

Annika Hukkelberg

***"Det er når rusbehandlingen min er over, min vanskeligste jobb begynner"***

**-Et sosialfaglig perspektiv på sosionomens ansvar i møte med rusmiddelavhengige i tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser.**

*«When my treatment ends, my most challenging task begins».*

**May 2021**

**NTNU**

Norwegian University of Science and Technology  
Faculty of Social and Educational Sciences  
Department of Social Work

**Bachelor's thesis**

**2021**





Annika Hukkelberg

***“Det er når rusbehandlingen min er over, min vanskeligste jobb begynner”***

**-Et sosialfaglig perspektiv på sosionomens ansvar i møte med rusmiddelavhengige i tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser.**

*«When my treatment ends, my most challenging task begins».*

Bachelor's thesis  
May 2021

**NTNU**

Norwegian University of Science and Technology  
Faculty of Social and Educational Sciences  
Department of Social Work



Norwegian University of  
Science and Technology





## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>3</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2 Avgrensning.....	4
1.3 Oppgavens oppbygning.....	5
<b>2. Metode</b> .....	<b>5</b>
2.1 Systematisk litteratursøk som metode.....	5
2.2 Prosess.....	6
2.3 Kildekritikk og utvelgelse av litteratur.....	7
<b>3. Teori og diskusjon</b> .....	<b>8</b>
3.1 Rusmiddelavhengighet.....	8
3.2 Hva må til for å lykkes med rusbehandling?.....	10
3.2.1 Hva menes med «å lykkes med behandling»?.....	10
3.2.2 Årsaker til at noen avbryter behandlingen.....	11
3.2.3 Betydningen av god kartlegging.....	15
3.2.4 Døgnbehandling.....	18
3.2.5 Oppfølging etter endt behandling.....	22
<b>4. Avslutning</b> .....	<b>24</b>
<b>Litteraturliste:</b> .....	<b>27</b>



# 1. Innledning.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Rusmiddelavhengighet er et komplekst samfunnsmessig problem, samtidig som det innebærer mye smerte og lidelse for den avhengige og for de som står i rundt (Bramness, 2012). Mellom 200 000-300 000 mennesker lider av alkoholavhengighet i Norge i dag, og mellom 40 000-70 000 er avhengige av illegale rusmidler eller vanedannende substanser (ROP, 2018). Gjennom studiet og min deltidsjobb ved døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) har interessen min for dette temaet utviklet seg. Denne interessen har inspirert meg til å ta et dypdykk i temaet gjennom bacheloroppgaven for å lære mer om hvordan sosionomer kan møte denne tematikken på best mulig måte. Profesjonsutdanningen har blant annet gitt meg kunnskap om hvordan sosionomer kan motivere til endring og møte de utfordringene som rusmiddelavhengige ofte strever med i behandlingsforløp. Denne lærdommen har pekt på det ansvaret jeg som profesjonsutøver vil ha i møte med mennesker som gjennomgår behandling for rusmiddelavhengighet. I en slik behandling er det et delt ansvar mellom egen innsats hos den som mottar behandling, og de fagpersonene som utøver hjelpen. Sosionomers rolle i det å hjelpe rusmiddelavhengige til å lykkes med behandlingen sin er et tema jeg har en stor lidenskap for og ønsker å bruke store deler av min yrkespraksis til å jobbe med og videreutvikle. Dermed har jeg valgt problemstillingen: «På hvilken måte kan sosionomer bidra til at rusmiddelavhengige kan lykkes med behandling i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser?».

Sosionomer har en særegen rolle i TSB. Kompetansen vi skal utvikle gjennom tre års studieforløp er lovfestet og viser til at vi blant annet skal kunne: «anvende faglig kunnskap om sosiale problemer ... for å fremme mestring og endring» og: «anvende faglig kunnskap for å identifisere ressurser og gi håp i samarbeid med mennesker i sårbare livssituasjoner» (forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanningen, 2005, §8 bokstav a og f). Dette gjør oss mer rustet til å håndtere denne problematikken, enn de som selv er avhengige av rusmidler. Ulike studier viser til hele 37-75% tilbakefallsforekomst hos rusmiddelavhengige etter behandling (Andersson, Wenaas & Nordfjærn, 2019). Rusmiddelavhengige vil gjennomgå ulike utfordringer knyttet til endringsprosessen, og sosionomer har kompetanse til

å kunne hjelpe dem gjennom disse. Formålet om å hjelpe dem til å bli selvhjulpne vil kunne gi dem gode forutsetninger for å oppnå målsetningene sine. Derfor er temaet av sosialfaglig relevans, og jeg ønsker gjennom besvarelsen å bidra til bevisstgjøring og sosialfaglig utvikling innenfor temaet.

