

Pasienttilfredshet i en avrusningsinstitusjon for pasienter med rusmiddelproblemer – en kvantitativ deskriptiv studie

Cathrine Ask, Marte Hanche-Olsen, Marit Følsvik Svindseth

Cathrine Ask, MHS, RN, Helse Møre og Romsdal, avdeling for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Ålesund behandlingssenter, cathrine.ask@helse-mr.no

Marte Hanche-Olsen, MSc, forskning-og utviklingskoordinator, Helse Møre og Romsdal, avdeling for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Ålesund behandlingssenter, marte.hanche-olsen@helse-mr.no

Marit Følsvik Svindseth, professor, PhD, MHS, RN, Institutt for helsevitenskap, NTNU Ålesund, marit.f.svindseth@ntnu.no

Abstract

Patient satisfaction in inpatient detoxification for substance use disorders - a quantitative descriptive study

The primary purpose of the study is to discover important factors for patients at inpatient detoxification by studying patient satisfaction. Data were collected from a patient experience survey carried out from 2013-2015 at a detoxification unit in Norway. The study includes 185 responses (response rate 62 %). Data were analyzed with descriptive and inferential statistics. Significant associations were found between patients' satisfaction and all the factors of the therapeutic relationship except respect and courtesy, support and motivation, which were non-significant in this study. Conversations with therapist showed the largest effect on patient satisfaction (effect size (ES) = 1.27), followed by conversations with doctor (ES = 0.78) and compassionate staff (ES = 0.52). The results suggest that the therapeutic relationship is associated with patient satisfaction in inpatient detoxification.

Keyword/Nøkkelord

patient satisfaction; therapeutic relationship; detoxification; substance use disorders; inpatient; patient experiences

pasienttilfredshet; behandlerrelasjon; avrusning; rusmiddelproblemer; døgnbehandling; pasienterfaringer

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4399>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Introduksjon

I Norge er avrusning preget av et mangfold av behandlingstilnæringer som ikke alltid er like godt forankret i forskning (Helsedirektoratet, 2016). Dette gjelder både den medikamentelle behandlingen, psykososiale støttetiltak og rammene rundt behandlingen. I 2016 kom Helsedirektoratet med nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler, som legger føringer for mer standardiserte pasientforløp ved avrusning. I Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene for 2017 var det forventninger om at pasienterfaringer, sammen med kvalitetsmålinger og pasientsikkerhetsmålinger, skal brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Tidligere studier viser en sammenheng mellom pasientens tilfredshet med rusbehandling og effekt av behandlingen, inkludert bedre fysisk og psykisk helse og redusert rusmiddelbruk (Boden & Moos, 2013; Blonigen, Bui, Harris, Hepner & Kivlahan, 2014; Carlson & Gabriel, 2001; Kendra, Weingardt, Cicciare & Timko, 2015; Ries, Jaffe, Comtois & Kitchell, 1999). Økt grad av pasienttilfredshet fører også til flere fullførte behandlingstilbud (Schulte, Meier & Stirling, 2011). Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler systematiske målinger med mål om økt pasienttilfredshet blant pasienter i rusbehandling (Marsden et al., 2000).

Begrepsavklaring

Pasienterfaringer er pasientenes evaluering av behandlingen de mottar i henhold til egne ønsker og behov (Marsden et al., 2000). Avrusning anses ikke som rusbehandling, men som abstinensbehandling og forebygging av komplikasjoner (Dahle & Iversen, 2011^b; Hole, 2014; Lossius, 2012; Mørland & Waal, 2016; Timko, Below, Schultz, Brief & Cucciare, 2015). Avrusning kan foregå i spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, både poliklinisk og ved innleggelse i institusjon (Mørland & Waal, 2016). Et avrusningsopphold varer vanligvis fra en til fire uker, avhengig av hvilke rusmidler pasienten har brukt, hvor lenge og i hvilke mengder (Hole, 2014; Lossius, 2012).

I denne studien er begrepet avrusning benyttet som døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten; tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Begrepet TSB ble tatt i bruk da Rusreformen i 2004 ga pasienter med rusmiddelproblemer de samme pasientrettigheter som andre pasienter innen spesialisthelsetjenesten, og rusbehandling ble en del av spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet (2009) definerer TSB slik:

«TSB for rusavhengighet innebærer at behandlingstilbudene i stor grad er sammensatt av både helsefaglig og sosialfaglig personell. Tilbudene består både av polikliniske tjenester, dagtilbud, ambulante tjenester, døgnbaserte tjenester

som avrusningsenheter, korttidsbehandling og langtidsbehandling i institusjon opp til ett år eller mer».

I tråd med WHO sitt utgangspunkt for rusbehandling, innebærer TSB en biopsykososial tverrfaglig tilnærming, der leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer og vernepleiere jobber i team og er tverrfaglig involvert i behandling av pasientene. Pasientens rusmiddelproblemer ses i relasjon til pasientens psykiske og somatiske helseproblemer samt pasientens sosiale situasjon (Helse Midt-Norge, 2015; St. Olavs Hospital, 2016). Det medisinfaglige er mest vektlagt i avrusning.

