

Sammendrag

Hensikt: Denne studien skal belyse effekten av deltakelse i tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper.

Metode: Fem relevante forskningsartikler ble funnet gjennom strukturerte og ustrukturerte søk. Artiklene ble nøye analysert før resultatene ble presentert. Deretter ble det valgt ut noen tema som ble drøftet for å fremheve noen viktige aspekter vedrørende problemstillingen.

Resultat: Funnene viser at deltakelse i tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper øker sjansen for å holde seg rusfri. I tillegg kommer det frem at helsepersonell har for lite kjennskap til tolvtrinnsprogrammet, og henviser derfor svært få pasienter og brukere til slike grupper.

Diskusjon: Oppgaven drøfter tema som betydningen av grad av deltakelse, hvilke faktorer som kan hindre deltakelse, hvilke faktorer som kan medvirke til rusfrihet og eventuelle andre gevinster av deltakelse.

Konklusjon: Det konkluderes med at helsepersonell burde skaffe seg tilstrekkelig kjennskap til tolvtrinnsprogrammet, og aktivt oppfordre pasienter og brukere med ruslidelser til å delta i tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper.

Abstract

Aims: the motiv of the study is to illuminate the effect of participating in twelve-step-based mutual-aid groups.

Design: Five research articles were found through structured and unstructured searches. The articles were analyzed and some topics were highlighted to create a broader understanding of matter.

Findings: The findings show that participation in twelve-step mutual-aid groups increases the chance of abstinence from drugs and alcohol. In addition, it emerges that healthcare professionals have insufficient knowledge of the twelve-step program, and therefore refer very few patients to such groups.

Discussion: The thesis discusses topics such as the importance of the degree of participation, which factors can prevent participation, which factors can contribute abstinence from drugs, and if there were other benefits of participation.

Conclusion: It is concluded that healthcare professionals should gain adequate knowledge of the 12-step program and actively encourage patients with substance abuse disorder to participate in twelve-step self-help groups.

Innhold

Sammendrag	1
1. Innledning	3
1.1. Problemstilling	3
1.2. Forforståelse og begrunnelse for valgt tema	3
1.3. Studiens relevans for vernepleierfaget	4
2. Teori	4
2.1. Rusavhengighet	4
2.1.1. Behandling og tilfriskning fra ruslidelser	5
2.2. Selvhjelp – Gjensidig hjelp	7
2.2.1 Nasjonal plan for selvhjelp	8
2.2.2. Tolvtrinnsbasert selvhjelp	8
3. Metode	10
3.1. Forforståelse	10
3.2. Litteraturstudie	10
3.3. Søkeprosess	10
3.3.1. Søkematrise 1: Strukturert søk	11
3.3.2. Søkematrise 2: Ustrukturert søk	12
3.4. Utvelgelse av litteratur	13
4. Resultat	14
4.1. Oppsummering av resultat	14
5. Analyse	15
5.3. Tema 3: Andre krefter som påvirker rusfrihet	17
5.4. Tema 4: Gevinster av deltakelse i 12-trinnsgruppe	17
6. Diskusjon/Drøfting	17
7. Avslutning og konklusjon	22
8. Referanser	22

1. Innledning

I denne litteraturstudien vil jeg se på hvordan deltakelse i tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper kan påvirke mennesker med ruslidelser sin evne til å holde seg rusfri. Jeg vil først belyse noen tema som kan ha betydning for tilfriskning fra rusavhengighet. For å finne et svar på problemstillingen vil jeg finne og presentere fem forskningsartikler som belyser interessefeltet. Deretter vil jeg analysere de fem artiklene og finne noen tema jeg mener er interessante for problemstillingen. Gjennom å drøfte de temaene jeg finner, vil jeg til slutt kunne si noe om effekten av deltakelse i tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper.

1.1. Problemstilling

Kan deltakelse i tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper øke sjansen for å holde seg rusfri?

1.2. Forforståelse og begrunnelse for valgt tema

Mennesker med ruslidelser har ofte et stort behov for behandling og mangel på tilstrekkelig oppfølging etter endt behandling fører for mange til raske tilbakefall (Clausen, Kristensen, Tveit & Vederhus, 2008, s.1268). Det er ingen tvil om at ruslidelser er et alvorlig helseproblem verden over. I Norge har mellom 240 og 400 mennesker mistet livet hvert år de siste tjue årene som følger av ulovlige rusmidler (EMCDDA; European Monitoring Center for Drugs and Drug addiction, 2019). I tillegg døde 336 mennesker i Norge i 2016 av alkohol (Gjersing, 2018). Forskning på rusbehandling viser at en stor del av de som behandles for ruslidelser avbryter behandlingen tidlig, og en relativt liten del av de som fullfører behandling klarer å holde seg rusfri over lengre tid (Kristensen og Vederhus, 2005). 36% av alle som behandles for ruslidelser vil ha behov for ettervern og 20% har behov for treffsteder for å skaffe seg et rusfritt nettverk (Simonsen, 2016, s. 273). Anonyme Alkoholikere (AA) var den første tolvtrinnsbaserte, uavhengige selvhjelpsorganisasjonen som oppstod og siden den gang har fellesskapet spredt seg verden over. Det samme gjelder Anonyme Narkomane (NA) og flere millioner mennesker med ruslidelser bruker i dag tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper for å tilfriskne fra sin lidelse.

I 2012 ble jeg diagnostisert med avhengighetssyndrom etter flere år med rusmisbruk, og jeg ble ikke rusfri før jeg fant NA flere år etter. Jeg har stor tro på at min aktive deltakelse i tolvtrinnsbasert selvhjelpsgruppe har vært avgjørende for at jeg nå har vært rusfri i flere år.

Jeg ønsker derfor å undersøke hva tidligere forskning på disse gruppene viser om effektiviteten av slik deltakelse.

1.3. Studiens relevans for vernepleierfaget

Målet til vernepleieren er å bistå mennesker med ulike utfordringer til å styre hverdagen sin selv, på en måte som fremmer livskvalitet. Vernepleiere har fått sin plass også i behandlingen av mennesker med ruslidelser. For å kunne hjelpe disse personene på best mulig måte er det viktig å kjenne til løsningsstrategier som den rusavhengige kan benytte seg av. Når man kjenner til slike strategier er målet å hjelpe personer med ruslidelser å ta i disse i bruk. Formålet med denne studien er å belyse bruken av tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper som et mulig verktøy som kan brukes for å tilfriskne fra ruslidelser.

2. Teori

2.1. Rusavhengighet

Gary Becker lanserte i 1988 en teori om rusavhengighet som en mer eller mindre rasjonell avgjørelse av den rusavhengige. I denne teorien antar han at den rusavhengige er vel informert om konsekvensene og utfallet av å bruke rusmidler, og at mennesker som velger å bruke på tross av dette ser en høyere verdi i umiddelbar tilfredsstillende enn den langsiktige tilfredsstillende av livskvalitet i fremtiden. Om mennesker er lite motivert av langsiktige mål, vil disse personene derfor ha større sannsynlighet for å bli fanget i avhengigheten. Årsaken til at avhengige mennesker ikke klarer å slutte å bruke er ifølge denne teorien at de mangler viljestyrke (Denzin 1993).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utgitt den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-11). Her defineres forskjellige ruslidelser, og klassifikasjonssystemet skiller mellom diagnosene Skadelig bruk og Avhengighetssyndrom (Helsedirektoratet, 2012). Skadelig bruk defineres av hvilket rusmiddel som brukes, og betegnes med kodene F10 til F19. Avhengighetssyndrom (F1x.2) er den andre allment godtatte diagnosen for ruslidelser. Den defineres som: *“Spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi. Et typisk beskrivende kjennetegn ved avhengighetssyndromet er behovet (ofte sterkt eller uimotståelig) for psykoaktive stoffer...”* (ICD-10, s.39)

En avhengighetsdiagnose stilles hvis tre eller flere av følgende kriterier har inntruffet samtidig i løpet av det foregående året: (a) sterk lyst eller følelse av tvang til å innta

rusmidler, (b) problemer med å kontrollere substansinntaket, (c) fysiologisk abstinensstilstand ved avholdenhet eller redusert inntak, (d) toleranseutvikling, slik at økte substansdoser er nødvendig for å oppnå den samme effekten som lavere doser tidligere ga, (e) økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser, som følge av bruk av ett eller flere psykoaktive stoffer, (f) substansbruken opprettholdes til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser. (Direktoratet for e-helse, 2019).