## 1.2 Avgrensning.

På grunn av oppgavens kompleksitet har jeg sett det nødvendig å gjøre noen avgrensninger, og vil derfor ha hovedfokus på de prinsippene ved sosionomutdanningen som omhandler terapeutiske tilnærminger i forhold til endringsarbeid. Jeg vil avgrense oppgaven til å omhandle behandling innen TSB, for å kunne gå dypere inn i den tverrfaglige samhandlingen og viktigheten av individuell tilrettelegging. Istedenfor å ha likevekt på TSB sine seks behandlingsaspekt, er fokuset avgrenset til å omhandle kartlegging, døgnbehandling og oppfølging. Dermed vil jeg gå dypere inn i disse tre aspektene og belyse sosionomens rolle i hver av dem. Når jeg omtaler dem som avbryter behandlingen, vil begrepet *drop out* benyttes, og jeg vil også omtale tilbakefall under behandling og etter utskrivelse. Besvarelsen vil se på hvordan sosionomer gjennom «hjelp til selvhjelp» og andre sosialfaglige prinsipper kan legge til rette for at den enkelte rusmiddelavhengige lykkes med behandlingen.

«Å lykkes med behandling» er formuleringen jeg har vagt i problemstillingen min, istedenfor: «å unngå tilbakefall», da tilbakefall er et vanlig aspekt ved endringsprosessen og ikke nødvendigvis trenger å bety at man har mislyktes med behandlingen. Samtidig ville det bli misvisende å benytte begrepet: «å oppnå varig rusfrihet», da det betyr avhold fra alle rusmidler, og dermed ikke oppfylles dersom man inntar et legalt legemiddel, klassifisert som et rusmiddel. Problemstillingen avgrenser oppgavens fokus til å omhandle sosionomens rolle i det delte ansvaret mellom sosionom og rusmiddelavhengig, og dermed vil ikke det ansvaret den enkelte rusmiddelavhengig selv har bli belyst. Sosionomer vil ha en særegen rolle i TSB, da sosialt arbeid både er kunnskapsarbeid og relasjonelt arbeid (Kleppe, 2015). Siden TSB bygger på tverrfaglighet vil de som jobber der hvile i hverandres kompetanse, og arbeidsoppgavene vil bli utført av fagfolk med ulik faglig bakgrunn. Dermed vil mye av teorien som oppgaven bygger på og flere av tilnærmingene som belyses ikke være forbeholdt

sosionomers yrkesutøvelse. Besvarelsen vil avgrense fokuset til å kun drøfte disse i lys av sosionomers kompetanse.

### 1.3 Oppgavens oppbygning.

Besvarelsen består av 4 kapitler. I dette kapitlet har jeg begrunnet valg av tema og belyst hvorfor det er av sosialfaglig relevans. Jeg har også begrunnet de avgrensningene jeg har tatt, og introdusert problemstillingen min. Neste kapittel omhandler metoden jeg har brukt, hvor jeg viser til fremgangsmåten jeg har benyttet meg av i en kildekritisk utvelgelse av litteratur. Den delen inkluderer også styrker og svakheter ved metoden. Oppgavens tredje kapittel er hoveddelen, hvor jeg har valgt å integrere teori delen inn i diskusjonsdelen for å unngå gjentakelser og på en ryddig måte flette teori og drøfting sammen under ulike aspekter av behandling. Siden problemstillingen min tar for seg sosionomens rolle i møte med et omfattende tema har jeg sett det nødvendig å gå dypt inn i rusmiddelavhengighet som fenomen innledningsvis i teoridelen, for å videre kunne se på sosionomens rolle i møte med dette. Avslutningsvis vil jeg flette sammen trådene fra problemstillingen og hoveddelen for å konkludere.

## 2. Metode.

### 2.1 Systematisk litteratursøk som metode.

«Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (Dalland, 2013, s. 50). I denne teoretiske oppgaven har jeg valgt metode basert på institutt for sosialt arbeid sine retningslinjer, nemlig søk i litteratur. Ved denne metoden er det litteraturen jeg studerer, altså det som er skrevet om av artikkelforfatterne (Støren, 2013). Denne metoden er ikke det samme som en litteraturstudie, da jeg har benyttet meg av litteratur fra både systematisk litteratursøk, kjedesøk og eksterne kilder. Det er nesten ubegrensede muligheter for å søke i litteratur på internett, og derfor er det viktig å strukturere

søket. Med problemstillingen som grunnlag bør man utarbeide noen kriterier som begrenser søkingen (Dalland, 2013).

Litteratursøket skaper ikke ny kunnskap (Støren, 2013), på den måten andre metoder kunne gjort. Metoden vil dermed legge noen begrensninger for nyskaping og for muligheten til å fremme brukernes stemme. Derfor har jeg valgt å inkludere noe litteratur som har tatt i bruk kvalitative eller kvantitative metoder i innhenting av informasjon fra mennesker som selv har erfaringer fra å lykkes eller mislykkes med rusbehandling. Selv om systematisk litteratursøk som metode har noen begrensninger, er fordelene mange. Mulighetene man har til å utvide og begrense søkene for å finne frem til litteratur som er tilpasset problemstillingen er fordelaktig. Å strukturere søkene så man belyser ulike perspektiv og teori i besvarelsen gjør at man likevel kan komme frem til ny kunnskap (Dalland). Det er skrevet svært mye godt forskningsbasert fagstoff om temaet, og det å flette dette sammen med annen teori og egne perspektiver gir rom for god sosialfaglig refleksjon.