Bakgrunn

Kirouac, Witkiewitz og Donovan (2016) hevder at pasienters evaluering av behandlingen ofte er et oversett aspekt i behandling og forskning på rusmiddelmissbruk som bør tas i betraktning. Flere studier dokumenterer også at pasienttilfredshet og pasienterfaringer er viktige for evaluering og kvalitetsforbedring (Haugom, Iversen, Bjertnæs & Lindahl, 2017; Kirouac et al., 2016; Xesfingi & Vozikis, 2016). Det finnes ifølge Helsedirektoratet (2016) relativt få studier på pasienterfaringer ved avrusning både i Norge og internasjonalt. Mye av forskningen på avrusning er medisinske studier på effekten av ulike medikamenter for å lindre og behandle abstinenssymptomer. Generelt er TSB et forskningssvakt område. Sett i forhold til fagområdets størrelse målt i antall årsverk, er forskningsvirksomheten i TSB betydelig lavere enn for både somatikk og psykiatri (Nasjonal kompetansetjeneste TSB, 2017). Forskning på avrusning må slik ses i sammenheng med foreliggende forskning innen rusbehandling og psykiatri.

Rusmiddelproblemer og psykiske plager opptrer ofte samtidig (Dahle & Iversen, 2011^b; Hole, 2014). Disse pasientene har også oftere dårlig somatisk helse, og alkohol alene bidrar til utviklingen av 60 ulike sykdommer (WHO, 2011). I USA er det estimert at 65 % av pasienter med alvorlige vedvarende psykiske lidelser også har rusmiddelproblemer. Studier av pasienttilfredshet blant disse pasientene viste at god behandlerrelasjon og gode samtaler med personalet, var assosiert med høyere grad av tilfredshet (Bellack, Bennett, Gearon, Brown & Yang, 2006).

For å identifisere temaer som var viktige for pasienter innen rusbehandling, gjennomførte Dahle og Iversen (2011^a) semistrukturerte intervju av 13 pasienter ved to avrusningsenheter og en poliklinikk i Norge. Studien viste at noen pasienter ønsket legemidler for psykiske lidelser, mens alle ønsket hjelp av medikamentell behandling ved avrusning. De ønsket at både psykiske og somatiske lidelser skulle bli tatt på alvor. Pasientene tok opp at de ønsket å bli behandlet med respekt, å bli sett, hørt og tatt på alvor. De fleste var også enige om viktigheten av at ansatte er tilgjengelig og bevisst på å skape god behandler-

relasjon. Dette støttes av både nyere og eldre forskning, som viser at god behandlerrelasjon er viktig for at pasienten skal være tilfreds med behandlingen, gjennomføre behandlingsforløpet og holde seg rusfri etter behandlingen (Ball, Carroll, Canning-Ball & Rounsaville, 2006; Bellack et al., 2006; De Weert-Van Oene, Schippers, De Jong & Schrijvers, 2001; Grosenick & Hatmaker, 2000; Kasarabada, Hser, Boles & Huang, 2002; Kirouac et al., 2016; McCallum, Mikocka-Walus, Gaughwin, Andrews & Turnbull, 2016).

I Norge er det gjennomført en case-studie på frafall i rusbehandling med vekt på både pasient og behandler perspektivet (Ormbostad, Dale, Gjengedal & Stallvik, 2017). Et av funnene var at bedre matching mellom pasient og miljøkontakt bør få økt fokus og studeres nærmere. Samhandling mellom pasient og personalet blir også fremhevet i en kvalitativ studie fra Australia av pasienter ved en avrusningsklinikk, et sykehus, en rusbehandlingsslinikk og en poliklinikk (McCallum et al., 2016). Resultatene viste at støttende relasjoner, medbestemmelse, en effektiv og helhetlig tilnærming og et ikke-dømmende miljø var viktig for pasienttilfredsheten. Egenskaper hos personalet som var viktig for pasienttilfredsheten var empati, forståelse, tillit, respekt og kunnskap. Studien antyder at personal som manglet disse egenskapene gjorde pasientene utilfreds med behandlingen, og bidro til at pasientene følte seg isolert, skyldig og misforstått (McCallum et al., 2016).

Skatvedt og Schou (2010) hevder i sin kvalitative studie at «small talk» er viktig i rusbehandling. Studien har deltakende observasjon og intervjuer som metode, og er basert på analyser av det hverdagslige samværet mellom pasienter og ansatte ved en behandlingssinstitusjon for rusmiddelmissbrukere i Norge. De har hatt fokus på pasientenes perspektiv og samhandlingssituasjonene utenfor terapisonene. Forskerne hevder det finnes et stort potensiale for terapi i situasjoner i det hverdagslige samværet mellom pasientene og personalet. Studien viste at situasjoner som i utgangspunktet virker ubetydelige kan berøre pasientene på en følelsesmessig måte, slik at de endrer syn på seg selv. Å bli møtt som et alminnelig menneske, og ikke en rusmiddelmissbruker, var viktig for pasientenes selvbilde, følelse av normalitet og verdighet.

I Dahle og Iversens (2011^a) studie ønsket også pasientene å bli behandlet som vanlige mennesker, og de fremhevet betydningen av gode holdninger hos de ansatte. Ilgen, McKellar, Moos og Finney (2006) sin kvantitative studie indikerer at behandlerrelasjon kan være viktigere enn behandlingsmetode og samtaleteknikk i behandling av alkoholmissbruk.

Franken og Hendrix (1999) har gjennomført en kvantitativ studie av 175 pasienter ved en avrusningsenhet i Nederland, og hevdet at forskere og behandlere burde være forsiktig med å sammenligne resultater for pasienter innlagt for rusbehandling og pasienter innlagt for avrusning. Konklusjonen i

artikkelen var at det i avrusning bør være fokus på medisinske tilstander og direkte konsekvenser av rusmiddelbruken, slik som abstinenssymptomer og rus sug. Forskjellen mellom avrusning og rusbehandling viste seg også i studien til Dahle og Iversen (2011^b), der pasientene så på avrusningsinstitusjoner som noe annet enn rusbehandling, og ikke forventet rusbehandling når de var innlagt for avrusning.

