

# **MASTEROPPGAVE**

## **Psykisk helsearbeid**

**11/2017**

«RUS PÅ HUSET»

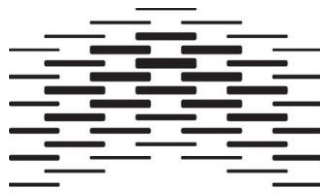
En kvantitativ studie om motoverføringer i rusbehandling

Navn

Christina Redondo

**Fakultet for helsefag**

**Institutt for**



**HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS**

## Forord

Jeg ønsker å takke alle som har tatt seg tid til å delta på undersøkelsen, og en takk til alle lederne som viste engasjement og gav meg hyggelige tilbakemeldinger på idé og prosjekt

Jeg ønsker også å rette en takk til min veileder som har gitt meg masse inspirasjon og troen på meg selv og mitt prosjekt. Ditt engasjement har vært uunnværlig

En stor takk retter jeg også til min søster og medstudent, du har gitt meg pågangsmot, støtte gode samtaler og gode faglige innspill

Sist, men ikke minst ønsker jeg å takke min samboer og medstudent. Takk for dine gode ord, tålmodighet og støtte gjennom mastertiden. Takk for at du er den du er.

## Sammendrag

### «Rus på huset»;

### en kvantitativ studie om motoverføringer i rusbehandling

**Hensikten** med dette studiet har vært å utforske utbredelsen av rusepisoder i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) døgn, og kartlegge følelsene som oppstår hos hjelperen i en selvvalgt utfordrende situasjon der en rusepisode forekommer. Følelsene sees i lys av motoverføringsbegrepet. Det diskuteres utfordringer som disse følelsene kan skape i relasjonen mellom hjelper og pasient i lys av funnene om allianse og veiledning. Dette studiet kan bidra til en større forståelse og tematisering av følelsene hjelper kan oppleve i møte med pasienter som ruser seg på en døgnavdeling. Å sette fokus på følelsene som hjelper opplever er meningsfullt fordi følelser er helt essensielle for hvordan pasienten og hjelperen interagerer med hverandre. Hjelperens følelser kan her tenkes å være en viktig kilde for å øke kunnskapen rundt relasjonsarbeidet i psykisk helsearbeid.

**Metoden** i dette studiet er kvantitativ og har et deskriptiv design. Studien er en tverrsnittsundersøkelse. Et stratifisert utvalg på N 114 utgjør grunnlaget for datamaterialet. Følelser er operasjonalisert og kartlagt ved hjelp av Feeling Word Checklist -58 (FWC-58), et standardisert og validert instrument som er mye anvendt innen forskning av motoverføring i den terapeutiske relasjonen. Det er anvendt et strukturert spørreskjema som er digitalisert og distribuert via mail.

**Resultatene** viser at de fleste respondentene hadde opplevd rusepisoder i TSB døgn (91,2%). Det kan derfor virke som at dette et relativt vanlig fenomen som oppstår i døgnbehandling av ruslidelser. Det inntreffer som oftest flere ganger i halvåret (36,5%). Det rapporteres flest tilfeller av inntak av flere sterke rusmidler i rusepisoden (53,8%).

Faktoranalysen avdekket fire komponenter; *avvist, omsorgsfull/betydningsfull, vaksam/lei og trygg*. Det sees statistiske sammenhenger mellom hvordan respondentene har skåret på komponentene sett i sammenheng med spørsmål om veiledning og allianse.

**Konklusjon og implikasjoner for videre praksis;** Motoverføring er et fenomen som oppstår som en naturlig del av det å ha en profesjonell relasjon til en pasient. Hvis en i tillegg knytter fenomenet opp mot en utfordrende situasjon, slik som en rusepisode kan utarte seg, ser man i større grad rapportering negative ladede følelser. Funnene i aktuelle undersøkelser kan tyde på at det fremkommer i større grad negative ladede følelser i rusbehandling enn observert i øvrige empiriske studier. Det kan være flere grunner til dette, men generelt sett er det et godt utgangspunkt for videre forskning på tema. Funnene gir bare en indikasjon på hvordan dette kan være i virkeligheten, og er i liten grad førende. Dette skyldes blant annet studiets design, utvalgsprosess og et lavt nettoutvalg.

## Abstract

### IN TREATMENT SUBSTANCE ABUSE (ITSA); A QUANTITATIVE STUDY OF COUNTERTRANSFERENCE IN ADDICTION TREATMENT FACILITIES

**The aim** of this study is to explore ITSA among patients in Interdisciplinary specialized drug treatment (TSB), and map the emotional response of the health care worker that arises after a self-chosen situation where ITSA occurred. The emotional response of the health care workers are viewed in the light of the terms of countertransference. The consequences of the emotional response of the health care worker after ITSA is discussed in light of the impact it can have on the relationship between the health care worker and the patient, in light of the findings of alliance and guidance. This study can contribute a greater understanding of the emotional response of the health care worker after an episode of ITSA. Focusing on the health care workers emotional response is purposeful, because emotions are an essential part for how the patient and the health care worker interact. Emotions the helper may experience is here looked upon as an important source for increasing knowledge on the therapeutic relationship in mental health work.

**The method** of this study is quantitative and has a descriptive design. The study is a cross-sectional study. A stratified sample of N 114 formed the basis for the data material. Emotions are operationalized and mapped using the Feeling Word Checklist -58 (FWC-58), a standardized and validated instrument that is widely used in countertransference research on the therapeutic relationship. A structured questionnaire was developed, digitalized and distributed by mail to the respondents.

**The results** show that most respondents have experienced ITSA in TSB (91.2%). This points out that ITSA is a relatively common phenomenon that occurs in the day-to-day treatment of substance abuse disorders. Over a period of six months it occurs on several occasions (36.5%). Most cases include poly drug abuse of several strong drugs (53.8%). The factor analysis revealed four components of the emotional reaction of the health care workers; rejected, caring / significant, alert / tired and safe. There is a statistical coherence between how respondents have cut the components in the context to the questions regarding guidance and alliance.

**This study concludes and implicates** that countertransference is a phenomenon that occurs as a natural part of having a professional relationship with patients with drug addictions. If ITSA is seen in light of a challenging situation, as it can play out in a treatment facility, it's seems more likely to report negative charged emotions. The findings in the current investigation may indicate that there is a higher occurrence of negative feeling amongst health care workers in the treatment of addiction, than observed in other empirical studies with other types of psychopathology. There may be several reasons for this, but this is generally a good starting point for further research on the topic. The findings provides only an indication on how this could play out in reality, and is to a small extent leading. This is due to the design of the study, the selection process and a low net participation

## Innhold

Forord .....	1
Sammendrag .....	2
Abstract .....	3
1.0 INNLEDNING .....	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	7
1.2 Studiets hensikt og problemstilling .....	8
1.3 Studiets teoretiske forankring og relevans for psykisk helsearbeid .....	8
1.4 Begrepsavklaring og avgrensning .....	9
2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ RUS OG AVHENGIGHET.....	11
2.1 Rusmiddelavhengighet .....	11
2.2 Nevrobiologisk, psykologisk og sosiokulturell forståelse .....	11
2.3 Holdninger til rusmidler og rusmiddelavhengighet.....	12
2.4 Psykososiale belastninger på grunn av rusmiddelavhengighet.....	13
2.5 Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB).....	14
2.6 Døgnbehandling.....	15
3.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ RELASJONER, MILJØTERAPI, FØLELSER OG MOTOVERFØRING.....	17
3.1 Relasjon .....	17
3.2 Den profesjonelle relasjonen .....	17
3.3 Den terapeutiske relasjonen.....	18
3.4 Miljøterapi som metode i relasjonsarbeidet.....	18
3.5 Følelser i relasjonen.....	19
3.6 Motoverføring.....	20
3.7 Motoverføringsreaksjoner i klinisk praksis .....	21
4.0 FORSKNING PÅ FELTET .....	23
4.1 Et overblikk .....	23

4.2 Søkeprosess .....	23
4.3 Forskning på motoverføring .....	24
4.4 Forskning på rusbehandling, rusepisoder, dropout og allianse; .....	25
4.5 Forsknings på motoverføring i rusmiddelbehandling.....	25
5.0 VITENSKAPSTEORI .....	27
5.1 Kunnskap, vitenskap og forskning .....	27
5.2 Samfunnsvitenskapelig forskning.....	27
5.3 Reliabilitet og validitet .....	28
6.0 METODE.....	30
6.1 Forskningsdesign .....	30
6.2 FWC-58 .....	30
6.3 Utvalgsstrategi .....	31
6.4 Gjennomføring av undersøkelsen .....	31
6.5 Spørreskjema .....	32
6.6 Forskningsetiske prinsipper .....	33
6.7 Statistiske analyser .....	33
6.8 Faktoranalyse.....	34
6.8.1 Kriterier for å kunne anvende en faktoranalyse .....	34
6.9 T-test og korrelasjonsanalyse .....	35
7.0 RESULTATER.....	36
7.1 Brutto/nettoutvalg .....	36
7.2 En demografisk presentasjon av respondentene .....	36
7.3 Gjennomgang av faktoranalysen .....	39
7.4 Korrelasjonsanalyse og gjennomsnittsanalyse av veiledning, allianse og de fire komponentene.....	41
7.5 T test .....	42
8.0 STYRKER OG SVAKHETER VED STUDIEN .....	44

8.1 Reliabilitet .....	44
8.2 Validitet .....	44
8.3 Begrepsvaliditet .....	45
8.4 Statistisk validitet .....	46
9.0 «RUSEPISODER I FRIVILLIG DØGNBEHANDLING SOM FENOMEN: HVILKE FØLELSER RAPPORTRER HJELPEREN I ET GITT SCENARIO OG KAN DISSE PÅVIRKE RELASJONEN MELLOM HJELPER OG PASIENT?».....	49
9.1 Omfang av ITSA i døgnbehandling.....	49
9.1.1 Høy forekomst av ITSA i døgnbehandling .....	49
9.1.2 Kombinasjonsbruk mest vanlig ved ITSA .....	50
9.1.3 Konsekvenser av ITSA .....	51
9.2 Rapporterte motoverføringsfølelser i møte med ITSA.....	52
9.2.1 Motoverføringsfølelser i møte ITSA situasjonen.....	53
9.3 Kan motoverføringsfølelsene utfordre relasjonen mellom hjelper og pasient?.....	54
9.3.1 Forståelsen av ITSA som konfliktskapende .....	54
9.3.2 Påvirkningen av alliansen .....	56
9.3.3 Veiledning .....	56
10.0 Avslutning og videre implikasjoner for fremtiden .....	58
Referanser.....	59
Vedlegg 1) Spørreundersøkelse med invitasjon	
Vedlegg 2) Svarbrev fra NSD	
Vedlegg 3) Infoskriv til ledere	
Link til faktoranalyse og NSD svarbrev	

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg er utdannet sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, og har jobbet flere år i ulike deler av rusomsorgen og i Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling(TSB). Gjennom min kliniske erfaring har jeg regelmessig opplevd at pasienter ruser seg inne på avdelingen. Flere av disse situasjonene har jeg erfart som utfordrende, og jeg har i etterkant hatt blandede følelser knyttet til pasienten, til meg selv som hjelper og til hvordan situasjonen ble håndtert.

Døgntilbudet i TSB er tenkt å bidra med et skjermet terapeutisk miljø, og man ønsker å forebygge atferd som rusmiddelbruk, tilbakefall, trusler, vold og mangelfull forpliktelse og deltakelse i behandlingsopplegget. Det er dog ikke uvanlig at slik atferd opptrer under innleggelsestiden (Helsedirektoratet, 2014). Det ligger altså i mandatet til hver hjelper å forbygge slik atferd, men hvordan påvirker det hjelper når pasienten ruser seg inne på avdelingen?

Ut fra egen erfaring er hendelsesforløpet rundt rusepisoder på en døgnavdeling situasjonsbetinget og varierer i stor grad ut fra konteksten, relasjonen mellom hjelper og pasienten og hvilke rusmidler som er inntatt. Rusepisoder inntreffer erfaringsvis oftere i forbindelse med kveld eller helg, hvor man er mindre bemannet og har derfor mindre ressurser tilgjengelig. En rusepisode kan utarte seg veldig forskjellig. Det kan være pasienten som røyker cannabis eller tar seg en øl på rommet, til pasienten som har inntatt multiple sterke rusmidler, hvor det er fare for overdose og liv.

Sistnevnte er situasjoner som ofte kan være utfordrende for hjelperen å behandle, fordi det er vanskelig å vurdere de forskjellige effektene og bivirkningene av stoffene opp mot hverandre. Pasienten kan gå fra adekvat kontakt i samtale til bevisstløs i løpet av kort tid. Situasjonen er ofte preget av å være uoversiktlig og kaotisk. Ruseffekten kan gjøre pasientens atferd uforutsigbar, og det kan oppleves utfordrende å kommunisere med vedkommende. Informasjonen som pasienten oppgir kan være preget av underrapportering eller overrapportering av inntak, noe som gjør vurderingen enda vanskeligere. Ved flere anledninger har jeg erfart hvordan pasienter kan føle seg krenket som resultat av å bli konfrontert. De kan benekte inntak, til tross for at den kliniske observasjonen tilsier noe annet.



Dette kan resultere i konflikteskalering og økt voldsrisiko, både ovenfor hjelper, men også ovenfor medpasienter.

Å stå i en slik situasjon er det naturlig å tenke at hjelper kan føle på mye ansvar, føle seg maktesløs, sviktet, frustrert, mislykket og redd. Samtidig kan man også føle seg trygg og omsorgsfull, føle på mestring og få en opplevelse av å være betydningsfull.

Jeg tenker at en slik situasjon kan vekke mange følelser, både hos pasienten, hjelperen og medpasienter. Følelser i møte med rusepisoder i døgntilrettelagt omsorg, kan tenkes er en viktig kilde for å øke kunnskapen rundt relasjonsarbeidet i psykisk helsearbeid. Følelser er essensielle for hvordan man interagerer med hverandre.

## 1.2 Studiets hensikt og problemstilling

Hensikten med dette studiet er å undersøke utbredelsen av rusepisoder i døgntilrettelagt omsorg samt kartlegge hjelperes følelsesladete opplevelser i møte med pasienter som ruser seg på en døgnavdeling.

Dette kan forhåpentligvis skape mer faglig diskusjon rundt rusepisoder som fenomen, og rette søkelyset på betydningen av følelser i hjelperollen i møte med pasienten. Det er ønskelig å diskutere betydningen og mulige relasjonelle utfordringer som disse følelsene kan skape i praksis, i lys av utvalgte teoretiske begreper og øvrig forskning på feltet. Problemstilling er; *«Rusepisoder i frivillig døgntilrettelagt omsorg som fenomen; Hvilke følelser rapporterer hjelperen i et gitt scenario og kan disse påvirke relasjonen mellom hjelper og pasient?»*

For å kunne svare på denne problemstillingen er det tatt utgangspunkt i tre forskningsspørsmål;

- 1) Hvilket omfang er det av ITSA i døgntilrettelagt omsorg?
- 2) Hvilke motoverføringsfølelser rapporteres i møte med ITSA?
- 3) Kan de rapporterte motoverføringsfølelsene utfordre relasjonen mellom hjelper og pasient?

## 1.3 Studiets teoretiske forankring og relevans for psykisk helsearbeid

I psykisk helsearbeid i dag anvender man ulike teoretiske tilnærminger til hvordan man forstår og forklarer helse og lidelse. Den teoretiske forankringen i dette studiet er knyttet opp mot det psykodynamiske perspektivet i psykisk helsearbeid. Denne tilnærmingen legger vekt på

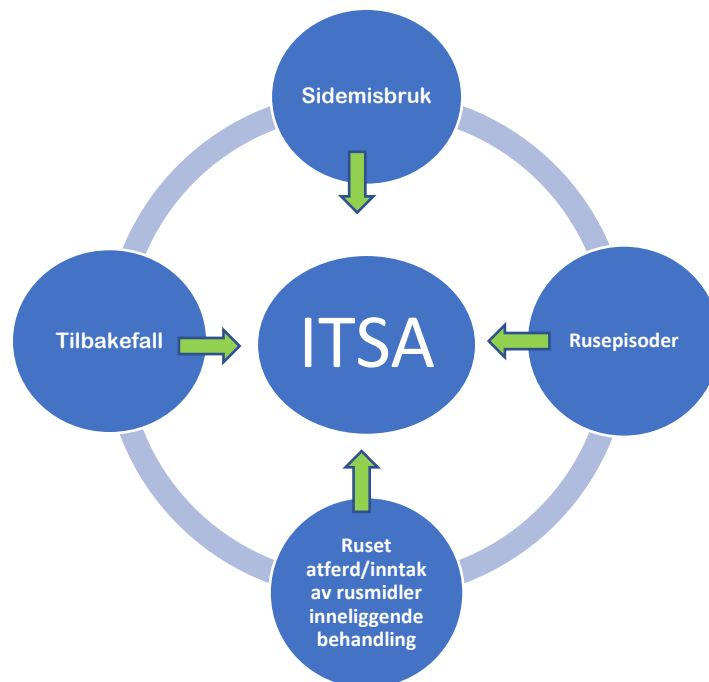
temaer som menneskets indre konflikt mellom dets tanker og følelser, tilknytningsforstyrrelser, utviklingsproblematikk og relasjonelle utfordringer. I dette perspektivet står den terapeutiske relasjonen og samtalen mellom hjelper og pasient sentralt (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2012; Peplau, 1999; Gallop & O'Brien, 2003).

#### 1.4 Begrepsavklaring og avgrensning

*Motoverføringsfølelser* defineres i denne studien som de rapporterte følelser

*Rusepisode* referer her til inntak av rusmidler inne på en rusfri behandlingsinstitusjon. I mangel på et godt ord for å beskrive fenomenet på norsk, er det vurdert hensiktsmessig å begrepsoperasjonalisere det og henvise til det på engelsk istedenfor.

#### *Modell for begrepsoperasjonalisering av ITSA (rusepisoder inneliggende i behandling)*



*Figur 1*

*ITSA* (In Treatment Substance Abuse) innebærer at pasienten er inneliggende i behandling av rusmiddelavhengigheten, inntar rusmidler og har en ruset atferd. Dette beskrives i litteraturen som rusepisoder, sidemisbruk eller tilbakefall. Modellen er ment å vise tankeprosessen rundt begrepsoperasjonaliseringen. *ITSA* er et selvutviklet og virker å være et dekkende begrep for å forklare fenomenet rusepisoder som oppstår når pasienten er inneliggende til behandling. Begrepet brukes i diskusjonen.

*Rusmidler* betyr her både ikke foreskrivende medikamenter og legale og illegale rusmidler. Studiet differensierer ikke mellom disse.

*Avdeling* er brukt om den arenaen der rusepisoden forekommer og respondenten arbeider. I studiet skilles det ikke mellom hvilke rusmidler avdelingen behandler eller hvor lenge en pasient er inneliggende.

*Veiledning* forstås her som samtaler mellom profesjonsutøvere, der en veileder har ansvar og en definert rolle med hensikt å bearbeide uferdige tanker som har grobunn i en klinisk virksomhet.

## 2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ RUS OG AVHENGIGHET

### 2.1 Rusmiddelavhengighet

ICD 10 skiller mellom skadelig bruk av rusmidler og avhengighet av rusmidler. ICD -10 definerer rusavhengighet som:

*” Et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen adferd som tidligere var av stor verdi” (ICD-10:73; Nesvåg, 2012, s. 66-67).*

Endring i mentale prosesser og funksjonstap i mellommenneskelige relasjoner er vanlige symptomer på at den enkelte har utviklet en rusmiddelavhengighet (Føyn & Shaygani, 2010). Rusmiddelavhengighet ansees i dag som en kronisk tilbakevendende lidelse. I Norge finnes det et sted mellom 8000 til 12500 rusavhengige (Lossius, 2011). To tredjedeler av pasientene som behandles for rusmiddelavhengighet er også i behov for behandling av psykiske lidelser (Landheim, 2007). De mest vanlige psykiske lidelsene som er å se hos pasienter med alvorlig rusmiddelavhengighet er angst, depresjon, schizofreni, affektive psykoser og alvorlige personlighetsforstyrrelser (Evjen, Kielland & Øiern 2012).

Rusavhengighet er en kompleks lidelse som ikke er absolutt i sin definisjon og det hersker uenighet i fagmiljøene om hvilket perspektiv som skal være gjeldende (Lossius, 2011; Nesvåg, 2012).

### 2.2 Nevrobiologisk, psykologisk og sosiokulturell forståelse

Rusmiddelavhengighet kan forstås ut i fra et nevrobiologisk, psykologisk og sosiokulturelt perspektiv (Nesvåg, 2012; Mørland & Waal, 2016; Lossius, 2011), og kjennetegnes av et sterkt avgrenset tankemønster der selvkontroll har opphørt (Weihe, 2004).