Det biologiske perspektivet på rusavhengighet fokuserer på at rusmidlene og opplevelsene i ruspåvirket tilstand fører til endringer i sentralnervesystemet ved at det dannes nye synapser i hjernen. Disse endringene vedvarer og avhengigheten opprettholdes (Simonsen, 2016, s. 56).

Det psykologiske perspektivet ser på rusbruk som en måte å dempe ubehagelige følelser og hevder at opplevelsene rusen gir er så forløsende at det oppleves som lite hensiktsmessig å avstå fra rusmidler. Med denne forståelsen handler avholdenhet om å lære seg nye strategier for å beherske og regulere følelser (Simonsen, 2016, s. 57).

Det sosiokulturelle perspektivet på ruslidelser ser på de sosiale rammebetingelsene i livet til den rusavhengige som årsaken til utvikling og opprettholdelse av ruslidelsen (Simonsen, 2016, s.57).

Hvordan en forstår ruslidelser kan være avgjørende for behandlingen av lidelsen. En overvekt av det biologiske perspektivet kan for eksempel føre til behandling av opiatavhengighet med medisiner som metadon og buprenorfin (Simonsen, 2016, s. 86). Blant mennesker som mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR), opplever over 80% tilbakefall i løpet av det første året etter endt behandling i institusjon (Holte, 2015).

2.1.1. Behandling og tilfriskning fra ruslidelser

Mennesker med ruslidelser har ofte et stort behov for behandling og mangel på tilstrekkelig oppfølging etter endt behandling fører ofte til raske tilbakefall (Clausen, Kristensen, Tveit & Vederhus, 2008, s.1268). Forskning på rusbehandling viser at en stor del av de som behandles for ruslidelser avbryter behandlingen tidlig, og en relativt liten del av de som fullfører behandling klarer å holde seg rusfri over lengre tid (Kristensen og Vederhus, 2005). 36 % av alle som behandles for ruslidelser vil ha behov for ettervern og 20 % har behov for treffsteder for å skaffe seg et rusfritt nettverk (Simonsen, 2016, s. 273).

Simonsen (2016) sammenlikner behandling av ruslidelser med behandling av annen kronisk sykdom, og mener at behandling av ruslidelser handler om å redusere symptomene for å øke livskvaliteten til den enkelte. Han mener at man ikke skal se på behandlingen som dårlig eller uten effekt, dersom symptomene på ruslidelser er tilbakevendende i form av tilbakefall, da rusbruk er et symptom på sykdommen. Når en rusavhengig har tilbakefall betyr det bare at behandlingen må intensiveres og justeres, på samme måte som behandlingen av for eksempel KOLS eller annen kronisk sykdom (Simonsen, 2016, s. 156)

Selv om ruslidelser er definert som en kronisk tilstand, er det meste av rusbehandling i dag akutt, støtvis og tidsavgrenset. Også mer langvarig behandling dreier seg om å stabilisere pasientene før de skrives ut, og ettervern er ofte kortvarig. Det er derfor behov for mer kontinuitet i rusbehandling, og det burde fokuseres på modeller med langsiktig perspektiv (Bjerke, 2012, s. 54).

Ved forebygging og behandling av sykdommer der pasientens egen medvirkning anses som viktig, er motivasjon en viktig faktor. Ubehagelige opplevelser med rus kan gi næring til motivasjon for endring og er ofte årsak til at rusavhengige søker hjelp. Gode relasjoner til behandlere anses også som kilde til motivasjon. Konfliktfylte holdninger til hjelpeapparatet vil på samme tid kunne motvirke motivasjon. Brukermidvirkning er også kjent for å skape motivasjon. Pasienten er ekspert på sitt eget liv og får eierskap til behandlingsprosessen og ser at en har reell innvirkning på utfallet av behandlingen. En god allianse mellom behandler og pasient er viktig for å opprettholde motivasjon og for å føle tilhørighet til endringsprosessen. Evnen til empati for pasienten og til å formidle at endring er mulig også i vanskelige perioder, styrker denne alliansen og motivasjon forøvrig (Simonsen, 2016, s. 157-161). En annen faktor som regnes som viktig for effekten av behandling er tilgjengelighet. Tjenestene må være organisert på en måte som gjør det lett for pasienten å ta de i bruk (Simonsen, 2016, s. 157).

«Av alle som bruker rusmidler, utvikler bare en andel skadelig bruk, og en relativt liten andel avhengighet» (Simonsen, 2016, s. 105). De fleste som utvikler avhengighet klarer å slutte å bruke rusmidler uten å ta imot profesjonell hjelp. De som klarer dette utvikler effektive strategier alene eller sammen med venner eller familie. Den avhengige forstår i stor grad hva som må til for å tilfriskne (Simonsen, 2016, s. 105). Empowerment er et begrep som knyttes til personer eller grupper som har opplevd å være i en avmaktssituasjon, men som kommer seg ut av situasjonen og får tilbake makten over sitt eget liv. Empowerment handler om å

aktivt finne og bruke den kraften som kan skape mestring, selvstendighet og uavhengighet i livet (Ellingsen, 2014, s. 67).

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Her anbefales helsepersonell å informere pasienter og brukere om muligheten til å delta i selvhjelpsgrupper. Helsepersonell oppfordres til å gjøre seg kjent med selvhjelpsgrupper for både pasienter og pårørende i lokalmiljøet (Helsedirektoratet, 2019).

Flere studier har vist at ved å oppholde seg sammen med mennesker som ikke ruser seg eller har klart å tilfriskne fra sin avhengighet, har man større sjanse for å klare å tilfriskne selv (Bjerke, 2012, s. 55).

Andre kjente, mulige årsaker til rusfrihet er egen innsats, hjelp og støtte fra familie og venner, etablert familie, alvorlige sykdommer som følge av rusbruk, og overdose (Gjeruldsen, Myrvang & Opjordsmoen, 2003, s. 375)

Tilfriskning handler ikke bare om å endre avhengighetsatferd, men om å lære seg å leve på en annen måte (Svanberg, 2018, s. 64).

2.2. Selvhjelp – Gjensidig hjelp

Det finnes mange ulike definisjoner på begrepet selvhjelp. Den mest passende definisjonen er hentet fra den norske forskeren Håkon Lorentzen som i 1988 definerte selvhjelp slik:

”Selvhjelp er det når mennesker med et problem hjelper - og blir hjulpet – av andre som har samme problem. Selvhjelp er altså gjensidig hjelp.” (Lorentzen, 2007).

