

Forord

Hjertelig takk til alle dere som stilte opp for å fortelle om deres arbeidshverdag. Dere gjør virkelig en hederlig innsats. Jeg er imponert over hvordan dere møter og ser mennesker som ikke har vært like heldige som oss. Dere har lært meg at bak rusen finnes det et menneske som like godt kunne vært deg eller meg.

Tusen takk til mine veiledere, Britt-Marie Drottz Sjöberg og Roger Hagen ved Institutt for psykologi, NTNU. Jeg vil rette en ekstra stor takk til alle medstudenter på kontoret. Uten dere hadde ikke hverdagen blitt det samme. Takk til alle kjente og kjære, nære og fjerne, som har gitt meg støtte fra sidelinjen. Takk for at dere har holdt ut når jeg har vært inne i min egen lille boble. Til slutt vil jeg gi min varmeste takknemlighet til alle dere som bor og jobber på Tyrilistiftelsen, Høvringen. Dere har vært en stor inspirasjonskilde for denne oppgaven.

Sammendrag

Beskrivelse. Denne kvalitative studien utforsker praksis ved samtidig rus- og traumeproblematikk i Tverrfaglig Spesialisert Behandling ved tre rusinstitusjoner i Norge. Studien gir innsikt i den erfaringsbaserte kunnskapen til helsepersonell og ledelse.

Metode. Datainnsamlingen ble gjort gjennom 14 dybdeintervju og 2 fokusgruppeintervju med helsepersonell (psykologer og behandlere/miljøpersonale) og ledelse ved disse tre institusjonene. Det var variasjon hos informantenes faglige bakgrunn, dette for å representere tverrfaglighet som kreves innenfor rusbehandling.. Datamaterialet ble analysert med å bruke metoden Tematisk Analyse. Studien tok et pragmatisk vitenskapsteoretisk standpunkt, da studien utforsker hva som oppleves å fungere i praksis

Resultater. Funnene representeres i en modell med to hovedtemaer, henholdsvis *Veien mellom kunnskap og praksis* og *Mennesket bak rusen*, og tilhørende temaer og undertemaer. Det første hovedtemaet omhandler hvilken kunnskap som er utgangspunkt for praksis, hva som kjennetegner praksis, hva som bør regnes for god praksis, og rammebetingelser som er begrensende for god praksis. Det andre hovedtemaet omhandler helsepersonells etiske holdninger, hvordan det former praksis, og dilemmaer som oppstår i møte med pasientene.

Konklusjon. I hovedsak har pasienter i langtidsrusbehandling en bakgrunn med utviklingstraumer, og rusmiddelavhengigheten forstås å være tett knyttet til dette. Denne problemforståelsen er med på å forme praksis. Ut ifra informantenes erfaring anses beste praksis å innebære lengre tidsperspektiv i forhold til behandling, individuell tilpasning og ivaretagelse av brukerperspektivet, relasjonen som et mål og middel, trygge behandlingsrammer og behandlingstilnæringer utover tradisjonell traumebehandling. Retningslinjer og forskning har begrenset nytteverdi for å veilede dagens praksis for en samtidig rus- og traumeproblematikk.

Innholdsfortegnelse

FORORD	3
SAMMENDRAG	4
INNHOLDSFORTEGNELSE	5
INTRODUKSJON	6
BAKGRUNN FOR VALG AV PROBLEMSTILLING.....	6
PROBLEMSTILLING	8
DISPOSISJON	9
TEORI	9
RUSMIDDELAVHENGIGHET	9
TRAUMER	10
SAMTIDIG RUS- OG TRAUMEPROBLEMATIKK	12
BEHANDLINGSKONTEKST.....	13
EVIDENSBASERT PRAKSIS.....	14
<i>Klinisk skjønn.</i>	16
EVIDENSGRUNNLAG FOR PRAKSIS VED SAMTIDIG RUS- OG TRAUMEPROBLEMATIKK	16
<i>Traumebevisst omsorg.</i>	19
OPPSUMMERING	19
METODE	20
VITENSKAPSTEORETISK GRUNNLAG	20
FORSKNINGSDESIGN	22
<i>Uvalg.</i>	22
<i>Datainnsamling.</i>	24
ETIKK	26
METODOLOGISK TILNÆRMING: TEMATISK ANALYSE.....	27
ANALYSEPROSESSEN	28
RESULTATER	31
HOVEDTEMA 1: VEIEN MELLOM KUNNSKAP OG PRAKSIS	32
<i>Tema 1.1: Problemforståelse.</i>	32
<i>Tema 1.2: Det kommer an på.</i>	39
<i>Tema 1.3: Det er vel nesten så du skal ha behandling rett i årene.</i>	46
HOVEDTEMA 2: Å SE MENNESKET BAK RUSEN	48
<i>Tema 2.1: Jeg tror det handler om å bli sett.</i>	48
<i>Tema 2.2: Relasjonen som et valum.</i>	51
<i>Tema 2.3: Brukermedvirkning, det er et minefelt.</i>	53
FORHOLDET MELLOM HOVEDTEMAENE	55
DISKUSJON	56
OVERORDNET DISKUSJON AV RESULTATENE	56
METODISKE BETRAKTNINGER	58
<i>Gyldighet, pålitelighet, og overførbarhet.</i>	58
<i>Refleksivitet.</i>	59
<i>Studiens begrensninger.</i>	60
Gjennomføring.....	60
Uvalg	60

TEMATISK ANALYSE AV PRAKSIS VED SAMTIDIG RUS OG TRAUMER

Vitenskapsteoretisk standpunkt.....	61
Kunnskap, makt og brukerperspektivet.....	62
KONKLUSJON	63
REFERANSER	65
FIGUR- OG TABELLISTE	76
VEDLEGG.....	77

Introduksjon

Bakgrunn for valg av problemstilling

«Ole er mager og sliten når han kommer inn i langtidsbehandling, 27 år gammel. Han kjenner effektene av 10 år med rusmiddelavhengighet i hver celle av kroppen. Det lange blandingsmisbruket med heroin, amfetamin, piller, og alkohol tærer på han både fysisk og psykisk. Likevel er det en liten stemme som sier at han ikke er ferdig med rusen. Han kan ikke forestille seg hvordan han skal overleve dette livet uten rusmidlenes døvende effekt. Som mange av hans medpasienter har han en brokete historie med seg i bagasjen. Fra rusmiljøet, barnehjemmene, fosterhjemmene, og familiehjemmet. En historie som inneholder ukjente fenomen for mange av oss, men som for ham har vært selve livet; overdoser, overgrep, vold, manglende kjærlighet, en alkoholisert mor, en fraværende far. Tilbake sitter han igjen med mange vonde minner. De sitter på en måte fast i kroppen. De har aldri vært utenfor kroppen, han har aldri tatt dem i sin munn. Derfor gruer han seg nå til behandling. Terapi. Han vil så inderlig glemme, og nå skal de vel dra frem all møkka. Gå til verks med lupe. De kommer til å gjennomskue han. Han, rusmisbrukeren, skoletaperen, uromakeren, fengselsfuglen, parasitten. Gjennomskue alt han ikke kan, alt han aldri har lært, alle feil og mangler. Kanskje ser de ikke at han er god i fotball, eller at han kan sitte i timevis på gitaren med å komponere egne sanger? For hvem vil han egentlig vel? Disse terapeutene er vel her bare for å gjøre jobben sin, tjene penger, og så drar de igjen. Hjem til et dekket middagsbord og en god samtale med sine kjære. Selv har han ikke familie, ikke en som teller i hvert fall. På rommet første kvelden i behandling spør han seg selv; fikk han egentlig en real sjanse her i dette livet?»

Historien over er et forsøk på å illustrere en typisk pasient som informantene i denne studien arbeider med. Den baserer seg på beskrivelser fra informantene, og hvilke erfaringer jeg har gjort meg i jobben som miljøterapeut ved en rusinstitusjon med fokus på langtids døgnbehandling. Ole er fiksjon, men hans historie er ikke unik. Jeg har møtt mange som Ole, og det var deres historie som vekket nysgjerrigheten i meg, da det ble tydelig at majoriteten av menneskene jeg møtte i behandling hadde med seg et lass av negative livserfaringer, både fra oppveksten og rusmiljøet. Mye av deres handlingsmønster kunne forklares ut ifra tidligere relasjonelle erfaringer, traumatiserende livshendelser, og et langt liv med rus. Jeg så en opplagt sammenheng mellom de vonde historiene de bar med seg og deres rusavhengighet, enten på en direkte eller indirekte måte. Jeg ble derfor interessert i å finne ut av hvordan man

best kan hjelpe mennesker som er bærere av en dobbeltbyrde andre ikke kan forestille seg; et halvt liv med omsorgssvikt, og et halvt liv med rusmiddelavhengighet. Det som preget meg mest var at vi på jobb snakket lite om disse historiene og sammenhengen, som jeg tenker er helt grunnleggende for pasientene i å forstå seg selv og sitt misbruk. For meg virket det som historiene og traumeerfaringene ikke var noe en skulle jobbe med, men noe som var psykisk helsevern sin oppgave. Jeg begynte derfor å undre meg over hvordan rusbehandling er noe helt annet enn traumebehandling, og om rusen skal behandles separat fra traumene eller sammen. Selv så jeg at mange av disse menneskene brukte rusen som en krykke, en mestringsstrategi for noe de ikke klarte å håndtere. Det var sjeldent jeg så en rusmiddelavhengig uten en traumatisk bakgrunnshistorie.

Denne studien er derfor et resultat av mitt ønske om å utforske mer av det komplekse samspillet mellom rusavhengighet og traumeerfaringer, og få en bredere forståelse for hvordan helsepersonell tenker og arbeider med denne dobbeltproblematikken. Det er så vidt meg bekjent ingen studier i Norge som har sett på praksis ved samtidig rus- og traumeproblematikk, og da spesifikt rettet mot Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB).

Problemstilling

Problemstillingen oppgaven tar utgangspunkt i er som følger:

Hvilke erfaringer har helsepersonell og ledelse i Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB) av praksis ved samtidig rus- og traumeproblematikk, og hva tenker de er beste praksis?

Rusproblematikk forstås her som moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet, og inkluderer alle rusmidler (f.eks. alkohol, heroin, amfetamin, hasj). Traumeproblematikk er ikke knyttet til en spesifikk diagnose, men omhandler eksponering for alle former for traumatiske hendelser (som f.eks. overgrep, naturkatastrofe, vitne til vold, mobbing) eller negative akkumulerte livshendelser (som f.eks. omsorgssvikt). I denne sammenhengen innebærer praksis både utredning/kartlegging og behandling. Behandling som vektlegges i denne oppgaven er miljøterapeutiske og psykososiale intervensjoner. Informantenes syn på beste praksis sees i lys av evidensbasert praksis og relevante retningslinjer, som begge er styrende innenfor dagens helsevesen. Helsepersonell vil i denne oppgaven inkludere både sosial- og helsefaglig personell da de jobber innenfor spesialisthelsetjenesten. Behandlere innebærer miljøpersonale og sykepleiere Informantene vil refereres til som helsepersonell, psykologer,

behandlere, eller ledere.

Disposisjon

Oppgaven er inndelt i en teoridel som vil omhandle begrepsavklaringer, samt relevant empiri og teori for praksis, og en oppsummering av forskningsfeltets slik det står i dag. Videre er det en metodedel med begrunnelse for metode, forskningsdesign og utvalg, og en utdypende beskrivelse av metodisk fremgangsmåte. I resultatdelen er funnene presentert i både et deskriptivt og fortolkende format. Jeg har valgt å integrere funnene og drøftingen av disse opp mot teori og empiri i resultatdelen. I diskusjonsdelen fremstilles en overordnet diskusjon av resultatene, samt drøfting av studiens kvalitet (eg. gyldighet, pålitelighet og overførbarhet) og begrensninger.

Teori

Rusmiddelavhengighet

Ruslidelse innebærer begrepene avhengighet, misbruk, og skadelig bruk, hvor avhengighet regnes å være den mest alvorlige formen (Helsedirektoratet, 2012). Skillet mellom disse tre er derimot ikke like tydelig i praksis. Rusmiddelavhengighet innebærer skadelig bruk av legale (f.eks. alkohol) og/eller illegale stoffer (f.eks. opiater). Rusmiddelavhengighet defineres i diagnosemanualen ICD-10 som en psykisk lidelse hvor personen inntar rusmidler til tross for kjennskap til de skadelige effektene ved inntak (Verdens Helseorganisasjon [WHO], 1992). Denne kjennetegnes av 1) manglende kontroll over inntak, 2) toleranseutvikling (behov for økt dosering av rusmiddelet for å oppnå samme virkning) og 3) tilstedeværelse av abstinenssymptomer når man ikke inntar stoffet. Funksjonsevnen påvirkes av at rusmiddelbruken blir altomfattende. Personen deltar ikke lenger i aktiviteter som følger et normalt liv (det være seg jobb, skole, sosiale relasjoner eller fritidssysler). Rusmiddelavhengigheten varierer fra mild til alvorlig grad, og for pasienter innenfor TSB er det ofte moderate og alvorlige former for rusmiddelavhengighet (Lossius, 2012; Helsedirektoratet, 2012). I litteraturen og ved behandlingsinstitusjoner skilles det ofte mellom alkohol- og narkotikarelatert avhengighet. Dette fordi bruk av illegale stoffer har en tilleggsbelastning ved at man kan komme i kontakt med kriminaliteten og et destruktivt rusmiljø.

Rusmiddelavhengighet forstås i dag ut i fra et biopsykososialt perspektiv (Engel, 1977), hvor biologiske, sosiale og kulturelle, og psykologiske faktorer påvirker utviklingen av rusmiddelavhengighet i en gjensidig prosess. Et slikt helhetlig perspektiv reflekterer det komplekse i avhengigheten (Kraft, 2016). Den moderne nevrobiologien har gitt mye innsikt i rusmidlenes effekt og sterke avhengighetspotensiale. Rusmiddelavhengighet anses å ha et nevrobiologisk grunnlag ved at rusmidler påvirker hjernens hukommelsessystem (hippocampus), belønningssystem (det mesolimbiske system) og den delen av hjernen som utøver selvkontroll (prefrontal korteks). For å bli avhengig trengs det en viss form for sårbarhet i bunnen (Kraft, 2016). Denne sårbarheten kan være av biologisk, sosial, kulturell, og psykologisk art. Traumeerfaringer kan operere som en type sårbarhet for å utvikle en avhengighet.

Traumer

Traume er den bio-psyko-sosiale (eg. fysiologiske, psykologiske og sosiale) effekten av en potensiell fryktinduserende hendelse som innebærer fare for liv og helse. Ofte følges traumeopplevelsen av overveldende følelser av redsel, hjelpeløshet, og ukontrollerbarhet (APA, 2013; WHO, 1992). Hva som resulterer i traumereaksjoner avhenger av personens evne til å *integre* den emosjonelle opplevelsen ved hendelsen. Det vil si evnen til å innlemme traumeminner i personens historiske narrativ om seg selv (van der Hart, Njienhuis, & Steele, 2006). I sin mest alvorlige form kan svikt i integreringskapasiteten danne grunnlag for senere dissosierende symptomer, passivitet og tilbaketrekning (Ogden et al., 2006; Sroufe et al., 2010).

Innenfor forskningsfeltet deler man traumeerfaringer inn i to typologier (Herr, 1991). Type 1 traumer er enkelthendelser som oppstår brått og uventet, og som ofte fremmer en kraftig fryktrespons da personen har en opplevelse av at en selv eller andre er i livsfare (APA, 2013). Eksempler på slike traumer kan være naturkatastrofer, voldtekt, og ran. Type 2 traumer finner ofte sted i en tilknytningsrelasjon med nære omsorgsgivere. Disse traumene kan innebære alt fra at barnet får gjentakende negativ og uberettiget kritikk og kjeft, til mer alvorlige former som incestuøse opplevelser. Forskningen på psykologiske traumer har i stor

grad fokusert på type 1 traumer hvor PTSD ofte er endetilstand¹. Type 2 traumer har ofte blitt referert til som mer komplekse eller relasjonelle traumer. I den senere tiden har utviklingstraumer blitt benyttet for å beskrive dette (Herman 1992; Nordanger & Braarud, 2017; van der Kolk, 2005; van der Kolk et al., 2005). Utviklingstraumer vil bli benyttet som begrep videre i denne oppgaven.

Mye av den forståelsen som foreligger av tidlige traumer og negative livsbelastninger har kommet fra den store ACE-studien (Felitti et al., 1998). Denne studien har gitt oss omfattende funn på hvordan omsorgssvikt (eg. neglekt, fysisk og emosjonell mishandling, dysfunksjon i hjemmet) og mishandling (eg., fysisk, seksuell, og emosjonell) kan få vedvarende og negative effekter på barns utvikling og helse. Gjentakende eksponering for traumer kan ha en akkumulativ negativ effekt på barnets utvikling (Anda et al., 2002; Cloitre et al., 2009; Finkelhor, Ormrod, & Turner et al., 2007; Steine et al., 2017). Personer med gjentatte, relasjonelle traumer utviser oftere høyere symptomtrykk enn de med enkelt, ikke-relasjonelle traumer (Cloitre et al., 2009; Green et al., 2000; Steine et al., 2017).

Traumeerfaringer tidlig i livet har også større potensiale for vedvarende og omfattende konsekvenser grunnet hjernens plastiske egenskaper tidlig i hjerneutviklingen (Perry, 2009; Teicher, Samson, Anderson, & Ohasi, 2016; van der Kolk, 2006). Utviklingstraumer er et resultat av kronisk traumatisk stress og sviktende reguleringsstøtte fra omsorgsgivere (Nordanger & Braarud, 2017), som kan gi seg utslag i en nevrobiologisk skjevutvikling. Konsekvensene for utviklingen gir seg uttrykk i svikt i funksjonelle livsområder (Chen & Baram, 2016; Nordanger & Braarud, 2017; Teicher et al., 2016). Forenklet kan man si at utviklingstraumer er en form for reguleringsforstyrrelse hvor barnet har et smalt *toleransevindu* for aktivering. Dette gjør at barnet lett blir over- eller underaktivert, og sjelden er i en optimal aktiveringstilstand hvor det er i stand til å ta inn sine omgivelser på en adekvat måte. Bakgrunnen for reguleringssvikten ligger i at barnet lever i et konstant miljø hvor sansene må være skjerpet for mulige trusler, samtidig som barnet er overlatt til seg selv å regulere seg i fravær av disse truslene (se Nordanger & Braarud, 2017). Som voksen vil man

¹ PTSD kom først inn i den amerikanske diagnosemanualen, Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) på 1980-tallet etter man så effekten krig hadde på returnerte soldater. Etter dette ble diagnosen knyttet til enkelttraumer etter store og omveltende hendelser, som naturkatastrofer, overfallsvoldtekt, og ulykker. Det var størst fokus på effekten traumer har på voksne (van der Kolk, Weisaeth, & Van der Hart, 1996). Det er ikke før i den senere tid at forskningen har sett på effekter av mer vedvarende, relasjonelle, og mindre opprivende traumeerfaringer (eg. mikroseperasjoner) gjennom hele utviklingsforløpet (Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011).

da kunne ha et smalt toleransevindu hvor man i mindre grad håndterer stressfaktorer på en adekvat måte.

Samtidig rus- og traumeproblematikk

Traumeerfaringer, PTSD og utviklingstraumer har vist seg å være klare risikofaktorer for utviklingen av rusproblemer. Blant personer i den generelle populasjonen med ruslidelser rapporterer hele 2/3 å ha vært eksponert for ett eller flere traumer i løpet av livet (Mills, Teesson, Ross & Peters, 2006), og en stor andel har vært utsatt for traumer før fylte 16 år (Farrugia et al., 2011). I kliniske populasjoner er tallene enda høyere (Farley, Golding, Young, Mulligan, & Minkoff, 2004; Ford, Hawke, Alessi, Ledgerwood, & Petry, 2007; Mills et al., 2006). I en større amerikansk studie ble 4023 ungdommer i alderen mellom 12 – 17 år intervjuet angående eget rusmiddelbruk og posttraumatiske symptomer. Funnene viste hvordan ungdom enten utsatt for fysisk eller seksuell vold, vært vitne til vold, eller familiære rusmiddelproblemer, hadde økt risiko for nåværende rusmiddelmisbruk og – avhengighet (Kilpatrick et al., 2000). Barn av rusmiddelavhengige har en høyere risiko for å bli utsatt for flere belastninger, blant annet fysisk, psykisk, seksuell og emosjonell mishandling, og neglekt (Anda et al., 2002).

Rusmiddelavhengighet har vist seg å ha en høy samsykelighet med PTSD (Driessen et al., 2008; Lincoln, Liebschutz, Chernoff, Nguyen & Amaro, 2006; Mills et al., 2006; Reynolds et al., 2005). I en britisk studie rapporterte hele 94 % av personer med en rusmiddelavhengighet å ha hatt symptomer på PTSD, 51,9 % rapporterte å oppfylle kriteriene for PTSD i løpet av livet, og 38 % hadde nåværende PTSD (Reynolds et al., 2005). Til sammenligning er livstidsprevalens i den vanlige befolkningen omkring 1 – 9 % (Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001). Flere studier viser en høyere prevalens av PTSD blant personer med mer alvorlig rusproblemer (Driessen et al., 2008; Mills et al., 2006).

Forekomsten av tidlige barndomstraumer eller opplevelse av omsorgssvikt er høy blant dem som senere utvikler en ruslidelse. Mange negative utviklingsbaner er assosiert med tidlige relasjonelle traumer (Dube et al., 2003; Dube et al. 2001; Enoch, 2011; McHugo et al., 2005; Pilowsky, Keyes & Hasin, 2009; Strine et al., 2012). Til tross for denne sterke sammenhengen, har forskningslitteraturen stort sett omhandlet PTSD. ACE-studien viser at negative belastninger i stor grad korrelerer med utvikling av rusmiddelproblematikk (Anda et al., 2002; Dube et al., 2001; 2003). Sammenlignet med utviklingen av PTSD alene er samtidig

ruslidelse – og PTSD assosiert med høyere forekomst av omsorgssvikt og utviklingstraumer. Her viser seksuelle overgrep i ung alder og det å vokse opp på fosterhjem, å være spesielt bidragsytende til denne sammenhengen (Farrugia et al., 2011; Müller et al., 2015). Relasjonen mellom tidligere traumer og utvikling av rusmiddelavhengighet må forstås i et komplekst utviklingsforløp. Utviklingstraumer kan også påvirke utviklingen indirekte gjennom funksjonssvikt på andre livsområder (som f.eks. skole, relasjoner).

Behandlingskontekst

Rusreformen trådte i kraft januar 2004 og innebar at ansvar for behandling av rusmiddelavhengige ble flyttet fra fylkeskommunalt til statlig nivå (Helse – og omsorgsdepartementet, 2004). TSB ble etablert som spesialisttjeneste med Rusreformen i 2004. Reformen fikk derfor stor betydning da den anerkjente rusmiddelavhengighet som en biopsykososial lidelse og sikret rusavhengige pasientrettigheter, og rett til helsehjelp (Evjen et al. 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2004; Kraft, 2016). Pasientrettighetene påla spesialisthelsetjenestene i rusbehandling og psykisk helsevern krav om å ivareta og tilrettelegge for den enkelte pasients individuelle behov. Rammene for dagens praksis har vært sterkt preget av Rusreformen i 2004. Med denne fulgte også kravene om en evidensbasert praksis. Det vil si at behandling skulle baseres på gjeldende empiri på feltet, fremfor ideologi. Til tross for dette er det gjennomført få effektstudier av rusbehandling og man vet fortsatt for lite om hva som fungerer i praksis.

I 2012 kom Helsedirektoratet ut med en *Nasjonal Retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse (ROP-lidelser)*. Rusreformen i 2004 sørget for at psykisk helsevern og TSB fikk ansvar for å behandle både samtidige ruslidelser og psykiske lidelser (Evjen et al., 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2004). Innenfor TSB er det høy forekomst av samtidig rus og psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2012), og retningslinjen har som mål å gi råd for hvordan best ivareta pasienter med denne dobbeltproblematikken. Behandlingsveiledere og retningslinjer er utviklet innenfor den evidensbaserte praksisrammen for å kvalitetssikre behandlingen.