Med bakgrunn i eksisterende kunnskapsgrunnlag som fremhever betydningen av god behandlerrelasjon i rusbehandling, samt at det er lite kunnskap om betydningen av innhold i avrusning for pasientene, har studien som mål å se nærmere på sammenhengen mellom behandlerrelasjon og pasienttilfredshet ved avrusning.

Forskningsspørsmål

Hvilke sammenhenger finnes mellom pasienttilfredshet og behandlerrelasjon ved avrusning i tverrfaglig spesialisert rusbehandling?

Metode

I denne studien er det valgt kvantitativ metode med deskriptivt design. Det er ønskelig med et høyt antall informanter som grunnlag for å kunne generalisere kunnskap om i hvilken grad de ulike behandlerrelaterte faktorene påvirker pasienttilfredshet ved avrusning. Det er brukt spørreskjema, som gjør at respondentene kan være fullstendig anonyme uten påvirkning fra intervjuer (Polit & Beck, 2012). Studien bygger videre på Dahle og Iversens (2011^b) kvalitative studie, som er viktig i valideringen av spørreskjemaet.

Beskrivelse av institusjonen

I den studerte rusinstitusjonen er overlegene spesialister innen rus- og avhengighetsmedisin og psykiatri. Resten av legene er i spesialisering for rus- og avhengighetsmedisin. Cirka halvparten av sykepleierne, sosionomene og vernepleierne har videreutdanning i rus og psykiatri. De fleste ansatte er sykepleiere, og leger deltar i tverrfaglige team med ansvar for den medikamentelle behandlingen. Sykepleiere, vernepleiere og sosionomer er behandlere og har ansvar for den miljøterapeutiske oppfølgingen av pasientene. Studien er gjennomført i Norge ved en institusjon i TSB som består av en avrusningsenhet, korttids døgnbehandling og poliklinikk. Avrusningsenheten dekker et geografisk område med cirka 570 000 innbyggere over 18 år, sammen med en privat avrusningsenhet av samme størrelse. Det er en lukket døgnbehandlingsenhet med plass til 17 pasienter, hvorav 14 elektive og tre rusakutt. Rusakutt er akutt avrusning inntil 72 timer. Pasientene har enerom med eget bad.

Uvalg

Spørreundersøkelsen ble gjennomført to dager før planlagt utskrivelse.

Inklusjonskriterier var kvinner og menn over 18 år som var i ferd med å fullføre et avrusningsopphold fra 14. oktober 2013 til 2. februar 2015. Utvalget består av 185 respondenter.

Eksklusjonskriterier var pasienter innlagt rusakutt og pasienter som avbrøt avrusningen. Pasienter under 18 år er kun i spesielle tilfeller innlagt i TSB og er derfor ikke inkludert i studien. Det anbefales å ekskludere pasienter som avbryter behandlingen i denne type spørreundersøkelser fordi disse pasientene ofte har rus sug eller er langt nede psykisk. Det kan også være vanskelig å få tak i og motivere denne gruppen til å delta. Fagpersoner mente at det vil være uetisk å be disse om deltakelse (Dahle & Iversen, 2011^b). Det var 364 elektive pasienter innlagt i perioden, ingen under 18 år. Det er registrert 64 brutte behandlingsløp. Populasjonen er dermed 300 pasienter (N = 300), med totalt 4685 liggedøgn. Frafallet (N = 115) skyldtes i hovedsak at personalet glemte å spørre pasientene om å delta. 18 pasienter ønsket ikke å delta. 13 pasienter ble overflyttet annen seksjon tidligere enn planlagt, og ble derfor ikke spurt om å delta. Det var 13 pasienter som ble vurdert av personalet til ikke å være i stand til å svare på spørreskjemaet av årsaker som psykisk helse, språkvansker og kognitive vansker.

Datainnsamling

Behandlerne hadde ansvar for innsamling av data. Pasientene fikk utdelt et informasjonsskriv om spørreundersøkelsen i løpet av oppholdet, og det var frivillig å delta. To dager før planlagt utskrivelse spurte behandler om pasienten ønsket å delta. Pasienten fikk utdelt en iPad og fikk sitte alene på et rom for å svare. Behandler eller annet personale var tilgjengelig for spørsmål. På grunn av varierende internett-tilgang besvarte noen pasienter spørreundersøkelsen i papirutgave. De fikk da en konvolutt som de limte igjen før de leverte inn skjemaet. Lukkede konvolutter ble levert til rusinstitusjonens forskning- og utviklingskoordinator, som fysisk og organisatorisk er plassert utenfor avrusningsenheten uten oversikt eller kunnskap om pasienter innlagt til avrusning.

Instrument

Det er benyttet en tilpasset versjon av et validert spørreskjema som Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i Norge (Kunnskapssenteret) har utviklet. Kunnskapssenteret er nå innlemmet i Folkehelseinstituttet. Kunnskapssenteret anbefalte spørreskjemaet for å måle pasienters erfaringer med døgnopphold ved institusjoner innen TSB (Haugum et al., 2017). Spørreskjemaet har følgende hovedområder: behandling og behandlerrelasjon, mottakelse og tilgjengelighet, og miljøtilbud. Spørsmål som gjelder behandling og behandlerrelasjon er med i

denne studien. Spørreskjemaet har 27 spørsmål som det tar cirka 10 minutter å svare på. Svarene er gradert med Likert-skala, som er den mest brukte formen for gradering (Polit & Beck, 2012). Det er fem svaralternativer som er gradert med: Helt enig, delvis enig, verken eller, delvis uenig og helt uenig. Spørsmål vedrørende behandling som gjelder samtale med psykolog og gruppebehandling er ikke med i studien, da denne behandlingen ikke var et tilbud ved denne avrusningsenheten.

