

Forståelse av rusmiddelavhengighet blant ansatte på ARA

En intern spørreundersøkelse blant ansatte ved Avd. for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet Sykehus HF

**John-Kåre Vederhus (Ph.D.)
10.06.2016**

ARAs forskningsserie 2016
Nr. 31 - 2016

Kontaktinformasjon:
Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling
Sørlandet Sykehus HF
Postboks 416
4604 KRISTIANSAND

Tlf. 381 32 600
Hjemmeside: www.avhengighetsbehandling.no

ISBN 978-82-91-19130-0

INNHold

1. Bakgrunn	6
1.1 Formål med undersøkelsen.....	7
2. Metode	8
2.1 Enhetene	8
2.2 Verktøy	10
2.3 Statistikk	13
3. Funn	14
3.1 Utvalget	14
3.2 Grunnlagsforståelser med tilhørende holdning til hva som er viktige tiltak .	15
3.2.1 Sykdomsforståelse	15
3.2.2 Psykososial forståelse	17
3.2.3 «Fri vilje» skala - fokus på mestring og egen evne til atferdsendring.....	18
3.3 Holdning til viktigheten av tiltak for familie og pårørende.....	20
3.4 Holdning til skadereduksjon.....	20
3.5 Holdning til LAR-behandling.....	21
3.5.1 Holdning til tilgjengeligheten av LAR-behandling	21
3.6 Behandlingsoptimisme, stolthet og respekt for andre enheter/tilnærminger .	25
4. Drøfting	28
4.1 Oppsummerte hovedfunn	28
4.2 Drøfting av funn	29
4.2.1 Sykdomsforståelse og psykososial forståelse	29
4.2.2 Den frie viljen og fokus på mestring og egen evne til atferdsendring.....	29
4.2.3 Holdning til tiltak for familie og skadereduserende tiltak.....	30
4.2.4 Holdning til LAR-behandling.....	31
4.2.5 Behandlingsoptimisme og stolthet.....	32
4.3 Metodiske vurderinger.....	32
4.4 Mulige implikasjoner.....	32
5. Oppsummering	34
6. Referanser	36
7. Vedlegg - spørreskjema	37

Tabeller og figurer

TABELL 1 OVERSIKT OVER INFORMANTER (N = 171)	14
FIGUR 1 SYKDOMSFORSTÅELSE (SKALA 1 – 5), N = 163.....	15
TABELL 2 KAN DEMOGRAFISKE DATA OG UTDANNING FORKLARE «SYKDOMSFORSTÅELSE»?	16
FIGUR 2 VIKTIGHETENE AV TILTAK BASERT PÅ EN SYKDOMSFORSTÅELSE (SKALA 1 – 7), N = 149	16
FIGUR 3 PSYKOSOSIAL FORSTÅELSE, N = 163.....	17
TABELL 3 KAN DEMOGRAFISKE DATA OG UTDANNING FORKLARE PSYKOSOSIAL FORSTÅELSE?	17
FIGUR 4 «FRI VILJE» SKALA, N = 170.....	18
TABELL 4 KAN DEMOGRAFISKE DATA OG UTDANNING FORKLARE EN «FRI VILJE» FORSTÅELSE?	19
FIGUR 5 ATFERDSENDRINGSTILTAK MED FOKUS PÅ MESTRING OG TILBAKEFALLSFOREBYGGING, N = 149	19
FIGUR 6 HOLDNING TIL TILTAK MED FOKUS PÅ FAMILIE/PÅRØRENDE, N = 149	20
FIGUR 7 HOLDNING TIL SKADEREDUSERENDE TILTAK, N = 149	21
FIGUR 8 HOLDNING TIL TILGJENGELIGHETEN AV LAR, N = 141	22
FIGUR 9 HOLDNING TIL HVOR STERK PASIENTERS TILKNYTNING TIL LAR BØR VÆRE, N = 146	23
FIGUR 10 FORMÅLET TIL LAR ER ØKT LIVSKVALITET OG SKADEREDUKSJON, N = 147	24
FIGUR 11 BEHANDLINGSOPTIMISME, N = 144.....	25
TABELL 5 KAN GRUNNLAGSFORSTÅElsen OM RUSMIDDELAVHENGIGHET FORKLARE BEHANDLINGSOPTIMISME?	25
FIGUR 12 STOLTHET OVER EGEN ENHET, N = 142.....	26
TABELL 6 KAN GRUNNLAGSFORSTÅElsen OM RUSMIDDELAVHENGIGHET FORKLARE STOLTHET OVER EGEN ENHET?	26

Forord

Enhetsledermøte i ARA hadde i mars 2015 en sak om behandlingssideologi (sak 47/15); tittelen på saken var «God rusbehandling – bør ARA ha ein eigen behandlingssideologi?» I bunn for behandlingssideologier innen rusfeltet ligger gjerne en særskilt grunnlagsforståelse av hva rusmiddelavhengighet er. ARA FoU ble derfor bedt om å foreta en intern spørreundersøkelse blant de ansatte for å få et inntrykk av hvordan de ansatte forstår rusmiddelavhengighet nå. Et foreløpig utkast til spørreskjema ble utarbeidet og presentert for enhetsledere høst 2015. Det ble satt ned en arbeidsgruppe for å bli enig om et mest mulig anvendelig og overkommelig skjema-utkast.

Arbeidsgruppen bestod av:

- John-Kåre Vederhus (Ph.D.), prosjektansvarlig, ARA Forskning og utviklingsenheten (FoU)
- Frode Nordhelle, enhetsleder ARA Poliklinikk Arendal
- Pål Ribu, enhetsleder Enhet for rus og psykiatri, ARA Kristiansand
- Tone Lill Tveite Bek, sykepleier Døgnetenhet ARA Byglandsfjord

Arbeidsgruppen arbeidet videre med tilbakemeldingene fra enhetsledergruppen i tillegg til egne innspill og utarbeidet ferdig forslag til spørreskjema høst 2015. Utkastet har og vært drøftet innad i FoU enheten og ble igjen presentert for enhetsledergruppen høst 2015. Skjemaet ble deretter sendt ut til ansatte og besvart i november – desember 2015. Denne rapporten beskriver de teoretiske føringene som er lagt til grunn. Funnene beskrives og drøftes, og mulige implikasjoner angis. Det er prosjektansvarlig som har skrevet rapporten. Overlege/forsker, Øistein Kristensen, overlege/forskningsleder Bjørg Hjerkin og enhetsleder Frode Nordhelle har lest og kommet med kommentarer til rapporten, men rapporten og synspunkter i den står for forfatterens ansvar og regning.

1. Bakgrunn

Hvordan rusmiddelavhengighet forstås er et svært komplekst tema med mange mulige tematiske alternativer. Som et eksempel på kompleksitet kan nevnes West sin teoribok der han beskriver fire overordnede kategorier; rusmiddelavhengighet som et valg, rusmiddelavhengighet som et impuls-/selvkontrollproblem, rusmiddelavhengighet som en lært atferd/vane og rusmiddelavhengighet som et spredningsfenomen på populasjonsnivå [1]. Under hver av disse overordnede kategoriene beskrives 7 – 10 teoretiske retninger, noe som gir et vell av varianter. For noen av teoriene finnes det validerte spørreskjema som kan teste ut i hvilken grad man forstår rusmiddelavhengighet i den ene eller andre retningen. De fleste av de aktuelle skjemaene er utviklet i andre behandlingskulturer (spesielt USA) og kan dermed ikke uten videre brukes hos oss. De er dessuten ganske omfattende. Fordelen med å bruke påstander og spørsmål fra validerte skjema er likevel at en kan vite at påstandene er vurdert til å være spesifikke og typiske for den aktuelle teorien som ligger bak. Det er og lettere å få publisert en eventuell artikkel hvis en bruker validerte skjema. Siden flere av de aktuelle skjemaene ble vurdert til å være altfor lange til å kunne brukes i denne undersøkelsen, så en seg nødt til, for flere av kategoriene, å velge ut de variablene som en oppfattet som de mest aktuelle for oss. Arbeidsgruppen endte opp med å fokusere på disse teoretiske retningene¹:

- *Sykdomsforståelse* – rusmiddelavhengighet forstås hovedsakelig som et impuls-/selvkontrollproblem, med andre ord; en kompulsiv lidelse. Det forstås som et primært problem, uavhengig av underliggende psykososiale belastninger
- *Psykososial forståelse* – rusmiddelavhengighet forstås hovedsakelig som et problem utviklet av underliggende psykososiale belastninger, og forstås derfor i større grad som et sekundært problem
- *Rusmiddelavhengighet som en tillært atferd eller uvane* – noe som fører til at en i tilnærmingen fokuserer på atferdsmodifikasjon (eksempelvis tilbakefallsforebyggende tiltak)

¹ Kort beskrevet på grunnlag av definisjoner i West et al. sin bok [1]

- *Rusmiddelavhengighet som et valg* – det vil si at en har fokus på mestring og den frie viljens kraft til å endre seg

De to sistnevnte punktene hører naturlig sammen (fokus på rusmiddelavhengighet som en uvane og muligheten til valget om å endre atferd; den frie viljen). Disse ble derfor slått sammen som et domene [2].

I tillegg til påstander om grunnlagsforståelse ønsket arbeidsgruppen å ha med påstander om hvilke holdninger de ansatte hadde til tiltak som kan relateres til de forskjellige grunnlagsteoriene.

I vår behandlingskontekst ønsket vi og å ha med noen påstander om i hvor stor grad de pårørende skal inkluderes i behandlingen, hvilken holdning de ansatte har til skadereduksjon og hva slag syn som finnes om behandlingstiltaket legemiddelassistert rehabilitering (LAR) innad i ARA. ARA har integrert LAR i samme organisasjon som andre aktuelle behandlingstiltak for rusmiddelavhengige, og det var ønskelig å se hvordan forståelsen av LAR som tiltak var i organisasjonen som helhet.

Til slutt tok vi med noen mer generelle påstander, som behandlingsoptimisme, stolthet over egen enhet og respekt enhetene i mellom.

1.1 Formål med undersøkelsen

Resultatene blir presentert som forskjeller mellom enheter i ARA på de skalaene som er anvendt. Resultatene tenkes brukt i en intern drøfting om behandlingsfilosofi i ARA.

2. Metode

Designet er en tverrsnittstudie gjennomført som en anonym spørreskjemaundersøkelse. På grunn av innsamling av noen grove demografiske data (kjønn, utdanning, aldersgruppe, enhet) var det teoretisk mulig å kunne kjenne igjen noen ansatte på små enheter. Alle analyser/presentasjoner er imidlertid utført på gruppenivå og den enkelte ansatte kan ikke gjenkjennes. Siden populasjonen er ansatte og undersøkelsen var anonym ble det ikke søkt om etisk godkjenning. Å svare på undersøkelsen ble ansett som å ha gitt sitt samtykke til deltagelse. Spørreundersøkelsen ble gjennomført som en onlinebasert undersøkelse, det vil si at de ansatte fikk tilsendt en link til et onlinebasert spørreskjema. SurveyMonkey.com var databehandler og datasikkerhet ble ivaretatt i følge standard avtale med databehandler.

2.1 Enhetene

Det er totalt 250 fast ansatte i ARA (heltid og deltid) som fordeler seg på enhetene under. Beskrivelsene av hver enhet er i hovedsak tatt fra hvordan de presenterer seg selv på web-siden www.avhengighetsbehandling.no.

Avgiftningsenhetene

ARA har en avgiftningsenhet i Arendal og en i Kristiansand, med 12 døgnplasser på hvert sted. Avgiftningene har tre hovedfunksjoner: Avgiftning, avklaring og motivering for videre behandling. Avgiftningsenheten i Kristiansand har historisk hatt et nært samarbeid med Enhet for gruppebehandling siden det var disse to enhetene som utgjorde det som tidligere var A-klinikken i Kristiansand. I det siste 15 årene har Avgiftningsenhetene betjent og samarbeidet med alle enheter i ARA.

Enhet for gruppebehandling

Denne enheten har 10 døgnplasser og ligger i Kristiansand. Den har et behandlingstilbud etter en 12-trinnsbasert behandlingsmodell. Behandlingen har cirka ett års varighet hvor de første 6-8 ukene («Basis» / «primærbehandling») er en intensivt gruppebasert døgnbehandling med påfølgende 11 måneders poliklinisk ettervern. For halvparten av pasientene forsterkes tilbudet med et opphold på Rehabiliteringsposten. Rehab-posten har 10 plasser. De som trenger lenger tid i behandling får et forlenget døgnbehandlingstilbud på tre måneder etter «basis». Enhet for gruppebehandling tilbyr og 12-trinns dagbehandling i gruppe over 8-12 uker med frammøte 4 dager pr. uke.