Ansvarsfordelingen mellom TSB og psykisk helsevern kan være diffus ved komplekse saker, slik som ved ROP-lidelser. Helsedirektoratets (2012) retningslinjer fordeler ansvaret på denne måten: Samtidig alvorlig psykisk lidelse og mindre alvorlig/alvorlig ruslidelse skal

behandles i psykisk helsevern, mens en samtidig mindre alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse skal behandles i TSB. Hvordan dette forløper seg i praksis er nok noe varierende, og det har lenge vært en sannhet at personer som både har rus- og psykiske vansker faller mellom to stoler (Landheim, Bakken & Vaglum, 2002). Pasientene får ikke tilstrekkelig eller tilrettelagt hjelp for sine sammensatte vansker verken i psykisk helsevern eller TSB. Det er likevel viktig å påpeke at disse to tilstandene kan være vanskelig å skille fra hverandre i behandlingsøyemed, og retningslinjene sier lite om hvordan samtidig rus- og psykisk lidelse interagerer med tanke på behandling.

Innenfor ulike helseforetak kan TSB både være under psykisk helsevern eller en selvstendig virksomhet (Evjen et al., 2012). Brukere av TSB må tilfredsstillende diagnostiske kriterier for avhengighet, og det er en heterogen pasientpopulasjon med hensyn til alvorlighetsgrad og tilleggsproblematikk (Helsedirektoratet, 2015). Tall fra SAMDATA viser at omkring 33 000 pasienter mottok helsehjelp gjennom TSB i 2016. Det er et klart flertall av menn som benytter seg av tilbudet, og tilbudet kan være av ulik lengde, med akutt, korttids- og langtidsbehandling. Korttidsbehandling regnes som lengde under 3 måneder, mens langtidsbehandling er fra 3 måneder og normalt opp imot 9 – 12 måneder. Videre har TSB ansvar for å tilby den enkelte pasient individuell behandling uavhengig av TSB øvrige tilbud eller behandlingssideologi (Helsedirektoratet, 2016).

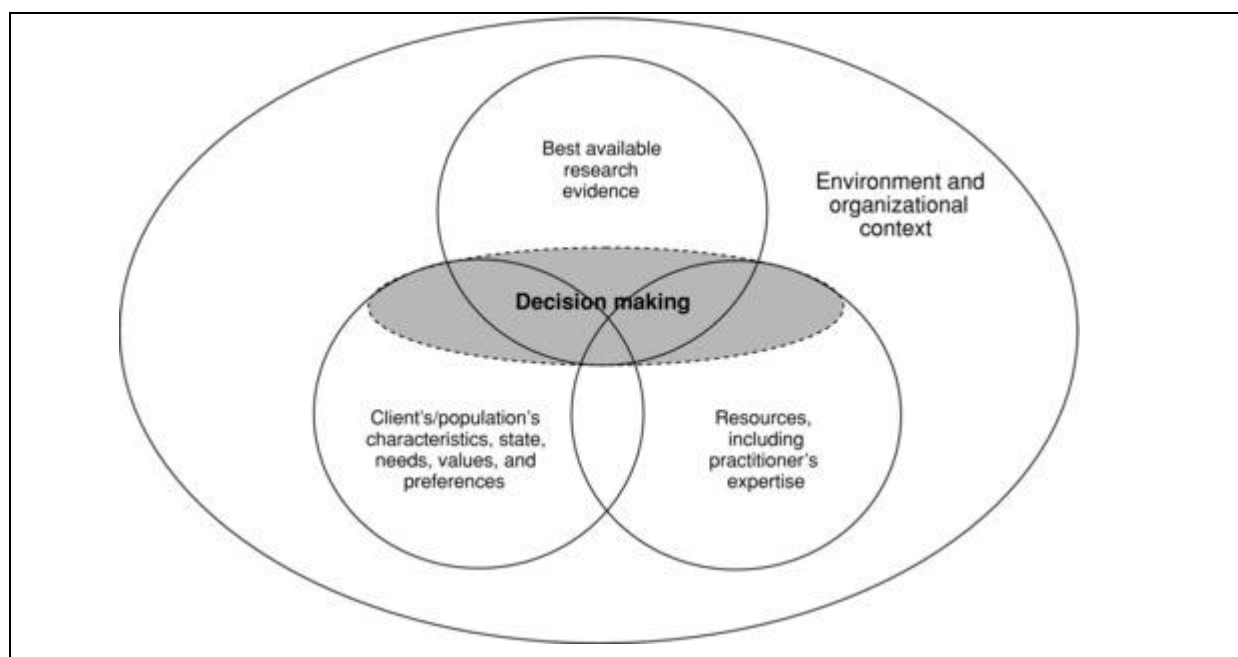
Evidensbasert Praksis

Evidensbasert praksis har som formål å veilede hva som er god praksis basert på beste tilgjengelige evidens (Terum & Grimen, 2009). Praksis utgjøres av ulike valg som skal lede til konkrete handlinger, og hvor valgene tas i spenningsfeltet mellom teori og praksis (Bjørndal, 2009). Begrepet evidensbasert praksis reiser spørsmål som hva som utgjør praksis, hvilket evidensgrunnlag praksis skal funderes i, hvordan utøves og benyttes klinisk skjønn og i hvor stor grad forskning skal veilede praksis (Rønnestad, 2008).

Evidensbasert praksis har vært gjenstand for en lengre diskusjon hvor epistemologiske spørsmål har vært fremtredende (Rønnestad, 2008), og hvor det store spørsmålet er hvilke evidensskilder som skal utgjøre kunnskapsbasen for praksis. Innenfor den medisinske tradisjonen anses den randomiserte kontrollerte studien (RCT) å gi mest valid og robust evidens (Ekeland, 2009; Sackett, et al., 2000; Rønnestad, 2008). Slike studier er viktige for å gi objektive data om effekt og kostnader ved ulike behandlingstilnæringer. Andre metoder

deriblant kvalitative, tilegnes mindre nytteverdi i dette paradigmet. En slik hierarkisk inndeling er anvendelig på medisinske og somatiske tilstander, men problemet oppstår når dette overføres på psykososiale og mer komplekse tilstander.

Satterfield et al., (2009) har utviklet en transdisiplinær, økologisk modell for evidensbasert praksis (se figur 1 under). Modellen baserer seg på ulike fagområders definisjon av begrepet, deriblant medisin, sosialt arbeid, psykologi, sykepleie og helsefremmende arbeid.



Figur 1. Modell for Transdisiplinær Evidensbasert Praksis etter Satterfield med kollegaer (2009)

En slik modell er relevant innenfor tverrfaglige praksiser, slik som i TSB. Den fremhever en økologisk påvirkning av samfunnsmessige, politiske og organisatoriske rammebetingelser på hvordan praksis utformes. Evidensbasert praksis forstås her som kontekstualisert, og kan dermed begrenses (og styrkes) av øvrige rammebetingelser. Klinisk ekspertise eller erfaringsbasert kunnskap, anses som en nødvendig ressurs for å kunne gi en evidensbasert praksis. Det tas høyde for at klinisk ekspertise har sine begrensninger og derfor er ikke denne kunnskapskilden sentral i modellen. I sentrum av modellen er *beslutningstaking*, som vil si den kognitive handlingen fra å omgjøre evidens til en kontekstualisert evidensbasert praksis. Beslutningstaking er ikke en individuell prosess, men et resultat av en systematisk vurdering fra flere aktører basert på evidens fra pasienten, ressursene (inkl. klinisk ekspertise), og kontekst. Beslutningstaking anses også som en krevende og omfattende virksomhet ved at formålet er å forene de mange variablene inkludert i evidensbasert praksis. Ofte kan det

oppstå konflikter mellom de ulike kunnskapskildene. En slik konflikt kan være at forskning gir tydelig indikasjon på hva den beste behandling er for en pasients sine vansker, men hvor pasienten ikke ønsker eller har tro på denne behandlingen (Satterfield et al., 2009).

Klinisk skjønn.

Skjønn består av resonnement basert på tilgjengelig informasjon og kunnskap, og evne til kritisk refleksjon over egne profesjonelle begrensninger og forutinntattheter (Terum & Grimen, 2009). En profesjonsutøver vil utøve godt eller dårlig skjønn. Hvilken plass det kliniske skjønn og ekspertise skal ha i evidensbaserte praksis er et viktig moment. Der hvor noen hevder skjønn er ekvivalent med synsing (Kirkebøen, 1999), hevder andre at klinisk skjønn er et helt sentralt aspekt med profesjonsutøvelsen (Grimen, 2009; Martinsen, 2005). De ulike perspektivene kan knyttes til på hvilket nivå skjønn utøves. Dette bør kanskje begrenses på et organisatorisk og generelt nivå, mens det er uunngåelig når kunnskap skal settes ut i praksis på individnivå (Grimen, 2009). I modellen for evidensbasert praksis i klinisk psykologi finner en skjønn i den erfaringsbaserte kunnskapen da begrepet favner om kliniske aktiviteter som utredning, kasusformulering, psykologisk behandling, klinisk refleksjon, kulturell og kontekstuell forståelse (Rønnestad, 2008). Erfaringsbasert kunnskap kan sies å være en integrering av teoretisk kunnskap, akkumulert kunnskap fra praksis, og den enkelte profesjonelle utøvers individuelle karakteristikk, preferanser og evne til selvrefleksjon.

Evidensgrunnlag for praksis ved samtidig rus- og traumeproblematikk

Helsedirektoratet (2014) påpeker i sin veileder at det er viktig at helsepersonell i rusfeltet har kunnskap om traumeproblematikk, og hvilke konsekvenser det kan ha for behandlingen som gis. Forskning på effekten av rusbehandling viser at pasienter med samtidig PTSD eller annen traumerelatert problematikk har et mer krevende behandlingsforløp enn personer uten denne tilleggsproblematikken (Driessen et al., 2008; Ford et al., 2007; Norman, Tate, Anderson, & Brown, 2007). Samtidig rus- og traumeproblematikk kompliseres ved høyere nivåer av andre psykiske lidelser spesielt personlighetsforstyrrelser (Landheim, Bakken, & Vaglum, 2002), høyere tilbakefallsrate (Norman et al., 2007), relasjonelle vansker, og at pasienter benytter seg i mindre grad av ettervern (Brady, Killeen, Saladin, Dansky & Becker, 1994).

God utredning er viktig for å stille ROP-diagnoser og for kartlegging av en traumeproblematikk. I utredningen bør man ha fokus på kartlegging av rusproblemer og traumeopplevelser, en diagnostisk vurdering av PTSD og eventuelt andre lidelser eller symptomer relatert til traumet. I dette arbeidet kan man benytte seg av ulike utredningsverktøy (Gråwe, 2016). En norsk studie gir grunnlag for å anta at utredningsprosedyrene i rusbehandlingen er mangelfull (Wynn, Landheim, & Hoxmark, 2013). I Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) og høringsnotat om pakkeforløpene (Helsedirektoratet, 2017) fastslås det et tydelig behov for økt kompetanse om vold og traumer innenfor TSB, og særlig mer fokus på avdekking av traumeerfaringer ved behandlingsinntak. Det er usikkert i hvilken grad ulike foretak gjennomfører en slik kartlegging, og om retningslinjer for traumebehandling følges.

Pasienter med samtidig ruslidelse og PTSD har vist seg å ha mer krevende behandlingsforløp, samt mindre sjanse for positive behandlingsutfall (Flanagan, Korte, Killeen, & Back, 2016). I tillegg opplever helsepersonell det som en krevende problematikk å arbeide med (Back, Waldorp, & Brady, 2009; Najavits, 2002). ROP-retningslinjen viser til at den psykiske lidelsen skal behandles med tradisjonelle metoder (Helsedirektoratet, 2012). Ved PTSD alene anbefales traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT), eksponeringsterapi (PE), og EMDR (NICE, 2005). Mange klinikere vegrer seg likevel for å ta i bruk disse metodene og spesielt eksponeringsterapi (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007). Grunner til dette kan være antakelser hos behandleren om at dette kan medføre risiko for tilbakefall og skade for pasienten (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004; Cook, Schnurr, & Foa, 2004). Studier indikerer derimot bedring av PTSD-symptomer og ingen økt risiko for tilbakefall ved traumespesifikk terapi (som f.eks. EMDR, PE, TF-CBT), sammenlignet med aktive kontrollgrupper som mottar vanlig behandling (Mills et al., 2012; 2016; Nosen, Littlefield, Schumacher, Stasiewicz, & Coffey, 2014; Roberts, Roberts, Jones & Bisson, 2016; Ruglass et al., 2017; van Minnen, Harned, Zoellner, & Mills, 2012). Ved samtidig PTSD eller traumerelaterte symptomer og ruslidelser har integrert traumefokusert behandling og rusbehandling vist seg å ha noe bedre effekt enn annen behandling (Robert et al., 2016; Torchalla, Nosen Rostman, & Allen, 2012).

Mange forskere mener barn, ungdom og voksne med utviklingstraumer utviser andre behov i behandling enn ved ren PTSD (Cloitre et al., 2012; Hermann, 1992; van der Hart et al., 2006). Ofte retter psykoterapi for PTSD seg mot kognitive og emosjonelle prosesser som i

terapien krever en viss mental kapasitet. Mange pasienter kan streve med å sette ord på eller i det hele tatt forstå egne følelser og tanker. For mange med utviklingstraumer har traumereaksjonene blitt fysiologisk betinget ved at opplevelsene har *satt seg i kroppen* heller enn i hodet (Nordanger & Braarud, 2017; Ogden et al., 2006; van der Kolk, 2006). Den kognitive tilgangen på traumeminnene kan derfor være begrenset. Nordanger og Braarud (2017) påpeker at traumebehandling ved utviklingstraumer må utvides utover de tradisjonelle behandlingsmetodene:

Traumebehandling i et reguleringsperspektiv på utviklingstraumer vil ikke primært være psykoterapeutiske intervensjoner, men daglig regulerende og sanseintegrerende erfaringer i barnets naturlige omsorgssystem. Det er slike erfaringer som griper direkte inn i de skjevutviklede nevralt strukturene, og som dermed behandler den underliggende problematikken. Dette flytter fokuset bort fra kompetanse om en spesifikk «metode» og over på kompetanse på hvordan man legger til rette for slike erfaringer på flest mulige arenaer (s. 31).

En fasemodell har blitt foreslått som det optimale for denne pasientgruppen (Cloitre et al., 2012; Herman, 1992; van der Hart et al., 2006). En ekspertgruppe kom i 2012 ut med retningslinjer for hvordan man kan behandle utviklingstraumer hos voksne (Cloitre et al., 2012). Fasemodellen er inndelt i 3 faser. Fase 1 skal sikre at pasienten opplever en trygghet, får en god relasjon til behandlere, og opparbeider seg selvreguleringskapasitet, og sosial, emosjonell og psykologisk kompetanse. Fase 2 skal ha fokus på traumeminnene og bearbeiding av disse gjennom mer spesifikke former for traumebehandling (f.eks. EMDR, kognitiv eksponeringsterapi, narrativ eksponeringsterapi). Fase 3 har som formål å få personen ut i normalfungerende aktiviteter og reintegrere personen i samfunnet. Argumentene for en fasebasert behandling er at pasienter med utviklingstraumer er spesielt sårbare, og traumebehandling kan medføre økt symptomtrykk. Pasienter med dobbelt problematikk har både med seg en sårbarhet fra et liv i rus, og ofte et liv med omfattende omsorgssvikt, traumer og marginalisering. De vil derfor kunne ha behov for andre tilnærminger enn tradisjonell traumebehandling. For mange personer med rusmiddelavhengighet har rusen ofte hatt en spesifikk funksjon i å redusere ubehaget ved traumeminner og sterke emosjonelle opplevelser som skam, sinne, eller nedstemthet (jfr. selvmedisineringshypotesen). I rusbehandling fjerner man tidlig denne forsvarsmekanismen. Dermed står personen tilbake med traumeminnene som han eller hun verken har erfaring med, kapasitet til, eller evne til å håndtere. Disse pasientene vil av den grunn kunne ha behov for mer skjermede enheter som sikrer trygge

rammer i et lengre tidsperspektiv (Lossius, 2012).

Traumebevisst omsorg.

Innenfor TSB vil behandlingen bestå av både psykoterapeutiske intervensjoner og miljøterapi. Traumebevisst omsorg (TBO) er en form for miljøterapeutisk tilnærming for traumeutsatte barn, ungdom og voksne (Bath, 2008). Den har blitt benyttet mye innenfor barnevernsinstitusjoner. Modellen baserer seg på den nevrobiologiske forståelsen av utviklingstraumer (Hagen, 2016; Nordanger & Braarud, 2017). Målet med miljøterapien er å møte pasientens behov og forsøke å gi personen den omsorgen den ikke fikk som barn (Hagen, 2016). Det vil bety at helsepersonell må kompensere for barnets manglende erfaring med regulerende omsorgsgivere (Nordanger & Braarud, 2017). TBO består av tre grunnpilarer; relasjon, trygghet, og emosjonsregulering (Bath, 2008). Hagen (2016) oppsummerer rasjonale for metoden slik: *«mennesker som ikke har erfart en normalt god omsorg i en trygg relasjon i oppveksten vil kunne streve med tillit til andre mennesker, i tillegg til problemer med å regulere egne følelser»* (s. 29). TBO innebærer både en etisk holdning og en konkret tilnærming til hvordan møte traumeutsatte pasienter innenfor ulike helseinstitusjoner. Til nå foreligger det lite forskning på effekten av TBO. En studie av kvinner med samtidig rus- og traumeproblematikk viste noe positive resultater av å integrere TBO inn i rusbehandling. Resultatene viste ingen effekt på rusmiddelavhengighet, men små effekter på traumerelaterte og psykiske problemer (Morrissett et al., 2005).

Oppsummering

Teorien som er fremstilt overfor gir et helhetlig bilde av hvor sammensatt og komplekst fagfeltet er. Oppgaven vil bære preg av denne kompleksiteten og det søkes å nyansere og trekke frem ulike perspektiver når resultatene drøftes. Det foreligger lite forskning på samtidig rus- og traumeproblematikk. Det er i faglig uenighet om hvordan problematikken i det hele tatt skal forstås. Her oppstår et dilemma da problemforståelse er essensielt for å forme praksis. Det faktum at feltet preges av sprikende perspektiver gjør det vanskelig å trekke tydelige konklusjoner på hva som er beste praksis gitt foreliggende forskning. I tillegg er det empiriske grunnlaget svakt. Mange studier lav metodologisk kvalitet, og pasientpopulasjonen er preget av heterogenitet. Det vil si at de har ulike traumeerfaringer (både type 1 og type 2) og hvor noen har PTSD, mens andre igjen har et mer

komplekst tilstandsbilde. Litteraturgjennomgangen viser viktigheten av å få mer kunnskap om feltet. Denne studien tar for seg den erfaringsbaserte kunnskapen hos helsepersonell.

Metode

Kvalitativ metode er valgt grunnet lite eksisterende kunnskap om tematikken, spesielt her i Norge. De senere årene har det vært økende fokus på såkalte ROP-lidelser (eg. samtidig rus- og psykisk lidelse). Til tross for dette har ikke praksis vedrørende samtidig rus- og traumeproblematikk blitt utforsket i tilstrekkelig grad. Rusbehandling er preget av kompleksitet på alle nivå (eg. bruker, individ, organisasjon, politikk, samfunn). Metoden som er valgt er utforskende i sin form, noe som egner seg godt for å fange opp nyanser ved komplekse fenomen (Malterud, 2011). Studien utforsker gjennom dybde- og fokusgruppeintervju hva helsepersonell (psykologer og behandlere) og ledelse i TSB står overfor i sine daglige møter med pasienter med samtidig rus- og traumeproblematikk, og hvordan de plasserer pasientenes traumehistorie i et rusbehandlingsopplegg. Målet er å belyse hvordan slik kompleksitet kommer til uttrykk i handling og strategisk visjon. Studien er ikke av kasuistisk art, men ønsker å favne et generelt bilde av praksis.

Vitenskapsteoretisk grunnlag

Denne studien tar utgangspunkt i postmoderne tenkning om kvalitativ forskning hvor kunnskap erverves i menneskelige samspill der forskeren er en aktiv aktør i å forme kunnskap (Fog, 1994; Kvale & Brinkmann, 2009). Kvalitative studier skiller seg både *epistemologisk* og *ontologisk* fra det mer naturvitenskapelige vitenskapsidealet, positivismen (selv om man kan finne noe kvalitativ forskning som underligger dette paradigmet). Det ontologiske perspektivet (eg. realitetens natur) i kvalitativ forskning erkjenner at det finnes nyanser av virkeligheten og mening dannes i et sosialt samspill (Fog, 1994). Det epistemologiske (eg. hvordan kunnskap oppnås) standpunktet innenfor den kvalitative tradisjonen legger vekt på at kunnskap er å finne i subjektive erfaringer. Kunnskap er i dette perspektivet dynamisk og kontekstuell (Creswell, 2013; Malterud, 2011). Målet er å fange opp ulike subjektive nyanser knyttet til et fenomen, og dermed vil fokus rette seg mot detaljer og det spesifikke, heller enn det generaliserbare. Kvalitativ og kvantitativ forskning har lenge blitt inndelt i henholdsvis induktiv og deduktiv kunnskapsgenererende praksiser. Dette skillet kan sies å være til dels kunstig da den induktive forskningen nødvendigvis må bygge på tidligere teori, erfaringer, og

hypoteser. Den kvalitative forskeren kan ha som mål å være induktiv i den forstand at man ønsker å bygge ny teori, men er deduktiv i den forstand at hun forankrer forskningen i teori og hypoteser. Absolutt induktiv forskning vil bety at kunnskap erverves i et vakuum, noe som ikke er en realistisk målsetning (Malterud, 2001).

Begrepene *fenomenologi* og *hermeneutikk* er ofte referanserammen for mange kvalitative studier (Kvale & Brinkmann, 2009). Et fenomenologisk perspektiv utforsker hvordan subjektet erfarer verden og fenomenene i den. Hermeneutikken bidrar med fortolkning av meningsinnholdet i denne erfaringen (Malterud, 2011). Forholdet mellom fenomenologien og hermeneutikken er at kunnskap og forståelse erverves i et samspill mellom fenomenet som studeres, forskeren og konteksten fenomenet og forskeren befinner seg i. Kunnskapsmålet er dermed å få innsikt i hvordan subjektet erfarer et fenomen. Disse begrepene defineres på ulike måter avhengig av hvilken filosofisk retning man forholder seg til. I dette tilfellet er det den pragmatiske vitenskapsteorien- og filosofien som er rammeverket.

Studien tar et *pragmatisk* perspektiv ved at den utforsker hva som er anvendelig, praktisk og «fungerer». Pragmatisme kan både benyttes innenfor kvalitativ og kvantitativ forskning, og ofte gjennom såkalte «mixed-method»-studier (Creswell, 2013). Pragmatisme har som formål å gi kunnskap i form av hvordan man kan mestre de omgivelsene man befinner seg i (Kvale & Brinkmann, 2009). En slik vitenskapsteoretisk retning går ikke i dybden på det ontologiske grunnlaget, altså om realiteter er objektive og statiske, eller subjektive og konstruerte (Creswell, 2013). Pragmatismen har sitt opphav fra filosofer på tidlig 1900-tallet, som John Dewey (1929) og William James (1907/2012). Pragmatikerne tok et epistemologisk standpunkt hvor kunnskap ble sett på som i stadig endring, og gjennom erfaring og refleksjon kan kunnskap utvikles og hypotetiske løsninger på problemer kan testes ut. Om løsningene fungerer gir den fra et pragmatisk synspunkt sann (Creswell, 2013). Pragmatikerne hevdet at det ikke finnes noen allmenngyldige eller universelle regler som er gjeldende ved alle tilfeller og i alle kontekster. James (1907/2012) er opphavsmannen til den funksjonalistiske psykologien. En slik psykologi skal søke å fremsette nyttig kunnskap om individets tilpasning til sine omgivelser. I denne tradisjonen er det *individets opplevelse* av hva som er virkningsfullt som gir gyldig kunnskap. Her ser man pragmatismens opptatthet av det subjektive, som er forenlig med fenomenologiske og hermeneutiske prinsipper. Ofte har klinisk praksis et pragmatisk fundament, ved at praksis i stor grad tar utgangspunkt i prøving

og feiling av ulike tilnærminger og teknikker, for å finne ut av hva som fungerer for den enkelte. Det er sjeldent en fasit for hva som er effektiv praksis. Retningslinjer og forskning kan være tydelige i å veilede praksis, men det er ikke alltid det speiler hva som faktisk fungerer i praksis. Det empiriske grunnlaget retningslinjene bygger på gir ikke nødvendigvis nyttig informasjon om hvordan et spesifikt problem bør løses. Det kan altså ha liten bruksverdi på individnivå. Informantene i denne studien vil derfor kunne belyse graden av et eventuelt gap mellom forskning, retningslinjer, og faktisk praksis hos disse informantene. En slik sammenligning vil kunne utvide og nyansere hva som er beste praksis og derfor pragmatisk, gitt kontekstuelle forhold.