Det nevrobiologiske perspektivet på rusavhengighet forklarer hvordan bruk av rusmidler over tid påvirker hjernens evne til å produsere dopamin. Dopamin er et stoff som hjernen produserer og trenger for å aktivisere belønningssystemet i den mesolimbiske system (Føyn & Shaygani, 2010). Rusmidler fører til en overaktivisering av dopaminfrigjøring i hjernen, men over tid responderer hjernen med å nedjustere frigjøringen av dopamin, siden den jevnlig får tilførsel via rusmidler (Nesvåg, 2012; Jellestad, 2011). Brukeren får økt toleranse for stoffet og opplever derfor et intenst behov for å ruse seg når nivåene av dopamin er lave. Ved uteblivelse, kan man oppleve både psykiske og fysiske abstinens symptomer. Dette betegnes som craving som etter hvert blir en tillært respons hvor rusopplevelsen er gevinsten. Etter lang tids bruk danner hjernen seg et belønningssystem som kan beskrives som et fast tankemønster. Brukeren har da blitt avhengig (Lossius, 2011; Nesvåg, 2012; Weihe, 2004).

Jellestad (2011) forklarer hvordan langvarig bruk av rusmidler er med på å hemme hjerneaktiviteten som regulerer motivasjon og dømmekraft. Slik svekkes evnen til mellom annet å regulere spontan atferd. Rusmiddelavhengighet anses som en psykisk lidelse hvor avhengigheten av rusmidlene påvirker hjerneaktiviteten og balansen av kjemiske stoffer i hjernen (Evjen et al. 2012).

Det psykologiske perspektivet på avhengighet kan anses å være et supplement til det nevrobiologiske. Utviklingen av rusavhengighet skjer når de positive tankene om og ruse seg overgår de negative tankene. Avhengighet er en tilstand preget av trang, tvang, belønning, forsterkning. Dette resulterer i kognitive forandringer der ens egen evne til å velge bort rusen, ikke lenger er tilstede. En kan betrakte dette som en innlæringsprosess som er med på å skape en rutinemessig atferd, der avhengigheten etter hvert forklarer atferden til vedkommende (Nesvåg, 2012). Rusmiddelavhengighet knyttes også til den enkeltes sårbarhet i form av arv og miljø. (Nesvåg, 2012). Rusmiddelavhengige har ofte opplevd tilknytningsproblemer og gjennomgått traumatiske hendelser i barndommen og oppveksten. Samtidig opplever de også relasjonelle utfordringer som en konsekvens av rusmiddelavhengigheten. Dette ansees som risikofaktorer for å utvikle en rusmiddelavhengighet (Lossius, 2011).

Ut i fra et sosiokulturelt perspektiv kan en si at avhengighet oppstår når rus er nødvendig for å mestre utfordringer i tilværelsen. På samme tid sier rus noe om hvem en er, og i hvilken gruppe man gjør seg gjeldende. Avhengighet skjer når en har en rigid og enveisrettet tankegang om rusens gevinst. Dette skaper en identitet som avhengig. For at avhengigheten skal opphøre må derfor identiteten forandres (Nesvåg, 2012). Svensson (2005) og Nesvåg (2012) betrakter utviklingen av avhengighet som en sosialiseringssprosess, der det mest sentrale blir å skaffe penger til rus. Dette kan ta kontroll over tilværelsen til den rusavhengige. Svensson (2005) anser dette som et brudd med samfunnet der man mister kontrollen over sin tilværelse og egen atferd. For mange blir derfor rusens mening en flukt fra et smertefullt liv. Svensson, B. (2005) *Heroinmissbruk*. Malmö: Bengt Svensson och Studentlitteratur

### 2.3 Holdninger til rusmidler og rusmiddelavhengighet

Slettebø (2005) beskriver allmenmoralen som er et resultat av normer og verdier. Dette er uskrevne regler som sier noe om hvordan samfunnet forventer at mennesker skal handle i ulike situasjoner. Å ta ansvar for eget liv er et eksempel på en norm. De fleste yrkesgrupper som arbeider med helserelevante problemstillinger, arbeider ut i fra et yrkesetiske retningslinjer. Slettebø (2005) gir eksempel på hvordan yrkesetiske retningslinjer for

sykepleiere gir konkrete retningslinjer for hvilke normer og verdier sykepleiere skal vektlegge i arbeidet sitt. På tross av dette kan det i praksis oppstå konflikter mellom ulike normer og verdier.

I Norge opererer man med en ruspolitikk som kriminaliserer bruk og misbruk av de aller fleste rusmidler. Siden inntak av rusmidler er ofte en kriminell aktivitet, kan det være at man som hjelper i rusbehandling kommer i situasjoner som bryter med de normer og verdier den har tilegnet seg (Adams, 2008). Evjen et al. (2012) og forklarer at å ha et rusmisbruk blir av allmennheten forbundet med skam, svakhet og moralsk forfall. I tillegg mener mange at rusinntaket er en frivillig handling, og vedkommende har derfor seg selv å takke for de konsekvensene som rusavhengigheten fører med seg. Selv om rusmiddelavhengighet er en diagnose, er det samtidig en straffbar handling (Evjen et al. 2012). Rusmiddelproblemer og avhengighet har historisk sett blitt behandlet ut i fra et normativt og moralsk syn, hvor ulike reguleringstiltak og strafferettslige tiltak praktiseres i håp om å få bukt med problemet (Ervik & Biong, 2016). Sykdomsmodellen har etter hvert blitt den rådende forståelsesmodellen for behandling av rusmiddelavhengighet. Dette tyder på en større aksept for de utfordringene mennesker som lider av rusmiddelavhengighet ofte har (Hafseng, 1991). Dette har bidratt til at medisinske, psykologiske og sosialfaglige hjelpetiltak ansees som elementære innen behandling av rusmiddelavhengighet i dag (Ervik & Biong, 2016)

#### 2.4 Psykososiale belastninger på grunn av rusmiddelavhengighet

Aakre & Biong (2012) og Svensson (2005) beskriver hvordan rusmiddelavhengige kan leve i en svært problematisk tilværelse. De har et lite sosialt nettverk, økonomiske problemer, de stiller svakt på arbeidsmarkedet, har rulleblad med vold og narkotika dommer, ustabile boforhold og infeksjonssykdommer (Gråwe & Ruud, 2006). Evjen et al. (2012) angir videre at behovet for langvarige og omfattende behandlingstiltak med akuttinnleggelser, avgiftninger og i blant tvangsinnleggelser er nødvendig for å stoppe en rask sykdomsutvikling, dempe risikoen for selvmord og en ofte avvikende sosial atferd. Dette er faktorer som er med på å isolere og holde den avhengige utenfor fellesskapet i samfunnet, noe som fører til videre marginalisering og stigmatisering. Rusmiddelavhengige har derfor ofte dårlige erfaringer med sosiale relasjoner og kan oppleves som lett krenkbare (Svensson, 2005). Mange som lider av rusmiddelavhengighet lever ofte i en verden der uforutsigbarhet, rykter, fattigdom, kriminalitet, vold, prostitusjon og kynisme er en del av hverdagen (Antoniusson, 2005; Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2006; Nesvåg, 2012; Svensson, 2005). I følge Aakre &

Biong (2012) utvikler mange rusmiddelavhengige fysiske og psykiske lidelser. Psykiske lidelser kommer til syne i form av symptomer som er forenlige med depresjon og emosjonell ustabilitet. Rusavhengige er også disponible for å utvikle suicidalitet og suicidal atferd.

(Skjøtskift, 2016). Mange får etter hvert et kombinasjonsmisbruk. Bakgrunnen for blandingsmisbruket kan forklares med ønske om å forsterke rusopplevelsen eller eventuelt justere ruseffekten ut i fra eget ønske og unngå abstinenser. Kombinasjonsmisbruk er derfor vanlig. Ved dødelige overdoser ser man flest tilfeller hvor det er inntatt multiple stoffer (Mørland & Waal, 2016) .

Mange rusavhengige finansierer egen rusavhengighet med salg av narkotika, og har ofte store gjeldsproblemer (Antoniussen, 2005; Svensson, 2005). Noen rusavhengige er i perioder uten bolig i korte eller lengre perioder (Ytrehus, 2012). I Norge har det vært satset på alle skal ha en bolig, men fortsatt er 6100 bostedsløse og 59 % av disse er rusavhengige (Dyb & Johannessen, 2009). Rusmiddelavhengige mottar ofte fragmentert hjelp fra ulike offentlige, private og idealistiske instanser, men ingen alene kan møte gruppens samlede behov

## 2.5 Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB)

I 2004 ble rusreformen iverksatt. Denne overførte mellom annet ansvaret for behandling av rusmiddelavhengighet fra fylkeskommune til stat, fra sosialhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten, som ligger under helseforetakene. Reformen gav rusavhengige pasientrettigheter jamfør pasientrettighetsloven som bidro mellom annet til rett på å bli henvist for å få vurdert sin helsetilstand, samt rett på nødvendig helsehjelp. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble en del av spesialisthelsetjenesten (Helsedepartementet, 2004).

TSB i dag ansvar for avrusning, utredning og spesialisert behandling. Innholdet av tjenestetilbudet skal både ha helse og sosialfaglig innhold (Helsedirektoratet, 2014; Lossius, 2011). TSB tilbyr et bredt spekter av tjenester rettet mot poliklinisk behandling, dagbehandling, døgnbehandling og ambulante tjenester, samt øyeblikkelig hjelp og avrusning. TSB skal i følge retningslinjene tilby:

*«Kartlegge pasientens rusrelaterte problematikk, sosiale fungering og situasjon samt psykiske og fysiske forhold. Vurdere pasientens motivasjon og relasjonelle, familierelaterte og nettverksmessige situasjon. Vurdere pasientens kognitive funksjonsnivå, herunder kunne gjøre bruk av resultater fra relevante screening - og testverktøy. Foreta medisinske vurderinger av*

*pasientens fysiske allmenntilstand og ev somatisk tilleggslidelser, herunder gjøre bruk av laboratorieanalyser og eventuelt andre spesialistutredninger. Stille diagnoser samt iverksette og følge opp med adekvat medisinsk, psykososial og psykoterapeutisk behandling. Avklare om pasienten har barn og sørge for, med foreldrenes samtykke, at disse barna får informasjon om foreldrenes situasjon og nødvendig oppfølging. Effektuerer vedtak fra fylkesnemnd om tilbakehold uten eget samtykke og for undersøkelse og tilrettelegging av tilbud om behandling» (Helsedirektoratet, 2014, s. 89)*

## 2.6 Døgnbehandling

TSB tilbyr innleggelse i døgnbehandling. Helseforetakene har avtale om kjøpe plasser i de private institusjonene, slik at de kan tilby personer med rusmiddelavhengighet døgnbehandling gjennom det offentlige. Tall fra 2012 viser at 56 % av alle døgnplasser i TSB drives av private aktører hvor mange av disse er ideelle organisasjoner. De resterende 44 % av plassene driftes av helseforetakene selv (Ose & Pettersen, 2014). Totalt er det registrert 1954 døgnplasser i TSB, 636981 liggedøgn og 15885 utskrivelser (Statistisk sentralbyrå, 2017). Pasienter sin målsetning med oppholdet varierer. Mellom annet ønsker 82 % av pasientene innlagt i døgnbehandling å avslutte rusmiddelbruken, 69% ønsker en bedre livskvalitet og 17 % ønsker å redusere bruk av rusmidler (Ose & Pettersen, 2014). Et opphold i døgnbehandling kan variere i tid. Tall fra Sintef viser at 40 % av alle pasienter som er innlagt i døgnbehandling i TSB er forventet å ha et opphold over 6 måneder og at nærmere 80 % av innleggelsene i døgnbehandling varer i over 6 uker. Eldre pasienter har gjennomsnittlig kortere innleggelse enn unge (Ose & Pettersen, 2014). Døgnbehandling tilbys gjennom det offentlige når annet behandlingstilbud ikke har hatt tilfredsstillende effekt eller resultat.

En innleggelse på en døgninstitusjon vil kunne tilby den enkelte pasient et skjermet terapeutisk miljø, med mulighet for utredning og behandling (Helsedirektoratet, 2014). Differensialdiagnostisering er ofte nødvendig for å kunne gi den enkelte pasient optimal helsehjelp, og gjøres ofte i starten av oppholdet. Dette består i å utforske og utrede pasientens psykiske og fysiske helsetilstand i lys av sosiale, fysiologiske og kognitive faktorer. Det etterstrebes å ha et helhetlig fokus siden pasientens rusmiddelbruk ofte er en del av et større og mer sammensatt problemområde (Lossius, 2011). Et opphold i døgnbehandling med fravær av rusmidler kan for noen gi lang nok tid til å normalisere de nevrobiologiske skadene som rusmiddelbruken har ført til (Helsedirektoratet, 2014; Mørland & Waal, 2016).

Rusmiddelfrihet ansees som spesielt hensiktsmessig i utredningsfasen. Omfattende og



langvarig bruk av rusmidler kan kamuflere, men også fremprovosere ulike symptomer som kan assosieres og med alvorlige psykiske lidelser eller nedsatte kognitive evner. Dette kan gjøre det utfordrende å diagnostisere, og kan i verste fall føre til feildiagnostisering (Lossius, 2011). Døgnbehandling kan for den enkelte pasient være en mulighet for å utforske en hverdag uten rusmidler, under trygge rammer i et støttende behandlingsmiljø. Dette ansees som viktige faser i prosessen mot reetablering og nyorientering. Ulike behandlingsinstitusjoner har ulike tilnærminger og opererer med ulike metodiske prinsipper. Noen har også en eklektisk tilnærming, som tilsier at de henter inspirasjon fra flere metoder som utgangspunkt for sitt arbeid. Nasjonale retningslinjer trekker frem kognitiv terapi, mentaliseringsbasert terapi, treningsterapi, motiverende intervju, AA-NA basert terapi som de behandlingsformene som forskningen utpeker med best resultater (Helsedirektoratet, 2014).

### 3.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ RELASJONER, MILJØTERAPI, FØLELSER OG MOTOVERFØRING

#### 3.1 Relasjon

Relasjon stammer fra latinske språket og betyr bringe tilbake. Ifølge Oxford dictionary defineres relation som: «The way in which two or more people or things are connected; a thing's effect on or relevance to another». En relasjon er altså noe man har til noe eller noen, en eller flere, hvor det eller den har en relevans ovenfor den andre (Schibbye, 2001).

#### 3.2 Den profesjonelle relasjonen

Relasjoner man inngår gjennom den profesjonelle rollen er annerledes enn relasjoner inngått privat. I psykisk helsearbeid kan relasjonen til pasienten forstås som en subjekt-subjekt relasjon. Intersubjektiviteten i relasjonen beskrives som den prosessen som oppstår mellom mennesker, hvor en felles livsverden skapes og deles. I denne prosessen skapes det også rom for å bringe inn det unike i relasjonen gjennom kommunikasjon og interaksjon, som skaper rom for det terapeutiske i relasjonen (Karlsson & Borg, 2013). Som hjelper er den terapeutiske relasjonen en helt essensiell faktor for å kunne forstå og yte helsehjelp (Holmqvist & Armelius, 1995). Holm (2005) viser til hvordan den enkeltes innstilling har betydning for interaksjonen i den profesjonelle relasjonen. Hjelper har et ansvar for å inneha kunnskap samt vise forståelse og bevissthet, både rettet mot pasienten, men også seg selv som hjelper. Hun peker på fem begreper som er viktige for å kunne opptre profesjonelt. Disse er kunnskap, selvinnsikt, empati, selvrefleksjon og selvdisiplin.

Kunnskap er i denne sammenhengen teoretisk og praktisk kunnskap om psykologiske prosesser og sosiale forhold som kan innvirke og påvirke den terapeutiske relasjonen (Holm, 2005). Hjelpers selvinnsikt er essensielt som del av den profesjonelle innstillingen. Bevissthet rundt egne følelsesmekanismer og reaksjoner, gjør det mulig for hjelper å møte utfordringer i den terapeutiske relasjonen på en konstruktiv måte. Dette gjør det den terapeutiske relasjonen bedre rustet når motgang oppstår (Holm, 2005). Empati viser til hjelpers evne til å leve seg inn i pasientens tanke og følelsesverden, for bedre å kunne forstå pasientens følelser og psykiske situasjon (Holm, 2005). Ved å ha en empatisk fremtoning, kan hjelper fange opp pasientens eksisterende, underliggende og ubevisste følelsesprosesser. Empati er en gjensidig prosess mellom hjelper og pasient, hvor begge er med på å påvirke hverandres følelser (Eide & Eide, 2007). Selvrefleksjon er evnen til å kunne se seg selv utenifra og reflektere over sin

egen innsats i samspillet med pasienten (Holm, 2005). Selvdisciplin handler om å ha disiplin nok til å avstå fra å handle ut i fra de følelsene som oppstår hos hjelper, enten positive eller negative. Det holder altså ikke bare med å være seg selv bevisst disse følelsene, men man bør avstå fra å agere ut i fra dem (Holm, 2005).

### 3.3 Den terapeutiske relasjonen

Det er bred enighet på tvers av fagmiljøet at den terapeutiske relasjonen har påvirkning og innvirkning på behandlingsutfallet og mulighet for endring. Men det virker å være uenighet om hvor stor påvirkning relasjonen har. En teori er at den består av tre elementer; den profesjonelle alliansen, den ekte relasjonen og overføring/motoverføringskonfigurasjonen. Den profesjonelle alliansen innehar tre faktorer. Et bånd mellom pasienten og hjelperen, en avtale mellom pasienten og hjelperen om mål for behandling og til sist enighet om en måte eller metode for å nå disse målene. Forskning viser til at den profesjonelle alliansen har stor betydning for endringsprosessen og behandlingsresultatet. Den ekte relasjonen, skiller fra den profesjonelle alliansen i et forsøkt på å synliggjøre den personlige relasjonen som oppstår gjennom den terapeutiske plattformen. Den ekte relasjonen baserer seg på realisme og genuinitet (Notater Hanne)

### 3.4 Miljøterapi som metode i relasjonsarbeidet

Miljøterapi har sin opprinnelse fra det psykodynamiske perspektivet og er en kjent tilnæringsmetode i de fleste institusjoner innenfor psykisk helse og avhengighet i dag (Haugsgjerd, et al., 2012; Peplau, 1999; Lillevik & Øien, 2015). Bakgrunnen for miljøterapeutisk tekning er at pasienten påvirkes av behandlingsinstitusjonen som helhet (Føyn & Shaygani, 2010).

Miljøterapi kan defineres som: *«en behandlingsform hvor en bevisst tilrettelegger alle organisatoriske, psykologiske, sosiale og kulturelle forhold med henblikk på institusjonen som helhet og alle relasjoner og hendelser skal fremme psykologisk utvikling hos pasientene* (Føyn & Shaygani, 2010, s. 191)

Miljøterapi er en terapeutisk virksomhet med en klar terapeutisk hensikt og virkning. Den bør kunne begrunnes faglig og være planlagt. Miljøterapien må også kunne nyttiggjøre seg av samhandlingen i samspillet med omgivelsen. Den skal bidra til fysisk, psykisk og åndelig vekst, den bør være preget av omsorg, anerkjennelse og respekt for den enkeltes egenverd og integritet (Lillevik & Øien, 2015). For å kunne skape dette er det fem universelle kvaliteter

som bør tilrettelegges for. Disse består av tilknytning og tilhørighet, trygghet, åpenhet, deltakelse og myndiggjøring. Her vil holdninger, etikk og menneskesyn være essensielle elementer for hvordan miljøterapien utføres. Gjennom miljøterapi ønsker man å mobilisere pasientens evne til selvhjelp med utgangspunkt i den enkeltes ressurser (Føyn & Shaygani, 2010). I de fleste døgninstitusjoner ligger miljøterapeutiske prinsipper til grunn for den daglige oppfølgingen av pasientene.

Fellesskapet er en viktig faktor i miljøterapi. Miljøterapi er et arbeid som utspiller seg i møter mellom mennesker, hvor både menneskenes styrke og muligheter, så vel som sårbarhet og avhengighet av hverandre, spiller seg ut. Miljøterapi tar utgangspunkt i pasientens ressurser, og miljøterapeuten benytter samspillet mellom pasienten, seg selv og de omkringliggende omgivelser på en rekke ulike arenaer både i og utenfor institusjonen, på en slik måte at det fremmer bedring (Lillevik & Øien, 2015).

