk av rusmidler (Primm, et al., 2000; Helseth, Samet, Johnsen, Bramness, & Waal, 2011). Mange av disse pasientene kan ha redusert evne til å opprettholde motivasjon for endring, ta i bruk nye mestringsstrategier eller nyttiggjøre seg av vanlige hjelpetiltak (Langås, 2014). Ved utskrivelse av pasienter med ruslidelser fra TSB i 2010 ble 11 prosent overført til en annen enhet. En fjerdedel resulterte i ny innleggelse, og halvparten av disse fant sted innen 45 dager. Forskjellen var liten mellom private og offentlige behandlingseinheter. Menn i aldersgruppen 18-29 år hadde i større grad mottatt tjenester fra psykisk helsevern, mens dette gjaldt aldersgruppen 18-22 år hos kvinner (Helsedirektoratet, 2010).

## Risikofaktorer for tilbakefall

Drop-out er svært vanlig, og noen hevder forekomsten kan være så høy som 50 prosent. I følge andre studier skjer halvparten av tilbakefall innen 21 dager etter avsluttet behandling. Drop-out fører til at pasientene ikke mottar behandlingen de trenger, og som oftest ikke mestrer å forbli rusfri. Lavere eksekutive funksjoner, ung alder, gjentatte reinnleggelser, lengre behandlingsforløp, manglende sysselsetting,



personlighetsforstyrrelse og alkohol- eller opiatavhengighet er faktorer som ansees å øke faren for drop-out (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013; Nordfjærn, 2011; McKellar, Kelly, Harris, & Moos, 2006; Cournoyer, Brochu, & Landry, 2007)<sup>13</sup>. Å fullføre et behandlingsopphold er imidlertid assosiert med avholdenhet, redusert kriminell aktivitet, færre tilbakefall og økt sysselsetting (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013; Nordfjærn, 2011; Gjersing L. R., 2011). Behandlingsalliansen, pasientens motivasjon og endringsmotstand har blitt fremhevet som viktige indikatorer for behandlingsprosessen og eventuell risiko for drop-out (Føyn & Shaygani, 2010; Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013; Cournoyer, Brochu, & Landry, 2007; McKellar, Kelly, Harris, & Moos, 2006). Alle utskrivelser fra døgntil behandling bør sørge for tilstrekkelig oppfølging for pasienten, fordi overgangen til et selvstendig og rusfritt liv utenfor institusjonen er en kritisk fase med tanke på tilbakefall og overdosefare (Helsedirektoratet, 2012; Nordfjærn, 2011).

### Helseforetakenes ansvar og oppgavefordeling

Rusreformen slår fast at TSB skal ha kompetanse til kartlegging og utredning av rusproblematikk, sosiale fungering, sosiale situasjon, samt fysiske og psykiske helsetilstand. Denne kompetansen skal omsettes til helsefaglig praksis innenfor rammene av et tverrfaglig spesialisert tilbud (Helsedepartementet, 2004; Helsedirektoratet, 2012; Biong & Ytrehus, 2012). I følge Langås (2014) ble TSB opprettet og godkjent som spesialisthelsetjeneste uten de nødvendige spesialiststillingene (Langås, 2014), men har allikevel hovedansvaret for gjennomføring av integrerte behandlingstiltak (Helsedirektoratet, 2014; Helsedirektoratet, 2012; Helsedirektoratet, 2012). I følge Biong & Ytrehus (2012) skulle dette følges opp med en ny TSB retningslinje (Biong & Ytrehus, 2012), men denne ble først publisert i 2016. Som strategi ovenfor den nyetablerte spesialisttjenesten har regjeringen prioritert kjøp av private behandlingssplasser fremfor opprustning av offentlige tilbud (Langås, 2014). Samtidig prioriteres opprustningen av kommunale tilbud ovenfor denne pasientgruppen i for liten grad. Blant annet bør det satses mer på forskning og kontinuerlig kvalitetsforbedring på

---

<sup>13</sup> McKellar et. al. (2006) beskriver det å droppe ut av behandling som en dynamisk prosess der interaksjonen mellom pasienten og behandlingsmiljøet reflekteres, og ikke som en statisk prosess som ensidig drives av pasienten (McKellar, Kelly, Harris, & Moos, 2006).

fagfeltet, dersom målsetningen er å skape et dekkende spesialisttilbud for ROP-pasienter (Langås, 2014; Biong & Ytrehus, 2012).

Langås hevder at så mange som 90 % av pasienter som mottar behandling i TSB, kan ha en eller fler samtidige psykiske lidelser (Langås, 2014). Samtidige utfordringer som sosial marginalisering og alvorlige fysiske plager forekommer også hyppig. En helhetlig og integrert behandling av denne pasientgruppen vil kreve en samtidig bredde- og dybdekunnskap (Helsedirektoratet, 2012; Biong & Ytrehus, 2012). Når fagfeltet mangler kvalifiserte fagpersoner og tilstrekkelig kompetanse, medfører dette et mangelfullt behandlingstilbud for ROP-pasienter. Så lenge tilbudenes organisering styres av helseforetakene og opprettholdes som separate systemer, må kvaliteten heves innenfor begge systemer. I 2008 hadde bare tjuen prosent av DPS ene i Norge fulgt opp anbefalinger om etablering eller tilknytning av egne tjenestetilbud for rusavhengige. (Langås, 2014; Landheim, Bakken, & Vaglum, 2002; Helsedirektoratet, 2014; Muusmann/AGENDA, 2008). Psykisk helsevern har ansvar for ROP-pasienter med alvorlige psykiske lidelser. For øvrig bør psykisk helsevern være i stand til raskt å kunne overta ansvaret for behandlingen av pasienter som mottar behandling innen TSB for å unngå unødige opphold og sikre helhetlig behandling. Når rusmiddelbruk, eller psykiske lidelser avdekkes i ordinær behandling bør det også finnes gode systemer for å adressere dette uten at eksisterende behandlingsrelasjoner brytes. Personer med en ROP-lidelse har krav på å møte en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet, uansett hvem som har ansvar for de enkelte deler av tjenestene (Helsedirektoratet, 2012).

En samdata analyse viser at 6 av 1000 voksne i Norge fikk behandling innen TSB i 2010, og utgjorde totalt seks prosent av alle som mottok behandling innen psykisk helsevern for voksne dette året. 36 prosent mottok døgnbehandling som utgjorde 80 prosent av ressursene i TSB, målt ved årsverk. 40 prosent av de som mottok døgnbehandling innen TSB dette året, mottok også tilbud fra psykisk helsevern samme år (Helsedirektoratet, 2010). Samtidig utgjør spesialisthelsetjenestens bidrag til ROP-pasienters rehabilitering, som regel bare en liten del av langt rehabiliteringsløp. Et skadereduksjonsperspektiv er derfor ofte mest hensiktsmessig og realistisk. ROP-retningslinjen poengterer at behandlingsmål skal være individuelle

og kan dreie seg om økt livskvalitet for noen, samt full symptomfrihet for andre (Helsedirektoratet, 2012). For lite oppmerksomhet rundt betydningen av individfokusering, og for store kunnskapshull blant helsepersonell om rusproblemer, kan føre til at problemene neglisjeres og ignoreres, og at gruppen dermed får en dårlig tilpasset helsetjeneste. Å tilby behandling for rus og avhengighetslidelser kan for eksempel defineres som; En planlagt og målrettet endringsprosess, som har til hensikt å redusere abstinens og/eller selve misbruket, motvirke eller redusere frekvens og alvorlighet ved tilbakefall og forbedre tilpassingsfunksjoner (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013).