Enhet for rus og psykiatri (ERP)

ERP er en av døgnenhetene i Kristiansand og gir et tverrfaglig spesialisert utrednings-/behandlingstilbud til pasienter med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser.

Hovedfokus er kartlegging, utredning og miljøterapi. ERP har 14 plasser hvorav fire plasser er forbeholdt for tvangsinnleggelse etter Helse- og omsorgstjenesteloven §10.2 (Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige – tilbakehold i institusjon uten eget samtykke).

Poliklinikkene

Poliklinikkene ved ARA er i Arendal og Kristiansand og tar mot pasienter med ulike rusproblemer, samt pasienter som strir med avhengighet til spill og tilleggsproblemer. Pårørende kan få tilbud om samtaler om det å leve med rusmiddelavhengighet tett inn på livet. Poliklinikkene tilbyr utredning, diagnostisering og behandling og oppgir å bruke forskjellige behandlingsmetoder: Kognitiv terapi, motiverende intervju, "seeking safety", 12-trinnsmetoden, nevrofeedback, psykoedukasjon samt utredninger med tester og prøver (bl.a. urinprøver og blodprøver).

Legemiddellassistert rehabilitering (LAR)

Det er LAR-team både i Arendal og Kristiansand og de gir et tilbud om medikamentell behandling med Metadon/Subutex/Suboxone til pasienter med opiatavhengighet. LAR-teamet har ansvar for den medisinskfaglige behandlingen. Pasientens hjemkommune har koordinerings- og oppfølgingsansvaret.

Døgnenhet Byglandsfjord

Døgnenhet Byglandsfjord er et tidligere Distriktpsykiatrisk senter (DPS) som ble organisert under ARA i 2013. Enheten gir et tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud til pasienter med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser. Døgnenhet Byglandsfjord er en åpen enhet med 15 plasser.

Stab/Enhet for forskning og utvikling (FoU)/Merkantile

Denne gruppen er en blandet gruppe av stab/vurderingsteam, merkantile og forskere. Det var ønsket å kunne skille ut merkantile som egen gruppe, men det viste seg at helsefagsutdannede i stab og forskere også svarte som «merkantile». Siden gruppen er så blandet vil funn ikke bli kommentert spesielt.

2.2 Verktøy

Noen enkle demografiske variabler ble innhentet (kjønn, alderskategori, utdanningskategori (grunnskole, fullført videregående eller fagskole, fullført minst 3-årig høyskole eller fullført høyskole/universitet tilsvarende minst mastergradsnivå). Respondentene angav hvilken enhet de jobbet på og i hvilket fylke. Stab/FoU ble angitt som egen enhet. I tillegg ble det spurt om en hadde stilling som behandler eller merkantil. Spørsmålene som inngår i hver delskala under kan sees i vedlegg.

Short Understanding of Substance Abuse Scale

En nylig validert norsk versjon av The Short Understanding of Substance Abuse Scale (SUSS) ble brukt for å måle «Sykdomsforståelse» og «psykososial forståelse» [3, 4]. Skalaene består av påstander som besvares på en skala fra 1 (svært uenig) til 5 (svært enig). *Sykdomsforståelseskalaen* bestod av 5 påstander. To eksempler er: «Hvis en som er alkoholavhengig tar en drink, eller en rusmiddelavhengig tar en dose, mister de kontrollen og er ute av stand til å stanse rusingen» og «Enhver som er alkohol- eller rusmiddelavhengig må akseptere at han eller hun er maktesløs overfor alkohol og narkotika, og kan aldri drikke alkohol eller bruke narkotika igjen». *Den psykososiale skalaen* bestod av 4 påstander. To eksempler er: «En persons miljø spiller en viktig rolle i å bestemme om han/hun utvikler alkohol- eller rusmiddelavhengighet» og «En person kan utvikle alkohol- og/eller rusmiddelavhengighet på grunn av underliggende psykologiske problemer». Den sistnevnte skalaen handler om hvordan rusmiddelavhengighet oppstår, og den norske valideringsartikkelen anbefalte å supplere denne skalaen med påstander om hvordan en kan løse rusmiddelproblemet innen en typisk psykososial forståelse av rusmiddelavhengighet. Vi tilføyde derfor to påstander: «Ved rusmiddelavhengighet vil rusmiddelbruken avta hvis en behandler de underliggende psykiske plagene og/eller bearbeider tidligere traumer» og «Dersom man lykkes med å øke pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring, vil behovet for rusmidler forsvinne».

Addiction Belief Scale

For å få en skala som fokuserer på rusmiddelavhengighet som atferd, valg og den frie viljen, ble en «fri vilje» skala fra *Addiction Belief Scale* (ABS) brukt. Tre påstander fra denne skalaen ble inkludert, eksempelvis «Når de først innser at rusmiddelbruken har blitt et problem, kan personer med rusmiddelavhengighet finne sin egen vei ut av

problemene, uten hjelp fra andre» og «Det er fullt mulig for en med rusmiddelavhengighet å redusere rusmiddelbruken og holde kontroll på forbruket. Det er derfor unødvendig å fokusere så mye på behovet for totalt avhold fra alle rusmidler».

I tillegg supplerte vi med en egen påstand som går direkte på atferd:

«Rusmiddelavhengighet er en tillært atferd/uvane som en kan lære seg av med». Den sistnevnte påstanden var hentet fra Morgenstern og McCrady sin artikkel om «Curative factors in alcohol and drug treatment» (CFAD) [5]. Skalaen handler altså om den rusmiddelavhengige kan endre seg på egen hånd («self-change») og om reduksjon i rusbruk er mulig for rusmiddelavhengige.

Curative factors in alcohol and drug treatment

Utvalgte påstander fra CFAD ble videre brukt for å undersøke hvilke holdninger den enkelte ansatte hadde til behandlingstiltak som kan relateres til de forskjellige grunnlagsteoriene [5]. Påstandene i CFAD ble skåret på en 7- punkts Likert skala som anga om de ansatte oppfattet dem som «ikke viktig eller nedbrytende» (laveste skåre) til «viktige / essensielle» (høyeste skåre). Typiske *sykdomsmodelltilnærminger* var for eksempel: «Å redusere pasientens benektelse av sitt rusmiddelproblem». Typiske *atferdstiltak*, som til dels også kan gjelde for en psykososial grunnlagsforståelse, hadde et mestringsfokus med påstander som: «Øke pasientens tiltro til at han/hun er i stand til å redusere/slutte med rusmiddelbruk ved egen hjelp». I denne skalaen var det og påstander om viktighetene av tilbakefallsforebyggende tiltak. En skala om viktigheten av å dra inn *familien* ble anvendt, med to generelle påstander om å inkludere de pårørende: «Undervise pasientens partner/familie om hvordan de skal håndtere sin livssituasjons» og «Hjelpe pasienten og familien til å forbedre kommunikasjonen seg i mellom».

Det ble ikke funnet gode skalaer om skadereduksjon i litteraturen og to selvlagde påstander ble brukt: «Skadereduksjon er en fullverdig målsetning for rusbehandling» og «Fokus på skadereduksjon er svært viktig i all rusbehandling (eks. opplæring i å unngå overdoser, opplæring om å ikke dele sprøyter, opplæring om Hepatitt/HIV, fokus på å forbedre helsetilstand m.v.)». Påstandene ble skåret som CFAD (se over).

Vedrørende holdninger til LAR tok en utgangspunkt i Capelhorn's holdningsskala til LAR som er oversatt, utvidet og validert av Gjersing [6]. Igjen, på grunn av lengden på spørreskjemaet, ble utvalgte påstander i tre av domene i hennes verktøy brukt;

tilgjengeligheten av LAR-behandling (for eksempel om «LAR bør utvides slik at alle opiatavhengige som vil, kan få tilbudet») og hvor sterk pasienters *tilknytning* til LAR bør være (for eksempel at «LAR-pasienter bør oppmuntres til å bli i LAR livet ut» og at «Det er uetisk å skrive ut pasienter fra LAR på grunn av vedvarende rusing og dårlig fungering»). Noen påstander om holdning til hva som er *formålet med LAR* ble og tatt med («LARs hovedformål er å gi økt livskvalitet» og «Selv om en ikke unngår all rusbruk mens pasienten er i LAR, er skadereduksjon likevel en fullverdig målsetting»). Påstandene ble skåret på 5 poengs Likert skalaer fra 1 (svært uenig) til 5 (svært enig). På grunn av at noen påstander var utformet som negasjoner, måtte noen av svarene snus (se markering i vedlegg). En høy skåre betyr derfor en positiv holdning til høy tilgjengelighet av LAR-behandling, sterk tilknytning til LAR livet ut og en tilslutning til at økt livskvalitet og skadereduksjon er viktige formål i LAR-behandling.

Clinician Optimism Scale

En optimismeskala blant behandlere ble brukt, med påstander hentet fra Clinician Optimism Scale (COS) [7]. Skalaen handlet om det nytter med behandling («Det nytter lite å behandle mennesker med rusmiddelavhengighet»²), om hva man selv opplever at man kan bidra med («Det er lite jeg selv kan bidra med i behandlingen av rusmiddelavhengige»³), og om oppfatning av egen enhet sitt bidrag i behandling («Vi i vår enhet kan gjøre mye for å hjelpe mennesker med rusmiddelavhengighet»).

Vi inkluderte en egenutformet «*stolthetskala*», som handlet om hvor stolt man er over egen enhet sitt bidrag i behandling av rusmiddelavhengige (for eksempel: «Jeg er stolt av det tilbudet vår enhet gir til pasientene»).

Til slutt ble det spurt om hvordan de ansattes opplevde at holdningen og respekten til andre enheter var der man jobbet («De forskjellige enhetene i ARA har delvis forskjellige målgrupper og forskjellige behandlingstilnæringer. Hvordan opplever du at holdningen og respekten til andre enheter i ARA er der du jobber?») Høyest skåre her betyr at de ansatte opplevde stor respekt for andres behandlingstilnæringer på egen enhet.

Gjennomsnittsskårer ble utarbeidet for alle ovennevnte skalaer.

² Spørsmålet snus slik at høy skåre blir høy optimisme

³ Spørsmålet snus slik at høy skåre blir høy optimisme

2.3 *Statistikk*

Det er brukt deskriptiv statistikk. Forskjeller mellom enheter er fremstilt med figurer. På grunn av få respondenter per enhet er det ikke gjort formell statistisk testing av forskjeller mellom grupper. Forskjeller tolkes derfor basert på skjønn med utgangspunkt i de råsкалаene som ble brukt. Mindre enn et halvt poengs forskjell på en 5 punkts ordinal skala kan skjønnsmessig tolkes som en mindre forskjell, og mer enn et halvt poengs forskjell som en moderat forskjell. En forskjell på mer enn ett poeng kan tolkes som en stor og mer enn 1.5 poeng som en svært stor forskjell. Tilsvarende kan 0.75 forskjell på en 7 punkt ordinal skala tolkes som en moderat forskjell og 1.5 punkt som en stor forskjell. Det ble utført en bivariat korrelasjonsanalyse for å se hvor sterk sammenhengen var mellom sykdomsforståelse og en psykososial forståelse, resultat er angitt med korrelasjonskoeffisienten Pearsons r . For å vurdere om kjønn, alder og utdanning kunne forklare spredningen i grunnlagsforståelsene, ble det gjort lineære regresjoner. Resultat er presentert med beta koeffisient og 95 % konfidensintervall (KI). Statistisk signifikans nivå ble satt til <0.05 . Analyser ble utført med IBM SPSS ver. 21.

3. Funn

3.1 Utvalget

Spørreskjemaet ble sendt på mail til alle ansatte i ARA som har 250 faste ansatte i heltid eller deltid. Det var 199 som svarte på undersøkelsen, men 28 hadde bare svart på første side om demografi. Disse ble ekskludert fra analysen. Det ble lavere antall svar jo lenger bak en kom i skjemaet slik at på en av de siste delskalaene var det 141 som hadde svart. Antall som svarte på hver delskala er ført opp i overskriften på hver figur/tabell.