### 3.5 Følelser i relasjonen

Den kulturelle forståelsen av følelser har gjennom tidene vært et yndet tema for filosofisk tenking og diskusjon. I vestlig filosofi har følelser stått i sterk kontrast og ofte vært underordnet fornuft «ratio». Platon mente at i motsetningene mellom fornuft og følelsene oppstår det en grunnleggende konflikt mellom to motstridene poler i menneskesinnet. Følelser er noe som «lurer oss» fra å opptre å tenke fornuftig og rasjonelt. Følelser blir derfor beskrevet som noe ukontrollerbart og primitivt, og kan potensielt utgjøre en trussel for menneskesinnet, vår moral, vår helse og vår fornuft. Handler man ut i fra følelser, kan resultatet bli lite moralsk. Fornuften er derfor objektiviteten vår, mens følelsene er subjektiviteten vår (Hjeltnes, 2013; Vetlesen, 1996). Aristoteles beskrev følelser som meningsfulle fenomener og drivkraften bak menneske, som kan bidra til å gjøre den enkelte i stand til å opptre fornuftig i viktige avgjørelser. Samtidig påpeker han viktigheten av å lære seg mekanismer for å ha kontroll over følelseslivet, slik at man kan lære seg å balansere de emosjonelle ytterpunktene på en konstruktiv måte. Slik blir man i stand til å erfare og uttrykke følelser på riktig vis (Hjeltnes, 2013). Følelser styrker troen på at vi har en «indre verden» eller en sjel som rommer vår subjektive virkelighet (Nyeng, 2006). Følelser er ekspressive som forteller noe om oss selv til andre rundt oss. Det skjer fysiologiske forandringer i kroppen, slik som svette, rødme og økt puls. Det skjer noe med kroppen vår, holdningen, måten vi går, vår ansiktsmimikk, som igjen er med på å kommunisere våre følelser ovenfor de rundt oss. Språket lar følelsene komme til uttrykk ved at man gjengir og formidler de, men er

også med på å skape og utvikle de. Å uttrykke følelser gjennom språket bidrar til å knytte mellommenneskelige bånd og muliggjør det enkelte individet å bli del av felleskapet (Nyeng, 2006). Følelsene gjenspeiler virkeligheten til den enkelte, og bidrar til å samhandle og kommunisere, enten verbalt eller nonverbalt. Kommunikasjonen i en profesjonell kontekst skal være preget av fagkunnskaper som retter seg mot kommunikasjon på et profesjonelt nivå (Eide & Eide, 2007, s. 18). I den profesjonelle kommunikasjonen er det viktig at hjelper har evnen til å være empatisk. Eide & Eide (2012, s. 36) forklarer at empati er ”evnen til å lytte, til å sette seg inn i en annen situasjon og til å forstå den andres følelser og reaksjoner.”

### 3.6 Motoverføring

Overføring og motoverføring er sentrale begreper hentet fra psykodynamisk teori som beskriver viktige sider ved den terapeutiske relasjonen. Overføring er de forventninger, holdninger og følelser pasienten har med seg i møte med hjelperen basert på erfaringer og opplevelser fra tidligere viktige relasjoner, dette er ofte et fokus i dynamisk terapi. Både pasienten og hjelperen er bidragsytere til å påvirke hverandres følelser (Føyn & Shaygani, 2010; Schibbye, 2011). Motoverføring er følelser, holdninger og opplevelser som vekkes i terapeuten eller hjelper i møte med den enkelte pasient (Dahl, 2013). Motoverføring oppstår i interaksjonen mellom pasienten og hjelper, og er unik for den relasjonen. Det har vært en historisk utvikling av motoverføringsbegrepet, og den teoretiske forståelsen av motoverføring kan deles inn i ulike synsmåter som det klassiske og det totalistiske (Kernberg, 1965) eller den subjektive og objektive motoverføringen (Winnicott, 1949). Det klassiske definisjonen ser motoverføring som terapeutens subjektive følelsesmessige reaksjon forankret i ubevisste og ubearbejdede konflikter i seg selv, også kalt den subjektive motoverføring. Denne formen for motoverføring er relativt ubevisst for terapeut eller hjelper. Den totale definisjonen ser motoverføringen, det vil si alle følelser og opplevelser som terapeuten har, som et instrument for å forstå pasientens relasjonelle væremåte og dens vansker. Den objektive motoverføring er en respons på interaksjonen til pasienten i den aktuelle situasjonen, som mange andre også kunne ha. Med andre ord kan følelsene terapeuten opplever, ha bakgrunn i fortiden eller den kan være en reaksjon på den aktuelle situasjonen, som gjerne er mer bevisst (Føyn & Shaygani, 2010). På tvers av de teoretiske perspektivene, er det enighet om at motoverføring oppstår som en konsekvens av det å stå i relasjoner til andre mennesker, og vil være tilstedeværende i alle former for relasjoner og relasjonsarbeid (Whyte, Constantopoulos & Bevans, 1982). Shaygani (2017) skiller mellom markante og subtile

motoverføringsreaksjoner i arbeid med rusmisbrukere. De markante motoverføringsreaksjonene er mer opplagte følelser som oppstår i et gitt scenario, som man er seg selv mer bevisst fordi følelsene er sosialt akseptert av flertallet. De subtile motoverføringsreaksjonene er i større grad ubevisste, og kan ofte være følelser som er vanskelig å akseptere for hjelper at den faktisk har.

### 3.7 Motoverføringsreaksjoner i klinisk praksis

Motoverføringsreaksjoner deles av Gelso & Hayes inn i overinvolvering, underinvolvering, positive og negative reaksjoner. Motoverføringsreaksjoner kan sees på som avvik fra den terapeutiske normalposisjon (Zachariassen, 2008). Det er dog flere som påpeker fordelene av å identifisere motoverføringsfølelser for å aktivt kunne bruke det terapeutisk i situasjonen. Dette kan forsterke den terapeutiske relasjonen (Shaygani, 2017). Ubearbeidede motoverføringsfølelser kan derimot være «giftig» for relasjonen, og kan resultere i at hjelper oppfører seg på en antiterapeutisk måte og ha negativ påvirkning på den terapeutiske relasjonen (Gelso & Hayes, 2007). Man kan utvikle for eksempel unngåelsesatferd ovenfor pasienten eller oppleve psykosomatiske plager som konsekvens av ubearbeidede motoverføringsfølelser over tid (Shaygani, 2017). Motoverføring er et resultat av gjensidige, relasjonelle prosesser, som hele tiden utfordres. Bevisstgjøring og bearbeiding av fenomenet er viktig for det terapeutiske arbeidet, og kan hjelpe både pasient og terapeut med ulike utfordringer som kan oppstå på veien mot målet (Føyn & Shaygani, 2010; Gelso & Hayes, 2007; Schibbye, 2011). Forståelse for hverandre oppnås ved å inkorporere bevisste og ubevisste følelser og behov, både hos pasienten og terapeuten. På denne måten skapes forutsetningene for en gjensidig og dynamisk relasjon (Schibbye, 2011).

Føyn & Shaygani (2010) påpeker tre forskjellige problematiske motoverføringsreaksjoner i klinisk praksis; «frelersyndromet», hvor det vekkes et intenst behov for å hjelpe nettopp den aktuelle pasienten. Det går ofte på bekostning av de andre pasientene, og pasienten blir en slags sentrum for oppmerksomhet. «Polsk riksdag» også beskrevet som splitting, hvor en pasient kan fremprovosere ulike følelser hos de forskjellige hjelperne i avdelingen, og det oppstår en konflikt mellom hjelperne. «Ingenting nytter» holdning, altså at håpløsheten pasienten opplever smitter over på hjelper, og resulterer i en passiv og uengasjert holdning fra hjelper.

Det er viktig å bearbeide og bevisstgjøre de negative følelsene hos hjelper slik at man ikke agerer utfra dem. Derfor anbefales det å søke veiledning, for bedre å kunne bearbeide, reflektere og bli seg selv bevisst følelsene knyttet til motoverføringen. Dette skaper rom for hjelperen til å bruke motoverføringsfølelsene til noe konstruktiv i behandlingen. Klarer hjelper dette, er det større sannsynlighet for et positivt behandlingsutfall (Gelso & Hayes, 2007).

## 4.0 FORSKNING PÅ FELTET

### 4.1 Et overblikk

Motoverføring har blitt operasjonalisert ved hjelp av ulike instrumenter som kartlegger følelsesopplevelser. Dette har gjort at man ser en økning i forskningen av motoverføringer de siste 10-15 årene. Rusepisoder i døgnbehandling virker generelt å være lite forsket på, men man ser noe mer forskning av rusepisoder, tilbakefall eller sidemisbruk i poliklinisk behandling. Det er forsket på motoverføring i behandlingen av rusmiddelavhengige pasienter, men det er ikke anvendt samme instrument som i aktuell studie for å måle følelsene. De studiene som tar for seg motoverføringer i rusbehandling er knyttet til poliklinisk behandling, og ikke døgnbehandling slik som respondentene i denne undersøkelsen har erfaring med. Når konteksten er døgnbehandling fremfor poliklinisk behandling kan det tenkes at resultatene viser andre funn, fordi man er tettere og bruker mer tid sammen med pasienten som hjelper. Jeg har ikke funnet forskning som omhandler situasjoner med rusepisoder som en mulig kilde til motoverføringsfølelser.

### 4.2 Søkeprosess

Det er forskning viser at rusepisoder forekommer generelt i behandlingen av rusmiddelidder. Likevel er det lite forskning knyttet til det sett opp mot døgnbehandling. Det er søkt gjennom ulike databaser som BIBSYS, CINAHL, Medline, PsychINFO, PsychArticles, Sve Med, Embase. EBSCO HOST. Følgende søkeord er blitt benyttet: *relapse, craving, inpatient treatment, during treatment drug use/in treatment drug use/abuse, drug abuse/use drug during addiction treatment, patient, hospital, health care workers, nurses, compliance, rehabilitation, relapse, treatment, addiction, countertransference, therapist feelings, relationship, therapeutic relationship, psychodynamic treatment, alliance*. Det ble forsøkt å søke på ulike kombinasjoner av de utvalgte ordene. Følgende norske søkeord er blitt benyttet; *døgnbehandling, motoverføring, følelser, utfordringer, rusmiddelbehandling, TSB, erfaringer, rusepisoder, tilbakefall, sidemisbruk, relasjon, terapeutisk relasjon, allianse, avhengighet, miljøterapi*. Utvalgt forskning er alle peer reviewed. Det har vært forsøkt å bruke primærkilder der det har vært mulig. Kildene som er anvendt er vurdert etter forfatterens fagbakgrunn, publikasjoner og generell tilknytning og status innen fagfeltet. Det er brukt forskningsartikler og rapporter for å støtte litteraturen og vice versa i studien.



### 4.3 Forskning på motoverføring

Dårlig impuls kontroll og relasjonelle skader kan ifølge forskning være med på å vekke sterke negative emosjonelle reaksjoner hos hjelper.

Betan et al. (2005) brukte The countertransference questionnaire, et annet instrument som er utviklet for å studere motoverføring. 79 ulike følelser, tanker og atferd er listet opp. De fant 8 faktorer: kritisert, utilstrekkelig, positiv, foreldre, overveldet, overinvolvert, seksualisert og uengasjert. De fant også at pasienter med mildere personlighetspatologi, fremkalte mer motoverføring knyttet opp mot foreldrekomponenten, sammenlignet med kompetent, utilstrekkelig og uengasjert motoverføring. De fant en sammenheng mellom motoverføring og pasienter med spesifikke personlighetsforstyrrelser. Røssberg, Karterud, Pedersen & Friis (2010), sammenlignet motoverføringsfølelser ved innkomst og utskrivning. Gjennomsnittlig skår på de positive faktorene gikk ned fra innkomst til utskrivning, mens gjennomsnittlig skår på de negative faktorene var nesten identiske fra innkomst til utskrivning. De fant ut at pasientenes selvrapporterte symptomer vekket spesifikke motoverføringsfølelser hos hjelper. Røssberg et. al. (2007) fant i sin kvantitative studie hvordan aggressive eller avisende pasienter oftere fører til at personalet føler seg hjelpeløse eller inkompetente. De påpeker en sammenheng mellom negative følelser hos personalet, tidlige utskrivelser og dårligere behandlingseffekt. Holmqvist & Armelius (1994) fant to overordnede dimensjoner; Hjelpsom og Distansert. Røssberg, Hoffart, & Friis (2010) fant også de samme overordnede komponentene som Holmqvist & Armelius (1994), men valgte ut flere følelseskomponenter og fordelte disse på syv subkomponenter. Subkomponentene under hovedgruppen Hjelpsom var; Omsorgsfull/Betydningsfull og Trygg. Under hovedkomponenten Distansert kom det fem subkomponenter som var Avvist, Vaktson, Kjedsomhet, Overveldet og Utilstrekkelig. Dahl, Røssberg, Bøgwald, Gabbard, & Høglend (2011) viste 4 komponenter; Trygg, Utilstrekkelig, Utkoblet og Forelder (Parental). Det var generelt lavt gjennomsnitt på alle komponentene. Røssberg & Friis, (2003) fant to positive komponenter (viktig, trygg) og fem negative (avvist, vaktson, kjedsomhet, overveldet, utilstrekkelig). Større grad av positive følelser fremfor negative. Pasientkarakteristika forklarte større variasjon i analysen innen de negative faktorene fremfor de positive. Holmqvist, (2000) beskriver hvordan pasienter med en borderlineproblematikk fremkaller færre avslappede og større grad av aggressive følelser i motsetning til pasienter med psykoseproblematikk. Holmqvist & Armelius (1996ab) fant at rundt 20 % av all variasjon i terapeutens følelser kunne forklares utfra den individuelle

pasient, mens 50% kunne forklares av terapeuten og 30% kunne forklares av den unike relasjonen mellom hjelper og pasient.

Holmqvist & Jeanneau (2004) brukte The Burnout Measure (BM) og FWC-30 for å undersøke sammenhenger mellom utbrenthet hos ansatte og følelser ovenfor pasienten. Høy gradering av utbrenthet var i stor grad knyttet til rapportering av negative følelser slik som hjelpsløs og avvist og lav gradering av utbrenthet ble knyttet til rapportering av positive følelser som hjelpsom og aksepterende. Ulberg et. al. brukte FWC-24 og fant i sin studie 4 komponenter. Jo eldre og mer erfaren hjelper er, jo mindre uengasjert og mer nøytrale blir de med tiden. Veiledning viste en klar sammenheng med å føle seg trygg, mindre utilstrekkelig og mer nøytral. Jo mer motstand fra pasienten, jo mer utilstrekkelig og uengasjert følte hjelper seg. Flere av de presenterte studiene viser sammenheng mellom motoverføring og ulike forhold ved pasienten, hjelper og behandlingsutfall, og underbygger viktigheten av hjelpers motoverføringer i relasjonsarbeidet.

#### 4.4 Forskning på rusbehandling, rusepisoder, dropout og allianse;

White, et al., 2014 fant i sin kvantitative studie at rusepisoder i substitusjonsbehandling er vanlig. De som tester positivt på ikke foreskrevne rusmidler under behandling har tre ganger større risiko for å bryte behandling. I behandling av rusmiddelavhengighet kan tilbakefall oppstå relativt raskt etter utskrivelse, eller allerede inneliggende i døgnbehandling (Brorson, Arnevik Rand-Hendriksen & Duckert, 2013). Cournoyer, Brochu, Landry, & Bergeron (2007) fant i sin studie sammenheng mellom terapeutens utholdenhet i behandlingen og risiko for dropout. Forhøyet risiko for dropout ble oppdaget når pasienten var lite forpliktet i behandling eller følte at terapeuten i liten grad forstod pasienten. Det sees en sammenheng mellom vurderingen av alliansen og dropout. Rosenthal, Blanck, & Vannicelli (1984) fant i sin kvantitative studie hvordan tonefallet som hjelper har når man omtaler pasienten samsvarer ofte med tonefallet i møtet med pasienten i rusbehandling. Studien setter søkelyset på hvordan hjelper omtaler pasienten og betydningen av tonefallet i møte med pasienten. Tonefallet kan ha betydning for den terapeutiske relasjonen og utfall av behandling.

#### 4.5 Forskning på motoverføring i rusmiddelbehandling

Najavits, et al, (1995), beskriver i sin kvantitative studie hvordan hjelper i større grad opplever intense og negative emosjonelle reaksjoner mot rusmiddelavhengige pasienter enn ellers i populasjonen, som kan være en faktor som påvirker behandlingsresultatet.

Emosjonelle reaksjoner som hjelper kan oppleve i behandlingen av pasienter med rusmiddelavhengighet kan påvirke behandlingsprosessen negativt. Emosjonelle reaksjoner som oppstår hos hjelper i møte med pasienter som lider av rusmiddelavhengighet, virker å være annerledes enn hos andre pasientgrupper. Det rapporteres om større grad av intense, negative følelser som kan tenkes å påvirke behandling i større grad enn i behandlingen av andre lidelser. Hjelper bør ha en lav grad av fiendtlig innstilling og kontrollbehov, høy grad av optimisme og håp i forhold til bedring hos pasienten og stor grad av empati og trygghet. Emosjonelle reaksjoner som man har sett påvirke behandlingsresultatet negativt er; kjedsomhet, kynisme, likegyldighet, skyld, maktkamp, tilbaketrekning, utbrenthet og intense, ustabile følelser rundt pasienten. Variasjonen av følelser er større i møte med utfordrende pasienter. Ved hjelp av et selvkonstruert instrument (REACT) fant de 4 faktorer; 3 negative og 1 positiv. Betydningen av de fire faktorene ble kategorisert på følgende måte; «terapeutens konflikt med seg selv», «terapeutens fokus på egne behov», «positiv forbindelse med pasienten» og «terapeutens konflikt med pasienten» Positive følelser hadde høyere gjennomsnitt enn negative. Hjelpers negative følelser slik som forvirring, kjedsomhet, utbrenthet, frustrasjon, hjelpsløshet og skuffelse ble forsterket med tiden. Positive følelser som ble forsterket med tiden var å bli verdsatt, ømhet for, hengivenhet. Negative følelser forsterket seg mer med tiden enn positive. Negative følelser i møte med rusmiddelavhengige pasienter er vanlig. Hjelper er i stand til å føle positive følelser, til tross for at pasientgruppen er kjent for å være utfordrende. De som er seg selv mer bevisst de negative følelsene som oppstår, har større sannsynlighet for å kunne relatere seg til pasientgruppen på en genuin og realistisk måte. Thylstrup & Hesse (2008) fant to overordnede dimensjoner med 7 subkomponenter; hjelpsom (viktig og trygg) og distansert (avvist, vaksom, kjedsomhet, overveldet og utilstrekkelig). De fant større variasjon i følelser av distanse hos hjelpere som jobber med pasienter med personlighetsforstyrrelser og avhengighetslidelse. Zweben (1989) utforsker hvordan motstand hos pasienten i rusmiddelbehandling kan utfordre hjelper, og påpeker viktigheten av at hjelper får god opplæring, oppfølging og jevnlig kunnskapsoppdatering. Vannicelli (2001) beskriver i sin artikkel hjelpers motoverføringer som kan oppstå i gruppeterapi av rusmiddelavhengige. Hun retter søkelyset på utfordrende følelser som oppstår som følge av tilbakefall og ruset atferd i gruppebehandling. Imhof, Hirsch, & Terenzi, (1984) beskriver motoverføringsreaksjoner som kan oppstå hos hjelper i behandlingen av rusmiddelavhengige pasienter, og fokuserer på mulige motoverføringer og konsekvenser av disse som kan påvirke behandlingsutfallet negativt. Flertallet av artiklene som omhandler motoverføring påpeker viktigheten av veiledning.

## 5.0 VITENSKAPSTEORI

### 5.1 Kunnskap, vitenskap og forskning

Kunnskap kan defineres som en legitimert sann oppfatning. For at man skal kunne oppnå legitimert sann oppfatning, er det tre betingelser som må være tilstede; sannhet, evidens og tro (Kvernbekk, 2002). Kaiser (2000) trekker ut fire forskjellige kilder til kunnskap, vitenskapelig ekspertkunnskap, folkelig kunnskap, praktiske ferdighets kunnskaper og taus kunnskap. Hverdagskunnskapen, også kalt common sense, er ofte utgangspunktet for etablering av vitenskapelig kunnskap. Forkunnskaper og forforståelse som forskeren tar med seg inn i forskningsprosjektet er helt essensielt for å kunne forstå virkeligheten. Det vil også ha betydning for hva man observerer og hvordan man som forsker velger å vektlegge og tolke materialet (Johannessen & Christoffersen, 2010; Johannessen, Tufte & Veiden, 2006). Vitenskapelig forskning utvikler kunnskap og teorier ut i fra en «verktøykasse» bestående av ulike normative prinsipper, metoder og instrumentelle teknikker. Dette vil bidra til reliabilitet, i form av at det er konsistens og tyngde i argumentene og kunnskapen som fremkommer (Kvernbekk, 2002). Mye empirisk forskning benytter seg i liten grad av teori, men benytter heller generelle begreper. Dette gjør ikke dog ikke forskningen svak av den grunn (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010)

### 5.2 Samfunnsvitenskapelig forskning

Det er i samfunnsvitenskapelig forskning ønskelig å innhente data og presentere funn som kan si noe om den sosiale virkeligheten vi lever i. Samfunnet og menneskene i det, er her essensielle for forskningen. Den subjektive erfaringen skaper grunnlaget for den vitenskapelige kunnskapen og har sitt utgangspunkt i epistemologisk vitenskapsteori. Dette studiet ønsker innhenter data gjennom de ansatte sin subjektive erfaring i en gitt setting. Derfor vurderes det at studien benytter seg av et epistemologisk perspektiv. Dette gir et grunnlag hvor hvordan jeg forstår kunnskap samt et utgangspunkt for hvilken kunnskap jeg leter etter og ønsker å oppnå.

