

Mestringsfremmende psykososiale faktorer i overgangen fra døgnbehandling for rusavhengighet til hverdagen etterpå

Dagny Adriaenssen Johannessen

OSLOMET

Avhandling ph.d. sosialt arbeid og sosialpolitikk
Institutt for sosialfag
Fakultet for samfunnsvitenskap
OsloMet – storbyuniversitetet

Høst 2021

CC-BY-SA versjon 4.0

OsloMet Avhandling 2021 nr 44

ISSN 2535-471X (trykket)

ISSN 2535-5454 (online)

ISBN 978-82-8364-350-3 (trykket)

ISBN 978-82-8364-365-7 (online)

OsloMet – storbyuniversitetet

Universitetsbiblioteket

Skriftserien

St. Olavs plass 4,

0130 Oslo,

Telefon (47) 64 84 90 00

Postadresse:

Postboks 4, St. Olavs plass

0130 Oslo

Trykket hos Byråservice

Trykket på Scandia 2000 white, 80 gram på materiesider/200 gram på coveret

FORORD

Arbeidet med denne avhandlingen har vært en reise, en læringsprosess og et privilegium som ikke ville vært mulig uten bidrag, støtte og innsats fra mennesker og miljøer som jeg har møtt på min vei.

Først og fremst vil jeg takke intervjudeltakerne, som åpent delte sine historier, og de ansatte som satte av tid i en hektisk arbeidshverdag for å bidra til rekruttering, tilrettelegging og spørreundersøkelsen. Avhandlingen hviler på disse menneskenes velvilje og innsats.

Dernest ønsker jeg å takke mine veiledere, Amy Østertun Geirdal og Trond Nordfjærn. Dere har forsørget meg med trygghet, faglig støtte og forutsigbarhet fra start til mål. Min respekt for dere, som mennesker og fagpersoner, har skjerpet meg og gitt meg kraft og pågangsmot.

Far, mor, søster, bror og onkel – dere har vært til stede for meg og delt gleder og sorger. Sammen har dere vært en stødig og trygg grunnmur. Det betyr alt!

Min modige venn Therese – fra første gang vi møttes har du gitt meg din usensurerte og ærlige tilbakemelding. Du har vist meg i riktig retning gang på gang, og for meg er du uvurderlig. Kenneth, jeg har lært så mye av deg. Takk for all innsikt og engasjerende diskusjoner, din kunnskap og inspirasjon. Til min fine familie og mine trofaste venner: Takk for at dere fortsatt er der. Kjære medstipendiater ved OsloMet, kolleger ved Blå Kors og brukerutvalget i Blå Kors Øst – deres innspill, støtte og oppmuntring har betydd mye for meg. Jeg vil rette en særlig takk til Krisztina, Maja, Vidar, Knut Ivar og Magne, som på ulike måter har gått veien skulder ved skulder med meg.

Min arbeidsplass gjennom Ph.d-forløpet, Blå Kors, har vist meg stor tillit ved å gi meg denne muligheten. Dette er jeg dypt takknemlig for. Til sist vil jeg takke OsloMet – Storbyuniversitetet for tilrettelegging, og ansatte ved institutt for sosialfag, som har møtt meg med åpenhet og engasjement.

Oslo, oktober 2021

Dagny Adriaenssen Johannessen

SAMMENDRAG

De aller fleste som opplever utfordringer knyttet til bruk av rusmidler, overkommer disse uten hjelp fra det formelle tjenesteapparatet. Personer med rusavhengighet opplever sammensatte og omfattende psykososiale utfordringer knyttet til avhengigheten, og har vanligvis behov for formell hjelp for å mestre endring på flere områder i livet – personlig, relasjonelt og sosialt. Endring skjer gjennom et samspill mellom individet og dets omgivelser, hvor individets mestring i endringsprosessen betinges av individuelle så vel som kontekstuelle faktorer. Døgnbehandling foregår i et kontrollert miljø, hvor både intervensjoner som tas i bruk og personalet som utøver praksisen, kan ha betydning for pasientenes mestring i endringsprosessen.

Overgangen fra døgnbehandling til tiden etter utskriving har blitt vektlagt som utfordrende av både pasientene selv og aktører i tjenesteapparatet. Et sentralt formål med døgnbehandling for rusavhengighet er å motvirke tilbakefall til tidligere livsstil og bidra til langsiktig endring og mestring i tiden etter utskriving. Selv om rusfrihet alene ikke er nok for å overkomme rusavhengighetens skadelige konsekvenser, befatter et stort tilfang av tidligere forskning seg med å undersøke individuelle faktorer, som bruk av rusmidler, og inntar et kortsiktig perspektiv. Dette begrenser tilgangen til kunnskap om andre mestringsfremmende faktorer enn rusfrihet, og praksisfeltets mulighet til å ta i bruk intervensjoner som fremmer langsiktig mestring og velvære.

Formålet med denne avhandlingen har vært å bidra med kunnskap om psykososiale faktorer med betydning for pasienters mestring i overgangen fra døgnbehandling for rusavhengighet til hverdagen etter utskriving. Dette har blitt undersøkt fra ulike perspektiver på bakgrunn av følgende forskningsspørsmål:

Forskningsspørsmål 1) Hvilke psykososiale faktorer beskriver pasienter i døgnbehandling som mestringsfremmende, og hvordan endres disse for pasienter som har gjennomført døgnbehandling for rusavhengighet?

Forskningsspørsmål 2) Hvilke intervensjoner kan styrke faktorer som betegnes mestringsfremmende for pasienter i overgangen fra døgnbehandling?

Forskningsspørsmål 3) Hvilken betydning kan mestringsfremmende intervensjoner ha for ansattes arbeidstilfredshet i døgnbehandling for rusavhengighet?

Avhandlingens overordnede tematikk ble undersøkt med et eksplorerende multimetodisk design hvor både kvalitativ og kvantitativ metode ble tatt i bruk. Avhandlingen består av følgende delstudier, som har blitt beskrevet i fire artikler (Artikkel I – IV): En systematisk oversikt, en fokusgruppestudie, en evalueringsstudie og en spørreundersøkelse. I den systematiske oversikten ble funn fra tidligere forskning (n = 14) oppsummert tematisk for å undersøke endring i mestringsfremmende faktorer etter utskriving fra døgnbehandling for rusavhengighet (Artikkel I). Forventninger til overgangen fra døgnbehandling for rusavhengighet til tiden etter utskriving ble undersøkt i fokusgruppeintervjuer (n = 4) med inneliggende pasienter (n = 22) (Artikkel II). Funnene fra den systematiske oversikten og fokusgruppestudien lå til grunn i søket etter et validert instrument for å kartlegge mestringsfremmende intervensjoner. Instrumentet ble oversatt fra Engelsk (USA) til Norsk og testet med faktoranalyser i en evalueringsstudie med data fra en tverrsnitts spørreundersøkelse blant ansatte (n = 407) i døgnbehandling for rusavhengighet (Artikkel III). Betydningen av mestringsfremmende intervensjoner for ansattes (n = 407) arbeidstilfredshet i døgnbehandling for rusavhengighet, ble undersøkt med multippel regresjonsanalyse i en tverrsnitts spørreundersøkelse (Artikkel IV).

Pasienter som har gjennomført døgnbehandling for rusavhengighet opplever generelt en bedring i psykisk velvære, økt deltakelse (sosialt, arbeid), og en reduksjon i bruk av rusmidler (Artikkel I). Bestemte psykososiale faktorer (bolig, utdanning, mestringsstro og livskvalitet), kartlegges i mindre grad enn rusfrihet og psykisk helse blant pasienter som har gjennomført døgnbehandling (Artikkel I). Inneliggende pasienter forventer at faktorer som tilhørighet (sosialt og til miljøer utenfor institusjonen), indre prosesser (motivasjon, selvinnsikt) og forutsigbarhet (socioøkonomiske forhold, gradvis overgang, rammer og rutiner) vil ha betydning for deres mestring i overgangen mellom døgnbehandling og hverdagen etter utskriving (Artikkel II).

Fleksible og individuelt tilrettelagte tjenester, som gir pasientene valgfrihet og mulighet til å medvirke i løpet av behandlingsforløpet, kan styrke faktorer som ble betegnet mestringsfremmende i Artikkel I og II. Instrumentet som ble oversatt og evaluert i Artikkel III (Recovery Self-Assessment – Norwegian (RSA-N)), inkluderer subskalaer som kartlegger tre mestringsfremmende intervensjoner i døgnbehandling – pasientenes mulighet til å velge og definere sine egne mål for behandlingen (*Mål og valg*), pasientenes mulighet til å medvirke i

løpet av behandlingsoppholdet (*Medvirkning*) og hvorvidt behandlingsinstitusjonen tilbyr et mangfold av tjenester som kan tilpasses individuelt (*Individuell tilrettelegging og mangfold*). Funn fra Artikkel III viser at RSA-N egner seg for å kartlegge mestringsfremmende intervensjoner i døgnbehandling for rusavhengighet.

Funn fra Artikkel IV antyder at ansattes arbeidstilfredshet kan bli positivt påvirket av deres opplevelse av at behandlingspraksisen legger til rette for pasientenes valgfrihet og mulighet til å definere egne mål (*Mål og valg*), negativt påvirket av pasientenes mulighet til å medvirke (*Medvirkning*), mens det ikke ble funnet noen sammenheng mellom subskalaen *Individuell tilrettelegging og mangfold* og ansattes arbeidstilfredshet.

Samlet bidrar avhandlingen med kunnskap om mestringsfremmende faktorer for pasienter i overgangen fra døgnbehandling til tiden etter utskriving (Artikkel I og II), kunnskap om hvilke intervensjoner som kan styrke faktorer som betegnes mestringsfremmende og hvordan disse kan kartlegges i døgnbehandling for rusavhengighet (Artikkel III), samt kunnskap om betydningen av mestringsfremmende intervensjoner for ansattes arbeidstilfredshet i døgnbehandling for rusavhengighet (Artikkel IV).

Avhandlingens funn har betydning for praksisfeltet når overgangen mellom tjenestenivåer skal planlegges i samarbeid med pasientene, slik at forholdene er lagt til rette for mestring gjennom overgangen og i tiden etter utskriving. Avhandlingens funn har videre betydning for praksisfeltets forutsetning til å imøtekomme den enkelte pasients ønsker, behov og valg, som på sin side kan styrke praksisfeltets forutsetning til å imøtekomme gjeldende sosialpolitiske føringer om individuell tilrettelegging og medvirkning i tjenesteapparatet.

SUMMARY

The vast majority of those who experience challenges related to substance use overcome them without the help of the formal service apparatus. People with substance use disorder (SUD) experience complex and extensive psychosocial challenges related to the SUD, and usually need formal assistance to master change in several areas of their lives – personal, relational and social. Change takes place through an interaction between the individual and his or her environment, where the individual's ability to master the change process is conditioned by individual as well as contextual factors. Inpatient treatment takes place in a controlled environment, where both interventions that are used and the clinicians who carry out the practices, can be important for the inpatients' mastery during the change process.

The transition from inpatient treatment to the period after discharge has been emphasised as challenging by both the patients themselves and actors in the service apparatus. A key purpose of inpatient SUD treatment is to prevent a relapse to one's earlier lifestyle and contribute to long-term change and mastery during the period after discharge. Although sobriety alone is not enough to overcome the harmful consequences of SUD, a large body of earlier research is concerned with examining individual factors, such as substance use, and takes a short-term perspective. This limits access to knowledge about other enabling factors than sobriety, and the field of practice's ability to use interventions that promote long-term mastery and well-being.

The purpose of this dissertation has been to contribute knowledge about psychosocial factors that enables mastery for patients during the transition from inpatient SUD treatment to everyday life after discharge. This has been examined from different perspectives on the basis of the following research questions:

Research question 1) Which psychosocial factors do patients in inpatient treatment describe as enabling, and how does these change for patients who have completed inpatient SUD treatment?

Research question 2) Which interventions can strengthen enabling psychosocial factors for patients in the transition from inpatient SUD treatment?

Research question 3) What role can enabling interventions play for clinicians' work-related satisfaction in inpatient treatment for drug addiction?

The overall theme of the dissertation was examined with an exploratory multi-methodological design where both qualitative and quantitative methods were used. The dissertation consists of the following sub-studies, which have been described in four articles (Articles I - IV): A systematic review, a focus group study, an evaluation study and a questionnaire. The systematic review synthesised previous research findings (n = 14) to examine changes in enabling psychosocial factors after discharge from inpatient SUD treatment (Article I). Expectations for the transition from inpatient SUD treatment to the period after discharge were examined with focus group interviews (n = 4) among inpatients (n = 22) (Article II). The findings from the systematic review and focus group study served as the basis for the search for a validated instrument for mapping enabling interventions. The instrument was translated from English (USA) into Norwegian and tested with factor analyses in an evaluation study with data from a cross-sectional survey among clinicians (n = 407) working in inpatient SUD treatment (Article III). The significance of enabling interventions for clinicians' (n = 407) work-related satisfaction in inpatient SUD treatment was examined with multiple regression analyses in a cross-sectional questionnaire (Article IV).

Patients who have completed inpatient SUD treatment generally experience an improvement in mental well-being, increased participation (social, work), and a reduction in substance use (Article I). Certain psychosocial factors (housing, education, self-efficacy and quality of life) are mapped to a lesser extent than sobriety and mental health among patients who have completed inpatient SUD treatment (Article I). Inpatients expect that factors such as belonging (social and to environments outside the institution), internal processes (motivation, self-insight) and predictability (socio-economic conditions, gradual transition, frameworks and routines) will enable mastery in the transition between inpatient SUD treatment and everyday life after discharge (Article II).

Flexible and individually tailored services, which give patients freedom of choice and the opportunity to participate in their care pathway, can strengthen factors that were described as enabling in Articles I and II. The instrument, which was translated and evaluated in Article III (Recovery Self-Assessment - Norwegian (RSA-N)), includes subscales that map three enabling interventions in inpatient SUD treatment - the patients' ability to choose and define their own goals for treatment (*Goals and choices*), the patients' opportunity to participate during the treatment stay (*Involvement*) and whether the treatment institution offers a variety of services that can be individually tailored (*Individually tailored and varied*). Findings from

Article III show that RSA-N is suitable for mapping enabling interventions in inpatient SUD treatment.

Findings from Article IV suggest that clinicians' work-related satisfaction may be positively influenced by their experience that treatment practices facilitate the patients' freedom of choice and opportunity to define their own goals (*Goals and choice*), negatively influenced by the patients' ability to participate (*Involvement*), while no correlation was found between the subscale *Individually tailored and varied*, and clinicians' work-related satisfaction.

Overall, the dissertation contributes knowledge about enabling psychosocial factors for patients in the transition from inpatient treatment to the period after discharge (Articles I and II), knowledge about enabling interventions and how these can be mapped in inpatient SUD treatment (Article III), as well as knowledge of the role of enabling interventions for clinicians' work-related satisfaction in inpatient SUD treatment (Article IV).

The findings of the dissertation are important for the field of practice when the transition between service levels is to be planned in collaboration with the patients, so that the conditions for mastery are facilitated throughout the transition and during the period after discharge. The dissertation's findings are also important for the practice field's prerequisite for accommodating the individual patient's wishes, needs and choices, which in turn can strengthen the practice field's precondition for meeting current social policy guidelines on individual facilitation and participation in the service apparatus.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	5
1.1	Den politiske konteksten.....	6
1.2	Strukturen i tjenesteapparatet	9
1.3	Rusavhengighet.....	11
1.4	Mestring og mestringsfremmende faktorer	14
1.5	Overordnet formål og forskningsspørsmål	17
2	TIDLIGERE FORSKNING	19
2.1	Individuelle faktorer	20
2.2	Relasjonelle og sosiale faktorer	21
2.3	Organisatoriske faktorer	23
2.4	Kollektive- og strukturelle faktorer	25
2.5	Personalet.....	27
2.6	Oppsummering	29
3	TEORETISK RAMME	31
3.1	Kritisk realisme.....	31
3.2	Recovery informert teori (RIT)	34
3.2.1	Recovery kapital og sosial identitet	37
4	METODER	40
4.1	Systematisk oversikt (Artikkel I).....	40
4.2	Fokusgruppestudie (Artikkel II)	40
4.3	Spørreundersøkelse (Artikkel III og Artikkel IV)	40
4.4	Brukermedvirkning.....	41
4.5	Kontekst.....	41
4.6	Utvalg og rekruttering.....	42
4.6.1	Publiserte forskningsfunn	42
4.6.2	Inneliggende pasienter	42
4.6.3	Ansatte i døgnbehandling	43
4.7	Innsamling av data	45
4.7.1	Systematisk søk.....	45
4.7.2	Fokusgruppeintervjuer	45
4.7.3	Spørreskjema.....	46

4.8	Tematiske analyser	48
4.8.1	Tematisk oppsummering (Artikkel I)	48
4.8.2	Tematisk analyse i faser (Artikkel II)	49
4.9	Statistiske analyser.....	50
4.9.1	Deskriptiv statistikk (Artikkel III og IV)	50
4.9.2	Faktoranalyse (Artikkel III)	50
4.9.3	Multipel regresjon (Artikkel IV).....	52
4.10	Multimetodisk tilnærming	53
4.11	Forskningsetiske hensyn.....	55
5	HOVEDFUNN	57
5.1	Artikkel I.....	57
5.2	Artikkel II	57
5.3	Artikkel III	58
5.4	Artikkel IV.....	60
6	DISKUSJON.....	62
6.1	Metodologiske betraktninger	62
6.1.1	Nøytralitet	62
6.1.2	Datagrunnlagets kvalitet	64
6.2	Generell diskusjon	69
6.2.1	Mestringsfremmende faktorer.....	70
6.2.2	Mestringsfremmende intervensjoner	74
6.2.3	Individet og omgivelsene i overgangen	78
7	Konklusjon og implikasjoner	81
7.1	Konklusjoner.....	81
7.2	Implikasjoner for praksis	81
7.3	Videre forskning	82
	REFERANSER.....	83

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)

Vedlegg 2: Oppdatert godkjenning fra NSD

Vedlegg 3: Vedtak fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til deltakelse i fokusgruppestudien

Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til deltakelse i spørreundersøkelsen

Vedlegg 6: Intervjuguide til fokusgruppestudien

Vedlegg 7: Spørreskjema til spørreundersøkelsen

Liste over artikler

Artikkel I

Johannessen, D. A., Nordfjærn, T., & Geirdal, A. Ø. (2019). Change in psychosocial factors connected to coping after inpatient treatment for substance use disorder: a systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 14(1), 16.
<https://doi.org/10.1186/s13011-019-0210-9>

Artikkel II

Johannessen, D. A., Nordfjærn, T. & Geirdal, A. Ø. (2020). Substance use disorder patients' expectations on transition from treatment to post-discharge period. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37(3), 208-226. <https://doi.org/10.1177/1455072520910551>

Artikkel III

Johannessen, D. A., Geirdal, A. Ø. & Nordfjærn, T. (2021). Investigating the factor structure of a translated recovery-orientation instrument in inpatient treatment for substance use disorder. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1), 24.
<https://doi.org/10.1186/s13011-021-00363-0>

Artikkel IV

Johannessen, D. A., Nordfjærn, T., & Geirdal, A. Ø. Work-Related Satisfaction among Clinicians Working at Inpatient Treatment Facilities for Substance Use Disorder: The Role of Recovery Orientation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(14):7423.
DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18147423>

1 INNLEDNING

De aller fleste som opplever utfordringer knyttet til bruk av rusmidler, overkommer disse uten hjelp fra det formelle tjenesteapparatet (Heyman, 2013; Klingemann et al., 2010; Landheim, 2016; Price et al., 2001; Willenbring, 2010). Dersom bruken fortsetter, til tross for de skadelige sosiale, helsemessige og psykologiske konsekvensene dette forårsaker, betegnes det rusavhengighet (Verdens helseorganisasjon, 1999, 2019). Personer med rusavhengighet og omfattende psykososiale utfordringer, som har vanskeligheter med å håndtere hverdagslivet, har vanligvis behov for formell hjelp i form av døgntilrettelagt behandling (Helsedirektoratet, 2015b; Landheim, 2016; Wagner et al., 2004; Wakeman et al., 2017; White, 2008). For å overkomme rusavhengighetens skadelige konsekvenser, kreves det omfattende endring på flere områder i livet – personlig, relasjonelt og sosialt (Brown & Ashford, 2019). Endring skjer gjennom et samspill mellom individet og dets omgivelser (Cornell, 2006; Levin, 2021), hvor individets mestring i endringsprosessen betinges av individuelle så vel som kontekstuelle faktorer (Bhaskar et al., 2018). Døgntilrettelagt behandling foregår i et kontrollert miljø, hvor menneskene, rammene og praksisen inngår som kontekstuelle faktorer i pasientenes psykososiale omgivelser. Både intervensjoner som tas i bruk og personalet som utøver praksisen, kan ha betydning for pasientenes mestring i den omfattende endringsprosessen (Cutcliffe et al., 2015; Johnson & Haigh, 2010; Waldemar et al., 2019).

Overgangen fra døgntilrettelagt behandling til hverdagen etter utskrivning har blitt vektlagt som en utfordrende og sårbar periode av både pasienter og aktører i tjenesteapparatet (Andersson et al., 2017; Andersson et al., 2019; Haugum et al., 2016; Haugum & Iversen, 2014; Haugum et al., 2013; Nordfjærn, 2011; Riksrevisjonen, 2021; Robertson & Nesvåg, 2018; Skudal et al., 2017; Ådnes et al., 2021; Ådnes et al., 2020). Rusfrihet alene er ikke nok for å overkomme rusavhengighetens skadelige konsekvenser (Martinelli et al., 2020; McKay, 2017; Worley, 2017), og formålet med behandling begrenser seg ikke til å redusere bruk av rusmidler. Behandling for rusavhengighet skal i tillegg motvirke tilbakefall til tidligere livsstil og bidra til langsiktig endring og mestring gjennom overgangen og i hverdagslivet etter utskrivning (Brown & Ashford, 2019; Helsedirektoratet, 2015a). Imidlertid befatter et stort tilfang av tidligere forskning seg med å undersøke individuelle faktorer, som bruk av rusmidler, og inntar vanligvis et kortsiktig perspektiv (se for eksempel Bjornestad et al., 2020; Davis et al., 2020; de Andrade et al., 2019; Marchand et al., 2019). Dette begrenser tilgangen til kunnskap om andre mestringsfremmende faktorer enn rusfrihet, og praksisfeltets mulighet

til å ta i bruk intervensjoner som fremmer langsiktig mestring og velvære (Alves et al., 2017; Bjornestad et al., 2020; Richardson et al., 2018).

Formålet med denne avhandlingen har vært å undersøke faktorer i de psykososiale omgivelsene rundt pasienter som er i overgangen fra døgnbehandling for rusavhengighet til hverdagen etter utskrivning. Avhandlingen består av tre delstudier, hvor to har hatt til hensikt å kartlegge mestringsfremmende faktorer i pasientenes psykososiale omgivelser, og én har hatt som formål å undersøke sammenhengen mellom mestringsfremmende intervensjoner, og personalets opplevelse av arbeidshverdagen i døgnbehandling for rusavhengighet.

1.1 Den politiske konteksten

Helse- og sosialfaglig praksis og helse- og sosialpolitikk er tett forbundet (Ferguson, 2012; Haynes, 2012), og politiske reguleringer og retningslinjer er førende for både praksisfeltet og ansatte som arbeider i tjenestene. Helse- og sosialpolitiske føringer betinger pasientenes muligheter i form av tjenestekvaliteten og tilgangen til tjenester, bolig, arbeid, aktivitet, utdanning og økonomisk trygghet, og jeg vil av den grunn ta et historisk tilbakeblikk på veien fram til dagens ruspolitikk.

Brennevinsloven fra 1816 åpnet opp for hjemmebrenning, og ga innbyggerne mulighet til å bedre sin private økonomi. Det viste seg imidlertid raskt at muligheten også medførte en tilvekst av sosiale problemer, som rusavhengighet og dårlige levekår, i grupper som allerede var marginalisert i samfunnet (NOU 1995:24, 1995). I tiden som fulgte ble søkelyset i økende grad rettet mot alkoholens skadelige sosiale konsekvenser, som medførte strengere politisk regulering av alkohol (Schiøtz, 2017). Løsgjengerloven (1907) ga myndighetene anledning til å kontrollere alkoholrelatert adferd i det offentlige rom gjennom at personer som brukte alkohol kunne tvangsplasseres i arbeids- eller kuranstalter (Hartmann, 1934). I den første delen av 1900-tallet ble det etablert flere kuranstalter for alkoholbehandling, hvorav Blå Kors opprettet den første i 1909 på Eina (Schiøtz, 2017).

I tiden før 1960 hadde narkotika ikke et videre politisk eller samfunnsmessig fokus (Skretting, 2014). Narkotikapolitiske kontrolltiltak aktualiserte seg først da bruken av narkotika ble offentlig synlig, og dertil ble vurdert som en alvorlig samfunnsutfordring og trussel mot samfunnets idealer og normer (St. meld. nr. 13 (1985-86), 1986). Narkotiske stoffer ble derfor innlemmet på lik linje med alkohol i Edruskapsloven (1932), som ga myndighetene anledning til å tvangsplassere personer som brukte narkotiske stoffer i arbeids- eller kuranstalter (Rossow et al., 1998).

Forbudet mot å oppholde seg beruset i det offentlige rom (løsgjengeri), samt myndighetenes anledning til å tvangssende personer med rusavhengighet til arbeids- eller kuranstalter, ble avvirket i 1970 (NOU 1995:24, 1995; Skretting, 2018). Løsgjengeri ble imidlertid avkriminalisert uten å utvide tjenestetilbudet for personer med rusavhengighet, og mange av de som tidligere hadde blitt arrestert for løsgjengeri, døde i sin frihet (Schiøtz, 2017).

I 1970- og 80-årene økte innsatsen for å styrke tjenestetilbudet for personer med rusavhengighet. Tjenester som avrusing, vernehjem og hybelhus for personer med alkoholavhengighet ble bygget ut og rustet opp (Skretting, 2018). I likhet ble tjenestetilbudet til personer med narkotikaavhengighet styrket fra slutten av 1980-tallet, og antallet behandlings- og rehabiliteringsplasser ble fordoblet i løpet av få år (St. meld. nr. 69 (1991-92), 1992).

Et sentralt formål med å bygge opp og utbedre behandlings- og tjenestetilbudet var å begrense smittsomme sykdommer, som hadde vokst fram blant personer med rusavhengighet (St. meld. nr. 69 (1991-92), 1992). Skadereduserende tiltak, som informasjon og utdeling av brukerutstyr, ble innført for å motvirke spredningen av smittsomme sykdommer blant personer med avhengighet til illegale rusmidler (Skretting, 1997, 2014; Ødegård, 1995). Innføringen av skadereduserende tiltak ble ansett som progressivt og stod i kontrast til datidens politiske visjon om et narkotikafritt samfunn (St. meld. nr. 13 (1985-86), 1986). Visjonen ble formelt fastholdt fram til Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ble gjort til en permanent ordning (Grindheim, 1996; Skretting, 1997) og skadereduserende tiltak som Sprøyterommet i Oslo (nå 'Brukerrommet') ble etablert i 2005 (Justis- og politidepartementet, 2004).

I løpet av 1990-tallet skapte den dårlige helsetilstanden blant personer med rusavhengighet gradvis større bekymring, og i 2004 ble behandlingstilbudene for rusavhengighet inkludert i Sykehusreformen som Rusreform II (Helsedepartementet, 2004b). Med Rusreform II ble behandling for rusavhengighet definert som en spesialisthelsetjeneste og ansvaret for rusbehandling ble flyttet fra fylkeskommunen til staten, som organiserte behandlingstilbudene i helseforetak (Alver et al., 2004). Rusreform II ga personer med rusavhengighet pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter i spesialisthelsetjenesten (Nesvaag & Lie, 2010). Rusreform II skulle bidra til et helhetlig tjenestetilbud og gi pasientene bedre tilgang til behandling av psykiske og somatiske helseproblemer (Helsedepartementet, 2004a).

Evalueringen av Rusreform II viste en økning i antall døgnbehandlingsplasser, henvisninger

og årsverk, men også en økning i ventetid og store regionale forskjeller i vurderingen av pasientrettigheter (Lie & Nesvåg, 2007).

Etter Rusreform II har myndighetene introdusert enkelte initiativer for å utbedre tjenestetilbudet for personer med rusavhengighet hvor hensikten har vært å styrke tjenestekvaliteten og tjenestetilbudet, øke kapasiteten og redusere variasjonen mellom tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007; Prop. 15 S (2015–2016), 2015).

Pakkeforløpet for psykisk helse og rus, som ble innført fra 2019, skulle bidra til bedre koordinering og samhandling på tvers av tjenestenivåer, økt medvirkning og helhetlige forløp for personer med utfordringer knyttet til rus (Helsedirektoratet, 2018, 2021). Evalueringen ett år etter at pakkeforløpet ble innført, viste at omtrent halvparten av ansatte i døgntilbud for rusavhengighet anså at pakkeforløpet hadde bidratt til økt medvirkning (Ådnanes et al., 2020). Et stort flertall (omtrent 80 %) av de ansatte mente at pasientenes forløp var sammenhengende. Samtidig mente flertallet (omtrent 70 %) at de ikke brukte mer tid på samhandling på tvers av tjenestenivåer (Ådnanes et al., 2020), som kan tyde på at ansatte mente at pasientenes forløp var sammenhengende allerede før pakkeforløpet ble innført. Ansatte rapporterte imidlertid at de opplevde større arbeidsbelastning og tidspress etter at pakkeforløpet ble innført (Ådnanes et al., 2020). Imidlertid antyder funn fra evalueringen med pasienter, pårørende og ansatte fra spesialisert behandling innen rus- eller psykisk helse, på tidvis mangelfull samhandlingen mellom tjenestenivåer og at pasienter i liten grad blir involvert i å planlegge sitt behandlingsforløp (Ådnanes et al., 2021).

På slutten av 2000-tallet oppfordret De Forente nasjoners (FN) kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC) medlemsland til å ta i bruk alternativer til straff for personer med avhengighet til illegale rusmidler (Gerra et al., 2010). I 2019 offentliggjorde FNs Chief Executives Board (CEB) en uttalelse som ga støtte til avkriminalisering av bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk (CEB, 2019), som av det internasjonale narkotikakontrollstyre (INCB) ble fremhevet som den beste praksisen (Sipp, 2015). Enkelte land og stater praktiserer i dag ulike former for avkriminalisering, depenalisering eller legalisering av psykoaktive rusmidler som cannabis og psilocybin (for eksempel Canada, Colorado (USA), Slovenia, Estland og Italia).

I Norge ble nylig et forslag til lovendring lagt fram, hvor hensikten var å avkriminalisere (straffritak) kjøp, bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk. Et viktig insentiv for forslaget var rusavhengighetens bakenforliggende sosiale og psykologiske årsaker (NOU 2019:26, 2019). Forslaget innebar en integrert modell, hvor personer som ble anholdt med

illegale rusmidler til eget bruk skulle få oppmøteplikt til en tverrfaglig enhet i kommunen for fraråding mot narkotikabruk. Frarådingen skulle følges av tilbud om frivillig kartlegging av behovet for oppfølging, hjelp og behandling (NOU 2019:26, 2019). Lovforslaget, som ble oversendt fra Regjeringen til behandling i Stortinget i februar 2021 (Prop. 92 L (2020-2021), 2021), ble imidlertid nedstemt i Stortinget i juni 2021.

1.2 Strukturen i tjenesteapparatet

I Norge graderes spesialisert behandling for rusavhengighet i fire nivåer: 1) poliklinisk behandling, 2) intensiv poliklinisk behandling med dagtilbud, 3) døgnbehandling, og 4) medisinsk styrt døgnbehandling eller rusakutt (Helsedirektoratet, 2015a). Behandlingen administreres av fire regionale helseforetak (RHF): Helse Nord, Helse Midt, Helse Vest, og Helse Sør-Øst. RHF-ene er organisert under Helse- og omsorgsdepartementet, og eier helseforetak (HF) i sin region. De fire RHF-ene har i tillegg private avtaleparter som består av både ideelle og kommersielle aktører. Private avtaleparter som har ytelsesavtale med et av RHF-ene tilbyr både poliklinisk- og døgnbasert behandling for rusavhengighet. Kontrakten som RHF-ene inngår med private avtaleparter skal sikre at behandlingen tilbys i tråd med bestemte kvalitetsindikatorer, eksempelvis at avtalepartene forplikter seg til å praktisere i tråd med gjeldende retningslinjer og faglige veiledere, ha tilstrekkelig kvalifisert personell og ha brukermedvirkning på system- og individnivå.

Sentrale formål med rusbehandling inkluderer å bryte forbindelsen mellom faktorer som trigger rustrang og inntak av rusmidler (O'Brien, 2008), styrke pasientens strategier for å motvirke tilbakefall til rusmiddelbruk (Martin & Rehm, 2012), samt bidra til sosialt, fysisk og psykisk velvære og funksjon (Broekaert et al., 2010). Medisinsk avhengighetsbehandling (substitusjonsbehandling) skal bidra til å redusere abstinens (fysisk avhengighet) for å komme i posisjon til å arbeide med den psykiske avhengigheten og de bakenforliggende årsakene til avhengigheten (O'Brien, 2008). Det overordnede formålet med rusbehandling er å bidra til at pasientene overkommer de negative sosiale, psykologiske og helsemessige utfordringene de opplever.

Praksiser som tas i bruk både i Norge og internasjonalt inkluderer substitusjonsbehandling (O'Brien, 2008), psykososiale intervensjoner rettet mot adferd eller psykologisk og sosial funksjon, som kognitiv adferdsterapi, motiverende intervju, tolvttrinnsbehandling (Manuel et al., 2011; Martin & Rehm, 2012) eller terapeutiske samfunn (Debaere et al., 2014), samt kroppsbaserte intervensjoner rettet mot følelsesregulering og velvære, som mindfulness

(Caselli et al., 2016; Cavicchioli et al., 2018; Temme & Kopak, 2016) eller fysisk aktivitet (Fitzgerald et al., 2020; Muller & Clausen, 2015). Intervensjonene er i hovedsak innrettet mot å endre adferd knyttet til bruk av rusmidler eller har som formål å redusere eller fjerne faktorer som bidrar til å opprettholde rusavhengighet (McKay, 2017). Selv om bestemte behandlingsintervensjoner blir spesielt fremhevet i faglige retningslinjer for rusfeltet (Helsedirektoratet, 2015a), tar ulike behandlingstilbud i bruk forskjellige intervensjoner for å oppfylle det overordnede formålet med døgntilbud.

Personer som henvises til døgntilbud har som regel utviklet alvorlig rusavhengighet og opplever sammensatte psykososiale utfordringer som gjør det vanskelig for dem å håndtere hverdagslivet (Helsedirektoratet, 2015a; Landheim, 2016; Wagner et al., 2004; Wakeman et al., 2017). Spesialisert døgntilbud er tverrfaglig og består av sosiale, psykologiske og medisinske tiltak og intervensjoner, og behandlingen foregår vanligvis i grupper, individuelt og i miljøet hvor pasientene befinner seg (Mørland & Waal, 2016). For pasienter i døgntilbud er formålet især å bidra til sosial tilhørighet, velferd og sosial deltakelse, slik at de mestrer hverdagslivet etter institusjonsoppholdet (Helsedirektoratet, 2015a; Verdens helseorganisasjon & FNs kontor for narkotika og kriminalitet, 2020). I spesialisert rusbehandling, både døgntilbud og poliklinisk behandling, består mer enn to tredeler av sosialfaglig, psykologfaglig eller helsefaglig personell, slik som sosionomer, psykologer, sykepleiere eller leger. Andelen uten helse- eller sosialfaglig utdanning er synkende, mens andelen med helsefaglig utdanning er stigende sammenlignet med sosialfaglig utdannet personell (Helsedirektoratet, 2015c).

Spesialisert rusbehandling og tilpassede oppfølgingstjenester etter utskriving har blitt fremhevet som likeverdige sentrale elementer for å overkomme rusavhengighetens negative konsekvenser og oppnå mestring og velvære på lang sikt (se for eksempel Ashford et al., 2020; de Andrade et al., 2019; Manuel et al., 2017; McKay, 2009; Proctor et al., 2017b; Timko et al., 2016). I Norge organiseres spesialisert behandling og oppfølgingstjenester på to ulike tjenestenivåer. Mens spesialisert døgntilbud tilbys av et av de fire RHF-er, tilfaller ansvaret for oppfølgingstjenester etter utskriving kommunen. Kommunen skal dekke et stort spekter av tjenester til sine innbyggere og til de som oppholder seg der (Helse- og omsorgsloven, 2010, § 3-2), og tjenestetilbudet er basert på innbyggernes behov, og den enkelte kommunes prioriteringer og kapasitet. Oppfølgingstilbudet til personer med rusavhengighet varierer dermed fra kommune til kommune (NOU 2019:26, 2019; Riksrevisjonen, 2021).

Overgangen fra institusjonens kontrollerte miljø til hverdagen etter utskriving representerer en sårbar periode for mange (Andersson et al., 2019; Nordfjærn, 2011; Robertson & Nesvåg, 2018). For å bidra til sammenheng i overgangen mellom tjenestenivåer, har myndighetene iverksatt omfattende satsinger og anmoder om å ta utgangspunkt i den enkeltes ønsker, behov og mål (Helsedirektoratet, 2014, 2015a). Satsingene innbefatter videre tiltak for å styrke samarbeidet mellom tjenestenivåer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008), tiltak for å styrke tjenestetilbudet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007; Prop. 15 S (2015–2016), 2015) og tjenestekvaliteten gjennom faglige veiledere og retningslinjer (Helsedirektoratet, 2014, 2015a). Samtidig kan det være stor avstand mellom beskrivelsen av praksisen, tjenestenes utførelse av praksisen (Frank & Bjerger, 2011) og brukernes erfaring med praksisen (Cutcliffe et al., 2015). Pasienter som er i overgangen fra døgnbehandling til hverdagen etter utskriving rapporterer usikkerhet knyttet til tiden de har i vente (Andersson et al., 2017; Haugum et al., 2016; Haugum & Iversen, 2014; Haugum et al., 2013; Skudal et al., 2017). Psykososial endring og utvikling som bidrar til at grunnleggende sosiale, emosjonelle og materielle behov dekkes, anses som et overordnet formål med sosialfaglig praksis. I tjenester på rusfeltet er en sentral sosialfaglig oppgave å bidra til at de sosiale forholdene er lagt til rette for mestring gjennom behandlingsoppholdet, i overgangen mellom tjenestenivåer og etter utskriving (Helsedepartementet, 2004a; Helsedirektoratet, 2015a; Loughran, 2019; Raheb et al., 2016).

1.3 Rusavhengighet

Verdens helseorganisasjon (2019) sin definisjon, som har blitt lagt til grunn i avhandlingen, deler bruk av psykoaktive rusmidler inn i tre kategorier: Rekreasjonsbruk, skadelig bruk og avhengighet. Rekreasjonsbruk defineres som bruk av rusmidler som er sosialt akseptert i den konteksten personen befinner seg i, og som ikke oppleves som problematisk eller medfører skade. Skadelig bruk beskrives som bruk av psykoaktive rusmidler som medfører skade, enten fysisk, psykisk eller sosialt for personen selv eller de rundt. Dersom bruken av rusmidlene fortsetter, selv om det medfører skadelige sosiale, helsemessige og psykologiske konsekvenser, defineres tilstanden som avhengighet (Verdens helseorganisasjon, 1999, 2019).

Enkelte kunnskapsfelt bidrar med ulike perspektiver for å forklare hvordan rusavhengighet oppstår og vedlikeholdes. I Norge, som i mange andre land, legges den biopsykososiale modellen til grunn (Dale-Perera, 2017; Helsedirektoratet, 2015a; Sumnall & Brotherhood, 2012; Verdens helseorganisasjon & FNs kontor for narkotika og kriminalitet, 2020). Modellen

vektlegger samspillet mellom sosiale, kulturelle, psykologiske og biologiske forhold for å beskrive hvordan rusavhengighet oppstår og vedlikeholdes. Den biopsykososiale modellen er i dag et anerkjent utgangspunkt for å forstå psykiske helseproblemer og rusavhengighet verden over (Bolton & Gillett, 2019). I Norge er modellen sentral i tjenester og tiltak som tas i bruk for å begrense avhengighetens skadelige konsekvenser ved at tjenester på rusfeltet vanligvis organiseres tverrfaglig og i all hovedsak iverksetter sosiale, psykologiske og helserettede tiltak og intervensjoner (Helsedirektoratet, 2014, 2015a; Verdens helseorganisasjon & FNs kontor for narkotika og kriminalitet, 2020).

Den biopsykososiale modellen ble først introdusert av Engel (1977), som hevdet at den biomedisinske modellen ikke var dekkende for å forklare hvordan somatisk så vel som psykisk sykdom oppstod og vedvarte. Den biomedisinske modellen for rusavhengighet, representerte på slutten av 1800-tallet et brudd med den moralske forståelsen (West & Brown, 2013), som hadde dominert i lang tid (Johansen et al., 2018). I den biomedisinske modellen legges biologiske prosesser til grunn for å forstå hvordan rusavhengighet oppstår og vedlikeholdes (Mørland & Waal, 2016). Mens rusavhengighet i den moralske forståelsen, betraktes som en moralsk svikt og personen anses selv å være skyld i sin avhengighet, og dermed selv ansvarlig for å håndtere de skadelige konsekvensene (NOU 1995:24, 1995; Schiøtz, 2017).

Engel (1977) omtalte bruken av den biomedisinske modellen som dogmatisk i den forstand at observasjoner, i dette tilfellet psykiske helseproblemer, som ikke passet inn i modellen ble forkastet framfor at modellen ble endret. På bakgrunn av dette foreslo han en utvidet modell, hvor menneskets biologiske, så vel som dets psykologiske og sosiale forhold, ble tatt i betraktning. Mye har skjedd siden den biopsykososiale modellen ble introdusert. Spesielt har kunnskapen om hvilken rolle sosiale og psykologiske forhold har for menneskers helse, vokst fram. Den biopsykososiale modellen er generell i den forstand at den anvendes for å forstå et stort spekter av helseproblemer og kan dermed anses som uspesifikk, men fleksibel (Bolton & Gillett, 2019).

Biologisk kan rusavhengighet blant annet forklares med nevrobiologiske prosesser som foregår naturlig i kroppen. Mennesker er biologisk disponert for å handle på en måte som gir en følelse av velvære. Velværefølelsen belønner adferd som sikrer overlevelse ved at gunstig adferd huskes bedre og dermed gjentas framfor annen adferd. Mange psykoaktive rusmidler utløser en følelse av velvære som er mer kraftfull enn belønningen som utløses ved adferd som er knyttet til overlevelse. Bruk av bestemte psykoaktive rusmidler over tid kan medføre

endring i nevrobiologiske strukturer. Biologiske prosesser, som personen selv ikke kan kontrollere, kan bidra til å beskrive årsaken til at noen mennesker fortsetter å bruke rusmidler til tross for at det medfører negative og skadelige konsekvenser (Mørland & Waal, 2016).

Psykologisk kan rusavhengighet forklares gjennom både beslutningsprosesser, forestillinger, sårbarhet og opplevelser. For eksempel er det veletablert kunnskap at det er en overrepresentasjon av skjellsettende opplevelser, som vold eller overgrep, blant personer med rusavhengighet (Carr et al., 2013; Halpern et al., 2018; Hser et al., 2015; Lauritzen et al., 2012). Adferdsmønster som opprettholder avhengigheten kan beskrives gjennom triggere, det vil si en stimuli som betinger en tanke, ofte etterfulgt av adferd. En stimuli kan være alt fra en lyd, lukt, en følelse eller et objekt, som over tid har blitt koblet til en adferd, for eksempel inntak av rusmidler (Henden et al., 2013). Det psykologiske perspektivet bidrar i tillegg ved å beskrive hvordan følelser kan motivere adferd. Dersom rusmidlet demper overveldende følelser, kan motivasjonen for å unnsnippe avhengighetens langsiktige negative konsekvenser oppleves som overstyrt av motivasjonen for å oppnå følelsesmessig lindring på kort sikt. Selv om motivasjon benyttes til å beskrive beslutningsprosessen, blir handlingen ofte omtalt som tvangspregnet i beskrivelser av rusavhengighet som tilstand (Henden et al., 2013).

For å beskrive hvordan sosiale forhold bidrar til at rusavhengighet utvikles og opprettholdes vektlegges blant annet levekår, trygghet, sosial tilhørighet og sosial deltakelse. Den enkeltes sosiale forhold kan påvirke somatisk så vel som mental helse. Gode levekår forutsetter blant annet trygge omgivelser og sikkerhet knyttet til grunnleggende materielle, sosiale og emosjonelle behov (Gil, 2012). Dårlige levekår, for eksempel knyttet til arbeidsløshet, dårlig økonomi eller lav utdanning, øker risikoen for dårlig helse, ensomhet og lav livskvalitet (Barstad, 2016). I tillegg kan dårlige levekår øke risikoen for psykososiale problemer, slik som rusavhengighet og psykiske helseproblemer (Leventhal et al., 2015; Quon & McGrath, 2014). Mennesker som lever under dårlige sosiale forhold bruker imidlertid ikke mer rusmidler enn resten av befolkningen, men får i større grad alvorlige utfordringer som følge av bruken (Leonhardt & Shawel Abebe, 2019; Pedersen et al., 2019; Probst et al., 2020).

Karunamuni et al. (2020) diskuterer samspeillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Forfatterne bruker tidligere forskning for å vise hvordan biologiske faktorer, som smerte, dårlig fysisk helse eller nedsatt funksjonsevne kan medføre lavere livskvalitet og psykisk uhelse. Psykiske faktorer som stress, negative følelser eller psykisk uhelse, kan på sin side endre den nevrobiologiske strukturen i hjernen, føre til somatiske sykdommer og øke risikoen for livsforkortende sykdommer. Andre psykologiske faktorer, som holdninger eller

forventninger kan endre den enkeltes livsstils valg på en måte som påvirker sykdomsforløpet og deres helse. Karunamuni et al. (2020) poengterer at samspillet mellom sosiale og biologiske faktorer medieres av psykologiske faktorer. For eksempel kan befolkningens holdninger (psykologisk faktor) til en bestemt helsetilstand bidra til at mennesker med helsetilstanden (biologisk faktor) blir marginalisert (sosial faktor). Samspillet mellom sosiale og psykologiske faktorer, på sin side, er preget av sammenhengen mellom sosiale forhold som forårsakes av eksempelvis politiske føringer eller sosioøkonomisk status, og psykologiske faktorer, som velvære, verdier og holdninger.

Rusfrihet alene er vanligvis ikke tilstrekkelig for å overkomme avhengighetens skadelige konsekvenser (Martinelli et al., 2020; McKay, 2017; Worley, 2017). Imidlertid representerer avhold fra rusmidler eller rusfrihet den mest utbredte utfallsmålet på nytten av rusbehandling og rustjenester i både praksis- og forskningsfeltet (Alves et al., 2017; Bjornestad et al., 2020; Helm, 2019; Richardson et al., 2018; Wiessing et al., 2018; Worley, 2017). Enkelte argumenterer for at kunnskapsgrunnlaget som legges til grunn på rusfeltet er ensidig (Brown & Ashford, 2019; McDaniel et al., 2020), og begrenser intervensjoner som tas i bruk for å motvirke avhengighetens skadelige konsekvenser (Alves et al., 2017; Brown & Ashford, 2019; McDaniel et al., 2020; McKay, 2017; Mee-Lee et al., 2010). Flere understreker at det er behov for å utvide praksisfeltets grunnlag ved å styrke kunnskapen om faktorer som bidrar til mestring for personer som er i prosess for å overkomme rusavhengighetens negative konsekvenser (Brown & Ashford, 2019; McDaniel et al., 2020; McKay, 2017).

1.4 Mestring og mestringsfremmende faktorer

Mestring kan beskrives som å oppnå en ønsket tilværelse gjennom å håndtere endringer som skal til for å overkomme utfordrende livssituasjoner (Heggen, 2007). Mestringsbegrepet rommer dermed både mestring som mål (*oppnå en ønsket tilværelse*), mestring som strategi (*å håndtere*), mestring som prosess (*overkomme*). Med hensyn til dette, kan mestringsfremmende faktorer beskrives som faktorer som fremmer den enkeltes mulighet til å håndtere endringen som skal til for å overkomme utfordrende livssituasjoner og oppnå en ønsket tilværelse.

Tilværelsen den enkelte anser som ønsket – individets mestringsmål – er subjektiv og individuelt betinget, og muligheten til å samles om en global beskrivelse av mestringsmålet har av den grunn blitt problematisert (Alves et al., 2017; DiClemente et al., 2016; Neale et al., 2015; Richardson et al., 2018; Sommer et al., 2021). Mestring som strategi involverer

strategier individet tar i bruk for å overkomme eller tilpasse seg en utfordrende livssituasjon (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus og Folkman (1984) skiller mellom emosjonsfokuserte og problemfokuserte mestringsstrategier. Emosjonsfokuserte innbefatter strategier som bidrar til at individet tilpasser seg den utfordrende livssituasjonen, eksempelvis ved å unngå utfordringen eller endrer sin oppfattelse av den (Heggen, 2007; Lazarus, 1993). Både oppfattelsen av utfordringen, og vurderingen av egne forutsetninger for å overkomme denne, det vil si mestringstro, kan påvirke strategien den enkelte tar i bruk (Bandura, 1999). Eksempelvis viste Järvinen og Ravn (2015) hvordan ulike årsaksforklaringer pasienter la til grunn for utfordringene de opplevde - deres oppfattelse av utfordringenes opprinnelse – hadde betydning både for deres mestringstro og strategiene de tok i bruk. Pasienter som hadde vokst opp med rusavhengighet i familien, som mente at rusavhengighet gikk i arv, opplevde eksempelvis at de selv ikke var i stand til å overkomme rusavhengigheten (lav mestringstro) og tok dermed i bruk strategier for å tilpasse seg den utfordrende livssituasjonen (Järvinen & Ravn, 2015). Lazarus og Folkman (1984) beskriver problemfokuserte mestringsstrategier som målrettede handlinger, for eksempel at personen oppsøker formell hjelp eller gjør andre aktive handlinger for å overkomme utfordringen (Heggen, 2007; Lazarus, 1993).

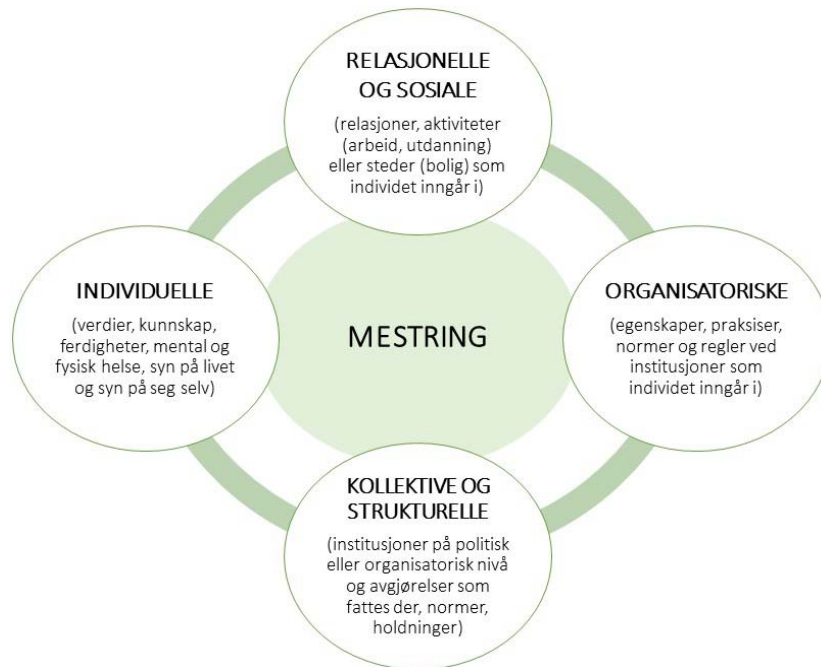
Med dette som bakteppe, kan mestring som prosess beskrives som å overkomme en utfordrende livssituasjon. Mestring som prosess forutsetter dermed at individet håndterer endring over tid. Overgangen fra en utfordrende livssituasjon til en ønsket tilværelse, eller overgangen fra døgnbehandling til hverdagen etter utskriving, illustrerer begge eksempler på prosess som forutsetter at individet håndterer endring over tid.

Som flere hevder, kan ikke mestring som mål, som strategi eller som prosess, undersøkes isolert fra hverandre (Heggen, 2007; Lazarus & Folkman, 1984; McKay, 2017; Price-Robertson et al., 2016; Sommer et al., 2021; Tew et al., 2012). Lazarus og Folkman (1984) understreker at mestringsstrategier ikke kan undersøkes separat fra faktorer i individets omgivelser eller fra prosessen individet gjennomgår. Mens Heggen (2007) påpeker at mestring ofte reduseres til *individuelle ressurser* i tjenesteapparatet. Dette kan føre oppmerksomheten bort fra kontekstuelle faktorer som påvirker individets tilgang til å ta i bruk sine ressurser (Heggen, 2007). I likhet, argumenterer flere for at mestring, verken som mål, strategi eller prosess, oppstår i et vakuum, men at det skjer i samspill med omverden (McKay, 2017; Price-Robertson et al., 2016; Sommer et al., 2021; Tew et al., 2012). Et helhetlig perspektiv på mestring forutsetter dermed å ta samspillet mellom individet og dets omgivelser i prosessen i betraktning (personen-i-situasjonen). Et slikt perspektiv utgjør kjernen i sosialt

arbeid (Cornell, 2006; IFSW General Meeting & IASSW General Assembly, 2014; Levin, 2021). Som Levin (2021) påpeker, er den opprinnelige betydningen av sosialarbeiderens yrkestittel – *kjenner av det sosiale liv* – beskrivende for et sentralt sosialfaglig bidrag i møte med mennesker i endring. Det overordnede formålet med sosialfaglig praksis er å bidra til *endring* som motvirker sosiale problemer, og styrker enkeltindividers eller grupperes autonomi og velvære (IFSW General Meeting & IASSW General Assembly, 2014). Sosiale problemer, som rusavhengighet, kjennetegnes ved at de ikke er private og at de muliggjøres og opprettholdes av individuelle så vel som kontekstuelle faktorer (Halvorsen, 2002; Michailakis & Schirmer, 2014). Enkelte antyder imidlertid at sosialt arbeid mislykkes i å innta et perspektiv som inkluderer både individet og dets omgivelser i endringsprosessen (Cornell, 2006; Ferguson, 2008; Hanssen et al., 2015). Eksempelvis gjennom at sosiale problemer individualiseres (Ferguson, 2008) eller ved å utelukkende adressere begrensede faktorer i individets omgivelser og dermed umyndiggjøre individet (Cornell, 2006).

Et sosioøkologisk rammeverk gir tilgang til å undersøke mestring som prosess fra et perspektiv som ser individet og dets omgivelser i sammenheng (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Heggen, 2007; McLeroy et al., 1988; Sallis & Owen, 2014). Det sosioøkologisk rammeverket representerer et vanlig perspektiv for å undersøke samspillet mellom individet og dets omgivelser i sosialt arbeid (Cornell, 2006), samt til å kartlegge betydningen av individuelle og kontekstuelle faktorer for et fenomen som påvirker adferd knyttet til velvære eller helse (McLeroy et al., 1988; Sallis & Owen, 2014), slik som mestring. Eksempelvis viser tidligere forskning at motivasjon (individuell faktor) kan fremme mestring for individer som skal overkomme utfordrende livssituasjoner (Eslami et al., 2018; Kelly & Greene, 2014). Forstått i et sosioøkologisk rammeverk vil sosial støtte (relasjonell og sosial faktor) eller tilgangen til formell støtte (kollektiv faktor), også ha betydning for individets mestringsprosess (Sallis & Owen, 2014).

Som vist i Figur 1, er dermed mestring plassert i sentrum, mens faktorer med betydning for mestring sorteres i omliggende individuelle og kontekstuelle faktorer. *Individuelle* faktorer omfatter individets verdier, kunnskap, ferdigheter, mentale- og fysiske helse, individets syn på



Figur 1: Mestring i et sosioøkologisk rammeverk

livet og syn på seg selv. *Relasjonelle- og sosiale* faktorer inkluderer faktorer i individets nærmeste omgivelser, slik som bolig, arbeid, aktiviteter, samt steder og relasjoner som individet til daglig er en del av. *Organisatoriske* faktorer inkluderer egenskaper, praksiser, normer og regler ved institusjoner hvor individet inngår, eksempelvis ved behandlingsinstitusjonen

der individet befinner seg. Arenaer hvor individet ikke deltar, men som indirekte har betydning for individets dagligliv, som institusjoner på politisk eller organisatorisk nivå, og avgjørelser som fattes der, inngår som *kollektive- og strukturelle* faktorer. Dette kan være normer, holdninger, avgjørelser eller politiske prioriteringer som påvirker tjenestekvaliteten eller tilgangen til hjelpetjenester, bolig, arbeid eller aktivitet (McLeroy et al., 1988; Sallis & Owen, 2014). Bronfenbrenner og Morris (2006), som utarbeidet den utviklingsøkologiske modellen (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Ceci, 1994), introduserte senere en tidsdimensjon – *krono* – som omfatter hendelser som medfører endring i individets relasjonelle og sosiale omgivelser, eksempelvis når en person skrives ut fra døgntil behandling.

1.5 Overordnet formål og forskningsspørsmål

Ansvarsfordelingen og samhandlingsutfordringene mellom tjenestenivåer (Ådnanes et al., 2021), samt uregelmessigheten i oppfølgingstjenester til pasienter i tiden etter utskriving fra døgntil behandling (Riksrevisjonen, 2021; Ådnanes et al., 2021; Ådnanes et al., 2020), representerer begrensinger som kan forårsake uforutsigbarhet for pasienter som er i overgangen fra døgntil behandling til tiden etter utskriving (Andersson et al., 2017; Andersson et

al., 2019; Haugum et al., 2016; Haugum & Iversen, 2014; Haugum et al., 2013; Nordfjærn, 2011; Robertson & Nesvåg, 2018; Skudal et al., 2017). Endringsprosessen krever mer enn rusfrihet (Martinelli et al., 2020; McKay, 2017; Worley, 2017), og ofte er det behov for omfattende endring på flere områder i livet (Brown & Ashford, 2019).

Selv om kunnskap om faktorer som muliggjør og opprettholder rusavhengighet må identifiseres og tas i betraktning i arbeid med rusproblematikk, kan et ensidig kunnskapsgrunnlag påvirke både praksisfeltets forståelse av helsetilstander, og kunnskapsproduksjonen om de (Bhaskar et al., 2018). Dette kommer til syne gjennom at både forståelsen av rusavhengighet og intervensjoner som tas i bruk i behandlings- og tjenesteapparatet, til stor del er basert på kunnskap om hva som opprettholder rusavhengighet (Bolton & Gillett, 2019; Brown & Ashford, 2019; Helsedirektoratet, 2014, 2015a; McDaniel et al., 2020; McKay, 2017). Ifølge flere er det behov for utvidet kunnskap om faktorer som fremmer langsiktig mestring for personer med rusavhengighet (Brown & Ashford, 2019; Laudet, 2008; McDaniel et al., 2020; McKay, 2017).

Formålet med denne avhandlingen har vært å bidra med kunnskap om psykososiale faktorer med betydning for pasienters mestring i overgangen fra døgnbehandling for rusavhengighet til hverdagen etter utskriving. Dette har blitt utforsket fra ulike perspektiver på bakgrunn av følgende forskningsspørsmål:

- Forskningsspørsmål 1)* Hvilke psykososiale faktorer beskriver pasienter i døgnbehandling som mestringsfremmende, og hvordan endres disse for pasienter som har gjennomført døgnbehandling for rusavhengighet?
- Forskningsspørsmål 2)* Hvilke intervensjoner kan styrke faktorer som betegnes mestringsfremmende for pasienter i overgangen fra døgnbehandling?
- Forskningsspørsmål 3)* Hvilken betydning kan mestringsfremmende intervensjoner ha for personalets arbeidstilfredshet i døgnbehandling for rusavhengighet?

2 TIDLIGERE FORSKNING

Som vist i sentrum av Figur 2, har mestring som mål blitt beskrevet som å bli en del av samfunnet. Eksempelvis beskriver intervjudeltakerne rekruttert til en norsk oppfølgingsstudie som følger endringsprosessen blant personer med tidligere rusavhengighet, deres mestringsmål som å leve et vanlig liv i tråd med samfunnets normer (Bjornestad et al., 2019; Robertson & Nesvåg, 2018; Svendsen et al., 2020). Et vanlig liv ble betegnet som nødvendig for å være en god ansatt eller en god venn, og for å skape mening i en hverdag uten rusmidler (Bjornestad et al., 2019). En norsk studie blant pasienter med dobbeltdiagnose, det vil si samtidig forekomst av rusavhengighet og psykisk helseproblematikk (Verdens helseorganisasjon, 1999), illustrerer tilsvarende beskrivelser av mestring som mål. Intervjudeltakerne beskrev deres mestringsmål som å bli verdsatt og sosialt akseptert gjennom å håndtere hverdagslige gjøremål, psykiske helseproblemer og som å få kontroll over rusmiddelbruk (Brekke et al., 2017). Det å bli en del av samfunnet har i tillegg blitt knyttet til fremtoning, hvor deltakerne i Nettleton et al. (2013) intervjustudie opplevde at et *normalt* utseende og oppførsel var nødvendig for å bli sosialt akseptert.

Flere argumentere for at det er avstand mellom praksisfeltets og brukernes syn på mestring som mål (Alves et al., 2017; Richardson et al., 2018), hvor den som gjennomgår endringsprosessen i større grad vektlegger emosjonelt velvære, mens endring i adferd vektlegges av aktører i praksis- og forskningsfeltet (Borkman et al., 2016; Neale et al., 2015). I en fokusgruppestudie ble ansattes syn på mestringsmål diskutert blant personer som tidligere hadde opplevd eller fortsatt opplevde utfordringer knyttet til rusproblematikk (Neale et al., 2015). Intervjudeltakerne argumenterte for at mestringsmålet ikke kunne reduseres til endring i adferd, slik de opplevde at personalet gjorde, men at mestring innebar endring emosjonelt, kroppslig og relasjonelt (Neale et al., 2015). Dekkers et al. (2020) illustrerer en tilsvarende avstand mellom pasienter og deres pårørende, hvor pasientene beskrev det å håndtere endringen som en viktig målsetting, mens deres pårørende vektla endring i adferd i sine beskrivelser.

Joosten et al. (2011) viser at avstanden mellom pasientenes mestringsmål, og personalets målsetting for pasientene, kan reduseres gjennom endringsprosessen. Både brukere selv og fagpersoner fra praksisfeltet har også tidligere samlet seg om at mestring som målsetting innebærer å oppnå autonomi ved å frigjøre seg fra undertrykking, stigmatisering og diskriminering (Davidson et al., 2009; Mellor et al., 2020), eller fra et destruktivt og fastlåst

handlingsmønster (DiClemente, 2018). Flere har videre beskrevet mestringsmålet som rusfrihet, velvære (mentalt og fysisk) eller som positiv endring relasjonelt og sosialt (Ashford et al., 2019a; Brown & Ashford, 2019; Costello et al., 2020; Joosten et al., 2011; Neale et al., 2014; Neale et al., 2015; Worley, 2017).

Avstanden mellom brukernes og praksisfeltets syn på mestring, kan imidlertid ha forårsaket en normativ fremstilling av faktorer som fremmer mestring i form av å bli en del av samfunnet (Fomiatti et al., 2019). Enkelte antyder at kravene som fremstilles, eksempelvis forventninger om selvstendighet knyttet til bolig, økonomi og deltakelse i arbeid, aktivitet og sosialt, kan oppleves som uoverkommelige (Dekkers et al., 2020; Klingemann, 2012; Neale et al., 2015; Robertson & Nesvåg, 2018). På den andre siden viser funn fra Fugletveit (2018) at kravene også kan oppleves som forventninger, som pasienter i overgangen fra døgnbehandling til tiden etter utskrivning vektla som et positivt bidrag til deres opplevelse av forutsigbarhet og selvregulering, og dermed mestringsfremmende.

Den følgende gjennomgangen organiseres med utgangspunkt i individuelle-, relasjonelle og sosiale-, organisatoriske-, kollektive og strukturelle faktorer med betydning for mestring. Personalet inngår både som en del av pasientenes relasjonelle og sosiale omgivelser og som en del av pasientenes organisatoriske omgivelser. Forskning om personalet i tjenesteapparatet gjennomgås dermed under en egen seksjon. Eksempler på mestringsfremmende faktorer fra gjennomgangen av tidligere forskning, blir gjengitt avslutningsvis i Figur 2.

2.1 Individuelle faktorer

Individuelle faktorer som emosjonell trygghet, emosjonsbevissthet og kunnskap til å ta i bruk konstruktive mestringsstrategier, har blitt vektlagt som mestringsfremmende i kvalitative studier med pasienter i rusbehandling (Fugletveit, 2018; Manuel et al., 2017; von Greiff & Skogens, 2019). Tidligere kvantitative studier fra rusbehandling har undersøkt sammenhengen mellom individuelle faktorer og mestring i form av rusfrihet. Eksempelvis har faktorer som livskvalitet (Hagen et al., 2017; Laudet & White, 2008), motivasjon (Eslami et al., 2018; Kelly & Greene, 2014), mestringstro (Crouch et al., 2015; Roos & Witkiewitz, 2016) og følelsesbevissthet blitt fremhevet som betydningsfullt for rusfrihet (Anand et al., 2017; Chavarria et al., 2012). Funn fra Crouch et al. (2015) antyder en positiv sammenheng mellom mestringstro og rusfrihet etter behandling for rusavhengighet. Sammenhengen var imidlertid kun til stede da mestringstroen var høy, noe som kan tyde på at andre faktorer påvirker bruk av rusmidler når mestringstroen er lav. Kelly og Greene (2014) fant en tilsvarende

sammenheng mellom høy mestringstro og rusfrihet etter behandling, og demonstrerte i tillegg at motivasjon predikerte rusfrihet når mestringstroen var lav. Forfatterne forklarte dette med at motivasjon for endring er knyttet til motivasjon for handling (Kelly & Greene, 2014), noe som kan tyde på at motivasjon har betydning for pasientenes problemfokuserede mestringsstrategier (Lazarus & Folkman, 1984).

Mestringsstrategier for å håndtere rustrang har vist seg å være spesielt viktig tidlig i endringsprosessen (Bradshaw et al., 2013). Anand et al. (2017) viser eksempelvis at kunnskap til å differensiere følelser kan styrke pasientenes mulighet til å håndtere rustrang. Mens Roos og Witkiewitz (2016) fremhever viktigheten av å besitte et bredt spekter av mestringsstrategier som betydningsfullt for mestring tidlig i endringsprosessen. Pasienter i overgangen fra døgnbehandling til tiden etter utskriving, vektla mestringsstrategier som å unngå bestemte relasjoner eller kreative og fysiske aktiviteter for å håndtere nye sosiale situasjoner, vanskelige følelser eller rustrang (Fugletveit, 2018; Manuel et al., 2017).

Sammenhengen mellom mestring i form av rusfrihet i tiden etter døgnbehandling, og individuelle faktorer som alder, kjønn eller minoritetsstatus, har blitt undersøkt i tidligere kvantitative studier. Funn fra Wahler og Otis (2014) antyder at kvinner i høyere grad er rusfri etter utskriving enn menn, mens funn fra DeVito et al. (2014) viser det motsatte. McHugh et al. (2018) fant ingen forskjeller i behandlingsutfall mellom kvinner og menn. Flere viser en sammenheng mellom alder og rusfrihet, hvor eldre pasienter i større grad vedlikeholder rusfrihet etter utskriving fra døgnbehandling, sammenlignet med yngre pasienter (Andersson et al., 2019; Nordfjærn, 2011), samt at rusavhengighet avtar med alderen (Heyman, 2013). Tidligere forskning tyder på at pasienter fra majoritetsbefolkningen i større grad vedlikeholder rusfrihet etter utskriving, sammenlignet med minoritetsbefolkningen (Wahler & Otis, 2014). Dette kan ha sammenheng med at minoritetsbefolkningen oftere opplever stigmatisering i møte med helsevesenet enn majoritetsbefolkningen (Shavers et al., 2012), noe som blant annet kan påvirke minoritetsbefolkningens mestring negativt i form av psykisk uhelse (Budhwani & De, 2019; Carter et al., 2019) og begrenset tilgang til hjelpetjenester (Dovidio & Fiske, 2012; McKnight et al., 2017; Yang et al., 2020).

2.2 Relasjonelle og sosiale faktorer

Relasjonelle og sosiale faktorer som har blitt fremhevet som betydningsfullt for mestring av pasienter i rusbehandling inkluderer sosial og formell støtte (se Figur 2) (Dekkers et al., 2020; Dingle et al., 2015; Fugletveit, 2018; Jouet et al., 2021; Manuel et al., 2017; Robertson &

Nesvåg, 2018; Skogens & von Greiff, 2014) og sosialt samhold i pasientgruppen (Manuel et al., 2017; von Greiff & Skogens, 2014; von Greiff & Skogens, 2019). Sosial støtte og deltakelse har blitt vektlagt som betydningsfullt både for å mestre og for å vedlikeholde positiv endring i tiden etter utskrivning (Fugletveit, 2018; Pettersen et al., 2018; Pettersen et al., 2019b), eksempelvis gjennom å oppsøke sosial støtte i utfordrende situasjoner (Jouet et al., 2021). Pasienter fra rusbehandling beskriver videre at samhold i pasientgruppen er betydningsfullt for deres trygghet til å dele og bearbeide tidligere erfaringer underveis i behandlingen (von Greiff & Skogens, 2019). Pasienter i Dekkers et al. (2020) studie understreker i tillegg betydningen av støttende nære relasjoner, som familie, for deres mestring i endringsprosessen. Neale et al. (2018) viser imidlertid at relasjonen mellom pasienter i døgnbehandling kan være konfliktfylt og noen ganger til hinder for å etablere et trygt grunnlag for å initiere endring. Funn fra enkelte studier illustrerer videre polarisering mellom pasientgrupper i behandling, slik som nyankomne og de som har vært lenger i behandling, pasienter med alkoholavhengighet og pasienter med avhengighet til illegale rusmidler eller at pasienter i substitusjonsbehandling marginaliseres av andre pasientgrupper ved behandlingsinstitusjonen (Neale et al., 2018; Nordfjærn et al., 2010). Polarisering og konflikt kan påvirke både samholdet i pasientgruppen og det psykososiale miljøet ved behandlingsinstitusjonen negativt. Dette kan svekke pasientenes trygghet, som har blitt vektlagt som betydningsfullt for mestring, spesielt tidlig i endringsprosessen (Neale et al., 2018; von Greiff & Skogens, 2019).