Tabell 1 Oversikt over informanter (N = 171)

Variabel	N (%)
Kjønn (andel kvinner)	135 (79)
Alderskategori	
< 30 år	14 (8)
30 – 40 år	35 (21)
41 – 50 år	46 (27)
51 – 60 år	48 (28)
> 60 år	28 (16)
Utdanning (N=170)	
Grunnskole	2 (1)
Fullført videregående/faglig yrkesutdanning	34 (20)
Fullført 3-årig høgskole	94 (55)
Fullført > 3-årig høgskole/universitet	40 (24)
Hva jobber du som?	
Behandler, miljøpersonell, leder	140 (82)
Merkantil	31 (18)
Enhet	
Avgiftningsenheten – Kristiansand	19 (11)
Avgiftningsenheten – Arendal	15 (9)
Enhet for gruppebehandling – Kristiansand	18 (11)
Enhet for rus- og psykiatri	18 (11)
Poliklinikk – Kristiansand (utenom LAR)	24 (14)
Poliklinikk – Arendal (utenom LAR)	19 (11)
LAR (begge fylker)	16 (9)
Døgnenhet Byglandsfjord	21 (12)
Stab/Enhet for forskning og utvikling/Merkantile	21 (12)

Det er en stor overvekt av kvinner blant de ansatte; andelen av kvinner var 79 %. Det er motsatt av hva man ser hos pasientene, der er det om lag 1/3 kvinner. Majoriteten som svarte var behandlere/miljøpersonell (82 %) i alderen 41 til 60 år som hadde

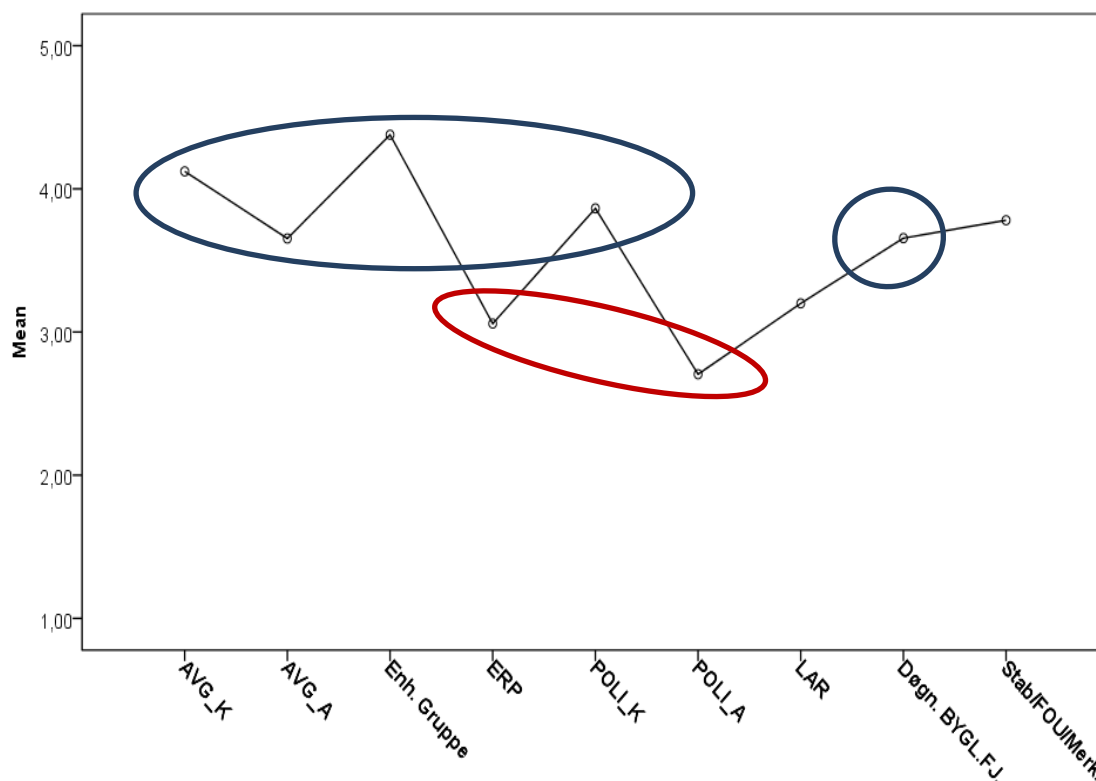
fullført minst 3-årig høgskoleutdanning. Oppslutning om undersøkelsen på de forskjellige enhetene kan tolkes som god; mellom 15 og 24 hadde svart fra hver enhet.

3.2 Grunnlagsforståelser med tilhørende holdning til hva som er viktige tiltak

3.2.1 Sykdomsforståelse

En nærliggende hypotese for «sykdomsforståelse» var at de ansatte på Enhet for gruppebehandling og Avgiftningsenhetene ville skåre høyt. De førstnevnte fordi de har en 12-trinnsbasert behandlingstilnærming og avgiftningsenhetene fordi de ofte ser pasienter som er sterkt preget av sin rusmiddelavhengighet. Enheter med en sterkere psykiatrisk tradisjon og/eller enheter som møter pasienter med større forskjell når det gjelder alvorlighetsgraden av rusmiddelavhengigheten, ble forventet å skåre lavere på «sykdomsforståelse» (ERP, Døgnet Byglandsfjord og Poliklinikkene).

Figur 1 Sykdomsforståelse (skala 1 – 5), N = 163



Hypotesen ble bekreftet til en viss grad; de ansatte på Enhet for gruppebehandling skåret høyest, mer enn 1.5 poeng over laveste gjennomsnittskåre; 4,3 versus 2,7. De ansatte på Avgiftningsenheten i Kristiansand skåret nesten like høyt som på Enhet for gruppebehandling, og det var ikke stor avstand ned til Avgiftningsenheten i Arendal.

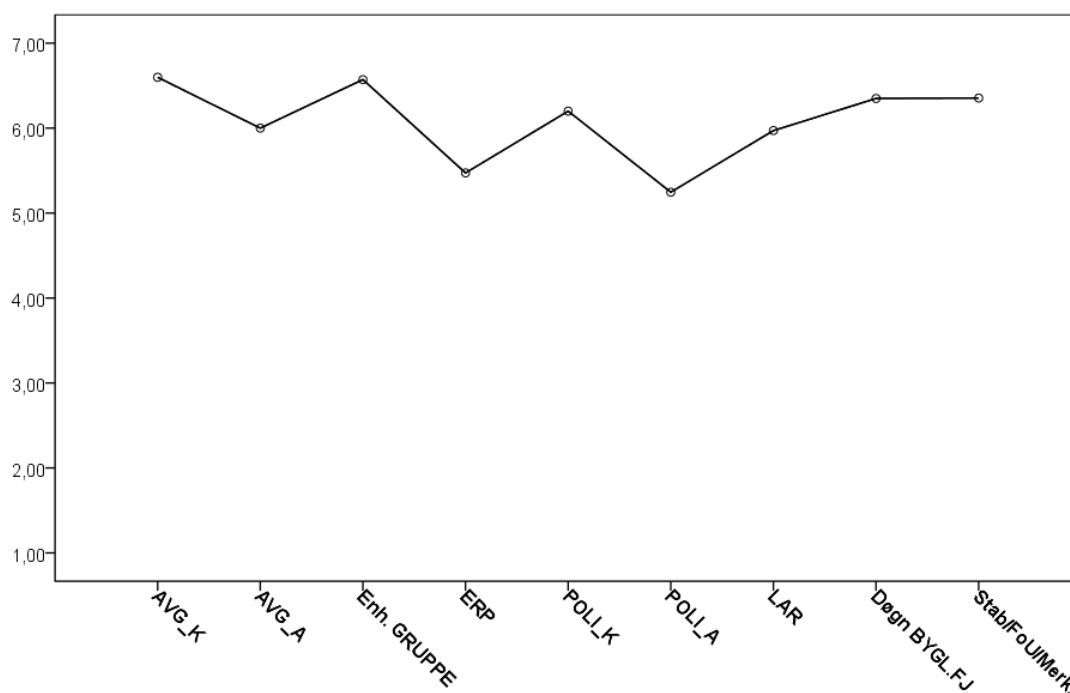
Det var imidlertid stor forskjell mellom poliklinikkene, i Kristiansand var gjennomsnittet i den høyere delen, mens Arendal skåret < 3 på skalaen, på samme nivå som de ansatte på ERP. Til forskjell fra ERP (3.1) lå Døgnerhet Byglandsfjord uventet høyt (3,7).

I en regresjonsanalyse med «sykdomsforståelse» som avhengig variabel, var alder positivt assosiert med sykdomsforståelse (beta = 0.24, 95 % KI = 0.13 / 0.37, $p < 0.001$), det vil si at jo eldre den ansatte var, jo høyere var sykdomsforståelsen. Motsatt var utdanningsnivå negativt assosiert med «sykdomsforståelse» (beta = -0.28, 95 % KI = -0.50 / -0.07, $p = 0.009$), det vil si jo høyere utdanning, jo lavere var «sykdomsforståelsen» (Tabell 2).

Tabell 2 Kan demografiske data og utdanning forklare «sykdomsforståelse»?

Faktorer	Beta (95% KI)^a	P-verdi
Kjønn (kvinne)	-0.17 (-0.51/0.18)	0.342
Alderskategori	0.24 (0.13/0.36)	<0.001
Utdanningsnivå	-0.28 (-0.49/0.07)	0.009

Figur 2 Viktighetene av tiltak basert på en sykdomsforståelse (skala 1 – 7), N = 149

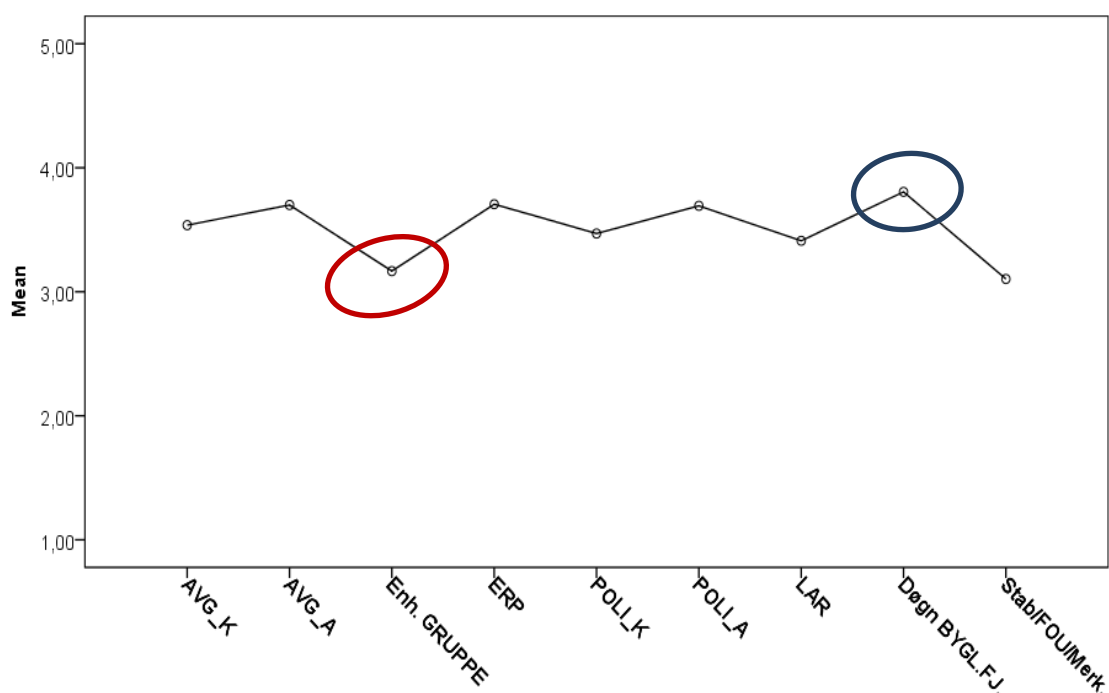


Påstandene om tiltak som er typiske hvis man har en sykdomsforståelse i bunnen fulgte samme mønster som figur 1 og viste bare at det var samsvar mellom grunnlagsforståelsen og holdninger til hvilke tiltak som er viktige i en rusbehandling.

3.2.2 Psykososial forståelse

Siden psykososial forståelse og sykdomsforståelse til en viss grad kan oppfattes som motpoler, var hypotesen motsatt av ovenfor: De ansatte på Enhet for gruppebehandling var forventet å skåre lavt og de ansatte på ERP-enhet, Døgnetenhet Byglandsfjord og poliklinikkene ville skåre høyt.

Figur 3 Psykososial forståelse, N = 163



Som forventet skåret de ansatte på Enhet for gruppebehandling lavere enn ansatte på de enhetene som skåret høyest, men forskjellen var < 0,6 poeng. Skårene lå altså atskillig mer samlet på tvers av enheter når det gjaldt en slik forståelse (mellom 3,2 og 3,8). De ansatte på Døgnetenhet Byglandsfjord skåret høyest.

Tabell 3 Kan demografiske data og utdanning forklare psykososial forståelse?

Faktorer	Beta (95% KI)^a	P-verdi
Kjønn (kvinne)	0.09 (-0.33/0.15)	0.457
Alderskategori	-0.21 (-0.29/-0.13)	<0.001
Utdanningsnivå	0.04 (-0.11/0.18)	0.625

Her var det motsatt av funnen for sykdomsforståelsesskalaen: Høyere alder var negativt assosiert med psykososial forståelse, det vil si at de eldste hadde lavere skåring på psykososiale forståelse.