I engelsk litteratur erstattes begrepet “self-help” ofte av “mutual aid” som oversettes til nettopp “gjensidig hjelp”. Denne endringen er naturlig fordi mange er enige om at man både hjelper andre og får hjelp av andre i prosessen med å hjelpe seg selv. Selvhjelpsforståelsen er basert på at alle mennesker skal kunne finne ressursene de trenger for å endre en problematisk livssituasjon. Selvhjelp er en prosess som handler om å ta ansvar for egne følelser og stå i de vanskelige følelsene for å gjøre seg kjent med problemet. Når man kjenner problemets natur kan en lære seg å bruke sine evner til å oppnå forandring (Selvhjelp Norge, 2014).

Begrepet selvorganisert selvhjelp brukes når en gruppe er organisert av brukerne selv, uten veiledning fra helsepersonell eller andre profesjonelle. En slik gruppe har ingen leder og relasjonene er preget av likeverd og gjensidighet (Selvhjelp Norge, 2014).

2.2.1 Nasjonal plan for selvhjelp

Den nasjonale satsningen på selvorganisert selvhjelp ble for første gang belyst i stortingsmelding nr. 16, 2002-2003. Den het *Resept for et sunnere Norge*. En nasjonal plan for selvhjelp ble så lagt fram i 2004, og i 2014 lanserte Helsedirektoratet en ny plan basert på ti års erfaring som skulle virke til 2018 (Norsk Selvhjelpsforum, 2014).

Visjonen for denne satsningen var “... *at alle i Norge skal vite hva selvorganisert selvhjelp er, og hvordan de kan ta dette verktøyet i bruk når livsproblemer oppstår.*”

(Helsedirektoratet, 2014, Nasjonal plan for selvhjelp, s. 6).

2.2.2. Tolvtrinnsbasert selvhjelp

Anonyme Alkoholikere var den første tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgruppa som oppstod. I 1939 var medlemstallet rundt 100 og AA ga ut sin første bok. Det var i denne boken at De 12 trinn ble skrevet ned for første gang, som et praktisk program for å slippe å leve i avhengigheten (Anonyme alkoholikere, 2004). AA er i dag etablert i 181 land og det er registrert over 114000 grupper verden over med et samlet medlemstall på godt over 2 millioner (Anonyme Alkoholikere aa.org). Anonyme Narkomane (NA) ble dannet i juli 1953, og det første møtet ble holdt i Sør-California. Fellesskapet spredde seg raskt til andre deler av USA og den første boka ble utgitt i 1962 (Anonyme Narkomane, 2013). I Norge er det i dag over 130 møter hver uke og det holdes i alt 58000 møter i uka verden over (Anonyme Narkomane, 2019).

Selvhjelpsarbeidet som foregår i grupper som NA og AA består i stor grad av deltakelse på tilfriskningsmøter. Her deler de rusavhengige erfaring, styrke og håp med hverandre. Disse møtene holdes av medlemmene på eget initiativ (Anonyme Narkomane, 2013). Ved å søke hjelp fra mennesker med samme problem forsvinner mye av skam og stigma knyttet til rusavhengighet. Ved å dele sin erfaringsbaserte kunnskap med likesinnede kan man hjelpe andre å kjenne tilhørighet og gjenkjennelse, og man kan presentere en løsning. Ved å hjelpe andre hjelper man også seg selv ved å flytte fokus fra egosentrismen, som i AA anses som selve roten til avhengigheten (Bjerke, 2011).

I selvhjelpsgruppene er alle likeverdige, deler sine erfaringer med hverandre og jobber sammen mot et felles mål om å bli rusfri. Det oppstår derfor sterke sosiale bånd mellom medlemmene. Dette fører til at den enkelte føler tilhørighet og fellesskap. I dette ligger også muligens noe av kilden til det som gjør tilfriskning fra ruslidelser til noe som kan «smitte» mellom individer (Bjerke, 2012, s. 55).

Gruppenes ideologi kommer til uttrykk i de tolv trinn og de tolv tradisjoner. Hvert trinn inneholder en rekke bevisstgjørende spørsmål som skal hjelpe den enkelte å forstå sykdommens- og sin egen natur. Trinnene består i å innrømme at man har et problem og søke hjelp for problemet. Man skal deretter foreta en selvransakelse og dele det man finner med en annen rusavhengig. Deretter skal man gjøre opp for sine feil hvor det er nødvendig og jobbe med andre rusavhengige som ønsker å tilfriskne (Anonyme Narkomane, 2019). Det er vanlig å besvare spørsmålene tilknyttet hvert trinn skriftlig før man deler det man finner med sin sponsor.

Sentralt i de tolv trinn er “en åndelig oppvåkning”. Medlemmene oppfordres til å utvikle en individuell forståelse av denne åndelige oppvåkningen, religiøs eller ikke-religiøs (Kristensen og Vederhus, 2005, s.2?). Arbeidet med trinnene skal redusere den kraften som har opprettholdt rusbruk og problemer, og erstatte den med en “høyere kraft” som er konstruktiv og skaper positive endringer i den enkeltes liv. Siden dette ikke er en ytre kraft, men noe som må oppstå i den enkeltes indre, bruker men begrepet *åndelighet*. Hjelperterapiprinsippet kan sees som denne «høyere kraften» som er den potensielt helbredende kraften som ligger i de mellommenneskelige relasjonene som bygger på gjensidighet og likeverd (Bjerke, 2012, s. 56). Et annet begrep som brukes i tolvtrinnsprogrammet er *åndelige prinsipper*. Disse prinsippene er eksempelvis ærlighet, tålmodighet, toleranse, aksept, mot og kjærlighet. Listen er lang. Disse prinsippene er et uttrykk for denne høyere kraften som medlemmene kan finne iblant seg og bruke, i stedet for de kreftene og egosentrismen man tidligere handlet ut ifra. Begrepet *Gud* brukes også for å beskrive denne kraften. Dette har vist seg å være problematisk og frastøtende for mange som henvender seg til tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper for å få hjelp for sitt problem, fordi dette dessverre kan oppfattes som religiøst (Christiansen, 2009, s. 89).

I tolvtrinnsgrupper er sponsorskap normal praksis. En sponsor er et erfarent medlem som man kan bruke til å søke veiledning i sin egen tilfriskning. Det er også vanlig å dele det man finner i trinnarbeidet med sin sponsor (Anonyme Narkomane, 2019).

Gruppene drives av medlemmene selv som frivillig tar på seg de oppgavene som er nødvendig for å tjene gruppas formål. Denne tjenesten anses av mange medlemmer som svært viktig også for egen tilfriskning. Ved å yte tjeneste lærer man å ta ansvar, som også er et åndelig prinsipp (Anonyme Narkomane, 2019).

3. Metode

I denne delen vil jeg forsøke å vise hvordan jeg jobber systematisk for å få svar på min problemstilling.

3.1. Forforståelse

Når jeg har lest og valgt artiklene jeg studerer i min oppgave, har jeg forsøkt å være så objektiv som mulig. Min forforståelse kan imidlertid ha hatt en viss innvirkning på hvordan jeg har tolket det jeg har lest, spesielt med tanke på min personlige erfaring knyttet til tema. Det er altfor lett å se bare det som bekrefter ens forforståelse, selv uten å ville det (Dalland, 2014, s.118).

3.2. Litteraturstudie

Siden dette er en litteraturstudie er metoden i min oppgave basert på å finne, samle, vurdere og sammenfatte kunnskap om mitt interessefelt (Støren 2010, s. 18). Ved å presentere funnene i litteraturen jeg finner på en oversiktlig måte håper jeg å gjøre det lettere å fordype seg i interessefeltet.