Bruk av rusmidler, som knyttes til mestring av flere (Bjornestad et al., 2019; Brekke et al., 2017; Jouet et al., 2021; Neale et al., 2015), har blitt beskrevet som en barriere for sosial deltakelse og for å opprettholde positive relasjoner (Fugletveit, 2018; Pettersen et al., 2018; Pettersen et al., 2019b). I tråd med dette har sosial isolasjon blitt fremhevet som et hinder for å vedlikeholde positiv endring etter rusbehandling (Dingle et al., 2015; Robertson & Nesvåg, 2018). Kvantitative resultater tyder videre på en positiv sammenheng mellom sosial støtte og mestringsfremmende faktorer som psykisk velvære eller rusfrihet etter døgnbehandling for rusavhengighet (Beckwith et al., 2019; McGaffin et al., 2018; Saal et al., 2016). I tråd med dette antyder funn fra tidligere studier at livskvaliteten blant personer med tidligere rusavhengighet, øker i takt med sosial støtte og tilhørighet (Bathish et al., 2017; Gu et al., 2020).

Trygghet knyttet til bolig, arbeid og hverdagsrutiner har blitt vektlagt som mestringsfremmende i flere studier med pasienter fra døgnbehandling (se Figur 2) (Manuel et

al., 2017; Robertson & Nesvåg, 2018; Skogens & von Greiff, 2014). I tråd med dette, viser funn fra en spørreundersøkelse blant personer på ulike stadier i endringsprosessen en positiv sammenheng mellom arbeid eller utdanning og rusfrihet (Crutchfield & Güss, 2019). Dette ble manifestert gjennom at de som deltok i arbeid eller utdanning rapporterte nærmere dobbelt så mange rusfrie dager som de som ikke var i arbeid eller utdanning. Stabile boforhold og deltakelse i arbeid eller utdanning, har vist seg å øke gradvis gjennom endringsprosessen (Fugletveit, 2018; Hubbard et al., 2003; Kelly et al., 2018; Lauritzen et al., 2012; Martinelli et al., 2020). Trygge boforhold og deltakelse i arbeidslivet har i tillegg blitt knyttet til mestringsfremmende faktorer som høy livskvalitet (Groshkova et al., 2013; Neale et al., 2016), rusfrihet (Lauritzen & Nordfjærn, 2018) og positiv selvopplevelse i form av sosial aksept og selvstendighet (Fugletveit, 2018).

2.3 Organisatoriske faktorer

Som vist i Figur 2, har pasienter tidligere beskrevet mestringsfremmende organisatoriske faktorer ved behandlingstilstanden som forutsigbare rammer, godt psykososialt miljø og individuell tilrettelegging (Fugletveit, 2018; Manuel et al., 2017; Pettersen et al., 2019a; von Greiff & Skogens, 2014; von Greiff & Skogens, 2019). Muligheten til å ha innflytelse i behandlingsforløpet har blitt fremhevet som betydningsfullt av flere. I en oppfølgingsstudie fra døgntilrettelagt behandling i Norge fant Andersson og Nordfjærn (2020) en positiv sammenheng mellom pasientenes livskvalitet og deres tilfredshet med døgntilrettelagte behandlingen, som blant annet inkluderte deres opplevelse av å ha innflytelse gjennom behandlingsforløpet. I tråd med dette tyder Davis et al. (2020) funn på at pasienter som er tilfreds med døgntilrettelagte behandlingen bruker mindre rusmidler etter utskriving. Tidligere forskning fra Norge (Andersson et al., 2017) og internasjonalt (Goodhew et al., 2019), har demonstrert en positiv sammenheng mellom pasientenes mulighet til å definere sine egne mål for behandlingen, og deres tilfredshet med måloppnåelse i løpet av behandlingstilrettelaget oppholdet. Hell og Nielsen (2020) kunne ikke fastslå en sammenheng mellom tjenestemottakernes mulighet til å definere sine egne mål og bruk av rusmidler etter utskriving.

Funn fra en nylig kunnskapsoppsummering viser at medvirkning kan øke kvaliteten, tilgangen og tilfanget av tjenester, samt bidra positivt til pasientenes integritet og relasjonen mellom pasientene og personalet i rusbehandling (Goodhew et al., 2019). Imidlertid er innholdet, strukturen og lengden på behandlingstilrettelaget oppholdet vanligvis avgjort allerede før oppstart for pasienter i døgntilrettelagt behandling for rusavhengighet (Mee-Lee et al., 2010). Dette vanskeliggjør

individuell tilrettelegging og begrenser reell medvirkning (Mee-Lee et al., 2010). I likhet kan pasientenes valgfrihet og tilgang til individuell tilrettelegging begrenses av faglige retningslinjer eller rammebetingelser for behandlingstilstanden (Coffey et al., 2019; Frank & Bjerger, 2011). Utfordringene knyttet til manglende fleksibilitet, valgfrihet og individuell tilrettelegging for pasienter i døgnbehandling kan både skyldes manglende medvirkning i utformingen av institusjonens rutiner og rammer (Hyde et al., 2014), eller manglende ressurser ved behandlingstilstanden (Goodhew et al., 2019).

Funn fra nylige systematiske oversiktsartikler viser at behandling for rusavhengighet vanligvis medfører mestringsfremmende faktorer som redusert bruk av rusmidler og bedring i mental helse (de Andrade et al., 2019; Gray & Argaez, 2019; Reif et al., 2014). I tråd med tidligere forskning (Project MATCH Research Group, 1998a, 1998b), anslår de Andrade et al. (2019) at behandlingstilstanden ikke er relatert til enkelt-intervensjoner og understreker behovet for å ta i bruk et individuelt tilrettelagt spekter av intervensjoner for å styrke mestringsfremmende faktorer som sosial deltakelse og sosial tilhørighet på lang sikt. Flere argumenterer for det samme – å innføre en helhetlig tilnærming hvor den enkeltes behov, ønsker og mål legges til grunn for intervensjoner som tas i bruk i rusbehandling (Adedoyin et al., 2014; Davies et al., 2015; McKay, 2017; Mee-Lee et al., 2010; Reif et al., 2014; Worley, 2017). Helhetlige og individuelt tilrettelagte tjenester har blitt fremhevet som spesielt viktig i møte med mennesker med sammensatte utfordringer, slik som rusavhengighet (Broekaert et al., 2010; Durand & Fleury, 2021; Jackson & Feit, 2014; Simoneau et al., 2018).

Tilnærminger som tar utgangspunkt i individet framfor sykdommen, forutsetter medvirkning, valgfrihet og tilgang til ressurser som bidrar til å imøtekomme personens individuelle behov, mål og ønsker (Scholl et al., 2014; Slater, 2006). I tillegg til å utgjøre grunnleggende verdier i sosialt arbeid (Levin, 2021), representerer medvirkning, individuell tilrettelegging og valgfrihet grunnverdier i personorienterte tilnærminger som traume-informerte eller recovery-orienterte tjenester (Bassuk et al., 2017; DiClemente et al., 2016; Shier & Turpin, 2017).

Flere viser at personorienterte tjenester virker positivt på faktorer som tidligere har blitt knyttet til mestring, slik som pasientenes autonomi, velvære, bruk av tjenester og deres vurdering av tjenestekvaliteten (McMillan et al., 2013; Park et al., 2018; Park et al., 2020). Ross et al. (2019) viser en positiv sammenheng mellom traume-informert døgnbehandling for rusavhengighet og psykisk velvære knyttet til angst- og depresjonssymptomer blant pasientene. I en systematisk oppsummering fant Barrio og Gual (2016) blandede resultater for personorienterte intervensjoner på bruk av alkohol, mens Schwartz et al. (2017) fant at

personorientert substitusjonsbehandling påvirket pasientenes livskvalitet positivt, men ikke medførte en reduksjon i bruk av rusmidler. Shier og Turpin (2021) fant en positiv sammenheng mellom traume-informerte intervensjoner i behandling for dobbeltdiagnoser, og pasientenes autonomi og syn på seg selv etter utskrivning. Funn fra Hales et al. (2019) viser at tilfredsheten økte blant pasienter i døgnbehandling etter at institusjonen tok i bruk en traume-informert tilnærming. Pasienter vurderer i tillegg kvaliteten på recovery-orienterte tjenester høyere enn ordinær behandling (Coffey et al., 2019), og rapporterer bedre utfall knyttet til mestringsfremmende faktorer, som mestringsstro, håp og positive relasjoner, enn pasienter som opplever at behandlingen er symptomfokuseret framfor individuelt tilrettelagt (Chang et al., 2018).

2.4 Kollektive- og strukturelle faktorer

Mestringsfremmende kollektive faktorer som har blitt fremhevet av pasienter i rusbehandling inkluderer tilgang til arbeid, bolig og aktivitet i tiden etter utskrivning (se Figur 2) (Dingle et al., 2015; Manuel et al., 2017; von Greiff & Skogens, 2014). Flere har videre fremhevet tilgang til strukturert oppfølging som avgjørende for å vedlikeholde mestring i overgangen og tiden etter utskrivning (de Andrade et al., 2019; Fugletveit, 2018; Jackson & Feit, 2014; Klingemann, 2012; Manuel et al., 2017; McKay, 2017; Pettersen et al., 2019a; Proctor et al., 2017b; Reif et al., 2014; Vanderplasschen et al., 2013). Strukturert oppfølging har blitt beskrevet som individuelt tilpassede oppfølgingstjenester i tiden etter en periode med mer omfattende behandling (McKay, 2009), slik som døgnbehandling for rusavhengighet. Strukturert oppfølging etter rusbehandling skal bidra til vedvarende mestring og velvære på lang sikt (McCallum et al., 2015; McKay, 2017; Proctor et al., 2017a; Reif et al., 2014). Oppfølgingstjenester omfatter både tiltak i det formelle tjenesteapparatet og tjenester som brukerstyrte tiltak eller selvhjelpsgrupper (McCarty et al., 2014; McKay, 2009).

Tilknytning til selvhjelpsgrupper eller andre brukerstyrte tiltak kan bidra til mestringsfremmende faktorer som økt sosial støtte og sosial tilhørighet, og har især blitt fremhevet som et betydningsfullt tiltak i overgangen og tiden etter rusbehandling (Bassuk et al., 2016; Best et al., 2016a; Duffy & Baldwin, 2013; Laudet, 2008; Manuel et al., 2017; Rettie et al., 2021). Byrne et al. (2020) fant at pasienter som benyttet seg av brukerstyrte tiltak under døgnbehandlingsforløpet hadde bedre sosial tilhørighet i tiden etter utskrivning sammenlignet med pasienter som ikke benyttet seg av slike tiltak. I likhet antyder funn fra en nylig meta-analyse at pasienter som benyttet brukerstyrte tiltak i tillegg til formelle tjenester, i

større grad opplevde bedring knyttet til mestringsfremmende faktorer som håp og autonomi, sammenlignet med pasienter som ikke benyttet seg av slike tiltak (Thomas et al., 2018). Funn fra O'Connell et al. (2020) antyder at pasienter som benytter seg av brukerstyrte tiltak i høyere grad er rusfri i tiden etter utskriving, mens Byrne et al. (2020) og Ferri et al. (2006) ikke fant en slik sammenheng.

Pasienter som er tilfreds med behandlingsoppholdet benytter seg i større grad av oppfølgingstjenester (Arbour et al., 2011). Funn fra flere viser at pasienter ved behandlingsinstitusjoner som planlegger oppfølgingen og knytter pasienter til oppfølgingstiltak før utskriving, i større grad benytter seg av oppfølgingstjenester i tiden etter utskriving (Proctor et al., 2017a; Rubinsky et al., 2018; Schaefer et al., 2008). Mangfold av oppfølgingstjenester og fleksible tjenester har blitt vektlagt som betydningsfullt for pasientenes deltakelse og selvstendighet av flere (Fugletveit, 2018; Rubinsky et al., 2018). Tidligere forskning viser blandede resultater av strukturert oppfølging etter døgnbehandling. Flere viser at pasienter som benytter seg av oppfølgingstjenester i større grad er rusfri (Arbour et al., 2011; Bergman et al., 2015; Proctor et al., 2017b; Schaefer et al., 2008) og opplever høyere velvære (Proctor et al., 2017b), sammenlignet med pasienter som ikke benytter seg av slike tjenester. Funn fra Blodgett et al. (2014) viser at oppfølgingstjenester har små, men positive resultater knyttet til rusfrihet, mens Godley et al. (2014) antyder lovende resultater for strukturert oppfølging kombinert med urinkontroll for rusfrihet i tiden etter døgnbehandling. Simoneau et al. (2018) fant ingen sammenheng mellom strukturert oppfølging og bruk av rusmidler blant personer med rusavhengighet.

Som vist i Figur 2, har strukturelle faktorer, som holdninger, betydning for individuelle mestringsfremmende faktorer for pasienter i rusbehandling. Funn fra Birtel et al. (2017) antyder en positiv sammenheng mellom å bli møtt med negative holdninger, og selvstigma blant pasienter i rusbehandling. Selvstigma innebærer at individer internaliserer negative holdninger de møtes med, noe som påvirker den enkeltes syn på seg selv negativt (Sheehan et al., 2017). Selvstigma har i tillegg blitt knyttet til faktorer med betydning for mestring, som mental uhelse, redusert mestringsstro (Birtel et al., 2017) og skamfølelse (Fraser et al., 2020). Både stigma og marginalisering kan ha betydning for mestringsfremmende relasjonelle og sosiale faktorer. Eksempelvis har tidligere forskning vist at marginalisering og stigma kan føre til at den enkelte unngår kontakt med andre og dermed blir sosialt isolert (Can & Tanriverdi, 2015; Dingle et al., 2015; Zäske, 2017). Marginalisering innebærer manglende sosial aksept, mens stigma gjør seg gjeldende gjennom stereotyper (konvensjonelle

klassifiseringer), forforståelser (følelsesmessige reaksjoner) og diskriminering (handling) (Sheehan et al., 2017).

Flere studier har demonstrert en sammenheng mellom stigma og mestringsfremmende faktorer som sosial deltakelse og tilgangen til ressurser som hjelpetjenester, bolig og arbeid for personer med rusavhengighet (Nieweglowski et al., 2018; van Boekel et al., 2013). Eksempelvis beskriver pasienter som erfarer å bli møtt med negative holdninger eller diskriminering fra personalet under behandlingen, at de opplever lav sosial aksept i form av å være uønsket i senere møter med helsevesenet (Fraser et al., 2020). Negative holdninger og diskriminering fra personell i helsevesenet kan videre påvirke pasientenes motivasjon i løpet av endringsprosessen (Luoma et al., 2014; Mak et al., 2017). Marginalisering har i tillegg blitt fremhevet både som utslagsgivende for veien inn i rusavhengighet (Kronbæk & Frank, 2013) og som motivasjon for oppsøke hjelp og behandling (Dingle et al., 2015).

Både holdningsarbeid, eksempelvis rettet mot språk, og tiltak som styrker kunnskap om utfordringer knyttet til rusavhengighet, bidrar til å motvirke stigmatisering og marginalisering av mennesker med rusavhengighet (Ashford et al., 2019b; Henderson et al., 2014; Kelly & Westerhoff, 2010; Knaak et al., 2014). I likhet kan innsats for å øke sosial aksept, for eksempel gjennom sosial kontakt eller medvirkning, motvirke stigma, marginalisering og diskriminering i tjenesteapparatet og befolkningen (Ashford et al., 2019b; Henderson et al., 2014; Kelly & Westerhoff, 2010; Knaak et al., 2014).

2.5 Personalet

Personalet inngår som en del av pasientenes psykososiale omgivelser i døgntilrettelagt behandling. Relasjonene mellom pasienter og ansatte kan ha betydning for mestringsfremmende relasjonelle- og sosiale faktorer, mens personalets trivsel, holdninger og innstilling til behandlingsintervensjoner, kan ha betydning for mestringsfremmende organisatoriske- eller individuelle faktorer.

Personalets betydning for mestring i endringsprosessen har blitt fremhevet av pasientene i tidligere studier (Brekke et al., 2018; Fraser et al., 2020; Fugletveit, 2018; Jouet et al., 2021; Mak et al., 2017; Nordfjærn et al., 2010; Sommer et al., 2021; von Greiff & Skogens, 2019). Eksempelvis viser von Greiff og Skogens (2019) at emosjonell støtte fra personalet kan være spesielt viktig for pasientenes trygghet tidlig i forløpet. Trygghet er viktig for at pasienter i døgntilrettelagt behandling skal håndtere endring. Personalets holdninger og støtte fra personalet har blitt fremhevet som betydningsfullt for det psykososiale miljøet og pasientenes trygghet ved

behandlingsinstitusjonen (Jouet et al., 2021; Nordfjærn et al., 2010; von Greiff & Skogens, 2019). Eksempelvis vektla pasienter i von Greiff og Skogens (2019) studie at personalet lyttet til deres ønsker og behov, som betydningsfullt for deres trygghet i døgnbehandling. Personer med dobbeltdiagnose beskrev støttende profesjonelle relasjoner som gjensidig tillit og forventninger, at personalet hadde tro på deres potensiale og håp på deres vegne (Brekke et al., 2018). Funn fra Andersson et al. (2017) viser at pasienter som hadde tillit til personalet under døgnbehandlingsoppholdet, rapporterte bedre behandlingsutfall knyttet til opplevd utbytte og mestring av rusmiddelbruk. Deltakerne i Fugletveit (2018) intervjustudie, vektla videre samarbeidet med personalet som betydningsfullt for individuelle faktorer (sortere følelser) så vel som for relasjonelle og sosiale faktorer (støtte til å sortere forhold knyttet til økonomi, bolig og arbeid).

Det har blitt knyttet bestemte utfordringer til å ta i bruk et individuelt tilrettelagt spekter av intervensjoner i døgnkontinuerlig behandling. Dette gjenspeiles i tidligere forskning, som illustrerer at ansatte i døgnbehandling i mindre grad tilbyr individuelt tilrettelagte tjenester sammenlignet med personell i oppfølgingstjenester på et kommunalt nivå (Fleury et al., 2019; Tsai & Salyers, 2010). Personer med rusavhengighet er en stigmatisert gruppe (Crapanzano et al., 2019; Laudet, 2008; Luchenski et al., 2018; McCallum et al., 2016), også blant personell i helsevesenet (van Boekel et al., 2015; van Boekel et al., 2013). Utfordringene med individuell tilrettelegging og medvirkning har blant annet tidligere blitt knyttet til personalets holdninger til pasientgruppen. Personalets holdninger kan både påvirke mestringsfremmende faktorer som tilgangen til tjenester og kvaliteten på tjenestene negativt (Fraser et al., 2020; Henderson et al., 2014; van Boekel et al., 2013). Flere påpeker at negative holdninger kan påvirke pasientenes mulighet til selvbestemmelse og valgfrihet i døgnbehandling (Goodhew et al., 2019; Kortteisto et al., 2018). Andre knytter utfordringene til personalets syn på pasientenes evne til å ta konstruktive valg på egne vegne i døgnbehandling (Fischer & Neale, 2008; Goodhew et al., 2019; Hyde et al., 2014; Kortteisto et al., 2018; Motteli et al., 2019; Patterson et al., 2009; Stacy & Rosenheck, 2019).

Tidligere studier demonstrerer en sammenheng mellom personalets holdninger og trivsel, og den terapeutiske orienteringen ved behandlingsinstitusjonen (Fleury et al., 2019; Goodhew et al., 2019; Motteli et al., 2019; Stacy & Rosenheck, 2019). Funn fra både Stacy og Rosenheck (2019) og Motteli et al. (2019) antyder at ansatte som var positivt innstilt til å ta i bruk en recovery-orientert tilnærming, var mer optimistiske og hadde mer positive holdninger ovenfor pasientgruppen, enn personell som hadde en negativ innstilling til recovery. Mens funn fra

Fleury et al. (2019) viser at behandlingsteam som arbeidet recovery-orientert, rapporterte høyere arbeidstilfredshet i form av tillit mellom kollegaer og psykososialt arbeidsmiljø, sammenlignet med behandlingsteam som ikke arbeidet recovery-orientert.

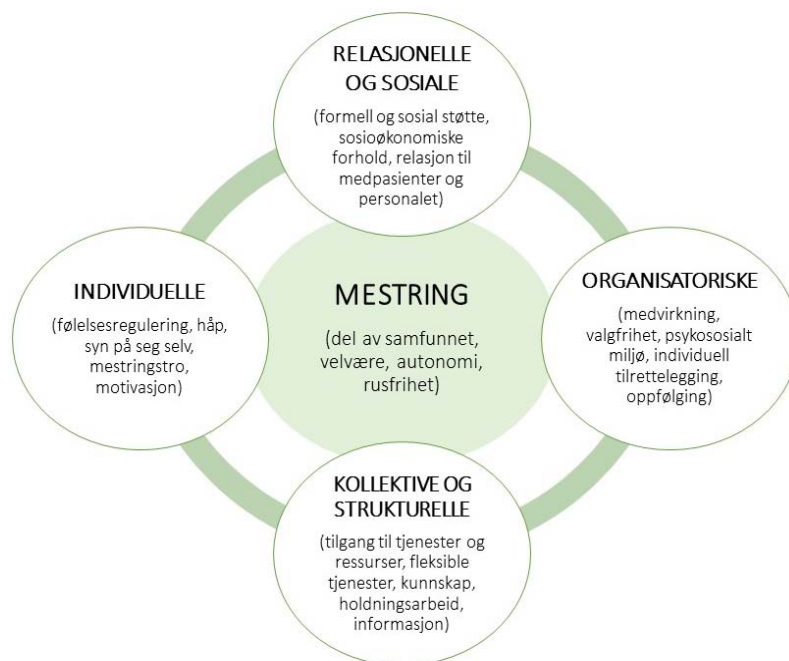
Både holdningene pasienter blir møtt med (Goodhew et al., 2019; Kortteisto et al., 2018; Nieweglowski et al., 2018; van Boekel et al., 2013), og tjenestekvaliteten (Fraser et al., 2020; Henderson et al., 2014; van Boekel et al., 2013), kan påvirke pasientenes mestring i endringsprosessen. I tråd med dette viser tidligere forskning at personalets arbeidstilfredshet kan påvirke både deres holdninger til pasientgruppen (Henderson et al., 2014; Kulesza et al., 2017) og kvaliteten på tjenestene (Eaton et al., 2015; Friedberg et al., 2013; Mohr et al., 2011). Faktorer som høy arbeidsbelastning (Broome et al., 2009), høy gjennomstrømning i personalet (Knudsen et al., 2011; McEntee et al., 2020) og lav sosial støtte i personalgruppen (Best et al., 2016b; Hales & Nochajski, 2020; Skinner & Roche, 2021) har blitt knyttet til lav arbeidstilfredshet i personalgruppen. Potensielt motstridende forventninger fra pasienten, arbeidsgiveren og myndighetene kan i tillegg medføre belastning for ansatte i tjenesteapparatet (Vogus et al., 2020).

Flere viser imidlertid at den terapeutiske tilnærmingen som blir tatt i bruk ved behandlingsinstitusjonen kan virke positivt inn på personalets arbeidstilfredshet (Hales et al., 2019; Hales & Nochajski, 2020; Kraus & Stein, 2013; Osborn & Stein, 2016; Rabenschlag et al., 2014). Funn fra Hales et al. (2019) illustrerer at personalets tilfredshet økte etter at behandlingsinstitusjonen tok i bruk en traume-informert tilnærming. I likhet viser funn fra både Rabenschlag et al. (2014) og Kraus og Stein (2013) at personalet var mer tilfreds med sine arbeidsforhold når de arbeidet recovery-orientert.

2.6 Oppsummering

Oppsummert viser gjennomgangen at mestring som mål er et subjektivt fenomen, noe både brukere i tjenesteapparatet og aktører på rusfeltet argumenterer for (Alves et al., 2017; DiClemente et al., 2016; Neale et al., 2015; Richardson et al., 2018; Sommer et al., 2021). Som vist i Figur 2, beskriver brukere- og pasienter mestringsfremmende faktorer som velvære, trygghet og rusfrihet, sosial og formell støtte, stabilitet knyttet til bolig, arbeid og økonomi, individuell tilrettelegging og tilgang til ressurser. Faktorer som pasienter og brukere selv vektlegger som mestringsfremmende undersøkes imidlertid i liten grad sammenlignet med bruk av rusmidler (Alves et al., 2017; Bjornestad et al., 2020; Helm, 2019; Richardson et al., 2018; Wiessing et al., 2018; Worley, 2017).

Individuell tilrettelegging og medvirkning beskrives som mestringsfremmende av både brukere-, pasienter og andre aktører på praksisfeltet (Figur 2). Gjennomgangen viser bestemte utfordringer knyttet til individuell tilrettelegging og medvirkning. Utfordringene knyttes både til organisatoriske faktorer, som ressurser, rammebetingelser og retningslinjer, og til personalet som utøver praksisen. Kunnskapen om personorienterte tilnærminger i døgntilrettelegging for rusavhengighet, er imidlertid mangelfull (Broekaert et al., 2010; Davidson et al., 2016; Waldemar et al., 2016).



Figur 2: Mestringsfremmende faktorer med eksempler fra tidligere forskning

3 TEORETISK RAMME

3.1 Kritisk realisme

Danermark (2017) argumenterer for at både forskning og praksiser som befatter seg med mennesker, fenomener eller mekanismer i samfunnet, tar i bruk kunnskap fra flere perspektiver, noe som forutsetter en helhetlig tilnærming og tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig samarbeid, både i forskning og i praksis, gir rom for å utforske hvordan mekanismer i den sosiale verden påvirker mennesker på ulike nivåer, som for eksempel sosialt, psykologisk og biologisk. Kritisk realisme tilbyr i tillegg et rammeverk hvor både individet og faktorer i individets omgivelser blir tatt til betraktning (Cornell, 2006). Dette perspektivet representerer et sentralt sosialfaglig bidrag inn i det tverrfaglige samarbeidet. Rusavhengighet medfører komplekse problemer og forutsetter vanligvis en helhetlig tilnærming som tar i bruk ulike intervensjoner for å imøtekomme individets utfordringer på flere livsområder samtidig (Brown & Ashford, 2019). For å undersøke fenomener fra ulike perspektiv, henstiller kritisk realisme til å ta i bruk den metoden som best egner seg til å identifisere og undersøke mekanismer som har betydning for de menneskene som undersøkes, deres handlingsrom eller deres opplevelser (Krauss, 2005). Kritisk realisme kan dermed plasseres som en ontologisk vitenskapsteori, som vil si at hensikten primært er å frembringe kunnskap om hvordan den sosiale verden er (Iosifides, 2017). I lys av dette vil avhandlingens overordnede formål kunne undersøkes fra et ontologisk perspektiv ved å stille spørsmålet; *hvordan må verden se ut for at mestring skal være mulig?*. Som Bhaskar et al. (2018) påpeker, kan et slikt spørsmål utforskes fra et praktisk perspektiv, ved å rette søkelyset mot faktorer og intervensjoner som fremmer mestring, eller fra et epistemologisk perspektiv ved å undersøke mekanismer som påvirker kunnskapsproduksjonen om mestringsfremmende faktorer og intervensjoner.

Innen kritisk realisme omtales virkeligheten som et åpent system, og deles inn i tre domener; det faktiske, det virkelige og det empiriske (Figur 3) (Danermark et al., 2018). Det faktiske domenet omfatter alt som eksisterer i verden (hendelser, fenomener), uavhengig av viten om at de eksisterer. I det virkelige domenet samles strukturer og mekanismer som muliggjør fenomener eller hendelser. Mekanismer og strukturer i det virkelige domenet kan ikke observeres og eksisterer uavhengig av viten om at de finner sted. Det empiriske omfatter observasjoner og erfaringer med fenomener fra det faktiske og erfaringer med mekanismer i det virkelige domenet (Danermark et al., 2018). Strukturer og mekanismer i det virkelige

domenet kan generere fenomener i det faktiske domenet, som kan erfares gjennom det empiriske domenet (Bhaskar, 2008; Danermark et al., 2018).



Figur 3: Virkelighetens tre domener

Det virkelige domenet er et sentralt bidrag i kritisk realisme. Selv om mekanismer og strukturer i det virkelige domenet ikke kan observeres, kan effekten av de erfares i det empiriske domenet. Basert på erfaringer kan strukturer og mekanismer i den sosiale verden, slik som normer, holdninger, lover eller reguleringer, identifiseres og undersøkes (Kjørstad & Solem, 2017). Eksempelvis kan sosial aksept av personer med rusavhengighet i det virkelige domenet (mekanisme), føre til endring sosialt eller psykologisk i det faktiske domenet. Endringen skjer uavhengig av viten om den, men kan erfares av personen selv (mestringstro, livskvalitet) eller observeres (bolig, arbeid, sosial deltakelse) gjennom det empiriske domenet av de som inngår i personens omgivelser (Danermark, 2017).

Mennesker har kun tilgang til det empiriske domenet, og kunnskap om det virkelige og faktiske genereres dermed gjennom det empiriske. Ifølge kritisk realisme konstrueres imidlertid kunnskap gjennom en sosial prosess ved at rekonstruksjoner av erfaringer og observasjoner er påvirket av individuelle faktorer hos den som beskriver (verdier, holdninger, anskuelser), konteksten (historie, kultur) og av språket som anvendes for å fremstille kunnskapen (modeller, teorier, tekster) (Bhaskar, 2008). Bhaskar (2008) skiller mellom en transitiv- og en intransitiv dimensjon. Den intransitive dimensjonen omfatter fenomener og mekanismer i det faktiske og virkelige domenet. Den transitive dimensjonen omfatter rekonstruksjoner (modeller, teorier, tekster) av fenomener og mekanismer fra den intransitive dimensjonen (se Figur 3). Kunnskapen om det virkelige er dermed transitive objekter av fenomener og mekanismer som eksisterer i den intransitive dimensjonen (det virkelige og det faktiske domenet).

Skillet mellom de to dimensjonene – transitive og intransitiv – illustrerer i tillegg det ontologiske og epistemologiske utgangspunktet i kritisk realisme. Fenomener og mekanismer i det virkelige og faktiske befinner seg i den intransitive dimensjonen og eksisterer uavhengig av kunnskapene om deres eksistens. Dette beskriver det ontologiske utgangspunktet i kritisk realisme. Kunnskapen om fenomener og mekanismer i den intransitive dimensjonen konstrueres gjennom sosiale prosesser og gjengis som transitive objekter, som utgjør det epistemologiske utgangspunktet i kritisk realisme. Fenomener og mekanismer i den virkelige verden kan dermed ikke reduseres til kunnskapen om dem (epistemisk feilslutning) (Danermark et al., 2018), men må tolkes i lys av sosiale og individuelle prosesser som kunnskapen filtreres gjennom (Danermark, 2017).

Bhaskar (2008) skiller mellom åpne og lukkede systemer og problematiserer at kunnskap som genereres om tendenser som blir observert i et lukket system, overføres som gjeldende kunnskap om tendenser i et åpent system. Han utfordrer dette ved å understreke forskjellen mellom naturlover på den ene siden og tendenser i den sosiale verden på den andre. Naturlover skjer uavhengig av viten om dem, og kan testes i et kontrollert eksperiment (et lukket system). I likhet med dette forekommer tendenser i den sosiale verden, ifølge kritisk realisme, uavhengig av viten om dem, og dersom de identifiseres kan de undersøkes i et lukket system. Bhaskar (2008) argumenterer imidlertid for at naturlover gjelder uavhengig av sosiale prosesser mens tendenser i den sosiale verden påvirkes av mennesker og sosiale prosesser. I tråd med dette er kunnskapen som genereres om tendenser i et kontrollert eksperiment (et lukket system) dermed ikke direkte overførbart til samfunnet (et åpent system), hvor individuelle og sosiale prosesser ikke kan kontrolleres.

I likhet med dette påpeker White (2008) at positiv endring kan initieres i gode psykososiale omgivelser i et lukket system (institusjonskontekst). For at endringen skal vedvare er det imidlertid vanligvis behov for tilsvarende gode psykososiale omgivelser i det åpne systemet; i miljøet hvor den enkelte skal leve etter utskrivning fra institusjonsoppholdet. Flere argumenterer for at tjenesteapparatet ikke lykkes med å innta et slikt langvarig perspektiv, og at manglende samhandling og tjenestekoordinerer representerer sentrale begrensende mekanismer for å oppnå dette (Kidd et al., 2014; Lorien et al., 2020), noe som også framkommer i en nylig rapport fra Norge (Ådnes et al., 2021).

Clark (2013) beskriver tiltak og intervensjoner som sammen utgjør en helhetlig tilnærming i helsevesenet, som komponenter. Innen rusfeltet kan dette blant annet forstås som tiltak og intervensjoner som tas i bruk, på tvers av tjenestenivåer, for å motvirke rusavhengighetens

negative konsekvenser og fremme mestring og velvære på lang sikt. Tiltak og intervensjoner vil imidlertid ikke ha samme styrke hver for seg som hvis de samles som én intervensjon i et helhetlig forløp (Clark, 2013). Dette referer til det som innen kritisk realisme omtales *emergerende kraft*, det vil si at kraften av en kombinasjon av egenskaper, ikke kan reduseres til summen av egenskapene som komponentene innehar hver for seg (Danermark et al., 2018). Det samme gjelder både for tverrfaglighet og for det sosialfaglige perspektivet, hvor samspillet mellom individet og dets omgivelser står sentralt. Dersom individuelle faktorer vektlegges på bekostning av faktorer i individets omgivelser, kan det forårsake individualisering av sosiale problemer (Ferguson, 2008). På samme måte kan individet umyndiggjøres dersom alt fokus rettes mot faktorer i individets omgivelser (Cornell, 2006). Innen tverrfaglig samarbeid kan tiltak og intervensjoner som tas i bruk bli unøyaktig dersom et perspektiv med betydning for utfallet ikke blir tatt i betraktning (Danermark, 2017).

3.2 Recovery informert teori (RIT)

Recovery har tidligere blitt beskrevet både som et mål, en prosess og som en praksis. Som mål har personlig recovery blitt framstilt som å oppnå en tilværelse den enkelte selv definerer som meningsfull (Leamy et al., 2011), og blir også omtalt som *recovery fra* (Davidson et al., 2009). Dette skiller seg fra klinisk recovery, som har blitt beskrevet som symptomfrihet eller fravær av rusmiddelbruk (Ashford et al., 2019a). Som prosess innebærer recovery endring i de områdene av livet som påvirker psykososiale og helsemessige forhold negativt (Whitley & Drake, 2010). Recovery som prosess har i tillegg både blitt omtalt som å være *i* recovery (Davidson et al., 2009) og som sosial recovery (Tew et al., 2012). En personlig recoveryprosess i det formelle tjenesteapparatet forutsetter sosiale, materielle og strukturelle forhold som fremmer mestring, og at den enkeltes individuelle mål er førende for tiltak og intervensjoner som tas i bruk (Brown & Ashford, 2019). Recovery som praksis involverer tiltak og intervensjoner som bidrar til både personlig og sosial recovery (Laudet & Humphreys, 2013).

Den enkeltes rett til å påvirke sin egen endringsprosess, utgjør et demokratisk prinsipp som sammen med retten til å leve godt og ta del i samfunnet representerer grunnleggende verdier i recovery (Atterbury, 2014; Borg et al., 2013; Davidson et al., 2009; Jensen et al., 2021). Dette forutsetter medvirkning i form av et reelt samarbeid og at maktbalansen utjevnes mellom målgruppen for tjenestene og de som arbeider i tjenestene (Forbat et al., 2009; Le Boutillier et al., 2015). Sentrale formål med medvirkning og individuell tilrettelegging i det norske

tjenesteapparatet er å styrke pasientenes integritet og velvære gjennom at behandlingen tilrettelegges etter pasientenes behov, ønske og mål (Helsedirektoratet, 2015a). Medvirkning har blitt beskrevet som en grunnleggende verdi i politiske retningslinjer til praksisfeltet (Helsedirektoratet, 2014) og både medvirkning og individuell tilrettelegging er sterkt anbefalt til land verden over (Verdens helseorganisasjon & FNs kontor for narkotika og kriminalitet, 2020). Medvirkning og individuell tilrettelegging er forankret i lover og politiske retningslinjer for tjenester rettet mot pasienter og brukere i kommunale eller spesialiserte tjenester i Norge (Helsedirektoratet, 2018; Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl, 2001), som i flere andre land (Tambuyzer et al., 2014), eksempelvis Storbritannia, Skottland, USA (Humphreys & Lembke, 2014), Australia (Hyde et al., 2014) eller Canada (Khoury & del Barrio, 2015).

Ifølge *recovery informert teori* (RIT) realiseres recovery gjennom et sett med frigjørende prosesser som blir synlig i form av endring på områder i livet som har vært til hinder for velvære og sosial deltakelse (Brown & Ashford, 2019). Prosessen beskrives som en sosial endringsprosess som involverer et individuelt ønske om å oppnå og vedlikeholde velvære – sosialt, psykologisk eller fysisk. Beskrivelsen legger til grunn en definisjon som ble til i en konsensusprosess hvis formål var å komme nærmere en felles forståelse av recovery i praksisfeltet, i politikken og i forskningsfeltet (Ashford et al., 2019a). Definisjonen omfatter ikke et allmenngyldig avgrenset mål, som for eksempel avholdenhet. Dette begrunnes med at allmenngyldige mål er til hinder for å definere egne mål og kan påvirke allmenhetens oppfattelse av både rusavhengighet og personer med rusavhengighet. I definisjonen vektlegges endringsprosessen videre som *ønsket*. En tvunget endring, som behandling under tvang eller som en strafferettslig konsekvens, anses dermed ikke nødvendigvis som en recoveryprosess ifølge RIT (Ashford et al., 2019a). Verken definisjonen eller RIT gjør forskjell på recovery fra psykiske helseproblemer og recovery fra rusavhengighet (Ashford et al., 2019a; Brown & Ashford, 2019).

Recovery-tradisjonen på rusfeltet skiller seg imidlertid fra recoverybevegelsen på feltet for psykisk helse. Innen psykisk helsefeltet kom recovery i kjølvannet av borgerrettsbevegelsen fra 1950-tallet og prosessen for å gjøre krav på sin rett til tilgang på samfunnet blant mennesker med nedsatt funksjonsevne, for eksempel gjennom universell utforming. Personer med psykiske helseutfordringer rettet søkelyset mot sosiale og politiske mekanismer som hindret dem i å ta del i samfunnet og recoverybevegelsen betonet den enkeltes rett til å ta del i fellesskapet til tross for deres symptomer, som psykose eller angst. Fremveksten av recovery

var tett knyttet til utvidelsen av kunnskap om at de aller fleste overkommer alvorlig psykisk helseproblematikk og psykiatriens deinstitusjonisering fra 1960-tallet i USA (Davidson, 2021; Davidson et al., 2009).

Recovery-tradisjonen som ble tatt i bruk innen behandling for rusavhengighet i Europa, slik som 12-trinnsbehandling og hierarkiske terapeutiske samfunn, var inspirert av modellen for Anonyme Alkoholikere (AA) (Davidson et al., 2009; Soyez et al., 2011), som på sin side utviklet modellen basert på praksiser hentet fra avholdsbevegelsen (Akerman, 2019; Yates, 2015). Selv om både AA og 12-trinnsbevegelsen anerkjenner at avholdenhet alene ikke er tilstrekkelig for å leve godt, representerer avholdenhet et viktig grunnprinsipp og rusavhengighet blir ansett som en livslang sykdom innen disse tradisjonene (Davidson et al., 2009; Yates, 2015).

Kunnskapen om at alvorlig rusavhengighet kan knyttes til bakenforliggende psykososiale utfordringer, og at disse må bearbeides i tillegg til bruken av rusmidler, er godt etablert (Carr et al., 2013; Halpern et al., 2018; Leventhal et al., 2015; Quon & McGrath, 2014). I tråd med dette kan bruk av rusmidler anses som symptomet på de bakenforliggende utfordringene. I kritisk realisme representerer den praktiske tilnærmingen i et felt en sentral kilde til informasjon om strukturer og mekanismer (Bhaskar, 2008). Enkelte eksempler fra praksisen på rusfeltet, som vil bli illustrert i det følgende, kan tyde på at varierende prinsipper blir lagt til grunn i tilnærmingen som anvendes på rusfeltet. For eksempel kan gjentatt bruk av rusmidler i døgnbehandling bli fortolket som at pasienten ikke nyttiggjør seg behandlingen og medføre tidlig utskriving. Videre er modeller for substitusjonsbehandling, slik som legemiddelassistert rehabilitering, utviklet basert på den biopsykososiale modellen. Imidlertid har praktiseringen av modellen fått kritikk for å legge for stor vekt på prinsipper fra den biologiske modellen (Yates, 2015). Bestemte intervensjoner som anvendes i rusbehandling, blant annet innen terapeutiske samfunn, illustrerer dette ytterligere ved at bruk av rusmidler eller rusrelatert adferd reguleres ved å ta i bruk klassisk betinging (positiv forsterkning av ønsket adferd og negativ forsterkning for å motvirke uønsket adferd) (Akerman, 2019). Til sist; det har blitt knyttet usikkerhet til betydningen av straff for bruk av rusmidler (Hughes et al., 2018; Kotlaja & Carson, 2019; Melchior et al., 2019; Stevens, 2019). Til tross for dette er bruk av illegale rusmidler strafferettslig regulert i blant annet Norge (NOU 2019:26, 2019), noe som kan begrense individers tilgang til mestringsfremmende faktorer som arbeid eller utdanning (Helse- og omsorgsloven, 2010).

Ved å slutte seg til en definisjon som tar avstand fra et allmenngyldig definert mål, og tiltak som straff eller tvang for å initiere og vedlikeholde endring og mestring, bryter Brown og Ashford (2019) med den tradisjonelle forståelsen av recovery fra rusavhengighet.

3.2.1 Recovery kapital og sosial identitet

RIT legger til grunn et sosioøkologisk perspektiv og kunnskap om recovery kapital og sosial identitet for å beskrive hvordan endring skjer og mestring vedlikeholdes (Brown & Ashford, 2019).

Recovery kapital ble først introdusert på rusfeltet av Granfield og Cloud (1999) og kan beskrives som summen av individuelle og kontekstuelle mestringsfremmende faktorer. Etter dette har modellen blitt videreutviklet og anvendt for å avgrense og beskrive mestringsfremmende faktorer (Hennessy, 2017). Recovery kapital inkluderer menneskelig kapital (*human capital*), fysisk kapital (*physical capital*), sosial kapital (*social capital*), kulturell kapital (*cultural capital*) og kollektiv kapital (*community capital*) (Cloud & Granfield, 2008; Laudet & White, 2008; White, 2008).

Menneskelig kapital beskrives som egenskaper som kan bidra til at den enkelte oppnår sine mål, som kunnskap, selvtillit, mestringstro eller helse (fysisk og psykisk). Menneskelig kapital innbefatter i tillegg ferdigheter som styrker den enkeltes muligheter på arbeidsmarkedet eller sosialt (Cloud & Granfield, 2008), eksempelvis kommunikasjonsferdigheter (Best, 2019). Fysisk kapital kan beskrives som tilgang til ressurser som betinger den enkeltes sosioøkonomiske status. Dette inkluderer enten ressurser som gir økonomisk trygghet, som inntektsgivende arbeid eller oppsparte midler, eller som kan omgjøres til økonomisk kapital, som bolig eller andre verdifulle eiendeler (Cloud & Granfield, 2008). Sosial kapital kan beskrives som ressurser den enkelte får tilgang til gjennom sitt sosiale nettverk eller sin sosiale tilhørighet. Kulturell kapital inkluderer verdier, holdninger, sosial identitet eller kjennskap til normer og verdier som gir den enkelte innpass på ulike arenaer i samfunnet (Cloud & Granfield, 2008).

Kollektiv kapital har blitt beskrevet av White (2008) som tilgangen til ressurser som fremmer mestring i endringsprosessen. Tjenesteapparatets kollektive kapital involverer blant annet omfanget av, tilgangen til og kvaliteten på tjenester (både brukerstyrte tilbud og tjenester i det formelle tjenesteapparatet). Mens samfunnets kollektive kapital blant annet omfatter graden av sosial likhet, sosial aksept, velferd og levekår (White, 2008). I en slik forståelse legges det

mindre vekt på iboende egenskaper hos individet og søkelyset rettes mot forhold i individets omgivelser, politikken som føres og praksisen i tjenestene (Best, 2014).

RIT legger til grunn at den enkeltes recovery kapital kan styrkes gjennom sosial tilhørighet og sosial identitet (Brown & Ashford, 2019). Sosial identitet kan beskrives som selvopplevelsen som kan knyttes til gruppetilhørighet (Tajfel & Turner, 2001). Grupper i samfunnet kan ha ulik status og én person tilhører vanligvis flere grupper og innehar dermed flere sosiale identiteter. Den enkeltes sosiale identitet fremtrer mer eller mindre tydelig fra situasjon til situasjon, enten i kraft av dynamikken i situasjonen eller som et resultat av at en person velger å tydeliggjøre tilhørighet til én gruppe framfor en annen (Tajfel & Turner, 2001). For eksempel kan en representant fra en interesseorganisasjon fremheve sin status som tidligere rusavhengig aktivt i politiske prosesser som angår rettighetene til personer med rusavhengighet. I en annen situasjon kan imidlertid statusen anses som lite gunstig og medføre at den samme representanten velger å tildekke den eller fremheve en annen tilhørighet (Frings & Albery, 2015).

Teorier om sosial identitet ble opprinnelig utviklet for å beskrive prosesser knyttet til diskriminering og inn- og ut-grupper, og Tajfel og Turner (2001) illustrerer hvordan bestemte mekanismer kan låse en person til en sosial identitet. Selv om forfatterne påpeker at individer kan låses både til sosiale identiteter med høy og lav status i samfunnet, kan stigma som er knyttet til personer med rusavhengighet (Crapanzano et al., 2019; Laudet, 2008; Luchenski et al., 2018; McCallum et al., 2016), benyttes som eksempel. Mennesker er opptatt av å være del av et fellesskap og ha tilhørighet. Livsstil kan gi informasjon om identitet, og identitet er med på å koble individer til et større fellesskap (Gullestad, 1989). Allmenne oppfatninger om rusavhengighet påvirke både befolkningens syn på enkeltmennesker med rusavhengighet og den enkeltes syn på seg selv (Bailey, 2005). Enkeltindivider både identifiserer seg med, og blir identifisert med den sosiale gruppen de knyttes til. Stigma kan føre til at personer med rusavhengighet internaliserer de negative egenskapene som av allmuen knyttes til gruppen (selvstigma). Hutchinson (1999) bruker begrepet 'identitetsproduksjon' for å beskrive hvordan enkelte grupper lærer seg hvordan de er rangert i samfunnet. Allment aksepterte holdninger til rusavhengighet kan påvirke både praksisen i rustjenester og personalets forventninger til brukerne av tjenesten. I likhet illustrerer Järvinen og Andersen (2009) hvordan personalets forventninger og praksisen ved rustjenester påvirket både målene tjenestemottakerne satte for seg selv, og deres forventninger til seg selv. Fomiatti et al. (2017) viser en tilsvarende tendens, hvor pasienter i behandling lærer seg hvilke problemer de

forventes å ha, og hvor behandlingsapparatet bidrar til å produsere *den rusfrie* som den normative identiteten.

I likhet med andre, både positive og negative erfaringer, kan opplevelsen av å være låst til en sosial identitet som allmenheten betrakter som negativ, utløse et behov for endring (Best et al., 2016a; Frings & Albery, 2015). Punktet hvor endring anses som en forutsetning kan beskrives som et vendepunkt og har tidligere blitt knyttet til opplevelser i møte med andre mennesker, både av personer med rusavhengighet (Teruya & Hser, 2010) og av personer med andre psykososiale eller helsemessige utfordringer (Kearney & O'Sullivan, 2003). Et vendepunkt utløses dermed ikke i et sosialt vakuum og teorier om sosial identitet har i økende grad blitt anvendt for å forstå hvilke implikasjoner sosial tilhørighet har for den enkeltes helse og velvære (Jetten et al., 2011). Samtidig som at individer kan internalisere de negative egenskapene som knyttes til gruppen de identifiserer seg med, kan individer som tilhører en gruppe med høy status internalisere gruppens antatt positive egenskaper og påvirke den enkeltes syn på seg selv og velvære positivt (Best et al., 2016a; Frings & Albery, 2015). Imidlertid forutsetter en ny sosial identitet ifølge Frings og Albery (2015) og Best et al. (2016a), at den enkelte tar avstand fra den tidligere identiteten som *rusavhengig*. Dette kan ifølge Fomiatti et al. (2019) bidra til å opprettholde stigma personer med rusavhengighet er gjenstand for.

4 METODER

4.1 Systematisk oversikt (Artikkel I)

En systematisk oversikt har til hensikt å systematisere funn fra studier om et avgrenset tema, for å analysere funnene samlet (Gough et al., 2017), og representerer en hensiktsmessig fremgangsmåte for å få et overblikk over et forskningsområde. Formålet med Artikkel I var delvis å sammenfatte kunnskap om hvordan mestringsfremmende psykososiale faktorer endret seg etter døgntilrettelagt behandling, og delvis å kartlegge hvilke psykososiale faktorer som ble tatt i bruk for å undersøke utfallet av rusbehandling. Hensikten var i tillegg å innhente bakgrunnsinformasjon til avhandlingens fokusgruppestudie og spørreundersøkelse.

En del av forberedelsene til den systematiske oversiktsartikkelen innebar at studieprotokollen ble registrert og oppdatert regelmessig i PROSPERO (International Prospective Register of Systematic reviews) underveis i det systematiske søket og analyseprosessen.

Studieprotokollen ble i tillegg fagfellevurdert og publisert (Johannessen et al., 2019). Den systematiske oversikten ble gjennomført i tråd med etablerte retningslinjer for systematiske kunnskapsoppsummeringer (Liberati et al., 2009; Moher et al., 2015).

4.2 Fokusgruppestudie (Artikkel II)

Formålet med Artikkel II var å utforske hvilke psykososiale faktorer inneliggende pasienter selv anså som betydningsfulle for deres mestring, og deres diskusjoner knyttet til innhold og egenskaper ved disse faktorene. Fokusgruppeintervjuer egner seg til å identifisere og utforske holdninger og meninger knyttet til et tema, og sosial interaksjon mellom intervjudeltakerne kan gi informasjon om hvordan temaene blir forhandlet fram (Halkier, 2010; Malterud, 2012; McLafferty, 2004). Sammen med funnene fra Artikkel I, lå funnene fra Artikkel II til grunn for søket etter et instrument, som senere ble benyttet i avhandlingens spørreundersøkelse blant ansatte i døgntilrettelagt behandling for rusavhengighet.

4.3 Spørreundersøkelse (Artikkel III og Artikkel IV)

Formålet med Artikkel III var å evaluere den norske oversettelsen av instrumentet som ble tatt i bruk i spørreundersøkelsen, mens hensikten med Artikkel IV var å undersøke betydningen av mestringsfremmende intervensjoner for personalets opplevelse av arbeidstilfredshet. Spørreundersøkelse er en utbredt tilnærming for å kartlegge holdninger og meninger i en avgrenset, men utstrakt gruppe mennesker (Nielsen et al., 2017), og er en egnet fremgangsmåte for å innfri begge disse formålene.

4.4 Brukermedvirkning

Brukerutvalget i Blå Kors Øst (SBU) hadde en sentral rolle i utformingen av det overordnede temaet for avhandlingen og gjennom arbeidet med avhandlingenes delstudier. SBU består av representanter fra bruker-, pårørende-, og interesseorganisasjoner på rusfeltet. SBU oppnevnte et medlem som representant for forskningsprosjektet, som fungerte som kontaktperson for deltakerne i fokusgruppetudien og som min kontaktperson i SBU. Formålet med dette samarbeidet var først og fremst at søkelyset skulle forbli på aspekter med relevans for rusfeltet og for personer med rusavhengighet (Regionale helseforetak, 2018; Veseth et al., 2017). SBU sin involvering i arbeidet med avhandlingens delstudier vil bli beskrevet underveis i de kommende seksjonene.

4.5 Kontekst

Den systematiske oversikten bestod av publikasjoner som beskrev studier gjennomført i døgnbehandling med en varighet på 3 måneder eller lenger. Studiene som ble inkludert i den systematiske oversikten var primært gjennomført i USA, men land som Hellas, Sveits og Belgia var også representert. Datainnsamlingen for fokusgruppetudien og spørreundersøkelsen ble gjort i døgnbehandling for rusavhengighet med en varighet på 6 måneder eller lenger, som vanligvis omtales som langvarig i det norske behandlingsapparatet (se Tabell 1).

Fokusgruppetudien ble gjennomført ved ideelle og kommersielle døgninstitusjoner i Helse Sør-Øst RHF. Institusjonene hadde mellom 25 og 36 behandlingsplasser for døgnbehandling med en varighet fra 9 til 12 måneder. Tre av døgninstitusjonene hadde tilbud om behandling til kvinner og menn, primært i alderen 20 til 45, med avhengighet til alkohol, medikamenter og/eller illegale stoffer. En av døgninstitusjonene hadde behandlingstilbud til menn over 30 år, primært med alkoholavhengighet.

Datainnsamlingen til spørreundersøkelsen ble gjennomført ved døgninstitusjoner fra alle de fire RHF-ene. Avdelingene hadde fra 6 til 50 klinisk ansatte og fra 3 til 50 døgnplasser for pasienter med rusavhengighet.

Konteksten er avgrenset til døgnbehandling som overskrider 3 måneder i Artikkel I og 6 måneder i Artikkel II – IV. Bakgrunnen for denne avgrensingen består i at pasienter i langvarig døgnbehandling har sammensatte psykososiale utfordringer både før og etter behandlingsoppholdet. Gruppen har vanligvis svak tilknytning sosialt og til arbeidslivet, og

opplever utfordringer knyttet til bolig, økonomi og alvorlig rusavhengighet (Helsedirektoratet, 2015a, 2015b; Landheim, 2016; Lauritzen et al., 2012; Stahler et al., 2016; Wagner et al., 2004; Wakeman et al., 2017; White, 2008). For denne gruppen vil utvidet kunnskap om faktorer som fremmer langsiktig mestring og velvære være av betydning (Brown & Ashford, 2019; Laudet, 2008; McDaniel et al., 2020; McKay, 2017).

4.6 Utvalg og rekruttering

4.6.1 Publiserte forskningsfunn

Publikasjoner som ble inkludert i den systematiske oversiktsartikkelen rapporterte funn knyttet til endring i psykososiale faktorer blant personer som hadde gjennomført døgnbehandling for rusavhengighet. Søket ble avgrenset til publikasjoner hvor psykososiale faktorer ble målt ved oppstart eller underveis i døgnbehandlingen, og ved eller etter utskrivning fra døgnoppholdet.

Søkeordene som ble benyttet var basert på nøkkelord fra forskningsspørsmålet (Grimshaw et al., 2003; Popay et al., 2006), og funnet ved å gjennomgå nøkkelord fra relevante publikasjoner og MeSH-termer (Medical Subject Headings) i samarbeid med medforfattere og med en universitetsbibliotekar fra OsloMet - Storbyuniversitetet. Forskningsspørsmålet for den systematiske oversiktsartikkelen var plassert i skjæringspunktet mellom helsefaglig og sosialfaglig forskning. Som beskrevet i seksjon 4.7.1, ble det systematiske søket dermed gjennomført i databaser med publikasjoner fra både helse- og sosialfaglig praksis.

4.6.2 Inneliggende pasienter

I august 2017, da rekrutteringen til fokusgruppestudien fant sted, ble døgnbehandlingsenhetene delt inn i kort (< 6 måneder) og lang (\geq 6 måneder) behandlingstid i et offentlig register over døgnbehandlingstilbud i Norge (helsenorge.no). For å avklare hvilke institusjoner som skulle inviteres med i fokusgruppestudien, ble dermed helsenorge.no benyttet. Alle institusjoner med langvarig døgnbehandling for rusavhengighet i Helse Sør-Øst RHF ble invitert til å delta i fokusgruppestudien. I alt 4 av de daværende 25 døgninstitusjonene (heretter *samarbeidsinstitusjoner*) deltok ved å rekruttere inneliggende pasienter til fokusgruppeintervjuer. En kontaktperson ved hver av samarbeidsinstitusjonene fungerte som deltakernes og min kontaktperson, og rekrutterte pasienter som hadde gjennomført minimum fem måneder av sitt behandlingsopphold.

Som vist i Tabell 1, består fokusgruppestudien av fire fokusgruppeintervjuer med 4 til 8 deltakere (i alt 22 deltakere, 19 menn og 3 kvinner). Deltakerne delte demografiske opplysninger underveis i fokusgruppeintervjuene. De aller fleste fortalte at de hadde avhengighetsproblematikk knyttet til flere stoffer. Flere av deltakerne fortalte om tidligere erfaringer fra døgntilrettelagt, men få opplyste at de hadde fullført behandlingsforløpet. Ingen av deltakerne oppga at de hadde arbeid ved intervjuetidspunktet, men noen fortalte at de var i arbeidspraksis, gikk på skole eller arbeidet frivillig som en del av behandlingen. Noen av intervjudeltakerne oppga at de hadde egen bolig som de kunne flytte til etter utskriving, men de aller fleste rapporterte at de manglet bolig og at de opplevde utfordringer knyttet til å anskaffe et egnet sted å bo etter utskriving.

4.6.3 Ansatte i døgntilrettelagt

I juli 2020, da rekrutteringen til spørreundersøkelsen fant sted, ble informasjon om behandlingstid (kort (< 6 måneder) og lang (≥ 6 måneder) behandlingstid) ikke lenger oppgitt på helsenorge.no. For å avklare hvilke institusjoner som skulle inviteres med i spørreundersøkelsen ble informasjon om behandlingstid dermed innhentet ved å ta kontakt med administrasjonen i de regionale helseforetakene, gjennomgå ytelsesavtaler, undersøke behandlingstidens nettside og stille spørsmål om behandlingstid da de respektive avdelingene ble kontaktet med informasjon og forespørsel om deltakelse.

Alle identifiserte institusjoner med tilbud om langvarig døgntilrettelagt for rusavhengighet, som hadde ytelsesavtale med et av de fire RHF-ene, ble invitert til å delta i spørreundersøkelsen. Som vist i Tabell 1, ønsket i alt 50 av de 54 inviterte avdelingene å delta (heretter *samarbeidsavdelinger*) ved å sende ut et informasjonsskriv med en lenke til et nettbasert spørreskjema til personell som arbeidet direkte med pasientene.

I alt 933 ansatte ble invitert til å delta, hvorav 426 (responsrate = 46%) besvarte undersøkelsen. Av de 426 ansatte, oppga 407 (96%) at de arbeidet direkte med pasientene og behandlingen, det vil si klinisk. De 50 avdelingene hadde i alt 991 behandlingstidsplasser til pasienter med rusavhengighet. Demografisk informasjon for utvalget er gjengitt i Tabell 2.

Tabell 1: Avhandlingens datagrunnlag

	<i>Systematisk oversikt</i>	<i>Fokusgruppestudie</i>	<i>Spørreundersøkelse</i>
Kontekst	Døgntilrettelagt (≥ 3 måneder) for	Døgntilrettelagt (≥ 6 måneder) for rusavhengighet i Norge	

	rusavhengighet internasjonalt		
Utvalg	Publiserte og fagfellevurderte studier	Inneliggende pasienter	Klinisk personell
Rekruttering	Databaser med relevans for forsknings-spørsmålet	Alle døgnbehandlingsavdelinger (≥ 6 måneder) for rusavhengighet i Helse Sør-Øst ble invitert til å delta	Alle døgnbehandlings-avdelinger (≥ 6 måneder) i de fire regionale helseforetakene ble invitert til å delta
Innsamling av data	Strukturert søk (tilpasset søkestrenger i hver database)	Fokusgruppeintervju (intervjuguide basert på diskusjon med SBU og tidligere forskning)	Spørreundersøkelse (RSA-N, tre skalaer fra QPS ^{Nordic} , demografiske variabler)
Datagrunnlag	Funn fra 14 publikasjoner	Fire fokusgruppeintervjuer (n = 22 fra 4 avdelinger)	Spørreskjemasvar (n = 426) fra 50 avdelinger

Tabell 2: Demografisk informasjon for ansatte (Total n = 407)

Variabler	n (%)	Mean (SD)
Alder (år)		44.7 (10.6)
20 – 30	44 (12)	
31 – 40	99 (26)	
41 – 50	121 (31)	
51 – 60	97 (25)	
> 60	23 (6)	
Kjønn		
Kvinne	275 (68)	
Mann	132 (32)	
Ansiennitet på rusfeltet (år)		9.96 (7.38)
< 5	120 (30)	
5 – 10	131 (32)	
11 – 15	69 (17)	
16 – 20	50 (12)	
> 20	37 (9)	
Ansiennitet i døgnbehandling (år)		7.70 (6.45)
< 5	164 (40)	
5 – 10	139 (34)	
11 – 15	52 (13)	

16 – 20	33 (8)	
> 20	19 (5)	
Ansatt som / arbeidsbelastning (1 – 5)		2.9 (0.73)
Helsefaglig	145 (35)	3 (0.77)
Sosialfaglig	64 (16)	2.9 (0.66)
Psykolog/terapeut	44 (11)	3.1 (0.55)
Annet	154 (38)	2.83 (0.75)

4.7 Innsamling av data

4.7.1 Systematisk søk

Inklusjonskriteriene for den systematiske oversikten ble avgrenset basert på forskningsspørsmålet og med utgangspunkt i populasjon (personer med rusavhengighet), intervensjon (døgnbehandling ≥ 3 måneder) og utfall (psykososiale faktorer med betydning for mestring) (Glasziou et al., 2007). Den systematiske oversiktsartikkelen inkluderte kun fagfelleverderte publikasjoner skrevet på Engelsk.

Forut for hovedsøket ble søkestrategien testet i et pilotsøk i tillegg til at det ble gjennomført et søk etter tidligere systematiske oversikter i Campbell Collaboration Library, Cochrane Library, og Epistemonikos. Ingen tidligere systematiske oversikter med et lignende formål ble funnet i februar 2018.

Databasene EMBASE, Medline, PsychINFO, Social Sciences Citation Index, og SocINDEX ble anvendt for å gjennomføre hovedsøket i februar 2018. Søkestrengen ble tilpasset til hver enkelt database. Inklusjonskriteriene, søkeordene og relevante databaser ble grundig diskutert med medforfattere og med en universitetsbibliotekar ved OsloMet - Storbyuniversitetet.

Søkeresultatet ble kontrollert for duplikater, gjennomgått og sortert i referansehåndteringsprogrammet EndNote X8. Titler og sammendrag av publikasjonene ble undersøkt og merket som *inkludert*, *ekskludert* eller *uklart*, før en av medforfatterne gjennomgikk disse med et særlig fokus på resultater som var merket som *uklart* (se *Methods* i Artikkel I for utfyllende beskrivelse av søkestrategi og søkeresultater).

4.7.2 Fokusgruppeintervjuer

Spørsmålene i intervjuguiden som ble brukt i fokusgruppestudien, ble utviklet på bakgrunn av tidligere forskning og i samarbeid med SBU, før den ble testet i et pilotintervju. Både diskusjonen med SBU og piloteringen førte til endringer i intervjuguiden. Blant annet ble

introduksjonen og strukturen i intervjuguiden endret for å tilrettelegge for fri diskusjon mellom intervjudeltakerne og for å understreke viktigheten av diskusjonen mellom deltakerne. Intervjuguiden inkluderte spørsmål knyttet til deltakernes forventninger til overgangen fra døgnbehandling til tiden etter utskriving, samt deres tanker knyttet til oppfølging i overgangsfasen og tiden etter døgnoppholdet (se Vedlegg 6 for intervjuguide).

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i den siste uken av mai og første uken av juni 2018 på samarbeidsinstitusjonene, og ble tatt opp med lydopptaker. Fokusgruppeintervjuene varte mellom 49 og 100 minutter og to av fokusgruppeintervjuene bestod av menn, mens to bestod av både kvinner og menn.

Hvert fokusgruppeintervju startet med en introduksjon av prosjektet, informasjon om forskers taushetsplikt og bakgrunn som sosionom i døgnbehandling for rusavhengighet, samt informasjon om deltakernes mulighet til å trekke seg fra intervjuet etter eget ønske. Det første spørsmålet var åpent og overordnet. Under hvert av hovedspørsmålene ble det stilt oppfølgings spørsmål dersom deltakerne ikke berørte disse temaene naturlig i sin diskusjon.

De fire fokusgruppeintervjuene hadde lignende struktur hva gjaldt dynamikk, diskusjon og pauser. Det var ingen tilsynelatende forskjell i diskusjonen eller temaene som ble tatt opp i intervjuene som bestod av kvinner og menn sammenlignet med intervjuene med kun mannlige deltakere. Deltakerne ga inntrykk av å kjenne hverandre godt og av å være åpne med hverandre. For eksempel ble uttalelser problematisert mellom deltakerne, og deltakerne støttet hverandre dersom vanskelige temaer ble diskutert.

4.7.3 Spørreskjema

Datainnsamlingen til spørreundersøkelsen ble gjennomført mellom august og oktober i 2020. Spørreskjemaet bestod av 52 testledd (se Vedlegg 7 for spørreskjema), ble distribuert per e-post og tok mellom 10 og 15 minutter å besvare.

En kontaktperson ved hver samarbeidsavdeling, slik som daglig leder, administrasjonskonsulent, samhandlingskoordinator eller faglig ansvarlig, distribuerte spørreskjemaet til klinisk ansatte. Kontaktpersonen ble anmodet om å invitere personell som arbeidet direkte med pasientene som var i behandling, og ga meg tilbakemelding om antallet ansatte som hadde blitt invitert. Mellom en og tre påminnelser ble sendt til kontaktpersonene ved hver av samarbeidsavdelingene, som videresendte påminnelsen til de respektive respondentene.

4.7.3.1 Bakgrunnsvariabler

Bakgrunnsvariablene består av seks demografiske spørsmål om kjønn, alder, ansatt som, ansiennitet på rusfeltet, ansiennitet i rusbehandling, samt ett spørsmål om arbeidsbelastning. I tillegg svarte respondentene på hvorvidt de arbeidet direkte med pasientene som var i behandling.

4.7.3.2 Recovery Self-Assessment - Norwegian (RSA-N)

Recovery Self-Assessment – Norwegian (RSA-N) er en norsk oversettelse av det validerte instrumentet Recovery Self-Assessment (RSA; O'Connell et al., 2005). Det originale instrumentet ble utviklet basert på erfaringskunnskap om psykososiale faktorer med betydning for mestring i endringsprosessen, og har til hensikt å evaluere graden av recoveryorientering i tjenester for personer med rus- eller psykisk helseproblemer (O'Connell et al., 2005).

Instrumentet består av 35 testledd med svarkategorier fra 1 (“helt uenig”) til 5 (“helt enig”), eller en av to tilleggsalternativer (“ikke aktuelt” og “vet ikke”). Respondentene ble bedt om å tenke spesielt på praksisen knyttet til pasienter i slutfasen av behandlingsoppholdet da de besvarte spørreundersøkelsen. Høy skår indikerer høy grad av recoveryorientering ved institusjonen, mens lav skår indikerer det motsatte.

Instrumentet kartlegger overordnede aspekter ved behandlingspraksisen i fem subskalaer (O'Connell et al., 2005). Som O'Connell et al. (2005) beskriver, består *Mål* av 11 testledd som undersøker hvorvidt pasientene gis mulighet til å formulere sine egne mål for behandlingen og etterfølge disse. *Valg* består av 5 testledd som undersøker hvorvidt pasientenes mål og valg blir respekter og hvorvidt behandlingspraksisen er transparent, for eksempel ved at pasientene har innsyn i sin egen journal. *Medvirkning* består av 8 testledd som innhenter informasjon om graden av medvirkning, det vil si hvorvidt pasientene involveres i viktige avgjørelser, om de deltar i utvikling av behandlingsprogrammet og om pasientene er representert i styret eller ledermøter ved institusjonen. *Individuell tilrettelegging* inkluderer 5 testledd som kartlegger hvorvidt det er rom for individuell tilrettelegging i behandlingspraksisen. *Mangfoldig tilbud* inkluderer 5 testledd som undersøker hvorvidt behandlingsprogrammet er fleksibelt og imøtekommer pasientenes individuelle ønsker og behov, og i hvilken grad behandlingspraksisen legger til rette for at pasientene kan etablere et trygt miljø på arenaer utenfor institusjonen, eksempelvis bolig, aktivitet, sosialt nettverk eller arbeid.

4.7.3.3 *Oversettelsesprosessen*

Det originale instrumentet, RSA, ble oversatt fra Engelsk til Norsk etter retningslinjer for oversettelse (Wild et al., 2005). Ord og begreper ble tilpasset til den norske konteksten og organiseringen av behandlingsapparatet. Instrumentet ble oversatt tilbake til engelsk av en profesjonell oversetter som ikke hadde kjennskap til det originale instrumentet.

Sammenligningen mellom det originale og det oversatte instrumentet viste små forskjeller, som ble diskutert og justert i samråd med hovedveilederen for doktorgradsprosjektet.