Forskningsdesign

De sentrale dimensjonene i designet er 1) eksplisitt traumefokus vs. ikke traumefokus, og 2) offentlige aktører vs. private aktører. Forskningsdesignet er valgt ut for å reflektere hvordan TSB er organisert. TSB består av både private og offentlige aktører. Innenfor hver TSB-enhet arbeider det tverrfaglige team bestående av psykologer og miljøpersonale. Informantene som er valgt i denne studien er en del av utrednings- og/eller behandlingsprosessen, bortsett fra lederne. Lederne ved de enkelte institusjonene hadde likevel god innsikt i denne prosessen.

Utvalg.

Utvalget tar utgangspunktet i målet om å samle mest mulig relevant informasjon om det fenomenet man studerer. For å undersøke problemstillingene består utvalget av sosial- og helsefaglig personell, i hovedsak miljøpersonale og psykologer, samt ledelse ved offentlige og private rusklinikker i Norge. Utvalgsprosedyren bestod av en *strategisk utvalgsprosedyre* for å sikre bredde og variasjon i utvalget. En slik utvalgsprosedyre har som mål å sikre at datamaterialet har en overføringsverdi, det vil si at generert kunnskap fra denne spesifikke studien kan benyttes i andre liknende settinger. Dette må ikke misforstås med generaliserbarhet som oppnås ved representative utvalg (Malterud, 2013). Prosedyren ble gjennomført på tre nivåer; 1) valg av institusjoner innenfor TSB innen privat og offentlig sektor, og 2) valg av informanter innenfor institusjonen for å fange opp tverrfaglig kompetanse, og 3) innhold i behandlingen (f.eks. eksplisitt traumefokus). Flere offentlige og private institusjoner ble kontaktet (6 stykker), og én offentlig og to private aktører takket ja til

deltakelse. Den ene private institusjonen ble kontaktet de i to år har arbeidet med et eksplisitt traumefokus etter å ha gjennomført kurs i såkalt Traumebevisst Omsorg (TBO). Den offentlige institusjonen har akkurat gjennomført kursing i traumekunnskap, men har enda ikke fullstendig implementert metoden i sitt behandlingsprogram. Begge disse institusjonene har blitt kurset av Ressurssenter for Vold, Traumatisk Stress, og Selvmordsforebygging (RVTS) Den andre private institusjonen har ikke et eksplisitt traumefokus, men arbeider etter en modell med felleskap som metode. Ledelse og forskningsavdeling ved hver institusjon ble kontaktet først for forespørsel om deltakelse i studien. De fikk tilsendt prosjektbeskrivelsen for studien, godkjenning fra NSD, informasjonsskriv om samtykke. Etter å ha takket ja, valgte ledelsen ved den enkelte institusjon ut 14 informanter basert på gitte utvalgsriterier. Disse kriteriene var: 1) informantene må arbeide i tverrfaglige team og ha utrednings- og/eller behandlingsansvar 2) 1-2 psykologer, og 3) 1-2 behandlere/miljøpersonale, og 4) 1 leder med nærheten til behandlingspraksis. Informantene er mellom 20 – 60 år. Det var 3 menn og 11 kvinner. Yrkesbakgrunnen til informantene er variert med utdanning som sykepleier, sosionom, pedagog, psykolog, og vernepleier. Alle informantene arbeider i TSB på døgnavdelinger, og med både kvinnelige og mannlige rusmiddelavhengige mellom 18 – 60 år. Det vil si at pasientene bor på institusjonen over en lengre periode, mellom 6 – 12 måneder. Lengden er avhengig av pasientens behov og gjennomføringsevne, og kan utvides eller forkortes dersom det blir ansett som hensiktsmessig. I tillegg tilbyr den ene private institusjonen 6 måneders oppfølging i etterkant gjennom ambulante tjenester. Pasientene følger et daglig behandlingsopplegg ved institusjonene. Innholdet i behandlingen varierer avhengig av institusjon, men overordnet består behandlingstilbudet av gruppe- og individualsamtaler, medisinsk oppfølging, arbeidstrening, og aktivitetstilbud.

Tabell 1

Utvalgskarakteristika og deltakere

	Privat 1	Privat 2	Offentlig
Traumefokus	X		x
Ikke traumefokus		x	
Psykolog	1	2	2
Behandlere/miljøpersonale	3	1	2
Leder	1	1	1
Totalt: 14	5	4	5

Tabell 2

Navn på informanter

	Institusjon 1	Institusjon 2	Institusjon 3
	Psykolog 1.1	Psykolog 2.1	Psykolog 3.1
	Behandler 1.1	Psykolog 2.2	Psykolog 3.2
	Behandler 1.2	Behandler 2.1	Behandler 3.1
	Behandler 1.3	Behandler 2.2	Leder 3.1
	Leder 1.1	Leder 2.1	
Totalt: 14	5	5	4

Datainnsamling.

To datainnsamlingsmetoder ble benyttet i denne studien, 1) dybdeintervju og 2) fokusgruppeintervju. Disse to ble valgt for å ha et mangfoldig datamateriale. Valg av to metoder ble begrunnet i prinsippet om kildetriangulering (Malterud, 2011). Kildetriangulering kan sies å bidra til økt gyldighet fordi man i større grad kan unngå feilkilder. Hvorvidt dette er tilfelle er omdiskutert. Jeg anså det som nyttig å bruke to datakilder, spesielt da det muliggjorde å belyse tematikken fra et individ- og gruppeperspektiv. Dette reflekterer hvordan man innenfor TSB arbeider på flere nivå; både individuelt, tverrfaglig og teambasert. I tillegg var det gjennom fokusgruppeintervjuene mulig å følge opp og utvide forståelsen av tilegnet informasjon fra dybdeintervjuene. Kunnskap fra dybdeintervjuene ble brukt aktivt for

å forme innhold i fokusgruppeintervjuene. I tillegg ble det anledning for å nøste opp i uklarheter og gå dypere inn på valgte temaer.

Dybdeintervju ble valgt for å fange opp den enkelte informants erfaring og opplevelse med fenomenet samtidig traume- og rusproblematikk, uten påvirkning fra andre. Fokus var historier og erfaringer fra egen praksis. Dybdeintervju har sin fordel i å skape rike data. Intervjuet tok form som et *semistrukturert livsverdensintervju* hvor det er informantens perspektiv og livsverden som skal utforskes (Kvale & Brinkmann, 2009). Dybdeintervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass, og i et skjermet rom. Dette skapte trygge rammer for en åpen og god samtale. Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker, noe som gjorde det enklere å være tilstede og oppmerksom i samtalen. Hvert intervju hadde en varighet på omtrent 1 time. Intervjuet ble utført ved hjelp av en intervjuguide med forhåndsbestemte spørsmål/tema (se vedlegg 1). Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk. Den ble benyttet som et viktig verktøy for å belyse sentrale valgte temaer, og for å følge opp og utdype det informantene kom med. Begrensning med benyttelsen av en forhåndsbestemt intervjuguide er faren for å bli påvirket av egen forforståelse og antakelser om fenomenet. For den uerfarne intervjuer anbefales likevel en omfattende intervjuguide da reduserer risikoen for utelatelse av viktige oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009). Fordelen med intervjuguide er at valgte temaer blir belyst av hver informant. Informanten ble bedt om å gi konkrete beskrivelser, men det ble påpekt at personen ikke måtte gi personidentifiserende opplysninger om pasienter eller annen informasjon som kunne gi brudd på taushetsplikten. Dette medførte at noen av informantenes erfaringer og opplevelser ble gitt i mer generaliserte og begrensede beskrivelser.

Fokusgruppeintervjuet kan karakteriseres som en gruppediskusjon av et spesifikt tema. Det er godt egnet for å fange opp ulike erfaringer og tanker om et fenomen (f.eks. helsepraksis), spesielt der hvor mennesker samhandler (Malterud, 2012). Styrken i fokusgruppeintervjuet er å få fremme ulike synspunkter og utvidelse av disse (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuguiden (se vedlegg 2) ble utviklet ut i fra tentative temaer fra de individuelle dybdeintervjuene. Informantene bestod av de samme informantene fra dybdeintervjuene, bortsett fra én psykolog som hadde skiftet arbeidsplass. Til sammen ble det gjennomført 3 fokusgruppeintervjuer. Gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene ble gjort på den enkelte arbeidsplass, i et skjermet rom. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd med samtykke fra deltakerne. Det ble gitt informert samtykke.

Min rolle i intervjuprosessen var å være *moderator*. Den rollen innebærer å sikre gode historier fra samtlige informanter, fremme flyt mellom informantene ved å være noe tilbaketrukket, og lede samtalen i retning forskningsspørsmålet (Malterud, 2012). Ikke alle informantene deltok i like stor grad. Som moderator forsøkte jeg å få frem alles stemme, men jeg opplevde at ikke alle hadde like mye å bidra med innenfor temaene som ble diskutert. Det kan være en indikasjon på at spørsmålene ikke fanget opp tverrfagligheten på en god nok måte, eller at det var variasjon i kunnskapsgrunnlaget.

Transkripsjonsfasen av auditiv til skriftlig materiale er en viktig del av analyseprosessen. Det er anbefalt at forskeren selv transkriberer for å komme nærmere rådataene (Malterud, 2011). Transkripsjonen ble her utført med ord-for-ord transkribering. For å få frem informantens budskap ble setninger som skriftlig ble uoversiktlig og mistet sin mening omskrevet. Malterud (2011) anbefaler renskrivning og endring av materiale når det fremhever og forbedrer det informanten ønsker å formidle. En begrensning ved transkriberingen er at mye kommunikativ informasjon i kroppsspråk, ordlyd, ironi, sarkasme og kontekst ikke kommer tydelig frem. Transkribering må derfor regnes som en reduksjonsprosess hvor resultatet ikke er en direkte gjengivelse av råmaterialet (Kvale & Brinkmann, 2009). Allerede i transkriberingsfasen har man derfor som forsker begynt å analysere og ta aktive valg for hva som skal utgjøre det endelige datamaterialet. Der hvor personen ikke fullfører setninger eller meningen ikke kommer tydelig frem ble tolkningen av mening fremsatt i klammeform. Her kan man igjen se hvordan kunnskap gjennom hele den kvalitative prosessen konstrueres.

Etikk

Informantene (ledelse og behandlere) ga sitt samtykke skriftlig, og mottok informasjon under både dybde- og fokusgruppeintervjuene om at de når som helst kan trekke seg fra studien. Samtykkeskjemaet (se vedlegg 3) inneholder informasjon om studiens formål, gjennomføring av studien, hvilke fordeler/ulempes deltakelse kan innebære, og hvordan deres anonymitet og informasjon vil bli ivaretatt.

Ved begynnelsen av hvert dybdeintervju ble informantene informert om hvordan deres anonymitet vil bli ivaretatt og de skrev under på samtykkeskrivet. Informantenes identitet vil være skjult. I analysen vil hver informant ikke være representert gjennom navn eller institusjonens navn, men via en kode. Dette for å sørge for at informantene ikke blir koblet

opp mot spesifikk informasjon eller utsagn i rapporten. Kodenøkkel vil holdes adskilt fra personidentifiserende informasjon. Informantene er gjort kjent med begrenset anonymitet ved fokusgruppeintervju. Under dybdeintervjuet ba to informanter om at sensitiv informasjon ble fjernet fra intervjutranskriptet. Denne informasjonen ble utelatt under transkribering.

Lydfil samt transkripsjon vil bli slettet umiddelbart etter godkjent hovedoppgave. Inntil dataene slettes vil alle filer og transkripsjoner bli lagret digitalt på enheter uten internettilgang og oppbevares på en sikker måte. Skriftlig materiale vil ikke inneholde personidentifiserende informasjon.

Forskningsprosjektet er godkjent av NSD og Personvernombudet (se vedlegg 4).

Metodologisk tilnærming: Tematisk analyse

Braun og Clarke (2006) karakteriserer tematisk analyse som en metode for å identifisere, analysere og fremstille mønstre i et datamateriale. Tematisk analyse, som kun er en analysemetode (Braun & Clarke, 2013), anses å være en grunnleggende, fleksibel, og spesielt god metode for nybegynnere (Boyatzis, 1998; Braun & Clarke, 2006). Den er fleksibel i den forstand at den kun retter seg mot selve analyseprosessen, og ikke har ett bestemt epistemologisk fundament. Denne fleksibiliteten gjør også at jeg har stått ovenfor en rekke valg gjennom hele forskningsprosessen. Jeg søker derfor å utvise gjennomsiktigheten vedrørende slike valg. Analysen i denne studien er både eksperimentell og tolkende. Det vil si at den tar utgangspunkt i hvordan informantene beskriver deres erfaringer og gir dem mening, samt tolkningen av denne. Temaene som presenteres kan derfor både være semantiske (eg. deskriptive) og latente (eg. tolkende) (Braun & Clarke, 2013). Analysen er lagt på et overordnet nivå hvor hele datasettet har blitt analysert for å fange opp helheten. Her er en begrensning at man mister dybde og noe av kompleksiteten i fenomenet som er studert. Temaene ble konstruert ut ifra hva som kunne nyansere den overordnede historien informantene fortalte. De ulike temaene har en horisontal og vertikal relasjon til hverandre, men de er også selvstendige temaer som forteller hver sin del av historien. Litteraturgjennomgangen er gjennomført i etterkant av dybdeintervjuene. Noe litteratur ble lest i forkant for å forme intervjuguiden slik at den hadde et tydelig formål og retning. Litteraturgjennomgangen i analyseprosessen var nyttig for å få et større blikk på datamaterialet, og temaene ble analysert opp i mot teori for å utvide analysen fra et deskriptivt nivå til mer fortolkende nivå. Braun og Clarke (2006) påpeker at det er viktig at den tematiske

analysen løftes opp fra kun å være beskrivende. Det er på det fortolkende nivået at dataene blir *analysert* og gir nyttig kunnskap.

Analyseprosessen



Figur 2. Et eksempel fra resultatene i denne studien på fremgangen i analyseprosessen; dataekstrakt - kode - undertema - tema – hovedtema

Analysen i denne studien har fulgt Braun og Clarke (2006) sine 6 analysetrinn²:

Gjøre seg kjent med data: Gjennom å intervju, transkribere, og lese gjennom transkriptene gjentatte ganger kom man nærmere dataene, både ved å bli kjent med helheten i datasettet og detaljene i den enkelte informants beskrivelser. Memos ble spesielt brukt i denne fasen for å fange opp initielle tanker om datasettet og mulige temaer og koder. Hver ekstrakt ble forsøkt gitt flere koder som var passende. Hvor stort dataekstrakt hver kode tilhørte varierte fra ord og setninger, til større avsnitt. Kodingen tok form som komplett koding (jf. Braun & Clarke, 2013) hvor alt som var ansett som relevant til forskningsspørsmålet ble kodet.

Generere initielle koder: Koder er i tematisk analyse den minste analytiske beskrivelse av et datasegment. Datamaterialet ble analysert i sin helhet i lys av forskningsspørsmålet, gjennom *komplett koding* som Braun og Clarke (2013) kaller det. Data som ikke anses som relevant for forskningsspørsmålet ble utelatt. Forskningsspørsmålet i dette tilfelle er bredt, og derfor ble den initielle kodingen utstrakt og inkluderte store deler av datamaterialet. Kodene var i hovedsak datadrevne, men noen få koder ble utviklet ut i fra teori om traumepsykologi (f.eks.

² Trinn kan være et misvisende begrep da analysen heller har tatt form gjennom en dynamisk prosess. Det vil si at jeg som forsker har gått frem og tilbake i datamaterialet, fra det konkrete (eg. rådata) til det mer abstrakte (eg. teori og hovedtema). Noen av trinnene, f.eks. trinn 5 og 6 har vært en del av analysen hele veien selv om de presenteres her som å være siste del av analysen.

«smerteuttrykk»). Memos ble brukt gjennom hele prosessen for å sikre gode koder, samt for generering av tentative temaer. Her ble den metoden, konstant komparativ metode, anvendt for å sikre at kodene lå tett opp til rådataene og for å fange kompleksiteten i datamaterialet (Braun & Clarke, 2013). Koder og tentative temaer ble gjennom hele denne fasen revidert, forkastet, og slått sammen.

Identifisere tema: Neste steg var å samle koder i konseptuelle temaer. Et godt tema utgjøres av koder som beskriver ett aspekt ved temaet, og hvor temaet er meningsbærende og organiserende (Braun & Clarke, 2013). I denne fasen ble det viktig å skille mellom hva som er gjeldende som et tema og hva som er kun karakteristikk ved datamaterialet. Et essensielt aspekt for å finne gode temaer var å se bort fra de enkelte spørsmålene som genererer svar. De gode temaene var de som gikk på tvers av spørsmål og informanter. Tematisk analyse tar utgangspunkt i at temaer ikke «dukker opp» fra dataene, men er gjenstand av en aktiv forskningsprosessen. Relevante mønstre i data ble identifisert ved å gå frem og tilbake mellom koder, dataene som utgjør kodene, og tentative temaer. Deretter ble de temaene som lå tette opp mot forskningsspørsmålet trukket ut. Memos ble benyttet aktivt på dette stadiet for å reflektere over hvilke temaer som best kunne besvare forskningsspørsmålet, og hvilke koder som falt innunder de ulike temaene.

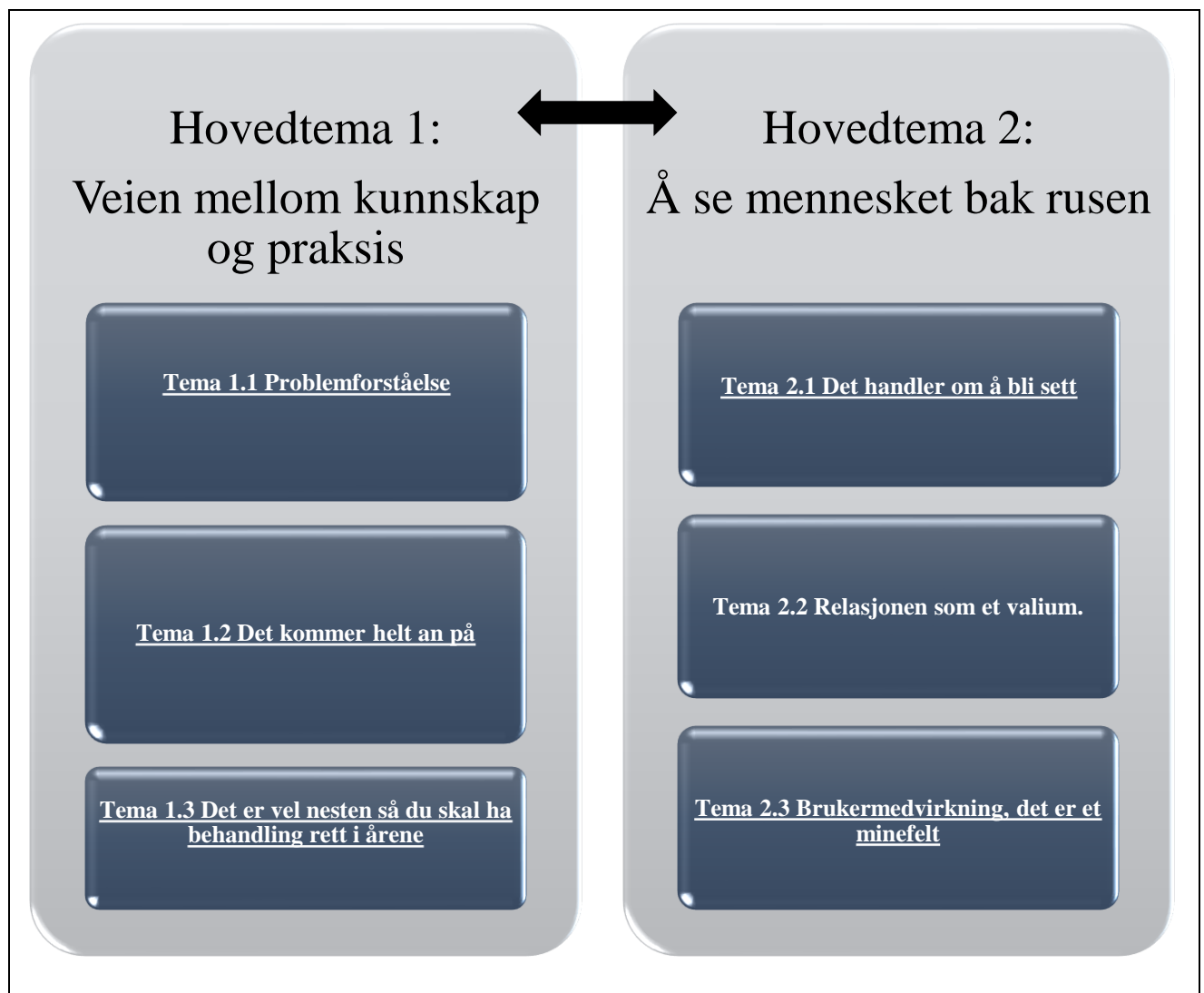
Revidere tema: Datamaterialet er stort og det er derfor lagt vekt på hva som er kjernen i historien informantene forteller. Temaer som ikke var tett tilknyttet denne historien eller problemstillingen ble utelatt i dette stadiet. De endelig valgte hovedtemaene karakteriseres av at de er gjeldende på tvers av alle informanter, institusjoner, spørsmål og informanter. Hovedtemaene representerer informantenes to hovedfortellinger, men også relasjonen mellom disse fortellingene. Temaene og under temaene nyanserer og beskriver spesifikke aspekter ved disse historiene. De identifiserte temaene ble på dette steget revidert i henhold til temaenes overenstemmelse med kodeekstraktene og helheten i datasettet. Temaene ble vurdert til etter prinsippet om 1) intern homogenitet, det vil si at hovedteamet, temaene, og undertemaene samsvarer med hverandre, og 2) ekstern heteogenitet hvor de ulike temaene skal bestå av distinkte meningsenheter (Braune & Clarke, 2006). Alle hovedtemaene, temaene og undertemaene ble til i en konstant sammenligning med hverandre og dataekstraktene. Målet var å sikre at analysen gikk fra det konkrete i dataekstraktene og til det abstrakte og metateoretiske i hovedtemaene.

Definere og navnsette tema: I dette steget er målet å belyse den overordnede historien som informantene forteller (Braune & Clarke, 2006). Temaene ble spesifisert og konkretisert. Det betød å utelate temaer, underteamer og koder som ikke relaterte seg helt konkret til den overordnede historien og problemstillingen. Ett eksempel på ett tema som ble utelatt fordi det ikke gjenspeilet resten av historien var «ettervern». Mange informanter fortalte om viktigheten av ettervern, men hvor dette ikke var konkret relatert til deres praksis ved samtidig rus- og traumeproblematikk. Definerings og navnsetting av temaene var en kontinuerlig prosess, og hvor temaene ble mer spissformulerte og tydeligere når analysen gikk dypere ned i materialet. Navnene på de ulike temaene ble konstruert basert på et ønske om kreativitet, spissformulere poengene i temaet, og bidra til nysgjerrighet (Braune & Clarke, 2013). På den måten er også navnene med på å fortelle historien, og hvor flere av de tematiske navnene er rene utsagn fra informantene.

Produsere rapport: Skriveprosessen ble ikke lagt til slutten av analyse. Analysering er å skrive (Braun & Clarke, 2013). Sluttproduktet er derfor ikke gjenstand for noe som har skjedd på slutten av analysen, men er et resultat av en kontinuerlig dialog mellom data, jeg som forsker, og relevant teori og empiri.

Resultater

Jeg har valgt å integrere presentasjon av funnene og drøftingen av disse under resultatdelen. Løsrevet fra drøfting blir ikke funnene annet enn beskripsjoner som alene ikke gir analytisk verdi (Braun & Clarke, 2013). Resultatene er inndelt i to hovedtemaer som er distinkte, men også tett knyttet til hverandre. Hovedtemaene forteller en historie om hvordan behandlere og ledelse beveger seg i landskapet mellom kunnskap og praksis, og hvordan dette landskapet formes igjen av hvordan informantene ser mennesket bak rusen. Informantene formidler en praksis som behandler mennesker i lys av deres historie, og ikke historieløse objekter eller diagnoser.