3.3. Søkeprosess

I denne litteraturstudien har jeg brukt strukturerte- og ustrukturerte søk for å finne litteraturen som presenteres. Prosessen har vært tidkrevende og jeg hadde visse kriterier for hvilken litteratur jeg ønsket å samle. Beskrivelsen av hvordan jeg fant de fem artiklene jeg skal undersøke er vist i søkematrisene som følger. For å finne ut om artiklene var fagfellevurdert søkte jeg på de i Oria.

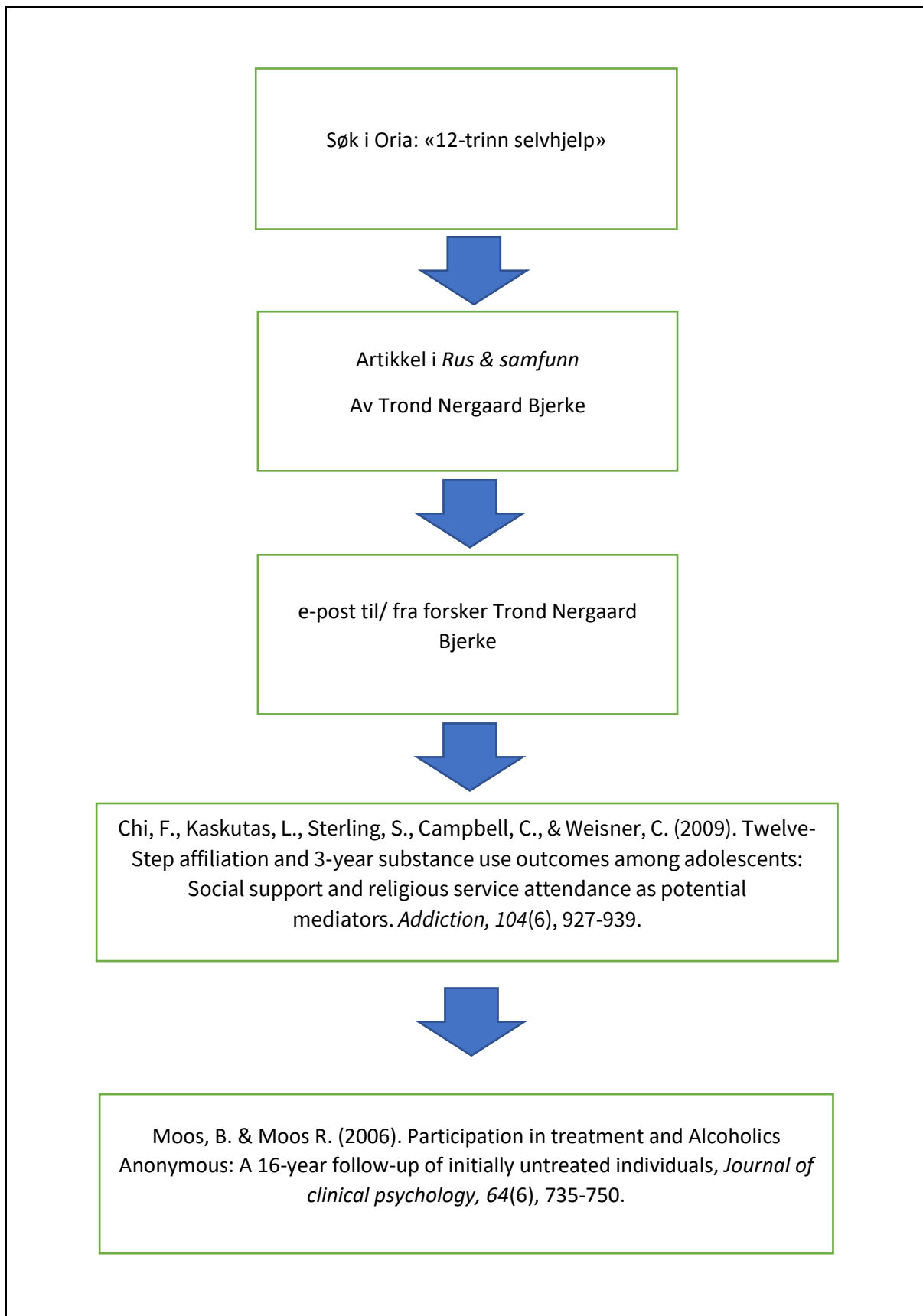
Ved strukturerte søk var utfordringen å sette sammen de riktige søkeordene for å finne relevante artikler samtidig med å begrense antall treff.

Ustrukturerte søk ble gjort ved å kontakte forfatteren av en god artikkel uten forskning. Han sendte meg en artikkel som tilfredstilte mine inklusjonskriterier. Blant kildene til denne artikkelen fant jeg enda en god artikkel.

3.3.1. Søkematrise 1: Strukturert søk

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Utvalgte artikler
Google Scholar	1. 12-trinn 2. 12-step 3. research 4. forskning 5. rus	3 AND 2	Ca 84100	Fiorentine, R. (1999). After Drug Treatment: Are 12-Step Programs Effective in Maintaining Abstinence? <i>The American Journal of Drug and Alcohol Abuse</i> , 25(1), 93-116.
		4 AND 5 AND 1	32	Kristensen, Ø., & Vederhus, J. (2005). Self-help programs in drug addiction therapy. <i>Tidsskrift for Den Norske Laegeforening</i> , 125(20), 2798-2801.
Oria	1. selvhjelp 2. 12-trinn 3. self-help 4. 12-step	4 AND 3	4225	Vederhus, J., & Universitetet i Oslo Det medisinske fakultet. (2012). Addiction Professionals' and Substance Abuse Patients' Attitudes towards and Usage of 12-step-based Self-help Groups.

3.3.2. Søkematrise 2: Ustrukturert søk



3.4. Utvelgelse av litteratur

Jeg begynte med å lese sammenfatningen til mulig relevante artikler. Om artikkelen virket interessant for min oppgave, leste jeg resultatet for å finne ut om den svarte på min problemstilling. Deretter leste jeg forskningens metode nøye for å finne ut om den var gjennomført på en god måte. Jeg fokuserte da eksempelvis på antall deltakere, om det var utført urinalyser, hvordan undersøkelsesobjektene var kartlagt, hvor mange år varte undersøkelsen og om de undersøkte andre årsaker til rusfrihet. De artiklene som samsvarte med mine inklusjonskriterier, ble lest nøye. For å få en god oversikt tok jeg notater underveis og kategoriserte dataene i tema som jeg fant interessante for oppgaven.

For å kvalitetssikre mine funn brukte jeg sjekklister fra Helsebiblioteket (2016)

Tre av artiklene jeg har valgt er av relativt gammel dato. En av inklusjonskriteriene mine var opprinnelig at artiklene helst ikke skulle være eldre enn 10 år. Dette gjorde at jeg ikke fant mer enn 1 forskningsartikkel som svarte direkte på min problemstilling. Jeg utvidet derfor til 20 år og fant dermed 3 gode artikler som svarte godt på problemstillingen. Disse artiklene kan være medvirkende årsak til at det ikke har blitt publisert mange forskningsartikler det siste tiåret som omhandler problemstillingen direkte. Jeg anser derfor artiklenes alder som et kvalitetstrekk.

Alle de fire artiklene som svarer direkte på problemstillingen i denne oppgaven antyder god effekt av deltakelse i tolvtrinnsbasert selvhjelpsgruppe, men tydeliggjør at en randomisert kontrollert undersøkelse (RCT) kan gi andre resultater. Jeg har imidlertid ikke greid å finne en forskningsartikkel som benytter seg av RCT. Dette er trolig fordi det ville vært uetisk å hindre noen som ønsket å delta i 12-trinnsgruppe, når resultatene viser at deltakelse kan hindre tilbakefall og død.