## 2.2 Prosess

Til utvelgelsen av litteratur lette jeg først i pensumlister fra tidligere relevante emner og i skolebibliotekets litteratur. Jeg drøftet også relevant pensum med medstudenter som hadde vært i praksis i rusomsorgen, og fikk gode innspill fra mine veiledere. I forkant av utarbeidelsen av prosjektskissen foretok jeg noen fritekstsøk i ulike databaser for å kartlegge om det fantes tilstrekkelig med vitenskapelige publikasjoner innenfor emnet. Dette hjalp meg også å velge ut relevante søkeord for hoved søket. Jeg benyttet meg av systematisk søk i elektroniske litteraturbaser. Dette innebærer å være systematisk i arbeidet med å innhente vitenskapelig fagstoff, og samtidig være kritisk i gjennomgangen av kildene for å sikre pålitelighet. De digitale plattformene jeg benyttet meg av var Google Scholar, og databasene Oria, Idunn og Scopus. For å finne frem til ulike artikler ble ulike kombinasjoner av søkeordene brukt. Jeg tok utgangspunkt i problemstillingen min når jeg valgte ut søkeordene, for å avgrense treffene til å samsvare med det jeg ønsket å finne ut av gjennom besvarelsen. Søkene og søkeordene varierte litt, men søkeordene som ofte gikk igjen var: «sosialt arbeid», «rusmiddelbehandling», «rusmiddel avhengighet», «rus\*» og «tilbakefall» og den engelske oversettelsen av ordene. Ved å utvide søkeordene, og avgrense søkene satt jeg igjen med godt

fagstoff som jeg har basert store deler av besvarelsen min på. Disse avgrensningene gikk ut på blant annet å ekskludere litteratur som ble utgitt før 2005. For å sikre litteraturens pålitelighet, avgrenset jeg søkene til å kun vise fagfellevurderte artikler og forskningsartikler. I tillegg benyttet jeg meg av kjedesøk, hvor jeg tok utgangspunkt i en anerkjent artikkel fra feltet som min veileder gav meg, og en forskningsbasert artikkel som samsvarte godt med problemstillingen min, og lette gjennom referanselistene deres for å se om noe var av relevans for problemstillingen. min.

### 2.3 Kildekritikk og utvelgelse av litteratur.

Noen av kildene har jeg brukt for å definere sentrale begrep og referere til viktige avklaringer, mens jeg har benyttet andre kilder mer strukturert gjennom store deler av besvarelsen. Gjennom systematisk litteratursøk og kjedesøk har jeg gjennomgått mye litteratur for å kvalitetssikre besvarelsen. Kildekritikk innebærer å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes (Dalland, 2013). Gjennom kvalitetssikringen har jeg stilt meg kritisk til kildene og jeg har vært opptatt av å skille mellom forfatterens egne meninger, og de funnene forskningen deres viste til. Litteraturen jeg benytter anser jeg som kvalitetsvurdert, men avgrenset, da jeg er bevisst på at jeg ikke har fått dekket alle relevante aspekter ved tematikken. Jeg har også vært bevisst på at egne meninger og tanker skal skilles fra faglitteraturen, og har stilt meg åpen til problemstillingen. Gjennom grundig arbeid med utvelgelse av litteratur, sto jeg igjen med fem vitenskapelige artikler. Noen av dem kom gjentatte ganger opp i kjedesøkene jeg foretok. Dermed vurderte jeg dem som pålitelige og som et godt bidrag til litteraturen jeg baserte oppgaven på. Artikkene innebærer blant annet statistikk, kvalitative og kvantitative metoder for innhenting av relevant informasjon, og teori om hvordan vi ligger an både nasjonalt og internasjonalt med effekten av rusbehandling. For å skape et mest mulig helhetlig bilde av tematikken har jeg supplert disse artikkene med litteratur om rusmiddelavhengighet, målsetninger med TSB og sosionomers rolle i møte med problematikken.

## 3. Teori og diskusjon

### 3.1 Rusmiddelavhengighet

I Norge bruker helsevesenet diagnosesystemet ICD-10 til å diagnostisere rusproblemer (Lossius, 2012). ICD-10 beskriver avhengighet 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» (Helsedirektoratet). Med dette ser man at avhengighet både viser seg gjennom fysiske og psykiske uttrykk. Fysisk avhengighet uttrykkes blant annet gjennom hjertebank, oppkast og søvnvansker når tilførselen av substansen reduseres eller opphører (Simonsen, 2016). Psykisk avhengighet kan oppleves som at man må ha rusmiddelet for å gjenoppleve lystfølelsen eller for å dempe ubehag etter at effekten av middelet avtar. Brukeren opplever ofte abstinensplager ved forsøk på å avslutte bruken (Simonsen, 2016). Både abstinensplager og de utfordringene man har kan virke inn på behandlingen og hjelpebehovet. Da det er store individuelle forskjeller i hvordan avhengighet oppleves hos den enkelte, er det viktig med individuell behandling. Det å bli møtt med forståelse og individuell ivaretagelse vil være en viktig forutsetning for at den enkelte kan komme seg gjennom egne utfordringer og kunne lykkes med behandlingen.