Figur 3. Resultatene fra analysen bestående av hovedtema, temaer og undertemaer.

Hovedtema 1: Veien mellom kunnskap og praksis

Hovedtemaet omhandler hvordan informantene beveger seg fra kunnskap til praksis. Deres kunnskapsbase og problemforståelse er retningsgivende for den behandlingen de gir. Informantene beskriver et fagfelt hvor det sjeldent finnes ett fasitsvar og hvor de er nøye med å fremme et nyansert bilde på praksis. Som Smedslund (2017) sier; *det kommer altså an på*. Den «ideelle» praksis forstås i lys av det beste for den enkelte pasient, og det er lite fokus på generelle prinsipper som gjelder på gruppenivå. På den andre siden fremkommer det visse generelle tilnærminger som ligger implisitt i det de forteller om å ha med seg traumeperspektivet. Her vises det ofte til grunnpilarene i modellen for Traumebevisst Omsorg; trygghet, relasjon, og emosjonsregulering (Bath, 2008). Informantene som har gjennomført kurs om traumer har et mer bevisst forhold til disse grunnpilarene. Samtidig utviser institusjonen som ikke har et eksplisitt traumefokus å inneha viktig traumeforståelse i at deres praksis tar utgangspunkt i å skape gode relasjon til pasienten, og legge til rette for trygge rammer. Informantene fra alle tre institusjonene løfter opp de samme begrensede rammebetingelsene for god praksis. Flere informanter skisserer et *rusfelt i endring* etter Rusreformen 2004. De opplever at kunnskapsbasen og praksis beveger seg i større grad mot integrert behandling av rus og psykiske vansker, og et økt fokus på å behandle hele mennesket.

Tema 1.1: Problemforståelse.

Å løse et problem avhenger av hvordan problemet blir forstått. I møte med mennesker som har et sammensatt tilstandsbilde kan det være vanskelig å manøvrere seg frem til problemets kjerne. Det kan også være flere riktige måter å angripe problematikken. Et viktig aspekt når det kommer til hva som skal behandles er hvorvidt behandlingsfokuset skal ligge på rus, traumer eller begge deler, og hva som er nødvendig for at behandlingen skal ha en effekt. Flere informanter peker på at det er helt nødvendig å arbeide med traumer, slik informantene her reflekterer over:

Jeg mener at man må jobbe med traumene på et eller annet tidspunkt og på et eller annet vis for å kunne holde seg rusfri. For hvis historien innhenter deg hele tiden da er det så lett for deg som person som har denne avhengigheten å falle tilbake. Det å gi de noen andre verktøy for å takle det, og etter hvert så kan man kanskje tenke at symptomene reduseres etter hvert når du har stabilitet i livet ditt, og det ser man hos noen pasienter. At traumene blir ikke like

viktige fordi stabiliteten den kommer på plass, relasjonene kommer på plass, og da er ikke symptomene like sterke. Det betyr ikke at man kunne med fordel jobbet med det mer, men allikevel da har kanskje denne personen kommet såpass langt at han tenker at «vet du hva, nå tror jeg at jeg klarer meg». (Psykolog 3.1)

Selv om det anses som nødvendig, så er det ikke slik at å arbeide med traumer er tilstrekkelig for bedring. Informantene påpeker at det er flere aspekter ved pasientens liv og fungering som må på plass

Nei, jeg tror ikke det er avgjørende, det er flere.. det vil alltid være flere ting. Som skal til for å lykkes med behandling enn bare tenke at «jeg fikk hjelpe med traumene», og så gikk det bra. Jeg tror alltid det er flere ting som skal til. Og det er en del ting som gjør at vi sliter litt, for vi vil at mange ting skal inn i behandlingen og kanskje man burde være flinkere til å si at i gitte perioder så må psykisk helse være høyt oppe på dagsorden, høyere enn det andre, og så får struktur og komme opp på morgnen, og alle andre ting en trenger å jobbe med komme inn i en annen fase, eller først da. (Psykolog 3.2)

Det virker å være en stor oppgave å møte alle behovene pasientene har. For å ha et fullverdig liv vil det være nødvendig å finne mening i tilværelsen gjennom for eksempel jobb og andre relasjoner, og det er ikke nok å ha et ensrettet fokus på traumer i møte med rusmiddelavhengige selv om mange har en omfattende traumehistorie

Nei, for la oss si at du klarer å jobbe godt med traumene. Og så kommer du ut og flytter ut. Du har ikke peiling på økonomi, du må finne deg en jobb og fungere i et fellesskap. Hvordan skal du gjøre det? En har fungert i et fellesskap i rusmiljøet som har vært ganske idiotisk, så det går ikke an å ta de tingene fra hverandre. Det er utfordringen. Det er derfor jeg tror at de kommer herfra.. og jeg mener vi gjør en god jobb, det mener jeg. På papiret så kan det ofte se sånn ut, hva holder vi på med her? Fordi det blir ikke nok konkret, det blir for svevende, det blir for mange ting som man må forholde seg til og trene på. Da blir det for svevende på en måte, kan jeg tenke meg. (Psykolog 2.1)

Hva som skal ha fokus og i hvilken rekkefølge virker å være et annet handlingsvalg informantene står ovenfor i sin praksis. Det virker å være en konsensus om at pasientene trenger å ha en viss form for rusmestring og trygghet i bunnen. Dette kan manifestere seg som et behandlingsdilemma da rusens funksjon er så nært knyttet til traumene. Spørsmålet blir da, hvor skal man starte? Informanten under sier noe om at man må starte med rusmestring for at pasienten i det hele tatt skal være tilgjengelig for traumebehandling:

Problemet er jo at.. dilemmaet er jo at vi ønsker å ha med hodet også. Det kognitive. At man føler seg mer integrert som person da, i en viss forstand. At hodet og følelser og kropp henger sammen. Og at de deler samme målsetning med tilværelsen. Og det gjør behandling litt mer komplisert. Før jeg kan sette i gang en effektiv eller en eller annen måte begynne å håndtere traumene så bør man ha en viss grad av rusmestring og en viss grad av rusmestring over tid, og en trygghet på, eller hvert fall en plan på, hvis dette her blir tøft, og traumebehandling er tøft, hvordan skal en håndtere disse vanskelige følelsene som dukker opp. (Psykolog 3.2)

Informanten nedenfor viser til at det er vanskelig å skille hva som er rusbehandling og hva som er traumebehandling:

Men det er flytende overganger, hva er rusbehandling og hva er traumebehandling. Og så lenge traumebehandling er trygging og kontakt, og ny læring i hva som skjer i meg så er det jo nettopp forebygging av rusepisoder også. (Psykolog 1.1)

Det vil si at det er mulig å behandle både rus og traumer gjennom traumebevisste miljøintervensjoner (det vil si TBO), og at man ikke trenger å ta stilling til hva som skal behandles når. Behandling av det ene vil nødvendigvis være behandling av det andre, og en slik praksis sørger for en helhetlig og integrert behandlingstilnærming (Mueser, Noordsky, Drake & Fox, 2006). Parallele løp er mulig ved at man har fokus på å bygge trygghet, relasjon, og mestringsstrategier for å håndtere vanskelige følelser, tanker og minner (både rus- og traumerelaterte). Mange pasienter synes å ha brukt rus som en måte å flykte fra sine tanker, følelser og minner knyttet til traumeerfaringer. Forstått slik så fjerner man i rusbehandling en viktig funksjon ved rusen, nemlig å mestre uhåndterbare traumeerfaringer. En slik forståelsesmodell er i tråd med *selvmedisineringshypotesen* (Chilcaut & Breslau, 1998) hvor rusens funksjon er å dempe smertene forårsaket av traumeerfaringer og symptomer. Målet for behandling blir da å gi alternative mestringsformer. Flere av informantene fremhever denne hypotesen i hvordan de forstår sammenhengen mellom rusmiddelavhengighet og traumeerfaringer. Spesielt én institusjon opererer spesifikt etter denne forståelsesmodellen, og mer konkret refererer de til rusmiddelmissbruk som en form for *smerteuttrykk* (Nordanger & Braarud, 2016). Det vil si at det alltid ligger en årsak bak atferden og rusmiddelavhengigheten, den er *uttrykk for noe annet*, og at denne årsaken er relatert direkte eller indirekte til traumeerfaringer. På den andre siden nyanserer noen informanter dette perspektivet ved å trekke frem kompleksiteten. Rusmiddelavhengigheten anses som en selvstendig lidelse som også har andre opprettholdende mekanismer enn traumeerfaringer, og

det er heller ikke slik at traumeerfaringer kan forklare alle vanskene hos alle pasientene. I den ytterste konsekvens kan da traumeforståelsen stå i fare for å bli utvannet (Bath, 2017). Det er heller ikke slik at alle rusmiddelavhengige som har traumeerfaringer er i behov for traumebevisst omsorg eller behandling. Hva som skal behandles, rus eller traumer, blir da et spørsmål om «høna eller egget». Det er vanskelig å skille disse to da de begge er integrerte i hverandre. Denne forståelsen favner videre enn selvmedisineringshypotesen. Det vil si at rus ikke nødvendigvis kun er en måte å håndtere smerte (eg. traume) på, men at de begge kan operere som selvstendige enheter og er sammenvevd i et komplekst symptombilde (Mueser et al., 2006). Om rusmiddelavhengighet kun forstås i lys av selvmedisineringshypotesen kan helsepersonell stå i fare for å undergrave betydningen av andre opprettholdende faktorer (som f.eks. biologiske belønningsmekanismer) som ikke er relatert til traumeerfaringer. Dette er i tråd med den biopsykosiale modellen for rusmiddelavhengighet. Den anerkjenner det sammensatte samspillet mellom biologiske, psykologiske, og sosiokulturelle krefter i sårbarhet for, utvikling, og opprettholdelse av rusmiddelavhengighet (Kraft, 2016).

For å kunne utøve en treffsikker behandling er det viktig å ha kunnskap om det man faktisk skal behandle. Samtlige av informantene skisserer en pasientpopulasjon som bærer med seg én eller mangfoldige traumeerfaringer:

Utviklingstraumer, omsorgssvikt. Når vi hører at de får sprit på tåteflaska som små babyer. Det er jo så tragisk. Utviklingstraumer er det mange som har. Vært under barnevernets omsorg. (Leder 2.1)

Dette er i tråd med forskningen som viser høye prevalenstall av barndomstraumer og negative belastninger hos personer med rusmiddelavhengighet (Anda et al., 2002; Dube et al.; 2001; 2003; Enoch, 2011; McHugo et al., 2005; Pilowsky et al., 2009; Strine et al., 2012). Det er heller regelen eller unntaket, slik informanten under beskriver det:

Jeg tenker at.. det er vanskelig å angi sånn prosentandel, men hos de aller fleste som kommer hit, og jeg tenker generelt som har rusproblematikk, har enten traumer med seg eller får det i rusmiljøet. De som har holdt på noen år og kommer i behandling har traumer i en eller annen form. No doubt, sånn er det bare. Jeg tror ikke jeg har snakket med.. nå har jeg jobbet 20 år som psykolog snart, da var det rusproblematikk og selvfølgelig veldig mye annen problematikk, men de som har ganske tung rusproblematikk har traumer vil jeg si. (Leder 3.1)

Dette skillet finner man igjen i inndelingen av type 1 og type 2 traumer (Herr, 1991).

Nedenfor presenteres et eksempel på hvordan informantene skiller mellom disse traumeerfaringene:

Det synes jeg er litt avhengig av hvilken pasient jeg møter. For vi har jo pasienter her som helt tydelig har, fra de er små en god tilknytning til foreldrene. Det har vært en mamma som har holdt babyen og hatt omsorg. Vi har faktisk det også her. Du kan jo si at for at jeg skal finne ut noe om det så liker jeg helst å gjøre intervju med foreldrene. Fra babyalder, fra 40-åringen lå i mors mage. Så har jeg snakket med mødre som har vært over 70 år, hvis pasienten vil det. Det er ikke alltid de vil det. Og da er det jo de som har hatt.. hvor det liksom har vært noe med barnet. Vært veldig urolig. Vært vanskelig på en måte å håndtere. Det kan ha vært kjærlig barn som på skolen ikke helt har vært sett. Vært litt uheldig, kommet inn i gjenger som de på en måte.. har dratt dem inn i rus og erfart en god del traumer i rusmiljøet. Som har blitt slått, truet, voldtatt, holdt fange. Helt ubeskrivelige ting. (Psykolog 2.2)

Utsagnet viser hvordan relasjonelle traumeerfaringer trekkes frem som spesielt skadelige. Informantene henviser her ofte til teori om hvordan barn oppvokst under forhold preget av mangelfull tilknytning, omsorgssvikt og overgrep har med seg en dobbelthet ved at de både har blitt eksponert for negative erfaringer og frarøvet positive erfaringer (Nordanger & Braarud, 2017). Informantene innehar oppdatert kunnskap om utviklingstraumer og dets effekter på utvikling, spesielt med tanke på sammenhengen mellom rus og traumer. Flere informanter nyanserer de ulike formene for traumeerfaringer. Lie og Granby (2011) etterlyste i sin bok et større fokus i rusbehandling på oppveksthistoriene til rusmiddelavhengige og det virker som om denne kunnskapen har nådd rusfeltet.

Innenfor spesialisthelsetjenesten tar man utgangspunkt i *diagnoser* for å vurdere behandlingsbehov. Traumeerfaringer kan gi PTSD, men også andre former for traumerelaterte lidelser og vansker (Briere & Scott, 2006; Dorrington et al., 2014; van der Kolk et al., 1996). Krav om diagnose kan oppleves som begrensende for hvordan man møter personer som har betydelige vansker knyttet til traumeerfaringer, men som ikke oppfyller de diagnostiske kriteriene for PTSD. Informanten under løfter frem denne begrensningen i diagnosesystemet:

Så på en måte etter hvert så tror jeg at de fleste.. om ikke alle, selvfølgelig, det er ikke alle som har PTSD, men det er omfattende omsorgssvikt, mobbing i skolehistorien, faglige vansker som ikke har vært tatt hånd om. Det er så mange ting som ødelegger og skader identiteten til det enkelte individet som gjør at rusen blir en måte å håndtere det på.[...] Da tenker jeg på en

måte.. hvis vi teller symptomer, hvis vi teller flashbacks, hvis vi teller ditt, hvis vi teller datt, da er det ikke alle som oppfyller de kriteriene der. Men allikevel så kan man ikke ta bort at erfaringen har påvirket hvordan du har, hvordan du ser verden. Du ser verden som skummel, du ser verden som en.. du er på en måte skeptisk til alle mennesker. Og man kan ikke gå vekk fra at du har ikke PTSD, men de erfaringene som du har fargelegger ganske mye hvordan du lever livet ditt. Jeg opplever ofte at det er mangel i diagnosesystemet for å beskrive den skaden. (Psykolog 3.1)

Diagnosen PTSD anses ikke som dekkende for hvilke psykiske vansker denne pasientgruppen kommer med, da dette er i samsvar med forståelsen av kompleks traumatisering (Cloitre et al., 2009; Cook et al., 2015; van der Kolk et al., 2005). Flere informanter forholder seg i liten grad til diagnosesystemet, men forstår heller symptomene som uttrykk for utviklingstraumer:

Det er jo noen som har den diagnosen som kommer inn. Den er egentlig ikke tilstrekkelig den diagnosen. Vi snakker mer om utviklingstraumer. De som har utviklingstraumer de har på en måte mer enn en PTSD som gjerne er knyttet til en enkelthendelse. Så diagnosesystemet er ikke hel i samsvar med den traumeforståelsen som råder i dag. Det er vel ikke kommet en slik diagnose enda, knyttet til multitraumer [...] (Leder 1.1).

Informantene reflekterer her over problemet med kategoriske diagnoser (Cloitre et al., 2012; van der Kolk et al., 2005). Vanskene til pasienten kan være like reelle, utfordrende, og alvorlige til tross for at personen ikke møter kravene til en diagnose. Informanten kan sies å ha oppfattet en diskrepans mellom kunnskap og rammene rundt praksis. Det virker som om informantene ikke er opptatt av hvilken diagnose pasientene oppfyller, og det er få som snakker om å behandle PTSD. Heller blir traumeerfaringer ansett som en transdiagnostisk faktor. Det vil si at utviklingstraumer ikke er knyttet til en spesifikk lidelse, men er en underliggende faktor for mange former for psykiske lidelser og vansker (Anda et al., 2006; Nordanger & Braarud, 2017). Dermed blir det naturlig å spørre seg om forskningslitteraturen som stort sett omhandler sammenhengen mellom PTSD og rusmiddelavhengighet, egentlig er dekkende for den populasjonen disse informantene arbeider med. Pasienter som kommer inn i langtids døgnbehandling har ofte størst hjelpebehov og en alvorlig grad av rusmiddelavhengighet. Det er også ofte slik at de ofte har de mest alvorligste og omfattende traumehistoriene (Farrugia et al., 2011; Müller et al., 2015). Informantene virker å se forbi diagnosen, noe som kjennetegner TBO-tilnærmingen (Bath, 2008).

Kritikken mot diagnoser kan oppsummeres i at de baseres på subjektive karakteristikk og mangler objektive korrelater, de sier lite om etiologien bak psykiske lidelser, tar ikke hensyn til hele mennesket og er dermed reduksjonistiske. Til tross for at mange av disse pasientene strever med et mer komplekst tilstandsbilde enn PTSD, så er det viktig å huske på at utviklingstraumer kan føre til ren PTSD (Kearney, Wechler, Kaur, & Lemos-Miller, 2010). Tidligere har det vært en tendens innenfor rusfeltet (Evjen et al., 2012) og psykisk helsevern (Fosse & Dersyd, 2007) å underkommunisere forekomsten av PTSD og traumer. Hvorfor dette har vært tilfelle er noe usikkert og årsakene kan være mange. For eksempel kan det være et resultat av manglende fokus på å avdekke traumeerfaringer, at PTSD kommer i skyggen av andre komorbide lidelser og blir tolket som uttrykk for andre psykiske lidelser. Informantene kommer med en mulig forklaring når de sier at majoriteten av pasientene med traumehistorie har utviklingstraumer og et mer komplekst tilstandsbilde enn PTSD. Selv om dette kan gjelde de aller fleste vil det kunne være noen pasienter som faktisk har PTSD, og her bør helsepersonell være bevisst muligheten for bekræftelsesbias hvor man forventer å se utviklingstraumer fremfor PTSD. Det er også diskusjon i fagfeltet om hvorvidt utviklingstraumer eller såkalt kompleks PTSD er noe annet enn PTSD (de Jongh et al., 2016; Resick et al., 2012).

Fra et pragmatisk vitenskapsteoretisk standpunkt vil diagnoser kunne være en gyldig kunnskapskilde så lenge de har nytteverdi i praksis. Diagnosesystemet har en viktig systematiserende rolle innenfor helsevesenet. Helsepersonell bør ikke uten grunn avvise diagnosesystemet, men heller ha et nyansert og reflektert bruk av det. Selv om det erfaringsmessig er hovedvekt av personer med mer komplekse traumerelaterte lidelser eller tilstandsbilder, så utelukker ikke dette mulig PTSD. Derfor er det viktig at helsepersonell sikrer god utredning som kan avdekke også PTSD, og om nødvendig igangsette beste behandling for denne type psykisk lidelse (f.eks. EMDR, TF-CBT, PE). Manglende utredning av PTSD har blitt påpekt som et viktig forbedringsområde for rusfeltet (Evjen et al., 2012; Gielen et al., 2014; Helsedirektoratet, 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Oppsummert synes det å være viktig i møte pasienter i langtidsbehandling som har samtidig rus- og traumeproblematikk å ta høyde for kompleksiteten i tilstandsbildet. Samtidig bør det være fokus på avdekking av PTSD som diagnose. Beste praksis virker å være den som evner å balansere mellom rus, traumer og sammenhengen mellom disse.

Tema 1.2: Det kommer an på.

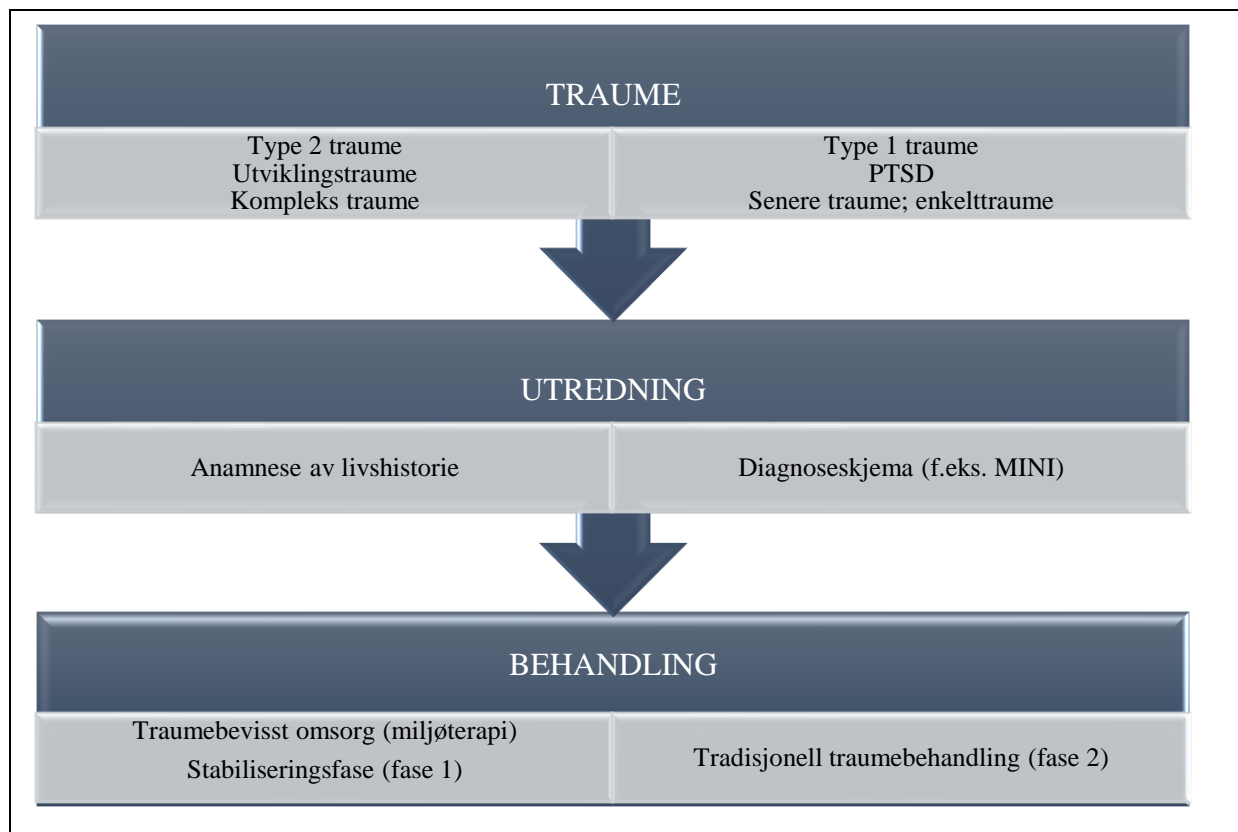
«Det kommer an på» er et svar flestparten av informantene gir tilknyttet hvordan de arbeider med traumeproblematikk. Temaet reflekterer hvordan kompleks problematikk fører til en tilnærming som er lite konkretiserbart og innebærer mange skjønnsmessige vurderinger. I tillegg omfavner teamet hvordan informantene har fokus på *individuell tilpasning*.

Ja, altså det er jo veldig. Du kan jo si at det kommer an på. Alle pasienter har jo noe forskjellig de arbeider med. Derfor blir det veldig individuelt hva slags metoder man bruker. Så det kommer veldig mye an på. (Behandler 1.3).