Dataanalyse

Det er gjennomført kvantitative analyser i form av statistiske tester av materialet i IBM SPSS versjon 23. Alle data er høykorrelerte (se også avsnitt om styrker og begrensninger), kollineariteten mellom de uavhengige variablene er høy og det er lav N, derfor er ikke regresjonsanalyse utført (Greenland, Schwartzbaum, & Finkle, 2000; Ranganathan, Pramesh, & Aggarwal, 2017). Det er valgt et signifikansnivå på $p = 0.05$. Kategoriske variabler er analysert ved chi square test (χ^2). Cohens d er rapportert der denne verdien kan gi klinisk informasjon (Cohen, 1992). For å skille pasienter som er tilfreds og pasienter som ikke er tilfreds, er data dikotomisert på mean. Effektstørrelse (ES) forteller oss hvor uttalt forskjellen mellom gruppen av pasienter som er tilfreds er, sammenlignet med gruppen av pasienter som ikke er tilfreds. Effektstørrelsen beregnes ved at gjennomsnittsforskjellen mellom gruppene divideres med standardavviket i gruppene. Verdi > 0.6 regnes som stor forskjell.

Etikk

Spørreundersøkelsen er meldt til Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste (NSD) for godkjenning. Tilbakemeldingen fra NSD er at prosjektet ikke medfører meldepplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningsloven § 31 og 33. Studien følger de etiske føringene gitt i Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2013). Det er sendt framleggingsvurderingsskjema til regional etisk komité (REK), som har vurdert prosjektet til ikke å være framleggingspliktig. Kvalitetsutviklingsprosjektet er godkjent av personvernombud i avrusningsenhetens helseforetak.

Styrker og svakheter

Studien er anonym og det er en viktig styrke for å få ærlige svar fra pasientene (Polit & Beck, 2012). Det inngår bare en institusjon i studien, men den dekker et stort geografisk område, og er blant de største avrusningsenhetene i Norge. Spørreundersøkelsen har pågått over en periode på ett og ett halvt år, som øker sannsynligheten for at resultatene ikke er tilfeldig for en kortere tidsperiode. Det kan også bidra til at resultatene blir generaliserbare. Det er en svakhet ved studien at noen pasienter ikke har blitt spurt om å delta. Svakheten ved tidsperioden kan være at det ikke er de samme forholdene eller personalet pasientene svarer for. Andre faktorer kan i den inneliggende fasen være med å

påvirke den avhengige variabelen, for eksempel at miljøpersonalet oppholder seg lengre tid sammen med pasientene sammenlignet med leger. Våre data kan dessverre ikke si noe om disse. Uten tilgang til forhold ved variabler om frafallet kunne vi ikke gjøre frafallsanalyse. Institusjonens forsknings- og utviklingskoordinator har tilpasset Kunnskapssenterets validerte spørreskjema til denne avrusningsenheten. Spørsmål som gjelder rusbehandling, men som ikke er relevante ved en avrusningsenhet, er fjernet og noen spørsmål er omformulert.

Resultater

Det presenteres fire tabeller. Tabell 1 er en demografisk oversikt over inkluderte pasienter, de tre neste vil belyse forskningsspørsmålet om hvilke sammenhenger som finnes mellom pasienttilfredshet og behandlerrelasjon ved avrusning. Tabell tre og fire viser hvor uttalt forskjellen er mellom gruppen av pasienter som er tilfreds, i forhold til gruppen av pasienter som ikke er tilfreds med samtaler med pasientansvarlig behandler og lege i avrusningsenheten.

Tabell 1 Demografisk oversikt pasienter innlagt for avrusning

Variabler	Antall N=185	Missing
	N (%)	N (%)
<i>Alder</i>		
18-29 år	47 (25)	
30-49 år	85 (46)	
Over 50 år	53 (29)	
<i>Kjønn</i>		
Kvinne	39 (21)	2 (1)
Mann	144 (78)	
<i>Sivil status</i>		
Gift/samboer/kjæreste	37 (20)	128 (69)
Enslig	20 (11)	
<i>Utdanning</i>		
Grunnskole (≤ 9 år)	64 (35)	2 (1)
Videregående (10 – 11 år)	95 (51)	
Høgskole/universitet (≥ 12 år)	24 (13)	
<i>Mest brukte rusmiddel før denne innleggelsen¹</i>		
Alkohol	103 (56)	
Cannabis	58 (31)	
Kokain	6 (3)	
Amfetamin	60 (32)	
Heroin/morfinstoffer	30 (16)	
Legemiddel	49 (26)	
Syntetiske rusmiddel	9 (5)	
Annet	9 (5)	
Ikke aktuelt	1 (1)	

¹ Her har det vært anledning til å krysse av for flere rusmidler.

Demografisk oversikt over pasientene

Den største pasientgruppen (46 %) er mellom 30 og 49 år. En fjerdedel (25 %) er mellom 18 og 30 år, øvrige (29 %) er over 50 år. Det er flest menn innlagt til avrusning, 78 % menn og 21 % kvinner. Mange (69 %) av pasientene har ikke oppgitt sivilstatus. Alkohol er det mest brukte (56 %) rusmiddelet før innleggelse. (Tabell 1).