Inklusjonskriterier: Artiklene skulle stemme med mitt interessefelt og problemstilling, skulle helst være fagfellevurdert, engelsk, svensk, dansk eller norskspråklig, inneholde kvantitativ forskning, ikke være eldre enn 20 år og ha en pålitelig kilde.

Eksklusjonskriterier: artikler uten forskning, kvalitative undersøkelser, eldre enn 1999, ikke relevant for min problemstilling.

Hver enkelt artikkel er kritisert i artikkelmatrisen som framstiller artikkelen.

4. Resultat

Resultatene presenteres i artikkelmatriser (Se vedlegg 1 – 5). Resultater som ikke var relevante for problemstillingen ble utelatt.

4.1. Oppsummering av resultat

Artikkel 1 av Kristensen og Vederhus (2005) viser en signifikant samvariasjon mellom rusfrihet og deltakelse i tolvtrinnsbasert selvhjelpsgruppe. 81% av de som benyttet seg av 12-trinnsgrupper var rusfri og hadde vært det mer enn 6 måneder da undersøkelsen ble gjort, 2 år etter behandling. Til sammenlikning var 19% av frafallsgruppen rusfri i samme periode. Frafallsgruppen viste også en tendens til å ha dårligere psykisk helse og hadde fått forskrevet mer medisin for psykiske/ følelsesmessige problemer enn motparten. Det positive utfallet av deltakelse gjaldt kun for de som deltok 1 gang i måneden eller oftere.

Artikkel 2 av Chi et al. (2009) viser at deltakelse i 12-trinnsgruppe hadde sammenheng med avholdenhet fra alle rusmidler, 3 år etter behandling. Samvariasjon mellom de to var marginalt signifikant 1 år etter behandling. Det var kun de som hadde deltatt i 12-trinnsgruppe 10 eller flere ganger i løpet av de siste 6 månedene før siste oppfølgingsintervju, som hadde positiv effekt av å delta. I hvilken grad deltakerne benyttet seg av 12-trinnsprogrammet var også avgjørende for utfallet.

Artikkel 3 av Fiorentine (1999) viser at regelmessig deltakelse (1 gang i uken eller oftere) har tydelig sammenheng med rusfrihet både 1 og 2 år etter behandling. Blant de som deltok i 12-trinnsgruppe var det 22% som hadde brukt rusmidler i løpet av de siste 6 måneder før det siste oppfølgingsintervjuet. Til sammenlikning hadde 44% av de som deltok sjeldnere brukt rusmidler i denne perioden. 41% av de som ikke deltok i 12-trinnsgruppe brukte rusmidler i samme periode. Mindre enn 4% av de som deltok i gruppe testet positivt på alkohol, sammenliknet med 13% av de som ikke deltok.

Artikkel 4 av Moos og Moos (2006) viser at de som deltok i 12-trinnsgruppen Anonyme Alkoholikere (AA) i minst 27 uker til sammen i løpet av et år, hadde betydelig større sjanse for avholdenhet 16 år etter de først søkte hjelp. Ytterligere deltakelse var forbundet med enda større sjanse for avholdenhet, men mindre deltakelse hadde ingen klar positiv effekt. I tillegg var deltakelse i AA forbundet med økt grad av sosiale ferdigheter og lavere trang til å bruke alkohol. Dette var ikke tilfelle for tradisjonell behandling, selv om tidlig deltakelse i minst 27 uker med tradisjonell behandling var forbundet med avholdenhet 16 år etter.

Artikkel 5 av Vederhus og Universitetet i Oslo (2012) viser at helsepersonells holdninger til tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper hindrer dem i å informere om muligheten til å delta i slike grupper. Ikke mer enn 15% av pasientene ble oppfordret til å delta. 70% av det norske helsepersonellet så på det åndelige aspektet ved 12-trinnsgrupper som et mulig hinder for deltakelse. Blant pasientene var et flertall på mellom 55% og 78% enig i påstandene om mulige fordeler ved å delta i 12-trinnsgruppe. På tross av dette var det ikke mer enn 40% som hadde intensjoner om å delta etter behandling. 78% av pasientene uttrykte at det var flaut å delta i slike grupper.

5. Analyse

I denne delen av oppgaven ser finner jeg noen tema som kommer frem i resultatene av de fem artiklene jeg har studert, og som jeg mener er viktige faktorer for å besvare oppgavens problemstilling.

5.1. Tema 1: Grad av deltakelse

I de fire artiklene som er direkte knyttet til effekten av å delta i tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper, viser resultatene at hvor aktivt den enkelte benytter seg av tilfriskningsprogrammet slike grupper tilbyr, er avgjørende for å holde seg rusfri. Kristensen og Vederhus (2005) fant at grensen for positiv effekt av deltakelse var å delta på tilfriskningsmøter minst en gang i måneden. For Chi et al. (2009) så denne grensen ut til å være ved deltakelse på 10 eller flere tilfriskningsmøter i løpet av 6 måneder. I denne undersøkelsen fremhevet de også syv ulike «verktøy» man kan benytte seg av i en tolvtrinnsgruppe. Resultatene viste at to av de syv; å ha vært sponsor for et annet medlem, og opplevelsen av en åndelig oppvåkning/ omvendende opplevelse, var ikke assosiert med avholdenhet. De andre fem; anse seg som et medlem, bruke sin sponsor, lese litteratur, kontakte et annen medlem for å få hjelp, og å stå til tjeneste, viste seg å ha signifikant betydning for avholdenhet fra rusmidler. De som deltok i tre eller flere av de syv aktivitetene hadde betydelig større grad av avholdenhet enn de som deltok i to eller færre aktiviteter. Fiorentine (1999) fant at man måtte delta på minimum ett møte i uken for å holde seg rusfri. Moos og Moos (2006) fant at grensen for positiv effekt av deltakelse lå ved 27 ukers deltakelse i løpet av det første året etter de søkte hjelp. Det samme gjaldt for de som begynte å bruke AA i senere år. For de som begynte sin deltakelse i år 4 – 8 var ytterligere deltakelse (52 eller fler uker i året) forbundet med enda større grad av avholdenhet 16 år etter de først søkte hjelp.

5.2. Tema 2: faktorer som kan hindre deltakelse i tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper.

I undersøkelsene fra Vederhus og Universitetet i Oslo (2012) kom det frem at ikke mer enn 15% av pasientene ble informert om muligheten til å delta i 12-trinnsgrupper. 62% av de ansatte valgte å ikke henvise noen pasienter til slike grupper. De fleste ansatte viste seg å ha lite kjennskap- og negative holdninger til 12-trinnsgruppene. 70% av det norske- og 29% av det amerikanske helsepersonellet som deltok så på det åndelige aspektet ved 12-trinnsprogrammet som et mulig hinder for deltakelse i 12-trinnsgrupper. 80% mente at intensiteten av møtevirksomhet var et hinder, og 64% var bekymret for at pasientene skulle utvikle avhengighet til gruppedeltakelse. God kjennskap til 12-trinnsfilosofien og bruken av de tolv trinn som behandlingsmetode var de største årsakene til at enkelte profesjonelle anbefalte pasienter å benytte seg av gruppene.