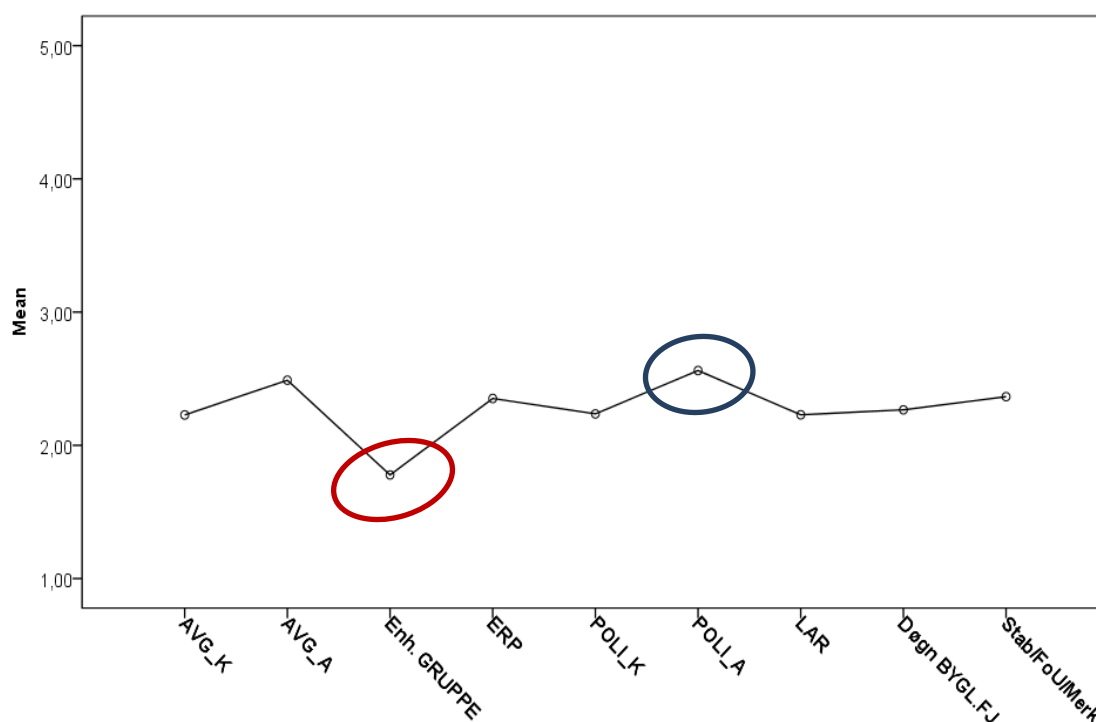
Det var en negativ korrelasjon mellom en psykososial forståelse og en sykdomsforståelse ($r=-0.16$, $p=0.036$) som betyr at en høy skåre på den ene skalaen er

assosiert med noe lavere skåre på den andre skalaen og omvendt. Selv om det var signifikant, klassifiseres en korrelasjon på <0.30 som en svak sammenheng [8].

3.2.3 «Fri vilje» skala - fokus på mestring og egen evne til atferdsendring

Hypotesen her var at ansatte ved poliklinikkene ville skåre høyest siden de i prinsippet skal møte pasienter med forskjellig alvorlighetsgrad av rusmiddelavhengighet, og dermed også har pasienter med potensielt størst evne til endring «på egen hånd». De vil da i teorien kunne appellere i større grad til pasientens egen mestringsevne og troen på å endre atferd ved egen hjelp. De ansatte på Enhet for gruppebehandling derimot, som fokuserer sterkt på at en bør be om hjelp og støtte fra andre for å løse problemet, ville skåre lavt.

Figur 4 «Fri vilje» skala, N = 170



Som forventet skåret de ansatte på Enhet for gruppebehandling noe lavere enn de andre. Det som likevel er mest slående er at alle enheter skåret lavt på denne skalaen. Sagt på en annen måte; det ser ut til at det er lite tro i ARA på at en rusmiddelavhengig ved egen hjelp vil kunne klare å løse på problemet. Det synes og å være lite tro på muligheten for atferdsendring i form av reduksjon, siden en av påstandene handlet om dette. De ansatte på poliklinikkene skilte seg ikke i vesentlig grad ut, men de i Arendal skåret høyest; 0,8 poeng høyere enn ansatte ved Enhet for gruppebehandling.

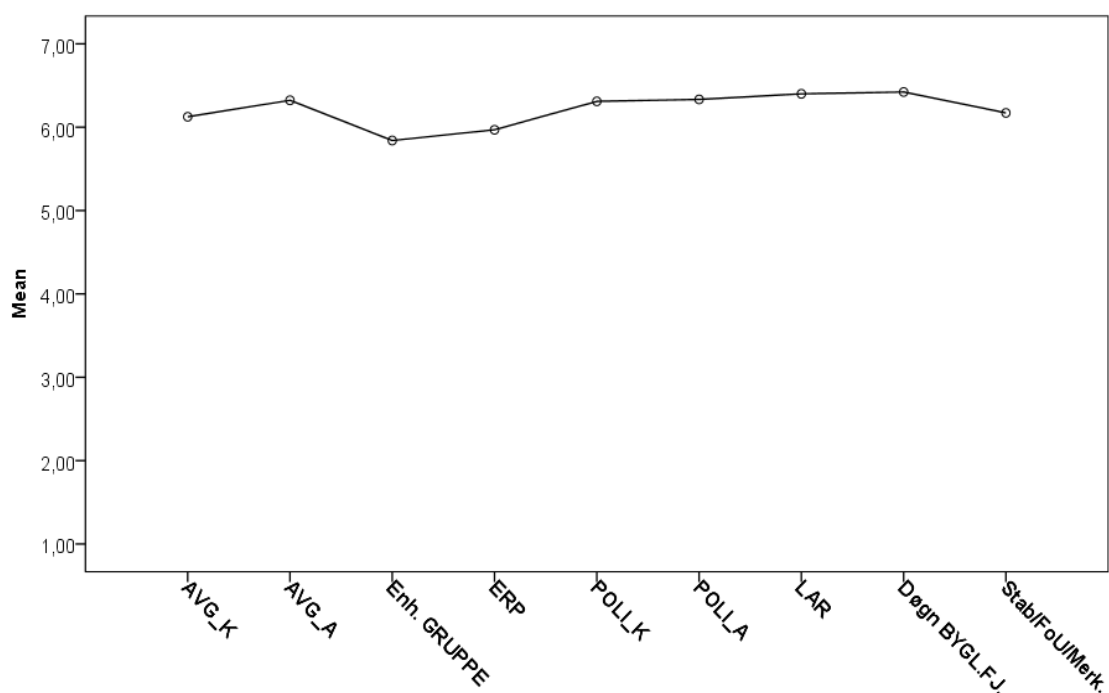
Tabell 4 Kan demografiske data og utdanning forklare en «fri vilje» forståelse?

Faktorer	Beta (95% KI)^a	P-verdi
Kjønn (kvinne)	-0.33 (-0.62/-0.03)	0.029
Alderskategori	-0.12 (-0.22/-0.03)	0.013
Utdanningsnivå	0.06 (-0.12/0.23)	0.504

Å være kvinne og ha lavere alder var negativt assosiert med «fri vilje» skåren.

Det ble videre sett på hvor viktig de ansatte syntes det var med tiltak som går på atferdsendring og har fokus på mestring og tilbakefallsforebygging. Hypotesen var den samme som over om «fri vilje»; de ansatte på poliklinikkene ville skåre høyest og de på Enhet for gruppebehandling ville skåre lavt.

Figur 5 Atferdsendringstiltak med fokus på mestring og tilbakefallsforebygging, N = 149

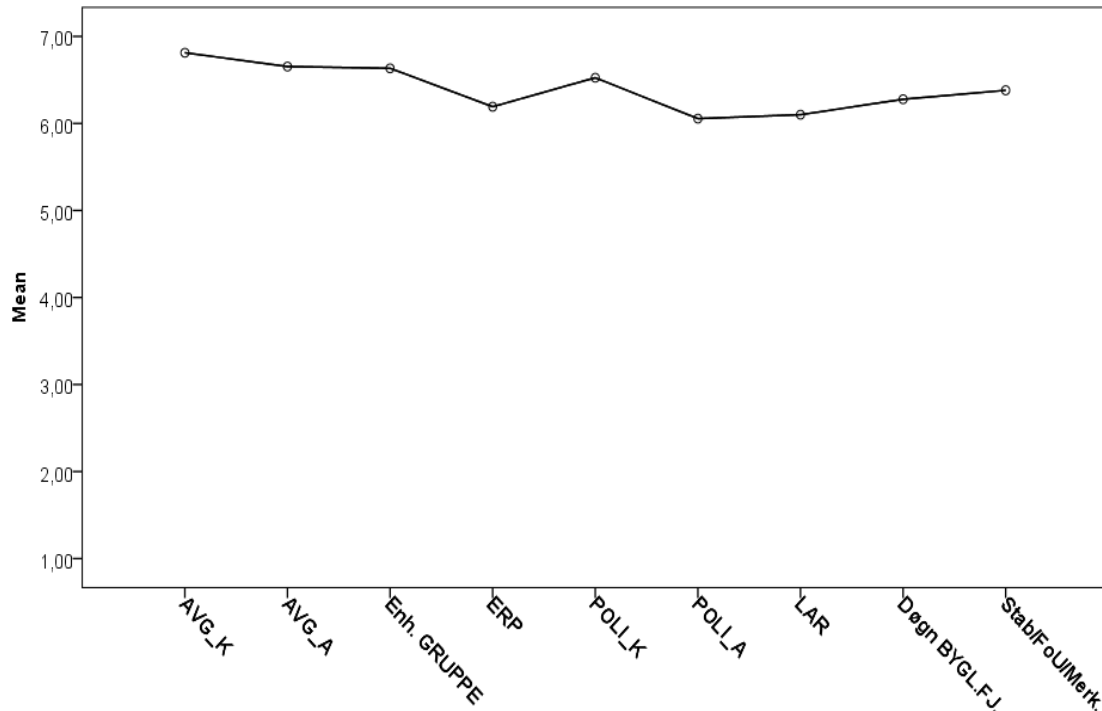


Her var situasjonen annerledes; det ble gjennomgående skåret svært høyt på tvers av alle enheter (+/- 6), med de på Enhet for gruppebehandling noe lavere enn de andre. Her skåret imidlertid også ansatte på ERP-posten på samme nivå. Det var altså en gjengs oppfatning i ARA om at dette var et viktig fokus for dem som kommer i behandling.

3.3 *Holdning til viktigheten av tiltak for familie og pårørende*

Her lanseres det ingen spesiell hypotese, men man ønsket å undersøke de ansattes holdning på tvers av enheter.

Figur 6 Holdning til tiltak med fokus på familie/pårørende, N = 149

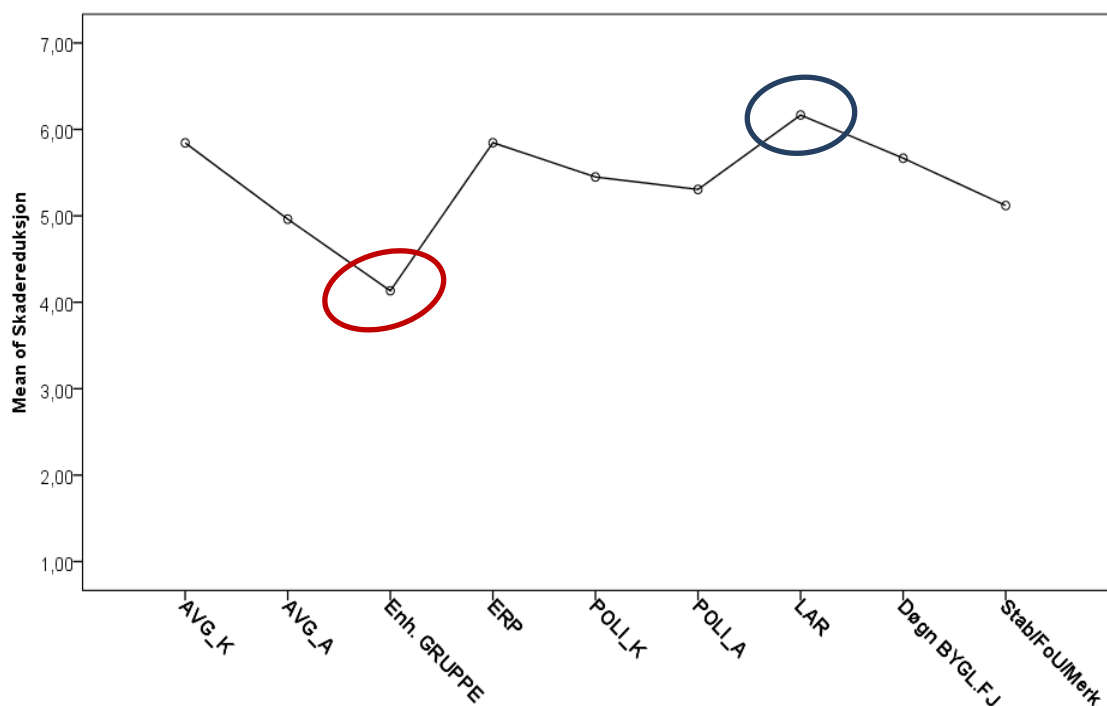


Det å inkludere og ha fokus på familie og pårørende i behandlingen fikk en gjennomgående høy skåring fra 6,1 (ARA Poliklinikk Arendal og LAR) til 6,8 (Avgiftningsenheten Kristiansand).