Tabell 2 Sammenhenger mellom pasienttilfredshet og samhandling med personalet

Variabler	Tilfreds (N=130)	Mean (SD)	Ikke tilfreds (N=55)	Mean (SD)	Pearson chi- square	Total (N=185)	Effect Size
Er du enig i følgende utsagn om personalet?	N (%)	M (SD)	N (%)	M (SD)	p	N (%)	Cohens D
<i>Snakket forståelig</i>		0.22 (0.41)		0.43 (0.50)	0.002		0.47
ENIG	91 (70)		25 (46)				
UENIG	39 (30)		30 (54)				
<i>Har forstått min situasjon</i>		0.17 (0.38)		0.40 (0.50)	0.001		0.52
ENIG	71 (55)		15 (27)				
UENIG	59 (45)		40 (73)				
<i>Motiverte meg</i>		0.26 (0.44)		0.39 (0.49)	0.08		0.29
ENIG	95 (73)		33 (60)				
UENIG	35 (27)		22 (40)				
<i>Støttet meg</i>		0.24 (0.43)		0.36 (0.48)	0.08		0.26
ENIG	75 (58)		24 (44)				
UENIG	55 (42)		31 (56)				
<i>Var tilgjengelig</i>		0.23 (0.42)		0.38 (0.49)	0.02		0.33
ENIG	78 (60)		23 (42)				
UENIG	52 (40)		32 (58)				
<i>Vist respekt og høflighet</i>		0.26 (0.44)		0.38 (0.49)	0.10		0.26
ENIG	98 (75)		35 (64)				
UENIG	32 (25)		20 (36)				

Sammenhenger mellom pasienttilfredshet og samhandling med personalet

Analyse av hele utvalget viste signifikante sammenhenger mellom pasienttilfredshet og tre av variablene i samhandling med personalet. Den største effektstørrelsen ble funnet i sammenhengen mellom pasienttilfredshet og forståelse for pasientens situasjon ($d = 0.52$), etterfulgt av personalet snakket forståelig til pasienten ($d = 0.47$) og tilgjengelig personale ($d = 0.33$). Det er ikke signifikante sammenhenger mellom pasienttilfredshet og motivering fra personalet ($d = 0.29$), vist respekt og høflighet ($d = 0.26$) og støtte fra personalet ($d = 0.26$) (Tabell 2).

Tabell 3 Sammenhenger mellom pasienttilfredshet og samtaler med behandler² og lege³

Har du vært tilfreds med behandlingen med tanke på;	Tilfreds (N=112)	Mean (SD)	Ikke tilfreds (N=55)	Mean (SD)	Pearson chi-square	Total antall (N=167)	Effect Size
<i>Samtaler med pasientansvarlig behandler</i>							
JA	90 (80)	0.14 (0.35)	40 (73)	0.65 (0.48)	<0.001	105 (63)	1.27
NEI	22 (20)		15 (27)			62 (37)	
<i>Samtaler med lege/overlege/psykiater</i>							
JA	63 (55)	0.13 (0.33)	9 (16)	0.48 (0.50)	<0.001	72 (43)	0.78
NEI	51 (45)		46 (84)			97 (57)	

* Avviket mellom rapportert N (167 og 169) og total N (185) er missing-verdiene.

² Pasientansvarlige behandlere er sykepleiere, vernepleiere og sosionomer.

³ Lege/overlege/psykiater har det medisinske ansvaret for pasientene.

Sammenhenger og forskjeller mellom pasienttilfredshet og samtaler med pasientansvarlig behandler og lege/overlege/psykiater

Analysen viser signifikante assosiasjoner mellom pasienttilfredshet og samtaler med pasientansvarlig behandler og lege/overlege/psykiater. Den største effektstørrelsen ble funnet på sammenhengen mellom samtaler med behandler og pasienttilfredshet ($d = 1.27$), etterfulgt av samtaler med lege/overlege/psykiater ($d = 0.78$) (Tabell 3).

Tabell 4 Sammenligning av forskjeller mellom behandlers og legers behandling, t-test

N=167	Mean	SD	95 % CI	t-verdi	df	P
Forskjeller mellom behandlergruppene	0.41	1.37	0.20-0.62	3.90	166	<0.001

Tabell 4 viser at det er statistisk signifikante forskjeller mellom de to behandlergruppene med en p-verdi <0.001.

Diskusjon

Tabell 1 viser interessante funn, både når det gjelder forskjeller i studiens populasjon, men også når det gjelder nasjonalt populasjonsregister. Derfor gis disse funn en noe større plass. Studien viser at cirka en femdel av pasientene ved avrusning er kvinner. Denne kjønnsfordelingen avviker fra TSB totalt, der data fra Norsk Pasientregister (NPR) har vist en stabil kjønnsfordeling de siste årene, med omtrent en tredel kvinner (Indergård et al., 2017). I NPR er data fra avrusning og rusbehandling samlet i en statistikk for TSB. Årsakene til at det er færre kvinner i avrusning enn i TSB totalt, kan være at det er flere kvinner som ikke har behov for avrusning før rusbehandling, og at kvinner i større grad benytter seg av et lavere omsorgsnivå ved poliklinisk avrusning. Det kan også indikere mindre somatiske og psykiske helseplager og færre tidligere komplikasjoner hos kvinner ved avrusning. Ifølge Helsedirektoratet (2016) er det faktorene som avgjør om pasienter bør ha avrusning poliklinisk eller i døgnbehandling. Hovedtyngden (46 %) av pasienter innlagt for avrusning i denne studien er mellom 30 og 49 år. Cirka 25 % av pasientene er i aldersgruppen 18 til 29 år, mens 29 % av pasientene over 50 år. Dette er en aldersfordeling som samsvarer med tall for hele TSB, som har vært stabile de siste årene, på henholdsvis 48 % mellom 30 og 49 år, 24 % mellom 18 og 29 år og 28 % over 50 år (Indergård et al., 2017).

Halvparten (51 %) av pasientene i denne studien har videregående skole, mens en stor andel (35 %) bare har fullført grunnskole. Fåtallet (13 %) har studert ved høyskole/universitet. Disse tallene avviker fra den norske befolkningen generelt, hvor 41 % har videregående og 32 % har høyskole- eller universitetsutdanning (Statistisk sentralbyrå, 2017).