Den epistemologiske vitenskapsteorien står i kontrast til ontologiske vitenskapsteori som er mye anvendt i naturvitenskapelig forskning. Forskningen baserer seg på å studere det observerbare, hvor objektet og objektiviteten står sentralt.

All form for vitenskapelig forskning etterstreber objektivitet, som ansees som en positiv verdi i forskning. Den sosiale virkeligheten og subjektet er stadig i endring, hvilket kompliserer den

vitenskapelige kunnskapen man generer ut i fra forskningen. Systematikk, grundighet og åpenhet er viktige prinsipper, og det foreligger strenge forskningsmessige krav for å kunne trekke slutninger (Kaiser, 2000).

Denne oppgaven har også en ideografisk tilnærming, som er knyttet til human- og samfunnsvitenskapen. Den studerer emner som omhandler de menneskelige aspektene ved vår tilværelse. I samfunnsvitenskapen tolker man virkeligheten. Kunnskapen vår er her basert på antagelser som er dynamiske i tid (Johannessen et. al., 2010). Den har samtidig en kritiserende og kulturell funksjon som gir oss muligheten til å stille spørsmålstegn til og få innsikt i fenomener som eksisterer i samfunnet vårt (Kaiser, 2000).

Den teoretiske forståelsen av den vitenskapelige metoden brukt i dette studiet, baserer seg altså på tenkningen om at man trekker generaliserende slutninger på bakgrunn av enkeltstående hendelser man observerer eller erfarer. Dette kalles for induktiv virksomhet. Ved induksjon går man fra premissene om de enhetene man undersøker, til en slutning som omhandler enhetene man ikke har undersøkt. Vitenskapelig forskning bruker ofte induktiv resonnering når man har begrensede data og ønsker på grunnlag av disse å trekke en induktiv slutning (Okasha, 2002). Kunnskapen blir en type sannsynlig «sannhet», fordi kunnskapen sannsynligvis samsvarer med virkeligheten, den er logisk konsistent, den er ofte nyttig eller fruktbar og den bygger på enighet mellom de personer det angår, også kalt intersubjektivitet (Johannessen, Tufte & Veiden, 2006,).

Kritikken av induksjon baserer seg på at man skaper kunnskap ut i fra noe ukjent. Flere har kritisert bruken av induktive slutninger ikke kan rettfærdiggjøres fordi vår kunnskap om den er bygget på antagelser om en verden vi ikke evidens for (Okasha, 2002). Ved bruk av induksjon løper man derfor en risiko for feilslutning, fordi man generaliserer kunnskap på vegne av noen som ikke er studert. Karl Popper lanserte demarkasjonskriteriet hvor han fremmet falsifiseringen som utgangspunktet for den vitenskapelige aktiviteten. Skal man oppnå noen form for sannhet, må man ta utgangspunkt i det usanne. Hensikten med den vitenskapelige aktiviteten er å falsifisere og avsløre usannheter, fremfor validering og avsløring av sannheten (Popper, 2002).

### 5.3 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet er et begrep som omhandler påliteligheten til selve gjennomførelsen av forskningsprosessen. For å kunne vurdere reliabiliteten, må en studere nærmere hvilke data som samles inn og hvor nøyaktig dataene er. Ved å undersøke måten de er innsamlet på og

hvordan de er behandlet i forskningsprosessen, kan en i større grad kunne vurdere om undersøkelsen er pålitelig. Kommer flere forskere frem til det samme har, forskningsprosjektet høy inter - reliabilitet (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

Begrepsvaliditeten er et viktig stikkord i induktiv tilnærming og sier noe om hvorvidt begrepene man anvender måler fenomenet man ønsker å utforske (Kvernbekk, 2002). I denne studien er eksempelvis følelser operasjonalisert ved hjelp av strukturert instrument som har vært anvendt av andre

Validitet skal bidra til kritisk vurdering av om virkeligheten er representert i utvalget av slik grad, at den kan legges til grunn for videre kunnskap. Validitet er ikke absolutt, men bør etterstrebes for å kvalitetssikre forskningen (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010, s. 69). Valideringen skal gjennomsyre hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2013) Det finnes ulike former for validitet, men det skilles hovedsakelig mellom begrepsvaliditet, intern og ekstern validitet (Johannessen et. al. 2010; Malterud, 2013). Begrepsvaliditet kan forstås som en måte å rettferdiggjøre hvordan man trekker ulike slutninger i forskningen (Kvernbekk, 2002, s. 25). Det stilles krav til dataene/empirien og hvorvidt observasjonen av de faktisk gjenspeiler representasjon av fenomenet i virkeligheten. Fremgangsmetoden og funnene er her viktig stikkord. Dette ansees som intern validitet. Ekstern validitet er med på å bidra til at forskningen kan være bli overførbar og forklares som muligheten for at funnene kan generaliseres. Bekreftbarheten er en måte å sikre at forskningen ikke bærer preg av forskerens subjektive holdninger (Johannessen et. al., 2010).

Forsker bør være selvkritisk til alle deler av forskningsprosessen. Vitenskapelig objektivitet oppnås ved å tilstrebe intersubjektivitet, ved blant annet å følge en vitenskapelig metode som kan etterprøves. Ved å etterprøve, kan andre forskere vurdere om slutningen er rasjonell. Dette kalles også for vitenskapelig rasjonalitet (Kaiser, 2000). Intersubjektivitet er med på å binde erfaringer og virkelighet mellom subjektene, med andre ord mellom forsker og respondentene eller andre forskere (Nyeng, 2012).

## 6.0 METODE

Metode oppgis å være det fremste verktøyet i utviklingen av rasjonell virksomhet innenfor vitenskap (Kvernbekk, 2002). Metoden defineres som en bestemt vei mot målet hvor metoden er veien og målet er kunnskapen. Veien skal bestå av innsamling, analyse og tolkning av data, og er en del av det som kalles for empirisk forskning. Metoden skal være et hjelpemiddel og et verktøy for at forsker på best mulig måte kan utforske om antagelsen, problemstillingen er riktig eller ikke (Johannessen et. al. 2010).

Metoden skal sikre at resultatene ikke bare viser ønskede resultater, men har til hensikt å etterse resultatenes validitet og reliabilitet, og fungerer derfor som en normativ faktor innen forskning (Kvarv, 2010).

Det skilles hovedsakelig mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Ved bruk av kvantitativ metode ønsker man å telle opp fenomener for å kartlegge en utbredelse i et større utvalg eller populasjon, ofte gjennom undersøkelser i form av strukturerte spørreskjema. Man studerer bredden av tema fremfor dybden, som er mer vanlig knyttet til kvalitativ metode (Johannessen et al., 2010). I denne studien anvendes det kvantitativ metode for innhenting av data og analyse.

### 6.1 Forskningsdesign

Studien var deskriptiv og hadde et retrospektiv design. Det ble anvendt et strukturert spørreskjema for innhenting av data. Det ble utført en tverrsnittsundersøkelse som innebærer at det ble innhentet data fra en avgrenset periode. Denne typen forskningsdesign kan gi et innblikk i hvordan respondentene erfarer et gitt scenarioet på et bestemt tidspunkt, og egner for best i tilfeller der man ønsker å få en oversikt eller danne nye problemstillinger for videre forskning (Johannessen et. al, 2010).

### 6.2 FWC-58

Feeling word checklist (FWC)- er et instrument som kartlegger følelsestilstander, og ble brukt til å fange opp ulike motoverføringsfølelser. FWC har vist seg å være et egnet verktøy på tvers av teoretisk perspektiv. I 1982 laget Whyte, Contantopoulos & Bevans første utgave av FWC, et skjema som da bestod av 30 ulike emosjonelle følelser som kunne bli aktivert i møte med pasienten. De testet så dette skjemaet på sykepleiere som jobbet på en psykiatrisk enhet. På denne måten kunne de undersøke ulike følelser som oppstod i møte med den enkelte pasienten og om dette kunne knyttes opp mot motoverføring.

Det eksisterer i dag flere ulike versjoner av FWC. Det som skiller de er antall følelser listet opp og hvordan spørsmålet og svaralternativene er formulert og presentert. FWC- 58 som brukes i denne studien består av 58 følelser, hvor svaralternativene er gradert med Likert skala 0-4. Det er anvendt den norske versjonen av FWC-58, oversatt av Asle Hoffart og Svein Friis i 1995

### 6.3 Utvalgsstrategi

Det er registrert 3613 årsverk med helse og sosialfaglig utdanning i TSB (Statistisk sentralbyrå, 2017). For å kunne finne et representativt utvalg, ble det tatt utgangspunkt i listen over døgnenheter som deltok i den nasjonale undersøkelsen gjort av kunnskapssenteret om pasienterfaringer med døgnopphold i TSB (Kunnskapssenteret, 2015).

Døgnenhetene ble stratifisert etter privat eller offentlig sektortilhørighet. Etter stratifiseringen, ble det gjennomført en tilfeldig utvelgelse av enhetene. Enhetene ble så kontaktet på ledernivå og spurt om det var interesse for deltagelse.

Utvalget bestod av helsearbeidere som jobbet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Med helsearbeidere beskrevet i problemstilling var det ikke nødvendig med helsefaglig profesjonsbakgrunn, men det var nødvendig at respondenten jobbet med helserelaterte problemstillinger i sitt arbeid, arbeidet klinisk og hadde direkte pasientkontakt. Videre kriterier var at man skulle jobbe ved en døgnenhet i TSB. De som stilte disse kriteriene var aktuelle respondenter for undersøkelsen.

### 6.4 Gjennomføring av undersøkelsen

Spørreskjemaet var først utarbeidet og tenkt at den skulle distribueres direkte til utvalgte respondenter. Etter flere tilbakemeldinger fra lederne, ble det enighet om å endre utsendelsen slik at lederne kunne sende den til sine ansatte via en link. Begrunnelsen var at noen ledere ikke ønsket å sende ut mailadresser til sine ansatte.

Avtalen med den enkelte leder var at de skulle sende en oversikt over hvor mange ansatte mailen hadde blitt sendt ut til, slik at det var mulig å regne ut et brutto/nettoutvalg. De fleste ledere sendte undersøkelsen ut til alle på sin epostliste, inkludert sykemeldte, de som var i reduserte stillinger, svangerskapspermisjon, administrasjon og merkantil. Noen gav eksakte tall på hvor mange som mailen hadde blitt sendt til som ikke stilte kriteriene og /eller var på noen måte forhindret fra å svare på grunn av overstående årsaker, og noen ikke. En leder valgte å spørre sine ansatte på forhånd om spørreundersøkelsen kunne være av interesse, og sendte den videre ut til aktuelle respondenter som hadde meldt sin interesse. I dette tilfelle oppgav ikke leder hvor mange som i utgangspunktet hadde blitt spurt, bruttoutvalget ble



derfor de som hadde meldt sin interesse. En leder ønsket at påminnelse/purring skulle skje i direkte dialog med ansatte som hadde fått linken gjennom leder, og sendte meg adressen til alle som hadde mottatt linken. Videre dialog skjedde direkte med disse aktuelle respondentene.

Spørreskjemaet var anonymt, og forsker hadde ikke tilgang på sensitiv informasjon om respondentene. Av hensyn til forskningsetiske regler var det tilrettelagt for at respondentene kunne trekke sin besvarelse hvis ønskelig. I informasjonsskrivet innledningsvis ble derfor alle oppfordret til å be om kvittering, slik at de kunne få id nummeret sitt på mail, og eventuelt spores via id nummeret ved behov.

Av samme grunn var det ikke mulig å vite hvem av bruttoutvalget som hadde svart eller ikke. Det ble derfor sendt ut totalt tre påminnelser til alle deltagerne i utvalget, med noen ukers mellomrom, avhengig av helligdager. Undersøkelsen var åpen for deltagelse fra 21. februar til 14. mai.

### 6.5 Spørreskjema

Spørreskjemaet ble digitalt distribuert per mail. Den bestod av totalt 73 spørsmål og var tredelt. Første delen av spørreundersøkelsen bestod av fem demografiske spørsmål som var tenkt skulle beskrive demografiske variablene i utvalget. Videre var det tre spørsmål rettet mer mot organisasjonsnivået, slik som sektortilhørighet, tilbud om veiledning og praktisering av nulltoleranse. Den første delen av spørreskjemaet ble avsluttet med noen spørsmål om respondentens befatning med rusepisoder i døgntilbeholdning, samt frekvens. Hvis man svarte nei på spørsmålet «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?» fikk man ikke anledning til å gå videre i undersøkelsen. Dette var tenkt for å skjerme respondenter fra å måtte svare på unødvendige mange spørsmål, og som ansees som forenlig med NSD sine forskningsetiske prinsipper (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). Hoveddelen av spørreskjemaet ble innledet med at den enkelte respondent skulle tenke ut en spesielt utfordrende situasjon, og ble spurt som følgende; *«Bruk noen minutter til å tenke ut en situasjon/hendelse hvor en pasient hadde inntatt rusmidler på post og/eller var ruset på posten, og som du husker som spesielt utfordrende; hvilke av de følgende følelsene oppstod hos deg»*

Videre utarbeidet jeg en digital versjon av kartleggingsverktøyet FWC-58, et validert instrument som skal bidra til å identifisere motoverføringsfølelser hos helsepersonell utarbeidet og oversatt av Hoffart & Friis (1995) Respondentene graderte 58 følelsesladede ord, knyttet opp mot den selvvalgte «utfordrende situasjonen» beskrevet ovenfor.

Avslutningsvis ble det listet opp tre spørsmål knyttet til den selvvalgte hendelsen, som var tenkt skulle identifisere hvilke rusmidler som var mest frekvente, hvorvidt pasienten ble utskrevet eller ikke som konsekvens, samt hvorvidt og i hvilken grad respondentene opplevde at hendelsen påvirket alliansen til pasienten.

Spørreskjemaet ble designet elektronisk av forsker selv, og nettportalen som ble anvendt er Nettskjema.no, i regi Universitetet i Oslo.

Det er utført en prestudie på venner og bekjente, hvor flere versjoner av pilotskjemaet ble utprøvd som et ledd i utarbeidelsen av den endelige versjonen.

## 6.6 Forskningsetiske prinsipper

Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (2017), Lov om behandling av personopplysninger (2015) og Helsinkideklarasjonen (2013) ble tatt til følge i dette studiet. Det er i undersøkelsen bli spurt om indirekte personopplysninger, slik som kjønn, alder og yrke, og dette er lagret elektronisk Studien har derfor blitt meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). NSD fungerer som personvernombudet for forskning og deres forskrifter har blitt fulgt. NSD behandlet søknaden og konkluderte med at prosjektet var regulert av §7-27 i personopplysningsforskriften og godkjente at prosjektet kunne gjennomføres (se vedlegg). Det ble mottatt et stipend fra Norsk Sykepleier Forbund (NSF).

## 6.7 Statistiske analyser

I statistikk skiller man mellom ikke parametriske statistikk og parametriske statistikk. Det som hovedsakelig skiller de er standarden for nøyaktigheten i utregningen, samt evnen til å generalisere fra utvalg til populasjon.

I ikke parametriske analyser brukes ofte median eller mode som sentraltendens. Ikke parametriske analyser ansees som mindre følsomme for ekstremverdier og skjevheter, siden de ikke følger så rigide standarder for generalisering og overføring av utvalgets karakteristikk til øvrig populasjon, slik som parametriske analyser. Parametriske analysetester er mer nøyaktige, og anvender for eksempel gjennomsnitt som sentraltendens. Parametriske analysetester følger strikte standarder for å kunne generalisere og overføre funnene til øvrig populasjon på grunnlag av utvalget i undersøkelsen. For å kunne bruke parametriske tester, fordrer det derfor en størst mulig grad av normalfordeling, uten store skjevheter i verdiene. Man bør anvende parametriske tester såfremt man har den riktige typen data (Pallant, 2013). Analyseprogrammet som ble anvendt var SPSS versjon 23. Det ble utført deskriptive analyser for å gi et bilde av utvalget ut fra den generelle frekvensen og prosentandelen. Videre ble det

utført analyser for å identifisere om det var noen sammenhenger mellom variablene ved hjelp av korrelasjonsanalyse, og likheter og forskjeller ved å gruppere utvalget og gjøre en T test, og en faktoranalyse. Disse som utdypes nærmere i neste avsnitt.

## 6.8 Faktoranalyse

Faktoranalyse er en fellesnevner for ulike parametriske analyseteknikker som har til hensikt å gruppere og forenkle utvalgte variabler. Hvordan variablene grupperes, avhenger av hvilken analyseteknikk som anvendes. Det skiller hovedsakelig mellom en Principal Component Analysis (PCA) og Factor Analysis (FA), som er like på mange måter, men også veldig ulike. Begge bruker lineære kombinasjoner av variablene på en slik måte at den fanger mesteparten av variasjonen i korrelasjonsmønsteret. De skiller seg ved at PCA bruker hele variasjonen i variablene, mens FA bruker matematiske utregninger for å estimere de ulike grupperingene ved kun å inkludere de variasjonene som deles med andre variabler. Det er disse som utgjør grunnlaget for FA grupperingen. Det er mulig å gjøre en eksplorerende faktoranalyse eller en konfirmerende faktoranalyse. Eksplorerende faktoranalyse er vanlig å benytte seg av når en ønsker å tilegne seg kunnskap om forholdet mellom variablene, mens konfirmerende er mer anvendt når man ønsker å teste ut en hypotese eller teori. Ved faktoranalyse brukes ordet faktorer, ved PCA anvendes komponenter. Komponentene er i denne undersøkelsen et resultat av en oblique rotasjon, og viser den sammenlagte variasjonen av de korrelerte variabler. Komponentene gjenspeiler ikke nødvendigvis den underliggende responsen som respondentene har gitt (Tabachnick & Fidell, 2007).

### 6.8.1 Kriterier for å kunne anvende en faktoranalyse

For å kunne gjennomføre en PCA er det to viktige kriterier som bør være oppfylt. Første kriteriet er utvalgsstørrelsen, den andre er styrken på relasjonen mellom utvalgte variabler. Utvalgsstørrelsen er omdiskutert i litteraturen, og det virker som det er lite enighet om en standard i forhold til størrelsen på utvalget. Noen påpeker minimum 300 respondenter (Tabachnick & Fidell, 2007), andre påpeker at komponentstabiliteten ikke påvirkes av hvor mange observasjoner det er per variabel (Friedman & Gelso, 2000). Tommelfingerregel virker å være; jo flere, jo bedre (Pallant, 2013). Verdien til variablene som fremkommer i komponentene, også kalt ladningene, gir ifølge Tabachnick & Fidell(2007) en pekepinn om størrelsen på sammenhengen mellom komponenten og variabelen. Verdier over  $> ,63$ -, $70$  ansees som veldig bra, verdier  $> ,71$  ansees som utmerket Verdier  $< ,45$  viser at den enkelte

variabelen har svak sammenheng med komponentene. (Johannessen, 2009; Pallant, 2013; Tabachnick & Fidell, 2007).

Det var et mål å utføre en eksplorerende faktoranalyse ved hjelp av PCA av de 58 variablene i FWC-58. Dette var gunstig med tanke på å forenkle datagrunnlaget og gjøre den mer oversiktlig og forståelig. Samtidig er PCA også en mye anvendt analyse i andre forskningsprosjekter hvor FWC er brukt. Det var derfor et mål å se hvorvidt analysen lot seg gjøre, og se om grupperingene kunne vise sammenhenger med hva annen forskning viste.

### 6.9 T-test og korrelasjonsanalyse

Det ble utført en T test for uavhengige utvalg, også en parametriske test. Denne har til hensikt å analysere forskjeller i gjennomsnittet mellom grupper i utvalget. Det er flere kriterier som må oppfylles for et så nøyaktig som mulig resultat. Det er forventet at skalaen er på intervall eller forholdstallsnivå. Utvalget skal være randomisert. Det må også være uavhengige målinger, det vil si at utvalget ikke er påvirket av hverandre på noen måte. Det bør være normalfordeling mellom gruppene.

Det var ønskelig å se om det var sammenhenger mellom de forskjellige følelseskomponentene og andre utvalgte variabler. Derfor ble den parametriske korrelasjonstesten Pearsons R, også kalt produktmomentkorrelasjonskoeffisienten  $r$  kjørt. Korrelasjonsanalysen har til hensikt å detektere styrken og retningen på den lineære sammenhengen mellom variabler. Verdiene i en korrelasjonsanalyse ( $r$ ) strekker seg fra  $-1$  til  $1$ , hvor  $r = .10$  til  $.29$  ansees som lav,  $r = .30$  til  $.49$  ansees som medium og  $r = .50$  til  $1$  ansees som høy. Verdiene er uavhengig av om korrelasjonen er positiv eller negativ. Før korrelasjonsanalysen er det vanlig å kjøre en scatterplot analyse, for visuelt å oppdage eventuelle ekstreme verdier, som kan påvirke korrelasjonsanalysen (Pallant, 2013).