Det oversatte instrumentet ble sendt til brukerrepresentanter fra interesse- og brukerorganisasjoner (n = 4) på rusfeltet og personell (n = 6) i rusbehandling, som kommenterte formuleringer, språk, begreper og instrumentet i sin helhet. Instrumentet ble justert med utgangspunkt i tilbakemeldingene og ferdigstilt som RSA-N (Recovery Self-Assessment – Norwegian). Representanter fra bruker- og interesseorganisasjoner og personell fra rusfeltet vurderte instrumentet som relevant til bruk i døgnbehandling for rusavhengighet (se *Translation procedure* i Artikkel III for utfyllende beskrivelse av fasene i oversettelsesprosessen).

4.7.3.4 *Generelt spørreskjema for psykologiske og sosiale faktorer i arbeid* (*QPS_{Nordic}*)

Tre skalaer fra *Generelt spørreskjema for psykologiske og sosiale faktorer i arbeid* (*QPS_{Nordic}*: Wännström et al., 2009) ble inkludert i spørreundersøkelsen. *QPS_{Nordic}* er et spørreskjema som anvendes for å undersøke psykososiale faktorer ved arbeidsmiljøet, og har blitt validert for bruk i de nordiske landene (Elo et al., 2000). Skalaene som ble inkludert i spørreskjema var: *Positive utfordringer i jobben* (3 testledd), *Mestring i jobben* (4 testledd) og *Kvantitative krav* (4 testledd), med svaralternativ fra 1 (“svært sjeldent eller aldri”) til 5 (“svært ofte eller alltid”). Høy skår på de to første skalaene, tyder på høy grad av mestring og positive utfordringer i jobben, mens høy skår på den siste skalaen indikerer høy arbeidsbelastning.

4.8 Tematiske analyser

4.8.1 *Tematisk oppsummering (Artikkel I)*

Funnene i den systematiske oversikten ble tematisk oppsummert gjennom å systematisere fenomener med relevans for å belyse forskningsspørsmålet, det vil si psykososiale faktorer med betydning for mestring. Kvaliteten på studiene som ble inkludert i den systematiske

oversiktsartikkelen ble vurdert etter vurderingsskjemaet *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) (Critical Appraisal Skills Programme, 2018). Formålet med vurderingen var å overveie studienes relevans for å belyse forskningsspørsmålet, framfor å vurdere studienes kvalitet med tanke på studiedesign og datagrunnlag (Liabo et al., 2017).

Forskningsspørsmålet i Artikkel I hadde som formål å fange opp endring i psykososiale faktorer med betydning for mestring i endringsprosessen. Utfallet, altså psykososiale faktorer, ble ikke definert i søket etter studiene annet enn *psykososiale faktorer*. Søkeprosessen bar derfor preg av å være eksplorerende, mens analysen av resultatene ble styrt av faktorer som ble undersøkt i de inkluderte studiene, som representerer en vanlig fremgangsmåte i tematisk oppsummering (Thomas et al., 2017). I den systematiske oversikten ble de identifiserte psykososiale faktorene undersøkt hver for seg før de ble samlet i overordnede temaer og beskrevet. Hver av de tematiserte psykososiale faktorene ble presentert med utgangspunkt i hvordan de endret seg etter døgnbehandling for rusavhengighet.

4.8.2 Tematisk analyse i faser (Artikkel II)

I Artikkel II ble fokusgruppeintervjuene tematisk analysert i faser (Braun & Clarke, 2006). Fremgangsmåten er ikke bundet til en spesifikk posisjon (empiristyrte versus teoristyrte analyse) (Clarke & Braun, 2017; Terry et al., 2017), og forskningsspørsmålet kan formes underveis i analyseprosessen (Braun et al., 2015). I tematisk analyse organiseres intervjumaterialet i temaer som belyser forskningsspørsmålet, og koder som underbygger temaenes relevans (Terry et al., 2017).

I første omgang gjorde jeg meg kjent med datamaterialet ved å gjennomføre og transkribere intervjuene. Det transkriberte datamaterialet ble gjennomlest i flere omganger før utsagn ble organisert i koder, som vil si en samling av sitater med lignende meningsinnhold. Kodene ble gjennomgått spesielt med tanke på mønster og gjentakelser som kunne etableres som foreløpige temaer. De foreløpige temaene ble gransket med tanke på intern konsensus, som vil si at kodene som ble plassert innenfor hvert tema, på ulike måter hadde relevans for temaet. Hele datamaterialet ble oppdelt tematisk basert på kontekst, og ble sortert i *døgnoppholdet, overgangsfasen, tiden etter utskriving og sosialt nettverk og støtte*.

Det kodede intervjumaterialet og temaene ble organisert i et temakart med tilhørende koder, og lagt fram for SBU, hvor relevansen av kodene for det overordnede temaet ble diskutert. På dette stadiet ble kodene og temaene gjennomgått for å spisse et forskningsspørsmål. Den første delen av analysen var dermed induktiv i form av at det var data som styrte prosessen.

For å belyse forskningsspørsmålet ble først det midlertidige temaet *overgangen* analysert med tanke på deltakernes forventninger i slutfasen av døgnoppholdet. De resterende midlertidige temaene ble deretter gjennomgått med samme formål. Da jeg var ute etter å beskrive deltakernes forventninger, foregikk analysen på et semantisk nivå, som vil si at jeg ikke var opptatt av å tolke deltakernes meninger utover det de vektla.

De etablerte kodene ble organisert i under-temaer under tre overordnede temaer med relevans for forskningsspørsmålet. Til sist ble innholdet i de tre overordnede temaene beskrevet, og temaene ble navngitt og skrevet ut i Artikkel II.

Analyseprogrammet *NVivo 12 Pro* ble benyttet for å transkribere, systematisere og organisere analysen og funnene fra fokusgruppeintervjuene.

4.9 Statistiske analyser

4.9.1 Deskriptiv statistikk (Artikkel III og IV)

For å beskrive utvalget, ble bakgrunnsvariablene gjengitt i prosent for variabler på nominalnivå (ansatt som, kjønn), og gjennomsnitt og standardavvik (SD) for metriske variabler (alder, ansiennitet). I tråd med Helsedirektoratet (2015c) ble variabelen *ansatt som* gruppert i faggruppene *sosialfaglig* (sosionomer og barnevernspedagoger), *medisinskfaglig* (sykepleier, vernepleier, lege, psykiater), *psykologfaglig* (psykolog, terapeut) og *annet personell* (erfaringskonsulent, miljøterapeut, annet). Variasjoner mellom faggrupper, kjønn og aldersgrupper ble undersøkt med t-test og ANOVA. Cronbachs alpha koeffisient (α) ble anvendt for å undersøke konsistens mellom grupperinger av testledd i subskalaer, hvor verdier ≥ 0.7 ble ansett som akseptabel intern konsistens (Mehmetoglu & Jakobsen, 2016). Signifikansnivået antyder hvorvidt eksempelvis sammenhengen mellom variabler er sannsynlig eller et resultat av tilfeldigheter, hvor en feilmargin på fem prosent ($p \leq 0.05$) ble ansett som akseptabel i analysene.

Alle statistiske analyser ble gjennomført i statistikkprogrammet jamovi (Versjon 1.2.27) (The jamovi project, 2020).

4.9.2 Faktoranalyse (Artikkel III)

Hensikten med Artikkel III var å evaluere den norske oversettelsen (RSA-N) ved å undersøke hvorvidt subskalaene fra det originale instrumentet (RSA) gjorde seg gjeldende i deltakernes respons på RSA-N.

Faktoranalyser er en samling analyser hvor relasjonen mellom testledd i et spørreskjema, og subskalaer i et spørreskjema analyseres, det vil si relasjonen mellom det observerbare (manifeste indikatorer) og det uobserverbare eller teoretiske fenomener (latente faktorer). Faktoranalyser kan blant annet tas i bruk for å undersøke hvorvidt bestemte manifeste indikatorer (testledd i et spørreskjema) kan anvendes for å måle en latent faktor (subskala) (Clausen, 2009; Hammervold & Hammervold, 2020), som var hensikten med Artikkel III.

I valideringen av det originale instrumentet fant O'Connell et al. (2005) fem subskalaer. For å undersøke om de samme subskalaene kunne verifiseres i datasettet som var samlet inn med RSA-N, ble det gjennomført en konfirmerende faktoranalyse (CFA). Faktorstrukturen fra det originale instrumentet, med fem subskalaer, representerte hypotesen (heretter *målemodellen*) som ble testet med svarene på RSA-N fra klinisk personell i spørreundersøkelsen (*datasettet* videre i beskrivelsen).

Subskalaer kan estimeres basert på korrelasjon (Pearson's r) mellom testledd, som innebærer at tilstedeværelsen av et uobserverbart fenomen kan estimeres ved å undersøke korrelasjonsmønsteret i datasettet. Dersom det er høy korrelasjon mellom et sett med testledd, kan dette tyde på at disse sammen måler en subskala (Hammervold & Hammervold, 2020). Hvert av de inkluderte testleddene produserer en faktorlading, som antyder den estimerte korrelasjonen mellom testleddet og subskalaen (Clausen, 2009).

For å undersøke hvorvidt datasettet kan tilpasses til målemodellen, avsluttes CFA med å undersøke indekser for modelltilpasningen, det vil si estimere datasettets plassering på en skala fra høy til lav overensstemmelse med målemodellen (Clausen, 2009). I Artikkel III ble Comparative fit index (CFI), Root mean square error of approximation (RMSEA) anvendt, mens Kji-Kvadrat-statistikk (χ^2) ble rapportert (se for øvrig *Analytical strategy* i Artikkel III for beskrivelse av disse indeksene for modelltilpasning).

Resultatene fra CFA antydte at målemodellen passet dårlig med datasettet, og RSA-N ble dermed respesifisert ved bruk av Eksplorerende faktor analyse (EFA) i form av Prinsipalkomponentanalyse (PCA). Sammenlignet med CFA, hvor bestemte testledd fra et spørreskjema henvises til å måle én spesifikk subskala, er PCA og EFA eksplorerende. PCA og EFA viser korrelasjonen mellom alle inkluderte testleddene og subskalaene (Clausen, 2009). Datasettets tilpasning til målemodellen kan forbedres gjennom å vurdere om testledd som samsvarer dårlig med målemodellen, skal fjernes fra spørreskjemaet (Brown, 2014).

For å respesifisere RSA-N ble datasettet delt i to tilfeldige subgrupper – subgruppe 1 og subgruppe 2. Spørreskjemasvar fra subgruppe 1 (n = 203) ble anvendt for å respesifisere RSA-N. Den respesifiserte versjonen ble testet med spørreskjemasvar fra subgruppe 2 (n = 204) (se *Respecifying the factor structure* i Artikkel III for detaljert beskrivelse av respesifiseringen av faktorstrukturen i RSA-N). De to tilleggsalternativene (“ikke aktuelt” og “vet ikke”) fra RSA-N ble registrert som manglende variabler og IBM SPSS Statistics (versjon 27) ble anvendt for å undersøke den underliggende dimensjonale strukturen i disse (IBM Corp, 2020).

4.9.3 *Multipel regresjon (Artikkel IV)*

Hensikten med Artikkel IV var å undersøke betydningen av mestringsfremmende intervensjoner (målt med RSA-N) for personalets opplevelse av mestring og positive utfordringer i arbeidshverdagen i døgntilrettelagt omsorg for rusavhengighet (målt med to skalaer fra QPS_{Nordic}).

Regresjonsanalyse kan benyttes for å estimere styrken på en sammenheng mellom to variabler, som for eksempel mestringsfremmende intervensjoner og arbeidstilfredshet. Dersom retningen på sammenhengen mellom de to variablene har blitt antydning i tidligere studier, kan funn fra disse anvendes til å formulere en hypotese (Midtbø, 2016). Hypotesen som ble testet i Artikkel IV var at graden av de tre subskalaene fra RSA-N kunne forklare variansen i personalets svar på to skalaer fra QPS_{Nordic}. Hypotesen ble testet i to adskilte multiple regresjonsmodeller hvor henholdsvis *Positive utfordringer i jobben* og *Mestring i jobben*, var definert som avhengig variabel, mens de tre subskalaene fra RSA-N var definert som forklaringsvariabler. De syv bakgrunnsvariablene ble inkludert i begge regresjonsmodeller som mulige forklaringsvariabler, noe som kan bidra til å gi en mer utførlig gjengivelse av forholdet mellom forklaringsvariabler og avhengig variabel (Midtbø, 2016). Bakgrunnsvariablene ble inkludert stegvis for å undersøke hvorvidt de påvirket den avhengige variabelen. Bakgrunnsvariabler som ikke påvirket den avhengige variabelen betydelig ($p > 0.05$), ble holdt konstant da forklaringsvariablene ble inkludert i neste steg (Midtbø, 2016).

Retningen og styrken på sammenhengen mellom den avhengige variabelen og forklaringsvariablene ble angitt i justert forklart varians (justert Pearsons R (R^2)), endring i forklart varians (ΔR^2) og standardisert beta koeffisient (β). Betydningen av endringen i varians fra ett steg til det neste ble angitt i p -verdi og vurdert basert på endring i F -verdi for grupper av variabler og t -verdi for enkeltvariabler.

4.10 Multimetodisk tilnærming

Avhandlingens overordnede tematikk ble undersøkt med et eksplorerende multimetodisk design med kildetriangulering, som vil si at utvalgene hadde ulik posisjon i forhold til tematikken (Malterud, 2011). Både kvalitativ og kvantitativ metode ble tatt i bruk, som kan bidra med utvidet forståelse fra ulike kunnskapsposisjoner (Onwuegbuzie & Johnson, 2006). Innen kritisk realisme anses ingen metoder som overordnet, men vurderes basert på deres relevans for å belyse forskningsspørsmålet, som omtales som kritisk metode pluralisme i kritisk realisme (Danermark et al., 2018).

Avhandlingen består av følgende delstudier:

Systematisk oversikt: Den systematiske oversikten undersøkte endring i mestringsfremmende faktorer etter utskriving fra døgnbehandling for rusavhengighet.

Fokusgruppestudie: Forventninger til mestringsfremmende faktorer i overgangen fra døgnbehandling for rusavhengighet til tiden etter utskriving ble undersøkt i en tverrsnitts fokusgruppestudie blant inneliggende pasienter.

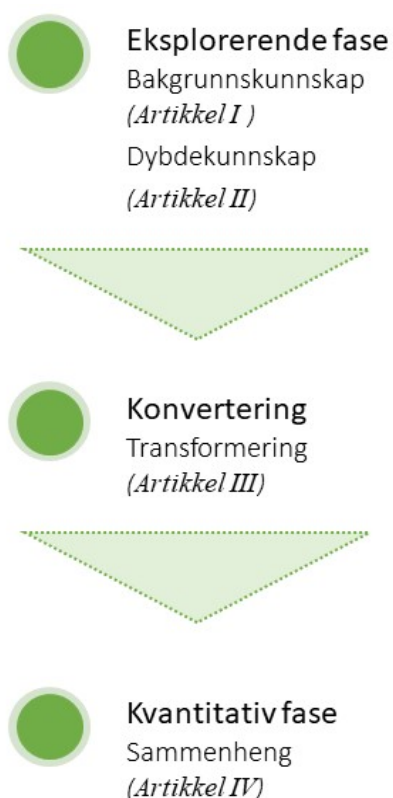
Evalueringsstudie: Funnene fra den systematiske oversikten og fokusgruppestudien lå til grunn i søket etter et validert instrument for å kartlegge mestringsfremmende intervensjoner. Instrumentet ble oversatt fra Engelsk (USA) til Norsk og testet i en evalueringsstudie med data fra en tverrsnitts spørreundersøkelse blant personell i døgnbehandling for rusavhengighet.

Spørreundersøkelse: Betydningen av mestringsfremmende intervensjoner for personalets arbeidstilfredshet i døgnbehandling for rusavhengighet, ble undersøkt i en tverrsnitts spørreundersøkelse.

Formålet med et eksplorerende multimetodisk design er å innhente bakgrunnskunnskap og dybdekunnskap om et fenomen, abstrahere fenomenet og undersøke det i bredden (Creswell, 2015; Danermark et al., 2018; Onwuegbuzie & Johnson, 2006). Designet benyttes tradisjonelt i utviklingen av nye instrumenter eller intervensjoner, eller for å vurdere hvor godt etablerte instrumenter fanger opp et fenomen (Creswell, 2015). Danermark et al. (2018) fremhever at et sentralt formål med å ta i bruk kritisk realisme, er å undersøke mekanismer som utvider eller

begrenser handlingsrommet for mennesker i den sosiale verden, noe kunnskapen fra et eksplorerende multimetodisk design kan bidra til.

Et multimetodisk studiedesign forutsetter bred kunnskap om fordeler, ulemper, styrker og svakheter ved både kvalitative, kvantitative og multimetodiske tilnærminger, og beskrives som et krevende format (Curry & Nunez-Smith, 2017; Onwuegbuzie & Johnson, 2006). Multimetodiske studier har blitt kritisert for manglende integrering av det samlede bidraget og skjevhet mellom kunnskapsposisjoner i kvalitativ, kvantitativ og multimetodisk tilnærming. Manglende integrering av kunnskapsposisjoner innebærer at forskningens legitimitet vurderes basert på én kunnskapsposisjon, for eksempel dersom kvalitative og kvantitative funn divergerer. Mens mangelfull integrering av det samlede bidraget involverer at funn fra enkeltstudiene ikke diskuteres i sammenheng (Onwuegbuzie & Johnson, 2006). Som beskrevet i det følgende, bygger avhandlingens delstudier på hverandre, som kan bidra til å motvirke manglende integrering av funn fra enkeltstudier (Creswell, 2015; Onwuegbuzie & Johnson, 2006).



Figur 43: Multimetodisk sekvensiell design (Creswell, 2015)

Som vist i Figur 4, bidrar Artikkel I med bakgrunnskunnskap og Artikkel II med dybdekunnskap om mestringsfremmende faktorer i den eksplorerende fasen. Funnene fra den eksplorerende fasen ble deretter *konvertert*, som innebærer at de kvalitative funnene transformeres til et kvantitativt format (kvantifiseres) (Onwuegbuzie & Johnson, 2006). Dette ble gjort ved at bakgrunns- og dybdekunnskapen om mestringsfremmende faktorer, det vil si funn fra Artikkel I og Artikkel II, ble lagt til grunn i søket etter et validert instrument. Funn fra den eksplorerende fasen ble oppsummert i faktorer som tilhørighet (sosial og formell støtte, sosial tilhørighet, positive relasjoner), emosjonell trygghet (mestringstro, motivasjon, selvtillit, håp), forutsigbarhet (sosioøkonomiske forhold) og myndiggjøring (autonomi, medvirkning, deltakelse). Innholdet i faktorene ble diskutert med SBU underveis i eksplorerings- og konverteringsfasen, noe som kan styrke relevansen og legitimiteten av konverteringen (Creswell, 2015).

Konverteringsfasen består av Artikkel III, hvor det validerte instrumentet som best egnet seg til å dekke bakgrunns- og dybdekunnskapen fra den eksplorerende fasen, ble oversatt og evaluert. I den kvantitative fasen ble det validerte instrumentet tatt i bruk i Artikkel IV for å undersøke sammenhengen mellom mestringsfremmende intervensjoner og personalets arbeidstilfredshet.

Samlet bidrar den multimetodiske tilnærmingen med kunnskap om *endring* i psykososiale faktorer etter døgnbehandling, *innhold* og *egenskaper* ved mestringsfremmende psykososiale faktorer, samt *hvilke* mestringsfremmende psykososiale faktorer som anvendes for å undersøke behandlingsutfall etter døgnbehandling for rusavhengighet. Videre bidrar tilnærmingen med kunnskap om hvordan mestringsfremmende intervensjoner kan *kartlegges* og *sammenhengen* mellom mestringsfremmende intervensjoner og personalets arbeidstilfredshet i døgnbehandling for rusavhengighet.

4.11 Forskningsetiske hensyn

Fokusgruppestudien ble vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, referansenummer: 2017/1531 REK sør-øst B) (Vedlegg 3) og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, referansenummer: 56577 / 3 / AMS) (Vedlegg 1). I tråd med Helsinkideklarasjonen fikk intervjudeltakerne muntlig og skriftlig informasjon om tema og formål med studien og ga skriftlig samtykke til å delta (se Vedlegg 4 for informasjonsskriv og samtykkeerklæring til fokusgruppestudien) (World Medical Association, 2013). En representant fra personalet ved de respektive samarbeidsinstitusjonene var disponibel dersom deltakere forlot fokusgruppeintervjuet underveis, eller hadde behov for støtte i etterkant av intervjuet. Kontaktinformasjonen til et av medlemmene i SBU, så vel som forskerens kontaktinformasjon, var tilgjengelig for intervjudeltakerne dersom de hadde behov for informasjon eller støtte i forkant eller etterkant av fokusgruppeintervjuet.

I tillegg til å ha fått skriftlig informasjon, samt skriftlig samtykke til å delta og at intervjuet ble tatt opp på lydbånd, fikk deltakerne muntlig informasjon om forskningsprosjektet av forsker i forkant av intervjuet. Deltakerne fikk informasjon om at de kunne forlate intervjuet etter eget ønske, samt forlate dersom de ikke var komfortable med at intervjuet ble tatt opp på lydbånd. Fokusgruppeintervjuene ble transkribert av forsker innen to dage etter de respektive intervjuene fant sted. Før intervjuene hadde blitt transkribert, ble lydopptakeren oppbevart i et låsbart skap på et låst kontor. Det transkriberte datamaterialet, samt lydfilene, ble oppbevart på en digital plattform som tilbyr en sikker løsning for å lagre sensitive personopplysninger

(Tjenester for Sensitive Data (TSD)) fram til det ble anonymisert eller slettet.

Intervjumaterialet ble anonymisert ved å skifte ut deltakernes navn og kjønn, institusjon, stedsnavn og gjenkjennbare navn på tiltak i tjenesteapparatet. Dette bidro samtidig til at sitater som ble trukket ut og publisert, var anonymisert.

Spørreundersøkelsen blant ansatte i TSB, som ble gjennomført ved bruk av Nettskjema, ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, referansenummer: 883511) (se Vedlegg 2). Studiedeltakerne fikk skriftlig informasjon om tema og formål med studien, og samtykket til å delta ved å besvare det første spørsmålet i spørreskjemaet (se Vedlegg 5 for informasjonsskriv og samtykkeerklæring til spørreundersøkelsen). I tråd med retningslinjer for oppbevaring av sensitive personopplysninger, ble spørreskjemasvarene lagret i TSD fram til det ble anonymisert og analysert.

Etiske betraktninger vil bli videre diskutert under *Metodologiske betraktninger* (seksjon 6.1).

5 HOVEDFUNN

5.1 Artikkel I

Change in psychosocial factors connected to coping after inpatient treatment for substance use disorder: A systematic review

Publisert i *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2019, 14(1).

Forfattere: Dagny Adriaenssen Johannessen, Trond Nordfjærn og Amy Østertun Geirdal

Hensikten med den systematiske oversiktsartikkelen var å undersøke endring i psykososiale faktorer etter døgnbehandling for rusavhengighet. Søket resulterte i 1281 unike publikasjoner, hvorav 142 ble gjennomgått i fulltekst og 14 ble inkludert i den systematiske oversikten. Første måling av psykososiale faktorer inkluderte besvarelser fra 7.384 deltakere og siste måling inkluderte besvarelser fra 4.674 deltakere (totalt frafall = 39%). Det eldste datamaterialet var samlet inn i 1974 og det nyeste i 2009.

Funnene ble oppsummert i fem temaer i tillegg til *bruk av rusmidler*. Det første temaet ble oppsummert som *mental helse* og inkluderte utfall i angst, depresjon, symptomtrykk, mestringstro og positive følelser. De påfølgende temaene oppsummerte funn knyttet til *utdanning og arbeid*, *kriminell aktivitet*, *sosial støtte* og *bolig*.

De samlede funnene indikerte bedring i faktorer knyttet til mental helse, reduksjon i rusmiddelbruk og en mulig sterkere tilknytning sosialt og til arbeidsmarkedet. De samlede funnene tydet på at psykososiale faktorer, som livskvalitet (0 utfall), mestringstro (2 utfall), bolig (2 utfall) og utdanning (2 utfall), i mindre grad blir undersøkt etter døgnbehandling for rusavhengighet, enn utfall som arbeid (6 utfall), bruk av rusmidler (10 utfall) eller faktorer knyttet til psykisk helse (8 utfall).

Oppsummert viser funn fra Artikkel I at pasienter som har gjennomført døgnbehandling for rusavhengighet opplever en bedring i psykisk velvære, økt deltakelse (sosialt, arbeid), og en reduksjon i bruk av rusmidler, mens bestemte psykososiale faktorer (bolig, utdanning, mestringstro og livskvalitet), undersøkes i mindre grad enn rusfrihet og psykisk helse blant pasienter som har gjennomført døgnbehandling.

5.2 Artikkel II

Substance use disorder patients' expectations on transition from treatment to post-discharge period

Publisert i *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 2020, 37(3)

Forfattere: Dagny Adriaenssen Johannessen, Trond Nordfjærn og Amy Østertun Geirdal

Hensikten med fokusgruppestudien var å undersøke inneliggende pasienters forventninger knyttet til mestringsfremmende faktorer i overgangen fra døgnbehandling for rusavhengighet til tiden etter utskriving.

De kvalitative funnene ble oppsummert i tre hovedtemaer, som var tilhørighet, indre prosesser og forutsigbarhet. Tilhørighet oppsummerer kodene tilknytning og ensomhet. Tilknytning omfattet sosiale relasjoner, tilknytning til miljøer utenfor behandlingsinstitusjonen og tilhørighet til behandlingsinstitusjonen. Ensomhet var knyttet til manglende tilhørighet og sosial isolasjon i tiden etter utskriving.

Indre prosesser oppsummerer kodene motivasjon og selvinnsikt. Motivasjon omhandlet deltakernes diskusjoner om hvordan erfaring med mestring skapte mestringstro og fremmet deres selvtillit. Selvinnsikt var knyttet til deltakernes diskusjoner kring hvordan bevisstgjøring av følelser og reaksjoner utvidet deres selvbevissthet.

Forutsigbarhet oppsummerer kodene gradvis og rammeverk. Gradvis var knyttet til deltakernes tanker om at en gradvis overgang ville styrke deres emosjonelle trygghet og muligheter til å mestre endringen. Rammeverk omhandlet overføring av struktur og rutiner til hverdagen etter utskriving, meningsfullt innhold i hverdagen, samt grunnleggende behov knyttet til bolig og økonomi (sosioøkonomiske forhold).

Pasientene anså behandlingsinstitusjonen som en trygg arena for å øve seg på å håndtere relasjoner, følelser og hverdagsstrukturen i trygge omgivelser, slik at de kunne tas i bruk i tiden etter utskriving.

Oppsummert viser funn fra Artikkel II at inneliggende pasienter forventer at faktorer som tilhørighet (sosialt og til miljøer utenfor institusjonen), indre prosesser (motivasjon, selvinnsikt) og forutsigbarhet (sosioøkonomiske forhold, gradvis overgang, rammer og rutiner) vil ha betydning for deres mestring i overgangen mellom døgnbehandling og hverdagen etter utskriving.

5.3 Artikkel III

Investigating the factor structure of a translated recovery-orientation instrument in inpatient treatment for substance use disorder

Publisert i *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2021, 16(1)

Forfattere: Dagny Adriaenssen Johannessen, Amy Østertun Geirdal og Trond Nordfjærn

Formålet med Artikkel III var å oversette (Engelsk (USA) til Norsk) og testet et instrument til å kartlegge mestringsfremmende intervensjoner. Funn fra evalueringsstudien viser at den originale fem-faktor strukturen ikke kunne gjenskapes og spørreskjemaet ble rensket ved å fjerne testledd med lav eller dobbel faktorlading og slå sammen subskalaer som var høyt korrelert med hverandre. Resultatene antydte høy korrelasjon mellom de opprinnelige skalaene *Mål* og *Valg* ($r = 0.95$), og de ble slått sammen til én subskala: *Mål og valg*. Korrelasjonen mellom de opprinnelige subskalaene *Individuell tilpasning* og *Mangfoldig tilbud* var også høyt korrelert ($r = 0.94$), og de ble sammenslått til én subskala: *Individuell tilrettelegging og mangfold*. Basert på resultater fra PCA ble testledd med lav faktorlading (< 0.4) ekskludert ($n = 11$).

Respesifiseringen ga en ny struktur i RSA-N, med tre subskalaer. *Mål og valg* (9 testledd) kartlegger hvorvidt pasientene gis mulighet til å definere og etterfølge sine egne mål for behandlingsoppholdet, og om deres mål og valg blir respektert. *Medvirkning* (6 testledd) kartlegger i hvilken grad pasientene blir involvert i å utvikle behandlingsprogrammet, i opplæring av personalet og om pasientrepresentanter deltar i leder- og styremøter. *Individuell tilrettelegging og mangfold* (8 testledd) kartlegger hvorvidt det er lagt til rette for at pasientene kan knytte bånd til miljøer utenfor behandlingsinstitusjonen og i hvilken grad behandlingstilbudet er variert og individuelt tilrettelagt.

Resultater fra CFA med spørreskjemasvar fra subgruppe 2 resulterte i lav faktorlading (< 0.4) i ett testledd, som ble ekskludert, og indikerte akseptabel modelltilpasning (RMSEA (90% CI) (0.059 (0.049 – 0.069)), CFI (0.89). Alpha koeffisienten for RSA-N viste tilfredsstillende resultater for instrumentet i sin helhet ($\alpha = 0.88$), og for de tre subskalaene; *Mål og valg* ($\alpha = 0.82$), *Medvirkning* ($\alpha = 0.74$) og *Individuell tilrettelegging og mangfold* ($\alpha = 0.75$).

Oppsummert viser funn fra Artikkel III at RSA-N kan anvendes for å kartlegge pasientenes mulighet til å velge og definere sine egne mål for døgntilpasningen (*Mål og valg*), pasientenes mulighet til å medvirke i løpet av behandlingsoppholdet (*Medvirkning*) og hvorvidt behandlingsinstitusjonen tilbyr et mangfold av tjenester som kan tilpasses individuelt (*Individuell tilrettelegging og mangfold*).

5.4 Artikkel IV

Work-related satisfaction among clinicians working at inpatient treatment facilities for substance use disorder: The role of recovery orientation

Under fagfellelvurdering i *International Journal of Environmental Research and Public Health*

Forfattere: Dagny Adriaenssen Johannessen, Trond Nordfjærn og Amy Østertun Geirdal

Formålet med Artikkel IV var å undersøke betydningen av mestringsfremmende intervensjoner for personalets arbeidstilfredshet i døgnbehandling for rusavhengighet. Mestringsfremmende intervensjoner ble undersøkt med tre subskalaer fra RSA-N ($\alpha = 0.88$): *Mål og valg* ($\alpha = 0.82$), *Medvirkning* ($\alpha = 0.74$) og *Individuell tilrettelegging og mangfold* ($\alpha = 0.75$). Arbeidstilfredshet ble undersøkt med to skalaer fra QPS_{Nordic}: *Positive utfordringer i jobben* ($\alpha = 0.75$) og *Mestring i jobben* ($\alpha = 0.72$). Betydningen av RSA-N for personalets arbeidstilfredshet ble undersøkt i to separate multiple regresjonsmodeller, hvor henholdsvis *Positive utfordringer i jobben* og *Mestring i jobben* var angitt som avhengig variabel.

I den første regresjonsmodellen forklarte personalets alder seks prosent av deres skår på *Positive utfordringer i jobben* ($R^2 = 0.06$, $p < 0.01$, $\beta = 0.24$), som viser at personalets opplevelse av at de var rustet til å håndtere utfordringer i arbeidshverdagen, økte med alderen. I neste steg ble subskalaen *Mål og valg* lagt inn i modellen, som medførte en betydelig endring i forklart varians ($\Delta R^2 = 0.11$, $p < 0.01$, $\beta = 0.40$), og antyder at personell som opplevde at pasientene ved avdelingen fikk mulighet til å etterfølge sine egendefinerte mål og valg, rapporterte at de var rustet til å håndtere utfordringer i arbeidshverdagen. I følgende steg ble subskalaen *Medvirkning* lagt inn i modellen, som medførte en betydelig endring i forklart varians på personalets skår på *Positive utfordringer i jobben* ($\Delta R^2 = 0.3$, $p < 0.01$, $\beta = -0.21$). Testresultatene indikerer at personell som opplevde at pasientene fikk mulighet til å medvirke i behandlingen, rapporterte at de i mindre grad var rustet til å håndtere utfordringer i arbeidshverdagen. I det siste steget ble subskalaen *Individuell tilrettelegging og mangfold* lagt inn i modellen. Testresultatene viser at personalets skår på subskalaen *Individuell tilrettelegging og mangfold* ikke forklarte varians i deres skår på skalaen *Positive utfordringer i jobben* ($\Delta R^2 < 0.01$, $p = 0.28$, $\beta = -0.09$), som tyder på at det er andre faktorer som påvirker variansen i personalets skår på *Positive utfordringer i jobben*.

I den andre regresjonsmodellen forklarte personalets opplevelse av arbeidsbelastning (målt med *Kvantitative krav* ($\alpha = 0.81$) fra QPS_{Nordic}) fem prosent av variansen i deres skår på

skalaen *Mestring i jobben* ($R^2 = 0.05, p < 0.01, \beta = -0.19$), som viser at personell som opplevde høy arbeidsbelastning, opplevde lavere mestring i arbeidshverdagen. I neste steg ble subskalaen *Mål og valg* lagt inn i modellen, som medførte en betydelig endring i forklart varians i personalets skår på *Mestring i jobben* ($\Delta R^2 = 0.11, p < 0.01, \beta = 0.40$). Testresultatet indikerer at personell som opplevde at pasientene ved avdelingen fikk mulighet til å etterfølge sine egendefinerte mål og valg, rapporterte høy grad av mestring i jobben. I neste steg ble subskalaen *Medvirkning* lagt inn i modellen, som medførte betydelig endring i forklart varians på *Mestring i jobben* ($\Delta R^2 = 0.03, p < 0.01, \beta = -0.21$), og tyder på at personell som opplevde at pasientene fikk mulighet til å medvirke i behandlingen, rapporterte lavere grad av mestring. Deler av den negative sammenhengen mellom medvirkning og personalets opplevelse av mestring i arbeidet kan imidlertid forklares med den negative sammenhengen mellom deres skår på *Mestring i jobben* og deres arbeidsbelastning ($p < 0.01, \beta = -0.19$). I det siste steget ble subskalaen *Individuell tilrettelegging og mangfold* lagt inn i modellen uten at det bidro til å forklare endring i personalets skår på subskalaen *Mestring i jobben* ($\Delta R^2 < 0.01, p < 0.28, \beta = -0.09$). I likhet med den første regresjonsmodellen, antyder dette at andre faktorer enn individuelt tilrettelagte tjenester og mangfold påvirker personalets opplevelse av mestring i arbeidshverdagen.

Oppsummert antyder funn fra Artikkel IV at personalets arbeidstilfredshet kan bli positivt påvirket av deres opplevelse av at behandlingspraksisen legger til rette for pasientenes valgfrihet og mulighet til å definere egne mål (*Mål og valg*), negativt påvirket av pasientenes mulighet til å medvirke (*Medvirkning*), mens det ikke ble funnet noen sammenheng mellom subskalaen *Individuell tilrettelegging og mangfold* og personalets arbeidstilfredshet.

6 DISKUSJON

6.1 Metodologiske betraktninger

Onwuegbuzie og Johnson (2006) problematiserer bruken av begrepet *gyldighet* i multimetodiske studier som tar i bruk både kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Forfatterne anbefaler at terminologien fra de respektive tilnærmingene tas i bruk når fremgangsmåten for enkeltstudier beskrives, og foreslår å henvise til *legitimitet* framfor gyldighet når det samlede bidraget diskuteres (Onwuegbuzie & Johnson, 2006). Legitimiteten av multimetodisk forskning kan vurderes samlet ved å overveie nøytralitet, konsistens, troverdighet og overføringsverdi (Curry & Nunez-Smith, 2017).

Som Curry og Nunez-Smith (2017) beskriver, refererer *nøytralitet* til objektivitet innen kvantitativ forskning og refleksivitet innen kvalitativ tilnærming, og omhandler hvorvidt forskningsresultatene reflekterer utvalgets perspektiv eller forskerens etablerte antakelser. *Konsistens* oppsummerer pålitelighet innen kvalitativ forskning og reliabilitet innen kvantitativ forskning, og henviser til etterprøvnbarhet, intersubjektivitet og hvorvidt en lignende studie finner lignende resultater. *Troverdighet* viser til intern validitet i kvantitativ forskning og kredibilitet innenfor kvalitativ tradisjon, og omhandler funnenes representasjon av fenomener som undersøkes. *Overføringsverdien*, det vil si overføring av kunnskap fra kvalitative studier og generalisering av kvantitative forskningsfunn, omfatter resultatenes legitimitet i et lignende utvalg eller en tilsvarende kontekst.

Forskerens nøytralitet er sentralt i alle stadier og kan vurderes ved å diskutere tiltak som fremmer åpenhet gjennom forskningsprosessen og forskerens refleksivitet. Forskningens konsistens, troverdighet og overføringsverdi avhenger av datagrunnlagets kvalitet (Curry & Nunez-Smith, 2017; Johannessen et al., 2010; Malterud, 2011; Onwuegbuzie & Johnson, 2006; Thornquist, 2018).

6.1.1 Nøytralitet

Innen samfunnsvitenskapelig forskning er nøytral kunnskapsproduksjon ifølge flere forskere, urealistisk (Malterud, 2001; Thornquist, 2018). Forskningsprosessen påvirkes av den kulturelle konteksten, samfunnets normer og verdisystem, og av sosiale prosesser som forskeren og deltakerne inngår i. Min erfaring som sosialarbeider i døgntilrettelegging for rusavhengighet former mine forestillinger, verdier og holdninger. Erfaringen fra praksisfeltet var sentral i utarbeidelsen av den overordnede problemstillingen og i det videre arbeidet med

avhandlingen. Forskningsbasert kunnskap er en systematisk undersøkelse av forestillinger og resultatenes legitimitet kan blant annet knyttes til forskerens åpenhet gjennom forskningsprosessen (Johannessen et al., 2010; Malterud, 2011; Thornquist, 2018).

For å fremme åpenhet, og bidra til nøytralitet, ble tematikken for avhandlingen utarbeidet i samarbeid med SBU, som er i tråd med Veseth et al. (2017) påpekning om at slik åpenhet kan bidra til at forskningen er relevant for de den angår. Forskningens relevans for praksisfeltet og gruppen som utvalget representerer har betydning for dens legitimitet (Onwuegbuzie & Johnson, 2006). Muligheten til å skille mellom relevant og mindre relevant informasjon gjennom forskningsprosessen, forutsetter, ifølge Johannessen et al. (2010), bakgrunnskunnskap om feltet og tematikken som undersøkes.

Under rekrutteringen av døgninstitusjoner til fokusgruppestudien og spørreundersøkelsen, var min kunnskap om feltet og organiseringen av behandlingsapparatet sentral for å avgjøre hvilke institusjoner som tilfredsstilte inklusjonskriteriene. På samme måte kan erfaring med de metodene som tas i bruk legitimere fremgangsmåten, gjennomføringen og forskningsresultatene. Formatet som anvendes i fokusgruppeintervjuer – gruppesamtale – har likhetstrekk med terapeutiske grupper. Under gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene tok jeg i bruk min erfaring som gruppeterapeut fra døgnbehandling for rusavhengighet for å utforske intervjudeltakernes meningsytringer og diskusjoner.

Forskning som ikke formidles eller som presenteres på en utilgjengelig måte, har begrenset legitimitet og henviser til forskningens kommunikative legitimitet (Halkier & Gjerpe, 2010; Malterud, 2011). Formidling av de publiserte resultatene og fagfellevurdering underveis i prosessen utgjør viktige arenaer hvor alternative perspektiver kan lanseres og diskuteres (Johannessen et al., 2010; Malterud, 2011). Underveis i arbeidet med avhandlingen ble både midlertidige og publiserte funn fra hver av artiklene (Artikkel I - IV) diskutert og formidlet i ulike format, som fagartikler, intervjuer, kronikker, undervisning og konferanser på forskning- og praksisfeltet. I tillegg til forskningsformidling og fagfellevurdering kan fortløpende oppdatering av endringer i PROSPERO bidrar til åpenhet gjennom forskningsprosessen (Malterud, 2017). Søkestrategien i Artikkel I ble registrert og fortløpende oppdatert i PROSPERO underveis. I tillegg ble studieprotokollen for Artikkel I fagfellevurdert og publisert (Johannessen et al., 2019), noe som representerer styrker i Artikkel I.

6.1.2 Datagrunnlagets kvalitet

6.1.2.1 Tverrsnittdesign

Selv om en multimetodisk tilnærming til et overordnet tema, kan anses som en styrke for å legitimere forskningsresultatene (Johannessen et al., 2010; Malterud, 2011), består delstudiene i avhandlingen av tverrsnittstudier. Tverrsnittdesign har enkelte begrensinger som må nevnes.

Spørsmålet om kausale effekter, som tverrsnittsdata ikke kan gi kunnskap om (Johannessen et al., 2010), behandles med varsomhet innen samfunnsvitenskapen (Kvernbekk, 2002), og omtales innen kritisk realisme som kausale tendenser (Danermark et al., 2018). Ifølge kritisk realisme kan mekanismer i det virkelige domenet besitte en kraft til å utløse kausale tendenser i det faktiske domenet, som kan erfares i det empiriske domenet (Buch-Hansen & Nielsen, 2005). Hvorvidt den kausale kraften realiseres, avhenger av en kombinasjon av tilfeldigheter, som for eksempel andre kausale mekanismer eller menneskene som inngår i den bestemte situasjonen (Danermark et al., 2018). Spørsmålet om kausale tendenser er dermed ikke knyttet til deres eksistens i den sosiale verden, eller hvorvidt mekanismer innehar en kausal kraft, men til kausalitetens regelmessighet og hvorvidt de erfares. Tilgangen til kunnskap om kausale tendenser, begrenses ifølge Danermark et al. (2018) av at mekanismene er uobserverbare, i forandring og påvirkes av sosiale prosesser.

Med unntak av Artikkel I, som inkluderer publikasjoner av oppfølgingsstudier, består avhandlingen av tverrsnittstudier (Artikkel II – Artikkel IV). En svakhet ved tverrsnittstudier involverer at funn kan påvirkes av forhold knyttet til utvalget, datainnsamlingen eller analysen. Dette innebærer at gruppeinterne prosesser kan ha påvirket hva som ble tematisert og dermed analysert i Artikkel II. Mens uobserverte faktorer og faktorer som ikke ble inkludert i spørreundersøkelsen kan ha påvirket legitimiteten av slutningene som ble trukket i Artikkel III og Artikkel IV.

I fokusgruppeintervjuer vil eksempelvis gruppeinterne normer, regulere hvilke temaer som kan diskuteres fra hvilket standpunkt (Halkier & Gjerpe, 2010; Malterud, 2012), noe som kan ha påvirket fenomener som ble tematisert i fokusgruppestudien. I likhet kan temaene som deltakerne vektla i fokusgruppeintervjuene, ha vært påvirket av konvensjonelle forestillinger om hva som fremmer mestring i overgangen, som de *lærer* i møte med tjenesteapparatet (Fomiatti et al., 2017) eller personalet som arbeider der (Järvinen & Andersen, 2009). To av fokusgruppeintervjuene bestod av menn, mens to av intervjuene inkluderte både kvinner og

menn. Selv om tematikken var lik i de kjønnsdelte intervjuene sammenlignet med intervjuer som bestod av både kvinner og menn, kan kjønnsbalansen ha påvirket tematikken, diskusjonen og dynamikken i intervjuene. Imidlertid ble kun pasienter som hadde gjennomført minimum fem måneder av sin behandling invitert til å delta. Deltakerne i de respektive fokusgruppeintervjuene hadde dermed gjennomført minimum fem måneder av behandlingen sammen, noe som kan kompensere for svakheten kjønnsfordelingen kan ha bidratt til i intervjuer med både kvinnelige og mannlige deltakere.

I spørreundersøkelsen innebærer tverrsnittsdesignet at den estimerte retningen på sammenhengen mellom variabler i realiteten kan ha vært et resultat av faktorer knyttet til utvalget eller forhold som ikke ble målt (Kleven, 2002b). Eksempelvis kan faktorer i personalets privatliv eller hendelser på behandlingsinstitusjonen i forkant av at de besvarte spørreundersøkelsen, ha påvirket deres besvarelser på spørsmål i undersøkelsen. Mens deres opplevelse av mestring eller utfordringer i arbeidshverdagen, kan ha påvirket deres skår på de tre subskalaene i RSA-N. Imidlertid var hypotesen om retning basert på funn fra tidligere forskning, inkludert funn basert på kvasi-eksperimentelt designe og tverrsnitts designe.

Konsensus kan bidra til å legitimere funn fra tverrfagsstudier. Konsensus omhandler enighet på tvers av fokusgruppeintervjuene, mellom de som medvirker i analyseprosessen eller at funnene samsvarer med funn fra tidligere forskning (Johannessen et al., 2010; Malterud, 2011). I fokusgruppestudien ble lignende temaer diskutert på tvers av fokusgruppeintervjuene og temaene var gjenkjennbare for SBU, noe som kan tyde på at temaene ikke var knyttet til de spesifikke gruppeinterne normene. Funnene fra Artikkel I, Artikkel II og Artikkel IV sammenfaller i tillegg med funn fra tidligere forskning, og relevansen av både analyser og funn ble diskutert med medforfattere underveis i hele prosessen for alle studier. Dette, i tillegg til samarbeidet med SBU gjennom de ulike stadiene i arbeidet med avhandlingens delstudier, har bidratt til å styrke funnernes legitimitet.

I Artikkel III ble en unik versjon av et validert instrument testet, noe som innebærer at resultatene ikke kunne vurderes i forhold til tidligere forskning med denne spesifikke oversettelsen. Imidlertid gjenspeilet funnen i Artikkel III funn fra oversettelser av det originale instrumentet til andre språk (Chao et al., 2019; Lodge et al., 2018; Rosenberg et al., 2015; Salyers et al., 2007; Tan & Fernandez, 2018; Thege et al., 2017; Ye et al., 2013). Datasettet ble i tillegg splittet i to tilfeldige subgrupper, hvorav RSA-N ble respesifisert i den ene subgruppen og testet i det andre. De tilfredsstillende indeksene for modelltilpasning da den alternative faktorstrukturen ble testet representerer en styrke ved Artikkel III.

6.1.2.2 Operasjonalisering

Bestemte psykososiale faktorer, som hvorvidt den enkelte har arbeid eller bolig, er observerbare. Andre psykososiale faktorer er uobserverbare, eksempelvis hvorvidt bo- og arbeidsforholdene er gode, eller den enkeltes velvære. For å studere uobserverbare psykososiale faktorer eller mestringsfremmende intervensjoner, må de avgrensnes, defineres og operasjonaliseres, vanligvis i form av spørsmål i en intervjuguide, indikatorer i et instrument, eller andre former for transitive objekter. Begrepsabstraksjon referer til operasjonalisering av uobserverbare fenomener (Danermark et al., 2018), og kan knyttes til hvor godt operasjonaliseringen representerer fenomenet som skal undersøkes (begrepsvaliditet) (Kleven, 2002a). Operasjonaliseringen av uobserverbare fenomener påvirker hva datagrunnlaget kan gi kunnskap om, og påvirkes av konnotasjoner, verdier, holdninger og den kulturelle konteksten som forskeren og studieutvalget inngår i (Kleven, 2002a; Malterud, 2011; Thornquist, 2018). Funnenes evne til å belyse forskningsspørsmålet, begrenses av språket i form av ord og begreper i søkestrategien, intervjuguiden og spørreskjemaet, og avhenger av hvorvidt deltakerne og forskeren tillegger språket tilsvarende mening (Clement, 2017a; Kleven, 2002a; Malterud, 2011).

Det uobserverbare fenomenet som ble undersøkt i Artikkel I var psykososiale faktorer knyttet til mestring. Dette ble undersøkt gjennom å utforske funnene fra det systematiske søket som var knyttet til psykososiale faktorer. Søkestrategien inkluderte ikke en avgrenset definisjon av psykososiale faktorer, og fenomenet ble dermed undersøkt eksplorativt. Søkestrategien innebar å identifisere et mangfold av mestringsfremmende psykososiale faktorer som hadde blitt undersøkt som utfall i tidligere studier. I fokusgruppestudien var fremgangsmåten lik ved at det uobserverbare fenomenet som undersøktes – psykososiale faktorer med betydning for mestring i overgangen – ble undersøkt gjennom intervjudeltakernes beskrivelser av slike faktorer. Dette gjenspeiler vanlige fremgangsmåter for å eksplorere uobserverbare fenomener (Kleven, 2002a).

Intervjuguiden ble utviklet i samarbeid med SBU og de midlertidige funnene ble diskutert med SBU underveis i analyseprosessen, som kan ha bidratt til å styrke intervjuguidens og funnernes relevans for å belyse forskningsspørsmålet i Artikkel II (Curry & Nunez-Smith, 2017; Johannessen et al., 2010; Malterud, 2011). På samme måte har pilottesting av både søkestrategien i den systematiske oversiktsartikkelen og intervjuguiden for fokusgruppestudien, og fagfellevurderingen av søkestrategien for den systematiske oversikten, bidratt til å styrke deres relevans for å frembringe kunnskap om

forskningsspørsmålene (Curry & Nunez-Smith, 2017; Johannessen et al., 2010; Malterud, 2017).

Artikkel III står i en særstilling i denne sammenheng, da hensikten var å undersøke legitimiteten av operasjonaliseringen av det uobserverbare fenomenet mestringsfremmende intervensjoner. Som illustrert i Figur 4, ble kunnskapen om mestringsfremmende psykososiale faktorer fra den eksplorerende delen, konvertert og anvendt i søket etter et instrument for å kartlegge mestringsfremmende intervensjoner.

De uobserverbare fenomenene som ble undersøkt i Artikkel IV var mestringsfremmende intervensjoner, operasjonalisert i RSA-N, og arbeidstilfredshet, operasjonalisert i skalaer fra QPS_{Nordic}. På samme måte som at mestring kan fremmes av ulike intervensjoner, kan personalets arbeidstilfredshet påvirkes av utallige faktorer. Kleven (2002a) påpeker at uobserverbare, teoretiske fenomener ikke lar seg operasjonalisere på en tilfredsstillende måte, og anbefaler at denne begrensingen legges til grunn når operasjonaliseringens legitimitet vurderes. Dette innebærer å legge til grunn at både RSA-N og de tre skalaene fra QPS_{Nordic} gir begrenset kunnskap om kompleksiteten i fenomenene de skal fange opp – mestringsfremmende intervensjoner og arbeidstilfredshet. Det samme gjelder instrumentene som ble anvendt for å undersøke utfallet i psykososiale faktorer i publikasjonene som ble inkludert i Artikkel I.

Samtidig er forskere avhengig av å forenkle uobserverbare fenomener for å kunne innhente kunnskap om de (Kleven, 2002a). Styrker ved å ta i bruk QPS_{Nordic} for å undersøke arbeidstilfredshet, består i at instrumentet ble utviklet for nordiske forhold, er statistisk validert og er et utbredt mål på ansattes psykososiale arbeidsforhold (Elo et al., 2000; Wännström et al., 2009). Styrken ved å ta i bruk RSA-N består både i den multimetodiske tilnærmingen som lå til grunn for å oversette og validere det spesifikke instrumentet for å undersøke mestringsfremmende intervensjoner. I tillegg til at det originale instrumentet var statistisk validert og anvendt i utstrakt grad i tidligere studier (O'Connell et al., 2005; Williams et al., 2012). Resultatene fra Artikkel III viste akseptable modelltilpasningsindekser da den alternative faktorstrukturen ble testet i et subutvalg. Både de tre skalaene fra QPS_{Nordic} og subskalaene i RSA-N viste tilfredsstillende Alpha koeffisienter. Selv om Alpha ikke gir informasjon om hvilket fenomen skalaene fanger opp, tyder tilfredsstillende koeffisienter på at de respektive skalaene måler individuelle uobserverbare fenomener (Kleven, 2002a). Sammen representerer disse forholdene styrker ved både Artikkel III og IV.

6.1.2.3 Overføringsverdi

Kvaliteter knyttet til utvalget og rekrutteringen kan påvirke forskningens overføringsverdi, som er en utfordrende diskusjon i multimetodiske studier da hensikten, fremgangsmåten og utvalgene sjeldent sammenfaller med andre multimetodiske studier (Onwuegbuzie & Johnson, 2006). Overføringsverdien kan knyttes til representasjon, som tillegges ulik mening i kvantitativ og kvalitativ forskning (Malterud, 2001). Innen kvantitativ forskning refererer representasjon til hvor godt utvalget representerer populasjonen, mens det innen kvalitativ forskning referer til hvor godt utvalget kan representere fenomenet og konteksten som studeres (Halkier & Gjerpe, 2010). Representasjon påvirkes blant annet av seleksjonsskjevhet og kan påvirke funnenes overføringsverdi og både hvem og hvilken kontekst forskningen gir kunnskap om.

Representasjon er en sentral kvalitetsindikator i systematiske oversiktsstudier, da hensikten er å oppsummere kunnskapen om et avgrenset tema (Gough et al., 2017). I Artikkel I representerer alle relevante studier om det avgrensede temaet, populasjonen, og de inkluderte publikasjonene representerer utvalget. Brunton et al. (2017) understreker at det med dagens publikasjonsmengder ikke lar seg gjøre å identifisere alle relevante publikasjoner om et avgrenset tema. Identifiseringsprosessen avhenger blant annet av databasene som tas i bruk, søkeordene og forskerens evne til å vurdere publikasjonenes relevans (Brunton et al., 2017). Styrker ved Artikkel I inkluderer at inklusjonskriterier, søkeord og relevante databaser ble grundig diskutert mellom artikkelforfatterne og med en universitetsbibliotekar, samt at avgjørelser knyttet til inklusjonsprosessen og analysen, ble tatt i samråd mellom artikkelforfatterne gjennom hele prosessen. Styrker med seleksjonsprosessen i Artikkel I involverer i tillegg antallet databaser som hovedsøket ble gjennomført i, piloteringen av søkestrategien og fagfellevurderingen av det planlagte søket, som inkluderte søkeord, databaser og avgrensning av inklusjonskriterier (Johannessen et al., 2019).

I både fokusgruppstudien og spørreundersøkelsen var det en kontaktperson ved samarbeidsinstitusjonene som rekrutterte deltakere. I fokusgruppstudien informerte kontaktpersonen inneliggende pasienter om studien og satte meg i kontakt med aktuelle deltakere på den dagen intervjuet fant sted. Under spørreundersøkelsen sendte kontaktpersonen ut informasjon og lenke til spørreskjemaet per epost til de ansatte. Selv om jeg i begge disse tilfellene oppfordret kontaktpersonen til å invitere alle aktuelle deltakere, kan et slikt mellomledd ha ført til skjevhet i utvalget (Malterud, 2012). Eksempelvis kan kontaktpersonene ha invitert inneliggende pasienter som ble vurdert som gode representanter

under rekrutteringen til fokusgruppeintervjuene (Rathlev et al., 2017), mens oversikt eller hukommelse kan ha medført at kontaktpersonene ikke sendte invitasjon til alle klinisk ansatte som var relevante for å delta i spørreundersøkelsen (Clement, 2017b). På samme måte kan de som ønsket å delta, representere en skjev gruppe i form av å være spesielt interessert i temaet, utadvendte eller i større grad åpne for å delta i forskning enn de som takket nei til invitasjonen (Clement, 2017b; Malterud, 2012).

Overføringsverdien i kvantitativ forskning avhengig blant annet av responsraten, som var 45 % i avhandlingens spørreundersøkelse. Da rekrutteringen til spørreundersøkelsen fant sted, lokaliserte jeg 54 avdelinger med døgntil behandling i seks måneder eller lenger. Selv om informasjonen om behandlingens lengde var lite tilgjengelig, så tok jeg i bruk flere strategier for å oppnå en fullstendig oversikt over relevante behandlingssenheter, og 50 av de 54 avdelingene som ble invitert, deltok i spørreundersøkelsen. Dette bidro til et mangfoldig datagrunnlag som inkluderte ansattes svar fra hver av de 54 samarbeidsavdelingene.

6.2 Generell diskusjon

Det overordnede formålet med denne avhandlingen har vært å bidra med kunnskap om psykososiale faktorer med betydning for pasienters mestring i overgangen fra døgntil behandling for rusavhengighet til hverdagen etter utskriving. Dette har blitt utforsket fra ulike perspektiver på bakgrunn av tre forskningsspørsmål.

Det første forskningsspørsmålet søkte å belyse psykososiale faktorer som betegnes mestringsfremmende av pasienter i døgntil behandling, og endring i disse for pasienter som har gjennomført døgntil behandling for rusavhengighet. Avhandlingens funn viser at inneliggende pasienter forventer at tilhørighet (sosialt og til miljøer utenfor institusjonen), indre prosesser (motivasjon, selvinnsikt) og forutsigbarhet (sosioøkonomiske forhold, gradvis overgang, rammer og rutiner), vil fremme deres mestring i overgangen mellom døgntil behandling og hverdagen etter utskriving (Artikkel II). Pasienter som har gjennomført døgntil behandling for rusavhengighet, opplever en bedring i psykisk helse, økt deltakelse (sosialt, arbeid), og en reduksjon i bruk av rusmidler (Artikkel I). Imidlertid undersøkes bestemte mestringsfremmende faktorer, som bolig, utdanning, mestringsstro og livskvalitet, i mindre grad sammenlignet med faktorer som rusfrihet og psykisk helse blant pasienter i døgntil behandling (Artikkel I).

Det andre forskningsspørsmålet utforsket intervensjoner som kan styrke faktorer som betegnes mestringsfremmende for pasienter i overgangen fra døgntil behandling. Avhandlingens funn viser at mestringsfremmende faktorer inkluderer tilhørighet, forutsigbarhet, psykisk velvære, trygghet og rusfrihet for pasienter i overgangen fra døgntil behandling til tiden etter utskriving (Artikkel I og II). Funn fra Artikkel I og II ble lagt til grunn i søket etter et instrument for å kartlegge intervensjoner som kan styrke mestringsfremmende faktorer (Figur 4). Instrumentet som ble oversatt og evaluert (RSA/RSA-N) i Artikkel III, inkluderer subskalaer som kartlegger tre mestringsfremmende intervensjoner i døgntil behandling – pasientenes mulighet til å velge og definere sine egne mål for behandlingen (*Mål og valg*), pasientenes mulighet til å medvirke i løpet av behandlingsoppholdet (*Medvirkning*) og hvorvidt behandlingstilstanden tilbyr et mangfold av tjenester som kan tilpasses individuelt (*Individuell tilrettelegging og mangfold*).

Det siste forskningsspørsmålet søkte å belyse betydningen av mestringsfremmende intervensjoner for personalets arbeidstilfredshet i døgntil behandling for rusavhengighet. Avhandlingens funn antyder at personalets arbeidstilfredshet kan bli positivt påvirket av deres opplevelse av at behandlingstilstanden legger til rette for pasientenes valgfrihet og mulighet til å definere egne mål (*Mål og valg*), negativt påvirket av pasientenes mulighet til å medvirke (*Medvirkning*), mens det ikke ble funnet noen sammenheng mellom subskalaen *Individuell tilrettelegging og mangfold* og personalets arbeidstilfredshet (Artikkel IV).

6.2.1 Mestringsfremmende faktorer

Tilhørighet, som ble vektlagt som en mestringsfremmende faktor i Artikkel II, har blitt fremhevet som mestringsfremmende for pasienter i døgntil behandling i tidligere kvalitative (Dingle et al., 2015; Fugletveit, 2018; Jouet et al., 2021; Manuel et al., 2017; Skogens & von Greiff, 2014; von Greiff & Skogens, 2014; von Greiff & Skogens, 2019) og kvantitative studier (Beckwith et al., 2019; Eslami et al., 2018; Gu et al., 2020). I likhet med funn fra Artikkel II, viser tidligere kvalitative (Fugletveit, 2018; Jouet et al., 2021; von Greiff & Skogens, 2019) og kvantitative studier fra behandling for rusavhengighet (Anand et al., 2017; de Andrade et al., 2019; Eslami et al., 2018; Kelly & Greene, 2014; Vanderplasschen et al., 2013) at motivasjon, selvinnsikt og emosjonell trygghet har betydning for pasientenes mestring i endringsprosessen. Inneliggende pasienter forventer at forutsigbarhet knyttet til sosioøkonomiske forhold og gradvishet i overgangen vil ha betydning for deres mestring (Artikkel II). Disse funnene gjenspeiler funn fra studier med både inneliggende og tidligere

pasienter i døgntilrettelagt behandling (Fugletveit, 2018; Laffaye et al., 2008; Manuel et al., 2017; Skogens & von Greiff, 2014).

Imidlertid har få studier undersøkt pasientenes forventninger til overgangen, men i stedet undersøkt mestringsfremmende faktorer retrospektivt (Anand et al., 2017; Beckwith et al., 2019; Dingle et al., 2015; Eslami et al., 2018; Fugletveit, 2018; Jouet et al., 2021; Kelly & Greene, 2014; Laffaye et al., 2008; Skogens & von Greiff, 2014). I likhet med Artikkel II, undersøkte Manuel et al. (2017) inneliggende pasienters forventninger til mestringsfremmende faktorer i overgangen og tiden etter utskrivning fra døgntilrettelagt behandling. Mens Artikkel II kun inkluderte pasienter som hadde gjennomført minimum fem måneder av sin behandling, inkluderte Manuel et al. (2017) inneliggende pasienter uavhengig av hvor de var i behandlingsforløpet. Artikkel II bidrar dermed med inneliggende pasienters forventninger tett opp mot utskrivning fra døgntilrettelagt behandling. Forventninger skiller seg fra erfaringer, og eksempelvis viser funn fra flere systematiske oversiktsstudier med pasienter som har gjennomgått somatisk behandling, en positiv sammenheng mellom innfridde forventninger i løpet av behandlingen og behandlingsutfall etter utskrivning (Waljee et al., 2014; Witiw et al., 2018). Dette kan bety at innfridde forventninger i form av styrket tilhørighet, emosjonell trygghet og forutsigbarhet (Artikkel II), kan bidra til en opplevelse av sammenheng også for pasienter i døgntilrettelagt behandling for rusavhengighet og virke positivt inn på behandlingsutfallet.

Som vist i Artikkel I, opplever pasienter som har gjennomført døgntilrettelagt behandling for rusavhengighet vanligvis en bedring i mestringsfremmende faktorer som psykisk velvære, deltakelse og rusfrihet. Disse funnene er i tråd med funn fra tidligere studier (de Andrade et al., 2019; Gray & Argaez, 2019; Hser et al., 2015; Lauritzen et al., 2012; Vanderplasschen et al., 2013). Ved å kun oppsummere funn fra døgntilrettelagt behandling med en varighet på tre måneder eller lenger, skiller Artikkel I seg fra tidligere systematiske oversiktsartikler. Mens Gray og Argaez (2019) og de Andrade et al. (2019) inkluderte studier fra døgntilrettelagt behandling uavhengig av behandlingens lengde, undersøkte Lauritzen et al. (2012) og Hser et al. (2015) pasienter fra både døgntilrettelagt og poliklinisk rusbehandling i sine oppfølgingsstudier. Selv om Vanderplasschen et al. (2013) undersøkte virkningen av terapeutiske samfunn, som vanligvis har en behandlingstid som overskrider tre måneder, ble ikke behandlingens lengde angitt som et eksklusjonskriterium i deres oversiktsartikkel. Artikkel I bidrar dermed med kunnskap om hvordan mestringsfremmende faktorer endrer seg i en spesielt sårbar og utsatt gruppe i langtidsbehandling, som ofte har tilleggsproblematikk i form av omfattende sosiale,

psykologiske og helsemessige utfordringer (Landheim, 2016; Stahler et al., 2016; Wagner et al., 2004; Wakeman et al., 2017).

Tilhørighet ble vektlagt som mestringsfremmende i Artikkel II, mens funn fra Artikkel I viser en positiv endring i sosial deltakelse blant pasienter som har gjennomført døgntil behandling. Sosial tilhørighet har tidligere blitt knyttet til andre mestringsfremmende faktorer, som mestringstro, syn på seg selv eller emosjonell trygghet. Eksempelvis kan sosial tilhørighet til grupper, som selvhjelpsgrupper eller terapeutiske grupper, styrke den enkeltes recovery kapital (Best et al., 2016a; Frings & Albery, 2015), det vil si summen av individuelle og kontekstuelle mestringsfremmende faktorer (Cloud & Granfield, 2008; Laudet & White, 2008; White, 2008). Som vist av Frings og Albery (2015) og Best et al. (2016a), kan sosial gruppetilhørighet utløse positive mekanismer som styrker den enkeltes selvtillit og mestringstro i en sårbar periode. For eksempel kan sosial tilhørighet styrke den enkeltes mestring gjennom emosjonell støtte og muligheter i form av materiell støtte, og tilgang til kunnskap eller informasjon. Over tid forsterkes individets gruppetilhørighet gjennom at den enkelte internaliserer gruppens sosiale normer så vel som positive egenskaper som knyttes til den bestemte gruppen (Best et al., 2016a; Frings & Albery, 2015). På samme måte kan gruppetilhørighet ha en regulerende effekt i form av sosial kontroll. Motivasjonen for at gruppen ikke skal miste status kan medføre at gruppede medlemmer korrigerer hverandres adferd dersom adferden avviker fra gruppens sosiale normer og verdier. Dette kan føre til at den enkelte på sikt styrker sin evne til selvregulering for å opprettholde båndet mellom sin egen og gruppens identitet. Den samme effekten har blitt knyttet til å ha noen å se opp til (Best, 2014). Sosial tilhørighet innebærer i tillegg at det knyttes bestemte forventninger til den enkelte som medlem i den sosiale gruppen. Ønsket om tilhørighet og frykten for å bli utstøtt kan styrke den enkeltes mestringsstrategier (Best, 2019). Sammenhengen mellom sosial tilhørighet og andre mestringsfremmende faktorer, impliserer at sosial tilhørighet er spesielt viktig for pasienter i døgntil behandling for rusavhengighet, som vanligvis har omfattende psykososiale utfordringer og svak sosial tilhørighet (Helsedirektoratet, 2015a, 2015b; Landheim, 2016; Lauritzen et al., 2012; Stahler et al., 2016; Wagner et al., 2004; Wakeman et al., 2017; White, 2008).

I likhet med funn fra Artikkel I, viser tidligere studier at sammenlignet med rusfrihet og psykisk helse, er mestringsfremmende faktorer som bolig, utdanning eller livskvalitet, underrepresentert som utfallsmål i undersøkelser fra døgntil behandling (Alves et al., 2017; Bjornestad et al., 2020; de Andrade et al., 2019; Wiessing et al., 2018). Funn fra Artikkel I

illustrerer en tendens som av flere knyttes til operasjonaliseringene som anvendes for å undersøke behandlingsutfall etter rusbehandling (Alves et al., 2017; Bjornestad et al., 2020; Brown & Ashford, 2019). Rusfrihet er det mest utbredte behandlingsutfallsmålet (Alves et al., 2017; Bjornestad et al., 2020; Helm, 2019; Richardson et al., 2018; Wiessing et al., 2018; Worley, 2017), og faktorer som pasientene selv vektlegger som mestringsfremmende tas sjeldent i bruk som utfallsmål (Alves et al., 2017; Fischer et al., 2019; McDaniel et al., 2020; Richardson et al., 2018). Disse forholdene begrenser kunnskapsproduksjonen om mestringsfremmende faktorer fra brukerperspektivet, samt praksisfeltets tilgang til kunnskap om intervensjoner som fremmer faktorer pasientene selv vektlegger som mestringsfremmende (Alves et al., 2017; Bjornestad et al., 2020; Brown & Ashford, 2019).

Subjektive fenomener lar seg ikke operasjonalisere på én måte (Kleven, 2002a). På lik linje med praksisfeltet, er forskningsfeltet imidlertid avhengig av å avgrense og forenkle subjektive og uobserverbare fenomener for å innhente kunnskap om disse (Kleven, 2002a). I kritisk realisme adresseres denne begrensingen gjennom å skille mellom fenomener i den intransitive dimensjonen, og reproduksjoner av disse i den transitive dimensjonen. Operasjonaliseringer, det vil si reproduksjoner i den transitive dimensjonen, representerer verktøyet forskeren tar i bruk for å produsere kunnskap om uobserverbare fenomener (Danermark et al., 2018). For å kompensere for operasjonaliseringenes tilkortkommenhet, argumenterer Bhaskar et al. (2018) for at uobserverbare fenomener undersøkes fra flere perspektiver. Dette representerer et sentralt utgangspunkt innen både kritisk realisme (Bhaskar et al., 2018; Danermark et al., 2018), RIT (Brown & Ashford, 2019; McDaniel et al., 2020), og sosialt arbeid (Cornell, 2006). Den manglende representasjonen av faktorer som pasientene selv vektlegger som mestringsfremmende i forskningen (Alves et al., 2017; Fischer et al., 2019; McDaniel et al., 2020; Richardson et al., 2018), illustrerer et behov for å utvide kunnskapsproduksjonen om mestringsfremmende faktorer fra pasientene- og brukernes perspektiv. Ved å ta i bruk en multimetodiske tilnærming, bidrar avhandlingen med kunnskap fra ulike perspektiver, inkludert pasientenes perspektiv. Artikkel I illustrerer forskningsfeltets begrensede bruk av utfallsmål som pasientene selv vektlegger som mestringsfremmende. Artikkel II støtter funn fra tidligere studier, som understreker betydningen av psykisk velvære og rusfrihet for mestring i overgangen og tiden etter døgnbehandling. Artikkel II bidrar i tillegg til å avansere kunnskapen om faktorer inneliggende pasienter selv vektlegger som mestringsfremmende, og viser at også tilhørighet (sosialt, deltakelse, miljøer utenfor behandlingsinstitusjonen) og

forutsigbarhet (socioøkonomiske forhold, gradvis overgang, rammer og rutiner) blir vektlagt som betydningsfullt for pasientenes mestring i overgangen og tiden etter døgnbehandling.