I denne studien er alkohol det mest brukte rusmiddel før innleggelse. På verdensbasis er også alkohol det mest brukte rusmiddelet (Mørland & Waal, 2016). Misbruk av amfetamin og metamfetamin er økende på verdensbasis (Indergård et al., 2017), og i denne studien er amfetamin det nest mest brukte rusmiddel før innleggelse. Ifølge Indergård (2017) er cannabis det mest brukte

illegale rusmiddel i Norge. I denne studien er cannabis det tredje mest brukte rusmiddel før innleggelse.

Samtaler med behandler er den faktoren som har sterkest sammenheng med pasienttilfredshet ved avrusning i denne studien ($p < 0.001$, $d = 1.27$). Det samme funnet kommer også frem i Tabell 4, som viser statistisk signifikante forskjeller i tilfredshet mellom de to behandlergruppene. Dette funnet støttes av Bellack (2006) sin studie. Selv om samtaler med lege også var viktig for pasientene ($p < 0.001$, $d = 0.78$), viser analysen at det er samtaler med behandler som er viktigst for pasienttilfredsheten, noe som kan bety flere ting. Behandler har som en del av tverrfaglig team ansvar for behandlingen av pasienten, og de har jevnlig samtaler. Det er blant annet daglige støttesamtaler, daglige observasjoner og kartlegging av abstinenssymptomer, pårørendekontakt, kartlegging av rusmiddelmissbruk før innleggelsen og planlegging av videre oppfølging. Når behandler ikke er opptatt med behandleroppgaver, er de miljøpersonell, som er sammen med pasientene i fellesstuene for dagligdags samvær. Ifølge Skatvedt og Schou (2010) er nettopp uformelt samvær viktig for pasientene, og kan forklare hvorfor behandlerne er viktigere enn legene for pasienttilfredshet i denne studien. Legene har alltid en innkomtsamtale med pasientene og har ansvar for foreskrivning av den medikamentelle behandlingen. De har samtaler med pasienter på eget initiativ eller ved forespørsel fra pasient eller behandler, men har ikke uformelt samvær med pasientene. Derfor har pasientene mye mer kontakt med behandler og øvrig personale enn med lege under oppholdet, og kanskje er det derfor at disse samtalene med behandler har så stor betydning for pasientene. Gjennom det dagligdags samværet kan maktforholdet i rollene bli mindre tydelig, og det kan være lettere å oppnå en likeverdig relasjon mellom pasient og behandler. Det kan være en trygghet for pasientene å ha behandler så mye tilstede for seg, slik de får sjansen til å bli litt kjent med vedkommende og tør å si ifra hvis det er noe de kjenner på. Dette er et viktig funn som indikerer at behandlerrelasjon har en betydelig rolle ved avrusning, slik som den har i rusbehandling og psykiatri (Ball et al., 2006; Bellack et al., 2006; De Weert-van Oene et al., 2001; Grosenick & Hatmaker, 2000; Kasarabada et al., 2002; Kirouac et al., 2016; McCallum et al., 2016; Ormbostad et al., 2017; Skatvedt & Schou, 2010).

Den medikamentelle abstinensbehandlingen er en viktig faktor, ofte den viktigste ved avrusning, som ikke er tatt med i denne studien (Dahle & Iversen, 2011^a; Franken & Hendriks, 1999; Hole, 2014; Lossius, 2012; Mørland & Waal, 2016; Timko, Below et al., 2015; Vederhus, Birkeland & Clausen, 2016). Abstinenssymptomer kan være svært plagsomme og er i noen tilfeller livstruende, og det er en av hovedårsakene til at pasienter legges inn i spesialist-

helsetjenesten for abstinensbehandling (Hole, 2014; Lossius, 2012; Mørland & Waal, 2016; Timko, Below et al., 2015).

Den tredje viktigste behandlerrelaterte faktoren for pasienttilfredshet i avrusning, er at personalet har forstått pasientens situasjon ($p = 0.001$, $d = 0.52$). Selv om det sannsynligvis er en moderat sammenheng mellom pasienttilfredshet og forståelse for pasientens situasjon, kan funnet støtte seg til McCallum et al. (2016) sin kvalitative studie, som viser at forståelse og empati er egenskaper hos personale som pasientene mener er viktig for en god relasjon. Sammenhengen mellom pasienttilfredshet og tilgjengelig personale ($p = 0.02$, $d = 0.33$) støttes av de kvalitative studiene til McCallum et al. (2016) og Dahle og Iversen (2011^a) som viktig, og kan også knyttes til Skatvedt og Schou (2010) sin studie der det hverdagslige samværet er viktig for pasienter i rusbehandling. Gjennom hverdagslig samvær vil personalet være tilgjengelig for pasientene. At personalet snakker forståelig til pasienten har signifikant sammenheng med pasienttilfredshet i denne studien ($p = 0.002$, $d = 0.47$). Effekttørrelsen er middels, og vi vil hevde at personalet bør uttrykke seg på en måte som pasientene forstår, uten faguttrykk.