3.4 *Holdning til skadereduksjon*

Hypotesen her var at de ansatte på Enhet for gruppebehandling ville skåre lavt fordi 12-trinnsbehandling typisk har en «enten – eller» holdning; målsettingen er totalt avhold fra alle rusmidler [9]. På den andre siden var det forventet at ansatte i LAR og avgiftningsenhetene ville skåre høyt.

Figur 7 Holdning til skadereduserende tiltak, N = 149



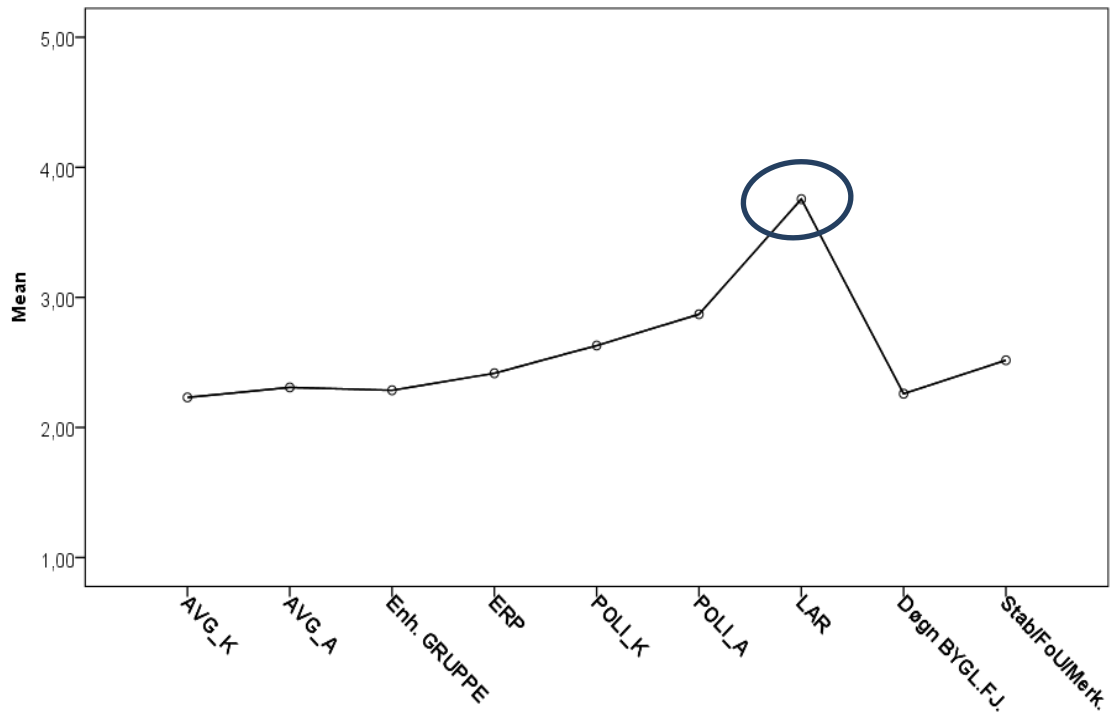
Hypotesene ble støttet i og med at ansatte på Enhet for gruppebehandling skåret svært lavt (4,1) og de i LAR skåret svært høyt (6,2). I tillegg skåret også ansatte på Avgiftningsenheten i Kristiansand og ERP relativt høyt (5,8), i likhet med Døgnet i Byglandsfjord (5,7).

3.5 Holdning til LAR-behandling

3.5.1 Holdning til tilgjengeligheten av LAR-behandling

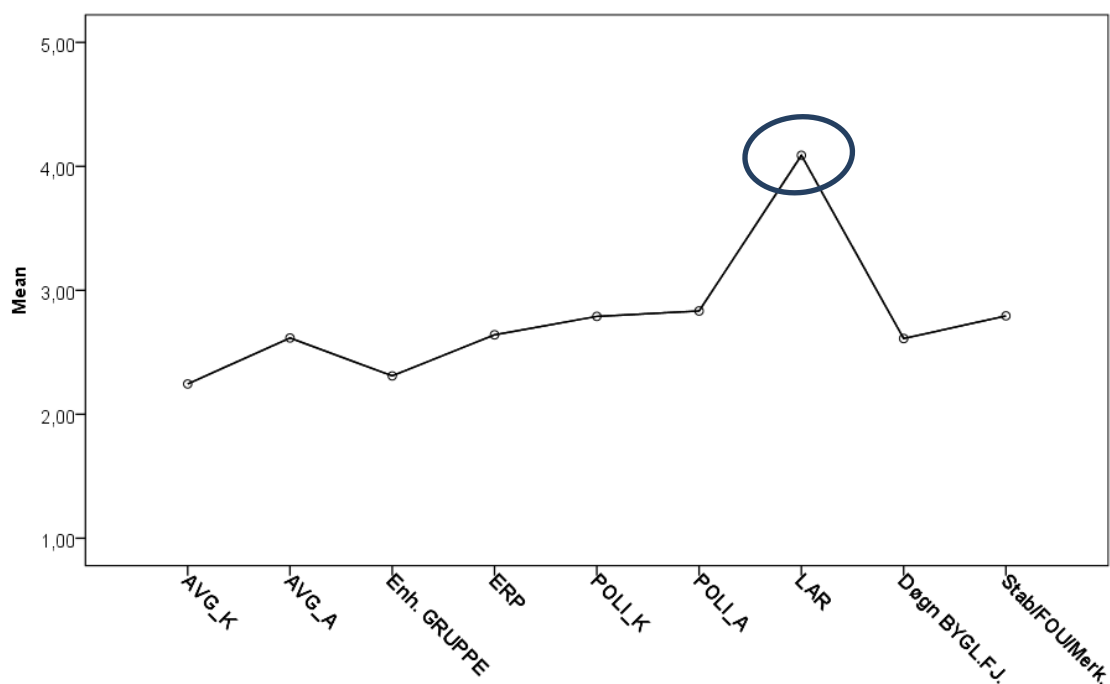
Hypotesen her var at de ansatte i LAR-teamene ville ha en høyere skåre enn andre enheter, det vil si at de ønsket at LAR-behandling skulle ha høy tilgjengelighet (for eksempel at «Alle opiatavhengige som vil, skal få tilbudet») med relativt lite restriksjon på inntak (for eksempel at det ikke bør være restriksjoner på LAR selv om pasienten synes å være dårlig fungerende). Motsatt ville de ansatte på Enhet for gruppebehandling ha en lav skåre på grunn av at det historisk har vært en motsetning mellom 12-trinnsbasert behandling og LAR.

Figur 8 Holdning til tilgjengeligheten av LAR, N = 141



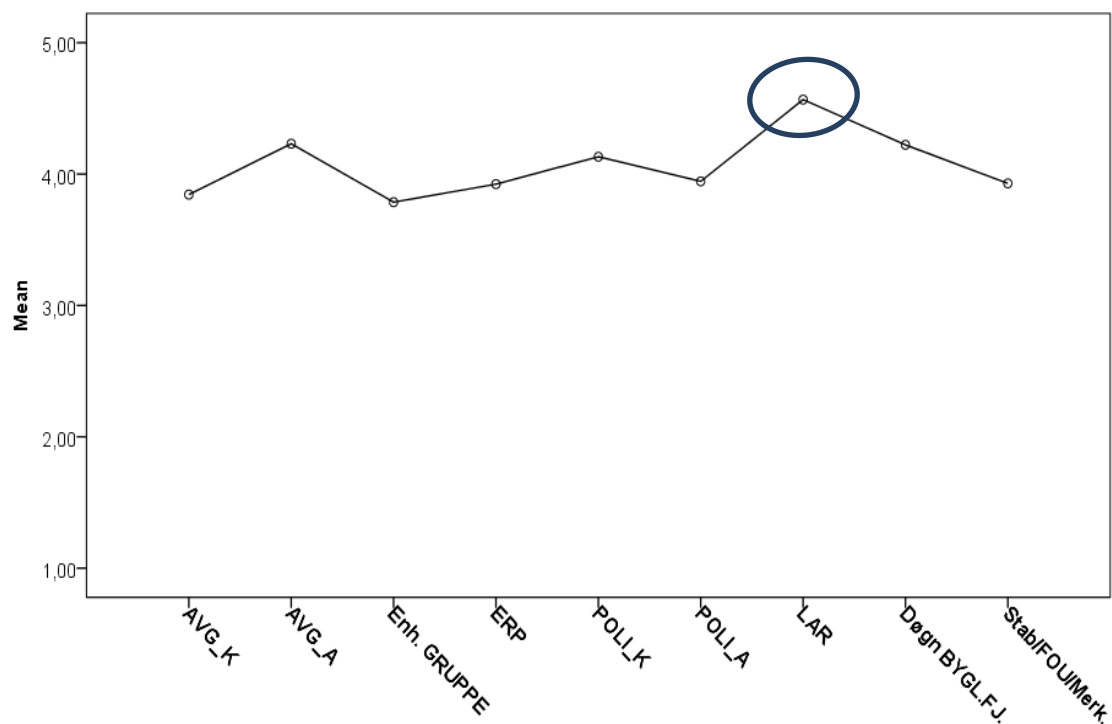
Hypotesen ble delvis støttet, siden ansatte i LAR skåret desidert høyest (3.8) når det gjaldt positiv holdning til LARs tilgjengelighet. Det var uventet stor forskjell på ansatte ved LAR og de andre enhetene. Ansatte ved Enhet for gruppebehandling skåret ikke lavere enn andre når det gjaldt restriktiv holdning til LAR.

Figur 9 Holdning til hvor sterk pasienters tilknytning til LAR bør være, N = 146



Det samme mønsteret kom frem når det gjaldt hvor sterk pasienters tilknytning til LAR burde være. LAR-ansatte var mye mer positive enn alle de andre enhetene til at pasienter bør bli i LAR livet ut og at det var uetisk å skrive pasienter ut av LAR for eksempel på grunn av rusing eller dårlig fungering.

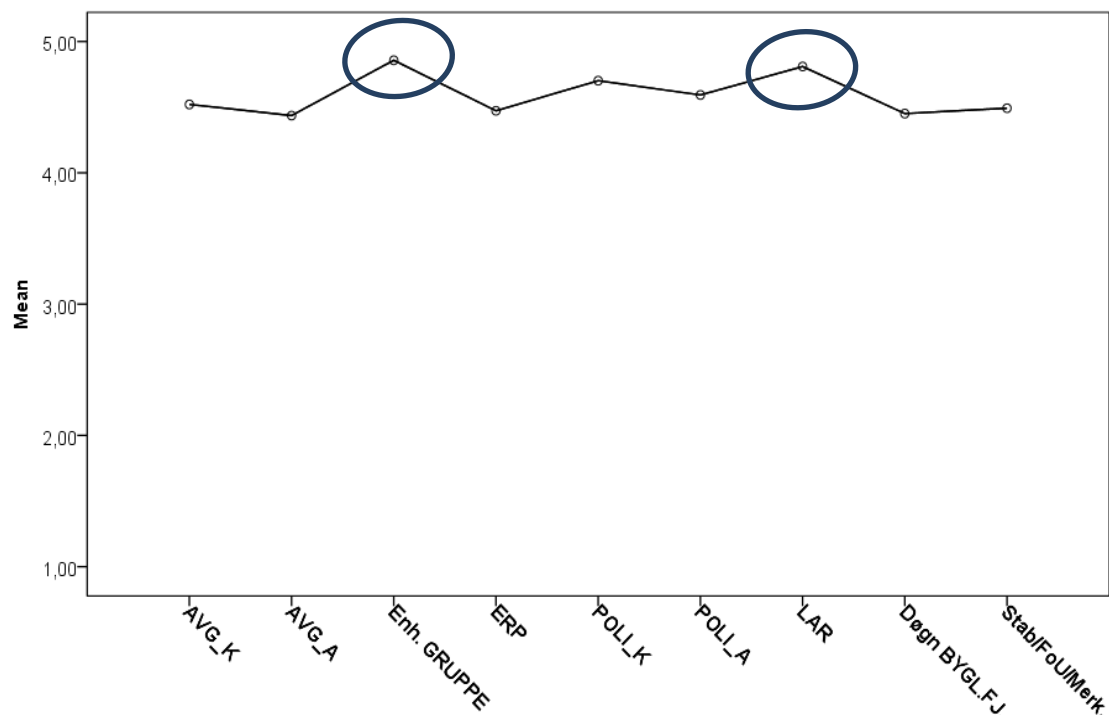
Figur 10 Formålet til LAR er økt livskvalitet og skadereduksjon, N = 147



Det var mer samstemthet blant de ansatte om at formålet med LAR var å øke livskvaliteten og oppnå skadereduksjon; gjennomsnittet for enhetene ligger på +/- 4. Tilslutningen blant de LAR ansatte var fortsatt høyest (4.6) mens de på Enhet for gruppebehandling skåret lavest (3.7).