6.2.2 Mestringsfremmende intervensjoner

RSA-N evaluerer graden av mestringsfremmende intervensjoner, som individuell tilrettelegging, valgfrihet og medvirkning, i døgnbehandling for rusavhengighet (Artikkel III). Som vist i det følgende, antyder funn fra tidligere forskning at mestringsfremmende intervensjoner som evalueres med RSA-N, kan bidra til å styrke faktorer som inneliggende pasienter betegnet mestringsfremmende i Artikkel II. Eksempelvis viser funn fra flere at fleksible tjenester kan bidra til økt sosial deltakelse etter utskrivning fra døgnbehandling (Byrne et al., 2020; Rubinsky et al., 2018; Schaefer et al., 2008; Thomas et al., 2018). Sosial deltakelse, som ble fremhevet av pasienter i Artikkel II, har på sin side blitt knyttet til mestringsfremmende faktorer som økt selvvinnsikt (Rettie et al., 2021), psykisk velvære (Proctor et al., 2017b), rusfrihet (Arbour et al., 2011; Bergman et al., 2015; Proctor et al., 2017b; Schaefer et al., 2008), og positiv endring i sosiale identitet, tilhørighet og mestring på lang sikt (Best et al., 2016a; Brown & Ashford, 2019). Artikkel II viser at inneliggende pasienter betegner sosial tilhørighet og forutsigbarhet som mestringsfremmende faktorer i overgangen. I tråd med dette, argumenterer tidligere pasienter for at fleksible oppfølgingstjenester bidrar til forutsigbarhet i form av rammer, rutiner og sosial tilhørighet i overgangen (Fugletveit, 2018). I likhet, understreker ansatte i rusbehandling at fleksible tjenester gir dem bedre handlingsrom til å imøtekomme pasientenes individuelle behov (Frank & Bjerger, 2011).

RSA-N kartlegger hvorvidt behandlingstilbudet tilbyr individuelt tilrettelagt behandling (Artikkel III). Funn fra enkelte viser at individuell tilrettelegging kan øke pasientenes deltakelse i arbeidslivet (Magura & Marshall, 2020), noe som kan bidra positivt til rusfrihet (Walton & Hall, 2016), gi mening i hverdagen og styrke pasientenes sosiale tilhørighet, selvstendighet og integritet i tiden etter rusbehandling (Fugletveit, 2018; Laffaye et al., 2008). Personer med sammensatte utfordringer, som rusavhengighet (Fugletveit, 2018) eller dobbeltdiagnoser (Brekke et al., 2018; Ness et al., 2014), har tidligere fremhevet individuell tilrettelegging og fleksibilitet som betydningsfullt for mestringsfremmende faktorer i form av emosjonell trygghet, sosial tilhørighet og autonomi.

Som vist i Artikkel III, evaluerer RSA-N blant annet graden av medvirkning ved behandlingstilbudet. Medvirkning underveis i behandlingsforløpet kan styrke

mestringsfremmende faktorer som psykisk velvære, selvstendighet, tilfredshet og selvinnsikt blant pasientene underveis og i tiden etter utskriving fra behandlingsoppholdet (Hales et al., 2019; Ross et al., 2019; Shier & Turpin, 2021). Funn fra enkelte viser at pasienter som har mulighet til å medvirke underveis i behandlingsforløpet, har høyere rusrelatert mestringstro ved utskriving (Andersson et al., 2017) og bedre livskvalitet i tiden etter utskriving (Andersson & Nordfjærn, 2020; Hell & Nielsen, 2020). Funn fra døgnbehandling for psykiske helseproblemer viser i tillegg at pasienter som definerer sine egne mål og opplever at behandlingen er individuelt tilrettelagt, rapporterer høyere grad av mestringsfremmende faktorer som håp og tillit til andre (Chang et al., 2018).

Rusfrihet har blitt vektlagt som mestringsfremmende for pasienter i overgangen fra døgnbehandling til tiden etter utskriving (Bjornestad et al., 2019; Brekke et al., 2017; Jouet et al., 2021; Neale et al., 2015). Sammenhengen mellom rusfrihet og mestringsfremmende intervensjoner, som medvirkning eller individuell tilrettelegging (Artikkel III), har imidlertid vært uklar. Eksempelvis fant verken Andersson og Nordfjærn (2020) eller Hell og Nielsen (2020) en sammenheng mellom medvirkning og individuell tilrettelegging i løpet av behandlingsoppholdet, og rusfrihet etter utskriving. Betydningen av å knytte bånd til miljøer utenfor behandlingsinstitusjonen for rusfrihet etter utskriving, har også blitt rapportert som uklar. Mens funn fra O'Connell et al. (2020) viser en positiv sammenheng, kunne Byrne et al. (2020) ikke fastslå noen sammenheng.

En årsak til dette kan være at det er behov for en innsats i miljøer som går utover det formelle tjenesteapparatet, i samfunnet, der hvor den enkelte skal leve sitt liv (McKay, 2017; Sommer et al., 2021). Dette forutsetter økt sosial aksept og inkluderende miljøer som gir den enkelte tilgang til ressurser og emosjonell støtte på arenaer utenfor tjenesteapparatet (McKay, 2017; Sommer et al., 2021). Ifølge McKay (2017) kan økt sosial aksept bidra til å motvirke tilbakefall til rusmiddelbruk gjennom at sosial deltakelse blir mer overkommelig for pasienter i overgangen og tiden etter omfattende behandling.

6.2.2.1 Mestringsfremmende intervensjoner i døgnbehandling

Kunnskapen om personorienterte intervensjoner, som individuell tilrettelegging, valgfrihet og medvirkning (Artikkel III), er mangelfull i døgnbehandling for rusavhengighet (Broekaert et al., 2010; Davidson et al., 2016; Waldemar et al., 2016). Flere påpeker at forskningen opererer innenfor et kunnskapshierarki hvor kvalitativ kunnskap og erfaringskunnskap har lav status og blir ansett som svak (Alderson, 2021; Bhaskar et al., 2018; Broekaert et al., 2010; Hanssen et

al., 2015). Brown og Ashford (2019) argumenterer for at erfaringskunnskapens lave status kan ha bidratt til en praksis hvor personalet tar avgjørelser på vegne av pasientene underveis i endringsprosessen. Personalets rolle i møte med pasienter i døgnbehandling har tradisjonelt vært å planlegge behandlingen med utgangspunkt i diagnose, kunnskap om virksomme intervensjoner og forventet resultat (Slade, 2021). I Norge anmodes personalet i tjenesteapparatet om å ta utgangspunkt i den enkeltes ønsker, mål og behov, både i møte med pasienter i spesialisert rusbehandling og med brukere av oppfølgingstjenester i kommunen (Helsedirektoratet, 2014, 2015a). I personorienterte praksiser, hvor den enkeltes mål og kunnskap om seg selv legges til grunn for tiltak og intervensjoner, fastslår pasienten målet for behandlingen og foreslår tiltak for å nærme seg målet. En sentral oppgave for ansatte i tjenesteapparatet er å styrke den enkeltes autonomi, så vel som å motvirke faktorer i omgivelsene som begrenser den enkeltes mulighet til å oppnå tilværelsen de ønsker (Bhaskar et al., 2018). I tråd med dette er en sentral rolle for personalet i personorienterte praksiser, å bidra til at pasienten har tilgang til kunnskap og nødvendige ressurser til å nå sitt mål (Slade, 2021). Tidligere studier viser at medvirkning kan virke positivt inn på ansattes holdninger ovenfor pasientgruppen (Goodhew et al., 2019), og funn fra flere antyder at både ansatte og brukere mener at medvirkning kan jevne ut maktforholdet (Goodhew et al., 2019; King, 2011; Patterson et al., 2009; Van Hout & McElrath, 2012), som tradisjonelt har eksistert mellom pasienter og personal i døgnbehandling (Slade, 2021).

Både Artikkel III og Artikkel IV representerer bidrag for å utvide kunnskapen om personorientert praksis i døgnbehandling for rusavhengighet. Funn fra Artikkel III viser at RSA-N er et egnet instrument for å kartlegge graden av mestringsfremmende intervensjoner, som individuell tilrettelegging, valgfrihet og medvirkning, i døgnbehandling for rusavhengighet. Mens Artikkel IV bidrar ved å undersøke sammenhengen mellom mestringsfremmende intervensjoner og personalets arbeidstilfredshet.

Personalets arbeidstilfredshet i døgnbehandling har betydning for pasientene ved at personalets tilfredshet kan påvirke deres holdninger til pasientgruppen (Henderson et al., 2014; Kulesza et al., 2017) og kvaliteten på praksisen de utøver (Eaton et al., 2015; Friedberg et al., 2013; Mohr et al., 2011). Dette kan påvirke inneliggende pasienters tilgang til mestringsfremmende intervensjoner, som valgfrihet og medvirkning (Goodhew et al., 2019; Kortteisto et al., 2018), og tilgang til kvalitativt gode tjenester (Fraser et al., 2020; Henderson et al., 2014; van Boekel et al., 2013).

Funn fra Artikkel IV antyder at mestringsfremmende intervensjoner har betydning for ansattes arbeidstilfredshet i døgntilrettelegging for rusavhengighet. Lignende kvantitative studier har tidligere blitt gjennomført med ansatte i kommunale psykisk helsetjenester (Kraus & Stein, 2013), kommunale rus- og psykisk helsetjenester (Osborn & Stein, 2016), og med ansatte fra akutt døgntilrettelegging for pasienter med psykisk helseproblematikk eller rusavhengighet (Hales et al., 2019; Rabenschlag et al., 2014). Mens funn fra Kraus og Stein (2013) antyder at recovery-orienterte intervensjoner i kommunale psykisk helsetjenester, predikerte høy arbeidstilfredshet og mestring og lav arbeidsbelastning blant personalet, viser også funn fra Osborn og Stein (2016) at ansatte i kommunale rus- og psykisk helsetjenester som arbeidet recovery-orientert rapporterte høy arbeidstilfredshet. Rabenschlag et al. (2014), som sammenlignet personell i behandlingsinstitusjoner som hadde tatt i bruk recovery-orienterte intervensjoner (eksperimentgruppe), med ansatte i døgninstitusjoner som ikke hadde tatt i bruk slike intervensjoner (kontrollgruppe), viser at sammenlignet med personell i kontrollgruppen, vurderte ansatte i eksperimentgruppen det psykososiale arbeidsmiljøet og deres arbeidstilfredshet betydelig høyere etter ett år. Funn fra personorientert døgntilrettelegging for rusavhengighet, med høy grad av individuell tilrettelegging, valgfrihet og medvirkning for pasientene, antyder høy tilfredshet og lav arbeidsbelastning blant personalet (Hales et al., 2019; Hales & Nochajski, 2020). Funn fra Artikkel IV utvider disse funnene, som indikerer at personalets arbeidstilfredshet kan bli positivt påvirket av deres opplevelse av at behandlingspraksisen legger til rette for pasientenes valgfrihet og mulighet til å definere egne mål (*Mål og valg*). Artikkel IV skiller seg imidlertid fra disse tidligere studiene ved å bidra med kunnskap om sammenhengen mellom ulike personorienterte intervensjoner – *Mål og valg, Medvirkning, Individuell tilrettelegging og mangfold* – og personalets arbeidstilfredshet i døgntilrettelegging for rusavhengighet.

Tidligere kvalitative studier er i tråd med funn fra Artikkel IV, som tyder på at personalets arbeidstilfredshet kan påvirkes negativt av pasientenes mulighet til å medvirke. Eksempelvis kan personell i rusbehandling (Fischer & Neale, 2008; Goodhew et al., 2019; Patterson et al., 2009) eller ansatte i andre helsetjenester, oppleve at medvirkning utfordrer deres rolle som profesjonelle (Vogus et al., 2020), noe som kan bidra til å forklare den negative sammenhengen mellom medvirkning og personalets mestring i arbeidet (Artikkel IV). Funn fra behandling for psykisk helseproblematikk har vist at personalet kan oppleve medvirkning som utfordrende og tidkrevende (Jorgensen & Rendtorff, 2018), noe som kan bidra til å

forklare den negative sammenhengen mellom medvirkning og personalets arbeidsbelastning (Artikkel IV) (Broome et al., 2009; Volker et al., 2010; Wännström et al., 2009).

En årsak til utfordringene med å ta i bruk personorienterte intervensjoner i tjenesteapparatet, kan være den manglende felles forståelsen for hva medvirkning innebærer, som kan forekomme både innen døgnbehandling (Coffey et al., 2019; Waldemar et al., 2016) og tjenester på et lavere forvaltningsnivå (Le Boutillier et al., 2015). For at medvirkning skal fungere etter hensikten; at tjenestene innrettes etter målgruppens behov og ønsker, vektlegger Goodhew et al. (2019) at medvirkningstiltakene må ha bred støtte. Dette innebærer støtte blant de som har behov for tjenestene, personalet som arbeider i tjenestene, virksomhetene som tilbyr tjenestene og støtte fra et politisk nivå. I tillegg er det behov for samarbeid, informasjon og en felles forståelse for hva medvirkning innebærer (Goodridge et al., 2019; Storm & Edwards, 2013; Van Hout & McElrath, 2012; Waldemar et al., 2016).

6.2.3 Individet og omgivelsene i overgangen

Ansvarsfordelingen og samhandlingsutfordringene mellom tjenestenivåer (Ådnes et al., 2021), samt uregelmessigheten i kommunale oppfølgingstjenester (Riksrevisjonen, 2021; Ådnes et al., 2021; Ådnes et al., 2020), representerer begrensinger som kan forårsake uforutsigbarhet for pasienter i overgangen og tiden etter døgnbehandling (Andersson et al., 2017; Andersson et al., 2019; Haugum et al., 2016; Haugum & Iversen, 2014; Haugum et al., 2013; Nordfjærn, 2011; Robertson & Nesvåg, 2018; Skudal et al., 2017). Endring over tid (McDaniel et al., 2020), og den omfattende endringsprosessen som ofte skal til for å etablere et liv uten rusavhengighetens negative konsekvenser, representerer en tidkrevende og individuell prosess som vanligvis varer utover forløpet i det formelle behandlingsapparatet (Dekkers et al., 2020; Hjemseter et al., 2019; Hser, 2007; Martinelli et al., 2020). Selv om tjenesteapparatet opererer med tjenestenivåer og målgrupper for sine tjenester – pasienter i spesialisert behandling og brukere av kommunale oppfølgingstjenester – representerer dette vanligvis de samme menneskene, men på ulik tid i sin endringsprosess. Forskning med personer som er på ulike stadier i endringsprosessen, antyder at faktorer som betegnes mestringsfremmende for pasienter i døgnbehandling (Artikkel I og II), fremmer mestring også for personer med rusavhengighet på tvers av tjenestenivåer. I tråd med dette, understreker White (2008) at de ulike elementene i recovery kapital, har ulik betydning for den enkeltes mestring gjennom endringsprosessen. Tidlig i endringsprosessen kan faktorer som håp, følelsesregulering og konstruktive mestringsstrategier være spesielt viktig for mestring i form av stabilisering og kontroll over følelser og rusmiddelbruk (Bradshaw et al., 2013; Laudet &

White, 2008). Inneliggende pasienter forventer imidlertid at emosjonell trygghet, som innsikt i eget følelsesliv, og forutsigbarhet knyttet til rutiner og rammer, vil fremme mestring også etter stabiliseringsfasen (Artikkel II).

Sett i lys av tidsdimensjonen (krono) i det sosioøkologiske rammeverket, innebærer overgangen fra døgntil behandling til hverdagen etter utskriving vanligvis også omfattende endring i individets nærmeste omgivelser (relasjonelle og sosiale faktorer) (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Dette kan bidra til å forklare inneliggende pasienters behov for trygghet og forutsigbarhet i den nye og ukjente tilværelsen de har i vente gjennom overgangen og i tiden etter utskriving. Funn fra flere antyder i tillegg at faktorer som sosial tilhørighet og deltakelse i arbeid, utdanning eller aktivitet har større betydning senere i endringsprosessen, når følelseslivet og rusmiddelbruken er stabilisert (Fugletveit, 2018; Laudet & White, 2008; Martinelli et al., 2020). Dette gjenspeiler funn fra Artikkel II, som viser at inneliggende pasienter forventer at forutsigbarhet knyttet til sosioøkonomiske forhold og tilhørighet knyttet til sosial deltakelse og tilknytning til miljøer utenfor behandlingsinstitusjonen, vil fremme mestring i overgangen og tiden etter utskriving. I likhet kan disse funnene ses i lys av krono, og den omfattende endringen overgangen innebærer, hvor sosial tilhørighet og trygghet må gjenskapes i pasientenes nye nærmeste omgivelser etter utskriving fra døgntil behandling.

Gjennom overgangen, og spesielt i tiden etter utskriving fra døgntil behandling, har både kollektive faktorer (mulighet for deltakelse og tilgang til ressurser) – samfunnets kollektive kapital (White, 2008) – og strukturelle faktorer (sosial aksept) betydning for pasientenes mestring (McDaniel et al., 2020). Eksempelvis understreker både Sommer et al. (2021) og McKay (2017) at sosial tilhørighet og deltakelse i samfunnet forutsetter kollektiv kapital i form av inkluderende sosiale arenaer, sosial aksept og tilgang til materiell og emosjonell støtte. I likhet forutsetter høy kollektiv kapital, initiativer som styrker innbyggernes sosioøkonomiske forhold, i tillegg til tiltak som fremmer den enkeltes sosiale tilhørighet, autonomi og deltakelse (Laudet & White, 2008). Ashford et al. (2020) understreker videre betydningen av et mangfoldig tjenestetilbud som er rustet til å dekke den enkeltes individuelle behov. Dette inkluderer formelle tjenester som spesialisert behandling og oppfølgingstiltak, og brukerstyrte ressurser som selvhjelpsgrupper og likepersonsarbeid.

I de senere årene har det vært en gradvis reduksjon av sosialfaglige kompetanse i spesialisert døgntil behandling (Helsedirektoratet, 2015c; Lie & Nesvåg, 2007). I det største regionale helseforetaket, Helse Sør-Øst, stilles det eksempelvis krav til medisinskfaglig personell på hvert vaktlag i døgntil behandling for rusavhengighet. For å etterkomme dette kravet, vil det

dermed være fordelaktig å ansette medisinskfaglig personell framfor sosialfaglig. Utviklingen i personalsammensetningen etter Rusreform II illustrerer reduksjonen i sosialfaglig kompetanse de senere årene. I løpet av de tre første årene økte antall helsefaglig personell i større grad enn antallet sosialfaglig personell (Lie & Nesvåg, 2007). I de følgende årene har tendensen vedvart ved at andelen sosialfaglig personell gradvis har blitt redusert mens andelen helsefaglig personell har økt (Helsedirektoratet, 2015c). Fra et sosialfaglig perspektiv, hvor både personen og dens omgivelser (personen-i-situasjonen) er i fokus, er omgivelsene for pasienter i overgangen fra døgnbehandling i bevegelse. I overgangen involverer pasientens omgivelser både omgivelsene inne på behandlingsinstitusjonen og omgivelsene der hvor pasienten skal leve sitt liv etter utskriving. Ved å rette søkelyset mot både individet og dets omgivelser, er det sosialfaglige perspektivet dermed et sentralt og viktig bidrag i overgangen fra døgnbehandling for rusavhengighet til tiden etter utskriving (Helsedepartementet, 2004a; Helsedirektoratet, 2015a; Loughran, 2019; Raheb et al., 2016).

7 KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER

7.1 Konklusjoner

Hovedkonklusjoner i avhandlingen er at pasienter som har gjennomført døgnbehandling for rusavhengighet opplever en generell bedring i mestringsfremmende faktorer (Artikkel I), mens inneliggende pasienter forventer at mestringsfremmende faktorer som tilhørighet, emosjonell trygghet og forutsigbarhet vil ha betydning i overgangen fra døgnbehandling til tiden etter utskriving (Artikkel II). Instrumentet RSA-N kan bli tatt i bruk for å kartlegge mestringsfremmende intervensjoner som styrker mestringsfremmende faktorer for pasienter i døgnbehandling for rusavhengighet (Artikkel III). Mestringsfremmende intervensjoner som kartlegges med RSA-N, kan ha betydning for ansattes arbeidstilfredshet i døgnbehandling for rusavhengighet (Artikkel IV).

7.2 Implikasjoner for praksis

Avhandlingens funn viser betydningen av at de som arbeider i rusfeltet er bevisstgjort med hensyn til betydningen av kontekstuelle mestringsfremmende faktorer i møte med pasienter som gjennomfører rusbehandling. Mestringsfremmende faktorer varierer mellom enkeltindivider, og det er av betydning, og nødvendiggjør, å være bevisst samspillet mellom individet og omgivelsene det inngår i. Implikasjoner for praksis består dermed i at de som arbeider med pasienter i rusbehandling bør ta utgangspunkt i den enkelte pasients perspektiv i overgangen fra døgnbehandling til tiden etter utskriving. For å bidra til å fremme de mest relevant psykososiale mestringsfremmende faktorene for den enkelte i dette feltet kan personorientering være nyttig som et rammeverk. Personorienterte intervensjoner kan på sin side bidra til at praksisfeltet imøtekommer gjeldende sosialpolitiske føringer om individuell tilrettelegging og medvirkning.

I overgangen, hvor individets omgivelser er i endring, bør både helse- og sosialarbeidere i feltet være bevisst sine egne profesjonelle ferdigheter, og anvende disse. Med sitt sosialfaglige fokus på personen-i-situasjonen bør sosialfaglige intervensjoner løftes opp til å ha en nøkkelrolle for å bidra til den enkeltes mestring i endringsprosessen.

Mestringsfremmende intervensjoner kan ha betydning for arbeidstilfredsheten blant de som arbeider i døgnbehandling for rusavhengighet. Implikasjoner for praksis involverer at ansatte har de nødvendige ressursene til å imøtekomme pasientenes ønsker og behov uten at dette påvirker deres tilfredshet negativt.

7.3 Videre forskning

Fremtidig forskning bør ta sikte på å utvide kunnskapen ytterligere om hva som oppleves som og bidrar til mestringsfremmende faktorer for personer som er i omfattende endringsprosesser, slik som pasienter i overgangen fra døgnbehandling for rusavhengighet. Dette inkluderer forskning fra ulike perspektiver og kunnskapsposisjoner, men det er spesielt behov for å styrke den erfaringsbaserte kunnskapen om mestringsfremmende faktorer, også over tid.

Det er videre behov for utvidet kunnskap om betydningen av mestringsfremmende intervensjoner for ansatte i døgnbehandling for rusavhengighet. Funn fra avhandlingen antyder eksempelvis at ansattes arbeidstilfredshet ble positivt påvirket av intervensjoner som styrket pasientenes valgfrihet og mulighet til å definere sine egne mål, og negativt påvirket av pasienters mulighet til å medvirke. For å kompensere for begrensingene avhandlingens tverrsnitts-design kan medføre, bør videre forskning inneha et longitudinelt design, noe som kan gjennomføres både kvalitativt og kvantitativt. Dette kan bidra med kunnskap om ansattes erfaringer med mestringsfremmende intervensjoner, og hvilken betydning mestringsfremmende intervensjoner har for deres arbeidstilfredshet.

For å utvide kunnskapen om mestringsfremmende intervensjoner fra pasienter i rusbehandlings perspektiv, er det behov for videre forskning som evaluerer nytten av RSA-N i denne sammenheng. En forutsetning for dette vil være at bruker-versjonen av RSA-N gjennomgår samme prosedyre som ansatt-versjonen, som vist i Artikkel III, samt justerer RSA-N slik at det kan benyttes av pasienter.

REFERANSER

- Adedoyin, C., Burns, N., Jackson, H. M., & Franklin, S. (2014). Revisiting Holistic Interventions in Substance Abuse Treatment. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 24(5), 538-546. <https://doi.org/10.1080/10911359.2014.914718>
- Akerman, G. (2019). Communal living as the agent of change. I D. L. L. Polaschek, A. Day, & C. R. Hollin (Eds.), *The Wiley International Handbook of Correctional Psychology* (ss. 590-602). <https://doi.org/10.1002/9781119139980>
- Alderson, P. (2021). *Critical realism for health and illness research : a practical introduction*. Policy Press.
- Alver, Ø. O., Kaarbøe, O., & Bretteville-Jensen, A. L. (2004). Rusreformen: noen grunnlagsdata om organisering og finansiering. I (Vol. 2). SIRUS.
- Alves, P., Sales, C., & Ashworth, M. (2017). Does outcome measurement of treatment for substance use disorder reflect the personal concerns of patients? A scoping review of measures recommended in Europe. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 299-308. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.05.049>
- Anand, D., Chen, Y., Lindquist, K. A., & Daughters, S. B. (2017). Emotion differentiation predicts likelihood of initial lapse following substance use treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 1(180), 439-444. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.09.007>
- Andersson, H., & Nordfjærn, T. (2020). Factors associated with quality of life trajectories among inpatients treated for alcohol use disorders: A prospective cohort study. *Addictive Behaviors Reports*, 12, 100285. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100285>
- Andersson, H. W., Otterholt, E., & Gråwe, R. W. (2017). Patient satisfaction with treatments and outcomes in residential addiction institutions. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(5), 375-384. <https://doi.org/10.1177/1455072517718456>
- Andersson, H. W., Wenaas, M., & Nordfjærn, T. (2019). Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addictive Behaviors*, 90, 222-228. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.008>
- Arbour, S., Hambley, J., & Ho, V. (2011). Predictors and Outcome of Aftercare Participation of Alcohol and Drug Users Completing Residential Treatment. *Substance Use & Misuse*, 46(10), 1275. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.572941>
- Ashford, R. D., Brown, A., Brown, T., Callis, J., Cleveland, H. H., Eisenhart, E., Groover, H., Hayes, N., Johnston, T., Kimball, T., Manteuffel, B., McDaniel, J., Montgomery, L.,

- Phillips, S., Polacek, M., Statman, M., & Whitney, J. (2019a). Defining and operationalizing the phenomena of recovery: A working definition from the recovery science research collaborative. *Addiction Research & Theory*, 27(3), 179-188.
<https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1515352>
- Ashford, R. D., Brown, A. M., Ashford, A., & Curtis, B. (2019b). Recovery dialects: A pilot study of stigmatizing and nonstigmatizing label use by individuals in recovery from substance use disorders. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 27(6), 530-535. <https://doi.org/10.1037/pha0000286>
- Ashford, R. D., Brown, A. M., Ryding, R., & Curtis, B. (2020). Building recovery ready communities: the recovery ready ecosystem model and community framework. *Addiction Research & Theory*, 28(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1571191>
- Atterbury, K. (2014). Preserving the Person: The Ethical Imperative of Recovery-Oriented Practices. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(2), 182-189.
<https://doi.org/10.1037/h0099362>
- Bailey, L. (2005). Control and desire: The issue of identity in popular discourses of addiction. *Addiction Research & Theory*, 13(6), 535-543.
<https://doi.org/10.1080/16066350500338195>
- Bandura, A. (1999). A Sociocognitive Analysis of Substance Abuse: An Agentic Perspective. *Psychological Science*, 10(3), 214-217. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00138>
- Barrio, P., & Gual, A. (2016). Patient-centered care interventions for the management of alcohol use disorders: a systematic review of randomized controlled trials. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1823-1845. <https://doi.org/10.2147/ppa.S109641>
- Barstad, A. (2016). *Opphopning av dårlige levekår: En analyse av Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2013* (Rapporter 2016/32). Statistisk sentralbyrå.
- Bassuk, E. L., Latta, R. E., Sember, R., Raja, S., & Richard, M. (2017). Universal Design for Underserved Populations: Person-Centered, Recovery-Oriented and Trauma Informed. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 28(3), 896-914.
<https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0087>
- Bassuk, E. L. M. D., Hanson, J. P. D., Greene, R. N. M. A., Richard, M. B. A., & Laudet, A. P. D. (2016). Peer-Delivered Recovery Support Services for Addictions in the United States: A Systematic Review. *J Subst Abuse Treat*, 63, 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.01.003>

- Bathish, R., Best, D., Savic, M., Beckwith, M., Mackenzie, J., & Lubman, D. I. (2017). "Is it me or should my friends take the credit?" The role of social networks and social identity in recovery from addiction. *Journal of Applied Social Psychology, 47*(1), 35-46. <https://doi.org/10.1111/jasp.12420>
- Beckwith, M., Best, D., Savic, M., Haslam, C., Bathish, R., Dingle, G., Mackenzie, J., Staiger, P. K., & Lubman, D. I. (2019). Social Identity Mapping in Addiction Recovery (SIM-AR): extension and application of a visual method. *Addiction Research & Theory, 27*(6), 462-471. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1544623>
- Bergman, B. G., Hoepfner, B. B., Nelson, L. M., Slaymaker, V., & Kelly, J. F. (2015). The effects of continuing care on emerging adult outcomes following residential addiction treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 153*. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.017>
- Best, D. (2014). *Strength, Support, Setbacks and Solutions: The developmental pathway to addiction recovery*. Pavilion.
- Best, D. (2019). *Pathways to Recovery and Desistance*. Policy Press.
- Best, D., Beckwith, M., Haslam, C., Alexander Haslam, S., Jetten, J., Mawson, E., & Lubman, D. I. (2016a). Overcoming alcohol and other drug addiction as a process of social identity transition: the social identity model of recovery (SIMOR). *Addiction Research & Theory, 24*(2), 111-123. <https://doi.org/10.3109/16066359.2015.1075980>
- Best, D., Savic, M., & Daley, P. (2016b). The Well-Being of Alcohol and Other Drug Counsellors in Australia: Strengths, Risks, and Implications. *Alcoholism Treatment Quarterly, 34*(2), 223-232. <https://doi.org/10.1080/07347324.2016.1148514>
- Bhaskar, R. (2008). *A Realist Theory of Science* (1 ed.). Taylor & Francis Group.
- Bhaskar, R., Danermark, B., & Price, L. (2018). *Interdisciplinarity and well-being: A critical realist general theory of interdisciplinarity*. Routledge.
- Birtel, M. D., Wood, L., & Kempa, N. J. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry Research, 252*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.097>
- Bjornestad, J., McKay, J. R., Berg, H., Moltu, C., & Nesvåg, S. (2020). How often are outcomes other than change in substance use measured? A systematic review of outcome measures in contemporary randomised controlled trials. *Drug and Alcohol Review, 39*(4), 394-414. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/dar.13051>
- Bjornestad, J., Svendsen, T. S., Slyngstad, T. E., Erga, A. H., McKay, J. R., Nesvåg, S., Skaalevik, A. W., Veseth, M., & Moltu, C. (2019). "A Life More Ordinary" Processes

- of 5-Year Recovery From Substance Abuse. Experiences of 30 Recovered Service Users. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article 689.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00689>
- Blodgett, J. C., Maisel, N. C., Fuh, I. L., Wilbourne, P. L., & Finney, J. W. (2014). How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2), 87-97.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.08.022>
- Bolton, D., & Gillett, G. (2019). *The Biopsychosocial Model of Health and Disease : New Philosophical and Scientific Developments* (1st ed. 2019. ed.). Springer International Publishing : Imprint: Palgrave Pivot. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-11899-0>
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser : en systematisk kunnskapssammenstilling*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Borkman, T. J., Stunz, A., & Kaskutas, L. A. (2016). Developing an Experiential Definition of Recovery: Participatory Research With Recovering Substance Abusers From Multiple Pathways. *Substance Use & Misuse*, 51(9), 1116-1129.
<https://doi.org/10.3109/10826084.2016.1160119>
- Bradshaw, S. D., Shumway, S. T., Harris, K. S., & Baker, A. K. (2013). Predictive factors of readiness for change during inpatient treatment [Article]. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 31(3), 280-302. <https://doi.org/10.1080/07347324.2013.800429>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., Clarke, V., & Rance, N. (2015). How to use thematic analysis with interview data. I A. Vossler & N. Moller (Eds.), *The Counselling and Psychotherapy Research Handbook* (ss. 183-197). SAGE Publications Ltd.
<https://doi.org/10.4135/9781473909847.n13>
- Brekke, E., Lien, L., & Biong, S. (2018). Experiences of Professional Helping Relations by Persons with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders. *International Journal Of Mental Health And Addiction*, 16(1), 53-65.
<https://doi.org/10.1007/s11469-017-9780-9>
- Brekke, E., Lien, L., Davidson, L., & Biong, S. (2017). First-person experiences of recovery in co-occurring mental health and substance use conditions. *Advances in Dual Diagnosis*, 10(1), 13-24. <https://doi.org/10.1108/add-07-2016-0015>

- Broekaert, E., Autrique, M., Vanderplasschen, W., & Colpaert, K. (2010). 'The Human Prerogative': A Critical Analysis of Evidence-Based and Other Paradigms of Care in Substance Abuse Treatment. *Psychiatric Quarterly*, *81*(3), 227-238.
<https://doi.org/10.1007/s11126-010-9132-4>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, *101*(4), 568-586.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.4.568>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The Bioecological Model of Human Development. I R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (6th ed., Vol. 1, ss. 793-828). John Wiley & Sons.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>
- Broome, K. M., Knight, D. K., Edwards, J. R., & Flynn, P. M. (2009). Leadership, burnout, and job satisfaction in outpatient drug-free treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *37*(2), 160-170. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.12.002>
- Brown, A. M., & Ashford, R. D. (2019). Recovery-informed Theory: Situating the Subjective in the Science of Substance Use Disorder Recovery. *Journal of Recovery Science*, *1*(3), 1-15. <https://doi.org/10.31886/jors.13.2019.38>
- Brown, T. A. (2014). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford Publications.
- Brunton, G., Stansfield, C., Caird, J., & Thomas, J. (2017). Finding relevant studies. I D. A. Gough, S. Oliver, & J. Thomas (Eds.), *An introduction to systematic reviews* (2 ed., ss. 93-122). SAGE.
- Buch-Hansen, H., & Nielsen, P. (2005). *Kritisk realisme*. Roskilde Universitetsforlag.
- Budhwani, H., & De, P. (2019). Perceived Stigma in Health Care Settings and the Physical and Mental Health of People of Color in the United States. *Health Equity*, *3*(1), 73-80.
<https://doi.org/10.1089/heq.2018.0079>
- Byrne, K. A., Roth, P. J., Merchant, K., Baginski, B., Robinson, K., Dumas, K., Collie, J., Ramsey, B., Cull, J., Cooper, L., Churitch, M., Rennert, L., Heo, M., & Jones, R. (2020). Inpatient link to peer recovery coaching: Results from a pilot randomized control trial. *Drug and Alcohol Dependence*, *215*, Article 108234.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108234>

- Can, G., & Tanriverdi, D. (2015). Social Functioning and Internalized Stigma in Individuals Diagnosed with Substance Use Disorder. *Archives of psychiatric nursing*, 29(6), 441-446. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.07.008>
- Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. (2013). The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders A Systematic Review According to Childhood Trauma Subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(12), 1007-1020. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000049>
- Carter, R. T., Johnson, V. E., Kirkinis, K., Roberson, K., Muchow, C., & Galgay, C. (2019). A Meta-Analytic Review of Racial Discrimination: Relationships to Health and Culture. *Race and Social Problems*, 11(1), 15-32. <https://doi.org/10.1007/s12552-018-9256-y>
- Caselli, G., Gemelli, A., Spada, M. M., & Wells, A. (2016). Experimental modification of perspective on thoughts and metacognitive beliefs in alcohol use disorder [Article]. *Psychiatry Research*, 244, 57-61. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.029>
- Cavicchioli, M., Movalli, M., & Maffei, C. (2018). The Clinical Efficacy of Mindfulness-Based Treatments for Alcohol and Drugs Use Disorders: A Meta-Analytic Review of Randomized and Nonrandomized Controlled Trials [journal article]. *European Addiction Research*, 24(3), 137-162. <https://doi.org/10.1159/000490762>
- CEB. (2019). *Second regular session of 2018*. United Nations Chief Executives Board. <https://www.unsceb.org/CEBPublicFiles/CEB-2018-2-SoD.pdf>
- Chang, B. H., Geller, J. L., & Biebel, K. (2018). Recovery Services and Outcomes in a State Psychiatric Hospital. *Psychiatric Quarterly*, 89(3), 707-716. <https://doi.org/10.1007/s11126-018-9570-y>
- Chao, J., Siu, A. M. H., Leung, O., Lo, A., Chu, M. Z., Lee, W. K., Auw, C., Lee, V., & Chien, C. W. (2019). Chinese version of the Recovery Self-Assessment scale: psychometric evidence from Rasch analysis and reliability estimates. *Journal of Mental Health*, 28(2), 206-212. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1521931>
- Chavarria, J., Stevens, E. B., Jason, L. A., & Ferrari, J. R. (2012). The effects of self-regulation and self-efficacy on substance use abstinence. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 30(4), 422-432. <https://doi.org/10.1080/07347324.2012.718960>
- Clark, A. M. (2013). What are the components of complex interventions in healthcare? Theorizing approaches to parts, powers and the whole intervention. *Social Science & Medicine*, 93, 185-193. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.035>

- Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology: Qualitative Positive Psychology*. Edited by Kate Hefferon and Arabella Ashfield, 12(3), 297-298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
- Clausen, S.-E. (2009). *Multivariate analysemetoder for samfunnsvitere: med eksempler i SPSS*. Universitetsforlaget.
- Clement, S. L. (2017a). Fra teorier og begreber til konkrete spørgsmål. I M. Frederiksen, P. Gundelach, & R. Skovgaard Nielsen (Eds.), *Survey: Design, stikprøve, spørgeskema, analyse* (Vol. 8, ss. 91-99). Hans Reitzels Forlag.
- Clement, S. L. (2017b). I respondentens sted: Forståelse, viden og hukommelse. I M. Frederiksen, P. Gundelach, & R. Skovgaard Nielsen (Eds.), *Survey: Design, stikprøve, spørgeskema, analyse* (Vol. 8, ss. 101-114). Hans Reitzels Forlag.
- Cloud, W., & Granfield, R. (2008). Conceptualizing Recovery Capital: Expansion of a Theoretical Construct. *Substance Use & Misuse*, 43(12-13), 1971-1986. <https://doi.org/10.1080/10826080802289762>
- Coffey, M., Hannigan, B., Barlow, S., Cartwright, M., Cohen, R., Faulkner, A., Jones, A., & Simpson, A. (2019). Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings: a cross national comparative mixed methods study. *BMC Psychiatry*, 19, Article 115. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2094-7>
- Cornell, K. L. (2006). Person-In-Situation: History, Theory, and New Directions for Social Work Practice.
- Costello, M. J., Sousa, S., Ropp, C., & Rush, B. (2020). How to measure addiction recovery? Incorporating perspectives of individuals with lived experience. *International Journal Of Mental Health And Addiction*, 18(3), 599-612. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9956-y>
- Crapanzano, K. A., Hammarlund, R., Ahmad, B., Hunsinger, N., & Kullar, R. (2019). The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 10, 1-12. <https://doi.org/10.2147/sar.S183252>
- Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. SAGE.
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). *CASP Cohort Study Checklist*. Hentet 02 th July fra <https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Cohort-Study-Checklist.pdf>
- Crouch, T. B., DiClemente, C. C., & Pitts, S. C. (2015). End-of-Treatment Abstinence Self-Efficacy, Behavioral Processes of Change, and Posttreatment Drinking Outcomes in

- Project MATCH. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(3), 706-715.
<https://doi.org/10.1037/adb0000086>
- Crutchfield, D. A., & Güss, C. D. (2019). Achievement Linked to Recovery from Addiction: Discussing Education, Vocation, and Non-Addict Identity. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 37(3), 359-376. <https://doi.org/10.1080/07347324.2018.1544058>
- Curry, L., & Nunez-Smith, M. (2017). Assessing quality in mixed methods studies. I L. Curry & M. Nunez-Smith (Eds.), *Mixed Methods in Health Sciences Research: A Practical Primer*, New Haven: SAGE Publications, Inc (ss. 169-200). SAGE Research Methods.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4135/9781483390659.n7>
- Cutcliffe, J. R., Santos, J. C., Kozel, B., Taylor, P., & Lees, D. (2015). Raiders of the Lost Art: A review of published evaluations of inpatient mental health care experiences emanating from the United Kingdom, Portugal, Canada, Switzerland, Germany and Australia. *Int J Ment Health Nurs*, 24(5), 375-385. <https://doi.org/10.1111/inm.12159>
- Dale-Perera, A. (2017). *Recovery, reintegration, abstinence, harm reduction: The role of different goals within drug treatment in the European context*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6322/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Recovery-Reintegration-Abstinence-Harm-reduction.pdf
- Danermark, B. (2017). Interdisciplinary work in critical realist perspective. I K. Monica & S. May-Britt (Eds.), *Critical Realism for Welfare Professions* (ss. 38-56). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315517537>
- Danermark, B., Ekström, M., & Karlsson, J. C. (2018). *Att förklara samhället* (3 ed.). Studentlitteratur.
- Davidson, L. (2021). Recovery-bevægelsens rødder og rammebetingelser. I J. Oute & K. Jørgensen (Eds.), *Recovery-orienterede praksisser - i verftsinstitutioner og civilsamfund* (ss. 27-42). Samfundslitteratur.
- Davidson, L., Carr, E., Bellamy, C., Tondora, J., Fossey, E., Styron, T., Davidson, M., & Elsamra, S. (2016). Principles for Recovery-Oriented Inpatient Care. I N. Singh, J. Barber, & S. Van Sant (Eds.), *Handbook of recovery in inpatient psychiatry. Evidence-based practices in behavioral health*. (ss. 39-58). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-40537-7_2
- Davidson, L., Tondora, J., Lawless, M. S., O'Connell, M. J., & Rowe, M. (2009). *A Practical guide to recovery-oriented practice: Tools for transforming mental health care*. Oxford University Press.

- Davies, G., Elison, S., Ward, J., & Laudet, A. (2015). The role of lifestyle in perpetuating substance use disorder: the Lifestyle Balance Model. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1747-597X-10-2>
- Davis, E. L., Kelly, P. J., Deane, F. P., Baker, A. L., Buckingham, M., Degan, T., & Adams, S. (2020). The relationship between patient-centered care and outcomes in specialist drug and alcohol treatment: A systematic literature review. *Substance Abuse*, 41(2), 216-231. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1671940>
- de Andrade, D., Elphinston, R. A., Quinn, C., Allan, J., & Hides, L. (2019). The effectiveness of residential treatment services for individuals with substance use disorders: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 201, 227-235. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.03.031>
- Debaere, V., Vanheule, S., & Inslegers, R. (2014). Beyond the "black box" of the Therapeutic Community for substance abusers: A participant observation study on the treatment process. *Addiction Research & Theory*, 22(3), 251-262. <https://doi.org/10.3109/16066359.2013.834892>
- Dekkers, A., De Ruyscher, C., & Vanderplasschen, W. (2020). Perspectives on addiction recovery: focus groups with individuals in recovery and family members. *Addiction Research & Theory*, 28(6), 526-536. <https://doi.org/10.1080/16066359.2020.1714037>
- DeVito, E. E., Babuscio, T. A., Nich, C., Ball, S. A., & Carroll, K. M. (2014). Gender differences in clinical outcomes for cocaine dependence: Randomized clinical trials of behavioral therapy and disulfiram. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 156-167. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.10.007>
- DiClemente, C. C. (2018). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. Guilford Publications.
- DiClemente, C. C., Norwood, A. E. Q., Gregory, W. H., Travaglini, L., Graydon, M. M., & Corno, C. M. (2016). Consumer-Centered, Collaborative, and Comprehensive Care The Core Essentials of Recovery-Oriented System of Care. *Journal of Addictions Nursing*, 27(2), 94-100. <https://doi.org/10.1097/jan.0000000000000120>
- Dingle, G. A., Cruwys, T., & Frings, D. (2015). Social Identities as Pathways into and out of Addiction. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01795>
- Dovidio, J. F., & Fiske, S. T. (2012). Under the Radar: How Unexamined Biases in Decision-Making Processes in Clinical Interactions Can Contribute to Health Care Disparities [Article]. *American Journal of Public Health*, 102(5), 945-952. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300601>

- Duffy, P., & Baldwin, H. (2013). Recovery post treatment: plans, barriers and motivators. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 8, Article 6.
<https://doi.org/10.1186/1747-597x-8-6>
- Durand, F., & Fleury, M.-J. (2021). A Multilevel Study of Patient-Centered Care Perceptions In Mental Health Teams. *BMC health services research*, 21, Article 44.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-06054-z>
- Eaton, K., Ohan, J. L., & Dear, G. (2015). The stigmatisation of the provision of services for alcohol and other drug users: A systematic literature review. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 22(1), 19-25. <https://doi.org/10.3109/09687637.2014.977230>
- Lov om edruskapsvern, (1932). <https://lovdata-no.ezproxy.hioa.no/pro/#document/NLO/lov/1932-02-26-1?searchResultContext=1362>
- Elo, A.-L., Dallner, M., Gamberale, F., Hottinen, V., Knardahl, S., Lindström, K., Skogstad, A., & Ørhede, E. (2000). Validation of the Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work—QPSNordic. I *Innovative theories, tools, and practices in work and organizational psychology*. (ss. 47-57). Hogrefe & Huber Publishers.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Eslami, A. A., Norozi, E., Hajihosseini, M., Ramazani, A. A., & Miri, M. R. (2018). Social cognitive theory as a theoretical framework to predict sustained abstinence 6 months after substance use treatment. *Journal of Substance Use*, 23(3), 300-306.
<https://doi.org/10.1080/14659891.2017.1394382>
- Ferguson, I. (2008). *Reclaiming social work: challenging neo-liberalism and promoting social justice*. SAGE. <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.hioa.no/lib/hioa/detail.action?docID=420927>
- Ferguson, I. (2012). The politics of social work. I M. Gray, J. Midgley, & S. Webb (Eds.), *The SAGE handbook of social work* (ss. 740-754). United Kingdom, London: SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446247648>
- Ferri, M., Amato, L., & Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence [Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), 24, Article Cd005032. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005032.pub2>
- Fischer, J., & Neale, J. (2008). Involving drug users in treatment decisions: An exploration of potential problems. *Drugs-Education Prevention and Policy*, 15(2), 161-175.
<https://doi.org/10.1080/09687630701391604>

- Fischer, J. A., Roche, A. M., & Kostadinov, V. (2019). Operationalising the quality of life construct in studies of alcohol and drug residential rehabilitation programme clients: A systematic review. *Drug & Alcohol Review*, 38(6), 674-689.
<https://doi.org/10.1111/dar.12981>
- Fitzgerald, C., Barley, R., Hunt, J., Klasto, S. P., & West, R. (2020). A Mixed-Method Investigation into Therapeutic Yoga as an Adjunctive Treatment for People Recovering from Substance Use Disorders. *International Journal Of Mental Health And Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00228-w>
- Fleury, M. J., Sabeti, J., & Bamvita, J. M. (2019). Modeling Relationships Involving Perceived Recovery Orientation of Mental Health Teams Among Quebec Mental Health Professionals. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 46(3), 434-449. <https://doi.org/10.1007/s11414-018-9591-1>
- Fomiatti, R., Moore, D., & Fraser, S. (2017). Interpellating recovery: The politics of ‘identity’ in recovery-focused treatment. *Int J Drug Policy*, 44, 174-182.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.04.001>
- Fomiatti, R., Moore, D., & Fraser, S. (2019). The improvable self: enacting model citizenship and sociality in research on ‘new recovery’. *Addiction Research & Theory*, 27(6), 527-538. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1544624>
- Forbat, L., Hubbard, G., & Kearney, N. (2009). Patient and public involvement: models and muddles. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2547-2554.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02519.x>
- Frank, V. A., & Bjerger, B. (2011). Empowerment in drug treatment: Dilemmas in implementing policy in welfare institutions. *Soc Sci Med*, 73(2), 201-208.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.026>
- Fraser, S., Moore, D., Farrugia, A., Edwards, M., & Madden, A. (2020). Exclusion and hospitality: the subtle dynamics of stigma in healthcare access for people emerging from alcohol and other drug treatment. *Sociology of Health & Illness*, 42(8), 1801-1820. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13180>
- Friedberg, M. W., Chen, P. G., Van Busum, K. R., Aunon, F., Pham, C., Caloyeras, J., Mattke, S., Pitchforth, E., Quigley, D. D., Brook, R. H., Crosson, F. J., & Tutty, M. (2013). *Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy* (RR-439-AMA).
https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR439.html

- Frings, D., & Albery, I. P. (2015). The Social Identity Model of Cessation Maintenance: Formulation and initial evidence. *Addict Behav*, *44*, 35-42.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.10.023>
- Fugletveit, R. (2018). *Fra rus til arbeidsliv. Hva har hatt betydning? En kvalitativ intervjustudie av prosessene fra å ha rusproblemer til å bli stabil arbeidstaker* [Monografi, Institutt for sosialfag, Fakultet for samfunnsvitenskap]. OsloMet - storbyuniversitetet.
- Gerra, G., Arria, A., Basangwa, D., Carrà, G., Fanfarillo, A., Finch, E., Gong, X., Höcker, W., Huddleston, W., Iancu, A., Marolla, V., McSweeney, T., Okruhlica, L., Ooyen, M., Saenz, E., Simeoni, E., Soikkeli, M., Subata, E., Sullivan, M., & Clark, N. (2010, 28-30 Oktober). *From coercion to cohesion. Treating drug dependence through health care, not punishment* [Discussion paper]. FNs kontor for narkotika og kriminalitet, Vienna. https://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf
- Gil, D. G. (2012). Social work, social policy, and welfarism. I M. Gray, J. Midgley, & S. A. Webb (Eds.), *The SAGE Handbook of Social Work* (ss. 19-32). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446247648>
- Glasziou, P., Del Mar, C., & Salisbury, J. (2007). *Evidence-based practice workbook: Bridging the gap between health care research and practice* (2 ed.). Blackwell Publishing.
- Godley, M. D., Godley, S. H., Dennis, M. L., Funk, R. R., Passetti, L. L., & Petry, N. M. (2014). A randomized trial of assertive continuing care and contingency management for adolescents with substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *82*(1), 40-51. <https://doi.org/10.1037/a0035264>
- Goodhew, M., Stein-Parbury, J., & Dawson, A. (2019). Consumer participation in drug treatment: A systematic review. *Drugs and Alcohol Today*, *19*(2), 97-112.
<https://doi.org/10.1108/dat-05-2018-0023>
- Goodridge, D., McDonald, M., New, L., Scharf, M., Harrison, E., Rotter, T., Watson, E., Henry, C., & Penz, E. D. (2019). Building patient capacity to participate in care during hospitalisation: a scoping review. *BMJ open*, *9*(7), Article e026551.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026551>
- Gough, D. A., Oliver, S., & Thomas, J. (2017). Introducing Systematic Reviewa. I D. A. Gough, S. Oliver, & J. Thomas (Eds.), *An introduction to systematic reviews* (2 ed., ss. 1-17). SAGE.

- Granfield, R., & Cloud, W. (1999). *Coming clean: overcoming addiction without treatment*. New York University Press.
- Gray, C., & Argaez, C. (2019). *Residential Treatment for Substance Use Disorder: A Review of Clinical Effectiveness*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541232/>
- Grimshaw, J., McAuley, L. M., Bero, L. A., Grilli, R., Oxman, A. D., Ramsay, C., Vale, L., & Zwarenstein, M. (2003). Systematic reviews of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. *Quality improvement research*, 12(4), 298-303. <https://doi.org/10.1136/qhc.12.4.298>
- Grindheim, J. E. (1996). Metadon; politisk kultur og behandlingsstrategier i Norden. *Nordisk Alkoholtidsskrift*, 13(5-6).
- Groshkova, T., Best, D., & White, W. (2013). The Assessment of Recovery Capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug and Alcohol Review*, 32(2), 187-194. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00489.x>
- Gu, M., Lee, H. K., & Sok, S. R. (2020). A structural model for quality of life of alcoholics. *Journal of Advanced Nursing*, 76(7), 1658-1667. <https://doi.org/10.1111/jan.14378>
- Gullestad, M. (1989). *Kultur og hverdagsliv : på sporet av det moderne Norge*. Universitetsforlaget. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2013061905030?page=3
- Hagen, E., Erga, A. H., Hagen, K. P., Nesvåg, S. M., McKay, J. R., Lundervold, A. J., & Walderhaug, E. (2017). One-year sobriety improves satisfaction with life, executive functions and psychological distress among patients with polysubstance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 76, 81-87. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2017.01.016>
- Hales, T. W., Green, S. A., Bissonette, S., Warden, A., Diebold, J., Koury, S. P., & Nochajski, T. H. (2019). Trauma-Informed Care Outcome Study. *Research on Social Work Practice*, 29(5), 529-539. <https://doi.org/10.1177/1049731518766618>
- Hales, T. W., & Nochajski, T. H. (2020). A structural regression analysis of trauma-informed climate factors, organizational commitment, and burnout among behavioral healthcare providers in a large public hospital. *Journal of Community Psychology*, 48(3), 777-792. <https://doi.org/10.1002/jcop.22292>
- Halkier, B. (2010). Focus groups as social enactments: integrating interaction and content in the analysis of focus group data. *Qualitative Research*, 10(1), 71-89. <https://doi.org/10.1177/1468794109348683>

- Halkier, B., & Gjerpe, K. (2010). *Fokusgrupper*. Gyldendal akademisk.
- Halpern, S. C., Schuch, F. B., Scherer, J. N., Sordi, A. O., Pachado, M., Dalbosco, C., Fara, L., Pechansky, F., Kessler, F., & Von Diemen, L. (2018). Child Maltreatment and Illicit Substance Abuse: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Child Abuse Review*, 27(5), 344-360. <https://doi.org/10.1002/car.2534>
- Halvorsen, K. (2002). *Sosiale problemer: en sosiologisk innføring*. Fagbokforlaget.
- Hammervold, R., & Hammervold, R. (2020). *Multivariate analyser med STATA : en kort innføring* (1. utgave. ed.). Fagbokforlaget.
- Hanssen, J. K., Hutchinson, G. S., Lyngstad, R., & Sandvin, J. T. (2015). What happens to the social in social work? *Nordic Social Work Research: Social Work and Sociology: Historical and Contemporary Perspectives*, 5(sup1), 115-126. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2015.1060895>
- Hartmann, C. (1934). *Løsgjengerloven*. Grøndahl.
- Haugum, M., Holmboe, O., Iversen, H. H., & Bjertnæs, Ø. A. (2016). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2017* (2017:453). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/contentassets/e8a1d293338044a4b2c9ebcdd1e75db9/rus/453-nasjonale-resultater.pdf>
- Haugum, M., & Iversen, H. H. (2014). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling – resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2014* (Nr 6-2014). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjeneste. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse-i-2014>
- Haugum, M., Iversen, H. H., & Bjertnæs, Ø. A. (2013). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling – resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2013* (Nr 7-2013). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjeneste. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse-i-2013>
- Haynes, K. S. (2012). Empowering and transformative practice. I M. Gray, J. Midgley, & S. Webb (Eds.), *The SAGE handbook of social work* (ss. 264-278). United Kingdom, London: SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446247648>

- Heggen, K. (2007). Rammer for meistring. I T.-J. Ekeland & K. Heggen (Eds.), *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* (ss. 64-82). Gyldendal akademisk.
- Hell, M. E., & Nielsen, A. S. (2020). Does patient involvement in treatment planning improve adherence, enrollment and other treatment outcome in alcohol addiction treatment? A systematic review. *Addiction Research & Theory*, 28(6), 537-545.
<https://doi.org/10.1080/16066359.2020.1723083>
- Helm, P. (2019). Sobriety versus abstinence. How 12-stepper negotiate long-term recovery across groups. *Addiction Research & Theory*, 27(1), 29-36.
<https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1530348>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Opptappingsplan for rusfeltet*.
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-fha/opptr.plan.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *St. meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, (2010).
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_1
- Helsedepartementet. (2004a). *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere : perspektiver og strategier*.
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/bro/2004/0001/ddd/pdfv/217235-russtrategidokument.pdf>
- Helsedepartementet. (2004b). *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*.
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*.
Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015a). *Nasjonal retningslinje behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*.
<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Behandling%20og%20rehabilitering%20av%20rusmiddelproblemer%20og%20avhengighet.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015b). *Prioriteringsveileder: tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*.

[https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Tverrfaglig%20spesialisert%20rusbehandlings%20\(TSB\).pdf](https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Tverrfaglig%20spesialisert%20rusbehandlings%20(TSB).pdf)

Helsedirektoratet. (2015c). *SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014*

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/Samdata%20Spesialisthelsetjenesten%202014.pdf> /attachme
nt/inline/744fd83b-9933-4da7-a0c5-
361a59824e8c:e77fde8ebf29f1650d45b478773934d0bb8af59e/Samdata%20Spesialist
helsetjenesten%202014.pdf

Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020* (IS-2734).

Helsedirektoratet. (2021, 4. desember 2020). *Rusbehandling (TSB)*. Hentet 18. mars fra

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>

Henden, E., Melberg, H.-O., & Rogeberg, O. (2013). Addiction: Choice or Compulsion? [Hypothesis and Theory]. *Frontiers in Psychiatry, 4*(77).

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00077>

Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Schulze, B., Druss, B., & Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry, 1*(6), 467-482.

[https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(14\)00023-6](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(14)00023-6)

Hennessy, E. M. (2017). Recovery capital: a systematic review of the literature. *Addiction Research and Theory, 25*(5), 349-360.

<https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1297990>

Heyman, G. M. (2013). Quitting Drugs: Quantitative and Qualitative Features. *Annu. Rev. Clin. Psychol., 9*(1), 29-59.

<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143041>

Hjemsæter, A. J., Bramness, J. G., Drake, R., Skeie, I., Monsbakken, B., Thoresen, M., & Landheim, A. S. (2019). Predictors of problematic substance use 18 years after treatment: a longitudinal cohort study of persons with substance use disorders. *Cogent Psychology, 6*(1), 1634325. <https://doi.org/10.1080/23311908.2019.1634325>

Hser, Y.-I. (2007). Predicting Long-Term Stable Recovery from Heroin Addiction. *Journal of Addictive Diseases, 26*(1), 51-60. https://doi.org/10.1300/J069v26n01_07

Hser, Y.-I., Evans, E., Grella, C., Ling, W., & Anglin, D. (2015). Long-Term Course of Opioid Addiction. *Harvard Review of Psychiatry, 23*(2), 76-89.

<https://doi.org/10.1097/hrp.000000000000052>

- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS) [Review]. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(3), 125-134.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472%2803%2900130-2>
- Hughes, B., Matias, J., & Griffiths, P. (2018). Inconsistencies in the assumptions linking punitive sanctions and use of cannabis and new psychoactive substances in Europe. *Addiction*, 113(12), 2155-2157. <https://doi.org/10.1111/add.14372>
- Humphreys, K., & Lembke, A. (2014). Recovery-oriented policy and care systems in the UK and USA. *Drug and Alcohol Review*, 33(1), 13-18.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/dar.12092>
- Hutchinson, G. S. (1999). *Samfunnsarbeid i sosialt arbeid*. Universitetsforl.
- Hyde, B., Bowles, W., & Pawar, M. (2014). Challenges of recovery-oriented practice in inpatient mental health settings – the potential for social work leadership. *Asia Pacific Journal of Social Work & Development (Routledge)*, 24(1/2), 5-16.
<https://doi.org/10.1080/02185385.2014.885205>
- IBM Corp. (2020). *IBM SPSS Statistics for Windows*. I (Version 27) IBM Corp.
- IFSW General Meeting, & IASSW General Assembly. (2014). *Global definition of social work*. International Federation of Social Workers. Hentet 15 juli fra
<https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Iosifides, T. (2017). Against 'Migration': Using Critical Realism as a Framework for Conducting Mixed-Method, Migrantization Research. *Journal of Critical Realism*, 16(2), 128-142. <https://doi.org/10.1080/14767430.2017.1280283>
- Jackson, M. S., & Feit, M. (2014). Integrated Care Services: Practice Reflections Working with Substance-Abusing Clients. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 24(5), 529-530. <https://doi.org/10.1080/10911359.2014.916545>
- Jensen, P. M., Karlsson, B., & Borg, M. (2021). Recovery i den nordiske velfærdsstat - accept, tilpasning eller oprør? I J. Oute & K. Jørgensen (Eds.), *Recovery-orienterede praksisser - i verftsinstitutioner og civilsamfund* (ss. 43-60). Samfundslitteratur.
- Jetten, J., Haslam, A. S., & Haslam, C. (2011). The case for a social identity analysis of health and well-being. I J. Jetten, C. Haslam, & A. S. Haslam (Eds.), *The Social Cure: Identity, Health and Well-Being* (1 ed., ss. 3-19). Taylor & Francis Group.
<https://doi.org/10.4324/9780203813195>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. ed.). Abstrakt.