### Utfordringene i "det terapeutiske rom"

For å forstå bruken av rusmidler er det viktig å forså gevinsten av det å ruse seg. Naturvitenskapen har ofte undervurdert forventningseffekten, eller den psykologiske avhengigheten til rusmidler. I et psykologisk og samfunnsvitenskapelig perspektiv er det nettopp forventningseffekten som er av hovedinteresse. Det vil si vår evne til å lære både gjennom egne og andres erfaringer, forståelser og fortolkninger (Bandura, 1997; Ajzen, 1991; Fishbein & Ajzen, 2010; Petty & Cacioppo, 1986). Ved innfrielse av forventningene knyttet til rusmiddellets effekt, oppnås forutsigbarhet og orden. I møte med personer med rusproblemer ser vi kanskje umiddelbart de negative konsekvensene av rusmiddelbruket, men det er samtidig viktig å huske at rusmiddelbruket også har positive konsekvenser for denne personen. Dersom vi ikke ser dette, tillegger vi personen en egenskap som tilsier at han aksepterer eller søker disse negative konsekvensene (Biong & Ytrehus, 2012, pp. 62-63; Brumoen, 2007). Negative holdninger kan resulterer i en "kjølig", distansert eller utilsiktet konfronterende tilnærming. For eksempel kan en belærende holdning være destruktivt ovenfor en pasient som allerede har et skadelidende selvilde. Det er altså viktig at terapeuter behersker forskjellen mellom det å ha følelser, og det å handle ut fra dem (Gabbard, 2005). For tidlig fokus på problemløsning eller rett-eller-gal tenkning er også eksempler på typiske fallgruver i det relasjonelle arbeidet (Miller & Rollnick, 2013).

Pasientens forsvarsmekanismer er nødvendige for å beskytte mot negative sosiale erfaringer. Hendelser i livet kan imidlertid føre til generaliseringer, som gjør at

forsvarsmekanismene står i veien for konstruktive relasjonsdannelser. Dette kan føre til at helsepersonell blir containere for projiseringer, og følelsene som relateres til dem<sup>14</sup>. Det er da viktig å forstå pasientens indre prosesser, heller en å falle for fristelsen til å automatisk respondere på pasientens atferd. Samtidig er også overføring og motoverføringsproblematikk<sup>15 16</sup> noe som ofte oppstår i det terapeutiske arbeidet ovenfor pasienter med ROP-lidelser. Pasientens endringsmotstand bør ikke sensureres, men heller gjøres til gjenstand for å inkludere pasienten i tolkningsarbeidet av den<sup>17</sup> (Gabbard, 2005). Hensikten med å forholde seg til pasientens ulike forsvarsmekanismer er å hjelpe pasienten til å skille mellom situasjoner hvor forsvaret er hensiktsmessig, og når det kan være trygt nok til å slippe forsvaret. Greenson (1967; i Hill & O'Brien, 1999 p. 191) definerte konfrontasjon som en demonstrasjon til pasienten av motstanden som han eller hun fremviser i forhold til behandlingen. Han hevdet at pasientens forsvarsmekanismer bare kunne bearbeides terapeutisk dersom det var tilgjengelig for pasientens bevissthet. Han mente imidlertid at konfrontasjon ville være destruktivt dersom pasienten ikke var klar for å bli konfrontert. I slike tilfeller skulle heller terapeuten forbli taust observerende og tillate motstanden å vokse. Dette gjorde at terapeuten kunne samle kliniske beviser på atferden som indikerte motstand (Hill & O'Brien, 1999). Støttegrupper (encounter groups) var mye brukt, men medlemmer var ofte svært konfronterende, og forsøkte å bryte ned medlemmers forsvar uten å være støttende, forståelsesfulle, eller forsøke å ivareta dem etterpå. Studier viste også at gruppeledere som hadde en autoritær leder stil, var utålmodige og insisterende, hadde negative resultater og faktisk forårsaket dødsfall (Yalom & Liberman, 1971; i Hill & O'Brien, 1999).

Rønnestad og von der Lippe (2009) beskriver samspillet mellom terapeut og pasient som en kompleks, men betydningsfull prosess hvor mening kontinuerlig skapes. De påpekte også betydningen av strukturelle forhold, samt pasienten og terapeutens innstilling og engasjement (Rønnestad & von der Lippe, Det kliniske intervuet, 2009). Når jeg endret tema til å omhandle holdninger fant jeg mye av de samme egenskapene

---

<sup>14</sup> Projeksjon forstås som pasientens respons på uakseptable indre impulser, som om de var utløst av en hendelse/opplevelse i situasjonen/relasjonen (Gabbard, 2005; Føyn & Shaygani, 2010).

<sup>15</sup> Overføring: Repetisjon av pasientens tidligere erfaringer med gamle objekt representasjoner på den ene siden, og en søken etter et nye objekt identifiseringer, eller identifiseringer av selv-objekter som oppleves reparerende eller korrigerende på den andre siden (Gabbard, 2005).

<sup>16</sup> Motoverføring: Pasienten gjør eller sier noe som treffer et konfliktfylt tema hos terapeuten. Situasjonene kan ofte føles tvingende (begrenset handlingsrom) fordi terapeuten som regel opplever begrenset frihet til å være noe annet enn det pasienten ønsker (Nerdrum, 2011).

<sup>17</sup> Motstand handler om pasientens karakteristiske forsvarsverk i den terapeutiske situasjonen (Gabbard, 2005).

igjen i en serie av holdningsstudier utført for å måle ansattes holdninger til arbeid med pasienter med alkohol og ruslidelser. Disse studiene tok utgangspunkt i en modell og spørreskjema utviklet av Cartwright og medarbeidere (1980), hvor målet nettopp var å undersøke bestanddelene i terapeutisk engasjement (Watson, Maclaren, & Kerr, 2006; Cartwright, 1980). Bakgrunnen for dette arbeidet var at The Maudsley Alcohol Pilot Project i London på 70-tallet førte til en desentralisering av spesialiserte tjenester, og en samtidig utvidelse av pasientgrunnet for alkoholomsorgen. Endringene førte til et betydelig behov for kvalifisert helsepersonell, men de nyopprettede tilbudene opplevde rekrutteringsproblemer som ble antatt å skyldes helsepersonells negative holdninger til alkoholavhengige (Cartwright, 1980).

Cartwright (1980) undersøkelser viste at medarbeideres opplevelse av støtte, samt deres erfaring var de eneste uavhengige variablene som bidro til bedre holdninger ovenfor pasienter med alkoholavhengighet (Cartwright, 1980; Watson, Maclaren, & Kerr, 2006). Lightfoot & Orford (1986) antok senere at manglende trygghet hos helsepersonell skapte en negativ spiral av usikkerhet, selvbeskyttende holdninger, unngåelse av kjerneproblemer, og overforbruk av viderehenvisninger som unngåelsesstrategi. De la derfor til en dimensjon som fanget opp kontekstuelle variasjoner til Cartwrights (1980) studie, og fant at respondentenes arbeidsmengde begrenset graden av involvering ovenfor pasientene. Dette påvirket også deres holdninger negativt (Lightfoot & Orford, 1986). Albery et al. (2003) fortsatte arbeidet og laget en modell for hva som påvirket medarbeidere som jobbet med rus og avhengighetsproblematikk sitt terapeutiske engasjement. Denne studien konkluderte med at medarbeidere som følte seg trygge i rollen, opplevde mindre situasjonsbetingede begrensninger, opplevde flere nyttige erfaringer og høyere grad av støtte i arbeidet, hadde større grad av terapeutisk engasjement ovenfor pasientene. (Albery, et al., 2003).

Figur 3: Beskrivelse av hypotetisk sammenheng mellom terapeutisk holdning og begrensende miljøfaktorer: (Albery, et al., 2003)

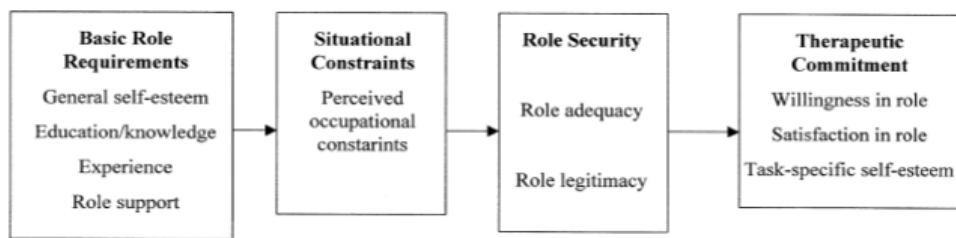


Fig. 1. Hypothesised model of therapeutic attitude and situational constraints.