Selv om Dunsæd, Kristensen, Vederhus, Clausen og Høie (2016) hevder at å motivere pasientene til videre behandling er en av tre grunnleggende oppgaver ved avrusning, er ikke våre funn for motivasjon fra personalet statistisk signifikante ($p = 0.08$). Forklaringen kan være at vårt utvalg besto av et flertall av pasienter med egen motivasjon eller at de minst motiverte ligger i frafallet. For å kunne motivere pasienter som er umotiverte er det ifølge Ilgen et al. (2006) viktig med en god behandlerrelasjon. Tilgjengelig personale er også viktig for å fange opp og støtte pasienter som har det vanskelig og de som er umotiverte. Alle de behandlerrelaterte faktorene henger sammen og dokumenterer ulike sider ved behandlerrelasjon. Det å bli møtt med høflighet og respekt har i tidligere studier kommet frem som noe av det viktigste for pasienter i rusbehandling (Dahle & Iversen 2011^a; McCallum et al., 2016). I denne studien er det ikke like viktig for pasientene å bli møtt med høflighet og respekt ($p = 0.10$, $d = 0.26$). Det er heller ikke signifikante sammenhenger mellom pasienttilfredshet og støtte fra personalet ($p = 0.08$, $d = 0.26$) i denne studien. I motsetning til McCallum et al. (2016) sin kvalitative forskning, der støtte fra personalet var en av de viktigste faktorene for pasienttilfredshet. Tidligere studier har dokumentert viktigheten av en god behandlerrelasjon i rusbehandling (Ball et al., 2006; Bellack et al., 2006; Dahle & Iversen 2011^a; De Weert-Van Oene et al., 2001; Grosenick & Hatmaker, 2000; Kasarabada et al., 2002; Kirouac et al., 2016; McCallum et al., 2016; Ormbostad et al., 2017; Skatvedt & Schou, 2010). Denne studien skiller seg fra disse tidligere studiene ved at den er gjennomført ved en ren avrusningsenhet, og at det er studert flere faktorer i behandlerrelasjonen. Studien støtter seg til tidligere forskning fra rusbehandling og psykiatri, og viser at god behandlerrelasjon er viktig også ved

avrusning. Samtidig har denne studien funnet hvilke faktorer som er viktig i denne relasjonen, som kanskje ikke er dokumentert i tidligere forskning på avrusning.

Implikasjon til praksis og videre forskning

Ved å finne ut i hvilken grad de ulike faktorene i behandlerrelasjonen påvirker pasienttilfredsheten ved avrusning, kan denne studien gi viktig kunnskap til avrusningsenheter for å gjennomføre kvalitetsforbedringer innen områder som betyr mest for pasientene. Studien kan også tilføre generell kunnskap og gi innsikt til helsepersonell som jobber med avrusning. Behandlerne og leger i TSB bør være bevisst på at behandlerrelasjonen er en viktig del av behandlingen ved avrusning og prioritere samtaler med pasientene. Personale som jobber med avrusning bør forsøke å sette seg inn den enkelte pasient sin situasjon for å forstå hvordan pasienten har det. I samhandling med pasientene vil dagligtale være å foretrekke foran fagspråk og avanserte uttrykk. Avrusningsenheter bør organiseres slik at det til enhver tid er miljøpersonale som er tilgjengelig for pasientene. Det anbefales videre forskning i forhold til pasienttilfredshet og behandlerrelasjon i avrusning, og at data fra tilstrekkelig antall respondenter hentes inn slik at regresjonsanalyser med odd ratio kan utføres. I tillegg med kvalitativ metode eller mixed methods for å få dybdeinformasjon.

Konklusjon

Behandlerrelasjon er en viktig del av behandlingen for pasienter som er innlagt for avrusning. Spesielt viktig er samtaler med behandler og samtaler med lege. Forståelse for pasientens situasjon, snakke med et forståelig språk, samt tilgjengelig personale for pasientene var også statistisk signifikant, men med lavere effektverdier sammenlignet med samtaler med behandler og lege. Funn fra denne studien kan ikke generaliseres og videre forskning anbefales.

Litteratur

- Ball, S.A., Carroll, K.M., Canning-Ball, M. & Rounsaville, B. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*, 31 (2), 320-330.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.013>
- Bellack, A.S., Bennett, M.E., Gearon, J.S., Brown, C.H. & Yang, Y. (2006). A randomized clinical Trial of a New Behavioral treatment for Drug Abuse in people with Severe and Persistent Mental Illness. *Archives of General Psychiatry*, 63 (4), 426-432. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.426>
- Blonigen, D.M., Bui, L., Harris, A.H., Hepner, K.A. & Kivlahan, D.R. (2014). Perceptions of behavioral health care among veterans with substance use disorders. *Journal of substance abuse treatment*, 47 (2), 122-129.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2014.03.005>

- Boden, M.T. & Moos, R. (2013). Predictors of substance use disorder treatment outcomes among patients with psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 146, 28-33. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.02.003>
- Carlson, M. & Gabriel, R.M. (2001). Patient satisfaction, use of services, and one-year outcomes in publicly funded substance abuse treatment. *Psychiatric Services*, 52 (9), 1230-1236. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.52.9.1230>
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Dahle, K.A. & Iversen, H.H. (2011^a). *Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling*. Notat fra Kunnskapssenteret. Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/hva-er-viktig-for-pasienter-innen-rusbehandling>
- Dahle, K.A. & Iversen, H.H. (2011^b). *Utvikling av metode for å måle pasienterfaringer med døgnopphold innen spesialisert tverrfaglig rusbehandling* (PasOpp-rapport 1/2011). Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/utvikling-av-metode-for-a-male-pasienterfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>
- De Weert-Van Oene, G.H., Schippers, G.M., De Jong, C.A.J. & Schrijvers, G. J. P. (2001). Retention in substance dependence treatment: the relevance of in-treatment factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20 (4), 253-261. [http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472\(01\)00160-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472(01)00160-X)
- Dunsæd, F., Kristensen, Ø., Vederhus, J.K., Clausen, T. & Høie, M.M. (2016). Standardisert avrusning ved blandingsmisbruk. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 19 (136), 1639-1642. [10.4045/tidsskr.16.0308](https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0308)
- Franken, I.H.A. & Hendriks, V.M. (1999). Predicting outcome of inpatient detoxification of substance abusers. *Psychiatric Services*, 50 (6), 813-817. <http://dx.doi.org/10.1176/ps.50.6.813>
- Greenland, S., Schwartzbaum, J.A. & Finkle, W.D. (2000). Problems due to Small and Sparse Data in Conditional Logistic Regression Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 151 (5), 531-539. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a010240>
- Grosenick, J.K. & Hatmaker, C.M. (2000). Perceptions of staff attributes in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19 (3), 273-284. [http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472\(00\)00109-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472(00)00109-4)
- Haugom, M., Iversen, H.H., Bjertnæs, Ø. & Lindahl, A.K. (2017). Patient experiences questionnaire for interdisciplinary treatment for substance dependence (PEQ-ITSD): Reliability and validity following a national survey in Norway. *BMC Psychiatry*, 17 (1), 73. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1242-1>
- Helsedirektoratet (2016). *Nasjonalt faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Avrusning%20fra%20rusmidler%20og%20vanedannende%20legemidler.pdf>