Kompleksiteten forstås som å være et resultat av samtidig rus- og traumeproblematikk, og type traumeproblematikk. Det siste vil si at såkalte type 2 traumer (inkl. utviklingstraumer) gir et mer komplekst tilstandsbilde som det er vanskeligere å gi konkrete svar på hva slags behandling som fungerer. Skillet mellom type 1 og type 2 traumer synes å gi to differensierte utgangspunkt for hvordan forstå og behandle pasientens vansker: Informantene peker på to ulike *operasjoner*. De to operasjonene kan sies å være ved henholdsvis utviklingstraumer, og PTSD, enkelttraume eller senere traume; 1) bygge grunnmur og 2) reparere en skade:

Det blir bare en tolkning og en antakelse, men jeg tenker at fordi menneskene som ikke har opplevd nærhet og blitt sett inn i øynene, fått en trygg tilknytning hvor de på en måte kan bli løftet opp og holdt, hvor det er helt naturlig for barn å søke den og at det er trygt. For de som har opplevd det så vil det være, tror jeg, en større sannsynlighet for å få kontakt med det igjen når du nykter opp og kommer ut av den ubalansen du har vært i, hva enn det måtte være. Om det har vært feil miljø eller de dårlige valgene som har ført deg dit, så kan du få kontakt med den kjærligheten, tryggheten og tilliten til deg selv spesielt. At jeg har selvtillit og jeg har en selvfølelse som er så god, for i bunn så vet jeg at jeg er elsket. For å si det sånn. Og jeg tror på det. Men en som ikke har opplevd det tror ikke på det, og har en skadet selvfølelse som gjør at det blir en mye vanskeligere oppgave i voksen alder å få en god selvfølelse og tro på at jeg er verdt noe. For det er ingen som har sagt det eller jeg har ikke følt det når jeg var liten, og jeg er utrygg når du ser på meg med de øynene og den måten å være på, så er jeg utrygg, jeg vet ikke helt om du mener det eller ikke. Mens andre klarer å lese det finmaskede kroppsspråkbildet og tro på det for at de har kjent den nærheten. Det tror jeg er en forskjell som gjør at du har mindre risiko ved å ha følt nærhet og opplevd det som ekte. Og helt to forskjellige operasjoner. (Behandler 3.1)

Figur 4 nedenfor er en forenklet illustrasjon av hvordan informantene beskriver disse operasjonene ut ifra hvilke traumeerfaringer de står ovenfor i deres praksis, og som får konsekvenser for både utrednings- og behandlingspraksis.



Figur 4. Forholdet mellom traumekunnskap og praksis ved ulike former for traumeerfaringer.

Det kommer frem at det i hovedsak er psykologer som står for den spesifikke utredningen, mens kartlegging utøves av alle behandlere. Utredning retter seg mot diagnoser, mens kartlegging tar opp ulike temaer som er viktige for behandling (som bl.a. jobb, skole, familie). Diagnostisering er ofte utgangspunkt for behandlingen og for å sette en diagnose vil det være nødvendig å benytte diagnoseskjema. Det virker som om et fåtall systematisk bruker instrumentelle utredningsverktøy:

Det er minstepakka som vi har innført som ikke alle er like flinke til å bruke, inkludert meg selv, fordi jeg er ikke så veldig glad i å utrede egentlig. Det er jeg ikke. Jeg utreder hvis jeg får en bestilling om at vi må utrede for ADHD, så skal vi utrede generelt og få det på plass, men utredning er ikke alltid, nå banner jeg i kirka, men det er ikke alltid en del av tilbudet med tanke på hva som er hensiktsmessig her da. På en måte hva er.. hvis det er veldig mye som er kaotisk og man ikke får helt med seg hva som egentlig foregår her da, da kan jeg ofte bruke en

utredningspakke. Da får vi se om det danner relasjon, og da får vi se om vi finner noe. Men det er ikke standard hos oss. Eller hos meg. Det er ikke det. (Psykolog 3.1).

Informanten ovenfor påpeker hvordan egne vurderinger, som her å avstå fra å benytte seg av systematiske kartleggingsverktøy, bryter med forventningene og retningslinjene for hvordan god praksis bør foregå (Helsedirektoratet, 2012; Helsedirektoratet, 2017).

Utredningsprosedyrer innenfor rusfeltet har i studier blitt karakterisert som mangelfulle (Wynn et al., 2013). Hvorfor er det da slik at helsepersonell ikke utøver en slik praksis? Informantene forteller her om deres erfaringer med pasienter som er sårbare, relasjonsskadde, og som ofte har utallige utrednings- og behandlingsforløp bak seg. Slik de ser det er den viktigste oppgaven i oppstartsfasen å *skape en relasjon*, og for å oppnå dette unngår mange den mer instrumentelle utredningen i starten som ofte kan skape distanse mellom behandler og pasient.

Ved alle tre institusjonene fremmer behandlere en fasemodell for behandling av traumerelaterte lidelser (Cloitre et al., 2012; Herman, 1992; van der Hart et al., 2006). En slik modell tar utgangspunkt i at det først må være en stabiliseringsfase hvor pasienten får oppleve trygghet, og bygger relasjon til sine behandlere. Pasientene holdes for det meste i denne fasen gjennom hele behandlingsforløpet. Det er sjelden man starter et behandlingsforløp i fase 2 hvor hovedfokuset er bearbeiding av traumeminner. Denne informanten forteller om kun et fåtall pasienter hvor tradisjonell traumebehandling (f.eks. EMDR) har blitt praktisert:

Psykolog: Nei, det er ikke så veldig ofte man kommer til det. Kanskje 6 elever på de fire årene som man kan gå all-in. (Psykolog 3.1).

Igjen legges det vekt på individuelle vurderinger hvor det er pasientens behov og funksjonsnivå som er utgangspunkt for vurdering av hvilken fase og type behandling den skal gå inn i. Noen behandlere forsøker å gå videre til fase 2, men opplever at pasienten ikke er stabilisert nok, ønsker ikke, eller evner ikke å håndtere den spesifikke traumbearbeidingen på en forsvarlig måte:

Men for å være helt ærlig så har jeg ikke hatt mange vellykkede EMDR-forløp som på en måte har vært litt sånn kjekke, for det er alltid et eller annet som kommer i veien. Jeg har hatt elever som ikke orker. De sier at etter én eller to timer så sier de «dette her vil jeg ikke», det blir for mye for de. Da må man rett og slett godta det som et argument, man kan ikke presse de. Så er det noen som har tenkt å begynne, men eleven unngår, prøver alt en kan for nesten ikke å komme dit. Så det er jo ganske imponerende de unngåelsesstrategiene elevene våre har. Det er

helt fantastisk. Noen har alltid noe annet å snakke om. Vi begynner jo «hva skal vi snakke om i dag?», og da tar de alltid noe annet enn det vi egentlig skal snakke om. Da må man «men du, vi sa jo at vi skulle snakke om det her, skal vi ikke prøve litt, prøve oss litt på det?». Det er ikke alltid like lett. (Psykolog 3.1)

Det er ulike meninger om hvorvidt det er nødvendig med fase 2 for å sikre en god traumebehandling. Empirien som foreligger er ikke entydig i om det å arbeide med traumene er kritisk for endringsprosessen (Dass-Brailsford & Myrick, 2010; Gråwe, 2016; Roberts et al., 2016). Basert på erfaring er det likevel stemmer på feltet som hevder traumbearbeiding er helt nødvendig for langvarig rusfrihet (Lie & Granby, 2011). Noen informanter legger seg på denne linjen, og mener det er viktig å arbeide med traumene da stabilisering alene ikke er tilstrekkelig for langvarig rusfrihet. Informanten under fremhever dette:

For det ligger jo under. Jeg har jo også tatt EMDR, og det ser du når du begynner å jobbe med det at de trigges jo. De må jo være i et stabiliserende miljø. Du kan jo tenke stabilisering i lang tid, men du må, skal du bli kvitt problemet, så må du ta det onde ved roten. (Leder 3.1)

For andre informanter oppleves det som verken nødvendig eller forsvarlig å bearbeide traumene i fase 2:

Så er det jo veldig forskjellig, for noen pasienter vil det jo være nok med å utvide og ikke en gang kunne gå inn i aktivere noe i historien, rett og slett fordi de tåler det for dårlig. Så det er jo veldig variabelt hvor de er. Mens enkelte kan ha jobbet litt mer før slik at de er i stand til å gå inn i det mer fornuftig, og nettopp få jobbet med sånne ting. Så det er ganske stor variasjon. (Psykolog 1.1)

Utsagnene viser at det kommer an på pasientens behov og evne til å håndtere traumbearbeiding. Her blir det tydelig at informantene sjeldent arbeider seg gjennom alle fasene. Dette er noe som også har vært argument mot bruk av fasemodellen (de Jongh et al., 2016). Det foreligger ingen studier av høy kvalitet på hvordan en slik fasebehandling kan gjennomføres på best mulig måte (de Jongh et al., 2016). Dermed blir det opp til den enkelte behandler å vurdere når pasienten er «klar» eller stabilisert nok. Som vist over, kan man stå i fare for å unngå fase 2. Begrunnelsen er at de forsøker å unngå å skade eller gjøre det verre for pasienten. Hos ruspasienter er frykten spesielt knyttet til faren for tilbakefall og eventuell overdose. Noen få informanter forteller om negative erfaringer ved spesifikk behandling:

Jeg har hvert fall en erfaring at.. i starten når jeg kom hit, at det var en pasient som ble reinnskrevet, og han ble reinnskrevet med en klar bestilling om traumeterapi. Det var en forventning her, og en forventning fra henvisende instans at nå skulle han ha traumeterapi. Det skulle jeg aldri ha gjort. Fordi han ruset seg underveis. Og skjulte det her delvis for dette miljøet og det tok litt tid selvsagt før han ble avslørt, eller dette her kom opp i lyset. Det førte til et behandlingsbrudd. Og kanskje er det noe denne gruppen her ikke trenger så er det behandlingsbrudd. Man trenger hvert fall ikke stoppe midt i en traumeterapi. Det er uheldig syns jeg. (Psykolog 3.2)

Av alle informantene var det kun én som hadde en konkret negativ erfaring med traumbearbeiding. Det virker som om flesteparten av informantene da baserer seg på en intuitiv kunnskap om skadepotensialet ved å bearbeide traumeminner. Det er derimot ingen entydig forskning som legitimerer denne frykten. Cook med kolleger (2004) hevder på sin side at psykologer som ikke benytter seg av traumespesifikke metoder, da spesielt eksponeringsterapi, utviser feilaktig skjønn. De anser metodikken for å ha lite skadepotensiale. Dette står i kontrast til hva flere informanter mener. ROP-retningslinjene (Helsedirektoratet, 2012) er tydelig på at det ved samtidige rus- og psykiske lidelser skal tilbys behandling som har vist seg effektiv for den psykiske lidelsen alene. Den empirien som foreligger baserer seg på diagnosen PTSD, hvor da traumespesifikke intervensjoner viser seg å gi best effekt (Robert et al., 2017). Her er spørsmålet om funnene kan generaliseres til mer komplekse traumetilstander. Noen hevder metoder som har god evidens bør benyttes, til tross for at denne ikke er spesifikt rettet mot de vanskene denne populasjonen strever med (Cook et al., 2004; de Jongh et al., 2016). Andre mener tilnærminger som TBO og fasebehandling er beste praksis ved utviklingstraumer, selv om disse har begrenset empirisk tyngde (Cloitre et al., 2012). En kritisk gjennomgang av det empiriske grunnlaget for retningslinjene, er tydelig på at det ikke foreligger nok evidens for å hevde at en fasebasert behandling er mer effektiv enn tradisjonell traumbehandling (de Jongh et al., 2016). Status i dag er at forskningslitteraturen og retningslinjene virker å gi lite konkrete eller nyttige veiledninger for denne pasientgruppen.

For å vurdere beste praksis står informantene tilbake med kunnskap basert på egne kliniske erfaringer, tverrfaglig samarbeid, og pasientens generelle og spesifikke behov. Som navnet på det temaet tilsier; det er ingen fasit, *det kommer helt an på*. Det betyr derimot ikke at det finnes en beste praksis, men at behovet for empiriske studier er høyst nødvendig. Helsepersonell og ledelse bør derfor vurdere nøye den behandlingen som gis, og minimere

risikoen for at behandling ved samtidig rus- og traumeproblematikk blir overlatt til tilfeldighetene. Praksisen må søkes å være evidensbasert.

Innenfor spesialisthelsetjenesten skal helsetilbudet som gis ved de enkelte institusjoner være evidensbasert, altså fundert i forskning, klinisk erfaring og brukerperspektivet (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Hva når én av disse aspektene ikke gir tilstrekkelig eller anvendelig kunnskap? Informanten nedenfor løfter frem denne problemstillingen

Jeg mener personlig i forhold til hva jeg har satt meg inn i at det er mye mindre evidensbasert noe sted i dette feltet enn det vi tror. Og jeg kjente det veldig når jeg kom inn i langtidsbehandling etter å ha vært i psykisk helsevern, at man i Norge gjør man veldig ulike ting. Jeg mener det hvert fall. Avhengig av hvordan man tenker og hvor man er ansatt, eller hvilke fagfelt. Så det har vært veldig sann som jeg har trengt å jobbe mye med. Hvis du faktisk går inn og ser hva er evidensbasert, jeg finner det ikke. Jeg finner masse forskjellige tanker, meninger og gode kliniske vurderinger (Psykolog 2.1)

Implisitt kan det informanten sier bety at retningslinjene er lite evidensbaserte, og at de bryter med praksisnære erfaringer. Informanten opplever en differanse mellom erfart kunnskap, forskning og retningslinjer. Her ser man en konflikt mellom ulike kunnskapskilder (Satterfield et al., 2009), eller som Ekeland (2009) beskriver det

[..] Et velkjent gap mellom idealer og realiteter. I slike situasjoner blir utfordringen først og fremst å kartlegge realitetene. Da blir det også et behov for empiriske studier av hvordan evidensbasert praksis praktiseres. (s. 151).

Det er altså ikke nødvendigvis praksis som ikke evner å leve opp til det evidensbaserte idealet, men det evidensbaserte er for frakoblet realitetene og kontekstene innenfor faglig praksis (Ekeland, 2009). Retningslinjer er ofte generelle, og må derfor tilpasses den pasientpopulasjonen man arbeider med. De fleste av informantene løser denne konflikten ved å lene seg på eget klinisk skjønn, og faglige drøftinger med det tverrfaglige teamet:

Jeg tenker at det er uunngåelig at man ikke skal bruke noe klinisk skjønn. Selvefølgelig skal det være basert på forskning i størst mulig grad, men man må alltid bruke noe klinisk skjønn der. Det er aldri noen situasjoner som er helt like. Det er alltid nye faktorer som en må ta i betraktning. Sånn at man er nødt til å bruke klinisk skjønn. Men da er det bra at vi har behandlingsforum hvor vi får forskjellige input fra andre ståsted når man utøver klinisk skjønn. (Behandler 2.3)

Informanten beskriver en beslutningsprosess som først og fremst tar utgangspunkt i forskning, informasjon om pasienten og dens behov, et tverrfaglig samarbeid og egne kliniske erfaringer. Flere løfter frem tverrfagligheten som en styrke. Tverrfaglige diskusjoner er en måte å kunne forsikre seg at de valgene man tar kan begrunnes ut ifra flere faglige ståsteder.

Tverrfagligheten oppleves som et *validitetsmål* for hva som er beste praksis ved at den fremmer flere måter å se og gripe an en problemstilling på. Som helsepersonell kan man stå i fare for å se problemstillingen på en skjev måte, noe som kan medføre at beslutninger blir tatt basert på feilaktig informasjonsgrunnlag:

Jeg tenker, når en jobber tett på et menneske så er det ikke alltid en ser alle sider ved saken like tydelig som noen andre som kanskje ikke jobber fullt så tett på den pasienten. At det blir satt litt spørsmål som en kanskje er kommet i skade for å gå litt forbi, ikke har tenkt på eller at en er så opphengt i det en holder på med at en ikke evner å se det en gang. (Behandler 1.3)

Det er dette som kan være en fallgrube ved det kliniske skjønn (Bjørndal, 2009; Kirkebøen, 1999; Terem & Grimen, 2009). At den enkelte opplever egne kliniske vurderinger som helt sentrale i beslutningstakningsprosessen, bryter noe med den transdisiplinære modellen for evidensbasert praksis. Her blir den kliniske ekspertisen ansett som å ha potensial for feilkilder, noe som gjør at den ikke burde ha like stor plass når en skal foreta kliniske beslutninger (Satterfield et al., 2009). Dette kan medføre en form for *usikker praksis*, i betydning av praksis med et lite sikkert evidensgrunnlag (Bjørndal, 2009). En slik praksis baserer seg på logiske slutninger fra tidligere erfaringer, nemlig hva en har erfart å fungere tidligere antas å fungere i møte med liknende problemstilling. En slik usikker praksis gir et dilemma der den enkelte behandler sjeldent har sikker kunnskap om hva som vil fungere for den enkelte. Den evidensbaserte praksisen og retningslinjer har som formål å forsøke sikre gode beslutningsprosesser som gjør praksisen mer *sikker*. Men hva når kompleksiteten ikke muliggjør en (skrå)sikker praksis? En beholders evne til å tilpasse det generelle til det spesifikke må da stå sentralt (Benner, 1994; Roth & Fonagy, 2005; Terem & Grimen, 2009). Eksperten ser helheten og det komplekse, evner å tilpasse generelle prinsipper til den konkrete problemstillingen, og reflekterer kontinuerlig over relasjonen mellom teori, erfaring, bruker og praksis. Informanten under beskriver denne prosessen, og hvordan vurderingen av ulike informasjonskilder innlemmes i den endelige beslutningen:

Pasientene er jo så forskjellige og har forskjellige behov, og har forskjellige.. det er jo ingen av de som er like. Vi må jo bruke skjønn, vi må jo bruke hverandre i tverrfaglige team, og på

en måte for å finne fram til det beste. Og selvfølgelig at pasientene selv får.. at vi hører de også, deres stemme er jo kjempeviktig. At vi tar de på alvor. Samtidig er det å se det litt fra vårt ståsted hva en tenker er best, og så er det jo å finne fram til det beste da. Tenker jeg. Beste løsningen eller beste, ja.. Individuelt. (Behandler 1.1)

Som en her ser ser tar informantene utgangspunkt i *individet*, og ikke hva som er beste praksis på populasjonsnivå. Dette viser hvordan det kliniske skjønn og den erfaringsbaserte kunnskapen veier tungt i å sikre god praksis. Spesielt der hvor faglige retningslinjer og forskningskunnskap ikke er tilstrekkelige eller konkrete nok, noe som er tydelig ved samtidig rus- og traumeproblematikk (Fonagy, 2010; Kirkebøen, 1999; Roth & Fonagy, 2005; Smedslund, 2009).

Tema 1.3: Det er vel nesten så du skal ha behandling rett i årene.

Informantene i denne studien har et ønske om et bredere spillerom med tanke på tid. De hevder, basert på sine erfaringer og kunnskap, at endring skjer langsomt og i langvarige, trygge relasjoner mellom pasient og hjelpeapparatet:

Det er jo egentlig for liten tid. Samtidig så lever vi i et samfunn som det er vanskelig å argumentere for enda lengre tid. Det er vel nesten så du skal ha behandling rett i årene i dag. Det er jo ikke helt forenlig med denne forståelsen [traumebevisst]. (Leder 1.1)

Hyppe innleggelser og hjelpetiltak hvor pasienten til stadighet møter nye personer å forholde seg til, anses av informantene som lite gunstige. Relasjonsbrudd og korte innleggelser er ifølge flere av informantene i strid med pasientenes behov. Her finnes det likevel nyanser. Noen av informantene forteller om pasientforløp hvor de også ser det hensiktsmessig å avslutte behandlingsforløpet *tidligere*. Ikke alle pasienter evner på det aktuelle tidspunktet å *nyttiggjøre* seg av behandlingen, som noen informanter beskriver det. Igjen ser man viktigheten av skjønnsmessige vurderinger, også når det gjelder tidslengde på behandling. Overordnet kan man likevel si at de fleste informanter mener et langvarig behandlingsperspektiv (fra 9 måneder til flere år) er til det beste for de fleste av pasientene de møter. Lie og Granly (2011) beskriver en praksis hvor de hadde behandleransvar for sine pasienter i alt fra 3 – 12 år, og de anså det som helt nødvendig å unngå et standardisert tidsmål. Slik de erfarte det var det store individuelle forskjeller i hvor lang tid endringsarbeidet tok. Det blir tydelig at begrenset tid ikke er et godt utgangspunkt for god

praksis når problematikken er kompleks og omfattende. Utsagnet nedenfor belyser hvor omfattende og tidkrevende et slikt arbeid kan være:

Når du har fått ødelagt de første 20 årene av livet ditt, så kan en ikke forvente at de er på beina etter ett år. Når på en måte det er så omfattende skader på identiteten din, på relasjonskompetansen din, på sosial kompetanse. Det er så mange ting som er.. som har vært utsatt for så mye dritt da. Det er umulig, eller jeg syns det er mye å forvente at de skal være klare å stå på egne bein etter ett år da. (Psykolog 3.1)

Som informantene over påpeker, er det flere komponenter som er essensielle å få på plass for denne pasientgruppen slik som tak over hodet, rusfritt nettverk, jobb, skolegang og familie. Behandling av samtidig rus- og traumeproblematikk og spesielt utviklingstraumer, innebærer ofte å bygge opp et helt nytt menneske fra bunnen av. Det vil si at disse menneskene må lære seg grunnleggende ferdigheter, som for de fleste av oss kommer naturlig gjennom utviklingsforløpet. Én informant beskriver denne behandlingsprosessen som *habilitering fremfor rehabilitering*:

Nei, jeg tenker det er jo for mange.. det å lære seg nye.. hvis du aldri har hatt en rollemodell, hvis du aldri har hatt noen som på en måte har hjulpet deg eller lært deg å rydde rommet. At en skal dusje. De grunnleggende tingene som de fleste har, og som til og med vi tar som en selvfølge at de kan, og så kan de ikke det. Og så har en jo opplevd det at de aldri har lært det fordi de har klart seg selv. Vi har jo hatt noen som har vært alene, det er kanskje en stund siden nå, men jeg husker i hvert fall én som hadde vært alene siden han var ganske lite. Du har ikke lært det. Du har ikke hatt.. da tenker jeg at da er det faktisk å lære seg nye ferdigheter i en voksen alder, noe som krever mye. Nå er det ikke så ofte det er så ekstremt, men det kan skje. Og jeg tenker det er litt viktig at vi har det i bakhodet. Vi kan fort ta det som en selvfølge og så er det ikke det. (Behandler 1.1)

Å bygge en grunnmur vil kunne kreve tid og omfattende tiltak. Flere av informantene som arbeider som psykologer viser til hvordan alle komponentene som skal inn i behandling kan være forstyrrende i et traumefokusert terapiforløp:

Problemet er alt man skal gjøre med alle pasienter, og veldig lite tid. Det syns hvert fall jeg at jeg får ikke satt meg skikkelig godt inn i verken terapiretning eller hvordan jeg kunne meislet det enda finere, enda bedre. (Psykolog 2.2)

Det er vanskelig å konkludere med hva som er beste strategi med tanke på tid og struktur på behandling. Pasientenes samtidige behov på flere livsområder gjør slike vurderinger

krevende. Om pasientene etter behandling står uten bolig, arbeid, økonomisk trygghet, gode relasjoner og en meningsfylt hverdag, så vil nytteverdien av traumbearbeiding i beste fall være begrenset. Traumefokusert behandling (eg. miljøterapi og individuell terapi) kan derfor stå i fare for ikke å være tilstrekkelig. Derimot er hovedparten av informantene enige om at å møte pasientenes traumehistorier forutsetter rom for å gi pasienten tid.

Hovedtema 2: Å se mennesket bak rusen

Hovedtemaets budskap er at pasientene forstås å være mer enn sin rusmiddelavhengighet og mer enn kun pasienter. Tematikken er todelt. Den omhandler henholdsvis anerkjennelse av pasienten og viktigheten av relasjonen mellom pasient og helsepersonell, og hvordan deres brukerstemme blir ivaretatt. Forskjellen fra hovedtema 1 er hvordan dette er etiske holdninger som gjennomsyrrer hele praksisen, heller enn konkrete handlingsvalg. Informantene gir et sterkt inntrykk av nettopp *å se mennesket bak rusen*. Praksis slik informantene beskriver, virker å være fundert i humanistiske verdier som anerkjennelse, respekt, og omsorg (Barbosa da Silva & Hagen, 2016). De anerkjenner pasientenes egenverdi og bestemmelsesrett over egen behandling. Her opplever noen informanter et dilemma mellom brukerens autonomi, deres avhengighet og hvor gyldig deres brukerstemme er.

Tema 2.1: Det handler om å bli sett.