3.6 Behandlingsoptimisme, stolthet og respekt for andre enheter/tilnærminger

Figur 11 Behandlingsoptimisme, N = 144



Det var en sterk behandlingsoptimisme i personalgruppen uavhengig av enhet, gjennomsnittet ved enhetene lå for alle >4.4 og gjennomsnittet for hele ARA lå på 4.6. De på Enhet for gruppebehandling og LAR skåret høyest på behandlingsoptimisme.

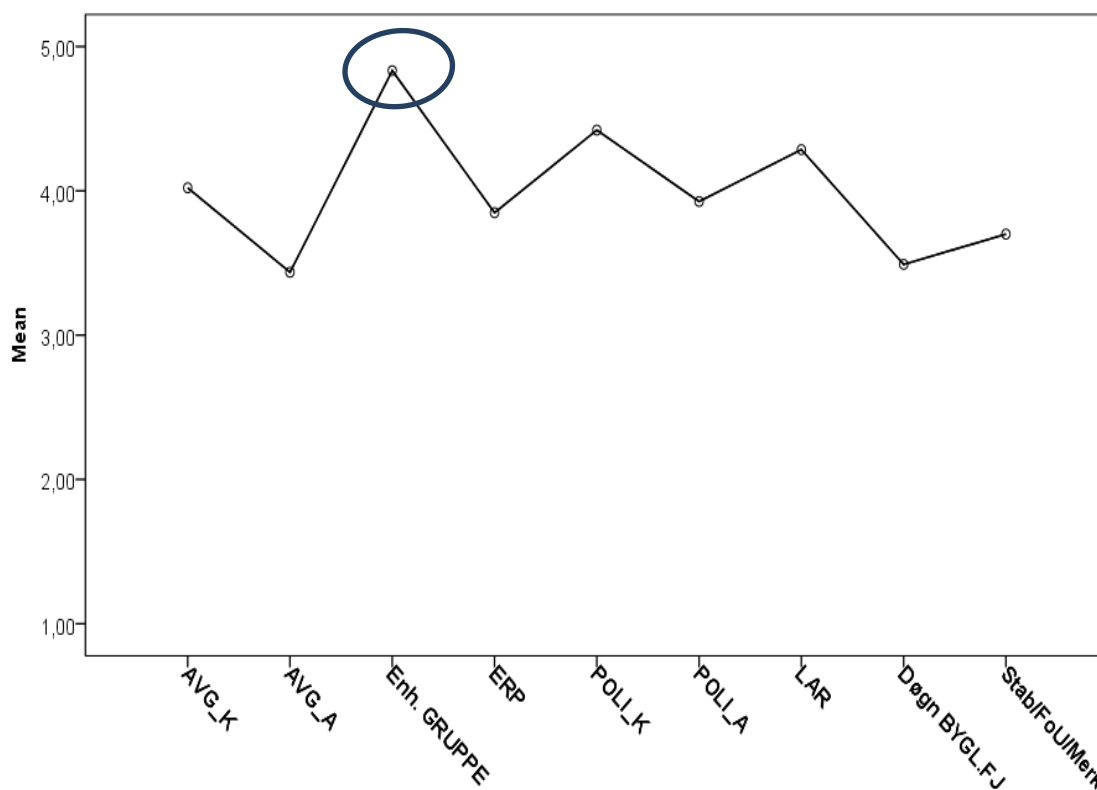
Tabell 5 Kan grunnlagsforståelsen om rusmiddelavhengighet forklare behandlingsoptimisme?

Faktorer	Beta (95% KI)^a	P-verdi
Kjønn (kvinne)	-0.08 (-0.31/0.16)	0.504
Age, years	0.01 (-0.08/0.10)	0.861
Utdanningsnivå	0.05 (-0.10/0.21)	0.491
Enhet	0.01 (-0.04/0.05)	0.804
Sykdomsforståelse	0.01 (-0.12/0.13)	0.900
Psykososial forståelse	0.01 (-0.19/0.17)	0.951
“Fri vilje” og mestring	-0.18 (-0.32/-0.03)	0.018

En regresjonsanalyse undersøkte om det var sammenheng mellom behandlingsoptimisme og grunnlagsforståelsene. Det ble det kontrollert for kjønn, alder, utdanning og enhet. Verken sykdomsforståelse eller psykososialforståelse kunne forklare variasjonene i behandlingsoptimisme (Tabell 5). Derimot var det en negativ samvariasjon mellom troen på «fri vilje» og behandlingsoptimisme (beta = -0.15, 95 %

KI = -0.28/-0.02, p=0.025). Det betyr at jo sterkere troen er på evne til at rusmiddelavhengige kan endre seg på egen hånd, jo lavere er behandlingsoptimismen. Regresjonsmodellen forklarer likevel bare 7 % av variasjonen i behandlingsoptimismen.

Figur 12 Stolthet over egen enhet, N = 142



Når det gjaldt stolthet over egen enhet var det en større spredning; de på Enhet for gruppebehandling skåret desidert høyest med nesten maksimal skåre (4.8), mens ansatte ved Avgiftningsenheten i Arendal (3.4) og Døgnenhet Byglandsfjord skåret lavest (3.5). Gjennomsnittet for ARA samlet var 4.0.

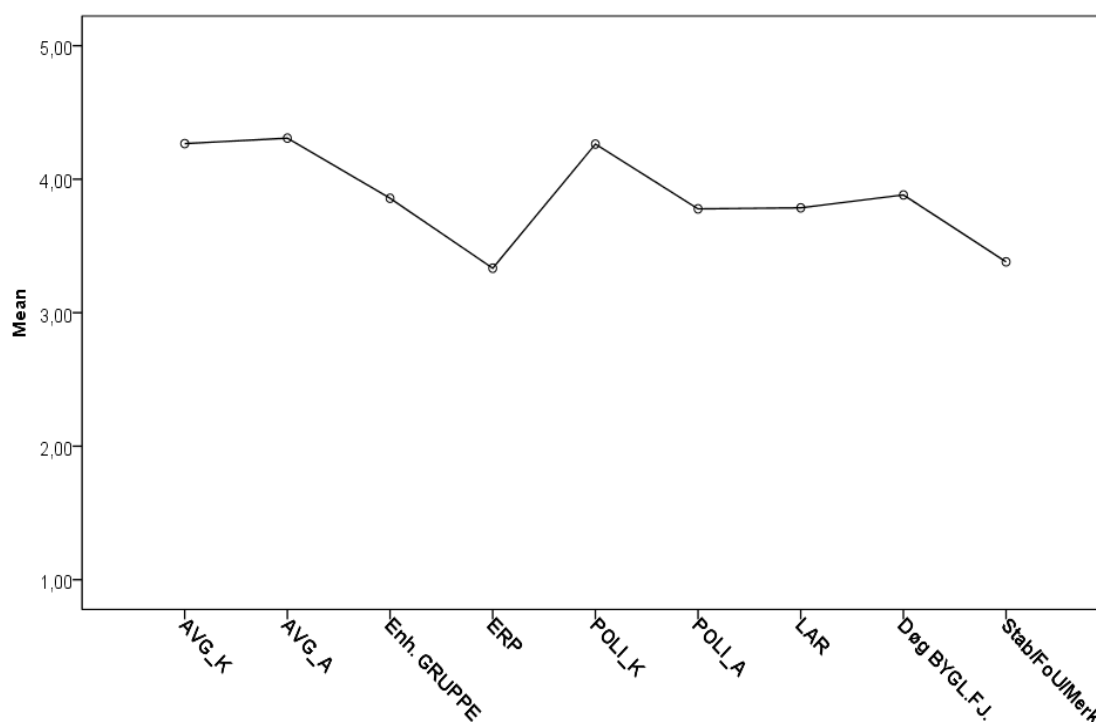
Tabell 6 Kan grunnlagsforståelsen om rusmiddelavhengighet forklare stolthet over egen enhet?

Faktor	Beta (95% KI)^a	P-verdi
<i>Socio-demographic variables</i>		
Gender (female)	-0.10 (-0.45/0.26)	0.595
Age, years	0.03 (-0.11/0.17)	0.695
Utdanningsnivå	0.04 (-0.29/0.29)	0.733
Enhet	-0.02 (-0.08/0.04)	0.566
Sykdomsforståelse	0.07 (-0.12/0.26)	0.462
Psykososial forståelse	-0.30 (-0.58/-0.03)	0.031
“Fri vilje” og mestring	-0.15 (-0.38/0.07)	0.185

En regresjonsanalyse undersøkte om «stolthet» kan forklares ut fra grunnlagsforståelsen. Det ble kontrollert for kjønn, alder, utdanning og enhet.

Sykdomsforståelse eller «fri vilje» kunne ikke forklare variasjonene i stolthet. Derimot var det en negativ samvariasjon mellom psykososial forståelse og stolthet (beta = -0.30, 95 % KI = - 0.28/-0.02, p=0.025). Det betyr at de som har en sterk tilslutning til at rusmiddelavhengighet kommer av underliggende psykologiske problemer har en lavere stolthet for egen enhet. Regresjonsmodellen forklarer 12 % av variasjonen i «stolthet over egen enhet».

Figur 13 Hvordan opplever du at holdningen og respekten til andre enheter i ARA er der du jobber? N = 143



De ansatte skåret på den positive siden av skalaen (>3) på tvers av enheter, det vil si at de i hovedsak ikke oppfatter det som et problem at det er forskjellige behandlingstilnærminger i ARA. De opplever at holdningen til andre enheter i hovedsak er positiv der de jobber. Ansatte på Avgiftningsenhetene og ARA Poliklinikk i Kristiansand, opplevde høyest respekt for andre der de jobber, laveste skåre var det på ERP, selv om denne skåren også var på den positive siden av skalaen.

4. Drøfting

4.1 Oppsummerte hovedfunn

For skalaen om sykdomsforståelse var det store forskjeller innad i ARA når man sammenlignet ansatte på tvers av enheter. Med unntak av ERP skåret ansatte på enhetene i Kristiansand (Enhet for gruppebehandling, Avgiftningsenheten og Poliklinikken) relativ høyt på skalaen om sykdomsforståelse, mens ansatte på Poliklinikken i Arendal og ERP skåret vesentlig lavere. Når det gjaldt psykososial forståelse var de ansatte mer samlet uavhengig av enhet, med bare 0.6 poengs forskjell i gjennomsnittlig skåre.

«Fri vilje» skalaen viste at det var en lav tro i ARA på at personer med rusmiddelavhengighet er i stand til å endre seg på egen hånd. Ansatte ved alle enheter skåret imidlertid høyt på at det var viktig å fokusere på mestring og tilbakefallsforebyggende tiltak som en del av behandlingen.

Når det gjaldt øvrige behandlingstiltak ble det å inkludere de pårørende oppfattet som svært viktig av ansatte på samtlige enheter. For holdning til skadereduserende tiltak var situasjonen annerledes, spesielt ansatte på Enhet for gruppebehandling skåret lavt, mens ansatte ved Avgiftningsenheten i Kristiansand, ERP og LAR-teamene skåret høyt.

For holdninger om LARs tilgjengelighet og om hvor sterk pasienters tilknytning til LAR-behandling burde være var det uventet store forskjeller og polariserte oppfatninger; ansatte i LAR-teamene ønsket en høy tilgjengelighet og at pasienter var sterkt knyttet til LAR, mens ansatte på de andre enhetene var vesentlig mer skeptiske og restriktive. Når det gjaldt formålet med LAR var det større samstemthet i ARA om at det var å gi økt livskvalitet og redusere skade; gjennomsnittet for de ansatte på tvers av enheter lå på enisiden av skalaen, rundt 4.