De to barrierene for deltakelse som ble støttet av flest pasienter var at det var flaut å gå i AA/NA (37%), og at pasientene var redd for at noen skulle finne ut om de deltok (29%). Selv om flertallet av pasientene trodde at deltakelse i 12-trinnsgruppe ville vært positivt for deres tilfriskningsprosess, var det ikke mer enn 4 av 10 som hadde sterke intensjoner om å delta i gruppe etter behandling.

Kristensen og Vederhus (2005) fant at de rusavhengige som mottok profesjonell hjelp etter endt behandling, valgte i mindre grad å benytte seg av 12-trinnsgrupper.

5.3. Tema 3: Andre krefter som påvirker rusfrihet

Det finnes en rekke faktorer som er kjent for å ha mulig påvirkning på rusavhengiges evne til rusfrihet (Gjeruldsen, Myrvang & Opjordsmoen, 2003, s. 375). Chi et al. (2009) har regnet inn sosial støtte som en variabel som kan påvirke varig rusfrihet. Undersøkelsen ser også på religion som en mulig påvirkningskraft. Flere av de andre artiklene i studien tar også hensyn til andre påvirkningskrefter enn tolvtrinnsbasert selvhjelp.

5.4. Tema 4: Gevinster av deltakelse i 12-trinnsgruppe

Den mest ønskelige gevinsten av deltakelse kommer tydelig frem i de fire første artiklene. Økt sjans for å holde seg rusfri. Moos og Moos (2006) fant også at de som deltok på tilfriskningsmøter hadde mistet trangen til å bruke rusmidler, og fungerte godt i sosiale sammenhenger. Kristensen og Vederhus (2005) fant at deltakelse i 12-trinnsgrupper hadde sammenheng med bedre forhold til familie enn tidligere og at flere hadde fått fast jobb eller studieplass. I tillegg så de at deltakelse hadde tydelig sammenheng med bedre psykisk helse etter å ha deltatt i 12-trinnsgrupper.

6. Diskusjon/Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg belyse mulige mønstre, forklaringer og sammenhenger mellom resultatet og min problemstilling ved å drøfte de temaene jeg fant i analysen.

Kan deltakelse i tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper øke sjansen for å holde seg rusfri?

6.1 Faktorer som kan hindre deltakelse i tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper

I Helsedirektoratets nasjonale plan for selvhjelp (2014) har som mål at alle i Norge skal kjenne til- og ha tilgang til selvorganiserte selvhjelpsgrupper om behovet for hjelp oppstår. I de nasjonale retningslinjene for behandling av ruslidelser og avhengighet anbefales derfor Norsk helsepersonell å henvise pasienter og pårørende til selvhjelpsgrupper som AA og NA. Likevel fant Vederhus og Universitetet i Oslo (2012) ut at ikke mer enn 15% av helsepersonell som arbeider innenfor fagfeltet henviser sine pasienter til slike grupper. 62% av de ansatte hadde aldri henvist sine pasienter til 12-trinnsgruppe. Flertallet av de som aktivt henviste sine pasienter hadde god kjennskap til 12-trinnsfellesskapene eller brukte de tolv trinn som en del av sin behandlingsmetode. De som ikke henviste sine pasienter hadde lite kjennskap og negative holdninger til slike grupper. 70% av de norske ansatte, og 29% av de

amerikanske, så på det åndelige aspektet ved 12-trinnsgruppene som et mulig hinder for deltakelse. Det er mulig å forstå at denne siden ved programmet oppleves som negativt for ikke-religiøse fordi åndelighet som omtales i de tolv trinn ofte forveksles med kristendom eller annen religion (Christiansen, 2009, s. 89), og deltakelse kan derfor virke frastøtende. Tolvtrinnsprogrammet er imidlertid ikke religiøst (Anonyme Narkomane, 2013). Vederhus og Universitetet i Oslo (2012) viste også i den ene undersøkelsen at 80% av helsepersonellet så på intensiteten av møtevirksomhet som et hinder for deltakelse. Chi et al. (2009), Kristensen og Vederhus (2005), Fiorentine (1999) og Moos og Moos (2006) vise alle at intensiv deltakelse på tilfriskningsmøter har en positiv effekt på tilfriskning fra ruslidelser. De fire artiklene viser imidlertid liten enighet om hvor ofte man må delta for å ha god effekt. Kristensen og Vederhus (2005) fant at ett tilfriskningsmøte i måneden hadde god effekt, men resultatene til Fiorentine (1999) viste at man måtte delta på ett møte i uken. Vederhus og Universitetet i Oslo (2012) hevder derfor at tilstrekkelig kjennskap til 12-trinnsprogrammet blant helsepersonell er av stor betydning for at pasientenes deltakelse. Ifølge Vederhus og Universitetet i Oslo (2012) syntes 37% av pasientene at det var flaut å delta i 12-trinnsgruppe. Bjerke (2011) mener at ved å være del av et fellesskap med likesinnede kan fjerne mye av skammen knyttet til det å ha en ruslidelse forsvinne. Chi et al. (2009) fant i sin undersøkelse at ungdom hadde større sjanse for å delta i 12-trinnsgrupper med medlemmer på sin egen alder. Bjerke (2012) mener at tilhørighet og gjenkjennelse kan føre til at tilfriskningen til de andre medlemmene i gruppa får en smittende effekt. Deltakerne i undersøkelsen av Moos og Moos (2006) hadde en gjennomsnittsalder på 33 år. I undersøkelsen av Kristensen og Vederhus (2005) var alle deltakerne over 25 år og gjennomsnittsalderen var 33 år. Det er derfor mulig å anta at ungdommene (13-18 år) ikke opplever denne tilhørigheten og gjenkjennelsen, og derfor ikke opplever deltakelse som like tiltrekkende.

6.2. Grad av deltakelse

Kristensen og Vederhus (2005) viser med sin studie at graden av deltakelse i 12-trinnsgruppe er avgjørende for å holde seg rusfri over lengre tid. De fant at den positive effekten var størst for de som deltok på tilfriskningsmøte en gang i måneden, eller oftere. De som deltok sjeldnere enn 0,25 ganger i uken hadde like store sjanser for tilbakefall som de som ikke gikk på møter. Moos og Moos (2006) bekrefter med sin undersøkelse at en viss grad av deltakelse er avgjørende for rusfrihet, men fant en grense ved deltakelse på minimum 0.5 møter i uken. Fiorentine (1999) viser med sine resultater at de som deltok på 1 møte i uken hadde størst sjanse for å holde seg rusfri, og at de som deltok sjeldnere ikke hadde større sjanse for