## 7.0 RESULTATER

### 7.1 Brutto/nettoutvalg

Av et bruttoutvalg på totalt 282 mulige respondenter, var nettoutvalget som registrerte sitt svar totalt 120 respondenter. Dette utgjorde en svarprosent på 42,55 %. Oversikt over respons kan sees i tabell 1.0. Med et konfidensnivå på 95 %, som ifølge Johannesen et al. (2010) er vanlig innenfor samfunnsvitenskapelig forskning, vil feilmarginen på analysene være på +/- 6,8 %

I infoskrivet innledningsvis i spørreskjemaet ble det informert om kriteriene for deltagelse. På tross av dette ble det valgt å lage et kriteriespørsmål innledningsvis; «*Jobber du i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), herunder døgnbehandling og har direkte pasientkontakt*», som skulle sortere ut eventuelle respondenter som ikke stilte kriteriene. Ved å svare «nei» på dette spørsmålet og «send» avsluttet spørreskjemaet, men det ble fortsatt registrert som svar. Totalt var det registrert 120 respondenter. I tabell 1.0 ser man at totalt 6 respondenter ikke stilte kriteriene, derfor ble disse fjernet fra datagrunnlaget.

### 7.2 En demografisk presentasjon av respondentene

Tabell 1.0 viser at utvalget bestod av flere kvinner enn menn. Respondentene var jevnt fordelt på alder, størst representert var aldersgruppen 45-54 år med 31,6 %. Flertallet hadde bachelor eller høyere utdanning, 87,6 %. En respondent valgte å ikke svare på dette spørsmålet. Det var en overvekt av sykepleiere 36%. Utvalget virket jevnt fordelt ut i fra klinisk erfaring, med størst representasjon av gruppe 8-15 års klinisk erfaring med 35,1%. Flertallet jobbet i offentlig sektor 50,9%.

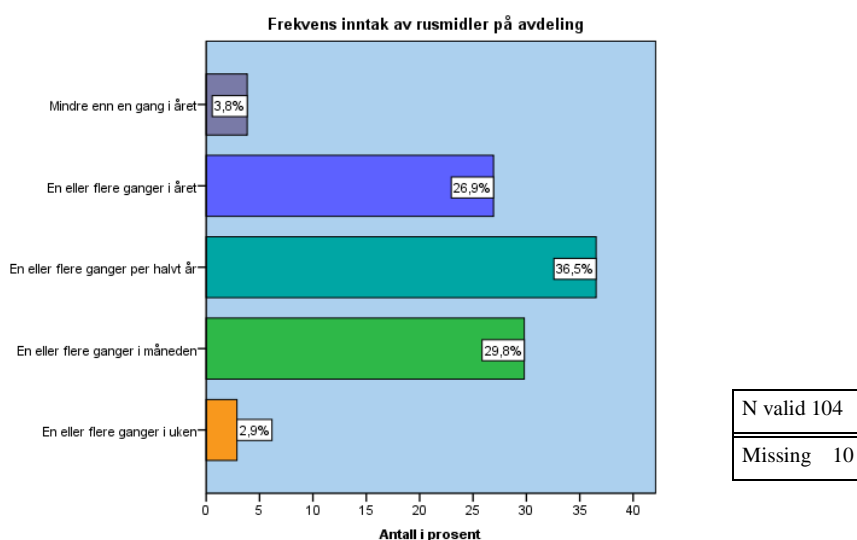
I tabell 1.0 oppgav 59,6 % av respondentene at helseinstitusjonen de jobbet ved tilbydde organisert faglig veiledning til sine ansatte, mens 40,4 % oppgav at de ikke fikk tilbud om dette ved helseinstitusjonen de jobbet ved.

Tabell 1.0 viser hvorvidt det var nulltoleranse ved inntak av rusmidler ved helseinstitusjonen de jobbet ved. Slik ble dette utdypet: «*med nulltoleranse menes at pasienter blir skrevet ut av døgnbehandling som en direkte konsekvens av inntak av rusmidler og/eller ruset atferd på post*»

Tabell 1.0 viser at 43,9% av respondentene oppgav at helseinstitusjonen de jobbet ved hadde nulltoleranse for inntak av rusmidler og/eller ruset atferd på posten, 56,1% oppgav at de ikke opererte med en slik regel.

Tabell 1.0 Demografiske variabler		
Variabel	Verdi	N (%)
Kriterier for deltakelse(TSB, døgn, klinisk kontakt)	Ja	114 (95)
	Nei	6 (5)
	N tot	120 (100)
Kjønn	Kvinne	81 (71,1)
	Mann	33 (28,9)
	N tot	114 (100)
Alder	18-24	1 (0,9)
	25-34	28 (24,6)
	35-44	29 (25,4)
	45-54	36 (31,6)
	55-70	20 (17,5)
	N tot	114 (100)
Høyere utdanning etter videregående	Ingen	5 (4,4)
	Ettårig	4 (3,5)
	Bachelor	48 (42,5)
	Videreutdannin g/spesialisering	40 (35,4)
	Master	16 (14,2)
	Ikke svart	1
	N tot	n113 (100)
Profesjonsbakgrunn	Ingen	2 (1,8)
	Hjelpepleier	4 (3,5)
	Sykepleier	41 (36)
	Sosionom	17 (14,9)
	Barnevernsped	3 (2,6)
	Fysioterapeut	2 (1,8)
	Vernepleier	17 (14,9)
	Psykolog	13 (11,4)
	Lege	3 (2,6)
	Annet	12 (10,5)
	N tot	114 (100)
	Klinisk erfaring	0-3
4-7		16 (14)
8-15		40 (35,1)
over 16		35 (30,7)
N tot		114 (100)
Offentlig eller privat helseinstitusjon	Offentlig	58 (50,9)
	Privat	56 (49,1)
	N tot	114 (100)
Organisert faglig veiledning	Ja	68 (59,6)
	Nei	46 (40,4)
	N tot	114 (100)
Nulltoleranse for inntak av rusmidler	Ja	50 (43,9)
	Nei	64 (56,1)
	N tot	114 (100)

I tabell 1.1 kan man se at av N 114 respondenter bekreftet 104, som utgjør 91,2% av respondentene, å ha opplevd episoder der pasienter inntok rusmidler mens de var inneliggende til døgnbehandling. 8,8 % hadde ikke opplevd dette fenomenet. Datamaterialet fra disse 104 deltagerne ble grunnlaget for videre analyser. Figur 1 kan man se 36,5 % som opplevde inntak av rusmidler hos pasienter med en frekvens på en eller flere ganger hvert halvår. 29,8 % av respondentene opplevde dette en eller flere ganger i måneden, etterfulgt av 26,9 % som opplevde dette en eller flere ganger i året.



Figur2

I tabell 1.1 ser man hvilke rusmidler som var antatt inntatt ved rusepisoden. Her var det mulighet for å krysse av for flere alternativer. De rusmidlene oftest rapportert var tilfeller av blandingsinntak (53,8 %), hvor flere rusmidler ble inntatt. Ved monoinntak var det henholdsvis benzodiazepiner, alkohol, amfetamin/metamf., heroin og cannabis som var mest rapportert. 17,3 % svarte annet/vet ikke på spørsmål om hva pasienten hadde inntatt.

I tabell 1.1 ser man hvorvidt den enkelte deltakeren syntes rusepisoden påvirket alliansen til pasienten. 91,3% av svarene var gradert mellom fra «i liten grad», «i noen grad», «i stor grad».

Tabell 1.1 Befatning med rusepisoder		
Variabel	Verdi	N (%)
Opplevd rusepisoder på avdeling		
	Ja	104(91,2)
	Nei	10 (8,8)
	N tot	114 (100)
Rusmidler anvendt		
	Alkohol	9 (8,7)
	Cannabis	1(1,0)
	Amfetamin	7 (6,7)
	Heroin	3 (2,9)
	Benzodiazepiner	10 (9,6)
	Blandet	56 (53,8)
	Annet/vet ikke	18 (17,3)
	ekskludert	10 (8,8)
	N tot	104 (100)
Pasient ble skrevet ut som konsekvens		
	Ja	43 (41,3)
	Nei	61 (58,7)
	N tot	104 (100)
Påvirket allianse		
	Ikke i det hele tatt	1 (0,9)
	I liten grad	28 (24,6)
	I noen grad	29 (25,4)
	I stor grad	36 (31,6)
	ekskludert	
	N tot	104 (100)

### 7.3 Gjennomgang av faktoranalysen

Første ledd i prosessen var å se nærmere på hvorvidt de 58 følelsesvariablene var egnet for en PCA. Ved å studere «correlation matrix», så man hvorvidt det var tilstedeværelse av «coefficients» med verdi over 0,3(se vedlegg). I analysen var det flere med verdier over 0,3. I tabell 2.1, kan man se Kaiser-Meyer-Olkin verdien som var på 0,673, hvor nedre anbefalte grense er 0,6. Verdien på Bartlett`s test of Sphericity gav svar på om den var signifikant, og bør være 0,05 eller mindre (Pallant, 2013). Analysen viste en signifikansverdi på ,000. Ut i fra disse resultatene ble det vurdert hensiktsmessig å ta i bruk PCA, på tross av at Kaiser-Meyer-



Olkin verdien var i nedre sjiktet over hva som er anbefalt, samt at utvalgsstørrelsen kunne ansees som for liten, som diskuteres nærmere i metodediskusjonen.

PCA analysen viste totalt 16 komponenter med «total eigenvalue»  $> 1$ . Disse utgjorde totalt 73,1% av den respektive variansen. «Screeplot» viste en tydelig endring i kurven etter 4 og etter 8. Dette tydet på at antall komponenter var mellom 4-8.

I tillegg ble det anvendt en parallellanalyse, Monte Carlo PCA, som skulle være en bidragsyter i arbeidet med utvelgelsen av antall komponenter. Denne viste 4 komponenter med eigenvalue over  $>1$  som overgikk den korresponderende verdikriteriumet i den randomiserte datamatriksen. Dette understøttet at det burde velges ut fire komponenter. Disse fire komponentene utgjorde 42,9 % av den totale variansen, med henholdsvis 19,2 % for komponent 1, 12,2% for komponent 2, 6,7% for komponent 3 og 4,7% for komponent 4. For videre å kunne analysere disse 4 komponentene, ble det anvendt en «promax rotation», som analyserer sammenhenger mellom variablene. PCA analysen ble kjørt på nytt, med Promax rotation og fire utvalgte komponenter. I pattern matrix så man en tydelig, enkel struktur, med sterkt ladede variabler på hver enkel faktor, og med få variabler som ladet på flere faktorer.

Alle variabler (coefficients compress) med verdier  $< ,45$  ble ekskludert, da verdier under dette viser å ha svak sammenheng med komponenten.

Det er i følge Pallant (2013) ønskelig med en så ren komponenttilhørighet som mulig, og en mulighet er å fjerne variablene fra analysen for å etterkomme dette. Totalt ble 3 følelsesvariabler fjernet. «flink» ( $n=104$  gj= $1,33$  sd= $1,07$ ) og «likegyldig» ( $n=104$  gj= $.38$  sd= $.766$ ) var alle variabler som fremkom på flere komponenter samtidig, noe som tilsa at de hadde en ren komponenttilhørighet til en komponent, men viste sammenheng med flere komponenter. Følelsen «objektiv» ( $n=104$  gj.=  $1,83$  sd =  $1,03$ ) virket i liten grad å passe inn med følelseskomponent 1. Derfor ble kjøres en interkorrelasjons test ved hjelp av Pearssons R mellom følelsene i hver komponent. Denne viste lav korrelasjon mellom «objektiv» og de andre følelsene i denne komponenten. Det ble derfor vurdert hensiktsmessig å fjerne disse følelsene .

PCA analysen ble kjørt på nytt med Promax rotasjon (oblique), med coefficient  $>,45$ .

De fire komponentene fremstod i stor grad som unipolare faktorer, med liten tilstedeværelse av både negative og positive ladninger i sin komponent, slik som bipolare komponenter fremstår (Holmqvist & Armelius, 1995). I tabell 2.0 kan man se de endelige 4 komponentene. Å navngi komponentene var en prosess bestående av mellom annet å utforske hvilke følelsesvariabler som ladet ved hver komponent og hvor sterk denne ladningen var. Deretter

ble de sammenlignet mot følelseskomponenter funnet i øvrig forskning på FWC. Følgende navn ble valgt ut; Komponent 1): «*Avvist*». Komponent 2): «*Omsorgsfull/betydningsfull*» Komponent 3): «*Vaktsom/lei*». Komponent 4): «*Trygg*». Komponentene inneholder 37 av de opprinnelige 58 følelsene

Komponentene stod for henholdsvis 43 % av den totale variansen. Komponent 1) inneholdt totalt 10 følelsesvariabler og stod for 20,3 % av variansen, komponent 2) inneholdt 10 følelsesvariabler, og stod for 12,1 % av variansen, komponent 3) hadde 10 følelsesvariabler, og stod for 6,2 % variansen. Til slutt komponent 4) med 7 følelsesvariabler og stod for 4,6 % av variansen

Tabell 2.0															
Faktoranalyse (PCA analyse)															
Pattern Matrix Komponenter (N=104)															
Avvist				Omsorgsfull/Betydningsfull				Vaktsom/Lei				Trygg			
Følelse	Ladning	Gjennomsnitt	Standard avvik	Følelse	Ladning	Gjennomsnitt	Standard avvik	Følelse	Ladning	Gjennomsnitt	Standard avvik	Følelse	Ladning	Gjennomsnitt	Standard avvik
Nedvurdert	0,81	.45	.709	Medfølelse	0,85	1,85	.993	Mistenksom	0,83	1,61	1,11	Roilig	0,82	2,24	1,07
Skyld	0,80	.21	.586	Omsorgsfull	0,83	1,98	.935	Lei av	0,74	1,01	.090	Full kontroll	0,77	1,64	1,00
Fjern	0,75	.16	.464	Interessert	0,71	1,76	1,08	På vakt	0,69	1,98	1,22	Oversikt	0,75	1,82	1,05
Betydningsløs	0,74	.46	.775	Ømhet for	0,71	1,29	1,11	Forutinntatt	0,67	.63	.848	Avslappet	0,69	1,07	.998
Dum	0,71	.45	.762	Tilstedeværelse	0,68	2,14	.949	Trett	0,66	.86	1,03	Trygg	0,68	2,06	1,14
Nedtrykt	0,70	.63	.825	Innlevende	0,65	1,28	1,03	Frustrert	0,62	1,58	1,06	Sterk	0,60	1,39	1,09
Bestemt over	0,67	.59	.899	Mottakelig	0,62	1,45	1,03	Dominerende	0,57	.60	.854	Hjelpesløs	-0,49	.98	.955
Pinlig berørt	0,66	.22	.502	Hjelpsom	0,60	1,87	1,07	Sint	0,54	.85	.733				
Tom	0,58	.94	.984	Betydningsfull	0,54	1,06	1,07	Kjedsomhet	0,49	.24	.566				
Slem	0,45	.46	.709	Moderlig	0,50	.80	.907	Opphøyd	0,47	.28	.689				
Component Correlation Matrix															
Komponent	Avvist	Omsorgsfull/Betydningsfull	Vaktsom/lei	Trygg											
Avvist	1,000	0,246	0,570	-0,403											
Omsorgsfull/Betydningsfull		1,000	0,331	-0,059											
Vaktsom/Lei			1,000	-0,301											
Trygg				1,000											

#### 7.4 Korrelasjonsanalyse og gjennomsnittsanalyse av veiledning, allianse og de fire komponentene

I tabell 3.0 kan man se en korrelasjonsanalyse ved hjelp av Pearsons produkt-moment korrelasjonskoeffisient. Man oppdaget en statistisk signifikant positiv korrelasjon mellom Påvirkning av allianse, Avvist og Vaktsom ( $r=0.314$ ,  $p=0,001$ ,  $r=0.235$ ,  $p=0.016$ ). Det var en statistisk signifikant negativ korrelasjon mellom Påvirkning av allianse og Trygg ( $r=-0.216$ ,  $p=0,027$ ).

Ved å skille de som har fått veiledning kontra de som ikke fikk det, og se hvordan korrelasjonene mellom komponentene og allianse fordelte seg ut i fra gruppene, kan man i tabell 3.1 se en tydelig forskjell mellom de som fikk veiledning og de som ikke fikk veiledning, sett i sammenheng med korrelasjonene mellom komponentene og allianse fra tabell 3.0.

Tabell 3.0						
Korrelasjoner mellom påvirkning av allianse og følelseskomponentene						
		Påvirkning av allianse	Awist	Omsorgsfull	Vaktsom	Trygg
Påvirkning av allianse	Pearson Correlation ( <i>r</i> )	1	,314**	0,085	,235*	-,216*
	Sig. (2-tailed)		0,001	0,388	0,016	0,027
	Variasjon %		9,85 %	0,70 %	5,50 %	4,60 %
	N		104	104	104	104
Awist	Pearson Correlation ( <i>r</i> )		1	0,015	,474**	-,267**
	Sig. (2-tailed)			0,878	0,000	0,006
	Variasjon %			0,02 %	22,46 %	7,10 %
	N			104	104	104
Omsorgsfull/betydningsfull	Pearson Correlation ( <i>r</i> )			1	0,142	,347**
	Sig. (2-tailed)				0,150	0,000
	Variasjon %				2,00 %	12,04 %
	N				104	104
Vaktsom/Lei	Pearson Correlation ( <i>r</i> )				1	-0,171
	Sig. (2-tailed)					0,082
	Variasjon %					2,92 %
	N					104
Trygg	Pearson Correlation ( <i>r</i> )					1
	Sig. (2-tailed)					
	N					104
** = $p < 0.01$ level (2-tailed).						
* = $p < 0.05$ level (2-tailed).						
$r = .10$ til $.29$ (liten styrke mellom korrelasjonen)						
$r = .30$ til $.49$ (medium styrke mellom korrelasjonen)						
$r = .50$ til $1.0$ (sterk styrke mellom korrelasjonen) (Pallant, 2013)						
Gjennomsnittsanalyse av allianse og følelseskomponenter						
		Påvirkning av allianse	Awist	Omsorgsfull	Vaktsom	Trygg
	Gjennomsnitt	1,48	0,46	1,55	0,96	1,32
	Standard avvik	0,80	0,47	0,70	0,58	0,75
	N	104	104	104	104	104

### 7.5 T test

Ved å gjøre en T test, var tanken å se om det kunne være en signifikant forskjell mellom gruppene «de som får veiledning» mot «de som ikke får veiledning», sett i sammenheng med gjennomsnittlig graderingen av følelseskomponentene og allianse.

Tabell 3.1 viser statistisk signifikant forskjell på hvordan gruppene gjennomsnittlig skåret på komponenten Medfølelse/Betydningsfull, hvor de som fikk veiledning skåret gjennomsnittlig

høyere enn de som ikke fikk veiledning. Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene sett opp mot de andre følelseskomponentene Ja (Gj. = 1,68, SD = 0.70) og Nei (Gj. = 1.35, SD 0.67)( $p < 0,05$ )

Tabell 3.1								
Korrelasjon mellom påvirkning av allianse og de ulike følelseskomponentene gruppert ut i fra veiledning								
Organisert faglig veiledning:			Påvirkning av allianse	Avvist	Omsorgsfull	Vaktsom	Trygg	
Ja	Påvirkning av allianse	Pearson Correlation ( <i>r</i> )	1	0,184	0,130	0,107	-0,139	
		Sig. (2-tailed)		0,152	0,316	0,407	0,280	
		Variasjon %		3,38 %	1,69 %	1,14 %	1,93 %	
		N	62	62	62	62	62	
	Avvist	Pearson Correlation ( <i>r</i> )		1	0,175	,358**	-0,102	
		Sig. (2-tailed)			0,175	0,004	0,431	
		Variasjon %			3,06 %	12,81 %	1,04 %	
		N		62	62	62	62	
	Omsorgsfull/Betydning sfull	Pearson Correlation ( <i>r</i> )			1	0,150	,438**	
		Sig. (2-tailed)				0,245	0,000	
		Variasjon %				2,25 %	19,18 %	
		N			62	62	62	
	Vaktsom/lei	Pearson Correlation ( <i>r</i> )					1	-0,184
		Sig. (2-tailed)						0,152
		Variasjon %						3,38 %
		N					62	62
	Trygg	Pearson Correlation ( <i>r</i> )						1
		Sig. (2-tailed)						
		Variasjon %						
		N						62
Nei	Påvirkning av allianse	Pearson Correlation ( <i>r</i> )	1	,437**	0,115	,411**	-0,301	
		Sig. (2-tailed)		0,004	0,470	0,007	0,053	
		Variasjon %		19,10 %	1,32 %	16,89 %	9,06 %	
		N	42	42	42	42	42	
	Avvist	Pearson Correlation ( <i>r</i> )		1	-0,159	,610**	-,461**	
		Sig. (2-tailed)			0,314	0,000	0,002	
		Variasjon %			2,52 %	37,21 %	21,25 %	
		N		42	42	42	42	
	Omsorgsfull/Betydning sfull	Pearson Correlation ( <i>r</i> )			1	0,102	0,194	
		Sig. (2-tailed)				0,518	0,219	
		Variasjon %				1,04 %	3,76 %	
		N			42	42	42	
	Vaktsom	Pearson Correlation ( <i>r</i> )					1	-0,165
		Sig. (2-tailed)						0,296
		Variasjon %						2,72 %
		N					42	42
	Trygg	Pearson Correlation ( <i>r</i> )						1
		Sig. (2-tailed)						
		Variasjon %						
		N						42
** = $p < 0.01$ level (2-tailed).								
$r = .10$ til $.29$ (liten styrke mellom korrelasjonen)								
$r = .30$ til $.49$ (medium styrke mellom korrelasjonen)								
$r = .50$ til $1.0$ (sterk styrke mellom korrelasjonen) (Pallant, 2013)								
Gjennomsnitt av allianse og følelseskomponenter fordelt på veiledning Ja vs Nei								
Veiledning	N		Påvirkning av allianse	Avvist	Omsorgsfull	Vaktsom	Trygg	
Ja	62	Gjennomsnitt	1,39	0,45	1,68*	1,00	1,36	
		Standard avvik	0,73	0,42	0,70	0,57	0,76	
Nei	42	Gjennomsnitt	1,62	0,48	1,35*	0,91	1,27	
		Standard avvik	0,88	0,55	0,67	0,61	0,75	
Total N	104	N	104	104	( $p = .021$ ) 104	104	104	
* = $p < 0.05$ level (2-tailed).								