- Johannessen, D. A., Nordfjærn, T., & Geirdal, A. Ø. (2019). Psychosocial factors associated with coping behaviour after inpatient treatment for substance use disorder: a systematic review study protocol. *BMJ open*, *9*(1), e022673.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022673>
- Johansen, K. A., Debaere, V., Vandeveld, S., & Van den Broeck, M. (2018). Governance of Substance Use as a by-product of Policing in Norway: A Historical Account. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 1-7. <https://doi.org/10.1177/1455072518787619>
- Johnson, R., & Haigh, R. (2010). Social psychiatry and social policy for the 21st century - new concepts for new needs: The 'psychologically-informed environment'. *Mental Health and Social Inclusion*, *14*(4), 30-35. <https://doi.org/10.5042/mhsl.2010.0620>
- Joosten, E. A. G., De Weert-Van Oene, G. H., Sensky, T., Van Der Staak, C. P. F., & De Jong, C. A. J. (2011). Treatment goals in addiction healthcare: The perspectives of patients and clinicians. *International Journal of Social Psychiatry*, *57*(3), 263-276.
<https://doi.org/10.1177/0020764009354835>
- Jorgensen, K., & Rendtorff, J. D. (2018). Patient participation in mental health care - perspectives of healthcare professionals: an integrative review. *Scand J Caring Sci*, *32*(2), 490-501. <https://doi.org/10.1111/scs.12531>
- Jouet, E., Troisoeufs, A., & Greacen, T. (2021). Residential treatment and its role in recovery pathways for people with addictions in France: the residents' point of view. *Drugs: education, prevention and policy*, 1-9.
<https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1888885>
- Justis- og politidepartementet. (2004). *Ot.prp. nr. 56 (2003-2004) Om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning)*.
- Järvinen, M., & Andersen, D. (2009). The making of the chronic addict. *Substance Use and Misuse*, *44*, 865-885. <https://doi.org/10.1080/10826080802486103>
- Järvinen, M., & Ravn, S. (2015). Explanations and expectations: drug narratives among young cannabis users in treatment. *Sociol Health Illn*, *37*(6), 870-887.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12239>
- Karunamuni, N., Imayama, I., & Goonetilleke, D. (2020). Pathways to well-being: Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables. *Soc Sci Med*, 112846-112846. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112846>
- Kearney, M. H., & O'Sullivan, J. (2003). Identity Shifts as Turning Points in Health Behavior Change. *Western Journal of Nursing Research*, *25*(2), 134-152.
<https://doi.org/10.1177/0193945902250032>

- Kelly, J. F., & Greene, M. C. (2014). Where There's a Will There's a Way: A Longitudinal Investigation of the Interplay Between Recovery Motivation and Self-Efficacy in Predicting Treatment Outcome. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(3), 928-934. <https://doi.org/10.1037/a0034727>
- Kelly, J. F., Greene, M. C., & Bergman, B. G. (2018). Beyond Abstinence: Changes in Indices of Quality of Life with Time in Recovery in a Nationally Representative Sample of US Adults. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 42(4), 770-780. <https://doi.org/10.1111/acer.13604>
- Kelly, J. F., & Westerhoff, C. M. (2010). Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *International Journal of Drug Policy*, 21(3), 202-207. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.10.010>
- Khoury, E., & del Barrio, L. R. (2015). Recovery-Oriented Mental Health Practice: A Social Work Perspective. *British Journal of Social Work*, 45, 27-44. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv092>
- Kidd, S. A., McKenzie, K. J., & Virdee, G. (2014). Mental Health Reform at a Systems Level: Widening the Lens on Recovery-Oriented Care. *Canadian Journal of Psychiatry- Revue Canadienne De Psychiatrie*, 59(5), 243-249. <https://doi.org/10.1177/070674371405900503>
- King, A. (2011). Service user involvement in methadone maintenance programmes: The 'philosophy, the ideal and the reality'. *Drugs-Education Prevention and Policy*, 18(4), 276-284. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.495098>
- Kjørstad, M., & Solem, M.-B. (2017). Basic concepts in critical realism. I K. Monica & S. May-Britt (Eds.), *Critical Realism for Welfare Professions* (ss. 13-22). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315517537>
- Kleven, T. A. (2002a). Begrepsoperasjonalisering. I T. Lund (Ed.), *Innføring i forskningsmetodologi* (ss. 141-184). Fagbokforlaget.
- Kleven, T. A. (2002b). Ikke-eksperimentell design. I T. Lund (Ed.), *Innføring i forskningsmetodologi* (ss. 265-286). Fagbokforlaget.
- Klingemann, H., Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2010). Continuities and changes in self-change research [Article]. *Addiction*, 105(9), 1510-1518. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02770.x>

- Klingemann, J. I. (2012). Mapping the maintenance stage of recovery: A qualitative study among treated and non-treated former alcohol dependents in Poland. *Alcohol and Alcoholism*, 47(3), 296-303. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agr163>
- Knudsen, H. K., Abraham, A. J., Roman, P. M., & Studts, J. L. (2011). Nurse turnover in substance abuse treatment programs affiliated with the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(3), 307-312. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.11.012>
- Knaak, S., Modgill, G., & Patten, S. B. (2014). Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: a data synthesis of evaluative studies. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(10 Suppl 1), S19-26. <https://doi.org/10.1177/070674371405901s06>
- Kortteisto, T., Laitila, M., & Pitkanen, A. (2018). Attitudes of mental health professionals towards service user involvement. *Scand J Caring Sci*, 32(2), 681-689. <https://doi.org/10.1111/scs.12495>
- Kotlaja, M. M., & Carson, J. V. (2019). Cannabis Prevalence and National Drug Policy in 27 Countries: An Analysis of Adolescent Substance Use. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 63(7), 1082-1099. <https://doi.org/10.1177/0306624x18814184>
- Kraus, S. W., & Stein, C. H. (2013). Recovery-oriented services for individuals with mental illness and case managers' experience of professional burnout. *Community mental health journal*, 49(1), 7-13. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9505-2>
- Krauss, S. (2005). Research Paradigms and Meaning Making: A Primer. *Qualitative report*, 10(4). <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2005.1831>
- Kronbæk, M., & Frank, V. A. (2013). Perspectives on Daily Cannabis use: Consumerism or a Problem for Treatment? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30(5), 387-402. <https://doi.org/10.2478/nsad-2013-0034>
- Kulesza, M., Hunter, S. B., Shearer, A. L., & Booth, M. (2017). Relationship between Provider Stigma and Predictors of Staff Turnover among Addiction Treatment Providers. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 35(1), 63-70. <https://doi.org/10.1080/07347324.2016.1256716>
- Kvernbekk, T. (2002). Vitenskapsteoretiske perspektiver. I T. Lund (Ed.), *Innføring i forskningsmetodologi* (ss. 19-78). Fagbokforlaget.
- Laffaye, C., McKellar, J. D., Ilgen, M. A., & Moos, R. H. (2008). Predictors of 4-year outcome of community residential treatment for patients with substance use disorders

- [Empirical Study; Followup Study; Quantitative Study]. *Addiction*, 103(4), 671-680.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02147.x>
- Landheim, A. S. (2016). Rusmiddelbruk - Forekomst, forløp og faktorer for recovery. Hva viser forskningen? I A. S. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl, & S. Biong (Eds.), *Et bedre liv: historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer* (ss. 30-44). Gyldendal akademisk.
- Laudet, A. B. (2008). The road to recovery: where are we going and how do we get there? Empirically driven conclusions and future directions for service development and research. *Substance Use & Misuse*, 43(12-13), 2001-2020.
<https://doi.org/10.1080/10826080802293459>
- Laudet, A. B., & Humphreys, K. (2013). Promoting recovery in an evolving policy context: What do we know and what do we need to know about recovery support services? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(1), 126-133.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.01.009>
- Laudet, A. B., & White, W. L. (2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction, and stress among former poly-substance users [Article]. *Substance Use & Misuse*, 43(1), 27-54. <https://doi.org/10.1080/10826080701681473>
- Lauritzen, G., & Nordfjærn, T. (2018). Changes in opiate and stimulant use through 10 years: The role of contextual factors, mental health disorders and psychosocial factors in a prospective SUD treatment cohort study. *PloS one*, 13(1), 1-16.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190381>
- Lauritzen, G., Ravndal, E., & Larsson, J. (2012). *Gjennom 10 år: en oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling* (Vol. nr. 6/2012). SIRUS.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247. <https://doi.org/10.1097/00006842-199305000-00002>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Pub. Co.
- Le Boutillier, C., Chevalier, A., Lawrence, V., Leamy, M., Bird, V. J., Macpherson, R., Williams, J., & Slade, M. (2015). Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis. *Implementation Science*, 10(87). <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0275-4>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

- Leonhardt, M., & Shawel Abebe, D. (2019). Social Gradients in Alcohol Use Disorders with and without Depression: Immigrants vs Norwegians. *European Journal of Public Health*, 29(Supplement_4). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.051>
- Leventhal, A. M., Bello, M. S., Unger, J. B., Strong, D. R., Kirkpatrick, M. G., & Audrain-McGovern, J. (2015). Diminished Alternative Reinforcement as a Mechanism Underlying Socioeconomic Disparities in Adolescent Substance Use. *Preventive medicine*, 80, 75-81. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.05.021>
- Levin, I. (2021). *Hva er sosialt arbeid* (2. utgave. ed., Vol. 7). Universitetsforlaget.
- Liabo, K., Gough, D., & Harden, A. (2017). Developing justifiable evidence claims. I D. A. Gough, S. Oliver, & J. Thomas (Eds.), *An introduction to systematic reviews* (2 ed., ss. 251-277). SAGE.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62, e1-34. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>
- Lie, T., & Nesvåg, S. (2007). *Evaluering av rusreformen* (2006/227). International Research Institute of Stavanger. http://evalueringsportalen.no/evaluering/evaluering-av-rusreformen/Eavluering_Rusreform_Utgave_2%20-%202006-227.pdf/@@inline
- Lodge, A. C., Kuhn, W., Earley, J., & Manser, S. S. (2018). Initial Development of the Recovery-Oriented Services Assessment: A Collaboration With Peer-Provider Consultants. *Psychiatr Rehabil J*, 41(2), 92-102. <https://doi.org/10.1037/prj0000296>
- Lorien, L., Blunden, S., & Madsen, W. (2020). Implementation of recovery-oriented practice in hospital-based mental health services: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(6), 1035-1048. <https://doi.org/10.1111/inm.12794>
- Loughran, H. (2019). Social work and addiction. I P. Malcolm & R.-H. Emma (Eds.), *The Routledge Handbook of Social Work Theory* (ss. 423-434). Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315211053>
- Luchenski, S., Maguire, N., Aldridge, R. W., Hayward, A., Story, A., Perri, P., Withers, J., Clint, S., Fitzpatrick, S., & Hewett, N. (2018). What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Lancet*, 391(10117), 266-280. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)31959-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)31959-1)
- Luoma, J. B., Kulesza, M., Hayes, S. C., Kohlenberg, B., & Larimer, M. (2014). Stigma predicts residential treatment length for substance use disorder. *The American Journal*

- of Drug and Alcohol Abuse*, 40(3), 206-212.
<https://doi.org/10.3109/00952990.2014.901337>
- Lov om Løsgjænger, Betleri og Drukkenskab, (1907).
- Magura, S., & Marshall, T. (2020). The Effectiveness of Interventions Intended to Improve Employment Outcomes for Persons with Substance Use Disorder: An Updated Systematic Review. *Substance Use & Misuse*, 55(13), 2230-2236.
<https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1797810>
- Mak, W. W. S., Chan, R. C. H., Wong, S. Y. S., Lau, J. T. F., Tang, W. K., Tang, A. K. L., Chiang, T. P., Cheng, S. K. W., Chan, F., Cheung, F. M., Woo, J., & Lee, D. T. F. (2017). A Cross-Diagnostic Investigation of the Differential Impact of Discrimination on Clinical and Personal Recovery. *Psychiatric Services*, 68(2), 159-166.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500339>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(01)05627-6)
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg. ed.). Universitetsforl.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Manuel, J. I., Yuan, Y., Herman, D. B., Svikis, D. S., Nichols, O., Palmer, E., & Deren, S. (2017). Barriers and facilitators to successful transition from long-term residential substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 74, 16-22.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.12.001>
- Manuel, J. K., Hagedorn, H. J., & Finney, J. W. (2011). Implementing evidence-based psychosocial treatment in specialty substance use disorder care. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 225-237. <https://doi.org/10.1037/a0022398>
- Marchand, K., Beaumont, S., Westfall, J., MacDonald, S., Harrison, S., Marsh, D. C., Schechter, M. T., & Oviedo-Joekes, E. (2019). Conceptualizing patient-centered care for substance use disorder treatment: Findings from a systematic scoping review. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 14(1).
<https://doi.org/10.1186/s13011-019-0227-0>

- Martin, G. W., & Rehm, J. (2012). The Effectiveness of Psychosocial Modalities in the Treatment of Alcohol Problems in Adults: A Review of the Evidence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(6), 350-358. <https://doi.org/10.1177/070674371205700604>
- Martinelli, T. F., Nagelhout, G. E., Bellaert, L., Best, D., Vanderplasschen, W., & van de Mheen, D. (2020). Comparing three stages of addiction recovery: long-term recovery and its relation to housing problems, crime, occupation situation, and substance use [Article]. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 27(5), 387-396. <https://doi.org/10.1080/09687637.2020.1779182>
- McCallum, S., Mikocka-Walus, A., Turnbull, D., & Andrews, J. (2015). Continuity of Care in Dual Diagnosis Treatment: Definitions, Applications and Implications. *Journal of Dual Diagnosis*, 11, 217-232. <https://doi.org/10.1080/15504263.2015.1104930>
- McCallum, S. L., Mikocka-Walus, A. A., Gaughwin, M. D., Andrews, J. M., & Turnbull, D. A. (2016). 'I'm a sick person, not a bad person': Patient experiences of treatments for alcohol use disorders. *Health Expectations*, 19(4), 828-841. <https://doi.org/10.1111/hex.12379>
- McCarty, D., Braude, L., Lyman, D. R., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Substance abuse intensive outpatient programs: assessing the evidence. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 65(6), 718-726. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300249>
- McDaniel, J. M., Brown, A. M., Thompson Heller, A., Johnston, T. W., Bergman, B., Bohler, R., Brown, T., Eisenhart, E., Finch, A., & Harper, K. (2020). Interdisciplinary Expansions: Applying Recovery-Informed Theory to Interdisciplinary Areas of Recovery Science Research. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 38(4), 457-469. <https://doi.org/10.1080/07347324.2019.1701598>
- McEntee, A., Roche, A. M., Kostadinov, V., Hodge, S., & Chapman, J. (2020). Predictors of turnover intention in the non-government alcohol and other drug sector. *Drugs-Education Prevention and Policy*. <https://doi.org/10.1080/09687637.2020.1759508>
- McGaffin, B. J., Deane, F. P., Kelly, P. J., & Blackman, R. J. (2018). Social support and mental health during recovery from drug and alcohol problems. *Addiction Research & Theory*, 26(5), 386-395. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1421178>
- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., & Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 66, 12-23. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012>

- McKay, J. R. (2009). Continuing care research: What we have learned and where we are going. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 131-145.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.10.004>
- McKay, J. R. (2017). Making the hard work of recovery more attractive for those with substance use disorders. *Addiction*, 112(5), 751-757.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/add.13502>
- McKnight, C., Shumway, M., Masson, C. L., Pouget, E. R., Jordan, A. E., Des Jarlais, D. C., Sorensen, J. L., & Perlman, D. C. (2017). Perceived discrimination among racial and ethnic minority drug users and the association with health care utilization. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 16(4), 404-419.
<https://doi.org/10.1080/15332640.2017.1292418>
- McLafferty, I. (2004). Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 187-194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03186.x>
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Educ Q*, 15(4), 351-377.
<https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- McMillan, S. S., Kendall, E., Sav, A., King, M. A., Whitty, J. A., Kelly, F., & Wheeler, A. J. (2013). Patient-Centered Approaches to Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Medical Care Research and Review*, 70(6), 567-596.
<https://doi.org/10.1177/1077558713496318>
- Mee-Lee, D. A., McLellan, T., & Miller, S. D. (2010). What Works in Substance Abuse and Dependence Treatment. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The Heart & soul of change. Delivering what works in therapy* (2 ed., ss. 393-418). American Psychological Association.
- Mehmetoglu, M., & Jakobsen, T. G. (2016). *Applied statistics using stata: A guide for the social sciences*. SAGE Publications.
- Melchior, M., Nakamura, A., Bolze, C., Hausfater, F., El Khoury, F., Mary-Krause, M., & Azevedo Da Silva, M. (2019). Does liberalisation of cannabis policy influence levels of use in adolescents and young adults? A systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 9(7), e025880. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025880>
- Mellor, R., Lancaster, K., & Ritter, A. (2020). Recovery from alcohol problems in the absence of treatment: a qualitative narrative analysis. *Addiction*.
<https://doi.org/10.1111/add.15288>

- Michailakis, D., & Schirmer, W. (2014). Social work and social problems: A contribution from systems theory and constructionism. *International Journal of Social Welfare*, 23(4), 431-442. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12091>
- Midtbø, T. (2016). *Regresjonsanalyse for samfunnsvitere: Med eksempler i Stata [Regression analysis for social scientists: With examples in Stata]*. Universitetsforl.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4, 1. <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/4/1/1>
- Mohr, D. C., Young, G. J., Meterko, M., Stolzmann, K. L., & White, B. (2011). Job satisfaction of primary care team members and quality of care. *American Journal of Medical Quality*, 26(1), 18-25. <https://doi.org/10.1177/1062860610373378>
- Motteli, S., Horisberger, R., Lamster, F., Vetter, S., Seifritz, E., & Jager, M. (2019). More Optimistic Recovery Attitudes Are Associated with Less Stigmatization of People with Mental Illness among Healthcare Professionals Working on Acute and Semi-Acute Psychiatric Wards. *Psychiatric Quarterly*, 90(3), 481-489. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09642-3>
- Muller, A. E., & Clausen, T. (2015). Group exercise to improve quality of life among substance use disorder patients. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(2), 146-152. <https://doi.org/10.1177/1403494814561819>
- Mørland, J., & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget.
- Neale, J., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., Rose, D., Strang, J., Tompkins, C., Wheeler, C., & Wykes, T. (2014). How should we measure addiction recovery? Analysis of service provider perspectives using online Delphi groups. *Drugs: education, prevention and policy*, 21(4), 310-323. <https://doi.org/10.3109/09687637.2014.918089>
- Neale, J., Tompkins, C., Wheeler, C., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., Rose, D., Wykes, T., & Strang, J. (2015). "You're all going to hate the word recovery by the end of this": Service users' views of measuring addiction recovery. *Drugs: education, prevention and policy*, 22(1), 26-34. <https://doi.org/10.3109/09687637.2014.947564>
- Neale, J., Tompkins, C. N. E., & Strang, J. (2018). Qualitative exploration of relationships between peers in residential addiction treatment. *Health & Social Care in the Community*, 26(1), e39-e46. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12472>
- Neale, J., Vitoratou, S., Finch, E., Lennon, P., Mitcheson, L., Panebianco, D., Rose, D., Strang, J., Wykes, T., & Marsden, J. (2016). Development and validation of 'SURE':

- A patient reported outcome measure (PROM) for recovery from drug and alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 165, 159-167.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.06.006>
- Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: A literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*, 7, 107-117.
<https://doi.org/10.1108/ADD-02-2014-0007>
- Nesvaag, S., & Lie, T. (2010). The Norwegian substance treatment reform. Between New Public Management and conditions for good practice. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27(6), 655-666. <https://doi.org/10.1177/145507251002700610>
- Nettleton, S., Neale, J., & Pickering, L. (2013). 'I just want to be normal': An analysis of discourses of normality among recovering heroin users. *Health (London)*, 17(2), 174-190. <https://doi.org/10.1177/1363459312451182>
- Nielsen, R. S., Gundelach, P., & Frederiksen, M. (2017). Baggrund. I M. Frederiksen, P. Gundelach, & R. Skovgaard Nielsen (Eds.), *Survey: design, stikprøve, spørgekema, analyse* (Vol. 2, ss. 11-28). Hans Reitzels Forlag.
- Nieweglowski, K., Corrigan, P. W., Tyas, T., Tooley, A., Dubke, R., Lara, J., Washington, L., Sayer, J., Sheehan, L., & Addiction Stigma Res, T. (2018). Exploring the public stigma of substance use disorder through community-based participatory research. *Addiction Research & Theory*, 26(4), 323-329.
<https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1409890>
- Nordfjærn, T. (2011). Relapse patterns among patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use*, 16(4), 313-329.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.3109/14659890903580482>
- Nordfjærn, T., Rundmo, T., & Hole, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(1), 46-64. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01477.x>
- NOU 1995:24. (1995). *Alkoholpolitikken i endring? Hvordan norske myndigheter kan møte de nye utfordringer nasjonalt og internasjonalt*. Sosial- og helsedepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/c9938779cdf84dfbac4e6fec652c4e31/nou/pdf/nou199519950024000dddpdfa.pdf>
- NOU 2019:26. (2019). *Rusreform - fra straff til hjelp*. Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/78d1c46cd04f42f881e1ad0376c09c2e/nou/pdfs/nou201920190026000dddpdfs.pdf>

- O'Brien, C. P. (2008). Evidence-based treatments of addiction. *Philosophical Transactions of the Royal Society B-Biological Sciences*, 363(1507), 3277-3286.
<https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0105>
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From rhetoric to routine: Assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatr Rehabil J*, 28(4), 378-386.
<https://doi.org/10.2975/28.2005.378.386>
- O'Connell, M. J., Flanagan, E. H., Delphin-Rittmon, M. E., & Davidson, L. (2020). Enhancing outcomes for persons with co-occurring disorders through skills training and peer recovery support. *Journal of Mental Health*, 29(1), 6-11.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1294733>
- Onwuegbuzie, A., & Johnson, R. (2006). The Validity Issues in Mixed Research. *Research in the schools*, 13(1), 48-63.
- Osborn, L. A., & Stein, C. H. (2016). Mental Health Care Providers' Views of Their Work with Consumers and Their Reports of Recovery-Orientation, Job Satisfaction, and Personal Growth. *Community mental health journal*, 52(7), 757-766.
<https://doi.org/10.1007/s10597-015-9927-8>
- Park, M., Giap, T. T. T., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M., & Go, Y. (2018). Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 69-83.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006>
- Park, S., Mosley, J. E., Grogan, C. M., Pollack, H. A., Humphreys, K., D'Aunno, T., & Friedmann, P. D. (2020). Patient-centered care's relationship with substance use disorder treatment utilization. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 118, Article 108125. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108125>
- Lov om pasient- og brukerreteigheter, (2001). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Patterson, S., Weaver, T., Agath, K., Albert, E., Rhodes, T., Rutter, D., & Crawford, M. (2009). 'They can't solve the problem without us': a qualitative study of stakeholder perspectives on user involvement in drug treatment services in England. *Health & Social Care in the Community*, 17(1), 54-62. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00797.x>

- Pedersen, W., Bakken, A., & Soest, T. v. (2019). Mer bruk av cannabis blant Oslo-ungdom: Hvem er i risikozonen? *Norsk Sosiologisk Tidsskrift*, 3(6), 457-471.
<https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2019-06-06>
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Benson, V., & Davidson, L. (2018). Why Do Those With Long-Term Substance Use Disorders Stop Abusing Substances? A Qualitative Study. *Substance abuse : research and treatment*, 12, 1178221817752678. <https://doi.org/10.1177/1178221817752678>
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Benson, V., & Davidson, L. (2019a). Helpful Ingredients in the Treatment of Long-Term Substance Use Disorders: A Collaborative Narrative Study. *Substance Abuse-Research and Treatment*, 13, Article Unsp 1178221819844996. <https://doi.org/10.1177/1178221819844996>
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Oute, J., & Davidson, L. (2019b). How Social Relationships Influence Substance Use Disorder Recovery: A Collaborative Narrative Study. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 13, 1–8. <https://doi.org/10.1177/1178221819833379>
- Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., Britten, N., Roen, K., & Duffy, S. (2006). *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC Methods Programme*.
<https://doi.org/10.13140/2.1.1018.4643>
- Price-Robertson, R., Obradovic, A., & Morgan, B. (2016). Relational recovery: Beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15.
<https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014>
- Price, R. K., Risk, N. K., & Spitznagel, E. L. (2001). Remission from drug abuse over a 25-year period: Patterns of remission and treatment use. *American Journal of Public Health*, 91(7), 1107-1113. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.7.1107>
- Probst, C., Kilian, C., Sanchez, S., Lange, S., & Rehm, J. (2020). The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. *Lancet Public Health*, 5(6), E324-E332. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30052-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30052-9)
- Proctor, S., Wainwright, J., & Herschman, P. (2017a). Patient adherence to multi-component continuing care discharge plans. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 80, 52.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.07.003>
- Proctor, S. L., Wainwright, J. L., & Herschman, P. L. (2017b). Importance of short-term continuing care plan adherence on long-term outcomes among patients discharged

- from residential substance use treatment. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 43(6), 734-741. <https://doi.org/10.1080/00952990.2017.1329315>
- Project MATCH Research Group. (1998a). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Three-Year Drinking Outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(6), 1300-1311. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1998.tb03912.x>
- Project MATCH Research Group. (1998b). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(6), 631-639. <Go to ISI>://WOS:000076580600002
- Prop. 15 S (2015–2016). (2015). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>
- Prop. 92 L (2020-2021). (2021). *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/5e3c52ef8e4b40ba9f471880c5c5c7a2/no/pdfs/prp202020210092000dddpdfs.pdf>
- Quon, E. C., & McGrath, J. J. (2014). Subjective Socioeconomic Status and Adolescent Health: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 33(5), 433-447. <https://doi.org/10.1037/a0033716>
- Rabenschlag, F., Konrad, A., Rueegg, S., & Jaeger, M. (2014). A Recovery-Oriented Approach for an Acute Psychiatric Ward: Is It Feasible and How Does It Affect Staff Satisfaction? *Psychiatric Quarterly*, 85(2), 225-239. <https://doi.org/10.1007/s11126-013-9285-z>
- Raheb, G., Khaleghi, E., Moghanibashi-Mansourieh, A., Farhoudian, A., & Teymouri, R. (2016). Effectiveness of social work intervention with a systematic approach to improve general health in opioid addicts in addiction treatment centers. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 309-315. <https://doi.org/10.2147/prbm.S110705>
- Rathlev, J., Hermansen, J., & Bay, H. (2017). Dataindsamling. I M. Frederiksen, P. Gundelach, & R. Skovgaard Nielsen (Eds.), *Survey: Design, stikprøve, spørgekema, analyse* (Vol. 8, ss. 55-90). Hans Reitzels Forlag.

- Regionale helseforetak. (2018). *Veileder for brukermedvirkning i helseforskning i spesialisthelsetjenesten*. <https://helse-midt.no/Documents/2018/RHF-enes%20veileder%20BMV%20i%20forskning.pdf>
- Reif, S., George, P., Braude, L., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Residential treatment for individuals with substance use disorders: Assessing the evidence. *Psychiatric Services, 65*(3), 301-312. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300242>
- Rettie, H. C., Hogan, L. M., & Cox, W. M. (2021). Identifying the Main Components of Substance-Related Addiction Recovery Groups. *Substance Use & Misuse, 56*(6), 840-847. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1899228>
- Richardson, G. B., Blount, T. N., & Hanson-Cook, B. S. (2018). Life History Theory and Recovery From Substance Use Disorder. *Review of General Psychology, 23*(2), 263-274. <https://doi.org/10.1037/gpr0000173>
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester* (Dokument 3:13 (2020–2021)). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>
- Robertson, I. E., & Nesvåg, S. M. (2018). Into the unknown: Treatment as a social arena for drug users' transition into a non-using life. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 1-19*. <https://doi.org/10.1177/1455072518796898>
- Roos, C. R., & Witkiewitz, K. (2016). Adding Tools to the Toolbox: The Role of Coping Repertoire in Alcohol Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(7), 599-611. <https://doi.org/10.1037/ccp0000102>
- Rosenberg, D., Svedberg, P., & Schon, U. K. (2015). Establishing a Recovery Orientation in Mental Health Services: Evaluating the Recovery Self-Assessment (RSA) in a Swedish Context. *Psychiatr Rehabil J, 38*(4), 328-335. <https://doi.org/10.1037/prj0000150>
- Ross, C. A., Engle, M. C., & Baker, B. (2019). Reductions in Symptomatology at a Residential Treatment Center for Substance Use Disorders [Article]. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 28*(10), 1173-1180. <https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1543746>
- Rossow, I., Skretting, A., & Amundsen, A. (1998). *Fra straff til varm seng: Beskrivelse av utviklingstrekk i tiltak for rusmiddelbrukere og klienter ved en avrusningsstasjon gjennom 25 år* (SIFA rapport nr 1/98). Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

- Rubinsky, A. D., Ellerbe, L. S., Gupta, S., Phelps, T. E., Bowe, T., Burden, J. L., & Harris, A. H. S. (2018). Outpatient continuing care after residential substance use disorder treatment in the US Veterans Health Administration: Facilitators and challenges [Article]. *Substance Abuse*, 39(3), 322-330.
<https://doi.org/10.1080/08897077.2017.1391923>
- Sallis, J. F., & Owen, N. (2014). Ecological Models of Health Behavior. I K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior: Theory, Research, and Practice* (5 ed., ss. 43-64). New York: Wiley.
- Salyers, M. P., Tsai, J., & Stultz, T. A. (2007). Measuring recovery orientation in a hospital setting. *Psychiatr Rehabil J*, 31(2), 131-137.
<https://doi.org/10.2975/31.2.2007.131.137>
- Schaefer, J. A., Harris, A. H. S., Cronkite, R. C., & Turrubiartes, P. (2008). Treatment staff's continuity of care practices, patients' engagement in continuing care, and abstinence following outpatient substance-use disorder treatment. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(5), 747-756. <https://doi.org/10.15288/jsad.2008.69.747>
- Schiøtz, A. (2017). Rus i Norge. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(01), 4-26.
<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-01-01>
- Scholl, I., Zill, J. M., Harter, M., & Dirmaier, J. (2014). An Integrative Model of Patient-Centeredness - A Systematic Review and Concept Analysis. *PloS one*, 9(9), Article e107828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107828>
- Schwartz, R. P., Kelly, S. M., Mitchell, S. G., Gryczynski, J., O'Grady, K. E., Gandhi, D., Olsen, Y., & Jaffe, J. H. (2017). Patient-centered methadone treatment: a randomized clinical trial [Article]. *Addiction*, 112(3), 454-464. <https://doi.org/10.1111/add.13622>
- Shavers, V. L., Fagan, P., Jones, D., Klein, W. M. P., Boyington, J., Moten, C., & Rorie, E. (2012). The State of Research on Racial/Ethnic Discrimination in The Receipt of Health Care [Article]. *American Journal of Public Health*, 102(5), 953-966.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300773>
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. W. (2017). Structures and Types of Stigma. I W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius (Eds.), *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (ss. 43-66). Cham: Springer International Publishing.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1>
- Shier, M. L., & Turpin, A. (2017). A Multi-Dimensional Conceptual Framework for Trauma-Informed Practice in Addictions Programming. *Journal of Social Service Research*, 43(5), 609-623. <https://doi.org/10.1080/01488376.2017.1364318>

- Shier, M. L., & Turpin, A. (2021). Trauma-Informed Organizational Dynamics and Client Outcomes in Concurrent Disorder Treatment. *Research on Social Work Practice*, 10497315211013908. <https://doi.org/10.1177/10497315211013908>
- Simoneau, H., Kamgang, E., Tremblay, J., Bertrand, K., Brochu, S., & Fleury, M. J. (2018). Efficacy of extensive intervention models for substance use disorders: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 37, S246-S262. <https://doi.org/10.1111/dar.12590>
- Sipp, W. (2015). *The Portuguese Approach and the International Drug Control Conventions*. https://www.incb.org/documents/Speeches/Speeches2015/statement_reconvened_CN_D_side_event_portugal.pdf
- Skinner, N., & Roche, A. M. (2021). "Very demanding. Extremely rewarding": Exploring the co-occurrence of burnout and engagement in alcohol and other drug workers. *Drug and Alcohol Review*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/dar.13250>
- Skogens, L., & von Greiff, N. (2014). Recovery capital in the process of change—differences and similarities between groups of clients treated for alcohol or drug problems. *European Journal of Social Work*, 17(1), 58-73. <https://doi.org/10.1080/13691457.2012.739559>
- Skretting, A. (1997). *Etablering, inntak av pasienter og forholdet til øvrige behandlingstiltak* (Vol. nr 4/97). Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.
- Skretting, A. (2014). Governmental conceptions of the drug problem: A review of Norwegian governmental papers 1965–2012. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(5-6), 569-584. <https://doi.org/10.2478/nsad-2014-0047>
- Skretting, A. (2018, 09 september 2018). *Historisk oversikt alkohol i Norge 1816-2018*. Hentet 23 mai fra <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/alkohol-i-historien/historisk-oversikt-alkohol-i-norge-1816-2018/>
- Skudal, K. E., Holmboe, O., Haugum, M., & Iversen, H. H. (2017). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017. Nasjonale resultater* (2017: 453). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2017/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbeh/>
- Slade, M. (2021). Recovery-orienteringen i psykiske sundhetstjenester. I J. Oute & K. Jørgensen (Eds.), *Recovery-orienterede praksisser - i verftsinstitutioner og civilsamfund* (Vol. 1, ss. 91-110). Samfundslitteratur.
- Slater, L. (2006). Person-centredness: a concept analysis. *Contemp Nurse*, 23(1), 135-144. <https://doi.org/10.5172/conu.2006.23.1.135>

- Sommer, M., Biong, S., Borg, M., Bengt, K., Klevan, T., Ness, O., Nesse, L., Oute, J., Sundet, R., & Kim, H. (2021). Part II: Living Life: A Meta-Synthesis Exploring Recovery as Processual Experiences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 6115. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116115>
- Soyez, V., Melnick, G., De Leon, G., Broekaert, E., Goethals, I., & Leon, G. D. (2011). Essential Elements of Treatment: A Comparative Study Between European and American Therapeutic Communities for Addiction. 1023-1031. <https://doi.org/10.3109/10826084.2010.544358>
- St. meld. nr. 13 (1985-86). (1986). *Om narkotikaproblemer og narkotikapolitikk*. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1985-86&paid=3&wid=b&psid=DIVL885&pgid=b_0385
- St. meld. nr. 69 (1991-92). (1992). *Tiltak for rusmiddelmisbrukere*. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1991-92&paid=3&wid=f&psid=DIVL692&pgid=f_0365
- Stacy, M. A., & Rosenheck, R. (2019). The association of recovery orientation and stigmatizing beliefs. *Journal of Mental Health*, 28(3), 276-281. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417573>
- Stahler, G. J., Mennis, J., & DuCette, J. P. (2016). Residential and outpatient treatment completion for substance use disorders in the US: Moderation analysis by demographics and drug of choice. *Addictive Behaviors*, 58, 129-135. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.02.030>
- Stevens, A. (2019). Is policy 'liberalization' associated with higher odds of adolescent cannabis use? A re-analysis of data from 38 countries. *Int J Drug Policy*, 66, 94-99. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.01.013>
- Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of User Involvement in the Mental Health Context: Intentions and Implementation Challenges. *Psychiatric Quarterly*, 84(3), 313-327. <https://doi.org/10.1007/s11126-012-9247-x>
- Sumnall, H., & Brotherhood, A. (2012). *Social reintegration and employment: Evidence and interventions for drug users in treatment*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. http://www.drugs.ie/resourcesfiles/ResearchDocs/Europe/Research/2012/N_Social_reintegration_and_employment.pdf

- Svendsen, T., Bjornestad, J., Slyngstad, T., McKay, J., Skaalevik, A., Veseth, M., Moltu, C., & Nesvaag, S. (2020). "Becoming myself": how participants in a longitudinal substance use disorder recovery study experienced receiving continuous feedback on their results. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-0254-x>
- Saal, S., Forschner, L., Kemmann, D., Zlatosch, J., & Kallert, T. W. (2016). Is employment-focused case management effective for patients with substance use disorders? Results from a controlled multi-site trial in Germany covering a 2-years-period after inpatient rehabilitation. *BMC Psychiatry*, 16, Article 279. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0990-7>
- Tajfel, H., & Turner, J. (2001). An integrative theory of intergroup conflict. I M. A. Hogg & D. Abrams (Eds.), *Intergroup relations: Essential readings* (ss. 94-109). Psychology Press.
- Tambuyzer, E., Pieters, G., & Van Audenhove, C. (2014). Patient involvement in mental health care: one size does not fit all. *Health Expect*, 17(1), 138-150. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00743.x>
- Tan, K. A., & Fernandez, A. (2018). Examining the Reliability and Factor Structure of the Malay Version of the Recovery Self-Assessment in a Sample of Individuals With Schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*, 41(4), 336-340. <https://doi.org/10.1037/prj0000308>
- Temme, L. J., & Kopak, A. M. (2016). Maximizing recovery through the promotion of mindfulness and spirituality [Article]. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 35(1/2), 41-56. <https://doi.org/10.1080/15426432.2015.1067591>
- Terry, G., Hayfield, N., Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic Analysis. I C. Willig & W. S. Rogers (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology* (ss. 17-36). SAGE Publications Ltd.
- Teruya, C., & Hser, Y. I. (2010). Turning points in the life course: current findings and future directions in drug use research. *Current Drug Abuse Review*, 3(3), 189-195. <https://doi.org/10.2174/1874473711003030189>
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C. (2012). Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr076>
- The jamovi project. (2020). *jamovi*. I (Version 1.2.27) jamovi. Retrived from <https://www.jamovi.org>

- Thege, B. K., Ham, E., & Ball, L. C. (2017). A Factor Analytic Investigation of the Person-in-Recovery and Provider Versions of the Revised Recovery Self-Assessment (RSA-R). *Evaluation & the health professions, 40*(4), 505-516.
<https://doi.org/10.1177/0163278716674247>
- Thomas, E. C., Despeaux, K. E., Drapalski, A. L., & Bennett, M. (2018). Person-Oriented Recovery of Individuals With Serious Mental Illnesses: A Review and Meta-Analysis of Longitudinal Findings. *Psychiatr Serv, 69*(3), 259-267.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700058>
- Thomas, J., O'Mara-eves, A., Harden, A., & Newman, M. (2017). Synthesis Methods for Combining and Configuring Textual or Mixed Methods Data. I D. A. Gough, S. Oliver, & J. Thomas (Eds.), *An introduction to systematic reviews* (2 ed., ss. 181-209). SAGE.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg. ed.). Fagbokforlaget.
- Timko, C. P., Schultz, N. R. M. A., Britt, J. M. S., & Cucciare, M. A. P. (2016). Transitioning From Detoxification to Substance Use Disorder Treatment: Facilitators and Barriers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 70*, 64.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2016.07.010>
- Tsai, J., & Salyers, M. P. (2010). Recovery Orientation in Hospital and Community Settings. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 37*(3), 385-399.
<https://doi.org/10.1007/s11414-008-9158-7>
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2015). Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GPs, mental health and addiction specialists and clients. *International Journal of Social Psychiatry, 61*(6), 539-549. <https://doi.org/10.1177/0020764014562051>
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence, 131*(1-2), 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Van Hout, M. C., & McElrath, K. (2012). Service user involvement in drug treatment programmes: Barriers to implementation and potential benefits for client recovery. *Drugs-Education Prevention and Policy, 19*(6), 474-483.
<https://doi.org/10.3109/09687637.2012.671860>

- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandeveld, S. (2013). Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective. *The Scientific World Journal*, 2013, 427817. <https://doi.org/10.1155/2013/427817>
- Verdens helseorganisasjon. (1999). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Universitetsforlaget.
- Verdens helseorganisasjon. (2019, January 2nd). *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*. Hentet 2nd January fra https://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- Verdens helseorganisasjon, & FN's kontor for narkotika og kriminalitet. (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing* (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO). https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_2020.pdf
- Veseth, M., Binder, P.-E., Borg, M., & Davidson, L. (2017). Collaborating to stay open and aware: Service user involvement in mental health research as an aid in reflexivity. *Nordic Psychology*, 69(4), 256-263. <https://doi.org/10.1080/19012276.2017.1282324>
- Vogus, T. J., Gallan, A., Rathert, C., El-Manstrly, D., & Strong, A. (2020). Whose experience is it anyway? Toward a constructive engagement of tensions in patient-centered health care. *Journal of Service Management*, 31(5), 979-1013. <https://doi.org/10.1108/josm-04-2020-0095>
- Volker, R., Bernhard, B., Anna, K., Fabrizio, S., Robin, R., Jessica, P., Rudolf, S., Lucia, D., Jürgen, R., Franz, H., Christine, S., & Norbert, S. (2010). Burnout, coping and job satisfaction in service staff treating opioid addicts—from Athens to Zurich. *Stress and Health*, 26(2), 149-159. <https://doi.org/10.1002/smi.1276>
- von Greiff, N., & Skogens, L. (2014). The mechanisms of treatment – client and treatment staff perspectives on change during treatment for alcohol problems. *Nordic Social Work Research*, 4(2), 129-143. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2013.834840>
- von Greiff, N., & Skogens, L. (2019). Understanding the concept of the therapeutic alliance in group treatment for alcohol and drug problems. *European Journal of Social Work*, 22(1), 69-81. <https://doi.org/10.1080/13691457.2017.1341388>
- Wagner, T., Krampe, H., Stawicki, S., Reinhold, J., Jahn, H., Mahlke, K., Barth, U., Sieg, S., Maul, O., Galwas, C., Aust, C., Kroner-Herwig, B., Brunner, E., Poser, W., Henn, F., Ruther, E., & Ehrenreich, H. (2004). Substantial decrease of psychiatric comorbidity

- in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment - results of a prospective study. *Journal of Psychiatric Research*, 38(6), 619-635.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.04.007>
- Wahler, E. A., & Otis, M. D. (2014). Social Stress, Economic Hardship, and Psychological Distress as Predictors of Sustained Abstinence from Substance Use After Treatment. *Substance Use & Misuse*, 49(13), 1820-1832.
<https://doi.org/10.3109/10826084.2014.935789>
- Wakeman, S. E., Metlay, J. P., Chang, Y., Herman, G. E., & Rigotti, N. A. (2017). Inpatient Addiction Consultation for Hospitalized Patients Increases Post-Discharge Abstinence and Reduces Addiction Severity. *Journal of general internal medicine*, 32(8), 909-916. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s11606-017-4077-z>
- Waldemar, A. K., Arnfred, S. M., Petersen, L., & Korsbek, L. (2016). Recovery-Oriented Practice in Mental Health Inpatient Settings: A Literature Review. *Psychiatr Serv*, 67(6), 596-602. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400469>
- Waldemar, A. K., Esbensen, B. A., Korsbek, L., Petersen, L., & Arnfred, S. (2019). Recovery-oriented practice: Participant observations of the interactions between patients and health professionals in mental health inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 318-329. <https://doi.org/10.1111/inm.12537>
- Waljee, J., McGlinn, E. P., Sears, E. D., & Chung, K. C. (2014). Patient expectations and patient-reported outcomes in surgery: A systematic review. *Surgery*, 155(5), 799-808. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.surg.2013.12.015>
- Walton, M. T., & Hall, M. T. (2016). The Effects of Employment Interventions on Addiction Treatment Outcomes: A Review of the Literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 16(4), 358-384. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2016.1235429>
- West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of addiction* (Second edition. ed.). John Wiley & Sons Inc.
- White, W. (2008). *Recovery management and recovery-oriented systems of care*. Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, Northeast Addiction Technology Transfer Center, & Philadelphia Department of Behavioral Health and Mental Retardation Services.
- Whitley, R., & Drake, R. E. (2010). Recovery: A Dimensional Approach. *Psychiatr Services*, 61(12), 1248-1250. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.12.1248>
- Wiessing, L., Ferri, M., Darke, S., Simon, R., & Griffiths, P. (2018). Large variation in measures used to assess outcomes of opioid dependence treatment: A systematic

- review of longitudinal observational studies. *Drug and Alcohol Review*, 37, S323-S338. <https://doi.org/10.1111/dar.12608>
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94-104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>
- Willenbring, M. L. (2010). The past and future of research on treatment of alcohol dependence. *Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 33(1-2), 55-63. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3887506/pdf/arh-33-1_2-55.pdf
- Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Le Boutillier, C., Oades, L., & Slade, M. (2012). Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(11), 1827-1835. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0484-y>
- Witiw, C. D., Mansouri, A., Mathieu, F., Nassiri, F., Badhiwala, J. H., & Fessler, R. G. (2018). Exploring the expectation-actuality discrepancy: a systematic review of the impact of preoperative expectations on satisfaction and patient reported outcomes in spinal surgery [Review]. *Neurosurgical Review*, 41(1), 19-30. <https://doi.org/10.1007/s10143-016-0720-0>
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Worley, J. (2017). Recovery in Substance Use Disorders: What to Know to Inform Practice. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(1), 80-91. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1245375>
- Wännström, I., Peterson, U., Åsberg, M., Nygren, A., & Gustavsson, J. P. (2009). Psychometric properties of scales in the General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work (QPS(Nordic)): Confirmatory factor analysis and prediction of certified long-term sickness absence. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(3), 231-244. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00697.x>
- Yang, T.-C., Park, K., & Matthews, S. A. (2020). Racial/ethnic segregation and health disparities: Future directions and opportunities. *Sociology Compass*, 14(6), e12794. <https://doi.org/10.1111/soc4.12794>

- Yates, R. (2015). Recovery Capital, Addiction Theory, and the Development of Recovery Communities. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 1(2), 96-112.
<https://doi.org/10.15805/addicta.2014.1.2.054>
- Ye, S., Pan, J.-Y., Wong, D. F. K., & Bola, J. R. (2013). Cross-Validation of Mental Health Recovery Measures in a Hong Kong Chinese Sample. *Research on Social Work Practice*, 23(3), 311-325. <https://doi.org/10.1177/1049731512471861>
- Zäske, H. (2017). The Influence of Stigma on the Course of Illness. I W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius (Eds.), *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (ss. 141-155). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_8
- Ødegård, E. (1995). Holdninger til virkemidler i narkotikapolitikken i Norge. *Nordisk Alkoholtidsskrift*, 12(1), 13-20.
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/145507259501200108>
- Ådnanes, M., Høiseth, J. R., Magnussen, M., Thaulow, K., & Kaspersen, S. L. (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer* (Rapport 2). SINTEF. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf
- Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Melby, L., & Lassemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus - fagfolks erfaringer første året* (Rapport 1). SINTEF.
https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef-2020_00064-evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus.pdf



Dagny Adriaenssen Johannessen
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 22.11.2017

Vår ref: 56577 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 13.10.2017 for prosjektet:

56577 *Oppfølging, mental helse og livskvalitet etter endt døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*
Behandlingsansvarlig *Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig *Dagny Adriaenssen Johannessen*

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.08.2021 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10 / anne-mette.somby@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering



FORMÅL

Nasjonale brukerundersøkelser viser at inneliggende pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) opplever å bli for dårlig forberedt på tiden etter endt døgnbehandling. Temaet for dette forskningsprosjektet er hvilken betydning intervensjon i TSB har for pasientenes mentale helse, livskvalitet og opplevelse av å bli forberedt på hverdagen etter endt døgnbehandling.

Formålet med forskningsprosjektet er å undersøke hvorvidt intervensjoner med fokus på oppfølging under døgnbehandling i TSB kan påvirke pasientens mentale helse og livskvalitet etter endt rusbehandling.

REK har vurdert at prosjektet ikke omfattes av Helseforskningslovens bestemmelser. I og med at prosjektet skal innhente sensitive personopplysninger må prosjektet ha en tilrådning fra personvernombudet før oppstart.

REKRUTTERING

Deltakere ved de ulike institusjonene rekrutteres av ansatte der. Personvernombudet legger til grunn at institusjonene formidler interesse fra sine brukere til forsker på en slik måte at taushetsplikten ivaretas. Vi anbefaler ikke at stipendiaten rekrutterer deltakere fra egen arbeidsplass.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget skal informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men det må tilføyes at prosjektet er tilrådd av personvernombudet for forskning ved NSD - Norsk senter for forskningsdata AS. Vi gjør oppmerksom på at det ikke er et krav å beholde datamaterialet i fem år etter prosjektslutt for prosjekter som ikke er underlagt Helseforskningslovens bestemmelser, og at denne setningen bør fjernes fra informasjonsskrivet.

SENSITIVE DATA

I meldeskjemaet er det ikke angitt at det skal behandles sensitive opplysninger. I og med at det i intervjuguide og spørreskjema stilles en rekke spørsmål om helse vil det inngå sensitive opplysninger i datamaterialet. Vi har derfor endret dette punktet og vurderer at det kan behandles sensitive personopplysninger om helseforhold .

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 31.08.2021. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner 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)
- slette digitale lydopptak

Melding

15.01.2020 07:48

Vedlegg 2

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 883511 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

BAKGRUNN

Behandlingen av personopplysninger ble opprinnelig meldt inn til NSD 13.10.2017 (NSD sin ref: 56577) og vurdert under personopplysningsloven som var gjeldende på det tidspunktet.

11.12.2019 meldte prosjektleder inn en endring av prosjektet. Endringen gjelder at det skal gjennomføres en spørreundersøkelse blant ansatte ved langtids (6 mnd eller mer) døgnbehandling for rusavhengighet med avtale med et av de fire regionale helseforetakene. REK har vurdert at prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde (REK sin ref. 2017/1531 REK sør-øst B).

Det er vår vurdering at behandlingen/hele prosjektet vil være i samsvar med den gjeldende personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 15.01.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan fortsette.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.08.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

TSD er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lise A. Haveraaen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Hege Holde Andersson	22845514	11.10.2017	2017/1531 REK sør-øst B
			Deres dato:	Deres referanse:
			08.08.2017	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Amy Østertun Geirdal
Blå Kors Norge

2017/1531 Oppfølging, mental helse og livskvalitet etter endt døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 20.09.2017. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

Forskningsansvarlig: Blå Kors Norge
Prosjektleder: Amy Østertun Geirdal

Prosjektleders prosjektbeskrivelse

«I Norge er det forsket lite på hvordan forberedelser på tiden etter rusbehandling påvirker pasientenes mentale helse og livskvalitet etter endt døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Slik forskning er etterspurt både fra politisk hold og fra feltet. Formålet med forskningsprosjektet er å undersøke hvorvidt intervensjoner med fokus på oppfølging under behandling i TSB kan påvirke pasientens mentale helse og livskvalitet. Metode: Personer i døgnbehandling i TSB vil inviteres til å delta i en mixed methods longitudinell studie hvor både kvalitativ og kvantitativ metode anvendes. Kvalitative data vil innhentes ved bruk av fokusgruppeintervjuer med inneliggende pasienter og basert på intervjuguide. Forberedelser på hverdagen etter endt rusbehandling er sentralt i dette. Kvantitative data innhentes ved bruk av valide og reliable spørreskjema som måler mental helse og livskvalitet ved oppstart av (baseline), ved avslutning av og 8 måneder etter endt døgnbehandling.»

Komiteens vurdering

Slik komiteen forstår prosjektet er formålet å se på om intervensjoner som fokuserer på oppfølging under behandling i TSB kan påvirke pasienters mentale helse og livskvalitet. Man ønsker å se på om det å forberede innlagte pasienter på tiden etter rusbehandlingen kan påvirke mental helse og livskvalitet.

Komiteen mener prosjektet fremstår som kvalitetssikring av et etablert behandlingstilbud. Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, det vil si «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom», jf. helseforskningsloven § 2, jf. § 4. Komiteen anser ikke at prosjektet omfattes av helseforskningslovens virkeområde sett hen til prosjektets formål. Det kreves ingen forhåndsgodkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning, og det faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Emblem
professor, dr. med.
leder REK sør-øst B

Hege Holde Andersson
komitésekretær

Kopi til:

- *Doktorgradsstipendiat Dagny Adriaenssen Johannessen, Blå Kors Norge*
- *Blå Kors Norge ved øverste administrative ledelse*

Oppfølging etter endt døgnbehandling for rusavhengighet

Bakgrunn

Dette er en invitasjon til deg om å delta i en studie hvor målet er å undersøke hvilken betydning intervensjon i *tverrfaglig spesialisert rusbehandling* (TSB) har for mental helse, livskvalitet og oppfølging etter endt døgnbehandling.

Du blir invitert til å delta i denne studien på bakgrunn av at du er i døgnbehandling i TSB.

Forsker i prosjektet jobber ved Blå Kors behandlingssenter Slemdal i Oslo. Studien inngår i forskers doktorgradsforløp ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). Forsker gjennomfører de praktiske formålene og har det daglige ansvaret for prosjektet, mens professor Amy Østertun Geirdal ved HiOA veileder doktorgradsprosjektet og fungerer som prosjektleder for studien.

Beskrivelse av prosjekt og hensikt

Prosjektet består av en spørreundersøkelse og fokusgruppeintervjuer. Dette er en forespørsel om å delta i et **fokusgruppeintervju**.

I fokusgruppeintervjuet er hensikten å undersøke i hvilken grad du opplever å bli forberedt på hverdagen etter endt døgnbehandling. Pasienter som har vært i behandling i minst 5 måneder inviteres til å delta. Fokusgruppeintervjuet vil bli gjennomført som en gruppesamtale med 6-9 personer og med utgangspunkt i temaet oppfølging og *tiden etter endt døgnbehandling*. Fokusgruppeintervjuet vil ta cirka 1,5-2 timer og vil gjennomføres på ett tidspunkt i perioden mellom 1. mars 2018 og 1. september 2018. Gruppesamtalen vil bli tatt opp på lydbånd og skrevet ned for å unngå å gå glipp av viktig informasjon.

Studien er en del av et større forskningsprosjekt med en tilhørende spørreundersøkelse. I spørreundersøkelsen er hensikten å kartlegge hvordan deltakerne opplever sin livskvalitet, hvorvidt deltakerne har brukt rusmidler den siste tiden og hvor tilfreds deltakerne er med mottatt behandlingen.

Mulige fordeler og ulemper

Resultatene fra studien vil gi nyttig kunnskap, og vil kunne bidra til å utvikle nye oppfølgingstiltak i tiden etter endt døgnbehandling. Selv om temaer som blir tatt opp i fokusgruppeintervjuet vil kunne sette i gang tanker og følelser som oppleves som ubehagelige, er det ikke forventet at deltakelse i studien vil føre til uheldige følelsesmessige konsekvenser for deg. Hvis du allikevel skulle ha behov for en samtale etter at fokusgruppen er gjennomført, er du velkommen til å ta kontakt med kontaktperson ved behandlingsinstitusjonen, forskeren eller prosjektets brukerrepresentant.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Kodenøkkel, lydopptak og annen sensitiv informasjon vil bli oppbevart i et låsbart skap og på en PC beskyttet med passord fram til den er anonymisert eller slettet.

Forsker har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert, og slettet senest fem år etter prosjektslutt.

Godkjenning

Prosjektet er søkt godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK sør-øst avgjorde i møte 20.09.2017 at prosjektet er av en slik karakter at det ikke kreves forhåndsgodkjenning fra REK (referanse; 2017/1531).

Norsk senter for forskningsdata (NSD) godkjente 22.11.2017 at forskningsprosjektet kunne igangsettes (ref: 56577 / 3 / AMS).

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du ta kontakt med undertegnede.

Med vennlig hilsen

Dagny Adriaenssen Johannessen

PhD kandidat/forsker

Telefon: 934 41 516

E-post: dagny.johannessen@blakors.no

Prosjektets brukerrepresentant

Johan Lothe

Daglig leder, WayBack Oslo

Telefon: 415 82 660

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet

Oppfølging etter endt døgnbehandling for rusavhengighet

Informert samtykke

Jeg.....

BLOKKBOKSTAVER

ønsker å delta i forskningsprosjektets fokusgruppeintervju

.....

Dato

.....

Signatur

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Oppfølging etter endt døgnbehandling for rusavhengighet

Bakgrunn

Dette er en invitasjon til deg om å delta i en studie hvor målet er å undersøke hvilken betydning intervensjon i *tverrfaglig spesialisert rusbehandling* (TSB) har for mental helse, livskvalitet og oppfølging etter endt døgnbehandling.

Du blir invitert til å delta i denne studien på bakgrunn av at du er i døgnbehandling i TSB.

Forsker i prosjektet jobber ved Blå Kors behandlingssenter Slemdal i Oslo. Studien inngår i forskers doktorgradsforløp ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). Forsker gjennomfører de praktiske formålene og har det daglige ansvaret for prosjektet, mens professor Amy Østertun Geirdal ved HiOA veileder doktorgradsprosjektet og fungerer som prosjektleder for studien.

Beskrivelse av prosjekt og hensikt

Prosjektet består av en spørreundersøkelse og fokusgruppeintervjuer. Dette er en forespørsel om å delta i et **fokusgruppeintervju**.

I fokusgruppeintervjuet er hensikten å undersøke i hvilken grad du opplever å bli forberedt på hverdagen etter endt døgnbehandling. Pasienter som har vært i behandling i minst 5 måneder inviteres til å delta. Fokusgruppeintervjuet vil bli gjennomført som en gruppesamtale med 6-9 personer og med utgangspunkt i temaet oppfølging og *tiden etter endt døgnbehandling*. Fokusgruppeintervjuet vil ta cirka 1,5-2 timer og vil gjennomføres på ett tidspunkt i perioden mellom 1. mars 2018 og 1. september 2018. Gruppesamtalen vil bli tatt opp på lydbånd og skrevet ned for å unngå å gå glipp av viktig informasjon.

Studien er en del av et større forskningsprosjekt med en tilhørende spørreundersøkelse. I spørreundersøkelsen er hensikten å kartlegge hvordan deltakerne opplever sin livskvalitet, hvorvidt deltakerne har brukt rusmidler den siste tiden og hvor tilfreds deltakerne er med mottatt behandlingen.

Mulige fordeler og ulemper

Resultatene fra studien vil gi nyttig kunnskap, og vil kunne bidra til å utvikle nye oppfølgingstiltak i tiden etter endt døgnbehandling. Selv om temaer som blir tatt opp i fokusgruppeintervjuet vil kunne sette i gang tanker og følelser som oppleves som ubehagelige, er det ikke forventet at deltakelse i studien vil føre til uheldige følelsesmessige konsekvenser for deg. Hvis du allikevel skulle ha behov for en samtale etter at fokusgruppen er gjennomført, er du velkommen til å ta kontakt med kontaktperson ved behandlingsinstitusjonen, forskeren eller prosjektets brukerrepresentant.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Kodenøkkel, lydopptak og annen sensitiv informasjon vil bli oppbevart i et låsbart skap og på en PC beskyttet med passord fram til den er anonymisert eller slettet.

Forsker har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert, og slettet senest fem år etter prosjektslutt.

Godkjenning

Prosjektet er søkt godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK sør-øst avgjorde i møte 20.09.2017 at prosjektet er av en slik karakter at det ikke kreves forhåndsgodkjenning fra REK (referanse; 2017/1531).

Norsk senter for forskningsdata (NSD) godkjente 22.11.2017 at forskningsprosjektet kunne igangsettes (ref: 56577 / 3 / AMS).

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du ta kontakt med undertegnede.

Med vennlig hilsen

Dagny Adriaenssen Johannessen

PhD kandidat/forsker

Telefon: 934 41 516

E-post: dagny.johannessen@blakors.no

Prosjektets brukerrepresentant

Johan Lothe

Daglig leder, WayBack Oslo

Telefon: 415 82 660

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet

Oppfølging etter endt døgnbehandling for rusavhengighet

Informert samtykke

Jeg.....

BLOKKBOKSTAVER

ønsker å delta i forskningsprosjektets fokusgruppeintervju

.....

Dato

.....

Signatur

Vil du delta i spørreundersøkelsen

“Behandlingsformer og miljø i døgnbehandling for rusavhengighet”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en spørreundersøkelse om ansattes opplevelse av miljøet i døgnbehandling for rusavhengighet.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om formålet med spørreundersøkelsen og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med spørreundersøkelsen er å kartlegge hvordan ansatte i døgnbehandling for rusavhengighet vurderer miljøet og behandlingsformen ved avdelingen hvor de jobber. Den første delen av spørreundersøkelsen inkluderer spørsmål knyttet til behandlingsformen for pasienter som er i slutfasen av sitt behandlingsopphold. De siste spørsmålene omhandler ansattes opplevelse av mestring og utfordringer knyttet til sin arbeidshverdag. Spørreundersøkelsen vil ta omkring 15 minutter å besvare.

Besvarelsene skal benyttes for å drøfte hvordan behandlingsformen og miljøet bidrar til å støtte pasientens endringsprosess.

Spørreundersøkelsen er en del av et doktorgradsprosjekt om overgangen mellom døgnbehandling for rusavhengighet og tiden etter utskriving.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Stipendiat, Dagny Adriaenssen Johannessen, har det daglige ansvaret for forskningsprosjektet.

Stipendiaten blir veiledet av Professor Amy Østertun Geirdal ved OsloMet – Storbyuniversitetet, og Professor Trond Nordfjærn ved Institutt for psykologi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, under prosjektperioden.

Stipendiaten er tilsatt ved Blå Kors Øst, og tilknyttet OsloMet – Storbyuniversitetet sitt program for Sosialt arbeid og sosialpolitikk.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir invitert til å besvare spørreundersøkelsen fordi du er ansatt ved en avdeling som tilbyr langtids døgnbehandling for rusavhengighet. Alle behandlingssenheter som tilbyr langvarig døgnbehandling for rusavhengighet i Norge, blir invitert til å delta i spørreundersøkelsen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta, innebærer det at du besvarer et spørreskjema. Det vil ta deg omkring 15 minutter å svare på spørsmålene. Spørreundersøkelsen inkluderer spørsmål om hvordan du vurderer behandlingspraksisen i avdelingen hvor du jobber, samt spørsmål knyttet til din arbeidssituasjon. Dine svar blir registrert elektronisk og lagres trygt på Tjenester for Sensitiv Data (TSD).

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i spørreundersøkelsen. Når du har besvart spørreundersøkelsen vil svarene ikke kunne spores tilbake til deg. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke ønsker å delta.

Hvis du ønsker å delta gir du ditt samtykke ved å svare *ja* på det første spørsmålet i spørreundersøkelsen.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil kun bruke opplysningene du oppgir til formålene som er beskrevet ovenfor. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Din besvarelse vil bli lagret på Tjenester for Sensitiv Data (TSD), som er en sikker database som oppfyller kravene for lagring av persondata. Det er kun stipendiaten som har tilgang til databasen og besvarelsene.

Besvarelsene fra spørreundersøkelsen vil ikke bli gjengitt enkeltvis og din besvarelse vil ikke kunne gjenkjennes ved publisering av resultatene.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.08.2021 og din besvarelse vil bli slettet innen denne datoen.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet – Storbyuniversitetet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket (referanse: 883511).

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- OsloMet – Storbyuniversitetet ved Dagny Adriaenssen Johannessen på epost (dagnjo@oslomet.no) eller telefon: 93 44 15 16
- Vårt personvernombud: Inger Johanne Flatland, OsloMet – Storbyuniversitetet på epost (ingerjf@oslomet.no) eller telefon: 67236087.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Amy Østertun Geirdal
(Professor og veileder)

Dagny Adriaenssen Johannessen
(Stipendiat)

Samtykkeerklæring (elektronisk i Nettskjema)

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Behandlingsformer og miljø i døgnbehandling for rusavhengighet*, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i spørreundersøkelsen, og til:

- at mine opplysninger behandles og lagres i Tjenester for Sensitiv Data (TSD) frem til prosjektet er avsluttet senest i august 2021

(Elektronisk samtykke avgis ved å hake av en boks på første side i spørreundersøkelsen)

Intervjuguide: Fokusgruppeintervju

Introduksjon: Personer i døgnbehandling for rusavhengighet rapporterer at de opplever å være for dårlig forberedt på tiden etter utskriving. Dette fokusgruppestudiet tar sikte på å undersøke hvilke forventninger personer i døgnbehandling har til overgangen til og tiden etter utskriving.

Forberedelse på hverdagen etter utskriving fra døgnopphold

1. Kan dere fortelle meg noe om hva ettervern innebærer for dere?

Oppfølgingsspørsmål:

2. Hvordan kan man **forberede seg** på tiden etter utskriving?
3. Hvordan **samarbeider dere med deres behandlingsteam** for å forberede tiden etter utskriving?
4. Hvordan opplever dere å ha **medbestemmelse** på innholdet i oppfølgingstiltakene og hverdagen etter endt døgnbehandling?
5. Hvilke **mestringsstrategier** for å håndtere utfordringer i tiden etter utskriving, lærer dere?

Videre oppfølgingsspørsmål, mestre og håndtere.

6. Er det noe i behandlingen som er spesielt til hjelp for å mestre **utfordringer på permisjoner** under behandlingsforløpet?
7. Lærer dere spesielle mestringsstrategier for å håndtere **utfordringer på permisjoner** i behandlingen?

Videre oppfølgingsspørsmål, hverdagen

7. Hvordan er samarbeidet med behandlingsteam og hjemkommunen for å få en **trygg bosituasjon** etter endt døgnbehandling?
8. Hvordan samarbeider dere med deres behandlingsteam og hjemkommunen for å få en **avklart økonomisk situasjon** etter endt døgnbehandling?
9. Hvordan samarbeider dere med deres behandlingsteam og hjemkommunen for å ha et godt **støtteapparat** etter endt døgnbehandling?
10. Hvordan jobber dere med deres behandlingsteam og hjemkommunen for få et godt **nettverk** etter endt døgnbehandling?
11. Hvordan jobber dere med deres behandlingsteam og hjemkommunen med **relasjonen til pårørende**?
12. Hvordan samarbeider dere med deres behandlingsteam og hjemkommunen for å ha **arbeid** eller annen **meningsfylt aktivitet** etter endt døgnbehandling?

Behandlingsformer og miljø i døgntilrettelagt behandling for rusavhengighet

Formålet med spørreundersøkelsen er å kartlegge hvordan ansatte som jobber i døgntilrettelagt behandling for rusavhengighet vurderer behandlingspraksisen og miljøet ved avdelingen hvor de jobber.

Spørreundersøkelsen vil ta omkring 15 minutter å besvare.

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet "Behandlingsformer og miljø i døgntilrettelagt behandling for rusavhengighet", og har fått anledning til å stille spørsmål. *

Jeg samtykker til å delta i spørreundersøkelsen, og til:

- at mine besvarelser blir behandlet og lagret på Tjenester for Sensitiv Data (TSD) fram til prosjektet avsluttes i august 2021

Bakgrunnsspørsmål

Hva er din alder? *

Besvar i *antall år*

Kjønn *

- Kvinne
- Mann
- Annet

Hvor mange år har du arbeidet med rusproblematikk? *

Besvar i *antall år*

Hvor mange år har du arbeidet med rusproblematikk i døgntilrettelagt behandling? *

Besvar i *antall år*

Hva er du ansatt som ved avdelingen? *

- Sykepleier
- Vernepleier
- Sosionom

- Lege
- Psykolog
- Erfaringskonsulent
- Psykiater
- Miljøterapeut
- Annet

Utdyp

- i Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Hva er du ansatt som ved avdelingen?»

Jobber du direkte med pasientene ved avdelingen? *

- Ja
- Nei
- Annet

Utdyp

- i Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei» er valgt i spørsmålet «Jobber du direkte med pasientene ved avdelingen?»

Utdyp

- i Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Jobber du direkte med pasientene ved avdelingen?»

Gjennom følgende spørsmål ønsker vi å samle inn informasjon om ansattes vurdering av behandlingspraksis ved avdelingen hvor de jobber.

Tenk spesielt på behandlingspraksisen for pasienter som er i den siste delen av behandlingen eller utskrivingsfasen når du besvarer spørsmålene.

Angi hvor enig du er i at følgende påstander gjenspeiler oppgaver, verdier og behandlingsformen ved avdelingen hvor du er ansatt.

Helt uenig Delvis uenig Nøytral Delvis enig Helt enig Ikke relevant Vet ikke

Pasienter og personal oppmuntres til å ta sjanser og prøve nye ting *

Pasientene er involvert i å tilrettelegge for opplæring av personalet og internundervisning ved denne avdelingen *

Personalet har kunnskap om relevante bruker- og interesseorganisasjoner og aktiviteter i lokalsamfunnet *

Grupper, møter og andre aktiviteter kan gjennomføres på kveldstid eller i helgene slik at de ikke er til hinder for andre endringsfremmende aktiviteter, slik som arbeid eller skole *

Denne avdelingen forsøker aktivt å knytte pasienter til personer med egenerfaring, som kan være forbilder eller mentorer ved å henvise til selvhjelpstiltak, bruker- og interesseorganisasjoner og brukerstyrte tiltak *

Denne avdelingen tilbyr en rekke behandlingsalternativer som pasientene kan velge mellom (dvs. individualterapi, gruppeterapi, likepersonsstøtte, alternativ behandling, behandling med medisiner) *

Mål som oppnås av pasienter eller personalet blir formelt anerkjent og feiret ved denne avdelingen *

Pasientene er jevnlig med på å evaluere behandlingsprogrammet, tjenester ved avdelingen og personalet ved avdelingen *

Personalet snakker til daglig på en måte som skaper håp, høye forventninger og respekt *

Personalet spiller en viktig rolle i å hjelpe pasienter til å involvere seg i aktiviteter som ikke er relatert til deres erfaring med psykisk lidelse eller rusavhengighet *

Prosedyrer for å henvise videre til andre helsetjenester er på plass dersom avdelingen ikke kan imøtekomme pasientens behov *

Personalet bidrar aktivt med å

hjelpe pasienter til å utarbeide

<p>hjelp pasienter til å utarbeide planer for sysselsetting og mål som går utover stabilisering og håndtering av symptomer *</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Personalet er ulike når det gjelder kultur, etnisitet, livsstil, og interesser *</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Representanter fra pasientgruppen er faste medlemmer i styret og deltar fast på ledermøter *</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>I denne avdelingen får pasienter som det går bra med like mye oppmerksomhet som pasienter som har det vanskelig *</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Personalet bistår pasientene i å nå sine mål knyttet til utdanning og/eller arbeid *</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Pasientene samarbeider med personalet i utviklingen av nye tilbud, tjenester og behandlingsprogrammer *</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Personalet hjelper aktivt pasientene til å bli involvert i aktiviteter som bidrar til lokalsamfunnet, slik som frivillig arbeid *</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Denne avdelingen gir pasienter, pårørende og ansatte mulighet til å lære om det å være i en endringsprosess for å få det bedre *</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Personalets rolle er å bidra til at pasientene oppnår sine individuelt definerte mål og ønsker *</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Premissene for å forlate eller fullføre behandlingsprogrammet er klart definert og blir diskutert med pasientene ved innleggelse *</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Behandlingstjenestens primærfokus er utvikling av pasientens hobbyer og fritidsinteresser *</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Personalet har tro på at pasientene kan få til endring og ta selvstendige valg knyttet til sitt liv og behandlingen *</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gjennom følgende spørsmål ønsker vi å samle inn informasjon om ansattes vurdering av krav, utfordringer og mestring i sin arbeidshverdag ved avdelingen.

	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid
Er arbeidsmengden din ujevn slik at den hoper seg opp? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Må du arbeide overtid? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er det nødvendig å arbeide i et høyt tempo? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du for mye å gjøre? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er dine spesialkunnskaper og ferdigheter nyttige i arbeidet ditt? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er arbeidet ditt utfordrende på en positiv måte? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ser du på arbeidet ditt som meningsfylt? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er du fornøyd med kvaliteten på arbeidet du utfører? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er du fornøyd med mengden arbeid du får gjort? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er du fornøyd med din evne til å løse problemer som dukker opp? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er du fornøyd med din evne til å ha et godt forhold til dine arbeidskollegaer? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Takk for ditt bidrag!

Artikkel I

Johannessen, D. A., Nordfjærn, T., & Geirdal, A. Ø. (2019). Change in psychosocial factors connected to coping after inpatient treatment for substance use disorder: a systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 14(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0210-9>

REVIEW

Open Access



Change in psychosocial factors connected to coping after inpatient treatment for substance use disorder: a systematic review

Dagny Adriaenssen Johannessen^{1,3*} , Trond Nordfjærn² and Amy Østertun Geirdal³

Abstract

Background: Among the adult population worldwide, about 0.5% has illicit drug use disorder (DUD) and about 5% has alcohol use disorder (AUD). Dependency on alcohol, medication or illicit drugs are recognised as risk factors for disabling disease and early death. Treatment for substance use disorders (SUD) is important in promoting persistent abstinence and may be perceived as a valuable public health measure. The current systematic review aims at exploring how psychosocial factors connected to recovery capital and coping behaviour, change after inpatient SUD treatment.

Methods: A systematic search was conducted in Campbell Collaboration Library, Cochrane Library, EMBASE, Epistemonikos, Medline, PsychINFO, Social Sciences Citation Index and SocINDEX. Cohort studies on psychosocial outcomes for adults who had attended to inpatient SUD treatment that exceeds 3 months, were included. The outcome of interest was change in psychosocial factors. The search results were identified as *include*, *exclude* or *unclear* by one author and then screened by the second author with a specific focus on studies recognised as unclear. Diverging evaluations of eligibility among the *unclear* studies were resolved by discussion. In case of disagreement, the third author decided the eligibility of the studies in question.

Results: Findings imply an overall progress in mental health, and a potential improvement in employment status and perceived social support after inpatient SUD treatment. Additionally, findings indicate a decrease in substance use from admission to follow-up after discharge from inpatient SUD treatment. These findings are consistent with earlier research on important factors in recovering from SUD. Findings on change in self-efficacy, housing, education and Quality of Life (QoL) however, were scantily researched and were expected to be more prominent outcomes of interest among the included studies.

Conclusion: Due to the substantial resources used to provide SUD treatment, knowledge about recovery capital, like psychosocial factors that facilitate coping behaviour and reintegration to society, should be standardised and used by SUD treatment providers.

Trial Registration: PROSPERO registration ID: [CRD42018087408](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/show_record.php?id=CRD42018087408)

Keywords: Substance-related disorders, Residential treatment, Treatment outcome, Follow-up study, Social adjustment, Recovery capital

* Correspondence: dagnjo@oslomet.no

¹Blue Cross East, Oslo, Norway

³Faculty of Social Sciences, Department of Social Work, Child Welfare and Social Policy, OsloMet – Oslo Metropolitan University, Pb 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo, Norway

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2019 **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Background

About 5 % of the adult population worldwide have used illicit drugs at least once within the previous year. Approximately 10 % of these individuals have drug use disorder [1]. Records from 2014 reveal that more than 200,000 people suffered a drug-related early death worldwide that year, [2] a number which simply is too high. Additionally, half of the world's adult population have consumed alcohol during the prior year, and more than 5 % of the world's population have alcohol use disorder. Alcohol consumption is identified as one of the leading risk factors for disabling disease and shortening of life and represent one of the most prevalent causes of death worldwide [3]. On this background treatment for *substance use disorder* (SUD) may be perceived as a valuable public health measure [1].

Substantial resources are used internationally to provide treatment for SUD, substitution treatment and to treat SUD-related health problems [4]. Still, it is estimated that more than half relapse to substance use in the time after discharge from SUD treatment [5–7], even if relapse does not necessarily mean that the individual proceeds to use the same amount(s) of substance(s) as pre-treatment [8]. In the 10th edition of the *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10), SUD is described as “a cluster of physiological, behavioural, and cognitive phenomena in which the use of a substance or a class of substances takes on a much higher priority for a given individual than other behaviours that once had greater value” (p. 75) [9].

Some scholars have advised against comparing different treatment modalities with each other [10], and conclude that change in psychosocial function tends to occur regardless of modality [11, 12]. For instance, findings from extensive prospective cohort studies of patient outcome after SUD treatment such as the *Drug Abuse Treatment Outcome Study* (DATOS), *Treatment Outcome Prospective Study* (TOPS) and *National Treatment Outcome Research Study* (NTORS), show a clear reduction of substance use after completed treatment [10, 13–18]. Inpatient SUD treatment is considered to be important in promoting persistent abstinence [19] as well as personal, social and environmental change [1].

Much is known about psychosocial factors that facilitates recovery capital and increase the ability to cope in everyday life without substance use. Here, psychosocial factors refer to aspects which are currently conceptualized within the term recovery capital, like social support, housing, meaningful activity (e.g. employment and education), mental health and Quality of Life (QoL). Recovery capital can be described as individual or environmental attributes which facilitate the ability to recover from SUD, such as coping behaviour, and personal, structural and social resources [20–23]. Coping behaviour, which is

embraced by recovery capital, is understood in line with Neale [24], as “managing negative feelings and bodily changes rather than trying to prevent them from occurring” (p. 32). Coping, thus, involves responses or actions taken in a given situation, or, coping behaviour [25]. Examples of facilitating psychosocial factors are social support and housing [24, 26–31], employment and education [6, 24, 26–28, 30, 32], treatment completion and commitment to continued care discharge plans [27, 32, 33]. However, these findings are mostly related to recovering from substance abuse after outpatient treatment, inpatient treatment with a duration of less than 3 months (short-term), peer-support or no treatment, while we know less about change in psychosocial factors after inpatient SUD treatment exceeding 3 months (long-term). Even if long-term inpatient SUD treatment is uncommon in some parts of the world, previous research suggests a better treatment outcome related to protective psychosocial factors, behaviour and maintained abstinence from substance use when comparing short-term with long-term SUD treatment [16, 34–38]. Additionally, long-term inpatient SUD treatment has been recognised as one of the most common modalities [39, 40], and has traditionally been included in extensive treatment outcome studies in the United States and Europe (see e.g. [10, 41–44]). We know less about SUD treatment duration in developing countries, even though SUD appears to be a widespread issue of concern [45].

To our knowledge, there are no systematic reviews to date that have aimed at exploring how psychosocial factors connected to recovery capital, change after long-term inpatient SUD treatment. This study originally aimed at exploring psychosocial factors associated with coping after inpatient SUD treatment. During the analysis process, however, we discovered that the findings also could provide information about *change* in psychosocial factors after inpatient SUD treatment. Therefore, the current systematic review aims to use findings from the systematic search to explore the following research question:

How do psychosocial factors connected to coping, change after inpatient treatment for substance use disorder?

Methods

The overarching objective of a systematic review is to gather, unify and summarise research findings in the purpose to synthesise a new body of knowledge [46]. The current systematic review takes form as a thematic summary and purposes to outline overall findings by exploring differences and similarities among findings from the included studies. The systematic search bases on more or less pre-defined concepts except the sought outcome, namely the psychosocial factors. The search was designed with the purpose of allowing multifarious

psychosocial factors to emerge among the results. The reason for this broad approach was that we wanted to also reveal studies about psychosocial factors that potentially could contribute to elucidate the current aim. The purpose of this review is to generate a body of knowledge about change in psychosocial factors enabling coping behaviour in everyday life after inpatient SUD treatment. Findings will be structured and presented in line with characteristics of the extracted findings from the included study reports.

Search strategy

A set of text words (see Additional file 1) was developed by determining the *Population, Exposure and Outcome* (PEO) [47] of interest, and by exploring definitions, keywords, and indexing of related studies. Based on the included text words, subject headings (see Additional file 2) were identified in each of the included databases, which will be outlined below. Together, the combination of text words and the database-specific subject headings constitute the search string (see Additional file 3) used in the systematic search.