Figur 4: Path analyse av terapeutisk engasjement og miljømessige begrensninger (Albery, et al., 2003)

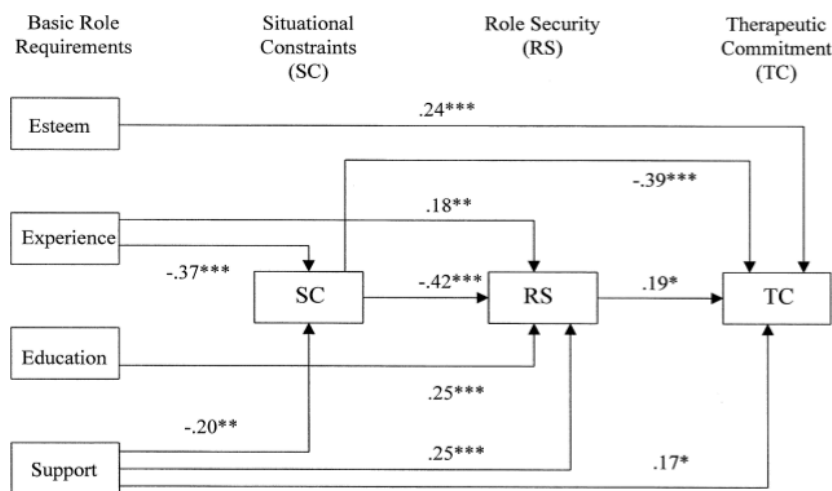


Fig. 2. Path analysis for combined therapeutic commitment and situational constraints model.

En omfattende internasjonal undersøkelse på vegne av verdens helseorganisasjon undersøkte hva som skulle til for å øke allmennpraktiserende legers involvering ovenfor pasienter med alkoholavhengighet. Norge var inkludert i dette studiet sammen med åtte andre land. Studien konkluderte med at opplevelsen av støtte i arbeidsmiljøet sammen med kompetansehevende tiltak bidro til å øke fastlegenes involvering ovenfor denne pasientgruppen (Anderson, et al., 2003)<sup>18</sup>. En relativt ny norsk undersøkelse peker på at helsepersonell har andre forståelsesrammer for rus og avhengighetsproblematikk<sup>19</sup>, enn det pasienter og utenforstående har. Dette kan påvirke pasienters motivasjon for behandling, samt bidra til at pasienter ikke føler seg forstått eller anerkjent (Vederhus, Clausen, & Humphreys, 2016).

<sup>18</sup> Denne studien ble imidlertid ikke kjent for meg, før etter datainnsamlingen. Dersom den hadde vært kjent for meg på et tidligere tidspunkt ville jeg trolig undersøkt muligheter for å benytte dette spørreskjemaet i min studie.

<sup>19</sup> Den biopsykososiale behandlingsmodellen står sterkt i dagens rusbehandling i Norge (Biong & Ytrehus, 2012).

## Metode

Litteratursøk ble innledningsvis utført i søkemotorer som Bibsys, Google Scholar, McMaster og Cochrane Library med strenger av følgende på norsk og engelsk: Holdning(er), terapeutisk engasjement, terapeut, helsepersonell, ansatt(e), kunnskap/kompetanse, mestringstro/mestringstillit/selvtillit, avhengighet, misbruk, komorbiditet/samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. I det senere arbeidet har jeg benyttet ”snøballmetoden” ved at jeg mer målrettet søkte etter litteratur og fagartikler i ulike søkemotorer, for deretter å danne meg en mening om relevans. Dette er for eksempel gjort ved gjennomgang av litteraturlisten til tidligere inkluderte fagartikler.

## Design

Utgangspunktet for design av studien var at omfanget skulle være håndterbart. Samtidig var det et mål å gjennomføre en kvantitativ undersøkelse som skulle presenteres i artikkelform. Det var utfordrende å finne gode validerte og reliabilitetstestede spørreskjemaer på norsk, innenfor dette området. Litteratursøk resulterte med i at jeg tok utgangspunkt i de tre spørreskjemaene slik de presenteres i artikkelen. Med hensyn til relevans og anvendelighet ble de tre skjemaene slått sammen til ett spørreskjema.

### Utvikling av spørreskjema

Måling av holdninger har lang tradisjon innen flere fagfelt. Holdningsskalaer designes hovedsakelig som spørreskjemaer med hensikt å gi valide og presise mål på en persons holdninger. Studier gjennomføres oftest i form av selvrapportering. Likert-skala er ansees å være relativt pålitelig og bygges etter prinsippet om graderinger av dimensjonen enig-uenig, fra det ene ekstreme valget til det andre (Fishbein & Ajzen, 2010; Ajzen, 1991; Petty & Cacioppo, 1986; Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2004; Johannessen, 2009).

Tabell 11: Eksempel på mal for fem punkt Likert-skala

Uttalelse	Veldig ufavorisert	Ufavorisert	Nøytralt/ikke i stand til å vurdere	Favorisert	Veldig favorisert
1.	1	2	3	4	5
2.	1	2	3	4	5
3.	1	2	3	4	5

Skalaene som ble brukt i denne studien var godt merket (se vedlegg), for å unngå at deltakerne fikk problemer med å tolke retningen for skaleringen av svarene. Ordet ”svært” ble brukt for å markere skalaenes ekstreme ytterpunkter, og skalaen ble holdt unipolar ved at alle svaralternativer gikk fra svært uenig på den ene siden av skalaen, til svært enig på den andre siden. Oddetallskalaer ble brukt for å gi deltakerne mulighet til å svare nøytralt.

Tabell 12: Originale nøkkelord som ble byttet ut til denne studien grunnet kontekstuell tilpasning av spørreskjema

LAR Behandleren	<b>Døgn/behandling</b> (betydning: Døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten)
LAR-tiltakene Tiltaket Rustiltaket	<b>Døgn/seksjonen</b> (betydning: enheten som utfører behandling av pasientene)
LAR-pasienter Opiatavhengige Rusavhengige ”Personer med omfattende bruk av rusmidler” Pasienter Pasienter med rusproblemer	<b>Pasienter/ med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse</b>
Opioider Heroin LAR-medikamenter	<b>Rusmidler</b> (betydning: alle former inkl. illegale, alkohol og reseptbelagte A og B preparater)
Opiat og sprøytemisbruk Omfattende rusmiddelbruk ”omfattende bruk av rusmidler”	<b>Rusavhengighet</b> (betydning: diagnostisk verdi)

Ordvalg, kontekst og format i spørreskjemaet har stor betydning fordi det vil påvirke svarene. I Tabell 2 (tabell 1 i artikkelen) har jeg presentert ”nøkkelord” som ble byttet ut fra de originale spørreskjemaene. Dette ble gjort for å øke sannsynligheten for at studiens deltakere ville oppleve påstandene som relevante. Samtidig ble det forsøkt å gjøre så små endringer som mulig for å bevare de originale skjemaenes validitet og reliabilitet i størst mulig grad (Johannessen, 2009; Fishbein & Ajzen, 2010; Karlsson, 2011). Første side av spørreskjemaet besto av en informasjonsside hvor deltakerne



fikk kortfattet og presis informasjon om meg, om hvem som var invitert til å delta i undersøkelsen, hva undersøkelsen handlet om, om etiske og juridiske forhold ved deltakelse, samt praktisk informasjon om utfylling av skjema. Fordi denne studien var anonym og ikke benyttet noen form for koding av besvarelsene, var det viktig å sikre best mulig nyansert bakgrunnsinformasjon i forkant. Den andre siden besto derfor av spørsmål om bakgrunnsvariabler som dato, arbeidssted, kjønn, alder, høyeste fullførte utdanning, yrkesgruppe, varighet på nåværende arbeidsplass, stillingsprosent og varighet innen fagområdet. Bakgrunnsvariabler ble innhentet fordi andre studier har vist at slike variabler kan påvirke holdningsforskjeller (Cartwright, 1980; Lightfoot & Orford, 1986; Aarons, Cafri, Lugo, & Sawitzky, 2010; Primm, et al., 2000). De neste to sidene besto av inkluderte påstander fra de tre spørreskjemaene *CHS Methadone Maintenance Staff Attitudes Questionnaire*, *The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS)* og *Behandleres syn på rusproblemer* (Gjersing L. R., 2011; Aarons G. A., 2004; Johansen & Aalo, 2013; Øvreness & Bøgwald, 2007). For å unngå at denne studiens spørreskjema ble for omfattende og opplevdes som lite relevant for målgruppen, ble påstander som var for områdespesifikke fra de originale spørreskjemaene ekskludert<sup>20</sup>. Et eksempel på ekskludere påstander kan være ”Metadon er farligere for fosteret en heroin”. Slike påstander ville trolig ikke være meningsbærende for deltakerne i denne studien<sup>21</sup>.