## 8.0 STYRKER OG SVAKHETER VED STUDIEN

### 8.1 Reliabilitet

Alle spørsmålene ble formatert obligatorisk, for å forhindre problemer med «missing values», det vil si ufullstendige skjemaer, hvor en risikerer ekskludering av datamaterialet. På grunn av en forglemmelse, ble spørsmål om utdanning etter videregående skole ikke obligatorisk felt.

Det var en respondent som av ukjent grunn ikke svarte dette spørsmålet. Dette ble ikke oppdaget før etter at undersøkelsen var avsluttet. Spørreskjemaet kan kritiseres for å ha alt for mange spørsmål, som sammen med obligatoriske spørsmål gjør undersøkelsen omfattende og lite brukervennlig i en ellers hektisk arbeidshverdag.

Ved flesteparten av spørsmålene i del en av spørreundersøkelsen er det ikke oppgitt «vet ikke» alternativ. Dette bør ifølge Johannessen et. al. (2010) gis gode svaralternativer hvis man benytter seg av obligatoriske felt. Hvis ikke risikerer man at dataene blir feil representasjoner av virkeligheten. Det bør også anvendes måleverdier som i størst mulig grad måler variablene så nøyaktig som mulig. Spørsmål om alder og klinisk erfaring har ikke etterkommet denne anbefalingen, fordi grupperingen har skjedd på forhånd. Dette gjør disse dataene mindre eksakte. Det har ikke kommet noen tilbakemeldinger på at dette er savnet.

Tema for studien og problemstillingen er hentet i fra klinisk erfaring, og er det man kaller for en praksisgenerert problemstilling (Johannessen, Tufte, & Veiden, 2006). Forkunnskapen min er hentet fra alle typer de nevnte kildene til kunnskap. I arbeidet jobber man ut i fra evidensbasert kunnskap, som i tillegg til praktisk ferdighetskunnskaper også har vitenskapelig kunnskap i bunn. Den folkelige kunnskapen tar vi også med oss inn i arbeidet sammen med den tause kunnskapen. Jeg har gjort rede for min forforståelse gjennom innledningen, får å vise transparentet i forskningen. Dette skal gjøre det mulig for andre forskere å kunne test- teste for å se om man kommer frem til samme svar. Dette har betydning for interreliabilitet til studiet. På denne måten kan man også utforske hvorvidt min forforståelse har gjort meg lite objektiv. Dette er et tversnittstudium, som gjør at muligheten for at respondentene hadde svart annerledes etter en tid tilstedeværende. Dette utfordrer studiets overførbarhet.

### 8.2 Validitet

Innen samfunnsvitenskapelig forskning kan man diskutere hvorvidt kunnskapen som forskningen konkluderer med kan gi noen form for sannhet. Det er i så fall en sannhet med modifikasjoner. Objektet som studeres er jo i all hovedsak mennesker som kommuniserer og tolker, og som er i stadig endring. Kunnskapen vil derfor i stor grad også endre seg med den

Samfunnsforskning konsentrerer seg om å undersøke mennesker sin virkelighet, men dette byr på utfordringer siden virkeligheten er så (Johannessen et.al. 2010). Hva som oppleves som virkelighet for et menneske gjør ikke nødvendigvis det for andre. Man må ta hensyn til omgivelsene, og konteksten virkeligheten er tatt ut i fra, og ta høyde for at det normative preger oss i stor grad. Gjennom den vitenskapsteoretiske delen vet vi at kvantitativ forskning er mye mer anvendt i ontologiske studier, hvor man måler det som kan observeres. Å måle noe så subjektivt som følelser med en kvantitativ metode er risikabelt, fordi man som forsker har ingen andre observasjoner å ta utgangspunkt enn hva den enkelte har valgt å svare. Det kan derfor tenkes at mye av konteksten forsvinner, og med den også verdifull informasjon som er viktig for et helhetlig bilde av «sannheten».

Situasjonen ITSA oppstod i skulle være «utfordrende». Noen kunne nok oppleve ordlyden som ledende og negativt ladet, og det kan tenkes at respondentene i større grad rapporterte negative følelser i utfyllingen av FWC-58, enn ved andre studier. Dette kan gå utover validiteten av dataene knyttet til følelsene

Spørsmålet ble stilt på en slik måte at respondenten skulle gjenskape en hendelse. Svaret kan tenkes å ha vært påvirket av om situasjonen akkurat har skjedd eller om det har gått lengre tid.

### 8.3 Begrepsvaliditet

Man kan stille seg kritisk til hvorvidt FWC-58 gir svar på om respondentene har erfart motoverføring i den gitte situasjonen. De subjektive, rapporterte følelsene vil jo preges av den enkeltes ønsker og tanker og om hva som er riktig å svare fremfor kanskje å rapportere den egentlige følelsen. Vil ikke disse følelsene være kontaminert av det Platon beskriver som subjektiviteten vår? De subjektive følelsene vil alltid bære preg av den enkeltes evne til å forstå, erkjenne, huske, handle og reflektere over situasjonen (Dahl H. S., 2014)

På den andre siden kan man fremheve hvordan teorien belyser Aristoteles sin forklaring, hvor følelser ansees som drivkraften bak enhver viktig og fornuftig avgjørelse som tas. Derfor kan det argumenteres for at selv om man ikke er seg selv bevisst motoverføringsfølelsene, vil de bevisste subjektive følelsene som oppstår, være viktige på grunnstener på veien mot en fornuftig handling, og kan på denne måten skape en bevisstgjørelse rundt de ubevisste, underliggende prosessene.

I teorien deles motoverføringsreaksjoner inn i overinvolvering, underinvolvering, positive og negative reaksjoner. Alle disse motoverføringsreaksjonene kan påvirke den terapeutiske

relasjonen både positiv og negativt (Gelso & Hayes, 2007). Najavits kritiserer inndelingen av positive og negative følelser, og mener dette bør unngås fordi man i liten grad vet noe om konteksten rundt akkurat den unike situasjonen. Det vil derfor være knyttet usikkerhet til hvorvidt den enkelte respondent vurderer følelsen som negativ eller positiv. Hun skriver videre at siden man ikke vet noe om intensiteten, stabiliteten av eller bevissthetsgraden av følelsen, har man derfor ingen forutsetning for å kunne tolke følelsen som negativ eller positiv. Hun beskriver viktigheten med å knytte utfyllingen opp til et klinisk fenomen, da dette vil kunne gjøre det enklere å tolke og forstå funnene.

Denne undersøkelsen har knyttet følelsene opp til en bestemt utfordrende situasjon, og respondentene er blitt bedt om å gradere følelsen. Man får dessverre ikke med hele konteksten, men det er lettere å tolke og forstå funnene som positive eller negative følelser siden man vet noe om situasjonen. Det er også belyst praksiserfaringer som er tenkt å bidra til en bedre forståelse en utfordrende. Det er dog viktig å ta med seg tankene til Najavits videre i oppgaven.

Allianse skalaen som ble anvendt var selvlaget. Det ble ikke gitt noen videre forklaring på hva allianse er, eller hvordan man skulle forstå begrepet allianse. Dette er en svakhet som kan tenkes at skaper statistisk usikkerhet rundt funnene generert av dette spørsmålet. Disse kan ansees som lite gyldige, da det er usikkert hva den enkelte la i begrepet.

#### 8.4 Statistisk validitet

Svarprosenten var 42,5%, som kan ansees som lavt. Dette er dog vanlig ved elektroniske undersøkelser av den typen som ble anvendt i studien (Johannessen et.al., 2010). Dette utfordrer generaliserbarheten av funnene fra utvalget til populasjonen.

Mulige årsaker til lav deltakelse kan ha vært at spørreskjemaet var så omfattende. Det kan tenkes at den enkelte respondent synes det ble for tidkrevende å fylle ut. Dette kan ha resultert i at den enkelte ikke gjennomførte undersøkelsen. Det kan også tenkes at ansatte som jobber på en døgnavdeling ikke har så mye tid til å svare på en slik type undersøkelse i arbeidstiden. Det kan selvfølgelig også skyldes at studiens problemstilling ikke appellerte til den enkelte.

Det ble valgt å gjøre spørsmålene til obligatoriske spørsmål for å forhindre at folk ikke svarte på alle følelsene i FWC-58.

Fordelingen av utvalget viste gode forutsetninger for å kunne være representativt for populasjonen. En rapport fra Sintef viser at 56 % av alle døgnplasser i TSB drives av private (profitt/non profitt) institusjoner. De resterende 44 % av plassene driftes av helseforetakene

selv (Ose & Pettersen, 2014). Stratifiseringen av utvalget virket derfor som relativ proporsjonal med 50,9 % deltakelse fra offentlig sektor og 49,1 % privat sammenlignet med til øvrig populasjon i TSB. En rapport fra SSB (2017) viser at fordelingen av kjønn i spesialisthelsetjenesten generelt er preget av overrepresentasjon av kvinner, noe som også gjenspeilet seg i denne studien. Studien hadde god geografisk spredning, hvor alle fire landsdeler deltok i studien, dette har betydning for den ytre validiteten. Dette er alle positive faktorer som kan tyde på at utvalget i studien kan være en god nok representasjon av øvrig populasjonen i TSB på tross av lav deltakelse.

Spørreskjemaet var elektronisk formidlet gjennom mail. Dette har sine fordeler ved at man raskt kan nå ut til mange, det er miljøbesparende, kostnadseffektiv og tidsbesparende. På samme tid påpeker Johannessen et. al.(2010) at man kan oppleve lavere oppslutning rundt elektroniske undersøkelser på grunn av for stor pågang av invitasjoner til spørreundersøkelser. Mange ønsker å innhente data på denne måten, og kan resultere i at respondentene blir «mettet» av å svare på undersøkelser. Dette var også tilbakemeldingen fra en avdeling om hvorfor de ikke ønsket å delta, og en annen om hvorfor det kunne være lav oppslutning ved deres avdeling. Det kan nok tenkes at oppslutningen rundt undersøkelsen hadde vært større hvis fremgangsmåten hadde vært mer personlig, for eksempel i form av å holde et infomøte om undersøkelsen i forkant eller oppsøke den enkelte avdeling og fylle skjemaene ut sammen med respondentene. På grunn av den geografiske spredningen og forskerens ressurser, lot dette ikke seg gjøre.

Ved å bruke et stratifisert utvalg, slik som i denne studien, vil det ifølge Johannessen et. al.(2010) føre til konsekvenser for presisjonen i de statistiske analysene. Dette kan være noe av årsaken til at analysene viste tendenser til skjevfordeling. Før korrelasjonsanalysen ble det sjekket for ekstreme verdier ved hjelp av en scatterplot, og her ble det oppdaget at enkelte respondenter har krysset mye høyere på følelsesvariablene enn gjennomsnittet. Utfordringen med ekstreme verdier er at den kan påvirke analysen og gjøre den misvisende. Det kan ifølge Pallant (2013, ss. 65-66) være en løsning å fjerne aktuelle enheter som utløser de ekstreme verdiene. De ekstreme verdiene kan ansees som del av den underliggende naturen av hva som blir undersøkt. Følelser er svært individuelt, og man må derfor ta i betraktning at det vil være ekstreme verdier som skiller seg fra normalen. Det kan også tenkes at det er forskningsmessig uetisk å manipulere dataene på en slik måte. Derfor ble det vurdert u hensiktsmessig å fjerne de enhetene som utløste ekstremverdiene, men er noe som bør tas



med i betraktningen av den totale vurderingen av funnene. På generelt grunnlag har det vært fokusert på å ikke manipulere dataene av en slik karakter at man forvrenger innholdet i materialet.

## 9.0 «RUSEPISODER I FRIVILLIG DØGNBEHANDLING SOM FENOMEN: HVILKE FØLELSER RAPPORTERER HJELPEREN I ET GITT SCENARIO OG KAN DISSE PÅVIRKE RELASJONEN MELLOM HJELPER OG PASIENT?»

Formålet med dette forskningsprosjektet er å øke bevisstheten rundt ITSA i døgnbehandling, og belyse hjelpers følelsesreaksjoner i møte med det. Det diskuteres betydningen og mulige relasjonelle utfordringer som disse følelsene kan skape i praksis, i lys av funnene, de teoretiske begrepene og øvrig forskning på feltet. Studiet stiller her tre forskningsspørsmål i lys av problemstillingen;

- 1) Hvilket omfang er det av ITSA i døgnbehandling?
- 2) Hvilke motoverføringsfølelser rapporteres i møte med ITSA?
- 3) Kan de rapporterte motoverføringsfølelsene utfordre relasjonen mellom helper og pasient?

### 9.1 Omfang av ITSA i døgnbehandling

For å kunne svare på det første forskningsspørsmålet er det viktig å se nærmere på funnene som omhandler ITSA. Hvorvidt skjer dette i døgnbehandling av rusmiddelavhengige, hvor ofte forekommer det og hvilke rusmidler er mest brukt? Velger enheten å skrive ut pasienten som en konsekvens eller ikke, og hvorvidt etterfølges dette i praksis? Disse funnene blir diskutert i lys av den presenterte teorien og forskningen om rusmiddelavhengighet.

#### 9.1.1 Høy forekomst av ITSA i døgnbehandling

Funnene tilsier at 91 % (n 114) av respondentene hadde erfart rusepisoder blant pasienter inneliggende i døgnbehandling. Respondentene hadde gjennomsnittlig opplevd dette «en eller flere ganger per halvt år» (36,5%, n 104), tett etterfulgt av «en eller flere ganger i mnd.» (29,8 %, n 104) Det kan tolkes som at ITSA er et fenomen som mange helpere har erfart, relativt ofte. Teorien beskriver hvordan rusmiddelavhengighet ansees som en kronisk tilbakevendende lidelse (Lossius, 2011), og derfor kan ITSA oppstå som følge av lidelsen. ITSA er et fenomen som kan forklares ut fra et biomedisinsk, psykologisk og sosiokulturelt perspektiv. Hjerneaktiviteten regulerer motivasjon og dømmekraft, samtidig som den svekker evnen til å regulere spontan atferd. Hjernen ønsker hele tiden påfyll for å aktivere belønningssystemet. Dette fører tidvis til intens craving, som i enkelte tilfeller fører til at pasienten ikke mestrer å motstå.

Jellestad (2011) forklarer hvordan selvregulering, kontroll og viljestyrke kan være med på å øke risikoen for tilbakefall. Dette involverer tankeprosessene der belønning, forsterkning, tvang og trang er sentrale elementære for forståelsen av rusmiddelavhengigheten. Dette gjør sannsynligheten for intuitive og gjennomtrengende tanker om rus og rusmidler stor. Dette fører til økt craving, som sammen med andre stressfaktorer kan påvirke evnen til selvkontroll. Dette gjør pasienter med rusmiddelavhengighet sårbare for rusepisoder og tilbakefall (Marlatt & Witkiewitz, 2005), og er en mulig forklaring på hvorfor funnene en slik utbredelse av problemområdet.

Man kan også forstå ITSA som et resultat av miljøfaktorer. Utover i avhengigheten mister man evnen til å tenke rasjonelt. Rusen skaper atferdsendringer og det skader evnen til å lage relasjonelle bånd med andre. Man er ofte del av et kriminelt miljø som kan være vanskelig å bryte med. Mange har dessuten brent broene til et rusfritt nettverk, noe som gjør at de ikke har noe alternativ til rusmiljøet. Holmqvist (1995) påpeker hvordan pasienten forventes å legge bort uvaner og miljøskader utenfor institusjon. Dette sees ofte på som en selvfølge fra hjelpers side, men kan for pasienten oppleves utfordrende. I en rusfri periode kan det derfor tenkes at sorgen over det tapte bidrar til å gjøre situasjonen håpløs for pasienten. Dette kan være med på å gjøre overgangen til samfunnet problematisk og gjøre det lettere å falle tilbake til gamle vaner.

Ut i fra denne kunnskapen kan det derfor tenkes at når pasienten inntreer frivilling inn i et behandlingsmiljø, skapes det en forventning om å være rusfri og om å holde seg rusfri, både fra pasienten selv, medpasienter, hjelper, pårørende og øvrig nettverk. Dette kan skape et forventningspress om et positivt behandlingsresultat. Samtidig beskriver forskningen at ....

Ut i fra den teoretiske forståelsen ser man at rusepisoder skjer som en konsekvens av det psykopatologiske, men her spiller også psykososiale faktorer inn. Alle perspektivene kan forklare hvorfor ITSA er et så vanlig fenomen hos pasienter med rusmiddelavhengighet i døgnbehandling. Kanskje det er på tide å akseptere ITSA i større grad som del av lidelsen enn det man gjør i dag.

### 9.1.2 Kombinasjonsbruk mest vanlig ved ITSA

Ser man nærmere på rusmidlene inntatt i den «utfordrende situasjonen», knyttet (53,8%) av respondentene hendelsen opp til en episode der det hadde vært inntak av flere rusmidler på samme tid. Dette kan tyde på at det er en sammenheng mellom inntak av flere stoffer begrepet utfordrende. Dette kan ved første øyekast virke helt logisk, men det har ikke lyktes i å finne øvrig forskning som påviser dette. Når det er rapportert inntak av kun et rusmiddel er

benzodiazepiner (9,6%) mest vanlig etterfulgt alkohol (8,7%) og amfetamin (6,7%). I 17,3% av tilfellene visste ikke respondentene hvilke rusmidler pasienten hadde inntatt i den utfordrende situasjonen.

I funnene ser man altså at flest rapporterte at inntaket var en blanding av flere rusmidler etterfulgt av de som ikke visste hva pasienten hadde inntatt. Skal man knytte dette opp mot teorien beskriver Waal & Mørland (2016) at blandingsmisbruk er vanlig. Årsaken til dette er at det mulighet for å intensivere eller eventuelt justere ruseffekten ut i fra eget ønske. Ved overdoser ser man oftest tilfeller hvor det er inntatt multiple stoffer.

### 9.1.3 Konsekvenser av ITSA

Ser man nærmere på konsekvensene av ITSA, rapporterte 43,9% av respondentene at døgnavdelingen opererte med nulltoleranse for bruk av rusmidler, og at utskrivning skjedde som en direkte konsekvens av rusepisoder inneliggende i behandling. 56,1% hadde ikke dette som regel.

Ut fra funnene fremkommer det hvordan noen avdelinger brukte utskrivelse som en direkte konsekvens av ITSA i døgnbehandling. Samtidig så man at mange som hadde krysset av for at enheten opererte med nulltoleranse, krysset også av for at pasienten ikke hadde blitt skrevet ut av behandling på tross av rusepisoden. Dette kan sees i sammenheng med hva Helsedirektoratet (2014) anbefaler at man bør vurdere situasjonen skjønnsmessig. Selv om man tilsynelatende inkorporerer nulltoleranse både som husregel eller som en absolutt regel ved enheten, ser man ut i fra funnene at dette ikke nødvendigvis ble praktisert. Dette kan tenkes at kan skape forvirring og usikkerhet både hos pasienten, øvrig pasientfelleskap og hjelpere. Dette kan også skape en idé og forestilling ovenfor pasientene om at «alt» er lov. Vilje og rasjonalitet er to faktorer som bør diskuteres i denne sammenhengen. Er det slik at nevrobiologiske og psykososiale faktorer fratrukker den enkelte pasienten ansvaret for å forstå fra rusmidler under behandling? Mørland & Waal (2016) beskriver at dette ikke er tilfelle. Det finnes ingen empirisk forskning som støtter dette. Han beskriver det som en nødvendighet å ikke avskrive den frie viljen til den enkelte pasienten, fordi den danner grunnlaget for behandlingen og er essensiell på veien mot bedring. Samtidig påpeker han at evnen til fornuftig handling er svekket, spesielt når pasienten er i aktiv rus.