Rusmiddelavhengighet er et mer presist begrep enn rusmisbruk, siden «misbruk» er et verdiladet begrep (Simonsen, 2016). En studie (Kelly & Westerhoff, 2010 i Simonsen 2016) om hvordan man omtaler mennesker med rusproblematikk viste til at når rusmiddelavhengige ble omtalt som «substance abusers», var reaksjonen blant informantene mer negativ enn når tilstanden deres ble beskrevet som «substance use disorder», altså rusmiddelavhengighet. Her kommer det frem hvordan holdningene til personer i fagmiljøet, samt de som blir omtalt, påvirkes av begrepsbruken. For å ivareta en ikke-stigmatiserende holdning vil begrepet «rusmiddelavhengig» bli benyttet i besvarelsen. Avhengighet er ofte ledsaget av negative medisinske og sosiale konsekvenser (Simonsen, 2016). Det uttrykkes på mange ulike måter og gir ulike konsekvenser for brukeren og omgivelsene. Avhengighetsproblem utvikler seg vanligvis i sykluser eller trinnvise faser (Lossius, 2012).

Sosialt arbeid er et yrke og en akademisk disiplin som involverer mennesker og strukturer for å møte utfordringer i livet og for å styrke menneskers livskår (International federation of social workers, 2014) (Fellesorganisasjonen, 2017). Sosiale problem oppstår i forholdet mellom individ og samfunn. Mye av det sosiale arbeidet i landet rammes inn av velferdsstatens institusjonelle organisering (Berg, Ellingsen, Levin & Kleppe, 2015). Det fører til at de som jobber for velferdsstatens beveger seg i et landskap mellom makt og hjelp. Sosionomer vil møte denne problematikken gjennom sin yrkespraksis blant annet i NAV, barne- og familietjenesten og særlig i rusomsorgen. Mange rusmiddelavhengige bærer med seg traumer, omsorgssvikt eller andre vonde opplevelser, og for noen har disse opplevelsene vært bakenforliggende årsak for avhengigheten. Noen rusmiddelavhengige vil ha dobbeltdiagnoser og noen vil ha andre utfordringer som gjør det vanskelig å nyttiggjøre seg behandlingen. Dermed vil de ulike menneskene man møter i rusbehandling ha ulike forutsetninger for å lykkes med behandling.

Rusmiddelavhengighet omtales av noen som en sykdom som påvirker hele familien (Solhaug, et al., 2015). I den kliniske hverdagen betrakter man ofte rusproblemer som et relasjonelt problem, der problemene vurderes i forhold til de skadene rusen skaper for andre. Helsen til den som misbruker rusmidler tåler ofte flere doser enn de dosene som skal til for at familiens psykiske helse skades (Lossius, 2012). Det er naturlig at følelser, bekymringer og personlig involvering kan påvirke de pårørende og videre føre til utfordringer for dem. Med dette ser man at rusmiddelavhengighet er et sosialt problem med store individuelle og samfunnsmessige konsekvenser. Det finnes mange ulike forklaringer på hva det er, og hva det er forårsaket av. Dermed er en samleforståelse som kombinerer flere perspektiv relevant å trekke frem. Simonsen (2016) refererer til en bio-psyko-sosiokulturell modell hvor den biologiske vinklingen forklares med at rusen fører til nevronale endringer og nevronale skader. Den psykologiske vinklingen peker på at opplevelseserfaringene er av en så omfattende karakter at de holder en person i et fast grep med videre rusmiddelbruk. Den sosiokulturelle vinklingen trekker derimot frem at de ulike sosiale rammevilkårene som mennesker lever under, har stor betydning for både utviklingen og opprettholdelsen av avhengighet (Simonsen, 2016). Disse ulike forståelsesmodellene skisserer viktigheten av å velge behandling basert på hvordan avhengigheten oppleves for den enkelte, og hva deres egen målsetning er. I forbindelse med behandling for rusmiddelavhengighet vil sosionomens spisskompetanse innen prinsippet «hjelp til selvhjelp» være sentral. Selvhjelpsbegrepet knyttes til empowerment, brukermedvirkning og styrkeperspektiv (Ellingsen & Levin, 2015).

Empowerment handler om å se ideoende ressursar hos mennesker (Ellingsen & Skjefstad, 2015) og er svært sentralt i sosialt arbeid. Recovery begrepet ligger også nær selvhjelpsbegrepet, og handler om evnen til å håndtere symptomar og gjenvinne en form for mestring, styring og ansvar i eget liv (Sælør, Bjørlykhaug, Bank & Johnson, 2019). Dette innebærer at sosionomen fremmer ressursene til den rusmiddelavhengige, slik at de selv opplever at de bidrar til bedring i eget liv. Sosionomens ferdigheter til å utøve dette vil være sentralt for å legge til rette for at rusmiddelavhengige kan lykkes med behandlingen.