Tabell 13: Inkluderte påstander fra Gjersing (2010; 2011), organisert under originale sub-skalaer (Gjersing L. R., 2011)

<i>Abstinence-orientation</i>	<i>Knowledge of risk and benefits</i>	<i>Compliance</i>	<i>Accessibility</i>
Avholdenhet fra alle rusmidler bør være hovedformålet med døgntillegget	Døgntillegget reduserer dødsrisiko for pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse	Dersom gjentatte advarsler om bruk av rusmidler ignoreres bør pasienten skrives ut av døgntillegget	Det er uetisk å nekte personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse døgntillegget
Behandlingen bør ikke tidsbegrenses	Pasienter i behandling reduserer sin kriminelle aktivitet	Dersom gjentatte advarsler om ikke-forskrevet bruk av benzodiazepiner ignoreres, bør pasienten skrives ut av døgntillegget	Hovedformålet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling er å redusere skadevirkningene av rusavhengighet
Det er uetisk å behandle pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse i behandling på ubestemt tid	Substitusjonsbehandling med metadon reduserer pasientens heroinbruk	Dersom gjentatte advarsler om bruk av cannabis ignoreres, bør pasienten skrives ut av døgntillegget	Alt for mange pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser skrives (ufrivillig) ut av behandling

<sup>20</sup> CHS Methadone Maintenance Staff Attitudes Questionnaire er oversatt av Gjersing (2011) og gitt det norske navnet ”holdninger til og kunnskap om LAR” (Gjersing L. R., 2011). Fra dette spørreskjemaet ble 20 av 37 påstander inkludert.

<sup>21</sup> Gjersing (2010) gjorde ytterligere endringer fra det originale spørreskjemaet. Derfor ble totalt ni av påstandene fra det originale spørreskjemaet inkludert i denne studien (Gjersing, Caplehorn, & Clausen, 2010).

Behandlingens viktigste oppgave er å forberede pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser på en medikamentfri tilværelse	Pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser er ikke til å stole på	De fleste pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser vil ruse seg hvis sjansen for å bli oppdaget er minimal	Noen pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse burde aldri fått tilbud om døgnbehandling fordi de er for dårlig fungerende
Konfrontasjon er nødvendig i behandling av pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser		Pasienter med vedvarende rusing og dårlig fungering bør skrives ut av døgnbehandling	Seksjonen, der jeg jobber, gir det beste tilbudet av alle døgnseksjonene (til den aktuelle pasientgruppen)
		Det er uetisk å skrive ut pasienter fra døgnbehandling på grunn av vedvarende rusing og dårlig fungering	

Fra spørreskjemaet EBPAS ble tredje og fjerde sub-skala inkludert fra den norske oversatte versjonen av EBPAS-50. Årsaken til dette var at disse sub-skalaene hadde de mest generelle formuleringene, og kunne derfor tilpasses denne studiens kontekst uten endringer fra den opprinnelige oversettelsen. Totalt utgjorde dette åtte inkluderte påstander som vist i tabell 4. De utgjør til sammen 8 påstander (Aarons G., 2004; Aarons, Cafri, Lugo, & Sawitzky, 2010; Johansen & Aalo, 2013)

*Tabell 14: Inkluderte påstander fra Heimdals oversatte versjon av EBPAS-50 (Johansen & Aalo, 2013)*

<i>Openness to EBP</i>	<i>Divergence to EBP</i>
Jeg liker å ta i bruk nye terapier/intervensjoner for å hjelpe pasientene mine	Jeg vet bedre enn forskere hvordan jeg skal ta meg av pasientene mine
Jeg er villig til å prøve nye terapier/intervensjoner selv om jeg da må følge en behandlingsmanual	Forskningsbaserte behandlinger/intervensjoner er ikke klinisk nyttige
Jeg er villig til å bruke nye og forskjellige terapier/intervensjoner som er utviklet av forskere	Klinisk erfaring er viktigere enn bruk av manualbasert terapi/behandling
Jeg vil prøve en ny terapi/intervensjon selv om den er svært forskjellig fra hva jeg er vant til å gjøre	Jeg ønsker ikke å bruke manualbaserte terapier/intervensjoner

Øvreness og Bøgwald (2007) brukte 41 utsagn fordelt på 7 faktorkategorier, fordelt på en 9 punkt Likert-skala. Fordi denne studien inneholdt påstander som jeg anså som spesielt relevant ble ni påstander valgt som supplement til de inkluderte påstandene beskrevet ovenfor. Den opprinnelige fordelingen på en ni punkt Likert-skala ble bevart (Øvreness & Bøgwald, 2007).

Tabell 15: Inkluderte påstander fra Øvreness & Bøgwald (2007) utvalgt basert på relevans

Jeg føler meg hjelpeløs når pasienter har rusavhengighet
Pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser er ikke ansvarlige for at problemet oppsto
Det nytter ikke å behandle rusavhengighet
Metoder i arbeid med rusproblemer er forskjellige fra metoder som brukes i arbeid med psykiske problemer
Det er meningsfullt for meg å arbeide med pasienter som har rusavhengighet
Bortsett fra avrussnings- og nedtrappingsregimer, er fokus for behandlingen lik i psykisk helsevern og i institusjoner for rusmiddelproblemer
Pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser blir ofte bedre med behandling
Et pågående rusmiddelproblem må behandles av spesialister på rusmiddelproblemer
Rusmiddelproblemer og psykiske problemer er to sider av samme sak

## Undersøkelsens utvalg og deltakere

Prosjektets mål var å sammenligne TSB og DPS basert på ansattes besvarelse av ulike holdningsvariabler. Videre var planen for prosjektet at det skulle gjennomføres innenfor Vestre Viken HF. Av praktiske hensyn valgte jeg å ekskludere to av fem DPS er i klinikken. Av hensyn til likhet i utvalget ble også klinikkens spesialiserte døgnsesjoner innenfor psykisk helsevern ekskludert, mens avgiftningsseksjonene innen TSB ble inkludert. Samtlige helsepersonell innenfor de inkluderte seksjonene som jobbet pasientrettet og hadde en stillingsprosent på 50 % eller mer, ble invitert til å delta. Eksklusjonskriteriene for potensielle deltakere ble hovedsakelig satt for å øke sannsynligheten for at deltakerne hadde personlige erfaringer relatert til påstandene. Dette var viktig for å kunne anta at deltakelse virket meningsfullt, og at deltakerne faktisk hadde målbare holdningstendenser knyttet til enkeltpåstandene (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2004; Johannessen, 2009). Beregning av utvalgets potensielle størrelse ble ikke utført i forkant av datainnsamlingen. Denne informasjonen ble innhentet gjennom dialog med seksjonsledere eller merkantile personer etter endt datainnsamlingsperiode.

## Metodekritikk

Surveyundersøkelser er ikke spesielt egnet for å studere en sammensatt og kompleks meningsverden og dersom enkeltformuleringer av påstander kan oppleves endimensjonale. Dersom påstandene ikke er presist nok formulert, skapes rom for misforståelser og feiltolkninger. Dersom påstandene ikke er godt nok tilpasset konteksten og deltakernes bakgrunn, vil undersøkelsen trolig ikke oppleves

meningsfull for deltakerne<sup>22</sup>. Ordvalg, kontekst og format har derfor stor betydning, og vil påvirke resultatet av undersøkelsen. Mennesker har et naturlig ønske om å fremstå som sosialt veltilpassede. Tabuemner og psykologiske fenomener som frykt, selvavløring og/eller redsel for avvisning kan føre til at deltakernes besvarelser justeres i retning av det som er sosialt akseptert. Ved å formulere meningsinnholdet i påstanden på flere måter, eller skifte mellom positive og negative formuleringer kan denne typen bias imidlertid begrenses<sup>23</sup> (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2004).