Det kan tenkes at aksept over at ITSA som del av lidelsen, kan skape en trygghet for den enkelte pasienten og bidra til å dempe forventningspresset. Det at hver enkel rusepisode vurderes skjønnsmessig, kan gi pasienten inntrykk av at det er «lov» å feile. Dette sees i sammenheng med hva Najavits (1995) beskriver om at hjelper må vise høy grad av optimisme

og håp i forhold til bedring hos pasienten og stor grad av empati og trygghet. Samtidig vet vi at dette ikke alltid er enkelt å vedlikeholde når motstanden hos pasienten blir for stor. I teorien beskrives det hvordan pasientene ofte preges av ambivalens og motivasjonsvansker gjennom behandlingsforløpet (Føyn & Shaygani, 2010), og man ser ut i fra funnene at ITSA er et vanlig fenomen som forekommer ofte. Sett i lys av teorien kan ITSA ansees som et uttrykk av at motstanden pasienten opplever ble for stor. Dette er ifølge Føyn & Shaygani (2010) er viktig å identifisere. «Tenk tanken helt ut» er erfaringsmessig et kjent begrep som anvendes når pasienten ansees som rusnær. Her oppfordrer man pasienten til å reflektere over hva som kommer til å skje, og se forbi de positive effektene av å ruse seg. Ut i fra teorien ser vi dog at evnen til rasjonell tenkning er ikke alltid til stede når cravingen blir for stor. At pasienten får muligheten til å «feile» uten at konsekvensene blir for omfattende kan tenkes er viktig del av behandlingsprosessen, som kan bidra til å skape trygghet og vise at man som hjelper er rustet til å møte ruslidelsen til pasienten.

Som en oppsummering kan man si at studien tyder på at ITSA forekommer ofte, og sees som en del av pasientens motstand. ITSA kan være en konsekvens av ruslidelsen og diskusjonen belyser kompleksiteten av ruslidelsen og hva man som hjelper må ta høyde for i møte med den. Det er et dilemma hvor grensene skal gå i forhold til ansvarliggjøring av pasienten ved ITSA. Innledningsvis beskrives egne praksiserfaringer, som kan defineres som forforståelsen for denne studien. Forforståelsen om at ITSA forkommer bekrefte. I tillegg bekrefte det faktum at man ikke alltid vet hva pasienten har inntatt. Dette kan tenkes at skaper utfordrende situasjoner for hjelper, slik som belyst innledningsvis. Blandingsinntak sees ifølge teorien ofte i forbindelse med overdoser, noe som understøtter forforståelsen av at ITSA episoder kan utarte seg på dramatisk vis inne på en døgnavdeling. Nulltoleranse ved ITSA forekommer, men praktiseres ikke slavisk.

## 9.2 Rapporterte motoverføringsfølelser i møte med ITSA

For å kunne besvare det andre forskningsspørsmålet, ser man nærmere på funnene fra faktoranalysen. Komponentene er et resultat ut i fra sammenhengene som analysen har funnet mellom de 58 følelsesvariablene. Disse sammenhengene skaper et mønster. Mønsteret den har fanget vises gjennom de fire komponentene.

### 9.2.1 Motoverføringsfølelser i møte ITSA situasjonen

PCA analysen fanger opp og grupperer følelsesvariablene etter et korrelasjonsmønster mellom følelsesvariablene ut fra hva som er rapportert i FWC-58.

I dette studiet genererte analysen frem totalt fire følelseskomponenter; Avvist (10 følelser), omsorgsfull/betydningsfull (10 følelser), vaksom/lei (10 følelser) og trygg (7 følelser).

Gjennomsnittlig skåret respondentene høyest på Trygg, Omsorgsfull/betydningsfull, og lavest på Vaksom/lei og Avvist (i den rekkefølgen).

Tidligere forskning har vist stor grad av variasjon i antall faktorer som fremkommer, og hvilke følelseskomponenter som er fremtredende (Dahl H.-S. J., 2013; Holmqvist & Armelius, 1995; Rossberg & Friis, 2003; Røssberg, Karterud, Pedersen, & Friis, 2007; Røssberg, Hoffart, & Friis, 2010; Ulberg, 2013)

På tross av at aktuell studie studerer en annen pasientgruppe enn hva øvrig forskning på FWC-58 har gjort, ser man at sammensetningen av følelseskomponentene samsvarer med hva øvrig forskning har funnet med hjelp av samme instrument.

Det som skiller seg ut i denne studien er at man ser en større variasjon og høyere rapportering av negative følelser sett i sammenheng med andre studier. Dette gjelder også ved gjennomsnittsanalyse av følelsesvariablene.

Ser man overordnet på gjennomsnittsanalysen, viser den at respondentene skåret høyest på de positive følelseskomponentene kontra de negative.

Skal man forsøke å tolke betydningen av følelseskomponentene gjennom teorien av motoverføringsbegrepet kan man hevde at ITSA episoden vekket motoverføringsreaksjoner som knyttes både til overinvolvering, underinvolvering, positive og negative reaksjoner. Forskningen viser at negative følelser eller følelser knyttet til underinvolvering assosieres med negative motoverføringsreaksjoner. Positive følelser ansees av forskningen som positive faktorer for den terapeutiske relasjonen. Enkelte positive følelser knyttes dog også opp til overinvolvering. Følelser knyttet til overinvolvering som står ubearbeidet over tid, kan føre til negative konsekvenser for den enkelte, den terapeutiske relasjonen og behandlingsutfallet. Følelseskomponenten Avvist inneholder mange negative følelser, slik som nedvurdert, betydningsløs og nedtrykt. Omsorgsfull/Betydningsfull inneholder mange positive følelser, slik som moderlig, ømhet for og interessert. Samtidig ser man at komponenten inneholder flere følelsesreaksjoner som øvrig forskning knytter begrepet overinvolvering. Vaksom/Lei

inneholder mange negative følelser, slik som mistenksomhet, kjedsomhet og sint. Denne følelseskomponenten kan sees i sammenheng med negative motoverføringsreaksjoner samtidig som den også kan være et uttrykk for underinvolvering. Trygg inneholder følelsesreaksjoner slik som avslappet, sterk og full kontroll, og ansees av forskningen som positive.

Oppsummert er det diskutert betydningen av de genererte følelseskomponentene i lys av teori og øvrig forskning som har anvendt samme instrument. Føyn & Shaygani (2010) påpeker at motoverføringer kan oppstå som en reaksjon på samspillet og interaksjonen med den enkelte pasienten i et gitt øyeblikk. Episoden med ITSA kan tenkes at skaper et samspill og interaksjon med pasienten som assosieres både med positive og negative følelser. Det er viktig å påpeke at dette studiet ikke har noe grunnlag for å trekke kausale sammenhenger, derfor er rusepisoden en foreløpig «hypotetisk» årsak til disse følelsene. Ut ifra det teoretiske utgangspunktet på motoverføringsreaksjoner og øvrig forsknings om er presentert, virker det å være en sammenheng mellom de genererte følelseskomponentene i denne analysen og hvordan man deler inn de ulike motoverføringsreaksjoner. Det virker som at til tross for at ITSA kan oppleves utfordrende, klarer altså hjelper å føle større grad av positive følelser enn negative følelser i møte med det. Det kan tenkes at ITSA episoden kan gi hjelper selvsikkerhet og troen på at det terapeutiske arbeidet man utfører, selv i en utfordrende situasjon.

### 9.3 Kan motoverføringsfølelsene utfordre relasjonen mellom hjelper og pasient?

For å kunne svare på det tredje forskningsspørsmålet, er det i diskusjonen tatt utgangspunkt i egne erfaringer, presentert teori og forskning, samt funnene som omhandlet graderingen av alliansen og veiledning. Alliansen og veiledning virker ifølge den presenterte forskningen å være viktige nøkkelbegreper for å forstå hvorvidt motoverføringsfølelsene kan utfordre relasjonen. Kunnskapen fra de forgående kapitlene i diskusjonen er også tenkt å bidra til forståelse av dette siste forskningsspørsmålet

#### 9.3.1 Forståelsen av ITSA som konfliktskapende

Gjennom praksiserfaringer er det erfart at ambivalens, motivasjonsvansker og tilstedeværelse av craving ofte er sikre tegn på en mulig nærgående rusepisode hos pasienten. Da iverksettes

det ofte ekstraordinære tiltak, slik som ekstra samtaler med behandlingsteam, hyppigere tilsyn, oppdatering/gjennomgang av kriseplan, tilbakeholding av evt. permisjoner eller lignende i henhold til hva som anbefales av nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2014). Pasientens motstand er ofte så stor, at disse ekstraordinære tiltakene kan møtes med frustrasjon og sinne fra pasienten når de iverksettes. I lys av teorien kan tiltakene ansees av pasienten som hindringer på veien mot tilfredsstillelse. Pasienten kan oppleve en indre konflikt mellom den indre drivkraft (cravingen), følelsene (positiv og negativ følelser knyttet til rusen) og fornuften (evnen til å reflektere over konsekvenser og ønske om tilfriskning). Hindringene som hjelper iverksetter, kan raskt skape konfronterende og konfliktfylte situasjoner preget av sinne og frustrasjon fra pasienten. Dette kan oppleves som ubehagelig for hjelper. Selv om disse tiltakene er ment til pasientens beste, får man ofte mye motstand fra pasienten. Det å stå i slike kan tenkes at skaper grobunn for negative følelser. Røssberg m.fl (2007) beskriver i sin artikkel hvordan aggressive eller avisende pasienter oftere fører til at personalet føler seg hjelpeløse eller inkompetente. De påpeker en sammenheng mellom negative følelser hos personalet, tidlige utskrivelser og dårligere behandlingseffekt.

I en slik situasjon kan det også tenkes at det oppstår splitting, som kan sees i sammenheng med hva teorien beskriver som den «polske riksdagen». Splittingen fører ofte til interne uenigheter, og kan ifølge forskningen føre til negative motoverføringsreaksjoner som kan påvirke relasjonen negativt (Imhof, Hirsch, & Terenzi, 1984; Zweben, 1989)

Denne situasjonen kan også skape rom for «frelseren» som beskrives i teorien, hvor man så gjerne ønsker å hjelpe akkurat denne pasienten. Man ønsker å være «grei», og klarer kanskje ikke på reflektert måte å se prosessene som utspiller seg.

Hjelper føler ofte frustrasjon og håpløshet over pasientgruppen (Adams, 2008), og det kan ofte være vanskelig å forstå pasientene sine beslutninger og reaksjonsmønstre. Når det virker som det går bra, går det ofte dårlig (Mueser et al., 2006). Hjelper kan reagere negativt på et tilbakefall hos pasienten ved føle på skuffelse og håpløshet. Hjelper risikerer å miste sin motivasjon til å forplikte seg noe mer til behandlingsopplegget. Dette kan sees i sammenheng med hva litteraturen beskriver som «ingenting nytter» holdning fra hjelper, og som også kan forstås som underinvolvering. Hvis man ser nærmere på komponenten som samsvarer med underinvolvering, Vaksom/lei, beskrives det blant andre følelser som lei, trett og kjedsomhet. Det kan virke som alle disse er uttrykk for, og kan sees i sammenheng med hva litteraturen beskriver som «ingenting nytter» holdning fra hjelper.



Situasjoner hvor ITSA forekommer, eller er i ferd med, kan for hjelper oppleves på mange forskjellige måter, slik som beskrevet innledningsvis. Dette virker også å gjenspeile seg i funnene, med relativ bred spredning i følelsesregisteret. Forståelsen av hvor ulik en rusepisode kan utarte seg er viktig å ta med seg for videre å kunne forstå hjelpers følelsesmessige reaksjoner og utfordringer i relasjonsarbeidet.

### 9.3.2 Påvirkningen av alliansen

Ut i fra funnene ser en statistisk signifikant positiv korrelasjon mellom Påvirkning av allianse, Avvist og Vaktsov/lei ( $r=0.314$ ,  $p=0,001$ ,  $r=0.235$ ,  $p=0.016$ ). Man ser også en statistisk signifikant negativ korrelasjon mellom Påvirkning av Allianse og Trygg ( $r=-0.216$ ,  $p=0,027$ ). Dette betyr at de som scorer høyt på de negative følelseskomponentene skåret også høyt på at situasjonen påvirket alliansen. De som skåret høyt på de positive følelseskomponentene graderte at situasjonen påvirket alliansen i en liten grad. Najavitz et al. (1995) fant i sin studie at terapeuter som rapporterer positive følelser graderer også alliansen som positiv. Terapeuter som rapporterer negative følelser føler i større grad en negativ allianse til pasienten. Det kan virke som at de negative følelseskomponentene henger sammen med påvirkningen av alliansen. ITSA kan tilsynelatende utfordre de den terapeutiske relasjonen ved at negative motoverføringer i større grad kan oppstå i denne situasjonen. Jo høyere grad av negative følelser knyttet til hendelsen, jo større sannsynlighet er det for at den enkelte synes at det påvirker alliansen. Øvrig forskning virker å etterspørre videre forskning på tema rundt utfordringer i alliansen til pasienten i rusbehandling. Alliansens betydning for forekomst av dropout er blant disse. Dette funnet gjør det desto mer interessant å se nærmere på tema.

### 9.3.3 Veiledning

I figur 1.1 oppgir 59,6 % av respondentene at helseinstitusjonen de jobber ved tilbyr og gir organisert faglig veiledning til sine ansatte, mens 40,4 % ikke får organisert faglig veiledning. Man ser i ettertid at det her også hadde vært interessant å sett hvorvidt den enkelte fikk oppfølging eller veiledning etter den aktuelle hendelsen. Ut i fra funnene tyder det på at mange ikke får veiledning. Veiledning er ifølge teorien og den presenterte forskningen essensielt for å bearbeide motoverføringsfølelser. Dette hindrer

hjelper i å reagere på en terapeutisk måte (Zachrisson, 2008) som kan på lengre sikt være skadelig for den terapeutiske relasjonen.

Funnene viser en statistisk signifikant forskjell på hvordan respondentene som får veiledning skårer på følelseskomponenten omsorgsfull/betydningsfull kontra de som ikke får veiledning. De som får veiledning skårer høyere på denne komponenten. Dette funnet kan bygge opp under ideen om at veiledning er en viktig intervensjon for å kunne være bedre rustet til å unngå negative følelser i en situasjon som for eksempel ITSA, og generelt være i bedre rustet til å møte utfordrende motoverføringsfølelser på generelt plan. Dette er viktig for å unngå å agere ut i fra motoverføringene som oppstår i den terapeutiske relasjonen.

Veiledning virker å være essensielt for å bevisstgjøre seg og kunne fange opp motoverføringsfølelsene. Veiledning kan gi muligheten til å gjøre motoverføringer om til noe konstruktivt i den terapeutiske relasjonen og behandlingen (Føyn & Shaygani, 2010). Sælør & Bjerknes (2016) påpeker betydningen av veiledning, som kan være arena hvor den enkelte hjelper kan sette ord på egne følelser, gjerne sammen med kollegaer, og på denne måten oppnå økt refleksjon og innsikt. Dette er viktige bidrag til den terapeutiske prosessen i rusbehandling, og helt essensielt for å forebygge at motoverføringsfølelser blir skadelig eller ødeleggende for relasjonen. Dette er et spennende funn som støtter opp under viktigheten av veiledning.

## 10.0 Avslutning og videre implikasjoner for fremtiden

Studiet har kartlagt utbredelsen av rusepisoder som fenomen i rusbehandling, og det har blitt undersøkt hvilke følelsesmessige reaksjoner som oppstår hos hjelper ut i fra en utfordrende situasjon. Det har også blitt diskutert hvorvidt følelsene som oppstår kan påvirke relasjonen mellom hjelper og pasient.

Som svar på problemstillingen kan det ut i fra funnene tyde på at rusepisoder i døgnbehandling virker å være et vanlig fenomen, som oppstår regelmessig. Det rapporteres både positive og negative følelser i møte med ITSA. Det virker som at det er stor spredning i følelsesregisteret, men det rapporteres i større grad positive enn negative følelser. Det rapporteres dog større grad av negative følelser, med høyere gjennomsnitt, enn øvrig forskning som har anvendt samme instrument. Det kan virke som at tre av de fire komponentene kan utfordre relasjonen mellom hjelper og pasient. Det har også blitt oppdaget sammenhenger mellom følelseskomponentene, allianse og veiledning. Funnene gir bare en indikasjon på hvordan dette kan være i virkeligheten, og er i liten grad førende.

Det ville vært interessant og forsket videre på samme tema ut fra en kvalitativ metode. Dette kunne ha skapt en mer helhetlig og inngående forståelse av hverandres følelser i utfordrende terapeutiske relasjoner.

### Referanser

- Aakre, M., & Biong, S. (2012). Etiske utfordringer og etisk kompetanse- om makt verdighet og dømmekraft i rusomsorgen. I S. Biong, & S. Ytrehus, *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 78-95). Oslo: Akribe AS.
- Adams, M. (2008). Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of workers reported attitudes and perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, ss. 101-108.
- Ainscough, T. S., McNeill, A., Strang, J., Caldera, R., & Bros, L. S. (2017, Juni 24). Contingency Management interventions for non-prescribed drug use during treatment for opiate addiction: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, ss. 318-339.
- Antoniussen, E.-M. (2005). *Överdos : heroinets fallgro*. Stockholm: Lund : Studentlitteratur.
- Betan, E., Heim, A., Conklin, C., & Western, D. (2005). Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical Practice: An Empirical Investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 5, ss. 890-898.
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2010). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Hendriksen, K. R., & Duckert, F. (2013, July 31). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors . *Clinical Psychology Review*, ss. 1010-1024.
- Cournoyer, L.-G., Brochu, S., Landry, M., & Bergeron, J. (2007, August 10). Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme: the moderating effect of clinical subpopulations. *Addiction*, ss. 1960-1970.
- Dahl, H. S. (2014). Kvantitativ forskning på motoverføring- nyttig i terapirummet? <http://www.mellanrummet.net/nr30-2014/artikel-kvantitativforskningpamotoverforing.pdf>, 62-74. Hentet fra <http://www.mellanrummet.net/nr30-2014/artikel-kvantitativforskningpamotoverforing.pdf>
- Dahl, H.-S. J. (2013). *Therapist's Feelings in Psychodynamic Therapy. A study of self-reported Countertransference and long-term Outcome (Doktoravhandling)*. Oslo: University of Oslo, Faculty of Medicine.
- Dahl, H.-S. J., Røssberg, P. I., Bøggwald, K. P., Gabbard, G. O., & Høglend, P. A. (2011, Oktober 31). Countertransference feelings in one year of individual therapy: An

- evaluation of the factor structure i the Feeling Word Checklist-58. *Psychotherapy Research*, ss. 12-25.
- Dyb, E., & Johannessen, K. (2009). *Bostedsløse i Norge- en kartlegging*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Vedlegg/BOBY/rapporter/bostedslose2008.pdf>
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner (2 utgave)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ervik, R., & Biong, S. (2016). Politikk og konsekvenser for praksis. I S. Biong, & S. Ytrehus, *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 33-53). Oslo : Cappelen Damm AS.
- Evjen, R., Kielland, K., & Øiern, T. (2012). *Dobbelt Opp*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2015*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Friedman, S. M., & Gelso, C. J. (2000). The Development of the Inventory of Countertransference Behavior. *Journal of Clinical Psychology*, ss. 1221-1235.
- Føyn, P., & Shaygani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Grimen, H. (2004). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gråwe, R., & Ruud, T. (2006). *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. Oslo: SINTEF.
- Hafseng, K. (1991). *Rus, avhengighet og behandling. Håndbok for helse- og sosialarbeidere*. Otta: TANO AS.
- Hauge, L. (2001). *Vitenskap og sannhet. En innføring av vitenskapsfilosofi*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. A. (2012). *Perspektiver på psykisk lidelse- å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven (rundskriv IS-8/2004)*. Oslo: Det kongelige helsedepartement.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Henriksen, J.-O., & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo : Gyldendal Akademisk.
- Holm, U. (2005). *Empati. Å forstå menneskers følelser (1.utgave)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Holmquist, R., & Jeanneau, M. (2006). Burnout and psychiatric staff's feelings towards patients. *Psychiatry Research*, ss. 207-213.
- Holmqvist, R., & Armelius, B. A. (1995). Sources of therapist's feelings toward patients in milieu therapy. I R. Holmqvist, *Countertransference feelings in milieu therapy* (ss. 1-29). Umeå: Umeå Universitet.
- Holmqvist, R., & Armelius, B. A. (1996a). Sources of therapist's countertransference feelings. *Psychotherapy Research (1)*, ss. 70-78.
- Holmqvist, R., & Armelius, B. A. (1996b). The patient's contribution to the therapist's countertransference feelings. *Journal of nervous and mental disease*, ss. 660-666.
- Imhof, J., Hirsch, R., & Terenzi, R. (1984). Countertransference and Attitudinal Considerations in the Treatment of Drug Abuse and Addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, ss. 21-30.
- Jellestad, F. K. (2011). Hjerne og rusavhengighet. I K. Lossius, *Håndbok i rusbehandling* (ss. 66-77). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS*. Oslo: Abstrakt forlag as.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (4 utgave)*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Veiden, P. (2006). *Å forstå samfunnsforskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Justis og beredskapsdepartementet. (2017). [www.lovdata.no](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>
- Kaiser, M. (2000). *Hva er vitenskap?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, ss. 38-56.
- Kleven, T. A. (2002). Ikke-eksperimentelle design. I T. (. Lund, *Innføring i forskningsmetodologi* (ss. 265-286). Oslo: Unipub forlag og forfatteren.