The aim of this review is situated in an intersection point between two research fields; medicine/health and social sciences. Therefore, and because the chosen databases should reflect research that is desirable to explore the aim of interest, the selected databases have their main focus in the field of medicine/health and/or social sciences. A comprehensive search was conducted in Campbell Collaboration Library, Cochrane Library, EMBASE, Epistemonikos, Medline, PsychINFO, Social Sciences Citation Index and SocINDEX. To increase the probability of detecting eligible studies that were not embraced by these databases, a citation search was undertaken in Web of Science. Additional screening for eligible studies was performed within the first 100 hits from an advanced search, using the established set of text words, in Google Scholar (reported as other sources in Fig. 1). To ensure a satisfying quality, the current review has been conducted and reported according to the *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) [48].

Procedure

The search results were combined and controlled for duplicates using EndNote X8. One author (DAJ) eliminated irrelevant studies by screening titles and abstracts. After the first screening, the remaining studies were identified as *include*, *exclude* or *unclear* by the same author (DAJ), and then screened by the second author (TN) with a specific focus on studies which were recognised as *unclear*. Diverging evaluations of eligibility among the *unclear* studies were resolved by discussion.

In case of disagreement, the third author (AØG) decided the eligibility of the *unclear* studies.

The authors developed and pre-piloted a form to extract data of interest from the eligible studies. The relevance of the included studies was evaluated by one author (DAJ), using the *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) [49] 12-point checklist tool, developed to evaluate quality and relevance of included cohort studies. CASP is not recommended as a tool to report the quality-score [49] and has therefore not been further included in the results or discussion.

In cases where an eligible study did not report the data of interest to the current review, the corresponding author was contacted to obtain their opinion. This became applicable in four studies [50–53]. Three of the corresponding authors did not respond within 14 days, and the third author (AØG) determined the eligibility of these studies.

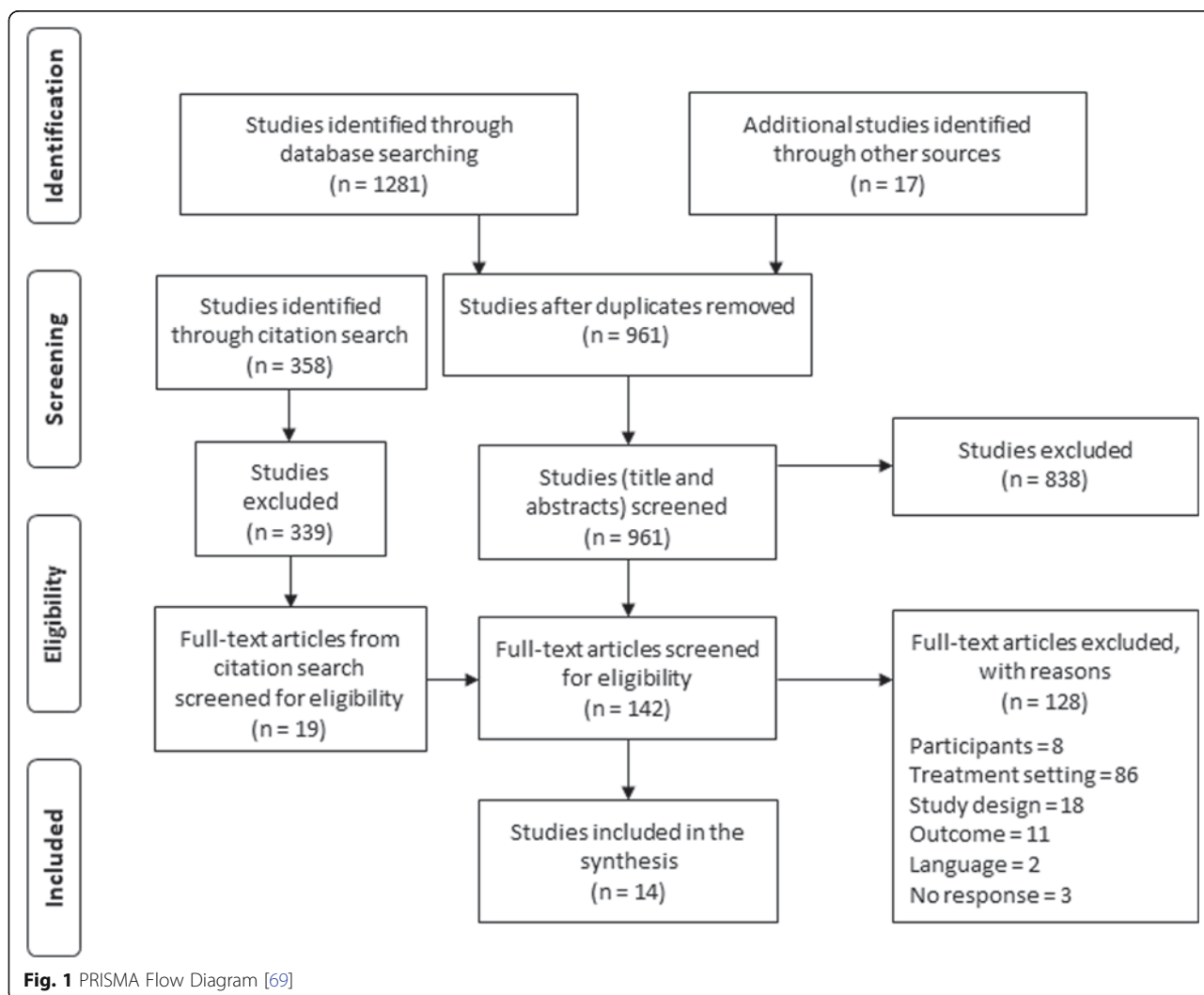
Primary and secondary outcome

The outcome of interest was change in psychosocial factors (e.g. social support, employment, mental health or QoL) after inpatient SUD treatment. Measures revealing prevalence of continued substance use after discharge are considered as the secondary outcome of interest. The reason for this was twofold and partly because the SUD population that are referred to inpatient treatment often strives with multiple psychosocial challenges, comorbidity and to handle everyday life [54–57], and rarely only strives with dependency on substances. Change in psychosocial factors after inpatient SUD treatment has been acknowledged as a valid measure for treatment outcome [1], which also was an important reason for primarily focusing on psychosocial factors.

Inclusion criteria

The results from the systematic search were screened and evaluated for eligibility based on the following pre-determined criteria. **Population:** adult men and women who were 18 years or older. **Exposure:** inpatient SUD treatment with a treatment duration exceeding 3 months. **Outcome:** various psychosocial factors. **Study design:** cohort studies with one or more follow-up measures after discharge from the index treatment. **Reporting:** peer reviewed study reports published in English. The systematic search was conducted without specific timespan-restrictions.

The reason for excluding studies exploring short-term inpatient treatment was the considerable resources used to provide SUD inpatient treatment [4], and that previous research has shown a positive correlation between long-term treatment and a favourable treatment outcome [16, 58]. This correlation can, however, occur as a result of the extended treatment duration and the



opportunity this gives for more detailed observations. The reason for excluding outpatient treatment was to reach studies with a SUD population that strives with multiple psychosocial challenges and comorbidity, and who struggles to handle everyday life (e.g. attending appointments, living at home, attend to work or activity, maintain daily routines), which often is the case for those who are referred to inpatient treatment [54–57]. Additionally, previous systematic reviews and meta-analyses have already summarised effect-studies of various outpatient treatments and services [59–63]. Inpatient SUD treatment is considered to be important in promoting persistent abstinence [19] as well as personal, social and environmental change [1]. Inpatient SUD treatment can be described as interventions and measures aiming to alter conditions leading to destructive conditions and corroborate behaviour that reduces problematic substance use, which takes place at a treatment facility where the patient is a resident [64].

A comparison or control group was not a methodological requirement for inclusion in this review. A considerable degree of the treatment outcome research in the SUD field are observational naturalistic studies (see e.g. [10, 17, 36, 41, 42, 65]). Even if comparing pre- and post-treatment measures involves some pitfalls, a randomised controlled study design is not necessarily a viable option when studying change in multifarious psychosocial factors after treatment [66–68]. Based on the mentioned issues, and as further narrowing of the eligibility criteria could reduce the probability of detecting studies that serve the mentioned purpose, we decided to include both studies with and without a comparison.

Ethical statement

The current target group, people with SUD, might be considered as vulnerable. On this background, this population was the group of interest a review of already conducted studies. Patients have not been involved in

this study and an ethical approval has therefore not been sought.

The study was registered in PROSPERO (registration ID: CRD42018087408) in the planning stage and has been updated consecutively.

Results

Identification

The selection steps are presented in the PRISMA Flow Diagram [69] (see Fig. 1), where the listed inclusion criteria are arranged in the same order as reason for exclusion (1) participants, 2) setting, 3) study design, and 4) outcome). One thousand two hundred eighty-one studies were identified through the systematic search. Nine hundred forty-four studies remained after the duplicates were removed. Additionally, 375 studies were identified through Google Scholar and citation searches. In total, 1319 titles and abstracts were screened, whereupon the eligibility of 1177 (838 studies from the main search and 339 studies from the citation search) studies was determined. The remaining 142 studies were read in full-text. Finally, 14 studies were found to be eligible for inclusion. See Fig. 1 for a detailed list of reasons for exclusion after the full-text read through.

Characteristics

Characteristics of the included studies are summarised in Table 1. Findings related to change in psychosocial factors after inpatient SUD treatment, are presented in Table 2.

Mainly, the included studies were conducted in the United States ($n = 10$). However, Belgium ($n = 1$), Greece ($n = 1$) and Switzerland ($n = 1$) were represented as well. One of the studies did not report the country in which it was carried out. The systematic search sought for studies which were published until the time of the search (February 2018). However, findings revealed that data used in the eligible studies had been collected from 1974 [70] to 2009 [71], and the last point of follow-up ranged from 3 months to 5 years post-discharge. The total sample size at baseline was at least 7.384 participants. Two of the studies [16, 72] did not report the sample size at baseline. All the included studies reported sample size at follow-up after discharge, which was calculated to be a total of 4.674 participants. The mean (M) percentage of loss to follow-up among the 12 studies that reported sample size at both baseline and follow-up, was 39% (median (Mdn) = 37%). Primarily, the included studies had employed a pre-post cohort design. However, four studies [16, 73–75] used a comparative design where change in one group was compared to changes in another group that had received a different intervention. All the 14 included studies had a quantitative methodological orientation.

Unless specified otherwise, reported psychosocial change in Table 2 applies to the change from baseline to the *last* measure point at follow-up.

None of the studies reported effect sizes (Cohen's d) and few studies reported the M and standard deviation (SD) at baseline and follow-up. It was therefore not an option to include Cohen's d consistently when reporting the findings in this review. The authors of the current review calculated Cohen's d in studies that reported M and SD at both baseline and follow-up [72, 76]. These results are presented in Table 2. Only one study reported Confidence interval (CI) [77]. Accordingly, it was not viable to undertake and include a meta-analysis in this review. An overall statistical analysis has therefore not been provided in the findings presented hereunder.

In addition to what was defined as secondary outcome, potential change in six psychosocial factors related to recovery capital and coping behaviour were identified and will be described separately in the following sections.

Mental health

The most studied psychosocial factor throughout the included studies was different versions of mental health (e.g. anxiety, depression, self-efficacy, psychological distress), which represented 15 outcomes in eight studies [71, 72, 75–80]. Mental health has been defined as personal, environmental or social properties which facilitates a person's well-being and ability to recover and contribute to and take part in society [81]. Across the included studies, findings suggested a decrease in the following factors; depression and anxiety [71, 78], psychological distress [76, 77], PTSD-symptoms [72] and mental health problems [71, 79]. Findings further suggested an increase in the following factors; self-efficacy, perception of the meaning of life, positive emotion [71] and psychological health [75]. Additionally, one study [80] suggested that continued substance use was positively correlated with lower QoL at follow-up. Another study [77] suggested that self-efficacy at admission was predictive for abstinence at follow-up after inpatient SUD treatment. Self-efficacy has been recognised by Bandura [82] as a person's confidence in its own ability to reach a goal.

Findings across these studies suggest an overall increase in mental health and a decrease in mental health problems from admission to follow-up after inpatient SUD treatment.

Education and employment

Six studies reported findings related to change in employment status at follow-up after inpatient SUD treatment. Four studies [16, 70, 78, 83] presented change in percentage of which the M increase in employment rates from admission to follow-up after inpatient SUD

Table 1 Characteristics of the included studies

Author(s)	Country	Data period	Sample	Treatment duration	N at base-line	N at follow-up	Loss to follow-up	Follow-up interval	Study details
Andersen (2018) [73]	USA	1999–2000	Imprisoned women with SUD	> 6 months	119	101	16%	12-months post release	The study examined the effect of social support on treatment outcomes for incarcerated women participating in a SUD treatment program, which were compared with a lower intensity-program. The experimental program was eligible for inclusion in this review (56% of the total number of participants).
Burling et al. (1994) [78]	USA	1988–1989	Homeless people with SUD	> 100 days	110	79	29%	3, 6, 9, and 12-months post-discharge	The study examined change in factors like housing, employment, substance use and social relations after completed residential SUD treatment for homeless veterans.
Cuskey et al. (1979) [70]	USA	1974–1977	Women with SUD	> 6 months	222	97	56%	6- and 12-months post-discharge	The study described the status at follow-up regarding different psychosocial factors (e.g. criminal activity, employment, substance use) after participation in a residential SUD treatment program for mothers with their children. 31% of the participants had stayed in treatment for more than 3 months and was therefore eligible for inclusion in this review.
Donovan et al. (2001) [72]	USA	1996–1998	Veterans with co-occurring disorders	> 12 weeks	N/A	46	N/A	6- and 12-months post-discharge	The study examined change in Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms and substance use after participation in SUD treatment for veterans with co-occurring disorders.
Flora & Stalkas (2012) [71]	Greece	2008–2009	People with SUD	> 6 months	157	50	68%	3-months post-discharge	The study explored change in important factors (e.g. mental health, self-efficacy, social support) among patients who had undergone SUD treatment.
Grella & Shi (2011) [76]	USA	1999–2002	People with co-occurring disorders	> 90 days	400	310	23%	6- and 12-months post-admission	The study examined the connection between treatment duration and different psychosocial factors (e.g. psychological distress, arrest) at follow-up in patients with co-occurring disorder undergoing SUD treatment.
Hubbard et al. (2003) [16]	USA	1991–1993	People with SUD	> 3 months	N/A	331	N/A	1- and 5-years post-treatment	The study evaluated the effect on substance use and psychosocial factors in four different SUD treatment modalities. Data from the Treatment Outcome Prospective Study (TOPS) and the Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS) cohorts were compared. One of the modalities was eligible for inclusion in this review (24% of the total number of participants).
Ludwig et al. (2013) [77]	Switzerland	–	People with SUD	> 4 months	805	415	49%	1-year post-discharge	The study examined psychosocial predictive factors (e.g. mental health, self-efficacy) on substance use at follow-up after SUD treatment.
McGuire et al. (2011) [74]	USA	2002–2005	Homeless veterans with SUD	> 90 days	840	640	24%	1-, 3-, 6- and 12-months post-discharge	The study examined the effect of three SUD and/or psychiatric treatment modalities on psychosocial factors (e.g. employment, housing). Two of the modalities were eligible for inclusion in this review (64% of the total number of participants).
Porowski et al. (2004) [79]	–	1996–2001	Women with SUD	> 6 months	1798	1181	34%	6-months post-discharge	The study summarized pre-post change in psychosocial factors (e.g. mental health, employment, criminal activity, education) and substance use after participation in SUD treatment for women. Participants were recruited from 32 granted projects for women with SUD.
Soyez et al. (2006) [75]	Belgium	2000–2002	People with SUD	> 12 months	203	124	39%	12 to 18-months post-discharge	The study investigated the effect of social support in SUD treatment on psychosocial factors (e.g. mental health, employment, criminal activity) and substance use. In the study, one experimental group (32% of the total sample) was compared with a control group. The experimental group received a social network intervention in addition to treatment as usual, while the control group

Table 1 Characteristics of the included studies (Continued)

Author(s)	Country	Data period	Sample	Treatment duration	N at base-line	N at follow-up	Loss to follow-up	Follow-up interval	Study details
Sung & Chu (2011) [83]	USA	1992–1995	Probationers and parolees with SUD	> 6 months	1147	296	74%	12-months post-discharge	received treatment as usual. Both the experiment- and the control group were eligible for inclusion to this review. The study examined change in employment at follow-up after four different modalities of SUD treatment for probationers and parolees. Data were extracted from the original DATOS cohort. One of the modalities was eligible for inclusion in this review (31% of the total number of participants).
Warren et al. (2007) [80]	USA	1999–2003	People with co-occurring disorders	> 90 days	400	351	12%	6-month post-discharge	The study examined the role of psychosocial factors (e.g. social support, self-efficacy) on mental health and substance use outcomes at follow-up after SUD treatment for patients with co-occurring disorders.
Zhang et al. (2003) [37]	USA	1993–1995	People with SUD	> 90 days	1183	653	45%	11-months post-discharge	The study investigated the relationship between treatment duration and substance use at follow-up after participation in SUD treatment. The data were collected from the TOPS cohort, which studied participants in four different treatment modalities. One of the modalities was eligible for inclusion in this review (30% of the total number of participants).

NA Not Applicable/Not Available

Table 2 Findings

Author(s)	Outcome	Findings	Secondary outcome
Andersen (2018) [73]	Social support	Emotional social support was measured with a self-report scale and was significantly ($p < .001$) related to abstinence at follow-up.	37% of the participants reported no use of illicit drugs in the time from release (discharge) to follow-up.
Burling et al. (1994) [78]	Depression	Self-reported prevalence of serious depression had decreased significantly ($p < .001$) from admission to follow-up.	63% of the participants reported not to have used any substances during the previous 30 days.
	Anxiety	Self-reported prevalence of serious anxiety had decreased significantly ($p < .001$) from admission to follow-up.	
	Social support	There was no self-reported change in numbers of close relationships from admission to follow-up.	
	Housing	The number of housed participants had increased with 89% from admission to follow-up. Participants were identified as housed if they did not report to have spent any nights outdoors, in shelters or abandoned buildings during the previous 3 months.	
	Employment	The number of employed participants had increased with 57% from admission to follow-up. Employment was identified as working full- or part time, attending to school, treatment or being retired or disabled most of the previous 3 months.	
Cuskey et al. (1979) [70]	Employment	17% ($n = 5$ of 30) was employed at follow-up.	83% ($n = 25$ of 30) was not using drugs at the time of follow-up. The data was obtained from participants (44%), friends and family (37%) and public support system (19%).
	Education	20% ($n = 6$ of 30) was involved in educational activity at follow-up.	
	Criminal activity	83% ($n = 25$ of 30) had not engaged in criminal activity at follow-up. The data were obtained from participants (44%), friends and family (37%) and public support system (19%).	
Donovan et al. (2001) [72]	Mental health	PTSD symptoms, which was measured with the Clinician-Administered PTSD scale (CAPS), had decreased significantly ($p < .001$ and Cohen's $d: 0.63$) from pre-treatment to follow-up.	Days of alcohol use (Cohen's $d: 0.94$), alcohol to intoxication (Cohen's $d: 0.81$) and polysubstance use (Cohen's $d: 0.70$) decreased significantly ($p < .001$) from pre-treatment to follow-up. Substance use was measured with the Addiction Severity Index (ASI).
Flora & Stralikas (2012) [71]	Depression	Depression was measured with the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) and showed a statistically significant decrease ($p < .000$) from admission to follow-up.	N/A
	Anxiety	Anxiety was measured with DASS and showed a statistically significant decrease ($p < .033$) from admission to follow-up.	
	Negative emotions	Negative emotion was measured with a subscale accompanying the Differential Emotion Scale-Modified (DES-MOD) and showed a statistically significant decrease ($p < .035$) from admission to follow-up. Negative emotions were not defined in the current study, but refer to emotions like sadness, shame, remorse, embarrassment, fear or disgust.	
	Positive emotions	Positive emotion was measured with a subscale accompanying the DES-MOD and showed a statistically significant increase ($p < .000$) from admission to follow-up. Positive emotions were defined as emotions such as gratitude, love, pride, sympathy, peacefulness, hope and sexual energy.	
	Meaning of life	Meaning of life was measured with the Meaning in Life Questionnaire (MLQ) and had a statistically significant increase ($p < .032$) from admission to follow-up.	
	Social support	Social support was measured with the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and had a statistically significant increase ($p < .000$) from admission to follow-up.	
	Self-efficacy	Self-efficacy was measured with the Brief Situation Confidence Questionnaire (BSCQ) and had a statistically significant increase ($p < .000$) from admission to follow-up.	
Grella & Shi (2011) [76]	Mental health	Psychological distress (measured with the Brief Symptom Inventory) decreased ($p < .0001$ and Cohen's $d: 0.51$) from admission to follow-up.	38% of the participants reported no alcohol or drug use the prior 6 months to follow-up.
	Criminal activity	Self-reported number of arrests decreased 71% from admission to follow-up.	
Hubbard et al. (2003) [16]	Criminal activity	Predatory illegal acts (assault, robbery, burglary, larceny, forgery, stolen property) decreased 24% from pre-admission to follow-up.	Participants reported to have modified their substance use from pre-admission to follow-up.

Table 2 Findings (Continued)

Author(s)	Outcome	Findings	Secondary outcome
Ludwig et al. (2013) [77]	Employment	Self-reported full-time employment among the participants increased 26% from pre-admission to follow-up, which was a significantly ($p < .01$) increase.	8% decrease in heroin use, 39% in cocaine use, 8% in marijuana use and 22% in alcohol use.
	Mental health	Psychological distress (measured with the Brief Symptom Inventory at admission was not a significantly predictor of abstinence at follow-up.	N/A
	Self-efficacy	General self-efficacy at admission, measured with one single question, was a significant ($p < .05$ and Confidence Interval (CI): 1.10 to 2.03) predictor of abstinence at follow-up. The abstinence rate was 28% higher in participants with a maximum general self-efficacy.	N/A
McGuire et al. (2011) [74]	Housing	Housing increased 58% for the participants in the Domiciliary Care for Homeless Veteran Program (DCHV). Housing increased 61% for the participants in the Health Care for Homeless Veterans (HCHV) programme. Housing was determined by the housing-status (having a house or not) the night before the follow-up interview.	N/A
Porowski et al. (2004) [79]	Mental health	Even if participants who were abstinent at follow-up had significantly ($p < .0001$) less mental health problems than participants who had relapsed, both groups changed positively from pre- to post treatment. 'Mental health problems' were not further defined in the study report but has been defined by the World Health Organization as personal, environmental or social properties which facilitates a person's well-being and ability to recover and contribute to and take part in society.	Self-reported abstinence from substance use throughout the 6-months following discharge increased significantly ($p < .0001$) from pre-admission to follow-up. 48% of the participants had not relapsed to substance use or had only used legal substances at follow-up. 61% of the participants had not used substances in the months prior to follow-up.
	Employment	Employment in the prior 30 days increased significantly ($p < .0001$) from pre-admission to follow-up for both groups.	
	Education	Employment increased significantly ($p < .0001$) from pre-admission to follow-up for both groups.	
	Criminal activity	Involvement in any criminal activity the past 30 days decreased significantly ($p < .0001$) from pre-admission to follow-up for both groups.	
Soyez et al. (2006) [75]	Mental Health	Psychological health increased significantly ($p < .001$) from admission to follow-up.	Use of alcohol and/or illegal drugs decreased significantly ($p < .001$) from admission to follow-up. Data were obtained using the European version of the Addiction Severity Index (EuropASI).
	Social support	Increased significantly ($p < .001$) from admission to follow-up.	
	Employment	There was no change in employment from admission to follow-up.	
	Criminal activity	Decreased significantly ($p < .001$) from admission to follow-up. Data were obtained using the European version of the Addiction Severity Index (EuropASI).	
Sung & Chu (2011) [83]	Employment	Participants who were unemployed at admission, had increased their employment rate by 28% at follow-up. 'Employed' participants were identified by self-reported employment-status (working at a legitimate job full- or part-time) the week before 12-month follow-up.	N/A
Warren et al. (2007) [80]	Mental health	Mental health was measured using the Research And Development Short-Form-36 (RAND SF-36 scale). A positive relation ($p < .001$) was found between a high RAND SF-36 score and self-reported alcohol- or cocaine use at follow-up. Longer time in treatment predicted a lower RAND SF-36 score at follow-up.	Longer time in treatment predicted less alcohol use at follow-up. Substance use was identified as self-reported frequency of heroin-, cocaine/crack and/or alcohol use in the 30 days prior to follow-up.
Zhang et al. (2003) [37]		N/A	Self-reported days of overall drug use per month decreased ($p < .001$) from admission to follow-up. Self-reported days of primary drug use per month decreased ($p < .001$) from admission to follow-up.

N/A (Not Applicable/Not Available)

treatment was 32% (Mdn = 27%). Furthermore, one study [79] suggested a significant increase in employment from admission to follow-up, while another study [75] reported no change in employment status from admission to discharge from inpatient SUD treatment.

In addition, education was the outcome of interest in two studies [70, 79]. Findings from one study [70] suggested that 20% of the participants were involved in educational activity at follow-up, while findings from the other study [79] suggested a significant increase in educational activity from pre-treatment to follow-up.

Findings across these studies suggest an overall increase in employment and a potential increase in educational activity from admission to follow-up after inpatient SUD treatment.

Criminal activity

Five studies reported findings on engagement in criminal activity. Two of these studies [70, 76] reported the percentage of participants who had not engaged in any criminal activity from discharge to follow-up, which constitutes an M of 77%. Next, when comparing measures from pre-treatment to measures at follow-up, one study found that criminal activity had decreased with 24% [16] and another study found a significant reduction in criminal activity [75]. One study [79] reported a significant decrease in criminal activity during the 30 days prior to follow-up compared to pre-admission.

Findings across these studies suggest an overall decrease in criminal activity at follow-up after inpatient SUD treatment.

Social support

Four studies reported findings related to social support. One of these [73] implied a correlation between abstinence and perceived social support at follow-up. One study [78] suggested that there was no change in close relationships from admission to follow-up after inpatient SUD treatment. Two studies [71, 75], however, reported a significant increase in social support from admission to follow-up. Social support is often operationalised as *instrumental* or *emotional*. Instrumental social support refers to properties in the support system like public services and financial aid, while emotional social support is identified as perceived interpersonal support and connectedness [84].

Findings across these studies suggest a possible, but slight, increase in perceived social support at follow-up after inpatient SUD treatment.

Housing

Together with education, housing was the least studied psychosocial factor among the included studies. Housing represented the outcome of interest in two studies [74, 78].

The number of housed participants increased by an average of 69% from admission to follow-up.

Findings from these two studies suggest an increase in housed participants from admission to follow-up after inpatient SUD treatment.

Secondary outcome

Four studies [71, 74, 77, 83] did not examine the prevalence of substance use at follow-up after inpatient SUD treatment. The remaining studies reported change in substance use from admission to follow-up. Findings from four studies [16, 37, 72, 75] suggested a decrease in substance use or an increase in abstinence at follow-up after inpatient SUD treatment. One study [79] reported both decreased substance use from admission to follow-up and the M percentage (55%) of abstinent participants at follow-up. Four studies [70, 73, 76, 78] showed that both the M and Mdn percentage of abstinent participants at follow-up was 55%. The last study [80] suggested a correlation between treatment duration and abstinence at follow-up after inpatient SUD treatment.

Findings from these studies suggest an overall decrease in substance use from admission to follow-up after inpatient SUD treatment.

Discussion

The current report presents findings from a systematic review of studies that have explored change in psychosocial factors connected to recovery capital after inpatient SUD treatment. Findings from 14 eligible studies have been presented.

The findings imply an overall progress in mental health, and a potential improvement in employment status and perceived social support for people who undergo inpatient SUD treatment. Additionally, they indicate a decrease in substance use from admission to follow-up after inpatient SUD treatment. Even if pre- and post-measures related to lifetime prevalence of criminal activity and criminal activity between discharge and follow-up are non-comparable values, findings suggest a decreased engagement in criminal activity at follow-up compared to pre-admission. These findings are consistent with earlier research on factors that are important when recovering from SUD, such as meaningful activity [6, 24, 26–28, 30, 32], social support [24, 26–31] and mental health [85, 86].

Among the studies that took abstinence after discharge into consideration, the definitions varied. Abstinence at follow-up was defined as “no use of any substances at any time since discharge” (p. 196) by Porowski et al. [79]. Cuskey et al. [70] reported only findings related to the number of participants not using substances at follow-up, while Grella and Shi [76] explored substance use during the 6 months prior to follow-up. However,

findings are in accordance with outcomes from previous comprehensive prospective studies showing a reduction in substance use after various modalities of SUD treatment [10, 13–15], as well as previous findings related to the proportion of participants who continue using substances after treatment [5–7].

Self-efficacy, housing, education and QoL were expected to be more prominent outcomes of interest among the included studies. Change in self-efficacy after inpatient SUD treatment was explored in only one study, Flora and Stalikas [71]. In addition, Ludwig [77] used measures of general self-efficacy to predict abstinence at follow-up and Sung and Chu [83] found self-efficacy to be a predictive factor for employment status after SUD treatment. On the other hand, previous research has identified self-efficacy as a key element related to coping with abstinence, adherence to treatment and successful recovery from SUD [50, 87, 88]. The cited studies examined changes in psychosocial factors after short-term inpatient SUD treatment as well as self-efficacy's potential influence on personal change, such as recovering from SUD.

While earlier research findings have highlighted stable housing as an essential facilitator and motivation for wage labour and abstinence from substance use [28, 89, 90], just two studies [74, 78] presented housing status as the outcome of interest after inpatient SUD treatment. Thus, the insight that only two studies considered housed participants as a result of interest, did not correspond with the emphasis of housing as recovery capital, found in earlier research [24, 26–31]. Previous studies have examined different aspects of housing, including how people with SUD highlighted housing as an important factor in recovery and as an important motivation and part of continued care after different SUD treatment modalities.

Educational activity appears to be a scantily investigated outcome and was only explored in two of the included studies [70, 79]. However, according to Laudet and White [90], patients in all stages of recovery underline education as highly prioritised, but also as a subject of concern during their recovery. Employment seems to play an essential role in the motivation for recovering from SUD, as reported by Manuel et al. [28]. Further, education is considered as a valuable attribute in the labour market [91], also for people who have struggled with SUD [92]. As anticipated, Sung and Chu [83] found that education predicted personal income after SUD treatment. Sustainable personal income has in turn been emphasised as a motivation to afford basic properties in everyday life as abstinence [24, 28]. Previous research on the role of education in SUD recovery, were conducted in other contexts than inpatient treatment (e.g. outpatient, short-term inpatient, continued care), and in connection to work and employment.

One study [74] explored how QoL was associated with a set of selected values but did not present separate results for participants adhering to long-term inpatient SUD treatment. Another study [80] examined how QoL was associated with treatment duration and continued substance use after inpatient SUD treatment. Previous research, however, suggests that SUD inpatients have lower QoL compared to the general population and SUD out-patients [93, 94]. QoL appears to improve after various interventions aiming to reducing substance use [94, 95], and decrease with stressful life events [95]. Additionally, research findings imply that SUD treatment facilitate reduced substance use [8, 10, 13–15], and improved everyday function [90], even if complete abstinence is not achieved. In view of the overarching international ambition to provide SUD treatment, relapse to substance use alone may be a weak standard of successful recovery. The negotiated objective of SUD treatment is to decrease the extent of substance use as much as possible, reduce the negative consequences for the individual, and to “improve function and well-being of the affected individual” (p. 7) [1]. Bearing this in mind, factors such as QoL and substance use after SUD treatment may be a more viable combination to measure successful recovery [94, 95]. On this background, QoL was expected to be more explored as an outcome of interest after inpatient SUD treatment, than the findings from this review revealed.

Finally, approximately half of the included studies were based on data obtained from vulnerable samples. Clinical diversity in such factors across individual studies stimulate to a discussion about potential impact on validity of the final syntheses. Vulnerable groups, like those included in the current review, oftentimes tend to be excluded from clinical research [96, 97] and may affect the treatment outcome in a negative manner [98]. Vulnerable subjects within an already vulnerable population, which the SUD population represents, are especially exposed and represents a minority in a subordinate group in society [1]. For instance, people with co-occurring disorders are afflicted with a severe mental health condition in addition to SUD, and people who lack a permanent home lack the basic needs which are recognised as fundamental in recovering from SUD [99]. Furthermore, women are underrepresented in the SUD population [100], which makes them an especially vulnerable group in an already exposed population [1]. Arguably the exclusion of such vulnerable groups from research may affect the representativity of the body of knowledge on the SUD field.

Limitations

When interpreting findings presented in this review, it is important to take potential limitations into consideration.

Even though all three authors have contributed throughout the planning of the procedure and the systematic search, only one author carried out the systematic search and the first screening of search results. This may serve as a gateway for selection bias, which may have influenced the final results. However, uncertainty related to choices was discussed between the authors in all stages. The determined inclusion criteria, like the choice to only include long-term inpatient treatment or to exclusively consider studies that have applied a cohort study design, have most likely led relevant studies to be undetected in the systematic search or excluded during the screening. Still, the authors found it important to narrow the inclusion criteria to broaden the probability to find studies that could highlight the research question. Furthermore, there are aspects of the included studies that limit the opportunity to present clear-cut conclusions. For instance, across the included studies, data were mostly collected using self-reported measures. While this may serve as a limitation in some populations, findings from previous research reveal a good correspondence between self-reported substance use and biological samples like urine test or hair samples in the SUD population [16, 101–103]. Furthermore, in Porowski et al. [79] study, results concerning patient outcome were excluded from clinics that lost more than 50% of their participants to follow-up, an issue present in 18 out of 50 clinics. Additionally, Cuskey et al. [70] solely reported results from measures taken at follow-up. Finally, half of the included studies and approximately half of the participants in total, represents vulnerable groups. Even if clinical diversity is rather the rule than the exception when conducting an aggregative systematic review [104], the results and conclusions in this review are presented with caution and the findings should only be generalised if it is probable to assume that they are transferable to the current population.

Conclusion

The current review has explored change in psychosocial factors connected to recovery capital and coping behaviour in everyday life after inpatient SUD treatment. Various factors like social support, meaningful activity (e.g. employment and education), criminal activity, mental health, psychological distress and mental health problems, have been previously studied. Earlier research emphasises the importance of factors connected to recovery capital, like self-efficacy, housing, education and QoL, which facilitates the ability to cope without substance use. Nonetheless, the present study indicates that knowledge about how inpatient SUD treatment influence the latter mentioned factors seems to be faint or absent and implies a need for more research on how these factors are associated with coping behaviour after inpatient SUD treatment.

Due to the substantial resources used to provide SUD treatment, knowledge about recovery capital, like psychosocial factors that facilitate coping behaviour and reintegration to society, should be standardised and used by SUD treatment providers. The current findings may, however, also encourage a critical view on how change in the mentioned psychosocial factors are connected to inpatient treatment in favour of other potentially influential factors.

Additional files

Additional file 1: Text words used in the systematic search. (PDF 64 kb)

Additional file 2: Subject headings used in the systematic search in the included databases. (PDF 81 kb)

Additional file 3: Main search (example draft from the systematic search in Medline Ovid). (PDF 92 kb)

Abbreviations

CASP: Critical Appraisal Skills Programme; CI: Confidence interval; DATOS: Drug Abuse Treatment Outcome Study; ICD-10: The 10th edition of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; M: Mean; Mdn: Median; NTORS: National Treatment Outcome Research Study; PECO: Population, exposure, outcome; PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; QoL: Quality of Life; SD: Standard deviation; SUD: Substance use disorder; TOPS: Treatment Outcome Prospective Study

Acknowledgments

We would like to acknowledge the academic librarian, Malene Wøhlk Gundersen, who contributed to the development of the search strategy and recommendations of databases relevant to the current aim.

Funding

This review is part of a PhD which is founded by Blue Cross East in Norway. Blue Cross East took no other part in the research project or the included studies.

Availability of data and materials

The data material of which this systematic review founds upon has been made available through Tables, Figures and Additional files. All or selections of the 142 completed data extraction form may be released by contacting the corresponding author.

Authors' contributions

All three authors (DAJ, TN and AØG) contributed to designing the systematic search, analysing the findings and writing the review report. One author (DAJ) conducted the systematic search, screened the search results, extracted the data and performed the CASP rating. Studies that were identified as unclear were screened by the second author (TN). The third author (AØG) decided the eligibility of studies that were identified as unclear by both DAJ and TN. All authors read and approved the final manuscript.

Authors' information

The systematic review was conducted as part of the first authors PhD project at OsloMet - Oslo Metropolitan University and funded by Blue Cross East in Norway.

Ethics approval and consent to participate

The target group, people with SUD, might be considered as vulnerable. On this background, this population was the group of interest in this review of already conducted studies. Patients have not been involved in this study and an ethical approval has therefore not sought.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Author details

¹Blue Cross East, Oslo, Norway. ²Department of Psychology, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Trondheim, Norway. ³Faculty of Social Sciences, Department of Social Work, Child Welfare and Social Policy, OsloMet – Oslo Metropolitan University, Pb 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo, Norway.

Received: 13 December 2018 Accepted: 22 April 2019

Published online: 03 May 2019

References

1. United Nations Office on drugs and crime (UNODC) and World Health Organization (WHO). International standards for the treatment of drug use disorders. 2016. https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_59/ECN72016_CRP4_V1601463.pdf. Accessed 7 Aug 2016.
2. Gerra G, Poznyak V, McDonald R, Campello G, Busse A, Clark N, et al. The S-O-S initiative -stop overdose safely - UNODC-WHO multi-site study on community management of opioid overdose, including emergency naloxone. Vienna: United Nations Office on drugs and crime (UNODC) and World Health Organization (WHO); 2017. http://www.unodc.org/documents/UNODC_WHO_SOS_Initiative_2017.pdf. Accessed 7 Aug 2017.
3. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2018. 2018. https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/. Accessed 17 Oct 2018.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Drug treatment expenditure: a methodological overview. 2017. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6238/TL_PUBPDF_TDXXD17001ENN_PDFWEB_20171005172306.pdf_en. Accessed 26 Oct 2017.
5. Blodgett JC, Maisel NC, Fu IH, Wilbourne PL, Finney JW. How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. *J Subst Abuse Treat*. 2014;46(2):87–97.
6. Nordfjærn T. Relapse patterns among patients with substance use disorders. *J Subst Abuse*. 2011;16(4):313–29.
7. Hunt WA, Barnett LW, Branch LG. Relapse rates in addiction programs. *J Clin Psychol*. 1971;27(4):455–6.
8. Gossop M, Stewart D, Browne N, Marsden J. Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*. 2002;97(10):1259–67.
9. World Health Organization (WHO). ICD-10 classification of mental and Behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Albany: World Health Organization; 1992.
10. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Edwards C, Lehmann P, Wilson A, et al. The National Treatment Outcome Research Study in the United Kingdom: six-month follow-up outcomes. *Psychol Addict Behav*. 1997;11(4):324–37.
11. Kasarabada ND, Anglin MD, Khalsa-Denison E, Paredes A. Differential effects of treatment modality on psychosocial functioning of cocaine-dependent men. *J Clin Psychol*. 1999;55(2):257–74.
12. Group PMR. Matching patients with alcohol disorders to treatments: clinical implications from project MATCH. *J Ment Health*. 1998;7(6):589–602.
13. Leshner AI, Curry SJ, Simpson DD. Introduction to the special issue: the National Institute on Drug Abuse's (NIDA's) drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychol Addict Behav*. 1997;11(4):211–5.
14. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Rolfe A. Patterns of drinking and drinking outcomes among drug misusers: 1-year follow-up results. *J Subst Abuse Treat*. 2000;19(1):45–50.
15. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Rolfe A. Patterns of improvement after methadone treatment: 1 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug Alcohol Depend*. 2000;60(3):275–86.
16. Hubbard RL, Craddock SG, Anderson J. Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *J Subst Abuse Treat*. 2003;25(3):125–34.
17. Hubbard RL, Rachal JV, Craddock SG, Cavanaugh ER. Treatment outcome prospective study (TOPS): client characteristics and behaviours before, during, and after treatment. *NIDA Res Monogr*. 1984;51:42–68.
18. Gossop M. Treatment outcomes: what we know and what we need to know. London: London National Treatment Agency for substance misuse; 2005.
19. Lauritzen G, Nordfjærn T. Changes in opiate and stimulant use through 10 years: the role of contextual factors, mental health disorders and psychosocial factors in a prospective SUD treatment cohort study. *PLoS One*. 2018;13(1):1–16.
20. Granfield R, Cloud W. Coming clean: overcoming addiction without treatment. New York: New York University Press; 1999.
21. Groshkova T, Best D, White W. The assessment of Recovery capital: properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug Alcohol Rev*. 2013;32(2):187–94.
22. Duffy P, Baldwin H. Recovery post treatment: plans, barriers and motivators. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2013;8(1):6.
23. Cloud W, Granfield R. Conceptualizing Recovery capital: expansion of a theoretical construct. *Subst Use Misuse*. 2008;43(12–13):1971–86.
24. Neale J, Tompkins C, Wheeler C, Finch E, Marsden J, Mitcheson L, et al. "You're all going to hate the word recovery by the end of this": service users' views of measuring addiction recovery. *Drugs Educ Prev Policy*. 2015; 22(1):26–34.
25. Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H, Cooper H. Searching for the structure of coping: a review and critique of category Systems for Classifying Ways of coping. *Psychol Bull*. 2003;129(2):216–69.
26. Neale J, Finch E, Marsden J, Mitcheson L, Rose D, Strang J, et al. How should we measure addiction recovery? Analysis of service provider perspectives using online Delphi groups. *Drugs Educ Prev Policy*. 2014;21(4):310–23.
27. Bergman BG, Hoepfner BB, Nelson LM, Slaymaker V, Kelly JF. The effects of continuing care on emerging adult outcomes following residential addiction treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2015;153:207.
28. Manuel JI, Yuan Y, Herman DB, Svikis DS, Nichols O, Palmer E, et al. Barriers and facilitators to successful transition from long-term residential substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2017;74:16–22.
29. Spear S, Crevecoeur-MacPhail D, Denering L, Dickerson D, Brecht M-L. Determinants of successful treatment outcomes among a sample of urban American Indians/Alaska natives: the role of social environments. Official publication of the National Council for. *Community Behav Healthc*. 2013; 40(3):330–41.
30. Von Greiff N, Skogens L. Förändringsprocesser i samband med missbruksbehandling - vilka faktorer beskriver klienter som viktiga för att initiera och bibehålla positiva förändringar? Change processes connected to substance abuse treatment - which factors do clients describe as important for initiating and maintaining positive changes? Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift (NAT). 2012;29(2):195–209.
31. Pettersen H, Landheim A, Skeie I, Biong S, Brodahl M, Benson V, et al. Why do those with long-term substance use disorders stop abusing substances? A qualitative study. *Subst Abuse Res Treat*. 2018. <https://doi.org/10.1177/1178221817752678>.
32. Decker K, Peglow S, Samples C, Cunningham T. Long-term outcomes after residential substance use treatment: relapse, morbidity, and mortality. *Mil Med*. 2017. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00560>.
33. Proctor S, Wainwright J, Herschman P. Patient adherence to multi-component continuing care discharge plans. *J Subst Abuse Treat*. 2017;80:52.
34. Andersson HW, Wenaas M, Nordfjærn T. Relapse after inpatient substance use treatment: a prospective cohort study among users of illicit substances. *Addict Behav*. 2019;90:222.
35. Brunette MF, Drake RE, Woods M, Hartnett T. A comparison of long-term and short-term residential treatment programs for dual diagnosis patients. *Psychiatr Serv*. 2001;52(4):526–8.
36. Hubbard RL, Craddock SG, Flynn PM, Anderson J, Etheridge RM, Curry SJ, et al. Overview of 1-year follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychol Addict Behav*. 1997;11(4):261–78.
37. Zhang Z, Friedmann PD, Gerstein DR. Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction*. 2003;98(5):673–84.
38. Hser YI, Evans E, Huang D, Anglin DM. Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. *Psychiatr Serv*. 2004;55(7):767–74.
39. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Principles of drug addiction treatment: a research-based guide: National Institute of drug abuse. 2018. Available from: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition>
40. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Residential treatment for drug use in Europe. Luxembourg: EMCDDA papers; 2014.

41. Donmall M, Jones A, Weston S, Davies L, Hayhurst KP, Millar T. The drug treatment outcomes research study (DTORS): research design and baseline data. *Open Addict J*. 2012;5:1–11.
42. Comiskey CM, Kelly PJ, Leckey Y, McCulloch L, O'Duill B, Stapleton RD, et al. The ROSIE study: drug treatment outcomes in Ireland. Dublin: National Advisory Committee on drugs; 2009.
43. Andrew Jones, Michael Donmall, Tim Millar, Alison Moody, Samantha Weston, Tracy Anderson, et al. The drug treatment outcomes research study (DTORS): final outcomes report. 2009.
44. Flynn PM, Craddock SG, Hubbard RL, Anderson J, Etheridge RM, Curry SJ, et al. Methodological overview and research Design for the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychol Addict Behav*. 1997; 11(4):230–43.
45. Salwan J, Katz CL. A review of substance use disorder treatment in developing world communities. *Ann Glob Health*. 2014;80(2):115–21.
46. Gough DA, Oliver S, Thomas J. An introduction to systematic reviews. Second ed. London: SAGE; 2017.
47. Glasziou P, Del Mar C, Salisbury J. Evidence-based practice workbook: bridging the gap between health care research and practice. 2nd ed. Malden: Blackwell/BMJ; 2007.
48. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Ann Intern Med*. 2009;151(4):65–94.
49. Critical Appraisal Skills Programme. CASP cohort study checklist. 2018. Available from: <https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Cohort-Study-Checklist.pdf>.
50. Levin C, Ilgen M, Moos R. Avoidance coping strategies moderate the relationship between self-efficacy and 5-year alcohol treatment outcomes. *Psychol Addict Behav*. 2007;21(1):108–13.
51. Pasareanu AR, Vederhus JK, Opsal A, Kristensen O, Clausen T. Mental distress following inpatient substance use treatment, modified by substance use; comparing voluntary and compulsory admissions. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):5.
52. Teesson M, Mills K, Ross J, Darke S, Williamson A, Havard A. The impact of treatment on 3 years' outcome for heroin dependence: findings from the Australian treatment outcome study (ATOS). *Addiction*. 2008;103(1):80–8.
53. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Treacy S. Change and stability of change after treatment of drug misuse. 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK). *Addict Behav*. 2002;27(2):155–66.
54. Wakeman SE, Metlay JP, Chang Y, Herman GE, Rigotti NA. Inpatient addiction consultation for hospitalized patients increases post-discharge abstinence and reduces addiction severity. *J Gen Intern Med*. 2017;32(8):909–16.
55. Wagner T, Krampe H, Stawicki S, Reinhold J, Jahn H, Mahlke K, et al. Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment - results of a prospective study. *J Psychiatr Res*. 2004;38(6):619–35.
56. Norwegian Directorate of Health. Guideline for prioritisation in specialised treatment for substance use disorder. 2015.
57. Norwegian Directorate of Health. National guidelines for treatment and rehabilitation of substance dependency. 2015.
58. Simpson DD, Joe GW, Fletcher BW, Hubbard RL, Anglin MD. A National Evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(6):507–14.
59. Monahan SC, Finney JW. Explaining abstinence rates following treatment for alcohol abuse: a quantitative synthesis of patient, research design and treatment effects. *Addiction*. 1996;91(6):787–805.
60. Tanner-Smith EE, Wilson SJ, Lipsey MW. The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: a meta-analysis. *J Subst Abuse Treat*. 2013;44(2):145–58.
61. McCarty D, Braude L, Lyman DR, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, et al. Substance abuse intensive outpatient programs: assessing the evidence. *Psychiatr Serv (Washington, DC)*. 2014;65(6):718–26.
62. Penzenstadler L, Machado A, Thorens G, Zullino D, Khazaal Y. Effect of case management interventions for patients with substance use disorders: a systematic review. *Frontiers Psych*. 2017;8:51.
63. Watson JM, Fayter D, Mdege N, Stirk L, Sowden AJ, Godfrey C. Interventions for alcohol and drug problems in outpatient settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev*. 2013;32(4):356–67.
64. Mørland J, Waal H. Rus og avhengighet [Substance and dependency]. Oslo: Universitetsforl; 2016.
65. Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *BMJ*. 1996;312(7040):1215–8.
66. Mann CJ. Observational research methods. Research design II: cohort, cross sectional, and case-control studies. *Emerg Med J*. 2003;20(1):54.
67. Morgenstern J, McKay JR. Rethinking the paradigms that inform behavioral treatment research for substance use disorders. *Addiction*. 2007;102(9):1377–89.
68. Gupta A, Thorpe C, Zwarenstein M. Why most randomized controlled trials are irrelevant: and why yours will not be. *Can Fam Physician Medecin de famille canadien*. 2015;61(9):811–2.
69. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev*. 2015;4:1.
70. Cuskey WR, Richardson AH, Bergen LH, Odyssey H. Specialized therapeutic community program for female addicts. Washington: National Institute on Drug Abuse (NIDA); 1979.
71. Flora K, Stalikas A. Factors affecting substance abuse treatment in Greece and their course during therapy. *Addict Behav*. 2012;37(12):1358–64.
72. Donovan B, Padin-Rivera E, Kowaliv S. "Transcend": initial outcomes from a posttraumatic stress disorder/substance abuse treatment program. *J Trauma Stress*. 2001;14(4):757–72.
73. Andersen TS. Social support and one-year outcomes for women participating in prison-based substance abuse treatment programming. *Crim Justice Stud*. 2018;31(1):80–94.
74. McGuire J, Rosenheck RA, Kaspro WJ. Patient and program predictors of 12-month outcomes for homeless veterans following discharge from time-limited residential treatment. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res*. 2011;38(3):142–54.
75. Soye V, Broekaert E, Rosseel Y. Social network involvement during therapeutic community treatment: is there an impact on success? *Ther Communities*. 2006;27(1):45–67.
76. Grella CE, Shi Y. Stability of outcomes following residential drug treatment for patients with co-occurring disorders. *J Dual Diagn*. 2011;7(1–2):103–12.
77. Ludwig F, Tadayon-Manssuri E, Strik W, Moggi F. Self-efficacy as a predictor of outcome after residential treatment programs for alcohol dependence: simply ask the patient one question. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013;37(4):663–7.
78. Burling TA, Seidner AL, Salvio MA, Marshall GD. A cognitive-behavioral therapeutic community for substance dependent and homeless veterans: treatment outcome. *Addict Behav*. 1994;19(6):621–9.
79. Porowski AW, Burgdorf K, Herrell JM. Effectiveness and sustainability of residential substance abuse treatment programs for pregnant and parenting women. *Eval Program Plann*. 2004;27(2):191.
80. Warren JL, Stein JA, Grella CE. Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2007;89(2–3):267–74.
81. World Health Organization (WHO). Mental health: a state of well-being. 2014. https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/. Accessed 22 Feb 2019.
82. Bandura A. Self-efficacy. In: Ramachandran VS, editor. *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press; 1994. p. 71–81.
83. Sung HE, Chu D. The impact of substance user treatment participation on legal employment and income among probationers and parolees. *Subst Use Misuse*. 2011;46(12):1523–35.
84. Langford CPH, Bowsher J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *J Adv Nurs*. 1997;25(1):95–100.
85. Polcin D, Korcha R, Gupta S, Subbaraman MS, Mericle AA. Prevalence and trajectories of psychiatric symptoms among sober living house residents. *J Dual Diagn*. 2016;12(2):175–84.
86. Mericle AA, Cacciola J, Carise D, Miles J. Supporting recovery in the community: six-month outcomes of clients participating in the Phoenix house Bronx community recovery center (BCRC). *J Community Psychol*. 2014;42(5):509–18.
87. Kelly JF, Greene M. Where there's a will there's a way: a longitudinal investigation of the interplay between recovery motivation and self-efficacy in predicting treatment outcome. *Psychol Addict Behav*. 2014;28(3):928–34.
88. Bandura A. A Sociocognitive analysis of substance abuse: an agentic perspective. *Psychol Sci*. 1999;10(3):214–7.
89. Polcin DL, Korcha RA, Bond J, Galloway G. Sober living houses for alcohol and drug dependence: 18-month outcomes. *J Subst Abuse Treat*. 2010;38(4): 356–65.
90. Laudet AB, White W. What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *J Subst Abuse Treat*. 2010;38(1):51–9.

91. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Education at a glance 2014: highlights: OECD Publishing; 2014. https://doi.org/10.1787/eag_highlights-2014-en. Accessed 6 Aug 2018
92. Dale-Perera A. Recovery, reintegration, abstinence, harm reduction: the role of different goals within drug treatment in the European context: EMCDDA drugs library: European monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2017. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6322/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPape-Recovery-Reintegration-Abstinence-Harm-reduction.pdf.
93. Garg N, Yates WR, Jones R, Zhou M, Williams S. Effect of gender, treatment site and psychiatric comorbidity on quality of life outcome in substance dependence. *Am J Addict*. 1999;8(1):44–54.
94. Vederhus J-K, Birkeland B, Clausen T. Perceived quality of life, 6 months after detoxification: is abstinence a modifying factor? *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehab*. 2016;25(9):2315–22.
95. Frischknecht U, Sabo T, Mann K. Improved drinking behaviour improves quality of life: a follow-up in alcohol-dependent subjects 7 years after treatment. *Alcohol Alcohol*. 2013;48(5):579–84.
96. Bonevski B, Randell M, Paul C, Chapman K, Twyman L, Bryant J, et al. Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. *BMC Med Res Methodol*. 2014;14:42.
97. Finnegan M, O'Donoghue B. Rethinking vulnerable groups in clinical research. *Ir J Psychol Med*. 2019;36(1):63–71.
98. Compton WM, Cottler LB, Jacobs JL, Ben-Abdallah A, Spitznagel EL. The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *Am J Psychiatr*. 2003;160(5):890–5.
99. Sumnall H, Brotherhood A. Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment. Luxembourg: European monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA); 2012.
100. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World drug report 2018. New York: The United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC); 2018.
101. Secades-Villa R, Fernández-Hermida JR. The validity of self-reports in a follow-up study with drug addicts. *Addict Behav*. 2003;28(6):1175–82.
102. Simpson DD, Joe GW, Broome KM. A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(6):538–44.
103. Wish ED, Hoffman JA, Nemes S. The validity of self-reports of drug use at treatment admission and at followup: comparisons with urinalysis and hair assays. *Natl Inst Drug Abuse Res Monogr*. 1997;167:200–26.
104. Deeks JJ, Higgins JP, Altman DG. Analysing data and undertaking meta-analyses. In: *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration. <http://training.cochrane.org/handbook>. Accessed 10 Apr 2019.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



Artikkel II

Johannessen, D. A., Nordfjærn, T. & Geirdal, A. Ø. (2020). Substance use disorder patients' expectations on transition from treatment to post-discharge period. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37(3), 208-226. <https://doi.org/10.1177/1455072520910551>

Substance use disorder patients' expectations on transition from treatment to post-discharge period

Dagny Adriaenssen Johannessen 

Blue Cross East, Oslo, Norway

OsloMet – Oslo Metropolitan University, Norway

Trond Nordfjærn

Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Trondheim, Norway

St. Olavs Hospital, Clinic of Substance Use and Addiction Medicine, Trondheim, Norway

Amy Østertun Geirdal

OsloMet – Oslo Metropolitan University, Norway

Abstract

Aim: There is limited knowledge about how inpatients anticipate factors that facilitate the transition between specialised inpatient treatment for substance use disorder (SUD) and the post-discharge period. This study explores factors that inpatients anticipated would facilitate such a transition period. **Method:** A focus group study, consisting of four group interviews with individuals in inpatient SUD treatment, was conducted to explore their expectations for the transition and post-discharge period ahead of them. The transcribed interview material was analysed using thematic analysis. **Findings:** The analytical process led to three themes: “Belonging”, “Intrapersonal processes” and “Predictability”. Correspondence between inpatients' expectations and the services they are offered in the transition and post-discharge period may serve as proper support for inpatients ahead of a vulnerable phase, such as the transition and post-discharge period. **Conclusions:** Findings from the current study highlight overarching elements that inpatients envisioned to be facilitating, such as social support, motivation, self-efficacy, self-awareness

Submitted: 17 July 2019; accepted: 10 February 2020

Corresponding author:

Dagny Adriaenssen Johannessen, OsloMet – Oslo Metropolitan University, Department of Social Work, Child Welfare and Social Policy, Pb 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo, Norway.

Email: dagnjo@oslomet.no



Creative Commons Non Commercial CC BY-NC: This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits non-commercial use, reproduction and distribution of the work without further permission provided the original work is attributed as specified on the SAGE and Open Access pages (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>).

and predictability in basic elements such as employment, housing and personal finances. Findings from this study and previous ones imply that certain factors appear to facilitate in vulnerable phases, such as service level transitions. These facilitating factors should be taken into consideration and used as steppingstones through the transition and post-discharge period after inpatient SUD treatment.

Keywords

care transitions, continued care, inpatient treatment, recovery capital, substance use disorder

In the addiction field, there is limited knowledge about factors that inpatients with substance use disorders (SUD) perceive to facilitate the transition between inpatient treatment and the post-discharge period. Findings from a systematic review of expectations in other patient populations suggested that patients' expectations ahead of a treatment intervention correlated with treatment outcome; fulfilled expectations were associated with positive treatment outcome, and positive expectations were associated with a desirable treatment outcome (Waljee, McGlenn, Sears, & Chung, 2014). Previous research has mostly presented knowledge based on individuals' experiences following a transition between inpatient SUD treatment and the post-discharge period. The current study extends this knowledge by providing insights into inpatients' expectations prior to a transition from inpatient SUD treatment to the post-discharge period.

The "transition period" refers to the last phase of the inpatient SUD treatment and the first phase of the post-discharge period. SUD refers to use disorders connected to one or several psychoactive substances, including illicit drugs, prescription medication and alcohol, and has been defined as including a damaging effect on social, environmental and psychological levels (UN, 2016; WHO, 2019). SUD treatment usually includes psychological, medical and social interventions which aim to alter destructive conditions and strengthen behaviour that reduces the above-mentioned negative consequences (Mørland & Waal, 2016). SUD

treatment involves a range of modalities and treatment intensity levels, such as inpatient or outpatient treatment, intending to cover a spectrum of different needs.

Even if people who struggle with substance use mainly achieve recovery without formal SUD treatment (Klingemann, Sobell, & Sobell, 2010; Price, Risk, & Spitznagel, 2001; Willenbring, 2010), SUD treatment has been considered as important in promoting lasting recovery (Brorson, Ajo Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013; Lauritzen & Nordfjærn, 2018). People who are referred to specialised inpatient SUD treatment represent a population with multiple psychosocial challenges, who often struggle to handle their everyday lives (e.g., maintaining daily routines, attending work or other meaningful obligations) (Camilleri, Cacciola, & Jenson, 2012; Helsedirektoratet, 2015; Lopez-Goni, Fernandez-Montalvo, Arteaga, & Esarte, 2017; Norwegian Directorate of Health, 2015; Wakeman, Metlay, Chang, Herman, & Rigotti, 2017).

An important purpose of specialised inpatient SUD treatment is preparation for everyday life after discharge, and social integration into general society (Sumnall & Brotherhood, 2012). Continued care encompasses individualised follow-up services after the inpatient treatment phase (McKay, 2009), and has been recognised as an enabling factor in SUD recovery (Sumnall & Brotherhood, 2012; UNODC & WHO, 2016). Despite the recognition of specialised inpatient SUD treatment and continued care as one coherent, continuous process, SUD

services are often provided at different organisational levels in the public welfare system. The transition between service levels often serves as a barrier in the SUD recovery process (Manuel et al., 2017; Regionale helseforetak-nettverket, 2010; Sosialdepartementet, 2003). Continued care as described above is not an obvious continuation after discharge from specialised inpatient SUD treatment and *continued care* is often used as a designator for *the period after discharge* from specialised inpatient SUD treatment. In the current study the period after discharge from inpatient SUD treatment is referred to as the *post-discharge period*. While specialised inpatient SUD treatment is referred to as *inpatient SUD treatment*.

In terms of social, physiological and psychological well-being (Schulte & Hser, 2014; UNODC & WHO, 2016; WHO, 2019) there are substantial differences between a life dominated by substance use and a life that is not dominated by substance use. Maintenance of SUD recovery after discharge from inpatient SUD treatment often requires profound transformation (Manuel et al., 2017; Robertson & Nesvåg, 2018). Several factors have been highlighted as facilitating in the transformation process, such as social support (see, e.g., Bahl, Nafstad, Blakar, Landheim, & Brodahl, 2019; Brooks, Magaña López, Ranucci, Krumlauf, & Wallen, 2017; Levälähti, 2007; Pettersen et al., 2019; Soyez & Broekaert, 2003), motivation, self-efficacy, self-awareness (Eslami, Norozi, Hajihosseini, Ramazani, & Miri, 2018; Polcin & Korcha, 2015; Turpin & Shier, 2017) and predictability in basic elements such as employment, housing and personal finances (Anderson, Otterholt, & Gråwe, 2017; Kruk & Sandberg, 2013; Soyez & Broekaert, 2003; Sumnall & Brotherhood, 2012).

Facilitating factors, such as those outlined above, have been conceptualised as *recovery capital*. Recovery capital is described as individual or circumstantial features which may enhance the ability to recover from SUD (Best & Laudet, 2010; Cloud & Granfield, 2008; Duffy & Baldwin, 2013; Granfield &

Cloud, 1999; Groshkova, Best, & White, 2013). The recovery capital concept was first introduced to the SUD field by Granfield and Cloud (1999; Cloud & Granfield, 2008), which based their perspectives on Pierre Bourdieu's theory of practice (1977). As described by these authors, recovery capital attempts to capture a complex reality, which the various aspects of recovering from SUD represent.

Although the aforementioned protective factors seem to be well established facilitators for SUD recovery and social integration after inpatient SUD treatment, inpatients often report that they feel unprepared for the transition to everyday life after discharge (Anderson et al., 2017; Haugum, Holmboe, Iversen, & Bjertnæs, 2016; Haugum & Iversen, 2014; Haugum, Iversen, & Bjertnæs, 2013; Skudal, Holmboe, Haugum, & Iversen, 2017). Service level transitions represent a vulnerable point in the change processes of other populations as well. Examples of such transitions are discharge from hospital (Anthony & Hudson-Barr, 2004), discharge from shelters for people who lack a permanent home (Herman et al., 2011; Susser et al., 1997) or discharge from women's shelters (Lako et al., 2018). However, taking the increased risk of relapse after discharge from inpatient SUD treatment into consideration (Andersson, Wenaas, & Nordfjærn, 2019; Nordfjærn, 2011), the potential consequences of relapse to substance use after a period of abstinence are often severe and sometimes fatal for people with SUD (Bukten et al., 2017; Merrall, Birdl, & Hutchinson, 2013; White, Bird, Merrall, & Hutchinson, 2015). This implies that SUD treatment providers may make better use of the existing body of knowledge on protective factors in the transition and post-discharge period. For example, by integrating the knowledge of services and interventions that are established to facilitate the transition between inpatient SUD treatment and everyday life after discharge. The existing body of knowledge, however, mostly builds on participants'

experiences *after* they have completed the transition between service levels. The current study will advance the literature by examining the expectations of people *facing* a service level transition. This knowledge may contribute positively to the process of establishing facilitating services in the transition and post-discharge period. On this basis, the aim of the current study was to explore the following research question: What factors are anticipated by patients to be facilitating in the transition between inpatient SUD treatment and the post-discharge period?

Material and methods

Focus group study

A focus group study was carried out to investigate the current research question. Focus group studies consist of interviews, which refer to group conversations about a delimited theme. Focus group interviews draw on group dynamics between the participants to generate knowledge. Focus group studies are often conducted in order to explore attitudes, social interaction, negotiations, common beliefs and viewpoints (Halkier, 2010; McLafferty, 2004). Even if recommendations and practices vary markedly, focus groups normally consist of six to 12 participants (Guest, Namey, Taylor, Eley, & McKenna, 2017; Halkier & Gjerpe, 2010; Malterud, 2012).

Focus group interviews have the potential to unveil both expectations and social interaction (Halkier, 2010; Malterud, 2012). As the aim of the current study was to gain insight into expectations in a delimited group and in a certain contexts, we considered focus group interviews to be a suitable approach to gather a body of data with relevance to elucidate the research question. As the topic of interest may be considered as sensitive, we chose to draw on slightly smaller focus groups than normally recommended and aimed to form groups with six to eight participants in the current study.

Participants and setting

Inpatients at four different facilities in Norway, which provided long-term (more than six months) inpatient SUD treatment, were invited and consented to take part in the focus group study. The treatment programmes at the four facilities all contained individual, environmental and group therapy, and took place at the treatment facility where the patients resided. All four facilities were administrated by private organisations, but had a contractual agreement with one of Norway's four public health enterprises which provide specialised services. The contractual agreement ensures that the facilities adhere to a set of formal requirements. Services connected to the post-discharge period varied between the four treatment facilities. One of the facilities provided shared housing for inpatients after discharge from the inpatient SUD treatment. The house was shared with other former inpatients from the same treatment programme and was administrated by the private organisation that runs the treatment facility. One facility offers follow-up appointments in the three first months after discharge. Follow-up after discharge from inpatient SUD treatment is not one of the formal requirements but was provided as an extra service from those two facilities. The two remaining facilities had no such service and relied on follow-up services provided by the municipal health care services.

All four facilities provided treatment for use disorders connected to one or several psychoactive substances, including illicit drugs, prescription medication and alcohol. However, one of the facilities primarily treated alcohol use disorder. One of the treatment facilities provided inpatient treatment for men who were aged 30 years or older. Two of the treatment facilities provided inpatient treatment for younger (aged 18 to 40 years) men and women with SUD. And one treatment facility provided inpatient treatment for men and women with SUD who were older than 20 years. In Norway, facilities providing inpatient SUD treatment that exceeds nine months

are usually administrated by private organisations with contractual agreements, such as these four facilities. The four facilities may therefore be considered as representative in a Norwegian context.

Inpatients were recruited for participation through the respective facilities' appointed contact person during the period from March to May 2018. Only patients who had completed a minimum of five months of the inpatient treatment phase, and had adhered to the same treatment programme, including group therapy, were considered as eligible to participate. They therefore presumably possessed the necessary foundation to interact and explore considerations about the context they shared, as well as the needed experience from group therapy to share challenges with the group. This was also the reason participants were recruited from long-term treatment facilities.

Even if some of the participants in the focus groups had only used alcohol, the participants' use disorders were mainly connected to alcohol and/or other substances. None of the participants were employed at the time of the focus group interview, and few reported that they went to school or did charity work at the time the focus group interviews took place. Some of the participants reported that they had attempted inpatient SUD treatment previously, but few had completed the treatment programme. Those who had previously completed an inpatient SUD treatment programme reported that they used this experience to make different choices this time.

The recruitment lead to a total of four focus groups, one from each of the four included treatment facilities, and consisted of 22 participants (19 male and 3 female). The number of participants in each focus group varied between four and eight participants, and two groups consisted of only men. Participants within each focus group lived at the same treatment facility and had adhered to the same treatment

programme for a minimum of five months before the interviews took place.

Interviews

The focus groups were carried out during the last week of May and the first week of June 2018 and took place at the respective treatment facilities. The interviews were audiotaped and then transcribed by the first author using NVivo 12 Pro.

The focus groups were conducted by the first author and organised as semi-structured interviews with questions from former research on facilitating factors in the course of SUD recovery (see Appendix for interview guide). The interview guide was pre-piloted in a group of representants from non-governmental organisations (NGOs) from the SUD field, and adjusted according to feedback. The interviewer started each session by providing information about her background as a social worker and counselor in inpatient SUD treatment, and with information about confidentiality.

The opening question presented to every focus group was: "Could you tell me something about what continued care represents for you?" Apart from the opening question, the questions were, however, not presented in a particular order. If the focus group did not discuss one of the questions from the interview guide, the interviewer addressed relevant follow-up questions to the focus group. After the first question was asked, the different groups had a similar structure regarding speech flow, natural pauses and dynamics. The interviewer got the impression that the participants were used to talking in groups and to each other. For instance, the participants provided positive and negative feedback, problematised statements that were uttered and gave each other support when sensitive issues came up, such as relapse, difficulties in close relations, betrayal or shame.

The duration of the group interviews varied in between 49 and 100 minutes. There were no substantial observed differences related to group dynamics, focused themes or social

interaction between the interviews with only male participants and the mixed-gender interviews. All the interviews, except one, were situated in a conference room where the participants and the interviewer were positioned around a table. One of the interviews took place in the same room as the participants usually attended for group therapy.

Ethical considerations

The study protocol was reviewed by the Norwegian Ethics Committee for Medical Research (REK) (reference number: 2017/1531) and then approved by the Norwegian Centre for Research Data (NSD) (reference number: 56577 / 3 / AMS). The participants received verbal and written information and gave written consent for the interviews to be audiotaped and used for the purposes of research. A contact person was appointed at each treatment facility in case the interviewees needed support after participating in the focus group interview.

Analytic approach

Braun and Clarke's (2006) thematic analysis was considered to be an apt strategy to explore participants' expectations and common beliefs about the theme of interest, and was therefore chosen to analyse the transcribed interview material. This analytical approach consists of six steps which have been rendered in Table 1. A deductive approach was used to identify codes and themes, and the interpretation was semantic rather than latent, meaning that the statements were not analysed with the intent of finding a deeper meaning beyond what was explicitly stated by the participants.

First, the whole interview material was processed through the first four steps of the analysis. During the first step, the analyst became familiarised with the data material through conducting and transcribing the focus group interviews. The transcribed material was then coded and re-coded during the second step. Basic features such as housing, personal finances, leisure

activity, education and employment, as well as issues related to relational and emotional aspects such as social support, predictability, loneliness, trust, cohesion, honesty and attachment emerged in the coded interview material. In the third analysing step the analyst reviewed the coded material, bearing interim themes, patterns and connections between themes in mind. During the fourth step, interim themes were reviewed considering compliance of patterns within each theme, as well as validity of the interim themes in relation to the raw data material. During these two steps it gradually became clear that the same issues were repeated, but within different contexts. The contexts were recognised as the *inpatient stay*, *transition period*, *post-discharge period* and *social relations and support*.