## 3.2 Hva må til for å lykkes med rusbehandling?

### 3.2.1 Hva menes med «å lykkes med behandling»?

Målsetningen med behandlingen kan være svært ulik fra person til person. Det kan eksempelvis være reduksjon i bruken av rusmidler, rusfrihet eller integrering i samfunnet (Helsedirektoratet, 2012). Selv om det vil være store individuelle variasjoner i målsetningene til de som gjennomgår behandling, er det generelle formålet med behandlingen er å bedre livskvaliteten til den rusmiddelavhengige. Dermed vil det å utvikle målsetninger sammen med den rusmiddelavhengige for å finne ut av hva det å lykkes med behandlingen betyr for dem, være svært sentralt. TSB sin veileder (Helsedirektoratet, 2020) ivaretar dette ved å vektlegge at pasienten selv skal være aktiv medvirkende i kartleggingen. Videre vektlegges at behandlingen skal være tilpasset pasientens ønsker og behov. Med dette ser man at en viktig forutsetning for å kunne lykkes med behandling er at sosionomen ivaretar den enkeltes målsetning og legger til rette for at de skal være delaktig i avgjørelser om egen behandlingen.

Skau (2017) illustrerer det gode fagfolk har, som en kompetansetrekant dannet av teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Det kan tenkes at en sammensetning av disse tre aspektene vil legge til rette for utøvelsen av godt sosialt arbeid. Kleppe (2015) peker på at en mangel ved kompetansetrekanten til Skau er at den ikke tar med kontekstuell kunnskap, noe som innebærer at kompetansen må gjøres relevant for den sammenhengen den skal brukes i. Dette er en viktig påpekning, da det sosiale arbeidet byr på et mangfold av ansvarsområder og sammenhenger. Med sosionomers profesjonstittel kommer



et ansvar om å utøve sosialfaglige prinsipper i møte med ethvert menneske man jobber med. Brukerperspektivet er det sentrale utgangspunktet i sosialt arbeid (Berg, et al., 2015) og er juridisk forankret. Brukerperspektivet handler om myndiggjøring, og tanken bak er troen på at når brukeren selv får medvirke, vil det påvirke motivasjonen for endring (Ellingsen & Skjefstad, 2015). Siden brukeren har en lovmessig rett til å medvirke i egen sak, er sosialarbeideren pliktet å involvere brukerne i det sosiale arbeidet (Berg et al., 2015). Dermed vil det å legge til rette for at den rusmiddelavhengiges målsetning og innvendinger skal medvirke til beslutninger være helt sentralt for utøvelsen av sosialt arbeid, og for at den rusmiddelavhengige skal kunne lykkes med behandlingen.

### 3.2.2 Årsaker til at noen avbryter behandlingen

Rusmønsteret endrer seg gjennom livet. Perioder med høye forbruk kan henge sammen med uforutsette hendelser, som økonomiske eller psykologiske kriser (Lossius, 2012). Dette gjelder også for når man velger å avbryte behandlingen. En studie (Andersson, Steinsbekk, Walderhaug, Otterholt & Nordfjærn, 2018) viser at avbrutt behandling begrunnes med blant annet ung alder ved behandlingstidspunktet, psykiske lidelser og alvorlighetsgraden til rusbruken. I tillegg trekkes tilgjengeligheten av ressurser på personell, den terapeutiske kompetansen og pasientenes egen involvering frem som mulige faktorer til at noen faller fra. Samtidig viser studien til 13 % mindre frafall fra de de som hadde vært i døgntilrettelagt behandling tidligere, enn de som ikke hadde det. Dette samsvarer med det som ble nevnt ovenfor om at avbrutt behandling ikke er ensbetydende med at den ikke har hjulpet noe, da den kan føre til bedre muligheter for å lykkes ved senere forsøk. Denne studien fokuserte på behandlingsprogram som hadde opptil seks måneders varighet, og *drop out* statistikken varierte fra 25%-66%. En studie (Nesvåg, Scott, Holter, Myhre, Moe & Njå, 2017) viste til 32% *drop out* i en døgntilrettelagt institusjon og peker på at dette samsvarer med tidligere forskning på området. En annen studie (Bhandari, Dahal & Neupane, 2015) som inkluderte 114 rusmiddelavhengige som fikk behandling fra to ulike sentre dokumenterte en tilbakefallsforekomst på hele 94.7%. En fjerdedel av disse trakk frem familieproblemer som den utløsende faktoren for tilbakefallet. Like mange rapporterte gruppepress som årsaken, mens mange av de andre trakk frem manglende motivasjon som årsak.