rusfrihet enn de som ikke deltok i det heletatt. Chi et al. (2009) bekrefter også at graden av deltakelse er avgjørende for utfallet, og fant grensen til å være 0,42 møter i uken. Bjerke (2012) hevder at ved å tilbringe tid sammen med likesinnede som forsøker å tilfriskne, kan det oppstå en smittende effekt. Det kreves altså en viss tid i et slikt fellesskap for å kunne oppnå denne effekten. Det at de fire artiklene finner denne tiden til å være så varierende er meget interessant. I undersøkelsen til Chi et al. (2009) var spørreundersøkelsen utformet for å presisere grad av deltakelse også på annet vis enn bare hvor ofte deltakerne gikk på tilfriskningsmøter. De hadde fremhevet syv faktorer som de mente var vesentlige deler av 12-trinnsprogrammet. Resultatene viste at to av de syv; å ha vært sponsor for et annet medlem, og opplevelsen av å ha en åndelig oppvåkning/ omvendende opplevelse, var ikke assosiert med avholdenhet fra rusmidler. De andre fem; å anse seg som et medlem, lese 12-trinnsliteratur, bruke sin sponsor, stå til tjeneste (ta verv i gruppa eller rydde opp etter møtet), og kontakte et annet medlem for hjelp, så alle ut til å ha signifikant betydning for å holde seg rusfri. Ifølge Anonyme Narkomane (2013) er også arbeid med de tolv trinn en av de viktigste årsakene til endring, personlig vekst og tilfriskning fra sykdommen. Mange medlemmer i NA stiller seg bak denne påstanden (Anonyme Narkomane, 2013) Ingen av artiklene fokuserte på om- eller hvor aktivt deltakerne arbeidet med de tolv trinn. Om man tar i betraktning de faktorene Chi et al. Viser effekten av eller antar at trinnarbeid har god effekt på tilfriskning og avholdenhet, kan man også erkjenne muligheten for at de som tar i bruk disse verktøyene kan tillate seg å delta på litt færre tilfriskningsmøter uten å risikere tilbakefall i stor grad. Kristensen og Vederhus (2005) fant også en tendens til at det var flere enslige som deltok en gang i måneden på tilfriskningsmøter. Fordi sosialt fellesskap med mennesker som ikke ruser seg fører til større sjanse for å holde seg rusfri (Bjerke, 2012, s. 55) er det også en viss mulighet for at enkelte medlemmer av 12-trinnsgrupper som har funnet slikt fellesskap utenfor 12-trinnsgruppene, og derfor ikke deltar like ofte på møter. De aller fleste rusavhengige som klarer å slutte med rusmidler utvikler effektive strategier alene eller i sosiale fellesskap (Simonsen, 2016, s. 105). En av disse strategiene kan innebære en relativt liten grad av deltakelse på tilfriskningsmøter og/ eller selvstendig trinnarbeid og kontakt med sin sponsor. Selv kjenner jeg flere mennesker med ruslidelser som sjelden deltar på tilfriskningsmøter men som anser seg som medlemmer av 12-trinnsfellesskap og har vært rusfri i mange år.

Tilfriskning handler ikke bare om å endre avhengighetsatferd, men om å lære seg å leve på en annen måte (Svanberg, 2018, s. 64). De som ikke finner en ny måte å leve på

Fiorentine (1999) fant at det var 44% av de som deltok sjeldnere som brukte rusmidler ett år etter behandling, og 41% av de som ikke benyttet seg av 12-trinnsgrupper i det heletatt brukte rusmidler på samme tidspunkt. Kristensen og Vederhus (2005) sine funn tydet også på at de som deltok sjeldnere enn den utslagsgivende grensen hadde antydninger til noe større grad av rusbruk enn de som ikke deltok i det heletatt. Foirentine (1999), Moos og Moos (2006) og Kristensen og Vederhus (2005) fant alle at de som gikk tilbake til profesjonell rusbehandling i løpet av undersøkelsesperioden, var forbundet med tilbakefall. Dette kan tyde på at en liten gruppe som ikke greide å finne en ny måte å leve på, var innom både institusjonsbehandling og 12-trinnsgrupper uten å tilfriskne.

6.3. Gevinster av deltakelse i tolvtrinnsbasert selvhjelpsgruppe

Kristensen og Vederhus (2005) hevder at ved å delta i 12-trinnsgruppe en gang i måneden har men svært gode sjanser for å holde seg rusfri. Deres studie viste at 81% av alle som deltok i slike grupper var rusfri to år etter å ha vært i behandling. Fiorentine (1999) bekrefter i sin studie at en viss grad av deltakelse i 12-trinnsgruppe førte til rusfrihet blant 78 % av de som deltok i en tolvtrinnsbasert selvhjelpsgruppe to år etter behandling. Også Chi et al. (2009) bekrefter at en viss grad av deltakelse resulterte i større sjanse for rusfrihet tre år etter behandling. Når Moos og Moos (2006) igjen bekrefter det positive forholdet mellom deltakelse og rusfrihet også 16 år etter deltakerne først søkte behandling, er det liten tvil om at rusfrihet er en mulig gevinst av å delta i tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper. I to av de presenterte artiklene hadde alle deltakerne mottatt den samme profesjonelle behandlingen for sine ruslidelser, men et stort overtall av de som deltok i grupper etter behandling var rusfrie i motsetning til de som valgte å ikke benytte seg av 12-trinnsgrupper. Ruslidelser er svært komplekse og faren for tilbakefalls er stor (Clausen et al., 2008, s. 1268), men deltakelse ser ut til å redusere denne faren betraktelig. Bjerke (2012) hevder at noe av gevinsten av deltakelse ikke bare kan skyldes- men også er et sterkt sosialt fellesskap og tilhørighet til en gruppe. Moos og Moos (2006) fant også at de som deltok på tilfriskningsmøter hadde mistet trangen til å bruke rusmidler, og fungerte godt i sosiale sammenhenger. Kristensen og Vederhus (2005) fant at deltakelse i 12-trinnsgrupper hadde sammenheng med bedre forhold til familie enn tidligere og at flere hadde fått fast jobb eller studieplass. I tillegg så de at deltakelse hadde tydelig sammenheng med bedre psykisk helse etter å ha deltatt i 12-trinnsgrupper. Frafallsgruppen fikk forskrevet mer medisin for følelsesmessige og psykiske plager enn de som deltok. Begge gruppene hadde like stor grad av komorbiditet ved undersøkelsens oppstart.

6.4. Andre krefter som kan påvirke rusfrihet

Mange mennesker som utvikler avhengighet klarer å slutte å bruke rusmidler uten profesjonell hjelp. De som klarer dette utvikler effektive strategier alene eller sammen med andre i sitt sosiale nettverk (Simonsen, 2016, s. 105). Chi et al. (2009) bekrefter med sin undersøkelse at støtte fra familie og venner, hadde positiv innvirkning på rusfrihet. Sosial støtte anses derfor som en mulig medvirkende årsak til rusfrihet. Kristensen og Vederhus (2005) regnet ikke med denne faktoren, men så at det var flere enslige som deltok i 12-trinnsgrupper. Dette kan tyde på at de som hadde familie eller nære relasjoner fant støtte som gjorde at de ikke søkte seg til 12-trinnsfelleskapene i like stor grad. Det kan også tyde på at den sosiale støtten mange opplever i 12-trinnsfelleskapene, kan være en av faktorene som gjør at mange medlemmer holder seg rusfri. Om man ser på profesjonell behandling av ruslidelser som en påvirkningskraft for rusfrihet, viser Moos og Moos (2006) at dette hadde en viss effekt på avholdenhet 16 år etter de avhengige søkte hjelp. Flertallet av de som hadde fått profesjonell hjelp var ikke avholdne 16 år etter. Flertallet av de som benyttet seg av AA i etterkant av behandling var derimot avholdne fra rusmidler på samme tidspunkt. Dette kan tyde på at selv om profesjonell behandling har positiv effekt, er det behov for forbedringer. Bjerke (2012) mener at det burde fokuseres på ettervern og modeller med et langsiktig perspektiv. En annen faktor som er antatt å være av betydning for å tilfriskne fra ruslidelser er motivasjon (Simonsen, 2016, s. 159). Da Fiorentine (1999) undersøkte deltakernes grad av motivasjon, kunne resultatene bekrefte at de som meldte om høy grad av motivasjon også klarte å holde seg rusfri i større grad enn de som mente de var lite motiverte. Det var imidlertid like mange med høy grad av motivasjon i gruppen av 12-trinnsmedlemmer som i frafallsgruppen. Dette avkrefter at motivasjon alene var årsaken til rusfrihet (Fiorentine, 1999, s. 108). På samme tid forutsetter deltakelse i 12-trinnsgrupper at man må akseptere en ideologi som for mange kan være fremmed (Mørland og Waal, 2017, s. 100). Det kan tenkes at motivasjon kan ha en innvirkning på beslutningen om å forsøke å tilnærme seg en slik fremmed ideologi. Ifølge Simonsen (2016) kan også ubehagelige opplevelser som følge av rusbruk gi motivasjon til endring. Gjeruldsen, Myrvang og Opjordsmoen (2003) hevder at alvorlig sykdom og overdose kan være mulige årsaker til endring i positiv retning. I tillegg fant Kristensen og Vederhus (2005) en tendens til at de som tidligere var uten fast bolig, var noe sterkere representert i gruppen av rusfrie. Et fellestrekk ved disse faktorene er at de er tydelige konsekvenser av rusbruk. Det er derfor fristende å påstå at konsekvenser er en mulig faktor for avholdenhet. Anonyme Narkomane (2013) bekrefter dette med påstanden om at