I sine beskrivelser av praksis blir det tydelig hvor anerkjennende informantene er overfor sine pasienter. Informantene distanserer seg fra diagnostiske beskrivelser, og legger vekt på hva som er bakgrunnen for de vanskene pasienten har. Pasientene møtes med forståelse og respekt, som kan danne grunnlag for en opplevelse av å bli anerkjent (Hagen, 2016; Honneth, 2008). Anerkjennelse blir en form for terapeutisk strategi (Hagen, 2016). Honneth (2008) beskriver anerkjennelse i lys av *kjærlighet*. Det vil si å være glad i den andre betingelsesløst. Fra et behandlerperspektiv vil dette stå i kontrast til ideen om profesjonell distanse. Samtidig bærer forståelsen med seg noe viktig inn i den profesjonelle relasjon; hjelperens oppgave er å anerkjenne pasienten som et helt og unikt menneske. Slik kan en forstå kjærlighetsbegrepet i Honneths teori som å se og bekrefte den andre og dens behov.

Informantene forstår sine pasienter ut i fra at de *har reagert normalt på unormale ting*. Personen i seg selv er ikke et problem. Det er rusen for å takle en vanskelig livssituasjon som

til slutt har blitt problemet. Informanten nedenfor illustrerer dette poenget ved å reflektere rundt hvor tilfeldig det egentlig er at pasienten sitter på den andre siden av bordet:

For min del har det vært viktig å tenke på. Det er tilfeldigheter. Vi kommer ofte fra samme steder. Så har kanskje noen planlagt dårligere eller vært utsatt for ytre omstendigheter som de ikke har hatt noen mulighet til å kontrollere. Og det er ofte de som blir utsatt som det som barn. De blir jo gjerne syke voksne. De har reagert normalt på unormale ting. (Behandler 2.1)

Anerkjennelse handler også om språklige beskrivelser av pasienten og dens vansker (Hagen, 2016). De to institusjonene som har implementert traumebevisst omsorg i sin praksis, forteller om en endring i hvordan de ser og snakker om pasienter

Vet du hva? Jeg tenker egentlig at ingen er vanskelige eller håpløse, men de har hatt veldig ofte en tøff start i livet. [...] Og allerede nå så hører jeg personal her som har kompetansen bruker den kunnskapen og pasienten bare «wow, det er jo ikke noe galt med meg». Ikke sant, godt voksen som bare har blitt så glad for å få den forståelsen. Tenk deg, gått i så mange år og ikke forstått reaksjonsmønsteret sitt. (Leder 2.1)

Språklige beskrivelser av pasienten som *vanskelig, behandlingsresistent* eller *umotivert* aksepteres ikke ved samtlige institusjoner. Pasientene skal beskrives og møtes på en respektfull måte. Et slikt verdigrunnlag er spesielt viktig i møte med mennesker som har med seg en omfattende krenkelseshistorie (Barbosa da Silva & Hagen, 2016). Et klinisk dilemma løftes frem av flere informanter, nemlig hvordan man skal balansere mellom anerkjennelse og å utfordre pasienten. Anerkjennelse kan fort bli en misforstått handlingspraksis som preges av å forstå seg i hjel heller enn av konkrete handlinger

Jeg tror nok hvis man har litt sånt ensrettet fokus på trygging, omsorg, stabilisering, og kan litt om det. Vi er så mange her. Hvis man kan litt om det, så kan det misforstås i en sånn innpakning hvor man ikke.. hvor ikke pasienten blir, hvis jeg tenker i forhold til arbeid med andre ting, det er å kjenne respekt for seg selv og få respekt, det er også å få krav. Å gå igjennom fæle ting, jævlige ting, men å gjøre det sammen med noen. Å kunne se på nye måter og gjøre det på. Så en fallgrube kan jo bli at du tar bort smerten, men det har ikke noe med relevant liv å gjøre. Og kanskje en liten periode når du stabiliserer det så må man jo gjøre sånne ting, men hvis den går for langt så kan man jo på en måte omgå behandlingen. Så det må vi jo hele tiden ha blikket på de ulike på en måte fallgrubene man kan komme i den ene eller andre veien. (Psykolog 2.1).

Noen beskriver dette som en form for handlingslammelse. Ut i fra et traumeperspektiv er grenser, regler og rammer helt essensielle for å skape trygghet (Nordanger & Braarud, 2017; Bath, 2015). Informanten påpeker viktigheten av å kunne sette grenser for å være traumebevisst:

Jeg husker jo sånn når vi holdt på med det her [kompetansehevingskurs] så tenkte jeg litt sånn skal vi bli helt grenseløse? Skal vi ikke sette noen krav eller konsekvenser? Hvordan skal det gå? Det blir jo litt sånn fri barneoppdragelse-opplegg. Og kjente bare hvordan skal dette gå? Jeg var veldig skeptisk og bekymret i begynnelsen. Det hørtes ut som om vi bare skulle bære de rundt, men det er jo ikke det det handler om. Alle trenger jo gode rutiner, krav og regler og grenser for å få den tryggheten. Så jeg tenker min forståelse av det vi holder på er å skape så mye trygghet og en god relasjon som overhodet mulig, og begynne der. Og grenser må de ha, men ikke den der kollektive avstraffelsen. (Behandler 1.2)

Informanten referer her på slutten til den mer atferdspregete formen for behandling hvor pasienten skal endre atferd gjennom tydelige (og til tider harde) konsekvenser og grensesetting (*tøff kjærighet*). Det vil si at omsorg blir gitt innenfor satte rammer og regler, og hvor målet er å oppdra pasienten i normative samfunnsstandarder. Dette har tidligere vært vanlig praksis innenfor rusbehandling (Lossius, 2012), og en av institusjonene virker i større grad å praktisere mer ut ifra denne forståelsesrammen enn de to andre institusjonene. For mange av pasientene er dette reaksjoner de ofte har møtt i sin oppvekst, fra foreldre, på skolen, og storsamfunnet. En slik måte å være imot disse pasientene kan derfor være, *direkte antiterapeutisk*. Pasientens atferd blir her møtt som et avvik fra gjeldende normer, heller enn at bakgrunnen for atferden blir forsøkt forstått. Dette er ikke kjærighet ifølge et anerkjennende perspektiv (Barbosa da Sila & Hagen, 2016; Honneth, 2008). Likevel vil det være uenighet om hva denne pasientgruppen har behov for, og hvordan man på best mulig måte kan møte disse utfordringene. Pasientgruppen har behov for både anerkjennelse og grensetting. Hovedpoenget er i hvilken form dette gis. Dette er også i tråd med pasientenes rett til tilpasset behandling. Utsagnet nedenfor belyser denne problemstillingen godt, og hvordan man gjennom dialog med pasienten kan finne en gylden middelvei mellom anerkjennelse og grenser:

Ja, de fleste har jo mye motstand mot den veldig pliktetikken og konsekvensetikken. Mange har vokst opp sånn at de fikk straff hvis de ikke gjør sånn. På skolen, de har aldri passet inn. Regler, ekstraregler, og føle seg spesiell. Her rommer vi det meste. Jeg vil si alle. Og veien

blir til mens man går den, og så er det noen ting som alle må følge. Som rus på huset er ikke lov, men det skjønner de jo. Sånn må det jo være. (Behandler 1.2)

Å bli sett virker å være, basert på informantene, relatert til hvordan individuelle behov ivaretas i behandling. En konsekvens av et slikt perspektiv er at ansvaret for tilpasning ligger på hjelpeapparat og ikke på pasienten. Én av institusjonene virker å streve mer med å imøtekomme individuelle behov når de går på tvers av fellesskapets interesser. Et eksempel som det henvises til er hvordan det ikke alltid er rom for omfattende og kontinuerlig traumebehandling da dette kolliderer med annen type behandlingsopplegg. Dette kan være i strid med pasientens spesifikke behov og som informanten under påpeker vil det kunne føre til at man ikke evner å gi den tilrettelagte behandlingen som pasienten har krav på iflg. ROP-retningslinjene.

Tema 2.2: Relasjonen som et valium.

Det er i relasjon med et annet menneske at man får anerkjennelse for seg selv (Honneth, 2008). Relasjonen er gjennomgående et viktig tema for samtlige informanter på tvers av institusjoner, fagretning og traumefokus og relasjonen virker å ha en stor betydning for å komme i posisjon til å starte et endringsarbeid:

«[...] tanken på benzo [benzodiazepiner] var veldig nærliggende. Han måtte bare døyve alt dette som var så vondt. Så han kjørte med miljøarbeider inn, traff broren sin, traff begravelsesbyrået, og de reiste hjem igjen på én dag. Og så sitter han her i etterkant og sier 'jeg har aldri tenkt at [navn på miljøarbeider] kunne være mitt valium'» (Leder 1.1)

Mange av disse pasientene har med seg mange negative relasjonelle erfaringer fra egen oppvekst.

Så tenker jeg traumebevisst, ok, vi må faktisk ha han med på laget. Vi har ingen form for relasjon, det er ikke noe vits i å gå inn og vekke han hver morgen. Så det blir jo det, jeg snur jo hele greia og tenker relasjon. La oss bygge det først, og så kan vi prøve å snu det. Det er jo klart det, det tar jo tid. Dette er en som ikke stoler på noen. Og det er jo traumebevisst. Relasjonen må på en måte være der for at du kan komme noen som helst vei. (Behandler 1.2)

Som informanten over påpeker, pasienten har et verdensbilde hvor mennesker ikke er til å stole på (jfr. Janoff-Bulman, 1989). Nåværende relasjoner slik som behandler-pasient-relasjonen vil nødvendigvis bære preg av dette:

Det er jo mest dette her med relasjonsbygging og relasjoner mellom mennesker, det er ikke det at man ser så veldig ofte at folk detter ut fordi de gjenopplever traumer. Det er ikke det som mest skjer, men det er mer dette her med å ta med seg mønstrene som de har laget med å holde seg unna folk, men å ikke komme for nære, de er redd for å bli sviktet. Det er de tingene her som man ser oftest. (Psykolog 3.1)

Som konsekvens må behandlere jobbe for å endre et slikt bilde på sine omgivelser. De må lære seg å stole på mennesker igjen, at noen faktisk vil dem godt. Dette er en prosess som krever tid og tålmodighet fra hjelperens side:

Jeg har jo hatt elever som har vært inne her i ett år, men vi er ikke kommet i nærheten av å snakke om ting egentlig sånn sett. Da har vi jobbet med relasjon. Det er kjempeviktig, fordi relasjon har de ikke hatt, og fordi har jo på en måte klart å skyve alle vekk fra seg som har kommet i nærheten av de. Så det å tåle å stå i den relasjonen og bli avvist gang på gang, men allikevel stå der, det er kjempeviktig. (Psykolog, fellesskap, intervju)

Ifølge Honneth (2008) handler relasjonsbyggingen om å se og akseptere den enkelte. Flere av informantene har et bevisst forhold til at de selv som behandlere er det viktigste verktøyet i møte med traumeutsatte rusmiddelavhengige. Relasjonsdannelsen starter allerede fra første møte mellom behandler og pasient, noe informantene her er spesielt opptatt av. Det første møtet skal gi pasienten en positiv opplevelse og et ønske om å fortsette. En kvalitativ metaanalyse undersøkte hva pasienter og terapeuter anser som viktige faktorer i formingen av relasjon under de første timene. Grunnlaget for en god relasjon avhenger av hvordan terapeuten forholder seg varm, empatisk, autentisk og skaper trygghet (Lavik, Frøysa, Brattebø, McLeod, & Moltu, 2017). Dette samsvarer med informantenes erfaringer om at det er relasjonsbyggingen og ikke terapeutiske teknikker som er av størst betydning. Endring skjer i møte mellom mennesker (Honneth, 2008), og relasjonen forstås av informantene både som et middel og et mål. Når det henvises til relasjon som et mål så relateres det til pasientens behov for ny relasjonell erfaring og en slik erfaring kan i seg selv være endringsskapende. Når det gjelder forståelsen av relasjonen som et middel betyr dette at det kan være et medierende verktøy for å komme i posisjon til å arbeide med traumene. Det gir intuitiv mening at for å dele av vonde erfaringer så kreves det en relasjon preget av trygghet og tillit. Det er vanskelig å se hvordan man skal få innsyn i en pasients traumehistorie uten relasjonen som fundament, som denne informanten påpeker:

For mange av disse tingene er så skambelagte for pasientene. Det sitter så innmari langt inne, og de har lært seg så mange overlevelsesstrategier for at vi ikke skal forstå det som ligger der. Så du må jo ofte få en god relasjon og så ta de på lang sikt, at vi får observert og får innpass. (Behandler 2.1)

Å skape en relasjon preget av anerkjennelse og tillit, stiller pasienten i et mer likeverdig forhold til hjelperen. Det vil si, maktforholdet mellom pasient og behandler forminskes. Informantene beskriver å søke oppnå en såkalt «jeg-du»-relasjon hvor pasientens integritet, autonomi og grunnleggende menneskeverd anerkjennes (Barbosa Da Silva & Hagen, 2016). For traumeutsatte kan en relasjon med slike karakteristikk i seg selv være helende. Flere informanter opplever en slik «jeg-du»-relasjon som riktig og meningsfull i sitt kliniske virke.

Tema 2.3: Brukermedvirkning, det er et minefelt.

Informantene er gjennomgående opptatt av å ivareta pasientens behov på best mulig måte. I arbeid med samtidig rus- og traumeproblematikk fremstilles det som helt avgjørende å støtte en brukerstyrt praksis hvor pasienten blir sett og hørt i sine ønsker. Spesielt løftes *autonomi* frem som essensielt:

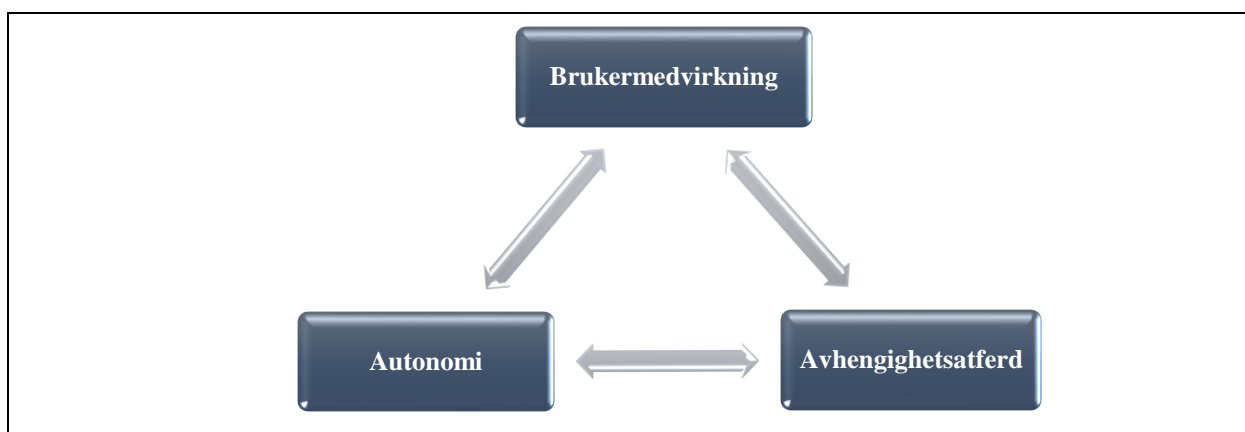
For meg så syns jeg at det liksom henger sammen med autonomi-begrepet. Som jeg tenker er veldig essensielt i traumebehandling. Jeg syns veldig ofte av de man jobber med, det er den som har blitt rokket veldig alvorlig ved. Jeg bestemmer selv over meg. Og hvis man er i den dialogen og prosessen så er nesten den utforskningen av hva er riktig for meg en del av behandlingsprosessen ved traumet i en relasjon. Det er kanskje bare en avsporing, men det er nettopp noe med det. Det blir veldig sånn hva er evidensbasert og hva er ikke, men hvis man først kommer i den dialogen, hva skal vi tenke er riktig for deg, hva skal vi gjøre og ikke? Så handler det om, ikke bare høre på, men det er nesten en del av behandlingsprosessen. At pasienten begynner å se sammenhengen i seg selv og verden. Som er veldig viktig tenker jeg for stabilisering og egentlig bearbeiding av traumer. (Psykolog 2.1)

Autonomi vil si pasientens rett til selvbestemmelse ved enten å gi informert samtykke eller avstå fra behandlingen som tilbys (Barbosa da Silva & Hagen, 2016). Informantene retter det mot opplevelsen av å ha *kontroll* over eget liv, og kontroll er et vesentlig aspekt da mange av disse pasientene har opplevd å bli frarøvet dette knyttet til sine omgivelser og hva de har blitt utsatt for (Barbosa da Silva & Hagen, 2016). Informantene virker å gi sine pasienter kontroll relatert til *når og om* de de ønsker å *fortelle om eller arbeide* med sine traumeerfaringer. De er tydelige på at pasientene ikke skal presses eller overtales inn i en behandlingsform de ikke opplever selv å kunne håndtere. Når informantene står foran ulike handlingsvalg virker en

dialog med pasienten å stå sentralt. En slik involvering kan resultere i et dilemma hvor det kan være vanskelig å løsrive brukermedvirkning og autonomi fra avhengighetsproblematikk. Informanten under viser til hvordan rusatferd kan gjøre det vanskelig for pasienten å ta autonome valg:

Jeg syns det med brukermedvirkning, særlig avhengighetsproblematikk, det er minefelt. Nå prater vi litt stort om det, og kanskje mer om autonomien, men det er også noen ganger hvor i seg selv, i hele problemet at pasienten ønsker veldig sterkt og er overbevist om noe som er inn i avhengighetsproblematikken for pasienten. Vi kan ha det her da, at man trener 4 timer om dagen og kjenner at man er veldig fornøyd med det og endelig har fått dette til og ikke ruser seg. Brukermedvirkning, hele det perspektivet, tenker jeg er så viktig, og nettopp det med autonomien og finne ut sammen. Samtidig så vil vi jo her måtte være ansvarlig for å si noe tydelig om hva vi ser vi ikke anbefaler. Og at vi kan ha helt ulike perspektiver med pasienten, og at det i seg selv er en prosess. Men jeg syns nok brukermedvirkningsordet brukes litt sånn forenklet noen ganger. (Psykolog 2.1)

Mange av deres pasienter har som mestringsstrategi å unngå vonde minner. Ofte har rusen hatt en funksjon som å fjerne ubehagelige opplevelser knyttet til traumatiske minner. Det er her man trår inn i *minefeltet*, slik informanten over beskriver det. Hva er brukermedvirkning når pasientens avhengighetsatferd (f.eks. ønske om å fjerne alt ubehag) kommer i konflikt med hva som er det beste (eksponering for traumeminner)? Hvordan skal man da ivareta deres autonomi og ønske om ikke å gå inn i traumene? Figur 5 viser hvordan disse tre momentene gjensidig påvirker hverandre.



Figur 5. Illustrasjon av den gjensidige påvirkningen mellom brukermedvirkning, pasientens autonomi og avhengighetsatferd.

Informantene virker i stor grad å respektere pasientene og aksepterer deres ønske, til tross for at deres kliniske vurderinger bryter med denne beslutningen. Kraft (2016) fremmer en tosystemmodell hvor avhengighet forstås innenfor rammene av en sykdomsmodell og frivillighetsmodell. Sykdomsmodellen anerkjenner kraften som ligger i lidelsen og behovet den rusavhengige har for helsehjelp. Frivillighetsmodellen legger vekt på at den rusavhengige har valgfrihet til å ta ansvar for egen rusfrihet og egen behandling. Det betyr at den rusavhengige både har begrensninger som gjør tilfriskningsprosessen vanskelig, men også en valgfrihet innenfor disse begrensningene til å velge den beste behandlingen for sine vansker. Et slikt perspektiv anerkjenner og tar høyde for rusmiddelavhengighetens begrensende effekt på pasientens livsutfoldelse, samtidig som det også legger ansvar for eget liv på pasienten selv. Brukermedvirkning og autonomi virker å være sentrale aspekt ved å se hele mennesket. Pasientene blir møtt som kompetente og selvstendige mennesker, men samtidig er det viktig at helsevesenet har tydelige rammer som baserer seg på kunnskap om beste praksis.

Forholdet mellom hovedtemaene

Veien mellom kunnskap og praksis bærer preg av at informantene ser mennesket bak rusen. Når helsepersonell ser enkeltmenneske og forholder seg til individet, vil det få implikasjoner for praksis. Dette krever skjønnsmessige vurderinger, både tatt av den individuelle behandler og i tverrfaglige diskusjonsforum. Praksisen har som mål å respektere pasientens preferanser og behov. Spesielt viktig er dette for å fremme deres opplevelse av autonomi, som i seg selv kan være terapeutisk. Etter som behandlingen individualiseres vil det som regel være store variasjoner i behandlingsforløp. Veien mellom kunnskap og praksis er individuell, men også universell. Det vil si at den søker å dekke pasientenes grunnleggende menneskelige behov. Oppsummert kan en si at en praksis som ser mennesket i sin helhet vil unngå standardiserte forløp, og inneha miljøterapeutiske og individualterapeutiske tilnærminger basert på å bygge relasjoner og skape trygghet.

Diskusjon

En overordnet diskusjon av resultatene

Informantene beskriver en fenomenologisk-hermeneutisk praksis og som praksis anerkjenner det subjektive og unike (Ekeland, 2009). Når retningslinjer og forskning ikke er i overenstemmelse med praktisk erfaring eller brukerens perspektiv, kan det nettopp bety at de to kunnskapskildene har røtter i hvert sitt vitenskapsteoretiske paradigme (Smedslund, 2009). Ekeland (2012) poengterer uoverensstemmelsen mellom det naturvitenskapelige paradigmet som forskning ofte funderes i, og naturen til helse- og sosialpraksis slik:

Mens pretensjonen er verdinøytralitet og objektivitet, er den som praksis en normativ og kulturell aktør. Mens språket er forklarende og teoriene kausalorienterte, er praksis fortolkende og hermeneutisk. Mens kunnskapen er basert på gjennomsnittsindividet og statistisk prediksjon, er praksis rettet mot individer hvis subjektivitet man aldri kan ha forhåndskunnskap om. (s. 751)

Diskusjonen om evidensbasert praksis har vært preget av å være mangefasettert og polarisert. Det er en velkjent strid om positivismens tilsynelatende fremmarsj inn i samfunns- og humanvitenskapene (Grimen, 2009) og debatten om evidensbasert praksis kan forstås som en vitenskapsteoretisk posisjoneringsskamp (Terum & Grimen, 2009). På den ene siden har man den positivistiske eller naturvitenskapelige tradisjonen, og på den andre siden den mer humanistiske og fenomenologisk-hermeneutiske tilnærmingen. Polariseringen virker å være et resultat av utfordringen om å gjøre forskningsfunn relevant for praksis (Ekeland, 2009). Enkelt fremstilt kan en si at den mer naturvitenskapelige tradisjonen søker generelle retningslinjer og prosedyrer, mens det på den andre siden legges vekt på individualisering i møte med enkeltindivider. Samtidig utelukker ikke nødvendigvis disse hverandre da det er mulig å ha retningslinjer og prosedyrer på et mer overordnet nivå, mens relevansen for den enkelte pasient må vurderes på et individuelt nivå (Terum & Grimen, 2009). Den transdisiplinære modellen for evidensbasert praksis anerkjenner flere kunnskapskilder (eg. kvalitativ og kvantitativ), tar høyde for begrensende faktorer og gjennomførbarhet og ser på helheten i behandlingssystemet (Satterfield et al., 2009). Modellen kan sies å være et forsøk på å forene den naturvitenskapelige-medisinske forståelsen med den fenomenologiske-hermeneutiske og humanistiske forståelse.