Psykologiske faktorer spiller altså ofte inn når noen avbryter behandlingen sin. Rusopplevelsen vil kunne gi et behag og oppleves som en ønsket trygghet. Mange av de som har vært avhengig av rusmidler i mange år har mer samhold og kjennskap til personer innad i rusmiljøene, enn til de som står utenfor. Det å vende tilbake vil dermed kunne tilby tilhørighet, trygghet og tilknytning. Tilknytningen til rusen vil kunne reaktivere ambivalensen og dermed være en potensiell faktor for tilbakefall (Barth, Børtveit & Prescott, 2001). En studie viser at opptil 40% av de som blir behandlet for rusmiddelavhengighet har forsøkt å ta sitt eget liv (Solhaug, Høie & Vederhus, 2015). Det sier noe om den tyngden av utfordringer og belastninger de som lider av rusmiddelavhengighet ofte har. Dermed vil det å bedre livskvalitet være en god målsetning, uansett hva det innebær for den enkelte. Bedre livskvalitet er individuelt, men man kan omtale det som psykisk velvære (Solhaug, et al., 2015). God oppfølging og behandling kan potensielt hjelpe med å bedre livskvaliteten, blant annet gjennom mentaliseringsbasert tilnærming (MBT). Mentalisering kan defineres som en ambisjon om å sette sammen kropp og sinn, og har et sterkt fokus på hvordan aktivering av negative følelser kan hemme mentalisering for alle involverte parter (Skårderud & Duesund, 2014). Mentalisering som bidrar til tilknytning kan hjelpe med å tåle motgang, tap, traumer og vanskelige følelser uten å henfalle til fryktreaksjonene «fight, flight or freeze» eller selvd destruktiv atferd (Skårderud & Duesund, 2014). Mange rusmiddelavhengige har ofte utfordringer knyttet til følelsesregulering og mentalisering (Arefjord & Karterud, 2012). Gjennom behandlingsforløpet vil de gjennomgå ulike utfordringer og vil måtte stå i vanskelige situasjoner, eksempelvis abstinensreaksjoner eller traumebehandling. Utfordringene dette skaper for mennesker med reguleringsvansker kan føre til at noen faller fra, og vender tilbake til rusen, som er en form for følelsesregulering (Arefjord & Karterud, 2012).

Gjennom sosionomutdanningen skal man ha utviklet ferdigheter til å arbeide med mellommenneskelige problemer og skape grunnlag for dialog, samt å håndtere konflikter, redusere faren for uønskede hendelser og anvende ulike metoder for å følge opp dette systematisk (forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanningen, 2005, §2 og §8 bokstav j). Disse ferdighetene vil være sentrale i mentaliseringsbasert tilnærming. I MBT er nøkkelintervensjonene å være undrende og å stimulere til utforskning av tanker hos pasienten for å stimulere dens mentaliseringsevne (Arefjord & Karterud, 2012). Hemmet mentalisering bidrar til konflikter, misforståelser og smerte (Skårderud & Duesund, 2014). Skårderud og Duesund (2014) omtaler mentalisering som følelsesmessig kunnskap som bidrar til

følelsesregulering, og hevder det er en av våre mest avgjørende sosiale kompetanser. De peker også på at det vil være en hensiktsmessig tilnærming å benytte i møte med rusmiddelavhengige som har metalliseringssvikt. Personlig kompetanse er en av de tre viktigste aspektene Skau (2017) omtaler som det gode fagfolk har med seg i arbeidet de gjør. Sosionomens kompetanse på dette området vil kunne forebygge konflikter og skape gode relasjoner, noe som vil virke positivt tilbake på de rusmiddelavhengige. Dette vil dermed kunne bidra til mindre forekomst av *drop out*. Samtidig vil det å øke mentaliseringsevnen til den rusmiddelavhengige også bidra til å bedre dens sosiale kompetanse, og det kan tenkes at det vil kunne forebygge *drop out*. Dette skisserer sosionomens viktige rolle i det delte ansvaret i behandlingsarbeidet og dens muligheter til å kunne bedre mulighetene den rusmiddelavhengige har til å nyttiggjøre seg behandlingen, og minske sjansen for at de faller fra.

Siden rusmiddelavhengighet omtales som en kronisk sykdom er det å holde seg rusfri en livslang prosess. I en slik prosess er tilbakefall ikke uvanlig (Simonsen, 2016), noe som ofte er en årsak til at noen avbryter, eller ikke lykkes med målsetningen de hadde for behandlingen sin. Marlatt og Gordon skisserer en modell for tilbakefall der tilbakefall beskrives som rekke hendelser (Barth, et al., 2001). Denne modellen viser til at tilbakefall kan skje ved gradvise endringer, hvor man ut ifra en livsstils ubalanse utvikler et behov for avlastning, som videre fører til fristelser og tilsynelatende irrelevante beslutninger. Disse beslutningene kan sette personen i en risikosituasjon som fører til en glipp og så et tilbakefall. Modellen viser at tilbakefall på mange måter er skjær i trinnvise faser. Prochaska og DiClemente har utarbeidet en modell som skiller seg fra denne måten å skildre tilbakefall på. Deres modell (Barth, et al., 2001) skisserer tilbakefall som en fase i et endringshjul satt sammen av seks faser og dermed omtaler de tilbakefall som en naturlig del av endringsprosessen. Når det kommer til psykologiske teorier, er det sjeldent ensidig enighet om at en modell er helt representativ. I denne sammenheng er det nevneverdig at Prochaska og DiClementes modell har fått en del kritikk. Professoren Robert West (2005) går så langt som å mene at modellen bør avskaffes. Han peker på at stadiene ikke passer sammen, og at de er feilaktige, da grensene som skiller mellom dem er så tydelige at de ikke er overførbart til hvordan de faktisk er. I tillegg trekker han frem at modellen fokuserer på bevisste tankemønstre, og tar fokuset bort fra underliggende menneskelige motivasjoner.