Second, two particular parts of the whole interview material, namely the contexts referred to as the *transition period* and the *post-discharge period*, were selected to elucidate the current research question. Common aspects of discussions within these specific parts of the whole interview material were that the participants spoke about their expectations for the transition and post-discharge period. The coded material was reviewed and organised into interim themes. The coded interview material and interim themes were re-processed throughout the analysing phases several times before the final three themes, "Belonging", "Intrapersonal processes" and "Predictability", were named and defined in the fifth step of the analytical process. Decisions throughout the stages of the analytical process were discussed between the authors at all stages. The sixth and last step in the thematic analysis addresses the reporting of results.

Data session

The first analysis of the whole interview material was presented and discussed in a data session group consisting of representatives from four different NGOs from the SUD field. The purpose of the data session group was to

Table 1. Steps in the analytical process (Braun & Clarke, 2006).

First step	<i>Familiarise with the data material</i>	Conducting and transcribing the focus group interviews.
Second step	<i>Generate preliminary codes</i>	By coding and re-coding the whole data material preliminary codes were identified within the selected part of the data material.
Third step	<i>Searching for interim themes</i>	The coded interview material was analysed in the search for interim themes.
Fourth step	<i>Reviewing the interim themes</i>	The interim themes were reviewed, and three themes were identified.
Fifth step	<i>Defining and naming the themes</i>	The final three themes were named with quotations which appeared representative for their content from the focus group interviews. The content of the themes was fully described.
Sixth step	<i>Produce the report</i>	

examine and discuss the coded interview material and themes together with stakeholders who represented the interest of the target group in the current study.

Findings

Throughout the analytical process, the coded interview material was organised and summarised into three main themes. The themes have been displayed in a theme-map (see Figure 1), while their content has been further outlined in the upcoming sections. The following themes emerged during the analysis: “Belonging”, “Intrapersonal processes” and “Predictability”. Distinctive perceptions expressed by the participants will be presented and accompanied with quotations from the focus group interviews. The names and gender in quotations presenting discussions between participants are fictional.

Belonging

This theme embraces factors connected to belonging in the transition period between inpatient SUD treatment and everyday life after discharge and summarises interview material coded as *connectedness* and *loneliness*. *Connectedness* includes content such as participants’ feeling of cohesion with peers within the treatment programme, their

perceived attachment to the treatment facility and their thoughts about establishing connections in general society. *Loneliness* includes participants’ reflections about the absence of cohesion or connectedness and their expressed fear of involuntary social isolation in the post-discharge period.

Participants anticipated that social relations, which they had built up with peers and the treatment facility during the inpatient phase, would facilitate the transition and post-discharge period. Here, for instance, interviewees expressed how they consider that social relations with peers would be protective in the post-discharge period:

The four of us have been here [in the facility during inpatient treatment] together for one year. When we get out there [to the post-discharge period] we have established safe relationships with each other.

In that way you spend the post-discharge period surrounded by people you can talk to and ask for help. These are people you can talk with about mechanisms that causes you to take destructive choices.

Arguably, cohesion between peers within the facility may provide an opportunity to maintain the established relationships continuously throughout the transition and post-discharge period.

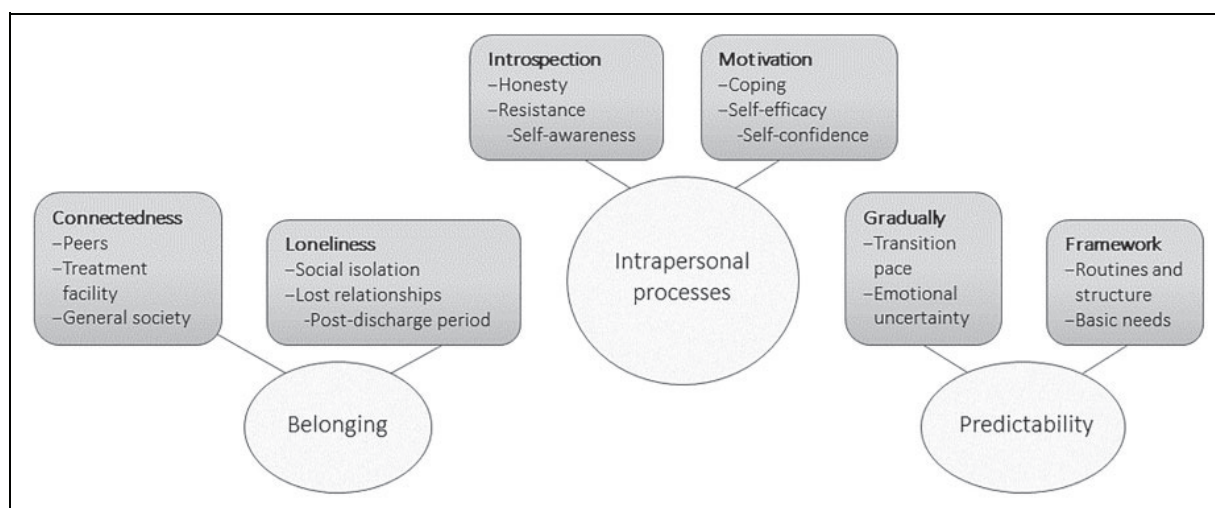


Figure 1. Theme-map.

Social relations with peers were also discussed in a wider sense, and as an aspect that depended on trust in others, as well as a factor which fostered a sense of responsibility to support other people. Similar viewpoints were echoed in several discussions across the focus group interviews. The inpatient SUD treatment environment appeared to be preserved by the participants as a suitable arena in which to practise social skills. During the interviews, social capability was, in turn, emphasised as valuable recovery capital that was expected by the participants to facilitate the transition period.

The issue of building a foundation for belonging was addressed repeatedly and brought up as a task which had to be fulfilled. A common belief was that previous friends, who still were struggling with addiction, had to be dropped and replaced in order to achieve a feeling of readiness to enter the transition and post-discharge period. Throughout the interviews, however, this was both addressed as an issue that should be solved during the post-discharge period, and as a task that should be undertaken during the inpatient phase.

Participants further discussed the function of social connectedness with people, places or leisure activities in the general society, i.e., outside the treatment facility:

Peter: I think that maybe team sport is better than joining the gym?

Kim: Yes, that is for each and one to decide.

Robert: Such as street football, which is damn good if you like it.

Peter: Yes. I think that someone is expecting you when you join team sport. Maybe someone calls you if you do not show up. A gym does not call you if you miss out. A team has some expectations of you. At least for me, I think that can be important.

In this discussion, attention was drawn to potential expectations from people in general society. The participants draw a line between the gym, where they expected that people normally train alone, and team sports, where they assumed that people interact more with each other. The interviewees then connected the distinction between these two arenas to expectations from other people and social connectedness. Discussions across the interviews about leisure activity, but also connected to the work and school environments, took similar paths. Moreover, meaningful activity, such as sports, leisure activities, school, work and skills training, was frequently emphasised as facilitating in the post-discharge period, and especially as a facilitator for social interaction with people in general society.

In contrast to a sense of belonging, loneliness was thematised:

And then you have the thing about social network, because I only had drug-friends in the end. Soo, that is something I dread. I must prepare to spend much time alone in the beginning [in the post-discharge period] and that can become tough.

This interviewee expressed her fear of involuntary social isolation in the post-discharge period. Similar worries were addressed repeatedly and foremost in discussions concerning individual housing, lacking attachment to peers, the treatment facility or the general society in the post-discharge period.

Belonging was brought up from different perspectives, such as the fear of losing relationships that had been established during the inpatient phase or in connection to involuntary social isolation in the post-discharge period. Consequently, the importance of building social relations during the inpatient treatment phase, which lasted throughout the post-discharge period, was perceived as a preventive factor against loneliness.

Intrapersonal processes

This theme revolves around intrapersonal processes in the transition between inpatient SUD treatment and the post-discharge period, and summarises interview material coded as *introspection* and *motivation*. *Introspection* embraces participants' considerations about honesty, resistance and how experiences of these factors broaden participants' self-awareness. The content of *motivation* revolves around participants' experiences of coping and self-efficacy, and how these elements were anticipated to be facilitators for their self-confidence during the transition period.

Honesty towards oneself was emphasised as a necessary aspect to broaden introspection. This interviewee, for example, described how he experienced that honesty in social

interactions facilitated independence and introspection in the sense of increasing his knowledge about himself:

When you give your honest opinion about other people and reveal your observations when you meet other people, you kind of get to know yourself better also. In one way, it helps you to become able to help yourself.

Honesty was also highlighted as important to benefit from therapeutic interventions in the inpatient treatment phase, such as individual, group or environmental therapy. Furthermore, honesty was repeatedly addressed as facilitating trust and, in turn, as a valuable foundation in social relations.

Resistance against revealing honest opinion to peers was also thematised. One participant described how interfering by disclosing his honest opinions for a long time led him to feel uneasy and defiant:

I have been here [at the treatment facility] for six months now. Still, something is screaming inside me that "this is wrong!" But something is about to change. The thought of poking my nose into other people's stuff and maybe make someone feel uncomfortable by giving them my honest opinion, has made me hesitate.

Resistance was discussed as a reaction to the structure and rules provided by the treatment facility and, in a wider sense, the determined framework in general society. When honesty was discussed in retrospect, it foremost represented something negative, like snitching, and it was considered as an undesirable personal trait. Honesty was, however, recognised as a fundamental feature for achieving sustainable recovery from SUD and to integrate into general society.

Motivation was a recurring subject and was highlighted as a component that relied on other factors, such as coping and self-efficacy. For instance, this interviewee spoke about how the experience of seeing peers cope in treatment gave him motivation:

I saw it the same way; people with tough, tough background who manage to rise. That was very motivating, for me at least.

Similar standpoints, for instance how experience of peers' coping behaviour was pinpointed as influential for the observers' own self-efficacy, were echoed across the interviews.

Aspects such as coping and self-efficacy were continuously highlighted as essential to increase self-confidence and maintain motivation during the inpatient treatment phase, as well as throughout the transition and post-discharge period. Furthermore, introspection in terms of self-awareness related to honesty and emotional resistance was perceived as fundamental in order to handle major change.

Predictability

The main topic of this theme includes predictability in the transition period between inpatient SUD treatment and the post-discharge period, and summarises interview material coded as *gradually* and *framework*. *Gradually* involves participants' views on the transition pace, as well as their experiences of emotional uncertainty connected to the upcoming transition period and post-discharge period. *Framework* concerns participants' considerations about integrating routines and structure, which ideally would have been founded during the inpatient treatment phase, into the transition and post-discharge period. Additionally, *framework* revolved around uncertainty connected to basic needs such as housing, personal finances, employment or leisure activity, in the transition and especially in the post-discharge period.

The pace and steadiness of change in which the transition progressed were highlighted as essential matters across the interviews. For instance, in this discussion, the importance of proceeding gradually to retain a feeling of security in the transition, was emphasised:

Karl: Continued care is like a carrot. When you get out there you may suddenly

have a mobile phone, watch more television and you can go to the gym every day if you want to.

Simon: Yes, but you are still surrounded by a security net.

Camilla: So, it is a gradual transition, which is much easier than going straight into society. [...] In my opinion, everybody actually needs such a gradual transition.

The idea of the value of a gradual transition pace recurred across the interviews and in reference to different contexts. For instance, a steady transition pace was addressed as important in connection to emotional change, for example in becoming emotional capable to ask others for help, strengthening one's self-confidence, increasing one's self-awareness or self-efficacy. The anticipated positive qualities of a gradual transition pace were also pinpointed in connection to aspects such as mastering personal finances, participating in building a functional structure in the upcoming post-discharge period or starting education or work:

When you get out there, it is time to start to use the things you have learned in here, like getting solid structure and routines in your everyday life [...] so that you can manage to maintain abstinence.

The treatment facility was rendered as an arena where structure and routines were provided and where this framework could be embraced, tested and modified to suit anticipated needs during the transition and post-discharge period.

Participants further uttered emotional uncertainty by indicating distrust in their own ability to carry forward the provided framework into the post-discharge period:

You can repeat the same thing over and over again, and tell yourself that "no, no, no" [...]. Eventually, you will say yes. It is not like it will be "no" for ever after you have said no to drugs enough times. You cannot train for these kind of situations [...]. You can take as many stands as

you wish up here [at the facility], I think, but [...] you still must remain on guard [after discharge].

Emotional uncertainty connected to challenges participants envisioned encountering in the transition period, was also repeated across the interviews. These statements were mostly related to how progress in the transition was dependent on the external support system.

The procedure to establish an individually modified framework, gradually and at a stable pace that facilitated predictability, was emphasised as a time-consuming operation and represented an underlying subject in several of the discussions about the transition period across the focus group interviews.

Summary of results

As visualised in the theme-map (Figure 1), every theme was nuanced through containing similar factors. For instance, "Belonging" summarises *connectedness* and *loneliness*. *Connectedness* was brought up by the participants in connection to peers, to the treatment facility and to the general society. While *loneliness* was thematised foremost when the participants discussed the upcoming post-discharge period (and not the inpatient or transition period), as well in connection to involuntary social isolation in the post-discharge period. Furthermore, "Intrapersonal processes" summarises *introspection* and *motivation*. During the interviews, the participants connected honesty, resistance and self-awareness to *introspection*, and coping, self-efficacy and self-confidence to *motivation*. Finally, "Predictability" summarises *gradually* and *framework*. Discussions that concerned the transition pace and emotional uncertainty have been summarised in *gradually*. Basic needs, routines and structures were thematised in connection to the envisioned need for an overarching *framework* in the transition and post-discharge period.

Discussion

The objective of this study was to explore factors that were anticipated by inpatients to facilitate in the transition between inpatient SUD treatment and the post-discharge period. Previous research is mostly based on studies about individuals' experiences following such a transition. The findings of the current study are partly in line with findings from previous studies, but extend the literature by including insight into how inpatients envision belonging, intrapersonal processes and predictability to be facilitating factors in the transition period. Having expectations about the future, which is undecided, is opposite to articulating experiences from the past. Due to this distinction, these two perspectives contrast in how they may influence an individual's confidence or sense of predictability in a given situation.

Social support, as a part of the theme "Belonging", is often understood as resources in the support system, such as public services and financial aid (physical recovery capital), or as support through social relationships (social recovery capital) (Cloud & Granfield, 2008; Langford, Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997). The current findings emphasise belonging (in terms of aspects such as accessible and positive relationships with peers, friends, family and general society), as facilitating for social recovery capital in the transition and post-discharge period. In this regard, general society refers to communities outside the treatment facility, such as the workplace, school, the local neighbourhood or the milieu around leisure activities. Furthermore, this study found that interviewees were worried about involuntary social isolation in the post-discharge period and expected this to be a distressing element in the recovery process.

In accordance with our findings, recent research on inpatients' expectations previous to their transition from the treatment facility has emphasised social support as being essential to continue the recovery process during the transition and post-discharge period (Manuel et al.,

2017). Furthermore, these studies highlight involuntary social isolation as an inhibiting factor in the post-discharge period. In our study, however, participants argued that cohabitation in the post-discharge period was expected to be protective against involuntary social isolation, while Manuel et al. (2017) found that participants rather would live alone in the post-discharge period if they had the opportunity.

Previous research on individuals' experiences of SUD recovery has established that aspects of belonging, such as social connectedness, functioned as facilitators in the recovery process (Bahl et al., 2019; Brooks et al., 2017; Kruk & Sandberg, 2013; Levälähti, 2007; Pettersen et al., 2019). Furthermore, elements of belonging, such as involuntary social isolation and loneliness, were perceived as barriers in the transition and post-discharge period (Brooks et al., 2017). Even if these findings were based on participants' experiences and not their expectations, as in our study, they strengthen the SUD treatment providers' incentive to meet inpatients' need for belonging in the transition and post-discharge period. This may encourage treatment providers to consider the current and previous findings by facilitating belonging in support services that are provided in the transition and post-discharge period.

The current study found that participants perceived the treatment facility as a suitable environment in which to achieve belonging by forming social relationships and strengthening social competence during the inpatient treatment phase. The participants expected these factors to be facilitators in the transition period and such factors may therefore be valued as positive recovery capital. The same was expressed in connection to the process of building a new framework for structures and daily routines in the post-discharge period; the treatment facility was outlined as an apt environment to examine and establish a new way of living. Findings from the current study reveal that the participants predicted this to be a safe way to incorporate a new framework into the post-discharge period. Moreover, interviewees

emphasised how they envisioned that expectations from people in general society (e.g., expectations from people at work or leisure activity) would motivate them to maintain the structure that they had established during the inpatient treatment phase. In line with this, the framework provided by the treatment facility may be recognised as a safe starting point in the process of customising a framework intended for the post-discharge period.

Previous research on individuals' experience with SUD recovery found that participants considered abstinence from substance use as *easy* within the boundaries of the treatment facility (Robertson & Nesvåg, 2018). The treatment facility was foremost remembered as a safe domain, free from sudden and unexpected drug-triggers (Brooks et al., 2017). These findings imply that the treatment facility was evaluated as a safe environment, which, as participants in our study pinpointed, may be a suitable arena in which to establish new routines and structures, as well as a viable place to explore relational needs and social competence. Additionally, previous research on treatment satisfaction among individuals in SUD treatment found that the opportunity to influence and modify the treatment content was associated with a favourable treatment outcome (Brenner, Resnick, Ellard, Treloar, & Bryant, 2009).

The current study found that interviewees anticipated predictability, such as a gradual transition pace, would be essential to establish the emotional stability and safety they envisioned as necessary to explore new surroundings. This was also perceived as important in order to take on challenges that eventually would facilitate the process of building a sustainable framework intended for the post-discharge period. These findings are in line with earlier research on inpatients' expectations (Manuel et al., 2017) as well as research on individuals' experiences of SUD recovery (Soyez & Broekaert, 2003).

In the current study, participants highlighted intrapersonal processes, such as honesty, as foundational in social relationships. The

participants expected honesty to be a valuable element in the process of building lasting relationships that they envisioned would strengthen their prospects during the transition period. These findings are supported by previous findings that examining individuals' experiences of SUD and everyday life after SUD recovery, which imply an interdependency between social recovery capital and values such as trust and honesty, which are important values in building cultural capital (Jason, Light, Stevens, & Beers, 2014; Weston, Honor, & Best, 2018).

Furthermore, the current study found that participants expected intrapersonal processes, such as motivation, to be an influential recovery capital in the transition from inpatient SUD treatment to the post-discharge period. Motivation may be understood as the *ability*, which partly is influenced by self-efficacy, the *drive*, which can be influenced by the discrepancy between reality and desires, and the *readiness* for change (Miller & Rollnick, 2004). Participants in the current study underlined the importance of experiencing peer coping (i.e., having a role model) by linking this experience to improved self-efficacy, which in turn strengthened their motivation. Self-efficacy may be recognised as a person's confidence in their own ability to reach a goal (Bandura, 1994). In our findings, participants reported that *having a role model* strengthened their motivation. These findings are slightly different from recent research on inpatients' expectations previous to their transition from SUD treatment, which found that people who were *seen* as role models perceived increased motivation (Manuel et al., 2017; Polcin & Korcha, 2015).

Previous research on experiences of SUD recovery and the relation between treatment motivation and abstinence after discharge, found that motivation may prevent stressful situations in everyday life, and protect against relapse to substance use (Eslami et al., 2018). Motivation has also been reported to be positively associated with an improved sense of belonging, including factors such as social recovery capital and social connectedness

(Polcin & Korcha, 2015). These previous findings underpin the value of incorporating services and interventions that enable participants to remain motivated during the transition and post-discharge period.

Finally, the need for predictability in relation to basic needs that influence recovery capital, such as physical (i.e., housing, personal finances, work and leisure activity), human and cultural capital (i.e., self-confidence, security, readiness for discharge), was stressed throughout the interviews in the current study. The importance of meeting individuals' basic needs has repeatedly been highlighted as an essential aspect in the SUD recovery process. It has therefore been recommended that basic needs are addressed and met during the inpatient phase, as unfulfilled basic needs during the transition and post-discharge period seem to influence the individual's ability to recover (see, e.g., Andersson et al., 2017; Kruk & Sandberg, 2013; Manuel et al., 2017; Soyez & Broekaert, 2003; Sumnall & Brotherhood, 2012).

Strengths and limitations

In this focus group study, several treatment facilities were included and the discussion in the interviews took similar paths across the four focus group interviews. The interview guide was pre-piloted. These are all aspects that contribute to strengthen the reliability of the current research findings.

The uneven distribution of gender across the focus groups may represent a limitation. However, the distribution reflects the gender composition in the SUD population (Lev-Ran, Le Strat, Imtiaz, Rehm, & Le Foll, 2013; Riley, Hempel, & Clasen, 2018).

Even if some of the participants reported that they had previously attempted inpatient SUD treatment, few of those had completed the treatment programme. People with SUD often make several recovery attempts, with or without formal SUD treatment, before they achieve recovery (Kelly, Greene, Bergman, White, &

Hoepfner, 2019; Price et al., 2001). In this context, and even if some of the participants in the current study had previous treatment experiences, our findings may be valuable in terms of meeting the target groups expected needs in the transition period. However, further research is needed to explore whether the perceived needs of those with and those without previous experiences of discharge from inpatient SUD treatment differ.

Focus group interviews may facilitate social desirability and lead participants to modify their statements to appear in a favourable manner. Additionally, the participants' statements may have been influenced by the treatment programme in which they were enrolled. During the analysis process we aimed to keep the inferences and conclusions aligned with what was stated by the group of participants and to take the group dynamics into account. Nevertheless, our findings may have been influenced by these limitations. On the other hand, participants in the focus groups had adhered to the same treatment programme, including group therapy, for at least five months and presumably possessed the necessary foundation to interact and share challenges with the group.

Conclusions

There is limited knowledge about factors that inpatients envision to facilitate the transition and post-discharge period after inpatient SUD treatment. The current study sought to advance the literature by exploring and identifying inpatients' anticipations about such factors. Knowledge about facilitating factors may be useful for inpatient SUD treatment providers so that they can establish services that match inpatients' expectations.

Findings from the current study highlight three such overarching factors by outlining "Belonging", "Intrapersonal processes", and "Predictability" as expected facilitators during the transition and post-discharge period. Findings from our study on expectations, as well as previous findings from studies on experiences,

imply that certain aspects appear to be facilitating during vulnerable phases such as service level transitions. Arguably, these findings should be taken into consideration and used as steppingstones through the transition and post-discharge period after inpatient SUD treatment.


Declaration of conflicting interests

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The authors disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This focus group study is part of a PhD degree which is funded by Blue Cross East in Norway. Blue Cross East took no other part in the research project or the included studies.

ORCID iD

Dagny Adriaenssen Johannessen  <https://orcid.org/0000-0002-8601-6534>

References

- Andersson, H. W., Otterholt, E., & Gråwe, R. W. (2017). Patient satisfaction with treatments and outcomes in residential addiction institutions. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(5), 375–384. doi:10.1177/1455072517718456
- Andersson, H. W., Wenaas, M., & Nordfjaern, T. (2019). Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addictive Behaviors*, 90, 222. doi:10.1016/j.addbeh.2018.11.008
- Anthony, M. K., & Hudson-Barr, D. (2004). A patient-centered model of care for hospital discharge. *Clinical Nursing Research*, 13(2), 117–136. doi:10.1177/1054773804263165
- Bahl, N. K. H., Nafstad, H. E., Blakar, R. M., Landheim, A. S., & Brodahl, M. (2019). Multiple senses of community and recovery processes: A pilot study for a national evaluation of the experiences of persons with substance use problems receiving help and services from Norwegian

- municipalities. *Journal of Community Psychology*. Advance online publication. doi:10.1002/jcop.22194
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71–81). New York, NY: Academic Press.
- Best, D., & Laudet, A. B. (2010). *The potential of recovery capital*. Retrieved from <https://www.thersa.org/discover/publications-and-articles/reports/the-potential-of-recovery-capital>
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice* (Vol. 16). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Brener, L., Resnick, I., Ellard, J., Treloar, C., & Bryant, J. (2009). Exploring the role of consumer participation in drug treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 105(1), 172–175. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.06.016
- Brooks, A. T., Magaña López, M., Ranucci, A., Krumlauf, M., & Wallen, G. R. (2017). A qualitative exploration of social support during treatment for severe alcohol use disorder and recovery. *Addictive Behaviors Reports*, 6, 76–82. doi:10.1016/j.abrep.2017.08.002
- Bronson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010–1024. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.007
- Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Tverdal, A., Strang, J., & Clausen, T. (2017). High risk of overdose death following release from prison: Variations in mortality during a 15-year observation period. *Addiction*, 112(8), 1432–1439. doi:10.1111/add.13803
- Camilleri, A. C., Cacciola, J. S., & Jenson, M. R. (2012). Comparison of two ASI-based standardized patient placement approaches. *Journal of Addictive Diseases*, 31(2), 118–129. doi:10.1080/10550887.2012.665727
- Cloud, W., & Granfield, R. (2008). Conceptualizing recovery capital: Expansion of a theoretical construct. *Substance Use & Misuse*, 43(12–13), 1971–1986. doi:10.1080/10826080802289762
- Duffy, P., & Baldwin, H. (2013). Recovery post treatment: Plans, barriers and motivators. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 8(1), 6. doi:10.1186/1747-597X-8-6
- Eslami, A. A., Norozi, E., Hajhosseini, M., Ramazani, A. A., & Miri, M. R. (2018). Social cognitive theory as a theoretical framework to predict sustained abstinence 6 months after substance use treatment. *Journal of Substance Use*, 23(3), 300–306. doi:10.1080/14659891.2017.1394382
- Granfield, R., & Cloud, W. (1999). *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. New York, NY: New York University Press.
- Groshkova, T., Best, D., & White, W. (2013). The assessment of recovery capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug and Alcohol Review*, 32(2), 187–194. doi:10.1111/j.1465-3362.2012.00489.x
- Guest, G., Namey, E., Taylor, J., Eley, N., & McKenna, K. (2017). Comparing focus groups and individual interviews: Findings from a randomized study. *International Journal of Social Research Methodology*, 20(6), 693–708. doi:10.1080/13645579.2017.1281601
- Halkier, B. (2010). Focus groups as social enactments: Integrating interaction and content in the analysis of focus group data. *Qualitative Research*, 10(1), 71–89. doi:10.1177/1468794109348683
- Halkier, B., & Gjerpe, K. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo, Norway: Gyldendal akademisk.
- Haugum, M., Holmboe, O., Iversen, H. H., & Bjertnæs, Ø. A. (2016). Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2017 (2017:453) [Inpatients' experiences with interdisciplinary treatment for substance dependence. Results after a national survey in 2017]. Retrieved from <https://www.fhi.no/contentassets/e8a1d293338044a4b2c9ebcdd1e75db9/rus/453-nasjonale-resultater.pdf>

- Haugum, M., & Iversen, H. H. (2014). Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling – resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2014 (Nr 6-2014) [Inpatients' experiences with interdisciplinary treatment for substance dependence – results from a national survey 2014]. Retrieved from <http://www.kunnskapsenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse-i-2014>
- Haugum, M., Iversen, H. H., & Bjertnæs, Ø. A. (2013). Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling – resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2013 (Nr 7-2013) [Inpatients' experiences with interdisciplinary treatment for substance dependence – results from a national survey 2013]. Retrieved from <http://www.kunnskapsenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse-i-2013>
- Helsedirektoratet. (2015). *Prioriteringsveileder: tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)* [Guideline for prioritisation in specialised treatment for substance use disorder]. Retrieved from [https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Tverrfaglig%20spesialisert%20rusbehandling%20\(TSB\).pdf](https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Tverrfaglig%20spesialisert%20rusbehandling%20(TSB).pdf)
- Herman, D. B., Conover, S., Gorroochurn, P., Hinterland, K., Hoepner, L., & Susser, E. S. (2011). Randomized trial of critical time intervention to prevent homelessness after hospital discharge. *Psychiatric Services, 62*(7), 713–719. doi:10.1176/appi.ps.62.7.713
- Jason, L. A., Light, J. M., Stevens, E. B., & Beers, K. (2014). Dynamic social networks in recovery homes. *American Journal of Community Psychology, 53*(3–4), 324–334. doi:10.1007/s10464-013-9610-6
- Kelly, J. F., Greene, M. C., Bergman, B. G., White, W. L., & Hoepner, B. B. (2019). How many recovery attempts does it take to successfully resolve an alcohol or drug problem? Estimates and correlates from a national study of recovering US adults. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research, 43*(7), 1533–1544. doi:10.1111/acer.14067
- Klingemann, H., Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2010). Continuities and changes in self-change research. *Addiction, 105*(9), 1510–1518. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02770.x
- Kruk, E., & Sandberg, K. (2013). A home for body and soul: Substance using women in recovery. *Harm Reduction Journal, 10*. doi:10.1186/1477-7517-10-39
- Lako, D. A. M., Beijersbergen, M. D., Jonker, I. E., de Vet, R., Herman, D. B., van Hemert, A. M., & Wolf, J. R. L. M. (2018). The effectiveness of critical time intervention for abused women leaving women's shelters: A randomized controlled trial. *International Journal of Public Health, 63*(4), 513–523. doi:10.1007/s00038-017-1067-1
- Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing, 25*(1), 95–100. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x
- Lauritzen, G., & Nordfjærn, T. (2018). Changes in opiate and stimulant use through 10 years: The role of contextual factors, mental health disorders and psychosocial factors in a prospective SUD treatment cohort study. *PLoS one, 13*(1), 1–16. doi:10.1371/journal.pone.0190381
- Lev-Ran, S., Le Strat, Y., Imtiaz, S., Rehm, J., & Le Foll, B. (2013). Gender differences in prevalence of substance use disorders among individuals with lifetime exposure to substances: results from a large representative sample. *American Journal on Addictions, 22*(1), 7–13. doi:10.1111/j.1521-0391.2013.00321.x
- Levälahti, J. (2007). Sociala nätverk och socialt stöd i återhämtningsprocessen från alkoholmissbruk [Social networks and social support in the recovery process from alcohol abuse]. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 24*(1), 23–44. doi:10.1177/145507250702400111
- Lopez-Goni, J. J., Fernandez-Montalvo, J., Arteaga, A., & Esarte, S. (2017). Searching objective criteria for patient assignment in addiction

- treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 76, 28–35. doi:10.1016/j.jsat.2017.02.014
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* [Focus groups as a research method in medicine and health care]. Oslo, Norway: Universitetsforl.
- Manuel, J. I., Yuan, Y., Herman, D. B., Svikis, D. S., Nichols, O., Palmer, E., & Deren, S. (2017). Barriers and facilitators to successful transition from long-term residential substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 74, 16–22. doi:10.1016/j.jsat.2016.12.001
- McKay, J. R. (2009). Continuing care research: What we have learned and where we are going. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 131–145. doi:10.1016/j.jsat.2008.10.004
- McLafferty, I. (2004). Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 187–194. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03186.x
- Merrall, E. L. C., Birdl, S. M., & Hutchinson, S. J. (2013). A record-linkage study of drug-related death and suicide after hospital discharge among drug-treatment clients in Scotland, 1996–2006. *Addiction*, 108(2), 377–384. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04066.x
- Miller, W., & Rollnick, S. (2004). Talking oneself into change: Motivational interviewing, stages of change, and therapeutic process. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18(4), 299–308. doi:10.1891/088983904780944306
- Mørland, J., & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet* [Substance and dependency]. Oslo, Norway: Universitetsforl.
- Nordfjærn, T. (2011). Relapse patterns among patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use*, 16(4), 313–329. doi:10.3109/14659890903580482
- Norwegian Directorate of Health. (2015). *Nasjonale retningslinje behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet* [National guidelines for treatment and rehabilitation of substance dependency]. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Behandling%20og%20rehabilitering%20av%20rusmiddelproblemer%20og%20avhengighet.pdf>
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Oute, J., & Davidson, L. (2019). How social relationships influence substance use disorder recovery: A collaborative narrative study. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 13, 1178221819833379. doi:10.1177/1178221819833379
- Polcin, D. L., & Korcha, R. (2015). Motivation to maintain sobriety among residents of sober living recovery homes. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 6, 103–111. doi:10.2147/sar.S89361
- Price, R. K., Risk, N. K., & Spitznagel, E. L. (2001). Remission from drug abuse over a 25-year period: Patterns of remission and treatment use. *American Journal of Public Health*, 91(7), 1107–1113. doi:10.2105/ajph.91.7.1107
- Regionale helseforetak-nettverk rus. (2010). *Hva er god akuttbehandling i TSB? Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av RHF-nettverk rus* [What is good emergency substance abuse treatment?]. Retrieved from <http://legeforeningen.no/PageFiles/86637/Hva%20er%20god%20akuttbehandling%20TSB%20Rapport%20arbgruppe%20juni%202010.pdf>
- Riley, A. L., Hempel, B. J., & Clasen, M. M. (2018). Sex as a biological variable: Drug use and abuse. *Physiology & Behavior*, 187, 79–96. doi:10.1016/j.physbeh.2017.10.005
- Robertson, I. E., & Nesvåg, S. M. (2018). Into the unknown: Treatment as a social arena for drug users' transition into a non-using life. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 1–19. doi:10.1177/1455072518796898
- Schulte, M. T., & Hser, Y.-I. (2014). Substance use and associated health conditions throughout the lifespan. *Public Health Reviews*, 35(2). doi:10.1007/bf03391702. Retrieved from https://web-beta.archive.org/web/20150206061220/http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/20150206061214/20150206061200_Schulte_Hser.pdf
- Skudal, K. E., Holmboe, O., Haugum, M., & Iversen, H. H. (2017). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017. Nasjonale resultater (2017: 453)* [Inpatients' experiences with interdisciplinary

- treatment for substance dependence in 2017. Results following a national survey]. Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2017/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbeh/>
- Sosialdepartementet. (2003). Ot.prp. nr. 54 (2002-2003), Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan) [Ot.prp. nr. 54 (2002-2003), Substance use reform II]. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/8f0fef0ce5b44d99bf97cca564141490/no/pdfs/otp200220030054000dddpdfs.pdf>
- Soyez, V., & Broekaert, E. (2003). How do substance abusers and their significant others experience the re-entry phase of therapeutic community treatment: A qualitative study. *International Journal of Social Welfare, 12*(3), 211–220. doi:10.1111/1468-2397.00454
- Sumnall, H., & Brotherhood, A. (2012). *Social reintegration and employment: Evidence and interventions for drug users in treatment*. Retrieved from http://www.drugs.ie/resourcesfiles/ResearchDocs/Europe/Research/2012/N_Social_reintegration_and_employment.pdf
- Susser, E., Valencia, E., Conover, S., Felix, A., Tsai, W. Y., & Wyatt, R. J. (1997). Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A “critical time” intervention after discharge from a shelter. *American Journal of Public Health, 87*(2), 256–262. doi:10.2105/AJPH.87.2.256
- Turpin, A., & Shier, M. L. (2017). Supporting intrapersonal development in substance use disorder programs: A conceptual framework for client assessment. *Journal of Evidence-Informed Social Work, 14*(3), 131–146. doi:10.1080/23761407.2017.1302860
- UN. (2016). Preparations for the special session of the General Assembly on the world drug problem to be held in 2016E/CN.7/2016/L.12/Rev.1*. Retrieved from <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/V16/017/77/PDF/V1601777.pdf?OpenElement>
- UNODC, & WHO. (2016). *International standards for the treatment of drug use disorders*. Retrieved from https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_59/ECN72016_CRP4_V1601463.pdf
- Wakeman, S. E., Metlay, J. P., Chang, Y., Herman, G. E., & Rigotti, N. A. (2017). Inpatient addiction consultation for hospitalized patients increases post-discharge abstinence and reduces addiction severity. *Journal of General Internal Medicine, 32*(8), 909–916. doi:10.1007/s11606-017-4077-z
- Waljee, J., McGlinn, E. P., Sears, E. D., & Chung, K. C. (2014). Patient expectations and patient-reported outcomes in surgery: A systematic review. *Surgery, 155*(5), 799–808. doi:10.1016/j.surg.2013.12.015
- Weston, S., Honor, S., & Best, D. (2018). A tale of two towns: A comparative study exploring the possibilities and pitfalls of social capital among people seeking recovery from substance misuse. *Substance Use & Misuse, 53*(3), 490–500. doi:10.1080/10826084.2017.1341925
- White, S. R., Bird, S. M., Merrall, E. L. C., & Hutchinson, S. J. (2015). Drugs-related death soon after hospital-discharge among drug treatment clients in Scotland: Record linkage, validation, and investigation of risk-factors. *PloS one, 10*(11). doi:10.1371/journal.pone.0141073
- WHO. (2019, January 2). Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- Willenbring, M. L. (2010). The past and future of research on treatment of alcohol dependence. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 33*(1–2), 55–63. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3887506/pdf/arh-33-1_2-55.pdf

Appendix

Focus group interview, inpatients' expectations

Preparing for the transition period between inpatient treatment and everyday life after discharge

Interview questions:

- Could you tell me something about what continued care represents for you?
 - How are you preparing for the time after discharge from the treatment facility?
 - How are you collaborating with your treatment team to prepare for the post-discharge period?
 - How do you experience having influence on the post-discharge follow-up service content?
 - In what way has the external support system been involved in the preparations for discharge?
 - In your opinion, what should post-discharge follow-up services contain of to facilitate a favourable treatment outcome?
 - Are there measures or interventions in the treatment programme that are helpful in coping with challenges you face on leave during the inpatient phase?
 - In what way has interventions provided by the treatment programme facilitated a feeling of readiness for everyday life after discharge?
 - How do you and the treatment facility cooperate to provide a functional external support system?
 - How do you, the treatment facility and the external support system cooperate to provide a safe and sustainable environment in the post-discharge period (i.e., housing, personal finance, work, education, leisure activity, social network, friends and family)?
-

Artikkel III

Johannessen, D. A., Geirdal, A. Ø. & Nordfjærn, T. (2021). Investigating the factor structure of a translated recovery-orientation instrument in inpatient treatment for substance use disorder. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00363-0>

RESEARCH

Open Access



Investigating the factor structure of a translated recovery-orientation instrument in inpatient treatment for substance use disorder

Dagny Adriaenssen Johannessen^{1,2*} , Amy Østertun Geirdal² and Trond Nordfjærn³

Abstract

Background: Recovery has been outlined as a process of change through which involvement and empowerment enables individuals to reach their goals and aspirations. Recovery self-assessment (RSA) is an instrument that has been acknowledged as an applicable measure of recovery-orientation in services for people with mental health problems or substance use disorder (SUD). This study aimed to translate RSA from US English to Norwegian and to investigate the factor structure of the translated version (RSA-N).

Methods: A translate/back-translate procedure was used. Confirmatory factor analysis (CFA) was applied to investigate the factor structure of RSA-N in a sample of clinicians ($n = 407$) working in inpatient SUD treatment facilities.

Results: The results suggested that the hypothesised five-factor structure originally obtained by the developers showed an inadequate fit with the current data sample. RSA-N was modified and restructured by removing twelve misfitting items and combining factors with high covariance using data from one subsample. The alternative three-factor structure yielded an acceptable fit for the data from a second subsample. Acceptable alpha coefficients, suggesting good internal consistency, supported the adequacy of the three-factor structure.

Conclusions: Results from the present study are in line with previous findings, which have failed to replicate the hypothesised five-factor structure without modifications. Knowledge about the degree to which SUD services are recovery-oriented may contribute to SUD services' pursuit of establishing an inpatient treatment environment that fosters change and development of inpatients. The present study's findings imply RSA-N's potential as an instrument to assess recovery-orientation in inpatient SUD treatment.

Keywords: Confirmatory factor analysis, Recovery-orientation, Recovery self-assessment, Substance use disorder, Translate/back-translate

* Correspondence: dagnyaj@live.com

¹Blue Cross East, Oslo, Norway

²Department of Social Work, Child Welfare and Social Policy, OsloMet – Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2021 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Background

In the course of time, recovery-orientation has been established as part of public services for people with substance use disorder (SUD) or mental health problems [1–4]. Recovery communities are occupied with how people who experience negative consequences of substance use or poor mental health are perceived and approached. Recovery has been outlined as a process of change where involvement and empowerment facilitate the necessary autonomy, self-perception and belonging to reach individually defined goals and to live a life that the individual finds meaningful [5–7]. Recovery may thus be regarded as a goal or a process, as well as a measure to establish an environment that fosters change and development [5, 6]. Recovery as a goal implies leading a meaningful life as defined by the individual and as a process, recovery involves changes in life domains that are affected by the negative consequences of substance use or mental health problems [8]. Recovery as a measure refers to a framework that promotes the process and the goal of recovery, often implemented by services in their pursuit of becoming recovery-oriented services [7].

Several instruments have been developed to measure the degree to which SUD and mental health services are recovery-oriented [3, 9]. One is Recovery self-assessment (RSA: [10]), a validated self-report instrument with satisfactory internal consistency, which has been an applicable measure of recovery-orientation and acknowledged as such [3]. RSA was developed in the United States (US) to measure recovery-orientation in community, outpatient or inpatient services. Separate versions of RSA are available for different target groups, comprising users, family members, service providers and managers. RSA can be used in one or several of these target groups to assess recovery-orientation in services or for research purposes.

RSA for users has previously been translated from US English to Chinese [11], Swedish [12], Malaysian [13] and Hong Kong Chinese [14], in which all have been tested for validity among people attending community mental health services. More recently, RSA for users has been translated to Brazilian Portuguese and culturally adapted to community mental health services in Brazil but has not yet been psychometrically tested [15].

The providers' version of RSA has previously been translated from US English to German [16] and tested for internal consistency among the staff of a psychiatric inpatient hospital [17]. Validity studies have revealed diverging psychometric properties of the providers' version of RSA in psychiatric inpatient hospital settings. Salyers, Tsai and Stultz [18] found that RSA had good internal consistency and stable test-retest reliability. In contrast, Thege, Ham and Ball [19] failed to confirm the hypothesised factor structure in their data sample.

The providers' version of RSA has been used to explore associations between mental health clinicians' perception of the degree to which services are recovery-oriented, on one hand, and different factors, such as job satisfaction, stigmatising attitudes, therapeutic alliance with service users, and recovery outcome among users, on the other hand [20–24]. However, RSA has hardly been used to study recovery-orientation in specialised SUD services. During the development of RSA, staff from both mental health and SUD services participated, but the results were aggregated [10]. To the best knowledge of this paper's authors, no studies have used RSA to assess clinicians' perception of recovery-orientation specifically in SUD services or have investigated its validity in a population of clinicians working in specialised inpatient SUD treatment facilities.

Specialised treatment for SUD may be considered a planned turning point where basic needs are met and development and change are initiated [25]. Inpatient SUD treatment has been recognised as particularly important for individuals with SUD who have multiple psychosocial challenges and struggle in managing their everyday life [26–28]. Recovery-orientation has been established as an expedient way to organise and provide services for individuals who undergo extensive changes [29–31]. RSA captures several of the enabling factors in the vast change process that is often involved in recovering from SUD, including social support, belonging, motivation, involvement and predictability in terms of basic needs and rate of change [32–38].

People with SUD are more often targeted with stigmatising attitudes compared to people with mental health problems [39, 40]. Stigmatising attitudes also appear among clinicians working in the treatment of mental health problems or SUD [41]. A recovery-oriented framework includes measures to counter common negative beliefs about people with SUD or mental health problems. These measures involve addressing stigmatising descriptions of people with SUD or informing the general public about SUD and its recovery potential. Such measures may contribute to reduced stigma and discrimination, both among clinicians [42, 43] and the general public [39, 44]; A wider assessment of the recovery-orientation in SUD services is therefore significant.

Few instruments are suitable for assessing the degree of recovery-orientation in SUD services, as perceived by clinicians, and with qualities similar to those of RSA. RSA may be a useful tool in exploring recovery-orientation in inpatient SUD treatment.

This study had two aims: 1) to formally translate the providers' version of RSA from US English to Norwegian and 2) to investigate the factor structure of the translated version among clinicians working in inpatient SUD treatment facilities.

Materials and methods

Recovery Self-Assessment (RSA)

RSA includes 36 items, which are rated on a 5-point Likert scale (from 1 = “strongly disagree” to 5 = “strongly agree”), with two additional options (N/A = “not applicable” and D/K = “don’t know”). The items are divided into five subscales that provide information about the services’ ability to promote service users’ recovery. The subscales are hypothesised to measure the extent to which service users’ *Life goals*, *Involvement*, and *Choice* are promoted by the service staff. The instrument also covers the degree to which the services offer a *Diversity of treatment options* and are *Individually-tailored services*. The instrument provides individual scores for each of the five subscales, as well as a total score. Scores on the individual subscales yield information about potential areas of improvement to establish a recovery-oriented environment in the treatment facility or service. High scores suggest that the services are recovery-oriented, while low scores indicate the opposite [10].

Translation procedure

RSA was translated according to a translate/back-translate procedure and guidelines for translation [45] (see Table 1).

In the preparation phase, the five RSA subscales were thoroughly reviewed to evaluate if they captured the factors that have previously been outlined as enablers in the vast change process involved in recovering from SUD. The RSA developers do not require stakeholders to obtain permission to use the instrument (i.e., no copyright) [3, 46]. However, the originator was informed about the research project and the plans for translation before the procedure started.

RSA was forward-translated from US English to Norwegian by two of the authors (DAJ and AØG), who have clinical and research experience in mental health and SUD and are native Norwegian speakers. The forward-translation was adapted to the Norwegian inpatient SUD treatment setting in terms of language, culture and organisation of health services. The translated version was then back-translated by a professional translator with no knowledge of the original instrument.

The back-translation was reviewed and compared with the original instrument. The authors discussed the differences between the original and the back-translated versions in terms of conceptual correspondence and adjusted the forward-translated version accordingly.

The adjusted forward-translated version was first sent to clinicians ($n = 6$) working in a specialised outpatient SUD treatment programme. They were asked to complete the instrument and comment on the wording, concepts, understandability and relevance of the included items. Their responses were reviewed, and the translated version was adjusted according to their feedback.

The adjusted version was then sent to representatives ($n = 4$) of *non-governmental organisations* (NGO) in the SUD field for further assessment. They were asked to comment on the language, concepts, understandability and relevance of the instrument. They were also instructed to proofread the instrument. The adjusted translation was then modified according to their feedback, and the instrument was established as *Recovery Self-Assessment – Norwegian* (RSA-N). The translation procedure took place from January to July 2020.

Table 1 Translation procedure according to Wild and colleagues’ [45] guidelines

Procedure	Description
Preparations	The literature was searched for Norwegian translations and the originator of RSA was informed about the research project
Forward translation	RSA was translated from US English to Norwegian by two native Norwegian speakers with clinical and research experience in mental health and SUD
Revise	The forward-translation was adapted to the Norwegian inpatient SUD treatment setting in terms of language, culture and organisation of health services
Back translation	The forward-translation was back-translated from Norwegian to US English by a professional translator with no knowledge of the original instrument
Review	The back-translation was reviewed and compared to the original instrument
Harmonization	The authors discussed differences in the original- and back translated versions in terms of conceptual correspondence and adjusted the forward-translated version
External assessment	Clinicians completed the instrument and commented on wording, concepts, understandability and relevance of the included items
Adjustment	The translated version was adjusted according to feedback from the clinicians
External assessment and proofreading	NGO-representatives commented on language, concepts, understandability, relevance of the instrument and proofread the instrument
Adjustment and finalisation	The adjusted translation was finalised according to feedback from the NGO-representatives

Setting and participants

Setting

Regarding this study's second aim, the factor structure was investigated in Norway, where specialized outpatient and inpatient SUD treatments are organised under four regional health enterprises (Northern Norway Regional Health Authority, Central Norway Regional Health Authority, Western Norway Regional Health Authority, and Southern and Eastern Norway Regional Health Authority). These health enterprises award private organisations with contracts to provide specialised SUD treatment. The contractual agreement ensures that the private providers adhere to formal requirements. The expenses for inpatient SUD treatment are covered with public funds, and people who undergo outpatient treatment pay a small deductible.

In line with those of other western countries, Norway's specialised inpatient SUD treatment is interdisciplinary and consists of psychological, social and medical interventions and measures. Administered in the treatment facility where the patients reside, inpatient SUD treatment normally comprises individual, environmental and group therapies [47–49]. To adhere to the ideal of interdisciplinarity in inpatient SUD treatment facilities, psychologists, social workers, nurses, medical doctors and psychiatrists are normally employed.

Inpatient SUD treatment facilities in Norway adhere to various therapeutic orientations. Some provide treatment that originates from the psychodynamic tradition, such as mentalisation-based therapy. Others provide treatment from the recovery tradition. Among these are Hierarchical Therapeutic Communities (CTC) and inpatient twelve-step programmes. Several of the facilities are *treatment collectives*. These have a democratic structure, like Democratic Therapeutic Communities (DTC), but originated partly through inspiration from pedagogical collectives for adolescents with behavioural difficulties in Sweden and the Soviet Union. Lastly, other inpatient SUD treatment facilities adhere to cognitive behavioural therapy or describe their therapeutic orientation as *eclectic*.

Participants

The study protocol was independently reviewed and approved by the Norwegian Centre for Research Data (NSD; reference number 883511). The participants received written information and gave their consent by answering the first item in the questionnaire: "I give my consent to participate in the study and to my answers being stored in Sensitive Data Services (TSD) and used for the purpose of research."

Fifty-four eligible treatment facilities were invited to participate in the study. Among these, 50 facilities responded to the invitation, and a contact person from

each facility provided clinical staff members with a link to a self-report questionnaire via e-mail. Additionally, potential respondents received one or two reminders to answer the questionnaire. Ideally, an equal number of participants from all facilities should be included. However, to attain a sufficient number of participants, all clinical staff members at each facility were invited. The participating facilities employed from 10 to 50 clinicians in total (mean = 15, median = 16). More participants therefore contributed from larger facilities than from smaller facilities. In total, 426 of the 933 (response rate = 46%) invited clinicians completed the questionnaire; 96% ($n = 407$) of these respondents reported that they worked directly (i.e., clinically) with the inpatients in the treatment facility. The respondents who did not work clinically ($n = 19$) were excluded from the study. The participants comprised clinicians working in long-term (≥ 6 months) inpatient SUD treatment facilities in Norway. The data were collected from August to October 2020.

Investigating the factor structure

Measures

The questionnaire consisted of RSA-N and six items that collected demographic information, including age, gender, number of years spent working in the SUD field, number of years spent working in an SUD treatment facility, and job title. One of the items from the original RSA concerned accessibility by collecting information about the place where the services were provided. During inpatient treatment, the inpatient's reside in the treatment facility; thus, the item was removed, as suggested by Campbell-Orde, Chamberlin, Carpenter and Stephen Leff [46]. The RSA-N therefore consisted of 35 items, which were formulated as statements about the treatment programme. The questionnaire was completed by assessing the 35 RSA-N items on a 5-point Likert scale (for the scoring options, see above), as well as the six demographic items, which took approximately 15 min to complete.

The total RSA-N score was obtained by computing the mean of all 35 items (ranging from 1 to 5). The individual subscale scores were obtained by computing the mean of the items included in each subscale (ranging from 1 to 5), as suggested by the originators [10].

Analytical strategy

Confirmatory factor analysis (CFA) is normally applied when the structure of a measurement instrument, such as RSA, has been established through assessing which items are pooled together in a latent factor (i.e., a subscale) [50]. CFA was therefore conducted to investigate whether the hypothesised five-factor structure of the original RSA, as described by O'Connell, Tondora, Croog,

Evans and Davidson [10], coincided with the factor structure of RSA-N in the current data sample. Due to poor fit indices, the sample was randomly divided into two equally sized subsamples, which provided an opportunity to modify RSA-N with a sample that differed from the one used to test the validity of the modified RSA-N (alternative model).

Principal component analysis (PCA) and modification indices in CFA may be used to remove items and re-specify the factor structure of an instrument [50]. Therefore, the data from subsample 1 were used to identify cross-loading items, items with weak loadings (i.e., misfitting items) and covariance between hypothesised factors using PCA and modification indices in CFA. The data from subsample 2 were used to test the validity of the alternative model.

The chi-square test and approximate fit indices designate how well the data fit the hypothesised factor structure (measurement model) by using information about common and unique variances of the indicators (items and latent factors) obtained with the observed data. The fit indices estimated the model fit by placing the observed data on a range from a poor model (baseline model), with no information about variance, to a good model (saturated model), with all the information about variance.

The chi-square (χ^2) test, root mean square error of approximation (RMSEA) with 90% confidence interval (90% CI) and comparative fit index (CFI) were used to evaluate the fit of the hypothesised factor structure in the current data sample. In the chi-square test, small differences between the data and the hypothesised model are preferred, and *p*-values above 0.05 may indicate a good fit. The chi-square test is sensitive to both small and large sample sizes [51]. The two approximate fit indices, RMSEA and CFI, were therefore emphasised in evaluating the adequacy of the hypothesised five-factor structure for the current data. A low RMSEA is desirable, and values above 0.08 and an upper confidence interval value above 0.1 may indicate a poor fit [52]. A high CFI is desirable, and the fit may be acceptable with values close to 0.90 [53]. Internal consistency was considered using Cronbach's alpha coefficients (α), which estimate the adequacy of pooling designated items together to measure a latent construct or a subscale. Alpha coefficients with values of 0.7 and above indicate acceptable internal consistency for the data [51].

Descriptive statistics were used to examine the respondents' personal and professional characteristics, as well as patterns of system-missing values (additional response options N/A and D/K). Mean imputation, as described by Christophersen [54] (the item mean value plus the subscale mean value divided by two), was used on items with 90% or more valid responses [55]. All analyses were

conducted both with and without mean imputation, providing the same results in terms of factor structure and misfitting items.

Pattern analyses of system-missing values were performed using IBM SPSS Statistics Version 27, while jamovi version 1.2.27 was used for all other analyses [56].

Results

Sample characteristics

The respondents' personal and professional characteristics are presented in Table 2. The participants' mean age was 44.7 years, and 68% were women. The mean time spent working in the SUD field was 9.96 years, and the mean time spent working in an inpatient SUD treatment facility was 7.7 years. Among the participants, 35% were medical staff members, 16% served as social workers, 11% worked as psychologists or therapists, and 38% were registered as *other staff*, including peer specialists, environmental therapists, financial counsellors and job

Table 2 Respondents' personal and professional characteristics

	n (%)	Total n = 407 mean (SD)
Gender		
Women	275 (68)	
Men	132 (32)	
Age		
20–30	44 (12)	44.7 (10.6)
31–40	99 (26)	
41–50	121 (31)	
51–60	97 (25)	
> 60	23 (6)	
Job title		
Medical staff	145 (35)	
Social worker	64 (16)	
Psychologist and therapist	44 (11)	
Other staff	154 (38)	
Years spent working in the SUD field		
< 5	120 (30)	9.96 (7.38)
5–10	131 (32)	
11–15	69 (17)	
16–20	50 (12)	
> 20	37 (9)	
Years spent working with SUD treatment		
< 5	164 (40)	7.70 (6.45)
5–10	139 (34)	
11–15	52 (13)	
16–20	33 (8)	
> 20	19 (5)	

counsellors. Four items (4, 27, 12 and 15) had more than 10% system-missing values, with valid responses ranging from $n = 319$ to $n = 378$.

CFA was conducted to investigate how well the five-factor structure, originally obtained by O’Connell, Tondora, Croog, Evans and Davidson [10], would fit the current data. The RMSEA (90% CI) values (0.052 (0.048–0.056)) suggested an adequate fit, while the CFI (0.083) indicated a poor fit (chi-square test: χ^2 (df) = 1155.982 (550), $p < 0.01$). Additionally, the factor covariance between *Life Goals* and *Choice* was high (0.95), as was the factor covariance between the two hypothesised factors: *Diversity of treatment options* and *Individually-tailored services* (0.94). High covariation between factors indicates related or overlapping factors, which is fairly common in multidimensional psychometric instruments. However, high values normally imply that the model has poor discriminant validity and should be respecified [50].

Due to these results, the study group was randomly divided into two equal subsamples: subsample 1 ($n = 203$) and subsample 2 ($n = 204$). RSA-N was modified and respecified using PCA and modification indices in CFA with the data from subsample 1. The modification resulted in an alternative model, which was tested with CFA using the data from subsample 2.

Modifying RSA-N

As some correlations between the components were expected, oblique rotation with Promax was applied during the PCA. Bartlett’s test of Sphericity (χ^2 (df) = 1496.080 (595), $p < 0.01$) and Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) of Sampling Adequacy (MSA = 0.78) implied that the data were suitable for PCA [57].

The items that did not load with values over 0.3 on a component in the PCA were removed, as were the cross-loading items with values over 0.4 [50]. One item (29, see Table 3) did not load over 0.3, and none of the items cross-loaded.

Ten items (1, 4, 6, 12, 13, 16, 19, 20, 26 and 32; see Table 3) with weak loading (< 0.4) on the designated factor or high loadings on several factors were identified and removed one by one, using modification indices in CFA [50].

Respecifying the factor structure

The original factor structure was respecified by investigating common and unique variances between the items and the latent factors in CFA. The covariance between two pairs of the hypothesised factors – *Life goals* and *Choice*, and *Diversity of treatment options* and *Individually-tailored services* – remained high.

Life goals consist of items addressing staff members’ role in helping inpatients outline and achieve their individually defined goals, such as “Staff actively assist patients with the development of career and life goals that go beyond symptom management and stabilization.” *Choice* includes items that gather information about the extent to which staff members use measures to influence inpatients’ choices connected to defining their individual goals, such as “Staff at this agency listen to and follow the choices and preferences of the patients.”

Diversity of treatment options contains items that collect information about the degree to which various treatment options are offered and whether the treatment programme is varied in terms of inpatients’ individual needs, such as “Groups, meetings and other activities can be scheduled in the evenings or on weekends so as

Table 3 Removed items

Item	Statement
1.	<i>Helping the patients build connections with their neighbourhoods and communities is one of the primary activities in which staff at this agency are involved</i>
3.	<i>The patients have access to all their treatment records</i>
4.	<i>This agency provides education to community employers about employing people with mental illness and/or addictions</i>
6.	<i>The patients can choose and change, if desired, the therapist, psychiatrist, or other service provider with whom they work</i>
12.	<i>This agency provides structured educational activities to the community about mental illness and addictions</i>
13.	<i>Agency staff do not use threats, bribes, or other forms of coercion to influence the patient’s behaviour or choices</i>
16.	<i>Staff are knowledgeable about special interest groups and activities in the community</i>
19.	<i>This agency provides a variety of treatment options (i.e., individual, group, peer support, holistic healing, alternative treatments, medical) from which the patients may choose</i>
20.	<i>The achievement of goals by patients and staff are formally acknowledged and celebrated by the agency</i>
26.	<i>Agency staff are diverse in terms of culture, ethnicity, lifestyle, and interests</i>
29.	<i>Staff routinely assist patients in the pursuit of educational and/or employment goals</i>
32.	<i>This agency provides formal opportunities for patients, family members, service providers, and administrators to learn about recovery</i>

not to conflict with other recovery-oriented activities, such as employment or school.” *Individually-tailored services* comprise items that gather information about the extent to which the treatment programme is customised to meet inpatients’ individual needs, such as “This agency offers specific services and programmes for individuals with different cultures, life experiences, interests and needs.”

The two factors – *Life goals* and *Choice* – were combined and established as *Goals and choice*. Likewise, *Individually-tailored services* and *Diversity of treatment options* were merged and established as *Individually tailored and varied* (for the alternative three-factor solution, see Additional file 1). Model fit indices for the alternative three-factor model showed improved results. RMSEA (90% CI) (0.055 (0.043–0.064)) and CFI (0.87) indicated an acceptable fit (chi-square test: χ^2 (df) = 394.5516 (249), $p < 0.01$).

Testing the alternative model

The alternative three-factor structure was tested using CFA with data from subsample 2. The results are presented in Fig. 1. One item (3, see Table 3) was removed due to weak loading (< 0.4).

Model fit indices indicated that the alternative factor structure was applicable, with RMSEA (90% CI) (0.059 (0.049–0.069)) and CFI (0.89) both indicating an acceptable fit (chi-square test: χ^2 (df) = 388.1141 (227), $p < 0.01$).

The factor loadings (standardised) ranged from 0.43 to 0.81 and were significant ($p < 0.05$). The covariance (standardised) between the factors ranged from 0.51 to 0.85 and were significant ($p < 0.05$). Reliability analyses indicate good internal consistency for the three factors – *Goals and choice* ($\alpha = 0.82$), *Involvement* ($\alpha = 0.74$) and *Individually tailored and varied* ($\alpha = 0.75$) – and for the overall RSA-N instrument ($\alpha = 0.88$).

Discussion

The main results of the present study are that the five-factor structure originally obtained by O’Connell, Tondora, Croog, Evans and Davidson [10] has an inadequate fit with the current data from the SUD sector. Twelve misfitting items were removed during the modification, and factors with high covariance were combined. An alternative three-factor model is proposed for RSA-N, comprising the subscales *Goals and choice*, *Involvement* and *Individually tailored and varied*. Approximate fit indices for the alternative model were found to be acceptable, as was the internal consistency according to alpha coefficients.

This present study’s main findings coincide with prior validity studies with translated versions of RSA, which have found acceptable internal consistency for the

subscales included in the users’ version of RSA [11–13, 17] and fair to good internal consistency for the subscales included in the providers’ version [17, 18].

In line with the present study’s results, previous studies of the factor structure have failed to replicate the hypothesised five-factor structure without modifications. Based on the CFA results, Tan and Fernandez [13] concluded that the five-factor structure could be replicated by allowing the error terms of eight items to covary. Tan and Fernandez [13] study is the only one that has successfully replicated the original five-factor structure using a translated version of RSA. Furthermore, based on their results from a Rasch analysis, the authors suggested that the *Life Goals* subscale should be split into two, which they recommended for further use in the Chinese version of RSA [11]. Based on exploratory factor analysis with parallel analysis, Ye, Pan, Wong and Bola [14] suggested that three factors could be extracted, and Lodge, Kuhn, Earley and Manser [58] reported that a one-factor solution provided the best fit for the data. Although Ye, Pan, Wong and Bola [14] found a three-factor solution with their data sample, due to their research aims, they decided to use a one-factor solution and therefore did not provide supplementary information about the three-factor solution. Lastly, Thege, Ham and Ball [19] tested the psychometric properties of the original RSA with CFA. Based on unacceptable fit indices and high covariance between several of the latent factors, they concluded that the original five-factor structure had an inadequate fit in a sample of staff members working with inpatient treatment for severe mental illness.

None of these prior studies have tested the hypothesised factor structure in a sample of clinicians working with inpatient SUD treatment. Furthermore, we found no previous studies that explored the adequacy of using RSA to assess recovery-orientation in SUD services in general or inpatient SUD treatment in particular since the RSA was developed.

Several factors may explain the issue with replicating the original five-factor structure shown in this and previous validation studies of RSA. First, there are variations in how people with mental health problems are approached compared to people with SUD. The most common notion of recovery applied in the European SUD field today is derived from movements such as the twelve-step tradition and sobriety movements, where eliminating the addictive substance (i.e., the symptom) represents a core value [59–61]. In the mental health field, however, the prevailing notion of recovery developed as part of a civil rights movement. The movement emerged during the 1960s and consisted of people with mental health problems who advocated their right and opportunity to take part in society on equal terms to

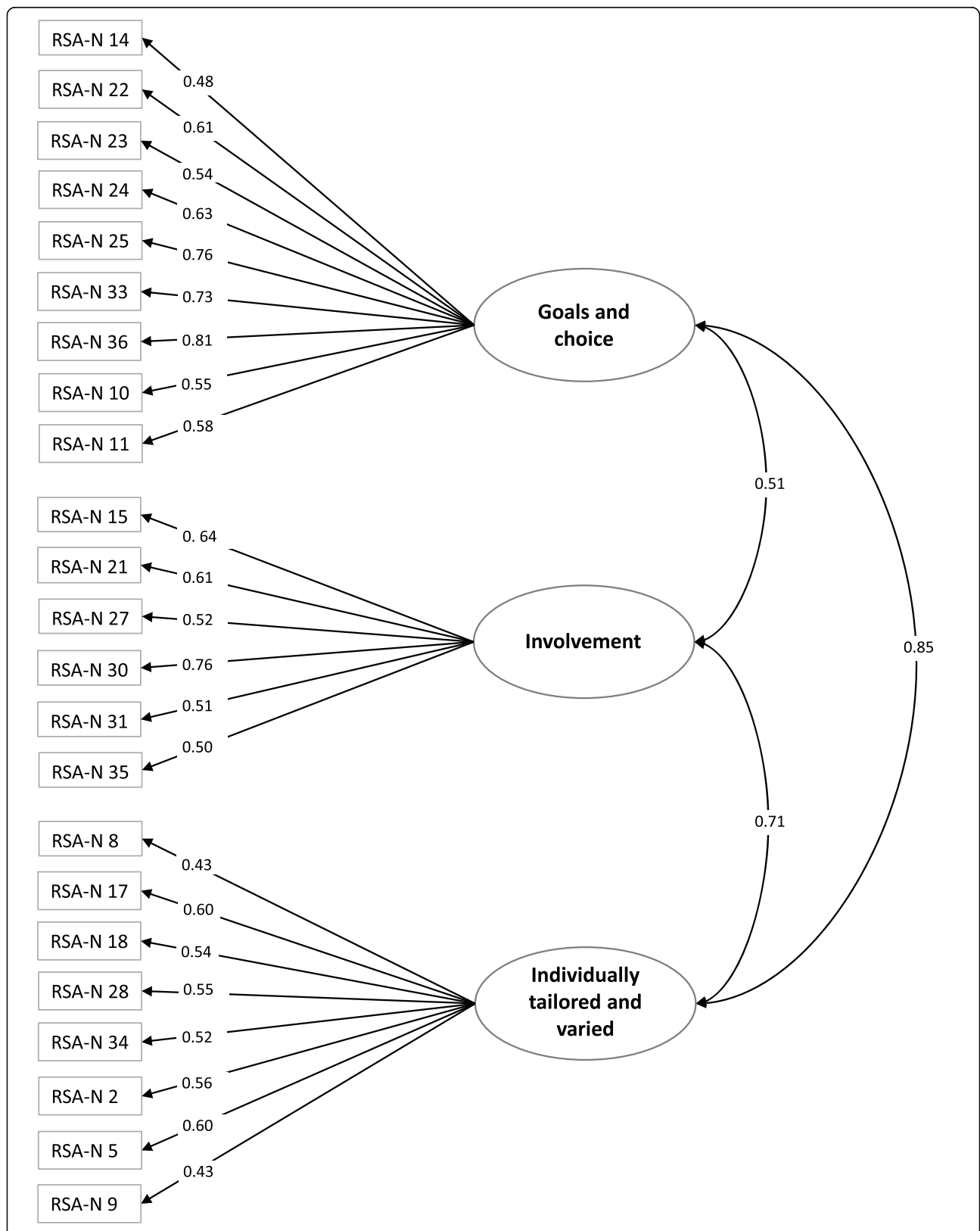


Fig. 1 Alternative three-factor model

other citizens, regardless of their symptoms [2]. The main differences in treatment approaches between these recovery orientations may be exemplified through two frameworks: DTCs, which are more common in treating mental health problems, and CTCs, which are generally applied when treating SUD [60]. In DTCs, psychodynamic principles are applied to enhance the patients' understanding of their current reaction patterns, considering their attachment style and their past experiences. CTCs, on the other hand, are more influenced by reward theory. Rewards and consequences are employed to change behaviours that are perceived to inhibit patients' recovery [60]. The variations in these approaches may be useful to illustrate differences in conventional perceptions about how the two conditions develop and progress. Such variations in conventional attitudes could have influenced the participants' reports on the RSA in this and previous studies.

Second, the way SUD and mental health problems are perceived and treated differs between cultures and countries. For instance, there are cultural variations in patterns of use, perceived harm, prevalence and acceptance of substances [62]. Additionally, differences in knowledge about causes, symptoms or the way the condition progresses may cause variations in how mental health problems are perceived in different cultures [63, 64]. Krendl and Pescosolido [64] illustrate this in their discussion. Based on their findings, the authors hypothesise that mental health conditions that are identified as treatable may generate a perception that low social function among people with mental health problems is their own choice. Cultural variations like these might have contributed to the issue with replicating the original five-factor structure shown in this and previous translations of the RSA.

Lastly, previous research has shown that there are major differences in how the notion of recovery is understood among clinicians and between services [65–67]. The clinicians in this study were not asked to outline their perceptions of recovery. However, variations in how recovery is understood may influence the implementation of recovery-orientation and which recovery measures are emphasised above others at the treatment facility.

Previous studies that have used RSA to examine recovery-orientation have been conducted in services both for people with mental health problems and for SUD. These studies have shown that the therapeutic orientation may influence the culture at the treatment facility and the clinicians' perceptions in various ways. Some studies showed that a higher degree of recovery-orientation at the treatment facility was associated with better work-related satisfaction [68], more positive attitudes towards patients [69] and less stigmatising attitudes among clinicians [42]. Other studies have shown

positive associations between recovery-orientation and the treatment team of clinicians in terms of positive attitudes towards patients, better team climate and higher trust between team members [70, 71]. We could not find any previous studies that solely used the RSA in specialised SUD services.

Considering this, the present study contributes to existing research by investigating RSA-N's potential as an instrument for assessing recovery-orientation exclusively in specialised SUD treatment. This contribution may induce a wider assessment of the degree to which SUD services and inpatient SUD treatment are recovery-oriented.

Some limitations of the current study should be considered. First, the data were obtained using a self-report questionnaire. Despite the advantages of using a self-report questionnaire, the risk of social desirability bias is present. The questionnaire was completed anonymously by the participants, which reduced the risk of social desirability bias. Second, the response rate was acceptable but moderate (46%). Also, larger facilities contributed with more responses compared to smaller facilities. However, participants from 50 out of the 54 eligible inpatient SUD treatment facilities in Norway responded to the questionnaire, which indicates that the data comprised a broad representation of the target population. Additionally, the sample size provided the opportunity to modify RSA-N and test the validity of the alternative model in two separate subsamples of the original sample. Lastly, the CFI value was close to but did not exceed 0.90 when testing the alternative model with the data from subsample 2. The CFI could be improved by letting the error terms of several items to covary. However, this was not done due to the limitations of such an approach [50]. Additionally, the RMSEA values obtained for the alternative three-factor model suggested a good fit. Similarly, the alpha coefficients indicated satisfactory internal consistency for the three-factor RSA-N solution.