«*da vi var slått ble vi villige*». Fiorentine (1999) fant også ut at ettervern hadde en viss positiv innvirkning på rusfrihet. Særlig for de alkoholavhengige. Disse funnene kan bekrefte påstanden til Bjerke (2012) om behovet for kontinuitet og langsiktighet i behandling av ruslidelser.

7. Avslutning og konklusjon

Ved systematiske søk, kritisk utvelgelse og analyse av mine funn, og en prosess med å drøfte noen hovedtrekk fra funnene, har jeg greid å finne svar på om deltakelse i tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper øker sjansen for rusfrihet. Funnene viser at et stort flertall av de som deltar i slike grupper har større for å holde seg rusfri enn de som ikke benytter seg av dette tilbudet. For at mennesker med ruslidelser skal forbli rusfri over en lengre periode må de ikke bare slutte å bruke rusmidler, men finne en ny måte å leve på. I fellesskap med andre rusavhengige finner mange måter å gjøre endringer som øker livskvaliteten deres, og sammen står de sterkere enn de gjør alene. For å oppnå effekten av disse gruppene, viser resultatene at en viss grad av deltakelse er nødvendig. Selv om tolvtrinnsprogrammet ikke er religiøst, kan det likevel fremstå sånn for enkelte. Dette kan være uheldig, og de som kommer til fellesskapet bes derfor om å ha et åpent sinn. Lite kjennskap og tillit til tolvtrinnsprogrammet fører imidlertid til at helsepersonell som jobber i rusfeltet i stor grad unnlater å tilby dette redskapet til rusavhengige som søker tilfriskning. Resultatene viser at det norske helsedirektoratets anbefaling om å henvise pasienter og brukere til deltakelse i tolvtrinnsgrupper, må tas på alvor.

8. Referanser

Anonyme Alkoholikere . (2006). *Storboka*. New York: Alcoholics Anonymous World Services INC.

Anonyme Alkoholikere . (2019). *aa.org*. Hentet fra www.aa.org/

Anonyme Narkomane. (2013).

Anonyme Narkomane. (2019). *nanorge.org*. Hentet fra <https://nanorge.org/>

Askheim, O. (2014). Vernepleieren som aktør for en "empowerment" orientert praksis . I K. (. Ellingsen, *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn* (ss. 65-84). Oslo: Universitetsforlaget.

- Bjerke, T. (2012, Januar). Selvhjelpsgrupper mot rusavhengighet. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, ss. 54-56.
- Chi, F. K. (2009). Twelve-Step affiliation and 3-year substance use outcomes among adolescents: Social support and religious service attendance as potential mediators. . *Addiction* 104(6), ss. 927-939.
- Christiansen, C. (2009). *Å lære å leve og mestre livet uten bruk av rusmidler*(Mastergradavhandling, Universitetet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/32158>.
- Clausen, T. &. (2008). Tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper ; en ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. . *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(10), 1268-1275., ss. 1268-1275.
- Clausen, T. . (2008 årg. 45). Tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper: En ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, ss. 1268-1275.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Denzin, N. (1993). *The Alcoholic society*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers.
- Direktoratet for ehelse. (2019). <http://ehelse.no>. Hentet fra https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/Komplett-B1%C3%A5-bok_IDC-10%20Psykiske%20lidelser%20og%20atferdsforstyrrelser%20230905.pdf
- EMCCDA, European Monitoring Center for Drugs and Drug addiction. (2019). www.emcdda.europa.eu/. Hentet fra www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/norway_en
- Fiorentine, R. (1999). After Drug Treatment: Are 12-Step Programs Effective in Maintaining Abstinence? *The American Journal of Drug and Alcohol abuse* 25(1), ss. 93-116.
- Gjersing, L. (u.d.). *fhi.no*. Hentet fra <https://www.fhi.no/ml/alkohol/alkoholutloste-dodsfall-i-norge-i-2016/>
- Gjeruldsen, M. &. (2003).
- Gjeruldsen, S. M. (2003, 57()). Risk factors for drug addiction and ist outcome. A follow-up study over 25 years. *Nordic journal of psyctiatry*, ss. 373-376.
- Helsedirektoratet . (2014). *helsedirektoratet.no*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/brukermedvirkning-i-rusbehandling#deltakelse-i-selvhjelpsgrupper-for-personer-i-rusbehandling>
- Helsedirektoratet. (2011, 12). *helsebiblioteket.no*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Utgivelsesinformasjon>: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/2-definisjoner-metode/2.3-rusdiagnoser-icd-og-dsm>

- Helsedirektoratet. (2014, Februar). *helsedirektoratet.no*. Hentet fra Nasjonal plan for selvhjelp 2014-2018: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-plan-for-selvhjelp-20142018>
- Helsedirektoratet. (2017, januar). *helsedirektoratet.no*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/brukermedvirkning-i-rusbehandling#deltakelse-i-selvhjelpsgrupper-for-personer-i-rusbehandling>
- Holte, E. (2015, 12. januar). Forebygger tilbakefall. Hentet fra <https://rop.no/aktuelt/forebygger-tilbakefall>
- Kristensen, Ø. &. (2005). Self-help programs in drug addiction therapy. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* 125(20), ss. 2798-2801.
- Lorentzen, H. (1988). *selvhjelp.no*. Hentet fra http://www.sselvhjelp.no/filestore/Sselvhjelp_definisjoner.pdf
- Lorentzen, H. (2007). *selvhjelpsforum.no*. Hentet fra www.norskselvhjelpsforum.no/filestore/Sselvhjelp_i_brukermedvirkning_Kompendium_del_1.pdf:
- Moos, B. &. (2006). Participation in treatment and Alcoholics Anonymous: A 16-year follow-up of initially untreated individuals. *Journal of clinical psykologi* 64(6), ss. 735-750.
- Mørland, J. . (2017). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Narcotics Anonymous. (2001). *Anonyme Narkomane*. Chatsworth, CA: Narcotics Anonymous World Services.
- Norsk selvhjelpsforum. (2014). *norskselvhjelpsforum.no*. Hentet fra norskselvhjelpsforum.no/Sidemeny/Nasjonal_plan_for_selvhjelp/:
- Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet: Lærebok for Helse- Og Sosialfag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Støren, I. (2010). *Bare søk*. Oslo: Cappelen damm.
- Svanberg, J. (2018). *The psychology of addiction*. New York: Routledge.
- Vederhus, J. . (2014). *Onlinelibrary.wiley.com*. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.12471>:
- WHO. (2010). <http://icd.who.int/browsw10/2010/en#/F10-19>. Hentet fra <http://icd.who.int/browsw10/2010/en#/F10-19>