Behandlingsoptimismen var svært høy blant de ansatte i ARA på tvers av enheter. Når det gjaldt stoltheten over sin egen enhet sitt bidrag i behandling av rusmiddelavhengige var det større spredning med nesten 1.5 forskjell i skåre. Ansatte på Enhet for gruppebehandling hadde nesten maksimal skåre (4.8) mens ansatte på Avgiftningsenheten Arendal og Døgnpost Byglandsfjord lå lavest.

4.2 Drøfting av funn

4.2.1 Sykdomsforståelse og psykososial forståelse

Ikke uventet var det tydelige forskjeller mellom enheter når det gjaldt en av grunnlagsforståelsene; «sykdomsforståelse». Ansatte på ERP og poliklinikken i Arendal skåret svært lavt på denne skalaen sammenlignet med de på Enhet for gruppebehandling. Forklaring på den lave skåren på noen enheter kan være en sterkere sosial-psykiatrisk tradisjon og høyere psykososial forståelse i disse enhetene, noe som kan stå i kontrast til en mer biologisk fundert sykdomsforståelse. Ansatte ved avgiftningsenhetene, spesielt i Kristiansand, og poliklinikken i Kristiansand, var nærmere gjennomsnittet på Enhet for gruppebehandling og støttet en slik grunnlagsforståelse. Dette har nok sammenheng med samarbeidet som historisk har vært mellom noen enheter i Kristiansand. Uventet var det at ansatte på Døgnet Byglandsfjord lå vesentlig høyere enn den laveste skåren, til tross for at Døgnet Byglandsfjord tidligere var en psykiatrisk institusjon.

Når man ser den uttalte forskjellen mellom ansatte på forskjellige enheter, kan man tro at det finnes «steile fronter» mellom de som er tilhenger av en mer psykososial forståelse og de som støtter en sterkere sykdomsforståelse. Skåringen på den psykososiale forståelsesskalaen var imidlertid mer samlet uavhengig av enhet; det var 0.6 poeng mellom høyeste og laveste skåre og forskjellen kan klassifiseres som en moderat. Korrelasjonen mellom de to skalaene var og svak, noe som indikerer at det ikke var en sterk polarisering mellom dem blant de ansatte. En av årsakene kan være at de som har en høyere sykdomsforståelse ikke har en vesentlig lavere psykososial forståelse enn andre. Forklaringen antydes i en nylig publisert artikkel [4]. Når de to skalaene er svakt korrelerte eller ikke korrelerte, kan det bety at man, selv om man skårer høyt på sykdomsforståelse, likevel ser at det finnes psykososiale faktorer som har bidratt til utviklingen av rusmiddelavhengighet. Og motsatt; selv med en høy skåring på psykososial forståelse, kan man likevel se at det i mange tilfelle er behov for totalt avhold fra rusmidler for å få en god løsning av problemet. De to måtene å forstå rusmiddelavhengighet på er altså ikke gjensidig ekskluderende.

4.2.2 Den frie viljen og fokus på mestring og egen evne til atferdsendring

Det var en lav skåring på denne skalaen på tvers av alle enheter. På den ene siden er dette uventet, all den tid den epidemiologiske litteraturen og «self-change» begrepet har

fått fokus i forskningen de senere årene. Det går klart frem av slik litteratur at remisjon av symptomer forekommer blant rusmiddelavhengige som ikke søker behandling. Slik remisjon er mye vanligere enn en tradisjonelt har trodd [10]. Studiene blir brukt som argumentasjon for at vi må få økt tro på at kortvarige intervensjoner og enkle tiltak kan ha betydelige effekter. Det understrekes at kun en liten andel av de som har rusmiddelavhengighet (~25 %) oppsøker behandling, og man blir anbefalt å forsøke å nå ut med nye metoder, for eksempel online behandlingstiltak til dem man ikke når per i dag [11, 12]. På bakgrunn av funnene kan man spørre om troen på den frie viljen og muligheten for å endre på egen hånd er *for lav* blant behandlere i ARA? På den andre siden kan de ansatte unnskyldes med at de som endrer seg uten hjelp er en populasjon de ikke ser. Oppfatningen blir preget av de erfaringene de ansatte gjør seg med pasienter som faktisk oppsøker hjelp.

Når det gjaldt viktigheten av behandlingstiltak som fokuserer på mestring og atferdsendring viste funnene et mer nyansert bilde som drar i motsatt retning. Her skåret ansatte jevnt over svært høyt på tvers av enheter og viser tro på at for pasienter som kommer til behandling, er fokus på mestring og atferdstiltak viktige. Enheter som hadde en typisk sykdomsforståelse skåret ikke vesentlig lavere enn andre. Det kan skyldes at tradisjonell tilbakefallsforebyggende tenkning, som har opprinnelse i kognitiv atferdsterapi, også er integrert i en 12-trinnsbasert behandlingsmodell.

4.2.3 Holdning til tiltak for familie og skadereduserende tiltak

De ansatte skåret høyt når det gjaldt å inkludere familie og pårørende i behandling av rusmiddelavhengighet. Det ble ikke spurt om de ansatte faktisk involverte familien i behandlingen; vi vet at noen enheter har et større fokus på dette enn andre. Man må likevel kunne si at den høye skåringen er oppmuntrende.

Tradisjonelt har 12-trinnsbasert behandling typisk hatt en «enten – eller» holdning, det er totalt avhold fra alle rusmidler som er i fokus [9]. Skadereduserende tiltak vil derfor bli oppfattet som mindre viktige og/eller oppfattes som potensielt skadelige ettersom de indirekte «aksepterer» fortsatt forbruk av rusmidler. Resultatene viste at dette stemte for ARA; ansatte ved Enhet for gruppebehandling skåret vesentlig lavere enn andre når det gjaldt viktighetene av skadereduserende tiltak. LAR- teamene skåret høyest, noe som vel er naturlig i og med at skadereduksjon er en del av målsetningen med LAR-behandling. Det var forskjell mellom avgiftningsenhetene,

ansatte i Kristiansand skåret vesentlig høyere enn i Arendal, noe som kan ha sammenheng med at de i Kristiansand har hatt fokus på dette nylig fordi de var med i et nasjonalt overdoseprosjekt.

4.2.4 Holdning til LAR-behandling

Det var uventet store forskjeller på holdninger til tilgjengeligheten av LAR og om tilknytningen pasienter skal ha til LAR. Holdningene var til dels polariserte i og med at ansatte i LAR-teamene ønsket høy tilgjengelighet og sterk tilknytning til LAR), mens ansatte ved øvrige enheter lå på den motsatte side av skalaen (uenig siden). Selv om LAR-behandling organisatorisk er integrert i ARA kan man på bakgrunn av slike funn spørre seg om de andre ansatte har tatt innover seg at ARA driver med LAR-behandling. På den andre siden kan man snu det positivt og si at man har fått de beste personene til å jobbe i LAR; de som er mest positive til denne typen behandlingstiltak. Holdningen til de ansatte i LAR-teamene er nok også i større grad preget av at de kjenner til og bruker LAR-retningslinjene daglig, mens ansatte i andre enheter har et fjernere forhold til disse retningslinjene. Derved oppstår mulighet for forskjellige holdninger og muligheter for konflikter. Eksempelvis definerer retningslinjene utskrivningskriterier, og det skal mye til for å skrive noen ut av LAR. Retningslinjene angir også at de som ønsker å gå ut av LAR frivillig, skal frarådes dette dersom det ikke er god grunn til å tro at vedkommende vil klare seg uten opioider [13]. Det var en gjengs oppfatning blant ansatte at det ikke var noe problem å ha forskjellige behandlingstilnærminger i ARA. Om de LAR-ansatte opplevde problemer/konflikter i møte med andre enheter for sin behandlingstilnærming ble ikke direkte spurt om. Det kunne vært interessant å undersøke dette nærmere med en kvalitativ tilnærming. Tilbakemeldinger som forfatteren fikk når han presenterte funnene for de ansatte var at de største problemene med manglende forståelse for LAR-retningslinjene oppleves i møte med kommunalt ansatte i ansvarsgrupper og ikke først og fremst med ansatte innad i ARA.

Når det gjaldt holdningene til formålene med LAR, at det dreier seg om å øke livskvaliteten og redusere skade, var det en større samstemmighet blant de ansatte; gjennomsnittet lå på “enig” siden (+/- 4 for alle enhetene). Det kan tyde på at tross alt er dette en behandling de øvrige ansatte stiller seg bak.

4.2.5 Behandlingsoptimisme og stolthet

De ansatte på ARA som helhet synes å ha stor tro på at behandling «nytter», gjennomsnittet ved enhetene lå for alle over 4.4 på en skala til 5. Forskjeller i grunnlagsforståelse kunne i liten grad forklare forskjeller i optimisme. Sånn sett kan man si at uavhengig av hvilken grunnlagsforståelse man har i bunn, er de ansatte i ARA svært behandlingsoptimistiske.

Når det gjaldt stolthet over hva egen behandlingsenhet bidrar med i behandlingen av rusmiddelavhengige var det større spredning. De ansatte på Enhet for gruppebehandling hadde den høyeste skåren og de ansatte på Avgiftningsenhet Arendal og Døgnpost Byglandsfjord hadde den laveste. Forskjellen var ~1.5 og må klassifiseres som en stor forskjell. Et tiltak som kan øke stoltheten hos de ansatte er å få positive tilbakemeldinger på eget behandlingsopplegg gjennom for eksempel etterundersøkelser. Waal fremhever at evaluering er nødvendig og viktig for å motvirke utbrenthet blant de ansatte i helsevesenet [14]. Med andre ord; det hjelper for de ansatte å se at de har bidratt til en positiv endring hos pasientene. Historisk er det Enhet for gruppebehandling i ARA som har gjort dette mest systematisk. Den enheten har også et tilbud til tidligere pasienter om å komme til en samling hver fredag, noe som gjør at de ofte ser dem det lykkes for å bli rusfri. Slike positive tilbakemeldinger kan forklare deres høye skåre.

4.3 Metodiske vurderinger

Noen av skalaene som ble brukt ble bare validert med «face validity», det vil si at fagpersoner og forskere gikk god for at de var riktige og relevante for det begrepet de var ment å måle. Skalaene er lagt ved for leserens egen vurdering. Det var relativt få personer for hver enhet som svarte på spørreskjemaene. Likevel var det store utslag for noen skalaer, noe som indikerer at det finnes reelle forskjeller mellom de ansatte på tvers av enheter. Styrken i materialet er at det er et ferskt her og nå uttrykk for oppfatninger blant de ansatte som kan anvendes til en intern drøfting og utvikling.

4.4 Mulige implikasjoner

Anvendelsen av resultatene kan være at ledergruppen i ARA bruker funnene i en intern drøfting av behandlingsfilosofi og målsetning. Praktiske hospiterings- og rotasjonsordninger kan etableres mellom enheter for å øke forståelsen for andres behandlingstilnærming, noe som kan virke samlende. Den enkelte enhet kan se hvordan

de ansatte ved sin enhet skårer sammenlignet med andre og kan selv se om de ønsker å «strekke seg» i en retning. Resultatene kan altså brukes i en fagutviklingssammenheng. Uavhengig av grunnlagsforståelse er det kjent at behandlingsoptimisme og stolthet over hva egen enhet kan bidra med er viktige positive elementer i relasjonen til pasienten. Det vil si at behandlerens stolthet og optimisme kan «smitte» over på pasienten [7]. Egne skåringer kan derfor brukes som et drøftingsgrunnlag for hva en kan gjøre for å øke stoltheten hos egne behandlere og miljøpersonell. Et nærliggende tiltak er å legge til rette for evalueringer og kvalitetsundersøkelser av egen behandling som kan bidra til å gi de ansatte tilbakemelding på arbeidet de gjør.

5. Oppsummering

Funnene viser at det er til dels store forskjeller innad i ARA når det gjelder forståelsen av rusmiddelavhengighet som en «sykdom», og når det gjelder holdninger til skadereduksjonstiltak. Det finnes noen forklaringer på slike forskjeller, blant annet at enheter har forskjellige historiske tradisjoner og behandlingssideologi og til dels har forskjellige populasjoner som målgruppe. Medarbeidere som rekrutteres fra psykisk helsevern kan dra med seg sine oppfatninger og holdninger derfra. Selv om dette er positivt og er nyttig å ha med seg når komorbiditet foreligger, kan det ta tid å forstå og sette seg inn i det faglige fundamentet for rusfeltet som et eget fagfelt. En ansatt vil etter hvert naturlig bli påvirket av behandlingstilnærmingen på den enheten de jobber og dermed den «rådende» forståelsen og tilnærmingen på sin enhet. Man kan anta at ansatte på enheter som er mer spesifikke i sin behandlingstilnærming, eksempelvis 12-trinnsbasert behandling eller LAR-behandling, i større grad blir samstemt i sin måte å oppfatte verden på enn enheter som bruker mange forskjellige tilnæringsmåter. Det kan også gjelde om man arbeider på en døgnenhet kontra en poliklinikk. På sistnevnte arbeidssted vil man i større grad ha ansvar på behandlingsforløpet for den enkelte pasient på egen hånd og vil kunne bli mindre påvirket av andres holdninger enn på en døgnenhet eller i en gruppebehandling.