Conclusions

Since RSA was introduced in 2005, the instrument has been extensively used to assess the degree to which mental health services are recovery-oriented. However, RSA has hardly been used to assess recovery-orientation in SUD services and inpatient SUD treatment. In the current study, an alternative three-factor structure of the Norwegian translation – RSA-N – has obtained an acceptable fit and good internal consistency in a sample of clinicians working in inpatient SUD treatment facilities. The results are primarily supported by findings from earlier investigations of the instrument's psychometric properties [11, 13, 14, 19, 58] and correspond with the results of previous examinations of its internal consistency [11–13, 18]. People with SUD are often

stigmatised and discriminated in the broader society. Recovery-oriented measures have been known to reduce stigma and discrimination; therefore, it is significant that SUD services evaluate to what extent their practice is recovery-oriented. Knowledge about the degree to which SUD services are recovery-oriented, as well as knowledge about factors facilitating recovery-orientation in SUD services, may be important contributions in stigma prevention and in establishing an SUD treatment environment that fosters change and development of inpatients. The present study's findings imply RSA-N's potential as an instrument to assess recovery-orientation in inpatient SUD treatment.

Abbreviations

CTC: Hierarchical Therapeutic Community; CFA: Confirmatory factor analysis; CFI: Comparative fit index; DTC: Democratic Therapeutic Community; NGO: Non-governmental organisations; RMSEA: Root mean square error of approximation; PCA: Principal component analysis; RSA: Recovery Self-Assessment; RSA-N: Recovery Self-Assessment – Norwegian; SUD: Substance use disorder

Supplementary Information

The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00363-0>.

Additional file 1. Recovery Self-Assessment – Norwegian (RSA-N).

Acknowledgments

The authors would like to thank the participants for their contribution and the participating agencies for the recruitment to this study.

Authors' contributions

All three authors (DAJ, AØG and TN) contributed to the planning, interpretation of the results and writing the paper. DAJ collected the data and performed the analyses. The author(s) read and approved the final manuscript.

Funding

This study is part of a PhD degree which is funded by Blue Cross East in Norway. Blue Cross East took no other part in the research project or the included studies.

Availability of data and materials

The datasets generated and/or analysed during the current study are not publicly available due to ethical restrictions but are available from the corresponding author on reasonable request.

Declarations

Ethics approval and consent to participate

The study protocol was reviewed by the Norwegian Ethics Committee for Medical Research (REK) (reference number: 2017/1531) and then approved by the Norwegian Centre for Research Data (NSD; reference number 883511). The participants received written information and gave written consent.

Consent for publication

The participants gave their consent to publication by answering the first item in the questionnaire: "I give my consent to participate in the study and to my answers being stored in Sensitive Data Services (TSD) and used for the purpose of research."

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Author details

¹Blue Cross East, Oslo, Norway. ²Department of Social Work, Child Welfare and Social Policy, OsloMet – Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway.

³Department of Psychology, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Trondheim, Norway.

Accepted: 9 March 2021

Published online: 19 March 2021

References

1. Meehan TJ, King RJ, Beavis PH, Robinson JD. Recovery-based practice: do we know what we mean or mean what we know? *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42(3):177–82. <https://doi.org/10.1080/00048670701827234>.
2. Davidson L, Tondora J, Lawless MS, O'Connell MJ, Rowe M. A practical guide to recovery-oriented practice: tools for transforming mental health care. New York: Oxford University Press; 2009.
3. Williams J, Leamy M, Bird V, Harding C, Larsen J, Le Boutillier C, Oades L, Slade M. Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(11):1827–35. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0484-y>.
4. Slade M, Leamy M, Bacon F, Janosik M, Le Boutillier C, Williams J, Bird V. International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2012;21:1–12.
5. Laudet AB. The road to recovery: where are we going and how do we get there? Empirically driven conclusions and future directions for service development and research. *Subst Use Misuse*. 2008;43(12–13):2001–20. <https://doi.org/10.1080/10826080802293459>.
6. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):445–52. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>.
7. Laudet AB, Humphreys K. Promoting recovery in an evolving policy context: what do we know and what do we need to know about recovery support services? *J Subst Abuse Treat*. 2013;45(1):126–33. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.01.009>.
8. Whitley R, Drake RE. Recovery: a dimensional approach. *Psychiatr Serv*. 2010; 61(12):1248–50. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.12.1248>.
9. Burgess P, Pirkis J, Coombs T, Rosen A. Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45(4):267–80. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.549996>.
10. O'Connell M, Tondora J, Croog G, Evans A, Davidson L. From rhetoric to routine: assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatr Rehabil J*. 2005;28(4):378–86. <https://doi.org/10.2975/28.2005.378.386>.
11. Chao J, Siu AMH, Leung O, Lo A, Chu MZ, Lee WK, Auw C, Lee V, Chien CW. Chinese version of the recovery self-assessment scale: psychometric evidence from Rasch analysis and reliability estimates. *J Ment Health*. 2019; 28(2):206–12. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1521931>.
12. Rosenberg D, Svedberg P, Schon UK. Establishing a recovery orientation in mental health services: evaluating the recovery self-assessment (RSA) in a Swedish context. *Psychiatr Rehabil J*. 2015;38(4):328–35. <https://doi.org/10.1037/prj0000150>.
13. Tan KA, Fernandez A. Examining the reliability and factor structure of the Malay version of the recovery self-assessment in a sample of individuals with schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*. 2018;41(4):336–40. <https://doi.org/10.1037/prj0000308>.
14. Ye S, Pan J-Y, Wong DFK, Bola JR. Cross-validation of mental health recovery measures in a Hong Kong Chinese sample. *Res Soc Work Pract*. 2013;23(3): 311–25. <https://doi.org/10.1177/1049731512471861>.
15. Ricci EC, Leal E, La-Rotta EIG, Onocko-Campos R, O'Connell M. Cross-cultural adaptation of the recovery self-assessment instrument (RSA-R) person in recovery version to Brazilian Portuguese (Pt/Br). *J Public Ment Health*. 2020; 19(4):333–47. <https://doi.org/10.1108/JPMH-02-2020-0008>.
16. Zuaboni G, Kieser LD, Kozel B, Glavanovits K, Utschakowski J, Behrens J. Recovery self assessment: translation and cultural adoption of a recovery-oriented assessment instrument. *Pflege*. 2015;28(4):233–43. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000436>.
17. Zuaboni G. Recovery-orientierte psychiatrische Akutpflege - Ergebnisse einer kontrollierten Interventionsstudie in zwei psychiatrischen Kliniken: Doctoral

- Thesis. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; 2017. <http://dx.doi.org/10.25673/2086>.
18. Salyers MP, Tsai J, Stultz TA. Measuring recovery orientation in a hospital setting. *Psychiatr Rehabil J*. 2007;31(2):131–7. <https://doi.org/10.2975/31.22007.131.137>.
 19. Thege BK, Ham E, Ball LC. A factor analytic investigation of the person-in-recovery and provider versions of the revised recovery self-assessment (RSA-R). *Eval Health Prof*. 2017;40(4):505–16. <https://doi.org/10.1177/0163278716674247>.
 20. Kraus SW, Stein CH. Recovery-oriented services for individuals with mental illness and case managers' experience of professional burnout. *Community Ment Health J*. 2013;49(1):7–13. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9505-2>.
 21. Osborn LA, Stein CH. Mental health care Providers' views of their work with consumers and their reports of recovery-orientation, job satisfaction, and personal growth. *Community Ment Health J*. 2016;52(7):757–66. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9927-8>.
 22. Fleury MJ, Sabetti J, Grenier G, Bamvita JM, Vallee C, Cao ZR. Work-related variables associated with perceptions of recovery-orientec care among Quebec mental health professionals. *BJPsych Open*. 2018;4(6):478–85. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.66>.
 23. Leddy-Stacy M, Stefanovics E, Rosenheck R. Veteran and clinician perceptions of recovery and stigma at a veterans affairs medical center. *Psychiatr Rehabil J*. 2016;39(2):105–11. <https://doi.org/10.1037/prj0000174>.
 24. Kidd SA, George L, O'Connell M, Sylvestre J, Kirkpatrick H, Browne G, Oduyungbo AO, Davidson L. Recovery-oriented service provision and clinical outcomes in assertive community treatment. *Psychiatr Rehabil J*. 2011;34(3):194–201. <https://doi.org/10.2975/34.3.2011.194.201>.
 25. Best D. Strength, support, setbacks and solutions: the developmental pathway to addiction recovery, vol. 152. Hove: Pavilion; 2014.
 26. Camilleri AC, Cacciola JS, Jenson MR. Comparison of two ASI-based standardized patient placement approaches. *J Addict Dis*. 2012;31(2):118–29. <https://doi.org/10.1080/10550887.2012.665727>.
 27. Lopez-Goni JJ, Fernandez-Montalvo J, Arteaga A, Esarte S. Searching objective criteria for patient assignment in addiction treatment. *J Subst Abus Treat*. 2017;76:28–35. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.02.014>.
 28. Wakeman SE, Metlay JP, Chang Y, Herman GE, Rigotti NA. Inpatient addiction consultation for hospitalized patients increases post-discharge abstinence and reduces addiction severity. *J Gen Intern Med*. 2017;32(8):909–16. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4077-z>.
 29. Johnson R, Haigh R. Social psychiatry and social policy for the 21st century - new concepts for new needs: the 'psychologically-informed environment'. *Ment Health Soc Incl*. 2010;14(4):30–5. <https://doi.org/10.5042/mhsi.2010.0620>.
 30. Haigh R, Harrison T, Johnson R, Paget S, Williams S. Psychologically informed environments and the "enabling environments" initiative. *Housing Care Supp*. 2012;15(1):34–42. <https://doi.org/10.1108/14608791211238412>.
 31. Johnson R, Haigh R. Social psychiatry and social policy for the 21st century: new concepts for new needs - the 'Enabling Environments' initiative. *Ment Health Soc Incl*. 2011;15(1):17–23. <https://doi.org/10.5042/mhsi.2011.0054>.
 32. Pettersen H, Landheim A, Skeie I, Biong S, Brodahl M, Oute J, Davidson L. How social relationships influence substance use disorder recovery: a collaborative narrative study. *Subst Abus*. 2019;13:1–8.
 33. Bahl NKH, Nafstad HE, Blakar RM, Landheim AS, Brodahl M. Multiple senses of community and recovery processes. A pilot study for a national evaluation of the experiences of persons with substance use problems receiving help and services from Norwegian municipalities. *J Commun Psychol*. 2019;47(6):1–20.
 34. Eslami AA, Norozi E, Hajihosseini M, Ramazani AA, Miri MR. Social cognitive theory as a theoretical framework to predict sustained abstinence 6 months after substance use treatment. *J Subst Abus*. 2018;23(3):300–6.
 35. Andersson HW, Otterholt E, Gråwe RW. Patient satisfaction with treatments and outcomes in residential addiction institutions. *Nordic Stud Alcohol Drugs*. 2017;34(5):375–84. <https://doi.org/10.1177/1455072517718456>.
 36. Johannessen DA, Nordfjærn T, Geirdal AØ. Substance use disorder patients' expectations on transition from treatment to post-discharge period. *Nordic Stud Alcohol Drugs*. 2020;37(3):208–26. <https://doi.org/10.1177/1455072520910551>.
 37. Bergman BG, Hoepfner BB, Nelson LM, Slaymaker V, Kelly JF. The effects of continuing care on emerging adult outcomes following residential addiction treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2015;153:207–14. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.017>.
 38. Manuel JI, Yuan Y, Herman DB, Svikis DS, Nichols O, Palmer E, Deren S. Barriers and facilitators to successful transition from long-term residential substance abuse treatment. *J Subst Abus Treat*. 2017;74:16–22. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.12.001>.
 39. Barry CL, McGinty EE, Pescosolido BA, Goldman HH. Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatr Serv*. 2014;65(10):1269–72. <https://doi.org/10.1176/aappi.ps.201400140>.
 40. Kulesza M, Larimer ME, Rao D. Substance use related stigma: what we know and the way forward. *J Addict Behav Ther Rehabil*. 2013;2(2):27.
 41. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2013;131(1–2):23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>.
 42. Stacy MA, Rosenheck R. The association of recovery orientation and stigmatizing beliefs. *J Ment Health*. 2019;28(3):276–81. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417573>.
 43. Kelly JF, Westerhoff CM. Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *Int J Drug Policy*. 2010;21(3):202–7. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.10.010>.
 44. Ashford RD, Brown AM, Curtis B. "Abusing addiction": our language still Isn't good enough. *Alcohol Treat Q*. 2019;37(2):257–72. <https://doi.org/10.1080/07347324.2018.1513777>.
 45. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value Health*. 2005;8(2):94–104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>.
 46. Campbell-Orde T, Chamberlin J, Carpenter J, Stephen LH. *Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures*; 2005.
 47. Dale-Perera A. Recovery, reintegration, abstinence, harm reduction: The role of different goals within drug treatment in the European context; 2017.
 48. Sumnall H, Brotherhood A. *Social reintegration and employment: Evidence and interventions for drug users in treatment*; 2012.
 49. UNODC, WHO. *International standards for the treatment of drug use disorders*; 2016.
 50. Brown TA. *Confirmatory factor analysis for applied research, second edition*. New York: Guilford Publications; 2015.
 51. Mehmetoglu M, Jakobsen TG. *Applied statistics using stata: a guide for the social sciences*. Los Angeles: SAGE Publications; 2016.
 52. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2011.
 53. Hu L-t, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Model*. 1999;6(1):1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>.
 54. Christophersen K-A. *Databehandling og statistisk analyse med SPSS [data processing and statistical analysis with SPSS]*. 4th ed. Oslo: Unipub; 2009.
 55. Schumacker RE. *Learning statistics using R*. London: SAGE Publications, Inc; 2015. <https://doi.org/10.4135/9781506300160>.
 56. The jamovi project. jamovi. Version 1.2.27. jamovi; 2020. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00363-0>.
 57. Vogt WP. *Dictionary of statistics & methodology : a nontechnical guide for the social sciences, vol. 1*. 3rd ed. Thousand Oaks: SAGE; 2005. <https://doi.org/10.4135/9781412983907>.
 58. Lodge AC, Kuhn W, Earley J, Manser SS. Initial development of the recovery-oriented services assessment: a collaboration with peer-provider consultants. *Psychiatr Rehabil J*. 2018;41(2):92–102. <https://doi.org/10.1037/prj0000296>.
 59. Soyev V, Melnick G, De Leon G, Broekaert E, Goethals I, Leon GD. Essential elements of treatment: a comparative study between European and American therapeutic communities for addiction. *Journal*. 2011;46(8):1023–31. <https://doi.org/10.3109/10826084.2010.544358>.
 60. Akerman G. Communal living as the agent of change. In: DLL P, Day A, Hollin CR, editors. *The Wiley International Handbook of Correctional Psychology*; 2019. p. 590–602.
 61. Brown AM, Ashford RD. Recovery-informed theory: situating the subjective in the science of substance use disorder recovery. *J Recov Sci*. 2019;1(3):1–15. <https://doi.org/10.31886/jors.13.2019.38>.
 62. Room R, Janca A, Bennett LA, Schmidt L, Sartorius N. WHO cross-cultural applicability research on diagnosis and assessment of substance use

- disorders: an overview of methods and selected results. *Addiction*. 1996; 91(2):199–220, discussion 221–130. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1996.tb03176.x>.
63. Choudhry FR, Mani V, Ming LC, Khan TM. Beliefs and perception about mental health issues: a meta-synthesis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12: 2807–18. <https://doi.org/10.2147/NDT.S111543>.
 64. Krendl AC, Pescosolido BA. Countries and cultural differences in the stigma of mental illness: the east–west divide. *J Cross-Cult Psychol*. 2020;51(2):149–67. <https://doi.org/10.1177/0022022119901297>.
 65. Coffey M, Hannigan B, Barlow S, Cartwright M, Cohen R, Faulkner A, Jones A, Simpson A. Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings: a cross national comparative mixed methods study. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):115. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2094-7>.
 66. Le Boutillier C, Chevalier A, Lawrence V, Leamy M, Bird VJ, Macpherson R, Williams J, Slade M. Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis. *Implement Sci*. 2015;10(1):87. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0275-4>.
 67. Cutcliffe JR, Santos JC, Kozel B, Taylor P, Lees D. Raiders of the lost art: a review of published evaluations of inpatient mental health care experiences emanating from the United Kingdom, Portugal, Canada, Switzerland, Germany and Australia. *Int J Ment Health Nurs*. 2015;24(5):375–85. <https://doi.org/10.1111/inm.12159>.
 68. Rabenschlag F, Konrad A, Rueegg S, Jaeger M. A recovery-oriented approach for an acute psychiatric Ward: is it feasible and how does it affect staff satisfaction? *Psychiatry Q*. 2014;85(2):225–39. <https://doi.org/10.1007/s11126-013-9285-z>.
 69. Hornik-Lurie T, Shalev A, Haknazar L, Epstein PG, Ziedenberg-Rehav L, Moran GS. Implementing recovery-oriented interventions with staff in a psychiatric hospital: a mixed-methods study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2018;25(9–10):569–81. <https://doi.org/10.1111/jpm.12502>.
 70. Leamy M, Clarke E, Le Boutillier C, Bird V, Choudhury R, MacPherson R, Pesola F, Sabas K, Williams J, Williams P, et al. Recovery practice in community mental health teams: national survey. *Br J Psychiatry*. 2016; 209(4):342–8.
 71. Fleury MJ, Sabetti J, Bamvita JM. Modeling relationships involving perceived recovery orientation of mental health teams among Quebec mental health professionals. *J Behav Health Serv Res*. 2019;46(3):434–49. <https://doi.org/10.1007/s11414-018-9591-1>.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



Artikkel IV

Johannessen, D. A., Nordfjærn, T., & Geirdal, A. Ø. Work-Related Satisfaction among Clinicians Working at Inpatient Treatment Facilities for Substance Use Disorder: The Role of Recovery Orientation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(14):7423.

DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18147423>



Article

Work-Related Satisfaction among Clinicians Working at Inpatient Treatment Facilities for Substance Use Disorder: The Role of Recovery Orientation

Dagny Adriaenssen Johannessen ^{1,2,*} , Trond Nordfjærn ^{3,4} and Amy Østertun Geirdal ²

¹ Blue Cross East, 0182 Oslo, Norway

² Department of Social Work, Child Welfare and Social Policy, OsloMet—Oslo Metropolitan University, 0130 Oslo, Norway; amyoge@oslomet.no

³ Department of Psychology, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), 7491 Trondheim, Norway; trond.nordfjarn@ntnu.no

⁴ Department of Research and Development, Clinic of Substance Use and Addiction Medicine, St. Olavs University Hospital, 7006 Trondheim, Norway

* Correspondence: dagnyaj@live.com

Abstract: Several psychosocial factors have been suggested as facilitators of change among inpatients treated for substance use disorder (SUD). Research suggests that staff members are also influenced by the practice in which they are involved, and by contextual psychosocial factors at their treatment facilities. This cross-sectional questionnaire survey study was conducted to investigate the role of recovery-orientated interventions in describing work-related satisfaction among clinicians at inpatient SUD treatment facilities. The respondents ($n = 407$) rated items indicating work-related satisfaction and the degree of recovery orientation at their treatment facilities. The main findings of two block regression analyses indicated that clinicians' work-related satisfaction was positively influenced by inpatients' opportunities to pursue their goals and choices, and negatively influenced by inpatient involvement. The change in clinicians' work-related satisfaction could not be described by the degree of individually tailored and varied interventions at the treatment facility. Clinicians should be supported and involved in the process of implementing measures to increase inpatient involvement in the treatment programmes, and treatment measures that enable inpatients to pursue their goals and choices should be enhanced. The findings of this and previous studies indicate that a recovery-oriented framework promotes clinicians' work-related satisfaction and has an enabling influence on both inpatients and clinicians.

Keywords: inpatient treatment; job satisfaction; psychosocial factors; Norwegian recovery self-assessment (RSA-N); regression analysis



Citation: Johannessen, D.A.; Nordfjærn, T.; Geirdal, A.Ø. Work-Related Satisfaction among Clinicians Working at Inpatient Treatment Facilities for Substance Use Disorder: The Role of Recovery Orientation. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 7423. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147423>

Academic Editor: Paul B. Tchounwou

Received: 13 June 2021

Accepted: 9 July 2021

Published: 12 July 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Work-related satisfaction is described as a positive emotional state emerging from appreciation associated with work, which may affect employees' behaviour and performance at work [1,2]. Factors such as mastery of work and expectation fulfilment contribute to better work-related satisfaction, and mastery of work may also contribute to enhanced quality of life (QoL) and work engagement. Furthermore, acquiring useful qualifications to overcome challenges at work has been associated with better work engagement and greater work-related satisfaction [3,4].

Clinicians working in treatment for substance use disorder (SUD) report an overall high level of burnout and low work-related satisfaction [5,6]. In this regard, high workload, burnout and work-related stress have been associated with low work-related satisfaction and QoL among clinical staff members [4,7–9]. The differences in work-related satisfaction have not been attributed to gender [6,10], profession [6,11], or seniority [12] among

clinicians working in SUD services. While some studies show that work-related satisfaction increases with age [12], others have found no such association [6,10]. The severity of dependency is normally decisive for service intensity, where people with severe SUD are provided with high-intensity services as compared to low-intensity services [13]. The findings from previous research on the association between work-related satisfaction and service intensity are diverging. Some suggest that clinicians who work in low-intensity services for people with SUD or mental health problems, report higher work-related satisfaction than clinicians in high-intensity services [14], while others find no differences in work-related satisfaction among clinicians in low- versus high-intensity services [6,8].

As Broome, Knight, Edwards and Flynn [8] argued, the interest in employees' work-related satisfaction can partly be attributed to its ability to influence clinicians' performance at work, as well as the service quality. For example, previous research showed that low work-related satisfaction among clinicians was associated with negative attitudes towards inpatients [15,16], and diminished service quality [17,18]. Factors such as high workload [8], rapid turnover [19,20], and low social support among the employees [5,21,22] have been associated with lower work-related satisfaction in SUD and mental health services. Additionally, conflicting expectations between inpatient and employers may burden healthcare clinicians and influence their work-related satisfaction adversely [23].

1.1. Enabling Environments

People who need substantial change and development to manage their everyday lives and overcome the psychosocial consequences of SUD, often require specialised inpatient treatment [24–27]. People with SUD have long been the subject of controlling measures in society in general, and in SUD treatment in particular [28,29], and the environment at the services to which people refer to undergo vast change processes, such as inpatient SUD treatment, is tightly controlled [30]. The treatment practice and the service staff that undertake it perform an essential function in, and exert a profound influence on, inpatients' everyday lives and their change processes [30].

Some of the core tasks at facilities providing inpatient SUD treatment include promoting change and development [30–32]. Environmental factors that have been shown to foster positive change (i.e., contextual psychosocial factors that enable development, satisfaction and well-being) include user involvement and empowerment, diversity of treatment options, individualised treatment measures, and the opportunity to pursue individually defined goals [33–36].

These factors represent some of the primary values in the notion of recovery [37–39], which is defined as a process of change in life domains that are affected by the negative psychosocial consequences of SUD or mental health problems [40]. Over the past few decades, a recovery orientation framework has increasingly been endorsed in services for people with SUD or mental health problems worldwide [41–44]. Services that draw values and measures from the recovery tradition, such as inpatient SUD treatment services, are known as recovery-oriented services [45,46]. Patients in recovery-oriented treatment report better treatment outcomes (e.g., self-efficacy, hope, supporting relations), compared to patients in services that are not recovery-oriented [47,48]. Additionally, patients rate the quality of recovery-oriented services more favourably than services that are not recovery-oriented [49]. In line with this, patients who are satisfied with the treatment service stay longer and experience better treatment outcomes, in terms of well-being, social function and substance use [50,51].

While several factors have been suggested as facilitators of change and development among inpatients, research suggests that staff members are also affected by contextual psychosocial factors that are emphasised in the therapeutic orientation at treatment facilities [11,12,52,53]. Studies have shown that recovery-oriented mental health clinicians experience greater work-related satisfaction than those who perceive the practice as less recovery-oriented [11,12,52]. As shown in previous research, recovery-oriented clinicians are more optimistic on behalf of the patients recovery opportunities [54,55], and experience

better social support in the workforce [53]. Other therapeutic orientations that emphasise the importance of an enabling psychosocial environment are patient-centred and trauma-informed care. These therapeutic orientations share values that are similar to those of recovery orientation, and have also been associated with greater work-related satisfaction among mental health and SUD clinicians [56,57].

1.2. Aims of This Study

Low work-related satisfaction among staff members may reduce inpatients' opportunities to pursue change and development [15–18,30]. Knowledge of the measures that concurrently contribute to greater work-related satisfaction among clinicians, and better conditions for inpatients to attain change and development, is arguably of interest for the SUD treatment field. This study contributes to the literature by exploring the association between environmental factors that enable inpatients to attain change and development, and factors that influences work-related satisfaction among staff members.

Based on the findings of previous research on clinicians working with SUD or mental illness, which have been reviewed during the introduction, we hypothesised that environmental psychosocial factors at SUD treatment facilities play an important role in clinicians' work-related satisfaction. As there is a lack of knowledge due to the role of recovery-oriented interventions among clinicians in SUD, the study aimed to investigate the role of recovery-oriented interventions in describing clinicians' perceptions of work-related satisfaction at inpatient SUD treatment facilities.

2. Materials and Methods

2.1. Participants and Procedure

This cross-sectional study involved clinical staff members working in SUD treatment facilities that provided long-term (\geq six months) inpatient treatment for people with SUD in Norway. As in Europe and other western countries, SUD treatment in Norway emphasises a biopsychosocial understanding of SUD [58–60]. Specialised inpatient SUD treatment is therefore interdisciplinary, consisting of social, medical and psychological interventions and measures. Consequently, psychologists, social workers, nurses, medical doctors and psychiatrists are usually employed at such facilities.

Fifty-four facilities providing long-term inpatient SUD treatment were invited to participate in this study. Fifty facilities accepted the invitation and agreed to take part. The participating facilities employed 933 clinical staff and offered 991 beds for SUD inpatients.

A research coordinator assigned to each participating facility informed clinical staff members of the study's aim and methods and provided them with a link to a questionnaire via e-mail. All staff members were provided with the same questionnaire, regardless of profession. The questionnaire comprised 40 items in total and took approximately 15 min to complete. Data collection took place from August to October 2020.

2.2. Measures

2.2.1. Predictor: Recovery Orientation

The Norwegian version of the recovery self-assessment (RSA-N) was used to explore the degree to which clinicians working at inpatient SUD treatment facilities perceived their practice as recovery-oriented. The recovery self-assessment (RSA) [61] was developed in the United States (U.S) and has been extensively used to assess recovery orientation in mental health and SUD services see e.g., [11,12,62–64]. In a validity study of the RSA-N, the five-factor structure originally obtained by O'Connell, Tondora, Croog, Evans and Davidson [61] could not be replicated. Consequently, an alternative three-factor structure was suggested for RSA-N [65]. A confirmatory factor analysis of the three-factor solution showed acceptable approximate fit indices (RMSEA (90% CI) (0.059 (0.049–0.069), CFI (0.89)), and good internal consistency for the overall instrument (Cronbach's $\alpha = 0.88$) and its following three subscales: *goals and choice* ($\alpha = 0.82$), *involvement* ($\alpha = 0.74$) and *individually tailored and varied* ($\alpha = 0.75$) [65].

The RSA-N consists of 23 items rated on a 5-point Likert scale (1 = 'strongly disagree' to 5 = 'strongly agree'), with two additional response options ('not applicable' and 'don't know') [65]. The two additional options were coded as system-missing values. The *goals and choice* subscale (nine items) collects information about the extent to which inpatients' individually defined goals are promoted by the service staff and whether inpatients' individual choices are respected. The *involvement* subscale (six items) gathers information on the degree to which inpatients are involved in the development of the treatment programme and whether they are involved in the planning of their own treatment. The third subscale, *individually tailored and varied* (eight items), is related to the degree to which the treatment facilities offer a diversity of treatment measures and whether the measures can be tailored to inpatients' individual needs. The scores of the individual subscales provide information that can indicate potential areas of improvement for establishing a recovery-oriented environment at treatment facilities.

Following O'Connell, Tondora, Croog, Evans and Davidson [61], the total mean score of all 23 items and the total mean scores of the items in each subscale were calculated (ranging from 1 to 5). A high mean score indicates that clinicians perceive the practice as recovery-oriented, whereas a low score indicates the contrary.

2.2.2. Outcome Variable: Work-Related Satisfaction

The General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work QPS_{Nordic} [4] measures psychological and social factors at work and has been validated for use in the Nordic countries [66]. In this study, the scales *positive challenges at work* and *mastery of work* were used. These scales are hypothesised to measure two factors associated with well-being and work-related satisfaction [3,4]. The *positive challenges at work* subscale comprises three items related to employees' perceptions of the usefulness of their skills and knowledge, and of the work as meaningful and positively challenging. The *mastery of work* subscale consists of four items regarding employees' evaluation of their effectiveness and work ability [66]. Each item is rated on a 5-point Likert scale ranging from 1 ('very seldom or never') to 5 ('very often or always'). Following Skogstad [3], the total mean score of each subscale was obtained by computing the responses on each included item in the scale and dividing them by the number of items (ranging from 1 to 5). A high mean score indicates that clinicians perceive a high degree of mastery and positive challenges at work. In this sample, the alpha coefficients for the *positive challenges at work* and *mastery of work* subscales were acceptable ($\alpha = 0.75$ and $\alpha = 0.72$, respectively).

2.2.3. Control Variables: Demographic Information

Seven items in the questionnaire collected information about the respondents' personal and professional characteristics. Age, experience in the SUD field and experience in inpatient SUD treatment were measured in years (continuous variables). Items collecting information on gender, job title and whether the participants had patient contact included pre-specified response options as well as the option to give a written answer (categorical variables).

The *quantitative job demands* scale of QPS_{Nordic}, which comprises four items rated on a 5-point Likert scale (1 = 'very seldom or never' to 5 = 'very often or always'), was used to assess participants' perceptions of workload and time pressure at work [66]. The scale showed good internal consistency ($\alpha = 0.81$). As in the other scales, the total mean score was calculated (ranging from 1 to 5) [3]. A high mean score indicates that clinicians perceive high quantitative demands at work.

2.3. Ethics Approval

Along with the link to the questionnaire, clinical staff members received written information via e-mail. Participants gave their consent to take part in the study by responding affirmatively to the first item in the questionnaire, with the following: "I give my consent to participate in the study and to my answers being stored in Sensitive Data Services (TSD) and used for research purposes." The study protocol was approved by the Norwegian

Centre for Research Data (NSD; reference number: 883511) and followed the Declaration of Helsinki ethical principles.

2.4. Statistical Analysis

Multiple block regression analysis with ordinary least-square estimation was performed to investigate the role of clinicians' personal and professional characteristics, and the role of recovery orientation in work-related satisfaction at inpatient SUD treatment facilities. Two separate multiple regression analyses were specified using the hypothesised outcome variables (*positive challenges at work* and *mastery of work*) separately. To investigate the role of recovery orientation in clinician's reported work-related satisfaction, the three RSA-N subscales—*goals and choice*, *involvement* and *individually tailored and varied*—were included block-wise as predictors in the separate regression models. The *quantitative job demands* scale scores and the demographic characteristics were used as control variables.

No collinearity between the predictive variables was found as the variance inflation factors (VIF) were between 1.0 and 1.5. The Shapiro–Wilk test was used to explore the distribution of residuals of the outcome variables, with significant p -values indicating a non-normal distribution [67]. The Box-Cox transformation was used to normalise the distribution of residuals in outcome variables that yielded significant results in the Shapiro–Wilk test. All analyses were performed both with and without transformation. The results were similar in terms of significant contributions of the control variables and the hypothesised predictive variables, as were the results estimating the direction and strength of standardised regression coefficients (β). For the sake of simplifying the interpretation of both the statistical and substantial significance of the results, the untransformed outcome variables were used in the multiple regression analyses [68]. Using the transformed outcome variables, the Shapiro–Wilk test yielded p -values of 0.1 in both regression models, indicating an acceptable distribution of residuals. Using the untransformed outcome variables, the results of the Shapiro–Wilk test showed acceptable results for *mastery at work* ($p = 0.10$) and significant results for *positive challenges at work* ($p < 0.01$).

Cook's distance scores were used to identify extreme observations with a high impact. High values indicate that the extreme observations have leverage. Values of ≤ 1 were considered acceptable [69]. All Cook's distance scores in the data sample were less than 0.01.

A block-wise forward selection procedure was applied to specify the two separate regression models. First, the hypothesised predictive variables and the control variables were entered into the model. The variables were assessed based on their ability to predict significant variance in the outcome variables. Significantly predictive control variables were entered into the first block of the regression model. The hypothesised predictive variables were then entered one by one, ordered from highest to lowest impact, into the subsequent blocks. To simplify the models, control variables that did not contribute significantly to predicting clinicians' scores on the outcome variable were not included in the main regression analyses [69,70]. Values of $p < 0.05$ were considered statistically significant.

Mean imputation, as described by Christophersen [71] (the item's mean score plus the subscale's mean score divided by two), was used on items with a minimum 90 percent or more valid responses [72].

Analysis of missing value patterns and imputation of system-missing values were performed using IBM SPSS Statistics version 27 (IBM, Armonk, NY, USA), while jamovi version 1.2.27 (jamovi, Sydney, Australia) was used for all other analyses [73].

Two items of the RSA-N had more than 10 percent system-missing values. Mean imputation was therefore not used for these two items. Moreover, one participant had more than 56 percent system-missing values on the overall RSA-N, and mean imputation was not used, as suggested by the developers of the original instrument [74].

3. Results

3.1. Sample Characteristics

Of the 933 invited clinical staff members from the 50 inpatient SUD treatment facilities, 426 returned the questionnaire (46 percent response rate). Among the respondents, 95.5 percent ($n = 407$) reported that they worked directly with the inpatients at their respective treatment facilities (i.e., clinically). The respondents who did not work clinically were excluded from the analyses.

Table 1 shows the participants' personal and professional characteristics in numbers and percentages (categorical variables), and means \pm standard deviations, due to the job demands scale (continuous variables). The participants' mean age was around 45 years. In line with the gender distribution that was shown in previous research with clinicians in SUD or mental health services [8,11,12,22], almost two-thirds of the participants in this study sample were female. Nearly one out of five were social workers, and about one in three were medical staff. The least represented group was that of 'psychologists or therapists'. The largest group was 'other staff', which included peer specialists, environmental therapists, financial counsellors, and job counsellors. The average score on the *quantitative job demands* scale was 2.9. The 'psychologist or therapist' group had the highest mean score, whereas the 'other staff' group had the lowest. The participants had a mean of almost ten years of experience in the SUD field, and about eight years' experience specifically in inpatient SUD treatment.

Table 1. Participants' personal and professional characteristics ($n = 407$).

Variable	n (%)	Mean (SD)
Age (years)		44.7 (10.6)
Female	275 (68)	
Experience in the SUD field (years)		9.96 (7.38)
Experience in SUD treatment (years)		7.70 (6.45)
Job title/Quantitative job demands (1–5)		2.9 (0.73)
Medical staff	145 (35)	3 (0.77)
Social worker	64 (16)	2.9 (0.66)
Psychologist or therapist	44 (11)	3.1 (0.55)
Other staff	154 (38)	2.83 (0.75)

SUD = Substance use disorder.

3.2. Positive Challenges at Work

The preliminary analysis showed that among the control variables, age contributed significantly to predicting the clinicians' scores on the *positive challenges at work* scale. The remaining control variables had no significant contribution, and were therefore not included in the main analysis (p -values ranged from 0.11 to 0.80).

Table 2 presents the results of the first multiple block regression analysis, with *positive challenges at work* as the hypothesised outcome. Age was included in the first block, followed by *goals and choice*, *involvement*, and *individually tailored and varied*. In total, these variables accounted for 20 percent of the variance in the *positive challenges at work* score ($R^2 = 0.20$). Age accounted for 6 percent of the variance, suggesting that an older age was significantly associated with the perception of having positive challenges at work ($t = 4.41$, $p < 0.001$). *Goals and choice* accounted for 12 percent of the variance, and represented a unique significant contribution, indicating that clinicians who perceived that the treatment facility promoted inpatients' goals and choices were significantly more likely to report experiencing positive challenges at work ($t = 6.44$, $p < 0.001$). *Involvement* showed a unique significant contribution to explain the variation in the clinicians' scores on the *positive challenges at work* scale, indicating that higher levels of inpatient involvement at the treatment facility were associated with lower scores ($t = -2.06$, $p < 0.05$). Finally, the *individually tailored and varied* subscale had no significant contribution to variance in the clinicians' scores ($t = 0.33$, $p = 0.70$).

Table 2. Multiple block-wise regression analysis of positive challenges at work.

Block	Predictor	B	β	t	Adjusted R ²	ΔR^2
1	Age	0.01	0.25	4.41 ***	0.06	
2	Age	0.01	0.25	4.56 ***		
	Goals and choice	0.50	0.35	6.44 ***	0.18	0.12 ***
3	Age	0.01	0.24	4.45 ***		
	Goals and choice	0.60	0.41	6.60 ***		
	Involvement	−0.09	−0.13	−2.06 *	0.19	0.01 *
4	Age	0.01	0.24	4.31 ***		
	Goals and choice	0.58	0.40	5.59 ***		
	Involvement	−0.09	−0.14	−2.01 *		
	Individually tailored and varied	0.02	0.03	0.33	0.18	–

The demographic variables controlled for in the preliminary analysis were gender, *quantitative job demands*, experience in the SUD field, experience in inpatient SUD treatment and job title. * $p < 0.05$, *** $p < 0.001$.

3.3. Mastery of Work

The preliminary analysis showed that *quantitative job demands* contributed significantly to predicting clinicians' *mastery of work* scores. Other control variables did not significantly affect clinicians' reports of mastery of work, and were therefore not included in the main analysis (p -values ranged from 0.06 to 0.95).

Quantitative job demands was included in the first block of the second multiple regression analysis, followed by the hypothesised predictive variables (*goals and choice*, *involvement* and *individually tailored and varied*). In total, these variables accounted for 20 percent of the variance in the clinicians' *mastery of work* scores ($R^2 = 0.20$). As shown in Table 3, *quantitative job demands* contributed significantly, accounting for 5 percent of the variance ($t = -3.95$, $p < 0.001$). Clinicians who perceived high quantitative job demands were significantly more likely to report low mastery of work. *Goals and choice* accounted for 11 percent of the variance, representing a unique significant contribution ($t = 6.24$, $p < 0.001$). *Involvement* contributed significantly to predict the clinicians' *mastery of work* scores ($t = -2.99$, $p < 0.01$), and accounted for 3 percent of the variance. Clinicians who perceived that the treatment programmes at their respective facilities promoted inpatient involvement were significantly more likely to experience lower levels of mastery of work. Finally, as in the first regression analysis, the *individually tailored and varied* subscale did not contribute significantly to predicting clinicians' *mastery of work* scores ($t = 1.09$, $p = 0.28$).

Table 3. Multiple block-wise regression of mastery of work.

Block	Predictor	B	β	t	Adjusted R ²	ΔR^2
1	Quantitative job demands	−0.14	−0.23	−3.95 ***	0.05	
2	Quantitative job demands	−0.13	−0.20	−3.67 ***		
	Goals and choice	0.39	0.34	6.24 ***	0.16	0.11 ***
3	Quantitative job demands	−0.13	−0.20	−3.74 ***		
	Goals and choice	0.50	0.44	6.96 ***		
	Involvement	−0.10	−0.19	−2.99 ***	0.18	0.03 ***
4	Quantitative job demands	−0.12	−0.19	−3.51 ***		
	Goals and choice	0.46	0.40	5.56 ***		
	Involvement	−0.12	−0.22	−3.17 ***		
	Individually tailored and varied	0.06	0.08	1.09	0.18	<0.01

The demographic variables controlled for in preliminary analysis were gender, age, experience in the SUD field, experience in inpatient SUD treatment and job title. *** $p < 0.001$.

4. Discussion

This study investigated the role of recovery orientation in clinicians' perceptions of various factors that have been associated with work-related satisfaction in inpatient SUD treatment. Clinicians' perceptions of recovery orientation at treatment facilities were investigated using the following three RSA-N subscales: *goals and choice*, *involvement*, and *individually tailored and varied*. Clinicians' work-related satisfaction was assessed using the following two scales from QPS_{Nordic}: *positive challenges at work* and *mastery of work*. Two block-wise multiple regression analyses were performed. *Positive challenges at work* was used as the hypothesised outcome variable in the first model, and *mastery of work* was used in the second model.

The results suggest that clinicians' work-related satisfaction was positively influenced by inpatients' opportunities to pursue their goals and choices, and negatively influenced by the degree of inpatient involvement at the facilities. Characteristics of the treatment practice, such as personalised measures or diversity of treatment options, did not significantly affect work-related satisfaction.

The results also show that the *goals and choice* subscale had the strongest influence on clinicians' reports on both the outcome variables in the regression analyses. This subscale provides information on the degree to which clinicians perceive that measures at their respective treatment facilities promote inpatients' individually defined goals, and the extent to which inpatients' choices are supported and respected. Clinicians who perceived that these choices were respected, and that the practice at their respective treatment facilities provided inpatients with the opportunity to define and pursue their goals, reported significantly higher levels of mastery of work and positive challenges at work.

Previous studies have explored how recovery orientation, as a unidimensional variable, contributes to work-related satisfaction, without exploring the influence of individual recovery-orientated interventions. Kraus and Stein [12] reported that mental health clinicians who perceive the services in which they work as recovery-oriented, are more likely to experience higher levels of professional accomplishment and job satisfaction than those without such an experience. Osborn and Stein [11] found that the variance observed in mental health providers' reports of job satisfaction could partly be accounted for by their perceptions of recovery orientation at their respective agencies. Rabenschlag, Konrad, Rueegg and Jaeger [52] showed that clinicians' perceptions of the practice as being recovery-oriented increased and their job satisfaction improved after implementing recovery orientation in an SUD and mental illness treatment facility. Moreover, one year later, job satisfaction was significantly higher among clinicians working at the facility compared to a control group [52].

Our findings are in line with these studies. Moreover, our study contributes to the literature by exploring the influence of individual domains of recovery orientation on clinicians' work-related satisfaction. Specially, the results from our study contribute by illustrating that treatment measures that enable inpatients to pursue their goals and choices seem to exert a positive influence on clinicians' work-related satisfaction. As such measures appear to be beneficial for both inpatients and clinicians, they should be enhanced in the programme at SUD treatment facilities.

The results of both regression analyses in this study showed that clinicians who perceived a higher degree of inpatient involvement at their treatment facilities were more likely to report lower levels of positive challenges at work, and mastery of work. The *involvement* subscale provides information about the extent to which inpatients are involved in the development and planning of the treatment programme and staff training, and whether inpatients are represented in advisory boards of treatment facilities. These results were not as significant, and did not predict as high a variance in the outcome variables as the *goals and choice* subscale. However, the direction of the results of both regression analyses was similar, and the contribution of *involvement* was significant, although it had a stronger influence on *mastery of work* than on *positive challenges at work*.

These results are in line with those of Jorgensen and Rendtorff [75], who suggested that patient involvement can be perceived by mental health professionals as time-consuming, challenging, and sometimes frustrating. The patients become experts when the treatment practice is oriented towards patient involvement and shared decision making. Other studies have also suggested that clinicians may find that patient involvement challenges their expertise as professionals [23,34,76,77]. This may contribute to explaining this study's findings, suggesting that clinicians' perceptions of mastery of work seemed to be influenced by inpatient involvement at their facilities.

Additionally, the results of this study showed that *quantitative job demands* also contributed significantly to clinicians' perceptions of mastery of work. High workloads, working overtime, and low work-related self-efficacy among clinicians have been associated with low satisfaction, burnout, and impaired well-being at work [4,6,8]. This may partly explain the negative influence that *involvement* seemed to have on clinicians' perceptions of mastery at work.

Some measures have been suggested as beneficial for promoting user involvement in services for people with SUD or mental health problems. Clinicians need adequate information about the subject of user involvement and the measures used to achieve it [78,79]. Moreover, they need sufficient time and resources to implement these measures [75]. Such measures may reduce the pressure on clinicians and increase the information provided to inpatients about their opportunities for involvement.

Finally, our results showed that variance in either *positive challenges at work* or *mastery of work* scores could not be accounted for by clinicians' perceptions of treatment measures as individually tailored and varied. The *individually tailored and varied* subscale concerns characteristics of the treatment programme, and provides information on the extent to which clinicians believe that their treatment facilities offer a diversity of treatment options that can be customised to meet inpatients' individual needs. Recovery orientation shares certain values with patient-centred and trauma-informed care, such as empowering and individualised treatment measures [80–82]. The results of this study diverge from previous findings regarding the influence of trauma-informed and patient-centred care on clinicians' work-related satisfaction. In a synthesis of several systematic reviews, Park, Giap, Lee, Jeong, Jeong and Go [57] found that a patient-centred orientation at the workplace has a positive influence on clinicians' job satisfaction and confidence in their work. Hales, Green, Bissonette, Warden, Diebold, Koury and Nochajski [56] reported that clinicians' workplace satisfaction, associated with fulfilment and possessing necessary skills, improved after trauma-informed care was implemented at an SUD treatment facility.

Park, Giap, Lee, Jeong, Jeong and Go [57] and Hales, Green, Bissonette, Warden, Diebold, Koury and Nochajski [56] found a positive association between clinicians' work-related satisfaction and empowering treatment measures, such as promoting inpatients' goals and choices. Our results are partly consistent with these findings. Conversely, unlike these studies, we did not find an association between individualised treatment measures, such as providing individually tailored services, and clinicians' work-related satisfaction.

These conflicting results may be attributed to several factors, one being that such therapeutic orientations are not directly comparable. However, the value of providing treatment measures based on patients' individual needs is clearly present in recovery-oriented, patient-centred and trauma-informed care alike [80,83]. Our findings may indicate that variance in clinicians' work-related satisfaction should not be attributed to perceptions of treatment measures as individually tailored and varied. Further research is required to identify confounding factors, and to gain a more profound understanding of the role of the individual domains of recovery orientation on clinicians' work-related satisfaction.

Limitations

Certain limitations of this study should be noted. First, the questionnaire did not gather information on education level, income, and employment status (full- or part-time). One reason for this was that we wished to limit the number of items in the questionnaire,

due to the workload and time pressure that clinicians in the SUD field experience [5,6]. Another reason is that research suggests that the variance in clinicians' work-related satisfaction cannot be explained by income, education level, or employment status [5,11,12]. Second, the study's cross-sectional design means that no causality can be established, and that confounding factors may be present. This should be considered when interpreting the results of this study. However, the hypothesised directions of influence between the variables were based on previous findings [11,12,52]. Third, the data were obtained using a self-report questionnaire, which entails the risk of social desirability bias. However, the risk was reduced by the fact that the questionnaires were completed anonymously. Lastly, the response rate, albeit acceptable, was moderate (46 percent). However, the sample included participants from 50 of 54 eligible inpatient SUD treatment facilities in Norway, which suggests that it is broadly representative of the target population.

5. Conclusions

This study's main findings suggest that clinicians' work-related satisfaction is partly influenced by the contextual psychosocial factors at play in a recovery-oriented treatment framework. Work-related satisfaction is positively influenced by inpatients' opportunities to pursue their goals and choices, and negatively influenced by inpatient involvement. The characteristics of the treatment practice, such as personalised measures or diversity of treatment options, do not significantly affect work-related satisfaction. Treatment measures that enable inpatients to pursue their goals and choices seem to exert a positive influence on clinicians' work-related satisfaction. Such measures should be enhanced, as they appear to be beneficial for both inpatients and clinicians in SUD treatment facilities. Furthermore, to overcome the barriers that are associated with the promotion of user involvement in the SUD and mental health fields, clinicians should be educated on the subject and content of inpatient involvement. Clinicians should also be supported and involved in the process of implementing measures to increase inpatient involvement. This study's findings are in line with previous research showing that recovery orientation has a positive influence on clinicians' work-related satisfaction. Although further research is needed to confirm them, these findings indicate that a recovery-oriented framework is beneficial for both inpatients and clinicians.

Author Contributions: Conceptualisation, methodology, writing—original draft preparation, writing—review and editing; D.A.J., T.N. and A.Ø.G., formal analysis, data curation, project administration; D.A.J., supervision; T.N. and A.Ø.G. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This study is part of a PhD degree, which is funded by Blue Cross East in Norway. Blue Cross East took no other part in the research project or the included studies.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki, and approved by the Norwegian Centre for Research Data (NSD; reference number 883511).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: The datasets generated and/or analysed during the current study are not publicly available due to ethical restrictions but are available from the corresponding author on reasonable request.

Acknowledgments: The authors would like to thank the participants for their contribution and the participating agencies for the recruitment to this study.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Locke, E. The Nature and Causes of Job Satisfaction. In *The Handbook of Industrial and Organizational Psychology*; Dunnette, M.D., Ed.; Rand McNally College Publishing: Chicago, IL, USA, 1976; pp. 1297–1343.
2. Weiss, H.M. Deconstructing job satisfaction: Separating evaluations, beliefs and affective experiences. *Hum. Resour. Manag. Rev.* **2002**, *12*, 173–194. [\[CrossRef\]](#)
3. Skogstad, A. Brukerveiledning QPSNordic: Generelt spørreskjema for psykologiske og sosiale faktorer i arbeid [QPSNordic User Guide: General questionnaire for psychological and social factors at work]. In *User's Guide for QPSNordic: General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work*; Nordic Council of Ministers: Copenhagen, Denmark, 2001.
4. Wännström, I.; Peterson, U.; Åsberg, M.; Nygren, A.; Gustavsson, J.P. Psychometric properties of scales in the General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work (QPS(Nordic)): Confirmatory factor analysis and prediction of certified long-term sickness absence. *Scand. J. Psychol.* **2009**, *50*, 231–244. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
5. Best, D.; Savic, M.; Daley, P. The Well-Being of Alcohol and Other Drug Counsellors in Australia: Strengths, Risks, and Implications. *Alcohol. Treat. Q.* **2016**, *34*, 223–232. [\[CrossRef\]](#)
6. Volker, R.; Bernhard, B.; Anna, K.; Fabrizio, S.; Robin, R.; Jessica, P.; Rudolf, S.; Lucia, D.; Jürgon, R.; Franz, H.; et al. Burnout, coping and job satisfaction in service staff treating opioid addicts—From Athens to Zurich. *Stress Health* **2010**, *26*, 149–159. [\[CrossRef\]](#)
7. Beitel, M.; Oberleitner, L.; Muthulingam, D.; Oberleitner, D.; Madden, L.M.; Marcus, R.; Eller, A.; Bono, M.H.; Barry, D.T. Experiences of burnout among drug counselors in a large opioid treatment program: A qualitative investigation. *Subst. Abus.* **2018**, *39*, 211–217. [\[CrossRef\]](#)
8. Broome, K.M.; Knight, D.K.; Edwards, J.R.; Flynn, P.M. Leadership, burnout, and job satisfaction in outpatient drug-free treatment programs. *J. Subst. Abus. Treat.* **2009**, *37*, 160–170. [\[CrossRef\]](#)
9. Mohr, D.C.; Young, G.J.; Meterko, M.; Stolzmann, K.L.; White, B. Job satisfaction of primary care team members and quality of care. *Am. J. Med. Qual.* **2011**, *26*, 18–25. [\[CrossRef\]](#)
10. Tsounis, A.; Niakas, D.; Sarafis, P. Social capital and job satisfaction among substance abuse treatment employees. *Subst. Abus. Treat. Prev. Policy* **2017**, *12*, 8. [\[CrossRef\]](#)
11. Osborn, L.A.; Stein, C.H. Mental Health Care Providers' Views of Their Work with Consumers and Their Reports of Recovery-Orientation, Job Satisfaction, and Personal Growth. *Community Ment. Health J.* **2016**, *52*, 757–766. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
12. Kraus, S.W.; Stein, C.H. Recovery-oriented services for individuals with mental illness and case managers' experience of professional burnout. *Community Ment. Health J.* **2013**, *49*, 7–13. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
13. White, W. *Recovery Management and Recovery-Oriented Systems of Care*; Great Lakes ATTC, Northeast ATTC and DBHMRS: Chicago, IL, USA, 2008.
14. Ward, M.; Cowman, S. Job satisfaction in psychiatric nursing. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* **2007**, *14*, 454–461. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
15. Kulesza, M.; Hunter, S.B.; Shearer, A.L.; Booth, M. Relationship between Provider Stigma and Predictors of Staff Turnover among Addiction Treatment Providers. *Alcohol. Treat. Q.* **2017**, *35*, 63–70. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
16. Henderson, C.; Noblett, J.; Parke, H.; Clement, S.; Caffrey, A.; Gale-Grant, O.; Schulze, B.; Druss, B.; Thornicroft, G. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry* **2014**, *1*, 467–482. [\[CrossRef\]](#)
17. Eaton, K.; Ohan, J.L.; Dear, G. The stigmatisation of the provision of services for alcohol and other drug users: A systematic literature review. *Drugs Educ. Prev. Policy* **2015**, *22*, 19–25. [\[CrossRef\]](#)
18. Friedberg, M.W.; Chen, P.G.; Van Busum, K.R.; Aunon, F.; Pham, C.; Caloyeras, J.; Mattke, S.; Pitchforth, E.; Quigley, D.D.; Brook, R.H.; et al. *Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy*; RR-439-AMA; RAND Corporation: Santa Monica, CA, USA, 2013.
19. Knudsen, H.K.; Abraham, A.J.; Roman, P.M.; Studts, J.L. Nurse turnover in substance abuse treatment programs affiliated with the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *J. Subst. Abus. Treat.* **2011**, *40*, 307–312. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
20. McEntee, A.; Roche, A.M.; Kostadinov, V.; Hodge, S.; Chapman, J. Predictors of turnover intention in the non-government alcohol and other drug sector. *Drugs Educ. Prev. Policy* **2020**. [\[CrossRef\]](#)
21. Hales, T.W.; Nochajski, T.H. A structural regression analysis of trauma-informed climate factors, organizational commitment, and burnout among behavioral healthcare providers in a large public hospital. *J. Community Psychol.* **2020**, *48*, 777–792. [\[CrossRef\]](#)
22. Skinner, N.; Roche, A.M. "Very demanding. Extremely rewarding": Exploring the co-occurrence of burnout and engagement in alcohol and other drug workers. *Drug Alcohol Rev.* **2021**. [\[CrossRef\]](#)
23. Vogus, T.J.; Gallan, A.; Rathert, C.; El-Manstrly, D.; Strong, A. Whose experience is it anyway? Toward a constructive engagement of tensions in patient-centered health care. *J. Serv. Manag.* **2020**, *31*, 979–1013. [\[CrossRef\]](#)
24. Camilleri, A.C.; Cacciola, J.S.; Jenson, M.R. Comparison of two ASI-based standardized patient placement approaches. *J. Addict. Dis.* **2012**, *31*, 118–129. [\[CrossRef\]](#)
25. Lopez-Goni, J.J.; Fernandez-Montalvo, J.; Arteaga, A.; Esarte, S. Searching objective criteria for patient assignment in addiction treatment. *J. Subst. Abus. Treat.* **2017**, *76*, 28–35. [\[CrossRef\]](#)
26. Wakeman, S.E.; Metlay, J.P.; Chang, Y.; Herman, G.E.; Rigotti, N.A. Inpatient Addiction Consultation for Hospitalized Patients Increases Post-Discharge Abstinence and Reduces Addiction Severity. *J. Gen. Intern. Med.* **2017**, *32*, 909–916. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)

27. Lauritzen, G.; Nordfjærn, T. Changes in opiate and stimulant use through 10 years: The role of contextual factors, mental health disorders and psychosocial factors in a prospective SUD treatment cohort study. *PLoS ONE* **2018**, *13*, e0190381. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
28. Bacon, M.; Seddon, T. Controlling drug users: Forms of power and behavioural regulation in drug treatment services. *Br. J. Criminol.* **2020**, *60*, 403–421. [[CrossRef](#)]
29. Johansen, K.A.; Debaere, V.; Vandeveldde, S.; Van den Broeck, M. Governance of Substance Use as a by-product of Policing in Norway: A Historical Account. *Nord. Stud. Alcohol Drugs* **2018**, *35*, 240–256. [[CrossRef](#)]
30. Johnson, R.; Haigh, R. Social psychiatry and social policy for the 21st century—New concepts for new needs: The ‘psychologically—Informed environment’. *Ment. Health Soc. Incl.* **2010**, *14*, 30–35. [[CrossRef](#)]
31. Best, D. *Strength, Support, Setbacks and Solutions: The Developmental Pathway to Addiction Recovery*; Pavilion Publishing: Middlesex, UK, 2014; p. 152.
32. Labath, V.; Ondrušková, E. Theoretical aspects of social work—from eclecticism to integration. In *The Routledge Handbook of Social Work Theory*; Malcolm, P., Emma, R.-H., Eds.; Routledge International Handbooks; Taylor and Francis: Abingdon, UK, 2019; pp. 18–27.
33. Andersson, H.W.; Otterholt, E.; Gråwe, R.W. Patient satisfaction with treatments and outcomes in residential addiction institutions. *Nord. Stud. Alcohol Drugs* **2017**, *34*, 375–384. [[CrossRef](#)]
34. Goodhew, M.; Stein-Parbury, J.; Dawson, A. Consumer participation in drug treatment: A systematic review. *Drugs Alcohol Today* **2019**, *19*, 97–112. [[CrossRef](#)]
35. Brophy, L.; Bruxner, A.; Wilson, E.; Cocks, N.; Stylianou, M. How Social Work Can Contribute in the Shift to Personalised, Recovery-Oriented Psycho-Social Disability Support Services. *Br. J. Soc. Work* **2015**, *45*, 98–116. [[CrossRef](#)]
36. Marchand, K.; Beaumont, S.; Westfall, J.; MacDonald, S.; Harrison, S.; Marsh, D.C.; Schechter, M.T.; Oviedo-Joekes, E. Conceptualizing patient-centered care for substance use disorder treatment: Findings from a systematic scoping review. *Subst. Abus. Treat. Prev. Policy* **2019**, *14*. [[CrossRef](#)]
37. Leamy, M.; Bird, V.; Le Boutillier, C.; Williams, J.; Slade, M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *Br. J. Psychiatry* **2011**, *199*, 445–452. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
38. Tew, J.; Ramon, S.; Slade, M.; Bird, V.; Melton, J.; Le Boutillier, C. Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *Br. J. Soc. Work* **2012**, *42*, 443–460. [[CrossRef](#)]
39. Brown, A.M.; Ashford, R.D. Recovery-informed Theory: Situating the Subjective in the Science of Substance Use Disorder Recovery. *J. Recovery Sci.* **2019**, *1*, 1–15. [[CrossRef](#)]
40. Ashford, R.D.; Brown, A.; Brown, T.; Callis, J.; Cleveland, H.H.; Eisenhart, E.; Groover, H.; Hayes, N.; Johnston, T.; Kimball, T.; et al. Defining and operationalizing the phenomena of recovery: A working definition from the recovery science research collaborative. *Addict. Res. Theory* **2019**, *27*, 179–188. [[CrossRef](#)]
41. Humphreys, K.; Lembke, A. Recovery-oriented policy and care systems in the UK and USA. *Drug Alcohol Rev.* **2014**, *33*, 13–18. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
42. Hyde, B.; Bowles, W.; Pawar, M. Challenges of recovery-oriented practice in inpatient mental health settings—The potential for social work leadership. *Asia Pac. J. Soc. Work Dev.* **2014**, *24*, 5–16. [[CrossRef](#)]
43. Khoury, E.; del Barrio, L.R. Recovery-Oriented Mental Health Practice: A Social Work Perspective. *Br. J. Soc. Work* **2015**, *45*, 27–44. [[CrossRef](#)]
44. Lorian, L.; Blunden, S.; Madsen, W. Implementation of recovery-oriented practice in hospital-based mental health services: A systematic review. *Int. J. Ment. Health Nurs.* **2020**, *29*, 1035–1048. [[CrossRef](#)]
45. Laudet, A.B.; Humphreys, K. Promoting recovery in an evolving policy context: What do we know and what do we need to know about recovery support services? *J. Subst. Abus. Treat.* **2013**, *45*, 126–133. [[CrossRef](#)]
46. Davidson, L.; Tondora, J.; Lawless, M.S.; O’Connell, M.J.; Rowe, M. *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice: Tools for Transforming Mental Health Care*; Oxford University Press: New York, NY, USA, 2009; p. 249.
47. Chang, B.H.; Geller, J.L.; Biebel, K. Recovery Services and Outcomes in a State Psychiatric Hospital. *Psychiatr. Q.* **2018**, *89*, 707–716. [[CrossRef](#)]
48. Thomas, E.C.; Despeaux, K.E.; Drapalski, A.L.; Bennett, M. Person-Oriented Recovery of Individuals With Serious Mental Illnesses: A Review and Meta-Analysis of Longitudinal Findings. *Psychiatr. Serv.* **2018**, *69*, 259–267. [[CrossRef](#)]
49. Coffey, M.; Hannigan, B.; Barlow, S.; Cartwright, M.; Cohen, R.; Faulkner, A.; Jones, A.; Simpson, A. Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings: A cross national comparative mixed methods study. *BMC Psychiatry* **2019**, *19*. [[CrossRef](#)]
50. Liknaitzky, P.; Lake, A.J.; Gruenert, S.; Staiger, P.K.; Lake, A.J. Longitudinal Substance Use and Biopsychosocial Outcomes Following Therapeutic Community Treatment for Substance Dependence. *J. Clin. Med.* **2020**, *9*, 118. [[CrossRef](#)]
51. Turner, B.; Deane, F.P. Length of stay as a predictor of reliable change in psychological recovery and well being following residential substance abuse treatment. *Ther. Communities* **2016**, *37*, 112–120. [[CrossRef](#)]
52. Rabenschlag, F.; Konrad, A.; Rueegg, S.; Jaeger, M. A Recovery-Oriented Approach for an Acute Psychiatric Ward: Is It Feasible and How Does It Affect Staff Satisfaction? *Psychiatr. Q.* **2014**, *85*, 225–239. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
53. Fleury, M.J.; Sabetti, J.; Bamvita, J.M. Modeling Relationships Involving Perceived Recovery Orientation of Mental Health Teams Among Quebec Mental Health Professionals. *J. Behav. Health Serv. Res.* **2019**, *46*, 434–449. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

54. Stacy, M.A.; Rosenheck, R. The association of recovery orientation and stigmatizing beliefs. *J. Ment. Health* **2019**, *28*, 276–281. [CrossRef] [PubMed]
55. Motteli, S.; Horisberger, R.; Lamster, F.; Vetter, S.; Seifritz, E.; Jager, M. More Optimistic Recovery Attitudes Are Associated with Less Stigmatization of People with Mental Illness among Healthcare Professionals Working on Acute and Semi-Acute Psychiatric Wards. *Psychiatr. Q.* **2019**, *90*, 481–489. [CrossRef]
56. Hales, T.W.; Green, S.A.; Bissonette, S.; Warden, A.; Diebold, J.; Koury, S.P.; Nochajski, T.H. Trauma-Informed Care Outcome Study. *Res. Soc. Work Pract.* **2019**, *29*, 529–539. [CrossRef]
57. Park, M.; Giap, T.T.T.; Lee, M.; Jeong, H.; Jeong, M.; Go, Y. Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *Int. J. Nurs. Stud.* **2018**, *87*, 69–83. [CrossRef]
58. World Health Organization; United Nations Office on Drug and Crime. *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders: Revised Edition Incorporating Results of Field-Testing*; License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.; WHO: Geneva, Switzerland, 2020.
59. Dale-Perera, A. *Recovery, Reintegration, Abstinence, Harm Reduction: The Role of Different Goals within Drug Treatment in the European Context*; EMCDDA: London, UK, 2017.
60. Sumnall, H.; Brotherhood, A. *Social Reintegration and Employment: Evidence and Interventions for Drug Users in Treatment*; EMCDDA: Lisbon, Portugal, 2012.
61. O’Connell, M.; Tondora, J.; Croog, G.; Evans, A.; Davidson, L. From rhetoric to routine: Assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatr. Rehabil. J.* **2005**, *28*, 378–386. [CrossRef]
62. Fleury, M.J.; Sabetti, J.; Grenier, G.; Bamvita, J.M.; Vallee, C.; Cao, Z.R. Work-related variables associated with perceptions of recovery-oriented care among Quebec mental health professionals. *BJPsych Open* **2018**, *4*, 478–485. [CrossRef]
63. Leddy-Stacy, M.; Stefanovics, E.; Rosenheck, R. Veteran and Clinician Perceptions of Recovery and Stigma at a Veterans Affairs Medical Center. *Psychiatr. Rehabil. J.* **2016**, *39*, 105–111. [CrossRef]
64. Kidd, S.A.; George, L.; O’Connell, M.; Sylvestre, J.; Kirkpatrick, H.; Browne, G.; Oduyungbo, A.O.; Davidson, L. Recovery-oriented service provision and clinical outcomes in assertive community treatment. *Psychiatr. Rehabil. J.* **2011**, *34*, 194–201. [CrossRef] [PubMed]
65. Johannessen, D.A.; Geirdal, A.Ø.; Nordfjærn, T. Investigating the factor structure of a translated recovery-orientation instrument in inpatient treatment for substance use disorder. *Subst. Abus. Treat. Prev. Policy* **2021**, *16*, 24. [CrossRef] [PubMed]
66. Elo, A.-L.; Dallner, M.; Gamberale, F.; Hottinen, V.; Knardahl, S.; Lindström, K.; Skogstad, A.; Ørhede, E. Validation of the Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work—QPSNordic. In *Innovative Theories, Tools, and Practices in Work and Organizational Psychology*; Hogrefe & Huber Publishers: Ashland, OH, USA, 2000; pp. 47–57.
67. Mehmetoglu, M.; Jakobsen, T.G. *Applied Statistics Using Stata: A Guide for the Social Sciences*; SAGE Publications: Los Angeles, CA, USA; Calif, CA, USA, 2016.
68. Box, G.E.P.; Cox, D.R. An Analysis of Transformations. *J. R. Stat. Soc. Ser. B (Methodol.)* **1964**, *26*, 211–243. [CrossRef]
69. Fugleberg, O.; Småstuen, M.C.; Tufte, P.A. *Innføring i Logistisk Regresjon: Med Eksempler på Analyse [Introduction to Logistic Regression: With Examples of Analysis]*; Fagbokforl.: Bergen, Norway, 2018.
70. Midtbø, T. *Regresjonsanalyse for Samfunnsvitere: Med Eksempler i Stata [Regression Analysis for Social Scientists: With Examples in Stata]*; Universitetsforl.: Oslo, Norway, 2016.
71. Christophersen, K.-A. *Databehandling og Statistisk Analyse Med SPSS [Data Processing and Statistical Analysis with SPSS]*, 4. utg. ed.; Unipub: Oslo, Norway, 2009.
72. Schumacker, R.E. *Learning Statistics Using R*; Sage Publications: Thousand Oaks, CA, USA, 2015. [CrossRef]
73. *Jamovi*, version 1.2.17; Software For Statistics; jamovi: Sydney, Australia, 2020.
74. Yale School of Medicine. Recovery Self-Assessment (File 2). Available online: https://medicine.yale.edu/psychiatry/prch/tools/rec_selfassessment/ (accessed on 9 January 2021).
75. Jorgensen, K.; Rendtorff, J.D. Patient participation in mental health care—Perspectives of healthcare professionals: An integrative review. *Scand. J. Caring Sci.* **2018**, *32*, 490–501. [CrossRef] [PubMed]
76. Fischer, J.; Neale, J. Involving drug users in treatment decisions: An exploration of potential problems. *Drugs Educ. Prev. Policy* **2008**, *15*, 161–175. [CrossRef]
77. Patterson, S.; Weaver, T.; Agath, K.; Albert, E.; Rhodes, T.; Rutter, D.; Crawford, M. ‘They can’t solve the problem without us’: A qualitative study of stakeholder perspectives on user involvement in drug treatment services in England. *Health Soc. Care Community* **2009**, *17*, 54–62. [CrossRef]
78. Van Hout, M.C.; McElrath, K. Service user involvement in drug treatment programmes: Barriers to implementation and potential benefits for client recovery. *Drugs Educ. Prev. Policy* **2012**, *19*, 474–483. [CrossRef]
79. Storm, M.; Edwards, A. Models of User Involvement in the Mental Health Context: Intentions and Implementation Challenges. *Psychiatr. Q.* **2013**, *84*, 313–327. [CrossRef] [PubMed]
80. DiClemente, C.C.; Norwood, A.E.Q.; Gregory, W.H.; Travaglini, L.; Graydon, M.M.; Corno, C.M. Consumer-Centered, Collaborative, and Comprehensive Care The Core Essentials of Recovery-Oriented System of Care. *J. Addict. Nurs.* **2016**, *27*, 94–100. [CrossRef] [PubMed]
81. Mihelicova, M.; Brown, M.; Shuman, V. Trauma-Informed Care for Individuals with Serious Mental Illness: An Avenue for Community Psychology’s Involvement in Community Mental Health. *Am. J. Community Psychol.* **2018**, *61*, 141–152. [CrossRef] [PubMed]

82. Shier, M.L.; Turpin, A. A Multi-Dimensional Conceptual Framework for Trauma-Informed Practice in Addictions Programming. *J. Soc. Serv. Res.* **2017**, *43*, 609–623. [[CrossRef](#)]
83. FalLOT, R.D.; Harris, M. *Creating Cultures of Trauma Informed Care (CCTIC): A Self-Assessment and Planning Protocol*; Community Connections: Washington, DC, USA, 2009.