Kvantitative undersøkelser søker harde data gjennom statistiske analyser basert på et relativt stort antall enheter (deltakere). Beskjedne mengder feilkilder vil derfor ikke gi store utslag på resultatene. Min hensikt var samtidig å sammenligne holdninger innenfor to systemer mer relative likhetstrekk. Fordi jeg brukte logistisk regresjon som statistisk metode og sammenlignet holdninger på gruppenivå, unngikk jeg at deltakere ikke kjente seg igjen i sin totalskåre. Det er imidlertid ikke utført noen deltakende observasjon eller andre metoder for å undersøke om denne tverrsnittstudien resulterer i et representativt bilde av virkeligheten. Derfor kan det godt tenkes at enkeltpersoner ikke kjenner seg igjen i sin enhets holdningstendenser, og at andre faktorer fører til at resultatene gir et feilaktig bilde av virkeligheten. Ulik svarprosent for DPS og TSB kan skyldes at jeg som initiativtaker var tilstede og snakket direkte til ansatte innen TSB, mens dette ikke ble gjort på samme måte innen DPS. Hos to seksjoner i TSB ble det satt av tid til presentasjon av studien i personalmøte/personaldag, og tilstedeværende fylte ut spørreskjema umiddelbart etterpå. Dette var ikke mulig i DPS sine seksjoner fordi slike møtepunkter manglet. Min kontakt med DPS seksjonene gikk derfor gjennom ledelsen. Avdelingssykepleier eller fagutvikler fikk ansvaret for å videreformidle informasjon til de øvrige ansatte (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2004; Johannessen, 2009).

## Etiske vurderinger

Prosjektet og utvalgets begrensede størrelse medførte at besvarelser i forhold til demografiske variabler kunne bli transparent. For å ivareta løfte om respondentenes

---

<sup>22</sup> En undersøkelse om skismøring vil trolig kreve et annet innhold for å oppleves meningsfullt ovenfor langrennslandslaget, sammenlignet med en tilfeldig person på søndagstur.

<sup>23</sup> I vedlegg: Frekvensanalyser viser tydelig retning og intensitet som indikerer at Likert-skalaen er satt opp på riktig måte og at formuleringene i påstandene er presise nok.

anonymitet, ble ikke sammenligninger som kunne avdekket enkeltrespondenters holdninger utført<sup>24</sup>. Ingen sporbare opplysninger, merking eller koding ble benyttet under undersøkelsen. Ferdig utfylt og levert spørreskjema ble ansett som samtykke til deltakelse. Dette medførte imidlertid at deltakerne hadde begrensede muligheter til å trekke sin deltakelse i etterkant. Det var imidlertid ingen deltakere som forsøkte å opprette kontakt med meg i etterkant, selv om deltakerne hadde mulighet til dette per e-post, telefon eller via sin leder. Forenklet søknad om intern godkjenning for prosjektet ble levert i Mai 2015, med plan om innsamling av data i løpet av Juni. Det ble imidlertid vurdert at studiet trengte godkjenning fra helseforetakets personvernombud, og studien ble innvilget uten endringer der i midten av Juni 2015. Endelig godkjenning for gjennomføring av datainnsamling i klinikken forelå i september 2015. Berørte avdelingssjefer ble da kontaktet for godkjenning av datainnsamling i deres avdelinger. Etter godkjenning fra avdelingssjefer ble seksjonsledere kontaktet og datainnsamling ble gjennomført i oktober – november 2015 (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2004).

---

<sup>24</sup> For eksempel kunne sammenligning av leger innenfor DPS og TSB medført at enkeltpersoners besvarelser ville bli synlig i resultatene.

## Litteraturliste

- Adams, M. W. (2008). Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of workers' reported attitudes and perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*(15), ss. 101-108.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*(50), ss. 179-211.
- Albery, I. P., Heuston, J., Ward, J., Groves, P., Durand, M. A., Gossop, M., & Stang, J. (2003). Measuring therapeutic attitude among drug workers. (I. P. Albery, Red.) *Addictive Behaviours*(28), ss. 995-1005. Hentet fra Science Direct: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)
- Amble, I., Gude, T., Stubdal, S., Oktedalen, T., Skjørten, A.-M., Just, B. A., . . . Wampold, B. E. (2013). Psychometric properties of the Outcome Questionnaire-45.2: The Norwegian version in an international context. (I. Amble, Red.) *Psychotherapy Research*.
- Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Wensing, M., Grol, R., Heather, N., & Saunders, J. (2003, Juli 28). Attitudes and Management of Alcohol problems in general practice: Descriptive Analysis based on Findings of A World Health Organization International Collaborative Survey. (P. Anderson, Red.) *Alcohol & Alcoholism*, 38(6), ss. 597-601.
- Aarons, A. G., Green, E. A., & Miller, E. (2012). Reasearching Readiness for Implementation of Evidence-Based Practice: A Comprehensive Review of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). I B. Kelly, & D. F. Perkins, *Handbook of Implementation Science for Psychology in Education* (Vol. I, ss. 150-160). New York, New York, USA: Cambridge University Press.
- Aarons, G. A. (2004, Juni). Mental Health Provider Attitudes Toward Adoption of Evidence-Based Practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale. (G. A. Aarons, Red.) *NIH Public Access*, 6(2), ss. 61-74.
- Aarons, G. A., Cafri, G., Lugo, L., & Sawitzky, A. (2010, July 7). Expanding the Domains of Attitudes Towards Evidence-Based Practice: The Evidence Based Practice Attitude Scale-50. (G. A. Aarons, Red.) *Adm. Policy Ment. Health*, ss. 331-340.

- Asheim, I. (1997). *Hva betyr holdninger? Studier i dydsetikk*. (I. Asheim, Red.) Norge: Tano Aschehoug.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. (C. Hastings, Red.) New York, United State of America: W.H. Freeman and Company.
- Bem, D. J. (1967). Self-Perception: An Alternative interpretation of Cognitive Dissonance Phenomena. (D. J. Bem, Red.) *Psychological Review*(74), ss. 183-200.
- Biong, S., & Ytrehus, S. (2012). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (S. Ytrehus, Red.) Oslo, Østlandet, Norge: Akribe AS.
- Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out form addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*(33), ss. 1010-1024.
- Brumoen, H. (2007). *Vanen, viljen og valget: En psykologibok om avhengighet og mestringsstillit*. Oslo, Norge: Gyldendal Akademisk - Forlag.
- Carey, K. B., Purnine, D. M., Maisto, S. A., Carey, M. P., & Simons, J. S. (2000). Treating substance abuse in the context of severe and persistent mental illness: Clinicians' perspectives. (K. B. Carey, Red.) *Journal of Substance Abuse Treatment*(19), ss. 189-198.
- Cartwright, A. K. (1980). The attitudes of Helping Agents Towards the Alcoholic Client: The Influence of Experience, Support, Training, and Self-Esteem. (A. K. Cartwright, Red.) *British Journal of Addiction*.
- Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Botelho, M. A., Scott, A., Staniulienė, V., & Zanotti, R. (2010). Nurses' attitudes to mental illness: a comparison of a sample of nurses from five European countries. (M. Chambers, Red.) *International Journal of Nursing Studies*(47), ss. 350-362.
- Cleary, M., Hunt, G. E., Matheson, S. L., Siegfried, N., & Walter, G. (2010, Mars 1-16). Psykososial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. (M. Cleary, Red.) *The Cochrane Collaboration*, 2(3).
- Cournoyer, L.-G., Brochu, S., & Landry, M. &. (2007). Therapeutic alliance, patient behavior and drop out in a drug rehabilitation programme: the effect of clinical subpopulations. *Addiction*(102), ss. 1960-1970.