Rønnestad (2008) viser til hvordan APA definisjon av evidensbasert praksis beveger den vekk fra det biomedisinske perspektivet ved at den anerkjenner det kvalitative forskningsdesignet som utgangspunkt for å genere kunnskap om praksis, løfter frem klinisk ekspertise og impliserer at det diagnostiske system ikke er tilstrekkelig for å medvirke til beste praksis. De siste to punktene er noe informantene tydelig påpeker som helt sentrale i sitt virke. Der evidens mangler eller er lite veiledende for praksis og bruken av klinisk skjønn er tungtveiende, bør man forsøke å redusere gapet mellom kunnskap og praksis. Hos disse informantene virker det ikke å handle om et bevisst vitenskapelig standpunkt. De ser individer der hvor forskningen og retningslinjene ser grupper. Det betyr ikke at de utøver en «evidensløs» praksis basert på tilfeldigheter og ukritisk skjønn, da for individuelt å tilpasse behandling er skjønn helt nødvendig. Spesielt vil skjønn som er fundert i klinisk ekspertise, være viktig der hvor generell kunnskap og retningslinjer er mangelfull (Fonagy, 2010; Roth & Fonagy, 2005; Terum & Grimen, 2009). I følge informantene er dette tilfelle når det gjelder samtidig rus- og traumeproblematikk. Dette vil ikke si at «alt er lov» eller at skjønn er syensing, noe som i beste fall kan sies å være kritikkverdig bruk av det kliniske skjønn. Hvordan skjønn har blitt utøvd og fortsatt utøves, har resultert i betimelig kritikk. En viktig kritikk har vært hvordan det kan stå i fare for å danne et lite treffsikkert grunnlag i kliniske vurderinger (Kirkebøen, 1999). Blant annet viser studier at eksperter med lang erfaring ikke utviser bedre vurderingsevne enn noviser (Tracey, Wampold, Lichtenberg, & Goodyear, 2014). Det vil si at ekspertise og erfaring ikke er tilstrekkelig for å sikre god praksis. I verste fall kan beslutninger basert på skjønn medføre en antiterapeutisk effekt (Terum & Grimen, 2009). Kritikere av den utstrakte bruken av det skjønn i klinisk praksis erkjenner likevel hvor krevende det er å utarbeide gode og tydelige instrumentelle retningslinjer som vil være gjeldende i flere kontekster og med flere pasienter (Kirkebøen, 1999). Denne studien tydeliggjør denne problemstillingen, spesielt når vanskene som skal behandles er så kompleks og sammensatt. Det oppstår en krevende situasjon når det er mangelfull empiri på hva som fungerer. Det kan virke som om informantene opplever seg som fanget av kompleksiteten i informantenes vansker, og at det begrenser bruken av evidensbasert praksis. Ved kompleks problematikk kan man stå i fare for å overse enkle løsninger. Det vil si at man søker komplekse løsninger på komplekse problem, når løsningen allerede kan være enkel og kjent.

Metodiske Betraktninger

Gyldighet, pålitelighet, og overførbarhet.

I kvalitativ forskning benyttes begrepet *gyldighet* for å avgjøre hvor gyldig resultatene fra forskningen er (Kvale & Brinkmann, 2009). Gyldighet er knyttet opp mot hvordan forskningen er gjennomført, og om forskerens refleksive evne gjennom hele forskningsprosessen (Malterud, 2011). Jeg har forsøkt å favne om flere perspektiv i tolkningsprosessen. For å oppnå dette har jeg forsøkt å legge frem utsagn og koder som er i uoverensstemmelse med hverandre, og gjort en grundig gjennomgang av relevant teori og empiri. Jeg har her søkt etter alternative forklaringsmodeller. Jeg har også forsøkt å ligge så tett opp til dataene mine som mulig. Dette for å unngå at min forforståelse skulle fargelegge funnene. Denne nærheten er et resultat av at jeg selv har gjennomført intervjuene, transkribert alt av datamateriale, lest over transkripsjonene gjentatte ganger, samt kodet dataene i flere omganger. Det meste av litteraturgjennomgangen ble gjort i etterkant av transkripsjonen og den første omgangen med koding. Et annet gyldighetsaspekt er hvorvidt funnene kan benyttes til aktiv hadling, som Kvale og Brinkmann (2009) kaller *pragmatisk validering* av kunnskap. Det vil si hvordan generert kunnskap blant annet kan danne grunnlag for endring av praksis. Denne studien kan sies å være å være pragmatisk gyldig da den er praksisnær, og kan si noe om hvilke komponenter som må være tilstede for å sikre god praksis.

Pålitelighet omfatter hvorvidt resultatene har troverdighet ved at man i andre kontekster kan generere de samme resultatene. I og med at kvalitativ forskning er en kontekstuell forskningspraksis så er det vanskelig å kunne kreve at de samme resultatene med andre forskere, informanter eller ved et annet tidspunkt (Malterud, 2011). Det at jeg har benyttet meg av to datainnsamlingsmetoder ved ulike tidspunkt kan si noe om datamaterialets pålitelighet. Dersom informantene hadde kommet med helt ulike svar ved fokusgruppeintervjuene enn ved dybeintervjuene så kunne det tolkes som at datamaterialet er upålitelig. I denne studien var rådataene fra disse to intervjusituasjonene derimot i overensstemmelse med hverandre. Det kan også være fordi spørsmålene i fokusgruppeintervjuene tok utgangspunkt i svarene fra dybeintervjuene. Pålitelighet kan også knyttes til forskerens evne til å være gjennomiktig om de valgene som er blitt tatt, og hvilken forutinntatthet forskeren har (Malterud, 2011). Dette beskrives nærmere nedenfor når jeg diskuterer begrepet *refleksivitet*.

Overførbarhet omhandler i hvilken grad resultatene kan nyttiggjøres utover studiens kontekst. Formålet med kvalitativ forskning er ikke å generalisere, men likevel er det et mål å generere kunnskap som er gyldig utover den enkelte studie (Malterud, 2001). Denne studien er et eksempel på hvordan helsepersonell og ledelse i en TSB opplever egen praksis og hva de, ut i fra sine erfaringer, tenker ville vært beste praksis for samtidig rus- og traumeproblematikk. Forskningsdesignet i denne studien er en viktig del for å kunne si noe om funnenes overførbarhet. Det dekker ulike offentlige og private aktører innenfor TSB, oppbygning av tverrfaglig team, og ulike måter å forholde seg til traumeproblematikk. Resultatene fra denne studien kan være nyttige for andre institusjoner som arbeider med liknende problematikk. Kunnskapen må nødvendigvis tilpasses deres kontekstuelle forhold.

Refleksivitet.

Refleksivitet vil si at kunnskap ikke erverves i et sosialt vakuum, men formes og forstås i lys av forskeren (Fog, 1994; Malterud, 2011). Min forforståelse og vitenskapelig perspektiv på hva kunnskap er og hvordan kunnskap tilegnes vil nødvendigvis reflekteres i resultatene. Kvalitativ forskning er en konstruktiv prosess. Dette er både en styrke og en begrensning ved kvalitativ forskning (Fog, 1994; Kvale & Brinkmann, 2009). Min kjennskap og interesse for feltet kommer i hovedsak fra jobben jeg har som miljøterapeut ved en rusinstitusjon. I tillegg har jeg en psykologifaglig forankring, og ser derfor raskt psykologiske sammenhenger mellom fenomener. Jeg gikk inn i dette forskningsarbeidet med en forforståelse at traumer var noe som ikke ble aktualisert på en god måte innenfor rusbehandling. Jeg antok at kunnskapsmangel kunne forklare dette. Jeg antok også at i rusbehandling så var det først og fremst rusen som skulle behandles. For å unngå å la forforståelsen lede forskningen, skrev jeg ned mine hypoteser. Skriftliggjøringen av mine hypoteser gjorde meg svært bevisst gjennom hele forskningsprosessen, hvor jeg da forsøkte å se det ut ifra andre perspektiv. Dette har vært spesielt betydningsfullt for funnene. Uten å ha gjort meg bevisst min forforståelse kunne jeg stått i fare for en annen tolkning enn den jeg har lagt til grunn. I tillegg til dette forsøkte jeg aktivt å finne institusjoner som hadde et eksplisitt traumefokus for å utfordre mine egne hypoteser. I møte med et tverrfaglig team ble jeg derfor nødt til å åpne opp spørsmålene slik at de kunne besvares også fra andre perspektiv enn det psykologiske. Tverrfaglig praksis består av mer enn psykologiske intervensjoner. Jeg syns det var utfordrende å utvide fokuset mitt da mye av traumebehandling tradisjonelt foregår i

individual psykoterapeutiske samtaler. Jeg er usikker på om jeg gjennom spørsmålene åpnet opp for andre at informantene kunne fortelle om andre tilnærminger. Det kan se ut til at de gjorde det da mange snakket om hvordan man må utvide forståelsen av hva som er traumebehandling. Jeg anser også mine forutsetninger som en styrke ved at jeg hadde oversikt over traumepsykologien, samt at jeg hadde praktisk kunnskap om rusbehandling. Det vil si at jeg evnet å utvide den forståelsen jeg allerede hadde og ga mer plass til nyansene i det informantene sa. De hypotesene jeg gikk inn med i starten har enten blitt avkreftet eller nyansert. Dette er en styrke da er et argument for at jeg ikke har latt min forforståelse få prege forskningsprosessen.

Studiens begrensninger.

Gjennomføring.

En tydelig begrensning er at det ble gjennomført fokusgruppeintervju ved to av tre institusjoner. Bakgrunnen var at den siste institusjonen ikke svarte på henvendelser for å avklare tidspunkt for gjennomføring. I sluttprosessen vurderte jeg derfor at det ikke var mulig å gjennomføre med så kort tid igjen til levering. Fokusgruppeintervjuene hadde som formål å gi informantene en mulighet til å utdype eller kommentere det som ble sagt i dybdeintervjuene, og eventuelt nyansere egne synspunkt. Dette fikk da den ene institusjonen ikke mulighet til. Funnene må derfor sees i lys av denne begrensningen. Jeg har forsøkt å presentere funn fra fokusgruppeintervjuene som er kompatible med det informantene fra denne institusjonen belyste i dybdeintervjuene.

Uvalg.

Flere institusjoner ble kontaktet for å delta i studien, men kun tre takket ja til å delta. Det kan være at de inkluderte institusjonene var bevisst at de allerede hadde en god praksis hva gjelder traumeproblematikk. Det viste seg under dybdeintervjuene at den ene institusjonen hadde deltatt på kompetansehevingskurs angående traumer. Det var derfor 2/3 av institusjonene som hadde et eksplisitt traumefokus. En slik fordeling er nok ikke representativt for hvordan rusinstitusjonene forholder seg til samtidig rus- og traumeproblematikk på landsbasis. Denne studien blir derfor et innblikk i hvordan et fåtall institusjoner har forsøkt å fremme traumeforståelsen i rusbehandling. Resultatene kan derfor ikke si noe på generelt plan om hvordan eller hvorfor traumer ikke aktualiseres i behandling. Det kan være at de som takket nei til studien i mindre grad hadde integrert traumeforståelse

og – behandling i sin praksis, men dette blir kun antakelser. En annen begrensning ved utvalget er at informantene ble valgt ut av ledelsen. De kunne derfor velge aktuelle kandidater som utviste god praksis eller som hadde positive holdninger til institusjonens praksis. Utvelgelsen kan ha vært strategisk for å sette institusjonen i et bra lys. Jeg fikk litt inntrykk av at noen informanter hadde lite kritisk blick på egen praksis, og at de frontet egne behandlingstilnærminger. Igjen, dette blir kun antakelser, men de er viktige da det kan være en mulig feilkilde som gjør at datamaterialet ikke gir et godt bilde av faktisk praksis.

Vitenskapsteoretisk standpunkt.

Et vitenskapsteoretisk standpunkt kommer ikke uten kritiske innvendinger som forskeren må ta høyde for. Kritikkk mot pragmatismen kan rettes mot hvem som har makt til å definere hva som fungerer, hvordan man skal forholde seg til motstridende teoretiske perspektiv og et ensidig fokus på effekt og virkning fremfor *hvorfor* noe virker. Pragmatismen anser noe som sant dersom det har ønsket effekt. Et problem som da blir fremtredende er hva som skal defineres som effekt, og om effekt er det samme for pasienten, behandleren, organisasjonen eller samfunnet (Ekeland, 2009). Et eksempel fra denne studien er hvordan informantene virker å ha lave forventninger til rusfrihet. Dersom dette er det viktigste effektmålet objektivt sett kan man si at rusbehandling ikke evner å oppnå sine effektmål. For informantene virker et slikt effektmål urealistisk gitt den kompleksiteten som karakteriserer samtidig rus- og traumeproblematikk (spesielt utviklingstraumer). Det andre problemet kan sies å være at ulike teorier eller forskere kan hevde seg retten på å definere hva som er beste tilgjengelige praksis. I denne studien tolkes det informantene sier ut ifra hva de opplever å fungere i praksis, men det er ikke gitt at det de mener nødvendigvis reflekterer hva som er beste praksis. Andre vil kunne være uenig med informantene i at klinisk skjønn og brukermedvirkning er viktigere enn forskningsevidens (til tross for at den er uklar og begrenset). For eksempel, informantene forteller om en praksis som er lite preget av diagnoser, skjema, eller manualbaserte metoder. En slik praksis kan bli ansett som lite evidensbasert og at det bryter med foreliggende retningslinjer og anbefalinger. Fra et pragmatisk ståsted, er det hva som fungerer i praksis som gir gyldig kunnskap. Informantene hevder at verken forskningen eller retningslinjene er relevant for hva som har virkning i praksis. Her blir det et dilemma for hvordan resultatene skal tolkes; skal de tolkes som at informantene ikke forholder seg til gjeldende evidens eller retningslinjer (f.eks. spesifikk

traumefokusert behandling), eller skal en tolke det som at informantene forteller hva som er beste praksis gitt kontekstuelle forhold? Den første tolkningen vil kunne være en kritikk av informantenes praksis, mens den siste tolkningen vil nødvendigvis gi kritikk av forskningsgrunnlaget og hvordan det er for lite praksisnært. Jeg har valgt å konkludere med den siste tolkningen. Det utelukker ikke at den første tolkningen vil kunne være reell ved andre institusjoner, eller ved visse aspekter av praksisen hos disse informantene. Det siste problemet omfavner hvordan praksis blir vurdert instrumentelt fremfor prosessuelt. Pragmatismen er ikke så opptatt av hvorfor noe virker, men at det virker (Ekeland, 2009). Hovedargumentet for å anvende en pragmatisk tilnærming er at klinisk praksis er nødt til å ta høyde for hva som faktisk fungerer. Samtidig er det viktig å vite hvorfor noe fungerer.

Kunnskap, makt og brukerperspektivet.

Hva som er beste praksis reiser noen spørsmål knyttet til *hvem* som skal definere hva som er gyldige funn, noe som går rett inn i en diskusjon om *makt* (jmf. Foucault, 1977). Kunnskap og makt er to tett knyttede fenomen i følge Foucault. Forskning og praksis formes i en slik makt-kunnskapdynamikk, og forskeren må være seg bevisst sin makt i lys av den rollen og søke å utjevne den makten (Kvale & Brinkmann, 2009). I den ideelle studien ville en slik utjevning være å ha gitt brukerperspektivet, altså i dette tilfellet personer med rusavhengighet, en tydelig stemme og definisjonsmakt for hva som er god praksis. Dette er også i tråd med den evidensbaserte praksisen i psykologi som ivaretar brukernes perspektiv. Denne studien har ikke hatt som målsetning å favne om pasientenes opplevelser eller erfaringer med behandling. At brukerstemmen ikke blir hørt er ikke nødvendigvis en begrensning, men det er viktig å ha det i mente dersom resultatene skal overføres til praksis. Det er ikke nødvendigvis slik at det informantene sier i denne studien samsvarer med pasientenes tanker om beste praksis.

Konklusjon

Funnene gir en indikasjon på at forskning og de nasjonale retningslinjene har begrenset nytteverdi i langtidsrusbehandling med denne pasientpopulasjonen av samtidig rus- og traumeproblematikk. Klinisk skjønn spiller en sentral rolle i beslutningstakingen for hva som er beste praksis når pasientens vansker er komplekse, slik som ved samtidig rus- og traumeproblematikk.

Pasienter informantene møter i sin praksis har med seg et omfattende symptom-bilde og hvor det er svikt i mange funksjoner. Innenfor langtidsrusbehandling virker en stor andel av pasientene å ha utviklingstraumer. Sammenhengen mellom rusmiddelavhengighet og traumeerfaringer forstås i hovedsak ut i fra selvmedisineringshypotesen. Dette medfører at traumene får en sentral rolle i behandlingsøyemed. Skillet mellom hva som er traumebehandling og hva som er rusbehandling er derfor uklart. For å fange opp traumeerfaringer benyttes det i hovedsak anamnese mens systematisk bruk av diagnoseskjema virker å være mindre utbredt praksis. Dette kan være fordi fokus i startfasen er å danne en relasjon, og at problematikken til pasientene ikke fanges godt nok opp av dagens diagnosemanualer.

Behandlingstilnærmingen ved utviklingstraumer virker å være enn annen enn ved PTSD. Informantene fremmer en fasemodell og traumebevisst miljøterapi for behandling av utviklingstraumer. Bearbeiding av traumer (fase 2) praktiseres sjeldent. Bakgrunnen for dette er antakelse, og i noen tilfeller erfaring med, at det kan være skadelig for pasienten (f.eks. økt fare for tilbakefall). Ut ifra informantenes erfaring virker ikke alle pasientene å ha behov for spesifikk traumbearbeiding, og for noen pasienter er stabilisering nok (fase 1). Behandlingen av samtidig rus- og traumeproblematikk virker å foregå integrert i samme behandlingsteam. I noen tilfeller henvises pasienter til parallelle forløp med ekstern samarbeidspartner. Rusbehandling inneholder mange momenter (f.eks. økonomi, skole, arbeid, boferdigheter), noe som kan oppleves som forstyrrende for spesifikk traumebehandling. Bearbeiding av traumer krever kontinuitet over tid. For å arbeide godt med traumer virker relasjonsbygging å være en sentral oppgave for helsepersonell. Relasjon anses å være både et mål i seg selv for å skape ny erfaring, og et middel som endringsarbeidet bygger på. Anerkjennelse av pasientene som hele, autonome mennesker er helt essensielt i møte med mennesker som har en traumehistorikk. Anerkjennelse skjer gjennom helsepersonells evne til å tilpasse behandlingen individuelle forhold, og ta hensyn til pasientens preferanser og ønsker (eg.

brukermedvirkning). Her må man vurdere hvordan eventuelt rusmiddelavhengigheten forstyrrer pasientens evne til å foreta seg gode vurderinger om egne behandlingsbehov.

Oppsummert er momentene for den best praksisen slik informantene erfarer det at denne pasientgruppen trenger tid, individuell tilpasning, gode terapeutiske relasjoner og trygge rammer. Mer spesifikk traumefokusert behandling vil kunne være betimelig, men vil være uaktuelt uten at pasienten har ressursene til å håndtere det eller ønsker det selv. Til det vet man for lite om hvordan slik praksis kan være skadelig for pasienter med omfattende traumehistorikk og samtidig rusmiddelavhengighet. Retningslinjer, forskning og helsevesen må i møte med samtidig rus- og traumeproblematikk ta høyde for det usikre, komplekse og individuelle.

Referanser

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., . . . & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *256*(3), 174–186. doi: 10.1007/s00406-005-0624-4
- Anda, R.F., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Chapman, D., Edwards, V.J., Dube, S.R., & Williamson, D.F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, *53*, 1001–1009.
- American Psychiatric Association ([APA]; 2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*(4), 271–283. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271
- Asay, T. R., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case of the common factors in psychotherapy: quantitative findings. I M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (red.), *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- Back, S. E., Waldrop, A. E., & Brady, K. T. (2009). Treatment Challenges Associated with Comorbid Substance Use and Posttraumatic Stress Disorder: Clinicians' Perspectives. *The American Journal on Addictions*, *18*(1), 15-20. doi:10.1080/10550490802545141
- Barbosa da Silva, A. & Hagen, M. B. (2016). Etikk og menneskesyn for en helhetlig traumebevisst omsorg. I M. B. Hagen, A. Barbosa da Silva, & M. I. Thelle (red.) *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra tilknytningsteoretisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming Children and Youth*, *17*, 17-21.
- Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(3), 277-292. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00138-4

- Benner, P. (1994). *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*. SAGE.
- Bjørndal, A. (2009). Målet er kunnskapsbaserte og brukersentrerte tjenester. I H. Grimen & L.-I. Terum (Red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information. Thematic analysis and code development*. SAGE
- Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseperasjoner. Tilknytning og behandling*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative Research: A practical guide for beginners*. Sage.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms evaluation and treatment*. Thousand Oak: SAGE Publications, Inc.
- Chen, Y., & Baram, T. Z. (2016). Toward Understanding How Early-Life Stress Reprograms Cognitive and Emotional Brain Networks. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 197-206. doi:10.1038/npp.2015.181
- Chilcoat, H. D., & Breslau, N. (1998). Posttraumatic stress disorder and drug disorders: Testing causal pathways. *Archives of General Psychiatry*, 55, 913-917
- Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J.L., Lanius, R., Stolbach, B.C., Spinazzola, J., van der Kolk, B.A., van der Hart, O. (2012). *The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults*. Complex Trauma Task Force.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. doi:10.1002/jts.20444
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Nooner, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., . . . Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167(8), 915-924. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09081247

- Cook, J. M., Schnurr, P. P., & Foa, E. B. (2004). Bridging the gap between posttraumatic stress disorder research and clinical practice: The example of exposure therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *41*(4), 374-387.
doi:10.1037/0033-3204.41.4.374
- Creamer, M., Burgess P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*. *31*(7):1237– 1247.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches* (3rd ed.). SAGE.
- Dass-Brailsford, P. & Myrick, A. C. (2010). Psychological trauma and substance abuse: The need for an integrated approach. *Trauma, Violence, & Abuse*, *11*(4), 202-213.
doi:10.1177/1524838010381252
- de Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., . . . Bicanic, I. A. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults.. *Depression & Anxiety*, *33*(5), 359-369. doi:10.1002/da.22469
- Dorrington, S., Zavos, H., Ball, H., McGuffin, P., Rijdsdijk, F., Sirib, S. A., Sumathipala, A., & Hotof, M. (2014). Trauma, post-traumatic stress disorder and psychiatric disorders in a middle-income setting: prevalence and comorbidity. *The British Journal of Psychiatry*, *205*(5) 383-389. doi: 10.1192/bjp.bp.113.141796
- Driessen, M., Schulte, S., Luedecke, C., Schaefer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M., . . . the, T.-S. G. (2008). Trauma and PTSD in Patients With Alcohol, Drug, or Dual Dependence: A Multi-Center Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *32*(3), 481-488. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00591.x
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., & Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, *25*(12), 1627-1640.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, *111*(3), 564-572.
- Ekeland, T.-J. (2009). Hva er evidensen for evidensbasert praksis? I H. Grimen & L. I. Terum (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt Forlag.

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, *196*, 129-135.
- Enoch, M. A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*, *214*(1), 17-31. doi:10.1007/s00213-010-1916-6
- Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2012). *Dobbelt Opp: Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Farley, M., Golding, J. M., Young, G., Mulligan, M., & Minkoff, J. R. (2004). Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *27*(2), 161-167. doi:10.1016/j.jsat.2004.06.006
- Farrugia, P. L., Mills, K. L., Barrett, E., Back, S. E., Teesson, M., Baker, A., . . . Brady, K. T. (2011). Childhood trauma among individuals with co-morbid substance use and post traumatic stress disorder. *Mental Health & Substance Use*, *4*(4), 314-326. doi:10.1080/17523281.2011.598462
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., . . . Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults - The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245-258. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, *31*(1), 7-26. doi:10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Flanagan, J., Korte, K., Killeen, T., & Back, S. (2016). Concurrent Treatment of Substance Use and PTSD. *Current Psychiatry Reports*, *18*(8), 1-9. doi:10.1007/s11920-016-0709-y
- Foa, E.B, Hembree, E. A., Rothbaum, B. O (2007) *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. Oxford: Oxford University Press.
- Fonagy, P. (2010). Psychotherapy research: do we know what works for whom? *The British Journal of Psychiatry*, *197*(2), 83-85. doi:10.1192/bjp.bp.110.079657
- Fog, J. (1994). Med samtalen som utgangspunkt: Det kvalitative forskningsinterview. Akademisk Forlag: København.