Motsetningene mellom de to modellene, og det West trekker frem skaper rom for

refleksjoner. Det kan tenkes at ingen av disse meningene eller modellene er helt feilaktig. Selv om disse modellen skisserer perspektiv som kan gjøre det enklere å forstå endringsprosessen og årsaker til at noen faller fra, er nok endringsprosessen individuell. Hva man bærer med seg i bagasjen vil ha stor betydning for hvor motivert man er for endring, og hvilke forutsetninger man har for å lykkes med det. Gjennom behandlingen og i tiden etter vil mye av tiden være viet til det Barth med kollegaer kaller vedlikeholdsarbeid. En stor del av vedlikeholdsarbeidet handler om å forebygge tilbakefall (Barth, et al., 2001). I denne sammenheng vil sosionomen ha en viktig rolle. Simonsen (2016) peker på at tiltak i forebygging av tilbakefall kan være at den rusmiddelavhengige fjerner brukergjenstander, skriver notater om mestringsstrategier ved utfordrende situasjoner, og gjør bindende avtaler med en tillitsperson om å kontakte dem før de inntar rusmidlet. Her ser man at den rusmiddelavhengige har flere alternativer, og kan utarbeide strategi i forkant av at slike situasjoner oppstår. Samtidig er det flere av disse punktene som involverer en tillitsperson, og sosionomen vil i denne sammenheng ha både kunnskap og ferdigheter som fagperson til å kunne bistå i dette arbeidet, gjennom å blant annet utarbeide en kriseplan. Ved ethvert behandlingsløp for mennesker med alvorlig rusmiddelavhengighet vil det være behov for en kriseplan. Kriseplanen bør inntre i situasjoner hvor det er økt risiko for tilbakefall eller helseskader (Simonsen, 2016). Av og til vil man stå i akutte situasjoner hvor det «å hjelpe seg selv» ikke vil være en reel mulighet, og sosionomen dermed må ta en aktiv rolle i å løse problemet der og da (Berg, et al., 2015). Utdanningens forskrift vektlegger at sosionomer skal kunne identifisere menneskers sårbarhet (§9, bokstav i), kunne vurdere risiko og ha ferdigheter til å redusere faren for at uønskede hendelser skal skje (§8, bokstav j). Dette er dermed kompetanse og ferdigheter som sosionomen skal ha. Denne kompetansen vil kunne forebygge at avbrudd og tilbakefall skjer, og gjøre sosionomen i stand til å håndtere dette for å forsøke og minske konsekvensene av det.

Tilbakefall omtales altså både som en potensiell fase i endringsarbeidet, og som en prosess. Sosionomer og andre fagpersoner jobber tett med den rusmiddelavhengige for å forsøke å unngå at tilbakefall skal skje. Denne jobben er en kontinuerlig prosess, og jo mer kunnskap man har om faktorer som spiller inn, jo bedre kan man bistå klientene i deres arbeid med å unngå dette (Barth, et. al, 2001). Forebygging av tilbakefall er metode til selvhjelp som kan begrense risikoen av det (Simonsen, 2016) og dermed bedre mulighetene til å lykkes med behandling. Det er ulike strategier og valg man kan gjøre for å minske denne risikoen, og det å begynne denne beredskapen tidlig i behandlingsforløpet er viktig. I tillegg vil dårlige

relasjoner til behandlere kunne være en årsak til at noen faller fra, da den terapeutiske relasjonen er emosjonelt ladet. Det innebærer at pasient og terapeut påvirker og aktiverer hverandre emosjonelt, også kallet motoverføringer (Lossius, 2012). Lossius omtaler en studie (Rossberg mfl., 2007 i Lossius, 2012) hvor de viser en sammenheng mellom behandleres positive eller negative motoverføringer overfor pasientene og sannsynligheten for at de fullførte behandlingen. Pasientene som vekket negative følelser ved terapeutene avsluttet oftere behandlingen før tiden, enn de som vekket positive følelser. Videre viser studien til at negative følelser som hjelpeløshet og inkompetanse ofte ble vekket i personalet hvis pasientene var aggressive eller avvisende. Positive følelser hos personalet ble derimot vekket av pasienter som viste takknemlighet og som gav dem følelsen av at de var til nytte. Dermed ser man at behandlingseffekten ikke kun er avhengig av pasientens problematikk og motivasjon, men at terapeutens holdninger og følelser også spiller en rolle for utfallet av behandlingen (Lossius, 2012). Dette samsvarer med det Helsedirektoratet (2012) skriver om at en god relasjon mellom bruker og tjenesteyter har stor betydning for behandlingsresultatet, og ofte kan være viktigere enn behandlingsmetoden som blir brukt. Sosionomen vil både gjennom miljøterapi og andre behandlingsrettede tilnærminger kunne utvikle gode relasjoner til den rusmiddelavhengige, og kunne jobbe med det som ofte ligger til grunn for at noen avbryter behandlingen sin. Kunnskap og ferdigheter til å ivareta dette vil være viktig for å hjelpe rusmiddelavhengige med å lykkes med behandling.