- Dahle, K. A., & Iversen, H. H. (2011). *Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling?* Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo: Kunnskapssenteret.
- Ekendahl, M. (2011, Mai 18). Socialtjänst och missbrukarvård: bot eller lindring? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*(28), ss. 297-319.
- Føyn, P., & Shaygani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo, Østlandet, Norge: Universitetsforlaget.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance* (3. utgave. utg., Vol. 9). (L. Festinger, Red.) Stanford, California, USA: Stanford University Press.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting And Changing Behaviour: The Reasoned Action Approach*. (M. Fishbein, Red.) New York, USA: Taylor & Francis Group.
- Ford, R., Bammer, G., & Becker, N. (2008). The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implicatons for workforce development. (R. Ford, Red.) *Journal of Clinical Nursing*(17), ss. 2452-2462.
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic Psychiatry: In Clinical Practice*. (G. O. Gabbard, Red.) Arlington, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gjersing, L. R. (2011). *Staff attitudes towards opioid maintenance treatment (OMT) and the associations with treatment*. University of Oslo, Institute of Clinical Medicine. Oslo: SERAF - Norwegian Centre for Addiciton Research.
- Gjersing, L., Caplehorn, J. R., & Clausen, T. (2010, 10 13). Cross-cultural adaption of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*.
- Gjersing, L., Waal, H., Caplehorn, J. R., Gossop, M., & Clausen, T. (2010). Staff attitudes and the associations with treatment organisation, clinical practices and outcome in opioid maintenance treatment. (L. Gjersing, Red.) *BMC Health Services Research*(10), s. 194.
- Gossop, M., Stewart, D., & Marsden, J. (2006, September 11). Readiness for change and drug use outcome after treatment. (M. Gossop, Red.) *Addiction*(102), ss. 301-308.



- Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Det Kongelige Helsedepartement. Oslo: Helsedepartementet.
- Hesledirektoratet. (2010). *Pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Helseledirektoratet, Økonomi og analyse. Trondheim: Helseledirektoratet.
- Hesledirektoratet. (2012). *National faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av presoner med samtidig rus - og psykisk lidelse - ROP lidelser*. Helseledirektoratet, Avdeling for psykisk helsevern og rus. Oslo: Helseledirektoratet.
- Hesledirektoratet. (2012). *Prioriteringsveileder: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Helseledirektoratet, Avdeling for kvalitet og prioritering. Oslo: Helseledirektoratet.
- Hesledirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Helseledirektoratet, Avdeling psykisk helse og rus. Oslo: Helseledirektoratet.
- Helseth, V., Samet, S., Johnsen, J., Bramness, J. G., & Waal, H. (2011). Feasibility of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) in an acute psychiatric ward. (V. Helseth, Red.) *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 0(0), ss. 1-9.
- Hill, C. E., & O'Brien, K. M. (1999). *Helping Skills: Facilitating Exploration, Insight, and Action*. Washington D.C, US: American Psychological Association.
- Howe, D. (2013). *Empathy: What it is and why it matters*. (D. Howe, Red.) Houndmills, Basingstoke, Hampshire, Storbritania: Palgrave Macmillan.
- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Sitharthan, T., & Cleary, M. (2013, Januar 15). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review). (G. E. Hunt, Red.) *The Cochrane Collaboration*(10), ss. 1-3.
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS* (4. utgave. utg.). Oslo, Østlandet, Norge: abstrakt forlag.

- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2004). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg.). Oslo, Østlandet, Norge: Abstrakt forlag.
- Johansen, I. H., & Aalo, N. M. (2013). *Behandlers holdninger til evidensbasert praksis: En studie av EBPAS-50 i et BUP-utvalg*. Universitetet i Tromsø, Institutt for Psykologi, Det helsevitenskapelige Fakultet. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Karlsson, P. (2011). Between a rock and a whirlpool? Measurement problems in assessing risk perceptions of illicit drug use. (P. Karlsson, Red.) *Nordic studies on alcohol and drugs*(28), ss. 149-157.
- Knapp, P. W., Soares, B., Farrell, M., & Lima, M. S. (2008, Juli). Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *The Cochrane Library*(3).
- Landheim, A. S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer: Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. (A. S. Landheim, Red.) *Norsk Epidemiologi*(12), ss. 309-318.
- Langås, A.-M. (2014). Komorbide lidelser ved rusmiddelavhengighet må behandles. (A.-M. Langås, Red.) *Tidsskrift for Den Norske legeforening*(9), s. 134.
- Lightfoot, P. J., & Orford, J. (1986). Helping Agents' Attitudes Towards Alcohol-related Problems: situations vacant? A test and elaboration of a model. (P. J. Lightfoot, Red.) *British Journal of Addiction*(81), ss. 749-756.
- Lilleeng, S. (2011). *Behandlingstilbud til pasienter i TSB*. Helsedirektoratet, Økonomi og analyse. Oslo: Helsedirektoratet.
- Lossius, K. (2011). *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (K. Lossius, Red.) Oslo, Østlandet, Norge: Gyldendal Norsk Forlag.
- Maslin, J., Graham, H. L., Cawley, M., Copello, A., Brichwood, M., Georgiou, G., . . . Orford, J. (2001). Combined severe mental health and substance use problems: What are the training and support needs of staff working with this client group. (J. Maslin, Red.) *Journal of Mental Health*, 10(2), ss. 131-140.

- McKellar, J., Kelly, J., Harris, A., & Moos, R. (2006). Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 2006(31), ss. 450-460.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3. utgave. utg.). New York, New York, USA: The Guilford Press.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. (L. Linderoth, Red., & T. M. Andersen, Overs.) Oslo, Østlandet, Norge: Universitetsforlaget.
- Muusmann/AGENDA. (2008). *Kartlegging av de Distriktpsykiatriske sentrene i Norge 2008*. Muusmann Research & Consulting AS & AGENDA Utredning & Utvikling AS, Muusmann Research & Consulting AS & AGENDA Utredning & Utvikling AS. Oslo: AGENDA Utredning og Utvikling AS.
- Natan, M. B., Beyil, V., & Neta, O. (2009). Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action. (M. B. Natan, Red.) *International Journal of Nursing Practice*(15), ss. 566-573.
- Nerdrum, P. (2011). Om empati. I A. L. von der Lippe, M. H. Rønnestad, & M. H. Rønnestad (Red.), *Det kliniske intervjuet: Bind II - Praksis med ulike klientgrupper* (2. utgave. utg., s. 20). Oslo, Østlandet, Norge: Gyldendal Akadenisk.
- Nordfjærn, T. (2011). Risikofaktorer ved tilbakefall etter rusbehandling. (J. H. Rørvig, Red.) *Rusfag*(1).
- Ogden, T. (2012). *Evidensbasert metode i arbeidet med barn og unge*. Oslo, Østlandet, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1986). The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. *Advances in Experimental Social Psychology*(19), ss. 124-181.
- Primm, A. B., Gomez, M. B., Tozolova-Iontchev, I., Perry, W., Wu Thi, H., & Crum, R. M. (2000). Mental health versus substance abuse treatment programs for dually diagnosed patients. *Journal Of Substance Abuse Treatment*(19), ss. 285-290.

- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), ss. 444-454.
- Rønnestad, M. H., & von der Lippe, A. L. (2009). Forskningens bidrag til kunnskap om psykoterapi. I M. H. Rønnestad, A. L. von der Lippe, & A. L. von der Lippe (Red.), *Det kliniske intervjuet* (ss. 13-27). Oslo, Østlandet, Norge: Gyldendal Akademisk.
- Roche, M., Duffield, C., & White, E. (2011). Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*(48), ss. 1475-1486.
- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. (C. R. Rogers, Red.) *Journal of Consulting Psychology*(Vol 21), ss. 95-103.
- Safran, J. D., & Muran, C. J. (1996). The Resolution of Ruptures in the Therapeutic Alliance. (J. D. Safran, Red.) *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), ss. 447-458.
- Safran, J. D., Muran, C. J., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. (J. D. Safran, Red.) *Psychotherapy*, 48(1), ss. 80-87.
- Strupp, H. H. (1996). Some salient lessons from reaserch and practice. (H. H. Strupp, Red.) *Psychotherapy: Theory, Reasearch, Practice, Training*, ss. 135-138.
- Svartdal, F. (2004). *Psykologi: En introduksjon* (Vol. 4). (F. Svartdal, Red.) Oslo, Østlandet, Norge: Gyldendal Akademisk AS.
- Tufte, P. A. (2000). En intuitiv innføring i logistisk regresjon. *En intuitiv innføring i logistisk regresjon*, 7-77. (P. A. Tufte, Red.) Oslo, Østlandet, Norge: Statens institutt for forbruksforskning - SIFO.
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013, Mars 13). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. (L. C. van Boekel, Red.) *Drug and Alcohol Dependence*(131), ss. 23-35.