- Ford, J. D., Hawke, J., Alessi, S., Ledgerwood, D., & Petry, N. (2007). Psychological trauma and PTSD symptoms as predictors of substance dependence treatment outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2417-2431. doi:10.1016/j.brat.2007.04.001
- Fosse, R. & Dersyd, A. K. (2007). *Forekomst av traumeutsatte pasienter ved distriktpspsykiatriske sentre i spesialisthelsetjenesten*. Aker Universitetssykehus: Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), Region Øst.
- Foucault, M. (1977). *Overvåkning og straff: Det moderne fengsels historie*. Gyldendal: Oslo.
- Gielen, N., Krumeich, A., Havermans, R. C., Smeets, F., & Jansen, A. (2014). Why clinicians do not implement integrated treatment for comorbid substance use disorder and posttraumatic stress disorder: a qualitative study. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. doi:10.3402/ejpt.v5.22821
- Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P., & Stern, N. M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 271-286. doi:10.1023/A:1007758711939
- Grimen, H. (2009). Debatten om evidensbasering – noen utfordringer. I H. Grimen & L.-I. Terum (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Gråwe, R. W. (2016). Integrerte psykososiale behandlingstiltak for personer med rusmiddellidelser og samtidig angst og depresjon. I R. W. Gråwe (red.) *Kombinerte behandlingstiltak for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse. Kunnskapsbaserte behandlingstiltak innen rus- og avhengighetsmedisin*. Berge: Fagbokforlaget.
- Hagen, M. B. (2016). Traumebevisst miljøterapi. I M. B. Hagen, A. Barbosa da Silva, & M. I. Thelle (red.) *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra tilknytningsteoretisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, M. B., Barbosa da Silva, A., & Thelle, M. I. (2016) Innledning. I M. B. Hagen, A. Barbosa da Silva, & M. I. Thelle (red.) *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra tilknytningsteoretisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2016). *Nasjonalt faglig retningslinje for behandling av rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Nasjonale faglige retningslinjer IS-2219. Helsedirektoratet: Oslo.

- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser – ROP-lidelser*. Nasjonale faglige retningslinjer IS-1948. Helsedirektoratet: Oslo.
- Helsedirektoratet (2017). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/NFR/pakkeforl%C3%B8p%20psykisk%20helse%20og%20rus/Presentasjon%20om%20Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus.pdf> (nedlastet 26.09.2017)
- Helsedirektoratet (2015). *Prioriteringsveileder – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. Nasjonale faglige retningslinjer. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne – Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Veileder IS-2076. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Prop. 15 S (2015 – 2016). Opptappingsplanen for rusfeltet (2016 – 2020)*. Proposisjon til Stortinget.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004). *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Rundskriv.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD – A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. doi: 10.1007/bf00977235
- Herr, J. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20. doi:10.1176/ajp.148.1.10
- Honneth, A. (2008). *Kamp om anerkjennelse. Om de sosiale konfliktenes moralske grammatikk*. Oslo: Pax Forlag.
- James, W. (1907/2012). *Pragmatism*. Renaissance Classics.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive Worlds and the Stress of Traumatic Events: Applications of the Schema Construct. *Social Cognition*, 7(2), 113-136. doi:10.1521/soco.1989.7.2.113
- Kearney, C. A., Wechsler, A., Kaur, H., & Lemos-Miller, A. (2010). Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: A review of contemporary research and thought. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 46-76. doi: 10.1007/s10567-009-0061-4
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L., Schnurr, P. P., & Kendall, P. C. (2000). Risk Factors for Adolescent Substance Abuse and Dependence:

- Data From a National Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 19-30. doi:10.1037/0022-006X.68.1.19
- Kirkebøen, G. (1999). Skjønn, formler og klinisk praksis: Hvorfor vurderer erfarne klinikere så dårlig enda de vet så mye? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 523-536.
- Kraft, P. (2016). *Rusmiddelavhengighet: Et psykologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S. & S. Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2nd ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Landheim, A. S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer; psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk epidemiologi*, 12(3), 309-318.
- Lavik, K. O., Frøysa, H., Brattebø, K. F., McLeod, J., & Moltu, C. (2017, October 26). The First Sessions of Psychotherapy: A Qualitative Meta-Analysis of Alliance Formation Processes. *Journal of Psychotherapy Integration*. doi: 10.1037/int0000101
- Lie, G. T. & Granby, I. (2011). *Mennesket bak rusen. Om Selbukollektivets historie, ungdommenes utviklingsprosess og betydningen av anerkjennelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lincoln, A. K., Liebschutz, J. M., Chernoff, M., Nguyen, D., & Amaro, H. (2006). Brief screening for co-occurring disorders among women entering substance abuse treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1(1), 26. doi:10.1186/1747-597x-1-26
- Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I K. Lossius (red.) *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3rd ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2001) Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. doi:10.1016/S0140-6736(01)05627-6
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- McHugo, G. J., Caspi, Y., Kammerer, N., Mazelis, R., Jackson, E., Russell, L., . . . Kimerling, R. (2005). The assessment of trauma history in women with Co-occurring substance

- abuse and mental Disorders and a history of interpersonal Violence. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32(2), 113-127. doi:10.1007/bf02287261
- Mills, K. L., Barrett, E. L., Merz, S., Rosenfeld, J., Ewer, P. L., Sannibale, C., . . . Teesson, M. (2016). InRuglass tegrated Exposure-Based Therapy for Co-Occurring Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Substance Dependence: Predictors of Change in PTSD Symptom Severity. *Journal of Clinical Medicine*, 5(11), 101. doi:10.3390/jcm5110101
- Mills, K. L., Teesson, M., Back, S. E., Brady, K. T., Baker, A. L., Hopwood, S., . . . Ewer, P. L. (2012). Integrated Exposure-Based Therapy for Co-occurring Posttraumatic Stress Disorder and Substance Dependence: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 308(7), 690-699. doi:10.1001/jama.2012.9071
- Mills, K. L., Teesson, M., Ross, J., & Peters, L. (2006). Trauma, PTSD, and Substance Use Disorders: Findings From the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 652-658. doi:10.1176/ajp.2006.163.4.652
- Morrissey, J. P., Jackson, E. W., Ellis, A. R., Amaro, H., Brown, V. B., & Najavits, L. M. (2005). Twelve-Month Outcomes of Trauma-Informed Interventions for Women With Co-occurring Disorders. *Psychiatric Services*, 56(10), 1213-1222. doi:10.1176/appi.ps.56.10.121
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Müller, M., Vandeleur, C., Rodgers, S., Rössler, W., Castelao, E., Preisig, M., & Ajdacic-Gross, V. (2015). Childhood adversities as specific contributors to the co-occurrence of posttraumatic stress and alcohol use disorders. *Psychiatry Research*, 228(3), 251-256. doi:10.1016/j.psychres.2015.06.034
- Najavits, L. M. (2002). Clinicians' views on treating posttraumatic stress disorder and substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(2), 79-85. doi:10.1016/S0740-5472(02)00219-2
- National Institute for Health and Clinical Excellence ([NICE]; 2005). *Post-traumatic stress disorder: Management*. Tilgjengelig fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26/chapter/1-Guidance#the-treatment-of-ptsd> (hentet 01.02.2017)

- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer. Regulering som et nøkkelbegrep i ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Norman, S. B., Tate, S. R., Anderson, K. G., & Brown, S. A. (2007). Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? *Drug and Alcohol Dependence*, 90(1), 89-96. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.03.002
- Nosen, E., Littlefield, A. K., Schumacher, J. A., Stasiewicz, P. R., & Coffey, S. F. (2014). Treatment of co-occurring PTSD–AUD: Effects of exposure-based and non-trauma focused psychotherapy on alcohol and trauma cue-reactivity. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 35-42. doi:10.1016/j.brat.2014.07.003
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: WW. Norton & Company, Inc.
- Perry, B. D. (2009). Examining child maltreatment Through a Neurodevelopmental lens: clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 240–255.
- Pilowsky, D. J., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). Adverse Childhood Events and Lifetime Alcohol Dependence. *American Journal of Public Health*, 99(2), 258-263. doi:10.2105/AJPH.2008.139006
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., . . . Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 241-251. doi:10.1002/jts.21699
- Reynolds, M., Mezey, G., Chapman, M., Wheeler, M., Drummond, C., & Baldacchino, A. (2005). Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug and Alcohol Dependence*, 77(3), 251-258. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.08.017
- Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2016). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. *Cochrane Database Systematic Review*, 4. doi:10.1002/14651858.CD010204.pub2
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? (2nd ed.)*. A critical review of *Psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Ruglass, L. M., Lopez-Castro, T., Papini, S., Killeen, T., Back, S. E., & Hien, D. A. (2017). Concurrent Treatment with Prolonged Exposure for Co-Occurring Full or Subthreshold Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorders: A

- Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 86(3), 150-161.
doi:10.1159/000462977
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for den Norske Psykologforening*, 45(4), 444-454.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.
- Satterfield, J. M., Spring, B., Brownson, R. C., Mullen, E. J., Newhouse, R. P., Walker, B. B., & Whitlock, E. P. (2009). *Toward a Transdisciplinary Model of Evidence-Based Practice*. *Milbank Quarterly*, 87(2), 368-390. doi:10.1111/j.1468-0009.2009.00561.x
- Strine, T. W., Dube, S. R., Edwards, V. J., Prehn, A. W., Rasmussen, S., Wagenfeld, M., . . . Croft, J. B. (2012). Associations between adverse childhood experiences, psychological distress, and adult alcohol problems. *American Journal Health Behavior*, 36(3), 408-423. doi:10.5993/ajhb.36.3.11
- Sroufe, L. A., Coffino, B., & Carlson, E. A. (2010). Conceptualizing the role of early experience: Lessons from the Minnesota Longitudinal Study. *Developmental review*, 30(1), 36-51. doi:10.1016/j.dr.2009.12.002
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohasi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(10), 652-666. doi: 10.1038/nrn.2016.111
- Terum, L. I. & Grimen, H. (2009). Profesjonsutøvelse – kvalitet og legitimitet. I H. Grimen & L. I. Terum (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Torchalla, I., Nosen, L., Rostam, H., & Allen, P. (2012). Integrated treatment programs for individuals with concurrent substance use disorders and trauma experiences: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(1), 65-77. doi: 10.1016/j.jsat.2011.09.001
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69(3), 218-229. doi: 10.1037/a0035099
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: W. W. Norton & Company

- van der Kolk, B. A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals New York Academic Science*, 1071, 277-293. doi:10.1196/annals.1364.022
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 401–408.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(7 Suppl), 83-93.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399. doi:10.1002/jts.20047
- van Minnen, A., Harned, M. S., Zoellner, L., & Mills, K. (2012). Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 3. doi:10.3402/ejpt.v3i0.18805
- World Health Organization (WHO) (1992). *ICD-10: Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death*. Geneva: World Health Organization.
- Wynn, R., Landheim, A., & Hoxmark, E. (2013). Which factors influence psychiatric diagnosing in substance abuse treatment? *International Journal of Mental Health Systems*, 7. doi: 10.1186/1752-4458-7-17

Figur- og tabelliste

Tabell 1: Karakteristikk
Tabell 2: Navn på informanter
Figur 1: Modell av transdisiplinær evidensbasert praksis
Figur 2: Eksempel på analyseprosessen
Figur 3: Fremstilling av resultatene
Figur 4: Enkel illustrasjon av praksis ved ulike traumeerfaringer
Figur 5: Relasjonen mellom brukermedvirkning, autonomi og rusmiddelavhengighet

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide dybdeintervju

Vedlegg 2: Intervjuguide fokusgruppeintervju

Vedlegg 3: Samtykkeskjema

Vedlegg 4: Godkjenning fra Nasjonalt senter for Samfunnsforskning (NSD)

Vedlegg 1: Intervjuguide dybdeintervju

INTERVJUGUIDE Dybdeintervju

Tema: Samtidig rus- og traumeproblematikk i Tverrfaglig Spesialisert Behandling

Problemstilling:

- 1) *Hvordan ser helsepersonell og ledelse i Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB) på egen praksis i lys av en «ideell» rusbehandling av samtidig rus- og traumeproblematikk?*
- 2) *Hva er det som former dagens utrednings- og behandlingspraksis for samtidig rus- og traumeproblematikk i TSB?*

Fokus:

- 1) Utredningspraksis 2) Behandlingspraksis

Tidsestimat: 45 min - 1,5 t

Oppsett: Spørsmålene er delt inn i 3 faser. Fase 1 har som formål å klargjøre informantens, samt å samle inn bakgrunnsinformasjon og informantens kunnskapsgrunnlag om temaet. Fase 2 består av nøkkelspørsmål, og tar for seg fokusområdene utredning og behandling. Fase 3 skal gi supplerende informasjon som er viktig for å se på fokusområdene i et holistisk perspektiv. Hovedspørsmålene er i normal skrift. Ved lite utfyllende eller generelle svar kan disse følges opp av spørsmålene som står i kursiv under. Disse spørsmålene er ikke uttømmende, men dekker kjernen i det hovedspørsmålet skal gi av informasjon. Ved alle spørsmål er det viktig å spørre om personen kan gi eksempler/erfaringer, og at informanten forholder seg til egne erfaringer/opplevelser/tanker/holdninger heller enn generelle beskrivelser.

Fase 1

1) Introduksjon

- *Intervjuer forteller om tema for intervjuet*
- *Intervjuer forklar hva intervjuet skal brukes til*
- *Intervjuer forklar taushetsplikt og anonymitet*
- *Intervjuer informerer om lydopptak og henter inn samtykke for dette*
- Er noe uklart? Har du noen spørsmål?

- *Intervjuer starter lydopptak*
- *Viktig! Konkretiser med eksempler fra din egen arbeidshverdag og erfaringer du har hatt*

2) Bakgrunn

- Bakgrunnsinformasjon
 - Stilling/tittel/rolle
 - Ansiennitet (innenfor rusfeltet og nåværende jobb)
 - Alder
 - Utdanningsnivå
 - Annen arbeidserfaring
- Hvilket ansvar/rolle har du i det tverrfaglige teamet?
(Oppfølging: *Har du ansvar for utredning og/eller behandling? Hvordan opplever du din rolle/ansvar? Samsvarer rollen/ansvaret med den kunnskapen/erfaringen du har?*)
- Hva er din forståelse av samtidig rus – og traumeproblematikk
(Oppfølging: *Hvordan definerer du «traumeproblematikk»? Hva er din forståelse av traumeproblematikk? Er det, og i så fall hva er sammenhengen mellom traumer og rus slik du ser det? Hva slags bakgrunn har du for å arbeide med en slik problematikk? Hvordan definerer du «traumeproblematikk»? Hvilke spesifikke erfaringer har du med denne type problematikk? Hvor ofte ser du en slik problematikk? Hvorfor utelukker/inkluderer du traumer i din praksis?*)

Fase 2: Nøkkelspørsmål

1) Utredning

- Hvordan går du frem når du møter pasient med samtidig rus – og traumeproblematikk?
(Oppfølging: *Hvor viktig er utredning for ditt arbeid? Hva ser du etter? Hva baserer du din utredningspraksis på? Hvilke tanker gjør du deg underveis i en utredningsprosess? Hvordan forholder du deg til traumeproblematikk i utredningen? Hvordan forholder du deg til henvisning? Hvordan er det å spørre om traumeerfaringer? Hva gjør du når en pasient ikke ønsker å snakke om traumeerfaringer? Hvordan skiller du mellom traumeproblematikk og annen psykologisk eller rusrelatert problematikk?*)
- Hvilke spesifikke utredningsverktøy benytter du for å utrede for samtidig traumeproblematikk?
(Oppfølging: *Finnes det noen retningslinjer/krav som du forholder deg til? Hvordan går du fram for å fange opp traumeopplevelser i din utredningspraksis? Bruker du noen form for standardiserte verktøy, i så fall hvilke? Hvordan arbeider du med ditt*

team under utredningsprosessen?)

2) Behandling

- Hvordan planlegger og arbeider du med behandling av samtidig rus – og traumeproblematikk?
(Oppfølging: *Hva gjør du? Er det noen spesifikk behandling du benytter/foretrekker? Hvorfor bruker du den? Hva skal prioriteres? Hvordan begrunner du dine prioriteringer? Hvilke spesifikke erfaringer har du med å arbeide med denne problematikken? I hvilken grad opplever du å lykkes i ditt arbeide? Hvorfor lykkes/lykkes du ikke? Hvordan opplever du å arbeide med denne problematikken? Hvorfor arbeider du slik du gjør/hva former din praksis?)*
- Hvordan møter du en pasient/elev gjennom **traumebevisst omsorg**? (Kun aktuelt for Blå Kors, Loland)
(Oppfølging: *I hvilke situasjoner? Hvordan opplever du en slik fremgangsmåte? Hvordan ville det vært om du ikke møtte personen med traumebevisst omsorg? Hvordan er det å arbeide tverrfaglig på en slik måte? Er det noen spesifikke styrker og utfordringer ved å jobbe slik? Jobber dere på noen annen måte med traumene?)*
- Hva ville vært den «ideelle» behandlingen av samtidig rus – og traumeproblematikk?
(Oppfølging: *Hvorfor? Hva mener du mangler i dagens praksis? Hvordan ser du på egen praksis i lys av dette?)*
- Hvilke barrierer/hindringer oppfatter du at det finnes det for å oppnå en slik «ideell» behandling?
(Oppfølging: *Hva er årsaken slik du ser til disse barrierene? Hvordan kan du overkomme disse barrierene/hindringene?)*

Fase 3: Supplerende spørsmål (spesifikt fokus ved fokusgruppe)

1) Tverrfaglig samarbeid

- Hvilke tanker har du om tverrfaglig arbeid ved samtidig rus – og traumeproblematikk?
(Oppfølging: *Hvordan jobber du og ditt team med en slik problematikk? Hva kan være styrker/svakheter ved en slik arbeidsform? Er visse oppgaver separerte/felles innen teamet? Hva er behandlingsfokus?)*

2) Retningslinjer, veiledere og forskning

- Hvordan forholder du deg til retningslinjer og veiledere for samtidig rus- og psykiske lidelser (eg. *traumeproblematikk*) i ditt arbeid?
(Oppfølging: *Hvilken erfaring har du med retningslinjer/veiledere? Hvordan*

forholder du deg i lys av dette til traumeproblematikk? Hvordan bruker du retningslinjer/veiledere i ditt arbeid? Hvordan forholder du deg til retningslinje om integrert behandling? Hvordan forholder du deg til retningslinje om alvorlighetsgrad i traumeproblematikken? Hvordan samarbeider du og ditt team med andre instanser ved samtidig rus – og traumeproblematikk?

- Hvordan ville den ideelle retningslinjen vært for deg mtp. samtidig rus – og traumeproblematikk?
(Oppfølging: *Hvorfor ville dette være ideelt? Hvordan ville det preget praksis?*)
- Hvordan forholder du deg til artikler og annen forskningskunnskap på samtidig rus – og traumeproblematikk?

Organisatorisk (til ledere)

- Hvilken visjon/ideologi har dere på arbeidsplassen for behandling rusmisbrukere?
(Oppfølging: *Hvorfor har dere en slik visjon/ideologi? Hvordan påvirker dette praksis?*)
- Hvordan legges det til rette for at de tverrfaglige teamene skal arbeide etter retningslinjer, veiledere og forskningsbaserte tiltak?
(Oppfølging: *Hva er din rolle i en slik implementeringsprosess? Hvilke konkrete tiltak setter du i gang? Hvilke erfaringer har du med denne implementeringen?*)
- Hvordan (om det gjøres) følges/evalueres arbeidet?
(Oppfølging: *Har dere noen spesifikke verktøy?*)

Fase 4: Avslutning

- *Om det er tid; Intervjuer oppsummerer hovedpunktene fra intervjuet*
- Har det du har sagt kommet fram slik du ønsker? Er det noe mer du vil legge til?

Vedlegg 2: Intervjuguide fokusgruppeintervju

INTERVJUGUIDE

Fokusgruppeintervju

Oppgavens tema: Samtidig rus- og traumeproblematikk i TSB

Problemstilling:

- 1) *Hvordan ser helsepersonell og ledelse i Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB) på egen praksis i lys av en «ideell» rusbehandling av samtidig rus- og traumeproblematikk?*
- 2) *Hva er det som former dagens utrednings- og behandlingspraksis for samtidig rus- og traumeproblematikk i TSB?*

Tidsestimat: 2 – 2,5 t (inkl. pause)

Praktisk:

- Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd
- Det vil ikke være mulig med fullstendig anonymitet da det er utveksling av informasjon innad i gruppen, og det vil bli tatt opp på bånd. Samtykkeskjema må underskrives.

Gjennomføring:

- Min rolle er å være moderator, det vil si at jeg styrer samtalen
- Det ønskes mest mulig flyt i samtalen mellom deltakerne, og hvor den enkelte forteller ut i fra egne erfaringer og perspektiv. Unngå generelle beskrivelser. Samtalen vil ta form ved at alle får komme med innspill først, og deretter vil det være mulighet for å kommentere og komme med innspill på det som blir sagt.

1) TEMA 1: Evidensbasert praksis (brukermedvirkning, erfaring, forskning)

- a. *Slik du ser det, hva er evidensbasert praksis ved praksis (utredning og behandling) for samtidig rus- og traumeproblematikk?*
- b. *Hva er din erfaring med hva som er god praksis?*
- c. *Hvordan sikre evidensbasert praksis?*
- d. *Hvilken rolle spiller din erfaring/klinisk ekspertise/skjønn?*
- e. *Hvilke barrierer, om det er det slik du ser det, er det for evidensbasert praksis ved din arbeidsplass?*

2) TEMA 2: Integrert praksis

- a. *Hvordan definerer du «integrert praksis»?*
- b. *Hvilke erfaringer har du med integrert praksis ved behandling av samtidig rus- og*

traumeproblematikk?

c. Hvilke barrierer, om det er det slik du ser det, er det for å utføre integrert praksis?

d. Hva er alternativet til integrert praksis?

Vedlegg 3: Samtykkeskjema



Fakultet for samfunns-
og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et kvalitativt forskningsprosjekt for å utforske hvordan helsepersonell og ledelse i Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB) opplever og praktiserer rusbehandling ved samtidig rus – og traumeproblematikk. Du blir spurt basert på at du arbeider innenfor TSB, og vil derfor kunne ha erfaringer, opplevelser og tanker om temaet.

Problemstillingen studien tar utgangspunkt i er: *Hvordan ser helsepersonell og ledelse i Tverrfaglig Spesialisert Behandling på egen praksis i lys av en «ideell» rusbehandling av samtidig rus- og traumeproblematikk?*

Studien er en del av Hovedoppgaven i Profesjonsstudiet i Psykologi ved NTNU. Ansvarlig for prosjektet er veileder Britt-Marie Drottz-Sjøberg, professor ved Psykologisk Institutt.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Temaet vil bli utforsket gjennom individuelle dybdeintervjuer og fokusgrupper ved godkjenning fra NSD.

Intervjuet vil ta sted enten på Psykologisk Institutt eller på arbeidssted om det ønskes. Intervjuet vil foregå mellom mars – juni, og ta mellom 45 min – 1,5 time. Det vil bli benyttet lydopptaker for å sikre at all informasjon blir samlet inn riktig. Alle filer vil bli slettet etter godkjent hovedoppgave.

Fokusgruppe innebærer intervju i en gruppe på mellom 5-8 personer. Fokusgruppen vil bestå av personer fra ulike TSB-enheter som deltar i intervju og som ønsker og har mulighet til å delta. Fokusgruppeintervjuet vil foregå i oktober på din arbeidsplass, og ta mellom 2 – 3 timer. Det vil bli benyttet lydopptaker for å sikre at all informasjon blir samlet inn riktig. Alle lydfiler og transkriper vil bli slettet etter godkjent hovedoppgave.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltakelse vil kunne gi økt kunnskap om behandling av samtidig rus- og traumeproblematikk. Dette vil kunne bidra til utvikling, og mulig forbedring av praksis i TSB.

Det er ingen tydelig ulemper ved å delta i studien. Det vil ikke stilles spesielt sensitive spørsmål.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke når prosjektet er i gang. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Elin-Kristin Hem Olsen, elinkristinhem@gmail.com, 95470353.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Disse opplysningene vil være navn, yrkestittel/-type, og år av arbeidserfaring innenfor rusfeltet, men ikke annen personidentifiserende informasjon.

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

Alle opplysningene vil bli behandlet uten kobling til navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Kun i analyseprosessen vil jeg benytte en kode som knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Denne navnelisten slettes når analysen er avsluttet.

Prosjektleder, Britt-Marie Drottz Sjøberg, sammen med studentforsker, Elin-Kristin Hem Olsen, har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert og slettet umiddelbart etter godkjent hovedoppgave.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av NSD Personvernombudet for forskning (ref. 52903).

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Sted og dato

Prosjektansvarlig signatur

Rolle i prosjektet

Vedlegg 3: Godkjenning fra Personvernombudet ved NSD

Britt-Marie Drottz Sjøberg
Institutt for psykologi NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 31.03.2017

Vår ref: 52903 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:



TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.02.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

52903	<i>Traumer i rusbehandling - fra retningslinjer til praksis i Tverrfaglig Spesialisert Behandling. En kvalitativ studie</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Britt-Marie Drottz Sjøberg</i>
<i>Student</i>	<i>Elin-Kristin Hem</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Elin-Kristin Hem elinkristinhem@gmail.com

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