Overordnet må man si at det ikke nødvendigvis finnes noen «riktige» eller «gale» oppfatninger når det gjelder grunnlagsforståelse, for eksempel har både en sykdoms- og psykososial forståelse støtte i evidensbasert forskning, i og med at behandlingsmodeller som bygger på slike underliggende forståelser kan sies å ha tilsvarende god behandlingseffekt. Det gjelder for eksempel kognitiv atferdsterapi og 12-trinnsbaserte tilnæringer [4, 15, 16].

De mest positive funnene kan sies å være at de ansatte hadde høy behandlingsoptimisme, mente at det å dra inn familien i behandlingen var viktig, synes det var viktig å støtte opp om mestring og ha fokus på tilbakefallsforebygging i behandlingen og støttet opp om formålet med LAR-behandling. Likevel finnes det utfordringer. De ansattes holdning til LAR-behandling spriker vesentlig. Et tiltak kan være at de som ikke arbeider i LAR får mer undervisning om LAR-retningslinjer og mer informasjon om praktiske utfordringer med LAR-behandling. Dette bør de LAR-ansatte fortelle og undervise om internt. Praktiske hospiterings- og rotasjonsordninger bør

etableres mellom enheter for å øke forståelsen for andres behandlingstilnærming, noe som kan virke samlende.

For øvrig oppleves det viktig å høyne stoltheten over eget behandlingsopplegg for enheter som skårer lavt. Det kan gjøres ved å tenke gjennom den behandlingsstrategien man har, om det er noe man kan gjøre eller fokusere på, for eksempel et utviklingsprosjekt som kan gi de ansatte en opplevelse av at de utvikler seg faglig. Enheter bør også legge til rette for evalueringer og kvalitetsundersøkelser av egen behandling, i den grad det er mulig. Slike evalueringer vil kunne bidra til å gi de ansatte tilbakemelding på arbeidet de gjør.

6. Referanser

1. West R, Hardy A: **Theory of addiction**. Oxford Malden, MA: Blackwell Pub./Addiction Press; 2006.
2. Schaler JA: **The Addiction Belief Scale**. *Int J Addict* 1995, **30**(2):117-134.
3. Humphreys K, Greenbaum MA, Noke JM, Finney JW: **Reliability, validity, and normative data for a short version of the Understanding of Alcoholism Scale**. *Psychol Addict Behav* 1996, **10**(1):38-44.
4. Vederhus JK, Clausen T, Humphreys K: **Assessing understandings of substance use disorders among Norwegian treatment professionals, patients and the general public**. *BMC Health Serv Res* 2016, **16**(1):52.
5. Morgenstern J, McCrady BS: **Curative factors in alcohol and drug treatment: behavioral and disease model perspectives**. *Br J Addict* 1992, **87**(6):901-912.
6. Gjersing L, Caplehorn JR, Clausen T: **Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations**. *BMC Medical Research Methodology* 2010, **10**(1):1-10.
7. Byrne MK, Sullivan NL, Elsom SJ: **Clinician Optimism: Development and Psychometric Analysis of a Scale for Mental Health Clinicians**. *Australian Journal of Rehabilitation Counselling* 2006, **12**(1):11-20.
8. Cohen J: **Statistical power analysis for the behavioral sciences**, 2nd ed edn. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates; 1988.
9. Owen P, Marlatt GA: **Should abstinence be the goal for alcohol treatment? Affirmative viewpoint**. *Am J Addict* 2001, **10**(4):289-295.
10. Klingemann H, Sobell MB, Sobell LC: **Continuities and changes in self-change research**. *Addiction* 2010, **105**(9):1510-1518.
11. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ: **Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002**. *Addiction* 2005, **100**(3):281-292.
12. Tucker JA, Simpson CA: **The recovery spectrum: from self-change to seeking treatment**. *Alcohol Res Health* 2011, **33**(4):371-379.
13. Helsedirektoratet: **NASJONAL RETNINGSLINJE FOR LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING VED OPIOIDAVHENGIGHET**. In. Edited by Larsen B-I, vol. IS-1701. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
14. Waal H: **Evaluering som bevisstgjøringsmetode**. In: *Norsk Behandlingsforskning*. edn. Edited by Halhjem OA. Oslo: Sentralrådet for narkotikaproblemer.; 1986: 105-120.
15. Project MATCH Research Group: **Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes**. *Alcohol Clin Exp Res* 1998, **22**(6):1300-1311.
16. Brown TG, Seraganian P, Tremblay J, Annis H: **Process and outcome changes with relapse prevention versus 12-Step aftercare programs for substance abusers**. *Addiction* 2002, **97**(6):677-689.

7. Vedlegg - spørreskjema

Følgende skalaer hadde påstander med en 5-punkts måleskala hvor høyeste skåre var mest enig med påstandene.

Sykdomsforståelse

1. Enhver som er alkohol- eller rusmiddelavhengig må akseptere at han eller hun er maktesløs overfor alkohol og narkotika, og kan aldri drikke alkohol eller bruke narkotika igjen
2. Når en person først har blitt alkohol- eller rusmiddelavhengig, vil han eller hun alltid være alkohol- eller rusmiddelavhengig
3. Hvis en med alkohol- eller rusmiddelavhengighet er edru eller rusfri i fem år, og begynner å drikke eller bruke narkotika igjen, så vil han/hun være rett tilbake til der han/hun var i avhengighetsutvikling før den edrue/nøkterne perioden
4. Det er bare to muligheter for en som er alkohol- eller rusmiddelavhengig – varig avholdenhet eller for tidlig død
5. Hvis en som er alkoholavhengig tar en drink, eller en rusmiddelavhengig tar en dose, mister de kontrollen og er ute av stand til å stanse rusingen

Psykososial forståelse

1. Det samfunn eller den kultur man vokser opp i har stor innflytelse på hvorvidt man blir alkohol- eller rusmiddelavhengig
2. En persons miljø spiller en viktig rolle i å bestemme om han/hun utvikler alkohol- eller rusmiddelavhengighet
3. Alkohol- og rusmiddelavhengighet skyldes delvis hva man lærer om alkohol og rusmidler og drikke-/rusmønstre av ens familie og venner
4. En person kan utvikle alkohol- og/eller rusmiddelavhengighet på grunn av underliggende psykologiske problemer
5. Ved rusmiddelavhengighet vil rusmiddelbruken avta hvis en behandler de underliggende psykiske plagene og/eller bearbeider tidligere traumer
6. Dersom man lykkes med å øke pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring, vil behovet for rusmidler forsvinne

Fri vilje

1. Rusmiddelavhengighet er en tillært atferd/uvane som en kan lære seg av med
2. Det er fullt mulig for en med rusmiddelavhengighet å redusere rusmiddelbruken og holde kontroll på forbruket. Det er derfor unødvendig å fokusere så mye på behovet for totalt avhold fra alle rusmidler

3. Når de først innser at rusmiddelbruken har blitt et problem, kan personer med rusmiddelavhengighet finne sin egen vei ut av problemene, uten hjelp fra andre

Følgende skalaer hadde påstander om behandlingstiltak med en 7-punkts måleskala hvor høyeste skåren var at man synes det var et svært viktig tiltak og at den laveste skåren var at man synes det var et ikke viktig eller endog nedbrytende tiltak.

Tiltak som brukes i en typisk sykdomsmodelltilnærming

1. Redusere pasientens benektelse av sitt rusmiddelproblem
2. Hjelp pasienten til å forstå at rusmiddelavhengighet er en sykdom
3. En pasient med rusmiddelavhengighet må hjelpes til å forstå at han/hun er maktesløs og ikke har kontroll over bruken av rusmidler
4. Understreke hvor viktig det er å delta i støttende fellesskap (som f.eks. AA, NA, A-larm og andre brukerorganisasjoner)
5. Hjelp pasienten å forstå hvor viktig det er med totalt avhold fra alle rusmidler
6. Hjelp pasienten til å forstå at rehabilitering er en livslang prosess der det er viktig å be om hjelp fra andre
7. Undervise partner/pårørende om "medavhengighet"; at man ikke må glemme seg selv og sine egne behov i forsøket på å hjelpe eller tilpasse seg den rusmiddelavhengiges behov

Tiltak for familie og pårørende

1. Undervise pasientens partner/familie om hvordan de skal håndtere sin livssituasjon
2. Hjelp pasienten og familien til å forbedre kommunikasjonen seg i mellom

Skadereducerende tiltak

1. Fokus på skadereduksjon er svært viktig i all rusbehandling (eks. opplæring i å unngå overdoser, opplæring om å ikke dele sprøyter, opplæring om Hepatitt/HIV, fokus på å forbedre helsetilstand m.v.)
2. Skadereduksjon er en fullverdig målsetning for rusbehandling.

Atferdstiltak med fokus på mestring og tilbakefallsforebygging

1. Øke pasientens tiltro til at han/hun er i stand til å redusere/slutte med rusmiddelbruk ved egen hjelp
2. Hjelp pasienten til å forstå at rusmiddelbruk kan "trigges" av høyrisiko situasjoner
3. Undervise om og hjelpe pasienten til å forstå hvordan han/hun kan forebygge tilbakefall

4. Hjelp pasienten å identifisere og unngå situasjoner som kan forsterke trangen til å bruke rusmidler
5. Understreke at når det gjelder å komme seg ut av rusmiddelavhengighet, må man først og fremst stole på seg selv og sine egne ressurser

Skalaene om LAR-behandling hadde påstander med en 5-punkts måleskala hvor høyeste skåre betydde at den ansatte økte høy tilgjengelighet og lite restriksjoner og at pasienter hadde en sterk tilknytning til LAR (eksempelvis at pasienten blir i LAR livet ut). Noen av påstandene under måtte derfor «snus» for å få samme retning som de øvrige. Disse er merket med en stjerne.

Tilgjengelighet av LAR-behandling

1. * Noen LAR-pasienter burde aldri ha fått tilbud om LAR fordi de er for dårlig fungerende
2. LAR bør utvides slik at alle opiatavhengige som vil, kan få tilbudet
3. * Dersom "R"-en i LAR (R står for REHABILITERING) ikke blir godt nok ivare tatt, bør en ikke tilby LAR-behandling⁴

Pasienters tilknytning til LAR-behandling

1. * LAR-pasienter med vedvarende rusing og dårlig fungering bør skrives ut av LAR
2. Det er uetisk å skrive ut pasienter fra LAR på grunn av vedvarende rusing og dårlig fungering
3. LAR-pasienter bør oppmuntres til å bli i LAR livet ut

Formålet med LAR-behandling

1. LARs hovedformål er å gi økt livskvalitet
2. LARs hovedformål er å redusere skadevirkningene av opiat- og sprøytebruk (eks. overdoser)

Skalaer om optimisme og stolthet hadde påstander med en 5-punkts måleskala hvor høyeste skåre var mest enig med påstandene. Noen av påstandene under måtte derfor «snus» for å få samme retning som de øvrige. Disse er merket med en stjerne.

Behandlingsoptimisme

1. * Det nytter LITE å behandle mennesker med rusmiddelavhengighet

⁴ Denne påstanden er utformet basert på eget kjennskap til vanlig kritikk av LAR's tilgjengelighet

2. * Det er LITE jeg selv kan bidra med i behandlingen av rusmiddelavhengige
3. Vi i vår enhet kan gjøre MYE for å hjelpe mennesker med rusmiddelavhengighet

Stolthet over eget behandlingsopplegg⁵

1. Vår enhet har et utrednings-/behandlingsopplegg for rusmiddelavhengige som gir gode resultater
2. Jeg er stolt av det tilbudet vår enhet gir til pasientene
3. Pasientene er generelt godt fornøyd med tilbudet som blir gitt på vår enhet

Svaralternativene på det neste spørsmålet var en 5-punkts ordinal skala fra svært dårlig (lavest skåre) til svært god (høyest skåre)

Opplevd respekt for andre enheter der en jobber?

1. De forskjellige enhetene i ARA har delvis forskjellige målgrupper og forskjellige behandlingstilnæringer. Hvordan opplever du at holdningen og respekten til andre enheter i ARA er der du jobber?

⁵ Det vil si hvor stolt man er over egen avdeling sitt bidrag i behandling av rusmiddelavhengige

ISBN 978-82-91-19130-0