- Vandvik, P. O., & Eiring, Ø. (2011). *Foretaksprosjektet: Mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo: Kunnskapssenteret.
- Vederhus, J.-K., Clausen, T., & Humphreys, K. (2016, Februar 13). Assessing understandings of substance use disorders among Norwegian treatment professionals, patients and the general public. (J.-K. Vederhus, Red.) *BMC Health Services Research*, 16(52), ss. 1-10.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H.-n. (1997). A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies: Empirically, "All Must Have Prizes". *Psychological Bulletin*, 122(3), ss. 203-215.
- Watson, H., Maclaren, W., & Kerr, S. (2006, September 20). Staff attitudes towards working with drug users: development of the Drug Problems Perception Questionnaire. (H. Watson, Red.) *Addiction*(102), ss. 206-215.
- Williams, K. (1999). Attitudes of mental health professionals to co-morbidity between mental health problems and substance misuse. (K. Williams, Red.) *Journal of Mental Health*, 8(6), ss. 605-613.
- Øvreness, K., & Bøgwald, K.-P. (2007). *Behandleres syn på rusproblemer i psykisk helsevern og i rusfeltet*. Lovisenberg DPS. Oslo: Lovisenberg Diakonale Sykehus.

## Vedlegg 1: Frekvenstabell - holdninger og kunnskaper til behandling

Tabell 16: Graden av enighet/uenighet til påstander fra "holdninger og kunnskaper om behandling", sett ut i fra det totale datamaterialet

Påstand	Svaralternativ	Fordeling										N
		Svært uenig		Uenig		Usikker		Enig		Svært enig		
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
1.	Døgnbehandling reduserer dødsrisiko	2 %	2	5 %	5	15 %	15	56 %	58	22 %	23	103
2.	Avholdenhet bør være hovedformålet	1 %	1	21 %	22	20 %	21	33 %	34	25 %	26	104
3.	Behandling bør ikke tidsbegrenses	7 %	7	43 %	45	22 %	23	23 %	24	6 %	6	105
4.	Det er uetisk å nekte døgnbehandling	5 %	5	8 %	8	10 %	10	38 %	48	40 %	42	105
5.	Ved gjentakende ignorerte advarsler om bruk av rusmidler bør pasienten utskrives	1 %	1	9 %	9	29 %	30	42 %	44	20 %	21	105
6.	Pasienter i behandling reduserer sin kriminelle aktivitet	2 %	2	2 %	2	30 %	31	54 %	57	12 %	13	105
7.	Det er uetisk å beholde pasienter i behandling på ubestemt tid	5 %	5	13 %	13	38 %	39	35 %	36	10 %	10	103
8.	Substitusjonsbehandling reduserer pasientens heroinbruk	2 %	2	5 %	5	31 %	32	49 %	51	14 %	15	105
9.	Den viktigste oppgaven er å forberede pasienter på en medikamentfri tilværelse	4 %	4	40 %	42	21 %	22	31 %	33	4 %	4	105
10.	Konfrontasjon er nødvendig i behandling	2 %	2	12 %	13	28 %	29	47 %	49	11 %	12	105
11.	Ved gjentakende ignorerte advarsler om ikke-forskrevet bruk av benzo-diasepiner bør pasienten utskrives	2 %	2	12 %	13	29 %	30	41 %	43	16 %	17	105
12.	Hovedformålet med TSB er å redusere skadevirkninger ved rusavhengighet	1 %	1	10 %	10	20 %	20	50 %	51	20 %	20	102
13.	Ved gjentakende ignorerte advarsler om bruk av cannabis bør pasienten utskrives	1 %	1	9 %	9	28 %	29	46 %	48	17 %	18	105
14.	For mange pasienter skrives (ufrivillig) ut av behandling	4 %	4	26 %	27	43 %	45	20 %	21	8 %	8	105
15.	Pasienter er ikke til å stole på	23 %	24	41 %	43	27 %	28	10 %	10	0 %	0	105
16.	Noen pasienter burde aldri fått tilbud om døgnbehandling	31 %	32	42 %	44	19 %	20	8 %	8	0 %	0	104
17.	De fleste pasienter vil ruse seg visst sjansen for å bli oppdaget er minimal	5 %	5	39 %	40	34 %	35	20 %	21	3 %	3	104
18.	Pasienter med vedvarende rusing og dårlig fungering bør skrives ut av døgnbehandling	5 %	5	20 %	21	42 %	44	24 %	25	10 %	10	105
19.	Det er uetisk å skrive ut pasienter fra døgnbehandling på grunn av vedvarende rusing og dårlig fungering	6 %	6	35 %	36	39 %	40	18 %	19	3 %	3	104
20.	Seksjonen der jeg jobber gir det beste tilbudet av alle døgnseksjonene	5 %	5	28 %	29	51 %	53	13 %	13	4 %	4	104

## Vedlegg 2: Frekvenstabell – Holdninger til EBP

Tabell 17: Graden av enighet/uenighet til påstander fra "holdninger til EBP" sett ut i fra det totale datamaterialet

Påstand	Svaralternativ	Fordeling										N
		Svært uenig		Uenig		Usikker		Enig		Svært enig		
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
21.	Jeg liker å bruke nye terapier/intervensjoner for å hjelpe pasientene mine	0 %	0	3 %	3	22 %	23	59 %	62	16 %	17	105
22.	Jeg er villig til å prøve nye terapier/intervensjoner selv om jeg da må følge en behandlingsmanual	0 %	0	1 %	1	8 %	8	73 %	77	18 %	19	105
23.	Jeg vet bedre enn forskere hvordan jeg skal ta meg av pasientene mine	14 %	15	48 %	50	31 %	32	4 %	4	4 %	4	105
24.	Jeg er villig til å bruke nye forskjellige terapier/intervensjoner som er utviklet av forskere	0 %	0	0 %	0	11 %	11	71 %	75	18 %	19	105
25.	Forskningsbaserte behandlinger/ intervensjoner er ikke klinisk nyttige	16 %	17	60 %	63	23 %	24	0 %	0	1 %	1	105
26.	Klinisk erfaring er viktigere enn bruk av manualbasert terapi/behandling	1 %	1	23 %	24	50 %	52	25 %	26	2 %	2	105
27.	Jeg ønsker ikke å bruke manualbaserte terapier/intervensjoner	12 %	13	51 %	54	31 %	33	5 %	5	0 %	0	105
28.	Jeg vil prøve en ny terapi/intervensjon selv om den er svært forskjellig fra hva jeg er vant til å gjøre	0 %	0	4 %	4	24 %	25	63 %	66	10 %	10	105

### Vedlegg 3: Frekvenstabell – holdninger til ROP-pasienter

Tabell 18: Graden av enighet/uenighet til påstander fra "holdninger til ROP-pasienter" sett ut i fra det totale datamaterialet

Påstand	Svaralternativ	Fordeling																N		
		Svært uenig		Uenig		Ganske uenig		Litt uenig		Usikker		Litt enig		Ganske enig		Enig			Svært enig	
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
29.	Jeg føler meg hjelpeløs når pasienter har rusavhengighet	36%	38	12%	13	10%	10	7%	7	10%	10	10%	10	11%	11	4%	4	2%	2	105
30.	Pasienter er ikke ansvarlige for at problemet oppsto	12%	13	16%	17	12%	13	12%	13	19%	20	5%	5	11%	11	9%	9	4%	4	105
31.	Det nytter ikke å behandle rusavhengighet	63%	65	17%	17	13%	13	5%	5	2%	2	0%	0	0%	0	1%	1	0%	0	103
32.	Metoder i arbeid med rusproblemer er forskjellige fra metoder som brukes i arbeid med psykiske problemer	5%	5	6%	6	18%	19	12%	12	39%	41	4%	4	10%	10	4%	4	3%	3	104
33.	Det er meningsfullt for meg å arbeide med pasienter som har rusavhengighet	5%	5	6%	6	7%	7	5%	5	12%	12	12%	12	12%	12	14%	14	37%	38	104
34.	Bortsett fra avrusnings- og nedtrappingsregimer, er fokus for behandlingen lik i DPS og TSB	6%	6	9%	9	12%	13	4%	4	46%	48	10%	10	10%	10	3%	3	2%	2	105
35.	Pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser blir ofte bedre med behandling	0%	0	1%	1	3%	3	2%	2	25%	26	12%	12	29%	30	17%	17	12%	12	103
36.	Et pågående rusmiddelproblem må behandles av spesialister på rusmiddelproblemer	6%	6	5%	5	7%	7	6%	6	21%	22	10%	10	21%	22	14%	15	11%	12	105
37.	Rusmiddelproblemer og psykiske problemer er to sider av samme sak	4%	4	7%	7	9%	9	5%	5	22%	23	14%	15	20%	21	12%	13	8%	8	105



## **Vedlegg 4 – Spørreskjema benyttet i undersøkelsen**

### Helsepersonells holdninger til samtidig (integrert) behandling av pasienter med ruslidelser og psykiske lidelser i Vestre Viken HF

#### **Hvem er jeg?**

Jeg heter Kristian Skjørten og arbeider til daglig som fagutvikler på ARA, døgnsesksjon Blakstad. I forbindelse med min masterutdanning ved Høyskolen i Oslo og Akershus, er tiden nå inne for å gjennomføre en kvantitativ undersøkelse som danner grunnlaget for min masteroppgave.