- Kunnskapsdepartementet. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven)*. Hentet fra [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no):  
<https://lovdatab.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2013). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvarv, S. (2010). *Vitenskapsteori- tradisjoner, posisjoner og diskusjoner*. Oslo: Novus Forlag.
- Kvernbekk, T. (2002). Vitenskapsteoretiske perspektiver. I T. Lund, *Innføring i forskningsmetodologi* (ss. 19-78). Oslo: Unipub Forlag.
- Lillevik, O. G., & Øien, L. (2015). *Hva er miljøterapi*. Hentet fra [www.psykologisk.no](http://www.psykologisk.no):  
[www.psykologisk.no/2015/02/hva-er-miljoterapi](http://www.psykologisk.no/2015/02/hva-er-miljoterapi)
- Lossius, K. (2011). *Håndbok i rusbehandling til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet (red)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Marlatt, A. G., & Witkiewitz, K. (2005). Relapse prevention for alcohol and drug problems. I A. G. Marlatt, & D. M. Donovan, *Relapse prevention; maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (2. edition)* (ss. 1-45). New York: The Guildford Press.
- Marshall, A. A., & Smith, R. C. (1995, Januar). Physicians' emotional reactions to patients: recognizing and managing countertransference. *American Journal of Gastroenterology*, ss. 4-8.
- Mueser, K., Noordsy, D., Drake, R., & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mørland, J., & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Najavits, L. M. (2000). Reasearching Therapist Emotions and Countertranseference. *Cognitive and Behavioral Practice*, ss. 322-328.
- Najavits, L. M., Griffin, M. L., Frank, A., Liese, B. S., Nakayama, E., Daley, D., . . . Onken, L. S. (1995, Vol 32). Therapists emotioasnl reactions to substance abusers: A new questionnaire and initial findings. *Psychotherapy*, ss. 669-677.
- Nesvåg, S. (2012). Ulike forståelser og perpektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong, & S. Ytrehus, *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 55-76). Oslo: Akribe AS.
- Nyeng, F. (2006). *Følelser i filosofi, vitenskap og dagligliv*. Oslo: Abstrakt forlag.

- Nyeng, F. (2012). *Nøkkeltbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke A/S.
- Okasha, S. (2002). *Philosophy of Science- a very short introduction*. New York: Oxford University Press.
- Ose, S. O., & Pettersen, I. (2014). *Døgnpasienter i TSB (20. november 2012)*. Oslo: Sintef.
- Pallant, J. (2013). *SPSS Survival Manual, 5th edition*. Berkshire: Open University Press.
- Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: G.P. Putnam Sons.
- Peplau, H. E. (1999, Sep). Psychotherapeutic Strategies. *Perspectives in Psychiatric Care*, ss. 14-19.
- Popper, K. (2002). *The Logic of Scientific Discovery*. London & New York: Routledge Classics 2002.
- Rosenthal, R., Blanck, P., & Vannicelli, M. (1984). Speaking to and about Patients: Predicting Therapist's Tone of Voice . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ss. 679-686.
- Rossberg, J., & Friis, S. (2003). Staff Members' Emotional Reactions to Aggressive and Suicidal Behavior of Inpatients. *Psychiatric Services*, ss. 1388-1394.
- Rossberg, J., Karterud, S., & Pedersen, G. F. (2010). Psychiatric symptoms and countertransference feelings: An empirical investigation. *Psychiatry Research*, ss. 191-195.
- Røssberg, J. I., Hoffart, A., & Friis, S. (2010, November 23). Psychiatric staff members' emotional reactions towards patients. A psychometric evaluation of an extended version of the Feeling Word Checklist (FWC-58). *Nordic Journal of Psychiatry*, ss. 45-53.
- Røssberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007, Mars 29). An empirical study of countertransference reactions towards patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, ss. 225-230.
- Schibbye, A.-L. L. (2011). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Shaygani, S. (2017, September 10). *Motoverføringer i den kliniske hverdagen*. Hentet fra [https://www.youtube.com/watch?v=\\_r6FIgs4Wsk](https://www.youtube.com/watch?v=_r6FIgs4Wsk).
- Skjøtskift, S. (2016). Rusmidlenes virkninger og skadevirkninger. I S. Biong, & H. Ytrehus, *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (ss. 99-121). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Slettebø, Å. (2005). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.



- Statistisk sentralbyrå. (2017, Juni 22). *Kvinner dominerer spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra [www.ssb.no](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kvinner-dominerer-spesialisthelsetjenesten): <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kvinner-dominerer-spesialisthelsetjenesten>
- Statistisk sentralbyrå. (2017, Juni 22). *SSB rapport fra Spesialisthelsetjenesten 2016*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse>
- Svensson, B. (2005). *Heroinmisbruk*. Malmø: Bengt Svensson och Studentlitteratur.
- Sælør, K. T., & Bjercknes, S. O. (2016). Helsepersonell i tverrfagelig spesialisert rusbehandling-ansvar, roller og funksjoner . I S. Biong, & S. Ytrehus, *Helsehjelp til personer med rusmiddelproblemer (2.utgave)* (ss. 143-162). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics fifth edition*. Boston: Pearson Education, Inc.
- Thylstrup, B., & Hesse, M. (2008, April 10). Substance abusers personality disorders and staff members emotional reactions. *BMC Psychiatry*, ss. 1-6.
- Ulberg, R. e. (2013). Countertransference Feelings when Treating Teenagers. A Psychometric Evaluation of the Feeling Word Checklist-24. *American Journal of Psychotherapy*, ss. 347--358.
- Vannicelli, M. (2001). Leader Dilemmas and Countertransference Considerations in Group Psychotherapy with Substance Abusers. *International Journal of Group Psychotherapy*, ss. 43-62.
- Vetlesen, A. J., & Nordtvedt, P. (1996). *Følelser og moral*. Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S.
- Weihe, H.-J. (2004). *Rus. Nytelse, lidelse og handling*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- White, W., Campbell, M., Spencer, R., Hoffman, H., Crissman, B., & DuPont, R. (2014). Patterns of Abstinence or Continued Drug Use Among Methadone Maintenance Patients and Their Relation to Treatment Retention. *Journal of Psychoactive Drugs*, ss. 114-122.
- Winnicott, D. (1949). Hate in the countertransference. *The International Journal of Psychoanalysis*, ss. 69-74.
- World Medical Association. (2014, april 30). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet fra <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikk/Internasjonalt/Helsinkideklarasjonen/helsinkideklarasjonen-fra-verdens-legeforening/>
- Zachrisson, A. (2008, August). Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, ss. 939-948.

Zweben, J. (1989). Recovery-Oriented Psychotherapy: Patient Resistances and Therapist Dilemmas. *Journal of Substance Abuse Treatment*, ss. 123-132.

## Vedlegg 1

# Spørreundersøkelse

---

Side 1

## **Invitasjon til deltagelse i spørreundersøkelse blant helsearbeidere som jobber i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB)**

**Følelsesmessige reaksjoner hos helsearbeidere i møte med pasienter som ruser seg inneliggende i døgntilrettelagt behandling**

### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er et mastergradsprosjekt som gjennomføres ved Høgskolen I Oslo og Akershus (HIOA). Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer helsearbeidere har med pasienter som er innlagt i døgntilrettelagt behandling, som inntar rusmidler og/eller er ruset på post, og hvilke følelser som oppstår hos helsearbeidere i møte med disse pasientene. Feeling Word Checklist- 58 (FWC-58) er et anerkjent og validert instrument, og vil bli brukt for å måle helsearbeideres følelser (Hoffart&Friis (1995)).

Ved å delta i undersøkelsen kan du bidra til å utarbeide viktig kunnskap innen tema vi vet lite om

### **Kriterier**

Kriterier for å delta i spørreundersøkelsen er at du jobber i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), har direkte pasientkontakt og jobber i døgntilrettelagt behandling.

### **Gjennomføring**

Først skal du svare på noen generelle spørsmål. Du blir siden bedt om å svare på noen konkrete spørsmål som vil gi et bilde på om du har noen befatning med tema. Ut fra hva du svarer på de konkrete spørsmålene, vil du bli sendt videre for å svare på FWC-58, samt noen spørsmål avslutningsvis. Besvarelsen vil ta mellom 10-15 minutter.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Ved å svare på spørreskjemaet samtykker du til deltakelse. Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du velger å trekke deg, vil alle opplysninger du har bidratt med bli slettet. Studien er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Dine opplysninger behandles konfidensielt, og vil bli anonymisert/slettet etter endt prosjekt.

## Kontakt

Veileder ved HIOA er førsteamanuensis Hanne-Sofie Dahl, telefon 97145384, epost h.s.j.dahl@medisin.uio.no.

Har du spørsmål om studien eller spørsmål knyttet til utfylling av spørreskjemaet, ta kontakt med masterstudent Christina Redondo på telefon 93264717 eller på epost: christinaredondo@gmail.com

Sideskift

---

Side 2

- **Jobber du i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), herunder døgntilrettelagt behandling og har direkte pasientkontakt? \***

- Ja
- Nei

Sideskift

---

Side 3

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jobber du i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), herunder døgntilrettelagt behandling og har direkte pasientkontakt?»: Ja

- **Kjønn \***

- Kvinne
- Mann

Sideskift

---

Side 4

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jobber du i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), herunder døgntilrettelagt behandling og har direkte pasientkontakt?»: Ja

**• Alder \***

- 18-24
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55-70

Sideskift

---

Side 5

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jobber du i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), herunder døgnbehandling og har direkte pasientkontakt?»: Ja

**• Hvilken høyere utdanning har du etter videregående skole?**

*(kryss av for den høyeste graden fullført)*

- Ingen
- Under utdanning
- Ettårig høyere utdanning
- Bachelor
- Videreutdanning/spesialisering
- Master
- PhD

Sideskift

---

Side 6

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jobber du i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), herunder døgnbehandling og har direkte pasientkontakt?»: Ja

**• Hvilken profesjonsbakgrunn har du? \***

- Ingen
- Hjelpepleier
- Sykepleier
- Sosionom
- Barnevernpedagog
- Ergoterapeut
- Fysioterapeut
- Vernepleier
- Psykolog
- Lege
- Annet

Sideskift

---

Side 7

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jobber du i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), herunder døgnbehandling og har direkte pasientkontakt?»: Ja

**• Hvor mange år klinisk erfaring har du? \***

- 0-3 år
- 4-7 år
- 8-15 år
- Over 16 år

Sideskift

---

Side 8

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jobber du i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), herunder døgnbehandling og har direkte pasientkontakt?»: Ja

• **Jobber du ved offentlig eller privat helseinstitusjon? \***

- Offentlig
- Privat

Sideskift

---

Side 9

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jobber du i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), herunder døgnbehandling og har direkte pasientkontakt?»: Ja

• **Får du organisert faglig veiledning ved din arbeidsplass? \***

- Ja
- Nei

Sideskift

---

Side 10

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jobber du i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), herunder døgnbehandling og har direkte pasientkontakt?»: Ja

• **Er det nulltoleranse for inntak av rusmidler ved posten du jobber på? \***

*med nulltoleranse menes at pasienter blir skrevet ut av døgnbehandling som en direkte konsekvens av inntak av rusmidler og/eller ruset atferd på post*

- Ja
- Nei

Sideskift

---

Side 11

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Jobber du i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), herunder døgntilrettelagt behandling og har direkte pasientkontakt?»: Ja

- **Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post? \***

- Ja
- Nei

Sideskift

---

Side 12

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?»: Ja

- **Hvor ofte har du opplevd dette? \***

- En eller flere ganger i uken
- En eller flere ganger i måneden
- En eller flere ganger per halvt år
- En eller flere ganger i året
- Mindre enn en gang i året
- Aldri

Sideskift

---

Side 13

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?»: Ja

- **Har du vært kontaktperson eller hatt ansvar for pasienten den aktuelle dagen vedkommende ruset seg på posten? \***

*(med kontaktperson menes f.eks dagskontakt, kveldskontakt, nattkontakt, evt primær/sekundærkontakt, behandlingsansvarlig)*

- Ja

Nei

Sideskift

Side 14

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?»: Ja

**Bruk noen minutter til å tenke ut en situasjon/hendelse hvor en pasient hadde inntatt rusmidler på post og/eller var ruset på posten, og som du husker som spesielt utfordrende; hvilke av de følgende følelsene oppstod hos deg?**

(på de neste seks sidene er det listet opp 58 forskjellige følelser knyttet til motoverføring: Ta deg god tid og tenk nøye gjennom hvilken grad du følte hver enkel følelse som er presentert, enten i forkant, under eller i etterkant av hendelsen. Alle punkter må fylles ut. Hvis du ikke følte følelsen beskrevet eller mener denne ikke er relevant, krysser du av for "ikke i det hele tatt")

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?»: Ja

**ikke noe litt middels mye svært**

Hjelpsom *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glad *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sint *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entusiastisk *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Engstelig *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sterk *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manipulert *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avslappet *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forsiktig *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skuffet *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?»: Ja

(Hoffart&Friis, 1995)

Sideskift

Side 15

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?»: Ja

**ikke noe litt middels mye svært**

Likegyldig *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ømhet for *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mistenksom *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medfølelse *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**ikke noe litt middels mye svært**

Mislikt *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forbauset *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trett *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Truet *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mottakelig *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Objektiv *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?»: Ja

(Hoffart&Friis, 1995)

Sideskift

Side 16

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?»: Ja

**ikke noe litt middels mye svært**

Overveldet *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kjedsonhet *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moderlig/faderlig *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forvirret *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pinlig berørt *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interessert *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fjern *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trist *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilstrekkelig *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fustrert *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?»: Ja

(Hoffart&Friis, 1995)

Sideskift

Side 17

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?»: Ja

**ikke noe litt middels mye svært**

Lei av *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usikker *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betydningsfull *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avvist *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Innlevende *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ikke noe litt middels mye svært**

- På vakt \*
- Opphøyd \*
- Forutinntatt \*
- Dum \*
- Trygg \*

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?»: Ja

(Hoffart&Friis, 1995)

## Sideskift

## Side 18

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?»: Ja

**ikke noe litt middels mye svært**

- Omsorgsfull \*
- Beundret \*
- Full kontroll \*
- Slem \*
- Invadert \*
- Flink \*
- Tom \*
- Betydningsløs \*
- Nedtrykt \*
- Rolig \*

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?»: Ja

(Hoffart&Friis, 1995)

## Sideskift

## Side 19

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?»: Ja

**ikke noe litt middels mye svært**

- Hjelpeless \*
- Skyld \*
- "Oppslukt" \*
- Tilstedeværelse \*
- Dominerende \*
- Nedvurdert \*

**ikke noe litt middels mye svært**Bestemt over \*     Oversikt \*     

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?»: Ja

(Hoffart&Friis, 1995)

Sideskift

Side 20

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?»: Ja

• **Hvilke rusmidler hadde pasienten inntatt i den aktuelle situasjonen/hendelsen? \***

*(du kan krysse av for flere alternativer)*

- Alkohol
- Cannabis
- Amfetamin/metamfetamin
- Kokain
- MDMA/Ecstasy
- GHB
- Heroin
- Benzodiazepiner
- Syntetisk cannabis
- Anabole steroider
- LSD/ andre lignende hallusinogene stoffer
- Ulike morfinpreparater
- Annet

- Vet ikke

Sideskift

---

Side 21

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?»: Ja

- **Førte hendelsen/situasjonen til at pasienten ble skrevet ut av behandling? \***

- Ja
- Nei

Sideskift

---

Side 22

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Har du opplevd at pasienter har inntatt rusmidler eller vært ruset inneliggende på post?»: Ja

- **I hvilken grad syns du at situasjonen/hendelsen påvirket din allianse til pasienten? \***

- Ikke i det hele tatt
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad

Sideskift

---

Side 23

**Vedlegg 2)**

Hanne Sofie J Dahl Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus Postboks 4 St. Olavs plass 0130 OSLO

Vår dato: 13.01.2017

Vår ref: 51404 / 3 / AH

Deres dato:

Deres ref:

**TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.12.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

51404 Når pasienter innlagt i døgnbehandling ruser seg; en kvantitativ studie om følelsesmessige reaksjoner som oppstår hos helsearbeidere som jobber i rusomsorgen  
Behandlingsansvarlig Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder Daglig ansvarlig Hanne Sofie J Dahl Student Christina Liv Redondo

Kjersti Haugstvedt

Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 21 88 Vedlegg: Prosjektvurdering Kopi: Christina Liv Redondo christinaredondo@hotmail.com

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 51404

Utvalget består av ansatte og helsepersonell som jobber i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det skal gjennomføres en elektronisk spørreskjemaundersøkelse. Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Siden det skal benyttes en elektronisk spørreskjemaundersøkelse, tar vi høyde for at det vil benyttes en databehandler. En databehandler er en som behandler personopplysninger på vegne av behandlingsansvarlig. Høgskolen i Oslo og Akershus skal inngå skriftlig avtale med eventuell databehandler om hvordan personopplysninger skal behandles, jf.

personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder: <http://www.datatilsynet.no/Sikkerhet-internkontroll/Databehandleravtale/>.

Forventet prosjektslutt er 15.12.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen

enkelt personer kan gjenkjennes. Det gjøres ved å: - slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel) - slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

Vi gjør oppmerksom på at også databehandler må slette personopplysninger tilknyttet prosjektet i sine systemer. Dette inkluderer eventuelle logger og koblinger mellom IP-/epostadresser og besvarelser.

**Vedlegg 3)**

Hei

Mitt navn er Christina Redondo. Jeg er spesialsykepleier, og gjennomfører min mastergrad i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA).

Jeg holder for tiden med på et prosjekt som omhandler følelsesmessige reaksjoner hos helsearbeidere i møte med pasienter som ruser seg inneliggende i døgntil behandling.

Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer helsearbeidere har med pasienter som er innlagt i døgntil behandling, som inntar rusmidler og/eller er ruset på post, og hvilke følelser som oppstår hos helsearbeidere i møte med disse pasientene. Feeling Word Checklist- 58 er et anerkjent og validert instrument, og vil bli brukt for å måle helsearbeideres følelser.

Temaet på prosjektet er det gjort lite forskning på, og det vil være av faglig interesse å sette fokus på hvordan den enkelte helsearbeider reagerer på tilbakefall hos pasienter. Dette kan bidra til økt kunnskap om hvordan vi kan møte denne utfordringen i rusbehandling i fremtiden.

Det anvendes kvantitativ metode, hvor det gjennomføres en elektronisk spørreundersøkelse gjennom Universitetet i Oslo sin plattform «[nettskjema.uio.no](http://nettskjema.uio.no)».

Undersøkelsen vil ta mellom 10-15 min å svare på. Prosjektet er godkjent av Norsk Senter for Dataforskning (NSD), og all informasjon vil være anonymisert i datamaterialet.

Jeg trenger respondenter til min undersøkelse og lurer på om det kunne være av interesse for personalet ved avdelingen deres å delta på dette prosjektet? Det jeg trenger er at du videresender linken nedenfor til dine ansatte, slik at de kan svare direkte på spørreskjemaet. For å kunne vite noe om brutto og nettoutvalget mitt, er jeg avhengig av at du gir meg en tilbakemelding på hvor mange du har sendt linken til. Har du mulighet til dette?



Gi meg en tilbakemelding på om det er noen interesse hos dere for å delta på prosjektet. Er det noe du lurer på, ta kontakt med meg når som helst på mail eller telefon. Hvis jeg ikke hører noe fra deg, vil jeg prøve å ringe deg i løpet av neste uke.

Vedlagt ligger et eksemplar av undersøkelsen, slik at du kan danne deg et bilde av prosjektet.

Link til spørreundersøkelsen er:

<https://nettskjema.uio.no/answer/77421.html>

Jeg ser frem til å høre fra deg! Ha en fin dag videre.

Med vennlig hilsen

Christina Redondo

Mailadresse: [christinaredondo@gmail.com](mailto:christinaredondo@gmail.com)

Telefon: 93264717

## LINKER:



Bekreftelse fra  
NSD.pdf



Faktoranalyse\_endeli  
g\_over0.45\_minus\_lik