- Helse Midt-Norge (2015). *Regional plan for Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB) 2016-2020*. Hentet fra: <https://helse-midt.no/Documents/2016/Regional%20plan%20for%20tverrfaglig,%20spesialisert%20behandling%20av%20rusmiddelproblemer%202016%20-%202020.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/prioriterte-utviklingsomrader/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling/id536813/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Oppdragsdokument Helse Midt-Norge RHF, pkt.3*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/oppdragsdokument/2017/oppdragsdokument_helse_midt-norge_rhf_2017.pdf
- Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer*, Oslo: Universitetsforlaget
- Ilgen, M.A., McKellar, J., Moos, R. & Finney, J.W. (2006). Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31 (2), 157-162. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2006.04.001>
- Indergård, P.J., Solbakken, T. & Urfjell, B. (2017). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016*. Norsk pasientregister. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1297/IS-2608-Aktivitetsdata-PHV-TSB-2016.pdf>
- Kasarabada, N.D., Hser, Y.I., Boles, S.M. & Huang, Y.C. (2002). Do patients' perceptions of their counselors influence outcomes of drug treatment? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23 (4), 327-334. [http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00276-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00276-3)
- Kendra, M.W., Weingardt, K., Cicciare, M.A., & Timko, C. (2015). Satisfaction with substance use treatment. *Addictive Behaviors*, 40, 27–32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.08.003>
- Kirouac M., Witkiewitz K. & Donovan D.M. (2016). Client Evaluation of Treatment for Alcohol Use Disorder in COMBINE. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 67, 38-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2016.04.007>
- Lossius, K. (2012) *Håndbok i rusbehandling*, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Marsden, J., Stewart, D., Gossop, M., Rolfe, A., Bacchus, L., Griffiths, P., Clarke, K. & Strang, J. (2000). Assessing client satisfaction with treatment for substance use problems and the development of the treatment perceptions questionnaire (TPQ). *Addict Research Theory*, 8 (5), 455-470.
- 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://dx.doi.org/10.1111/hex.12379>

- Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt kompetansetjeneste TSB. (2017). Faglige rammer for TSB. Hentet fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/prosjekter/prosjekter-for-kompetanseutvikling-og-spredning/faglige-rammer-og-fagutvikling-i-tsbforskningsvirksomhet>
- Ornbostad, H.A.K., Dale, K.Y., Gjengedal, E.J. & Stallvik, M. (2017). Faktorer som virker inn ved frafall i døgnbehandling for pasienter med ruslidelser. En case-studie med vekt på både pasient- og behandlerperspektivet. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 13 (1). <http://dx.doi.org/10.7557/14.4076>
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494810382814>
- Ranganathan, P., Pramesh, C.S. & Aggarwal, R. (2017). Common pitfalls in statistical analysis: Logistic regression. *Perspectives in Clinical Research*, 8 (3), 148-151. [10.4103/picr.PICR_87_17](https://doi.org/10.4103/picr.PICR_87_17)
- Ries, R.K., Jaffe, C., Comtois, K.A. & Kitchell, M. (1999). Treatment satisfaction compared with outcome in severe dual disorders. *Community Mental Health J*, 35 (3), 213-221. <https://doi.org/10.1023/A:1018737201773>
- Schulte, S.J., Meier, P.S. & Stirling, J. (2011). Dual diagnosis clients' treatment satisfaction - a systematic review. *BMC Psychiatry*, 11, 64. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-11-64>
- Skatvedt, A. & Schou, K. C. (2010). The potential of the commonplace: A sociological study of emotions, identity and therapeutic change. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38 (5), 81-87.
- Statistisk sentralbyrå. (2017). *Nøkkeltall for utdanning*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/utdanning/nokkeltall>
- St. Olavs Hospital (2016). *Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)*. Hentet fra: <https://stolav.no/korus/rusbehandling/veiledere-og-retningslinjer/tverrfaglig-spesialisert-behandling-tsb>
- Timko C., Below M., Schultz NR, Brief, D. & Cucciare, M.A. (2015). Patient and Program Factors that Bridge the Detoxification-Treatment Gap: A Structured Evidence Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 52, 31-39. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2014.11.009>
- Vederhus, J.K., Birkeland, B. & Clausen, T. (2016). Perceived quality of life, 6 months after detoxification: Is abstinence a modifying factor? *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 25 (9), 2315-2322. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-016-1272-z>
- World Health Organization (2011). *Global status report on alcohol and health*. Hentet fra: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf

- World Medical Association. (2013). World medical association declaration of helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, *310* (20), 2191-2194.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Xesfingi, S. & Vozikis, A. (2016). Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC Health Services Research*, *16* (1), 94.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1327-4>