#### **Hvem deltar i undersøkelsen?**

Jeg ønsker å sammenligne besvarelser fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling med besvarelser fra distriktpsikiatriske sentre. Derfor inviteres fire døgnsesksjoner fra avdeling for rus og avhengighet, og tre døgnsesksjoner fra distriktpsikiatriske sentre fra vår klinikk. I de utvalgte seksjonene oppfordres alle som har innehar en 50 % stilling eller høyere, og som arbeider pasientrettet til å besvare mitt spørreskjema.

#### **Hva handler undersøkelsen om?**

Jeg ønsker å undersøke helsepersonells holdninger til institusjonsbehandling for pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser.

#### **Hva slags pasienter er det snakk om?**

Som nevnt handler undersøkelsen om pasienter som har samtidige ruslidelser og psykiske lidelser, men da ikke kun diagnostiserte tilfeller. Jeg inkluderer også pasienter der symptomer på disse lidelsene kan beskrives som fremtredende, eller av behandlingstrengende karakter.

#### **Om deg som deltaker:**

Din deltakelse vil være anonym, og frivillig. Jeg vil aktivt sørge for at ingen besvarelser er sporbare, og alle besvarelser vil behandles med fortrolighet. Ved å levere utfylt spørreskjema ansees du å ha samtykket til deltakelse.

#### **Om spørreskjemaet og besvarelse:**

I første del av spørreskjemaet bes du om opplysninger om deg, hovedsakelig ved avkryssing. Andre del av spørreskjemaet inneholder påstander hvor du graderer din enighet/uenighet til dem på fem-delt skala fra ”svært uenig” til ”svært enig”. I siste del av skjemaet graderes påstandene på en ni-delt skala hvor 1 representerer svært uenig og 9 representerer svært enig, og besvares ved å sette ring rundt det tallet som passer. Dersom du er usikker eller ikke har noen spesielle meninger om påstanden kan du bruke den midterste kolonnen markert ”usikker”. Ingen av påstandene representerer entydige riktige eller gale svar. Du graderer helt enkelt ut i fra hva du selv mener representerer ”ditt syn på saken”. Utfyllingen vil ta ca. 5-10 minutter.

På forhånd takk for din deltakelse!

**Dato:** \_\_\_\_\_

**Arbeidssted:** \_\_\_\_\_ **DPS**

**TSB**

**Kjønn:**     **M**    **K**

**Alder:**           < 25 år   
                      26-39   
                      40-59   
                      >60

**Hva er høyeste nivå på utdanningen din?**

3 årig høyskole/ Bachelor   
Videreutdanning/Spesialistutdanning  Spesifiser \_\_\_\_\_  
Hovedfag/ Master   
PhD   
Postdoc   
Annet  Spesifiser \_\_\_\_\_

**Hvilken yrkesgruppe tilhører du?**

Pedagog   
Vernepleier   
Sykepleier   
Sosionom   
Psykolog   
Lege   
Annet  Spesifiser \_\_\_\_\_

**Hvor lenge har du arbeidet på nåværende arbeidsplass?**

0-2 år   
3-5 år   
6-10 år   
11-15 år   
> 16 år

**Hvilken stillingsprosent har du?** \_\_\_\_\_%

**Hvor lenge har du arbeidet innen fagområdet?**

0-2 år   
3-5 år   
6-10 år   
11-15 år   
> 16 år

Utsagn	Svært uenig	Uenig	Usikker	Enig	Svært enig
1 Døgnbehandling reduserer dødsrisiko for pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Avholdenhet fra alle rusmidler bør være hovedformålet med døgnbehandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Behandlingen bør ikke tidsbegrenses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Det er uetisk å nekte personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse døgnbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Dersom gjentatte advarsler om bruk av rusmidler ignoreres, bør pasienten skrives ut av døgnbehandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Pasienter i behandling reduserer sin kriminelle aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Det er uetisk å beholde pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse i behandling på ubestemt tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Substitusjonsbehandling med metadon reduserer pasientens heroinbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Behandlingens viktigste oppgave er å forberede pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser til en medikamentfri tilværelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Konfrontasjon er nødvendig i behandling av pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Dersom gjentatte advarsler om ikke-forskrevet bruk av benzodiazepiner ignoreres, bør pasienten skrives ut av døgnbehandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Hovedformål med tverrfaglig spesialisert rusbehandling er å redusere skadevirkningene av rusavhengighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Dersom gjentatte advarsler om bruk av cannabis ignoreres, bør pasienten skrives ut av døgnbehandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Altfor mange pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser skrives (ufrivillig) ut av behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser er ikke til å stole på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Noen pasienter med samtidig ruslidelse og psykiske lidelse burde aldri ha fått tilbud om døgnbehandling fordi de er for dårlig fungerende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 De fleste pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser vil ruse seg hvis sjansen for å bli oppdaget er minimal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Pasienter med vedvarende rusing og dårlig fungering bør skrives ut av døgnbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Det er uetisk å skrive ut pasienter fra døgnbehandling på grunn av vedvarende rusing og dårlig fungering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Seksjonen, der jeg jobber, gir det beste tilbudet av alle døgnseksjonene (til den aktuelle pasientgruppen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utsagn	Svært uenig	Uenig	Usikker	Enig	Svært enig
21 Jeg liker å ta i bruk nye terapier/ intervensjoner for å hjelpe pasientene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Jeg er villig til å prøve nye terapier/intervensjoner selv om jeg da må følge en behandlingsmanual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Jeg vet bedre enn forskere hvordan jeg skal ta meg av pasientene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Jeg er villig til å bruke nye og forskjellige terapier/intervensjoner som er utviklet av forskere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Forskningsbaserte behandlinger/intervensjoner er ikke klinisk nyttige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Klinisk erfaring er viktigere enn bruk av manualbasert terapi/behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Jeg ønsker ikke å bruke manualbaserte terapier/intervensjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Jeg vil prøve en ny terapi/intervensjon selv om den er svært forskjellig fra hva jeg er vant til å gjøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**På en skala fra 1 til 9: Hvor uenig eller enig er du i følgende påstander?**

Forklaring: Sett ring rundt det tallet du mener best representerer ditt syn. 1 = svært uenig, 5 = usikker og 9 = helt enig.

29 Jeg føler meg hjelpeløs når pasienter har rusavhengighet	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30 Pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser er ikke ansvarlige for at problemet oppsto	1	2	3	4	5	6	7	8	9
31 Det nytter ikke å behandle rusavhengighet	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32 Metoder i arbeid med rusproblemer er forskjellige fra metoder som brukes i arbeid med psykiske problemer	1	2	3	4	5	6	7	8	9
33 Det er meningsfullt for meg å arbeide med pasienter som har rusavhengighet	1	2	3	4	5	6	7	8	9
34 Bortsett fra avrusnings- og nedtrappingsregimer, er fokus for behandlingen lik i psykisk helsevern og i institusjoner for rusmiddelproblemer	1	2	3	4	5	6	7	8	9
35 Pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser blir ofte bedre med behandling	1	2	3	4	5	6	7	8	9
36 Et pågående rusmiddelproblem må behandles av spesialister på rusmiddelproblemer	1	2	3	4	5	6	7	8	9
37 Rusmiddelproblemer og psykiske problemer er to sider av samme sak	1	2	3	4	5	6	7	8	9