### 3.2.3 Betydningen av god kartlegging

Ut ifra de ulike perspektivene på rusmiddelavhengighet, har det oppstått ulike forståelsesmodeller som blant annet ser på rusmiddelavhengighet som en form for selvmedisinering (Potvin, Sepehry & Stip, 2005), og som en sykdom (Helsedirektoratet). Dette forteller oss at vi ikke bare har én forståelse av dette fenomenet, og heller ikke bare én behandlingsmetode, da de ulike forståelsesmodellene gir ulike behandlingsstrategier (Simonsen, 2016). Dermed vil kartlegging av behov og henvisning til passende behandlingsstrategi være svært sentralt for at den enkelte skal kunne nyttiggjøre seg behandlingen. Dersom man koordinerer utredningen og behandlingen vil man gi mulighet for både økt livskvalitet og bedring av symptomer (Helsedirektoratet, 2012), noe som er en grunnleggende forutsetning for å lykkes med behandlingen.

For å få forståelse for hvilke individuelle behov man må ivareta for at den enkelte

rusmiddelavhengige skal kunne lykkes med behandling, er det viktig med god kartlegging. Stallvik med kolleger viser i sin studie (Stallvik, Gastfriend & Nordahl, 2015) til ASAM modellen, som kartlegger bio-psyko-sosiale forhold for å kartlegge behandling for rusmiddelavhengighet på riktig omsorgsnivå for den enkelte. De omtaler metoden som et klinisk beslutningsstøtteprogram og er et datastøttet strukturert intervju. Forskerne hevder at metoden bidrar til å henvise til helhetlige og integrerte tjenester på lavest mulig effektivt omsorgsnivå, som samsvarer godt med det opptrappingsplanen for rusfeltet vektlegger (Helse og omsorgsdepartementet, 2008-2009). De legger også vekt på at over-matching i forhold til hvilken behandlingsmetode som blir valgt vil være kostbart og/eller for begrenset, og at under-matching vil by på tjenester på mindre omsorgsnivå enn det som er behovet, for lite engasjement og øke behovet for sosial støtte (Stallvik, et al., 2015). ASAM metoden bygger på 6 dimensjoner for å kartlegge blant annet pasientens rusmiddel historikk, fysisk og mental helse, tilbakefalls forekomst, hvor klar de er for endring, nettverk og dens recovery (Asam). Denne modellen er en anerkjent måte å kartlegge riktig behandling for rusmiddelavhengige på, og skisserer dimensjoner som er viktig å vektlegge i denne fasen av behandlingsforløpet. Denne modellen illustrerer en helhetlig tenkning som samsvarer godt med helhetsperspektivet i sosialt arbeid.

For å finne ut av hva «integrerte og helhetlige tjenester på lavest mulig effektivt omsorgsnivå» innebærer for den enkelte, vil god kartlegging være viktig. ASAM modellen vil være ett verktøy å bruke i denne forbindelse. Det vil også være andre modeller, intervju og program man kan benytte seg av i kartleggingsfasen. Både NAV, barnevernstjenesten og leger kan henvise til behandling i TSB (Simonsen, 2016). Vurdering av henvisninger i TSB er en spesialistvurdering av en tverrfaglig vurderingsenhet (Helsedirektoratet, 2015). Tverrfaglighet i både kartleggingen, henvisningen og i behandlingen kan være med å ivareta de ulike forståelsesmodellene. Helsedirektoratet (2020) legger vekt på at den som henviser må sørge for at pasienten og eventuelt pårørende får medvirke. Den som henviser må kartlegge blant annet pasientens ressurser, psykisk helse, støttepersoner, nettverk og spesielle hensyn (Helsedirektoratet, 2020). Denne grundige kartleggingen legger til rette for å henvise til en behandlingsform som vil være mest mulig tilpasset de individuelle behovene og ønskene pasienten har. Det å se personer ut fra den sammenhengen de befinner seg i, omtales i sosialt arbeid som «personen i situasjonen» (Berg, et al., 2015). Sosionomens grunnleggende fokus på dette vil være et sentralt bidrag i kartleggingsfasen for å kunne finne den behandlingen som vil passe den enkelte best.

I senere år har rusavhengighet blitt sett på mer i sammenheng med psykisk helse. Mange rusmiddelavhengige har psykiske vansker i tillegg til eller som en del av rusproblemet sitt (Solhaug, et al., 2015). Forstyrrelse av personlighet, impulsivitet og affektforstyrrelser i form av underregulerte eller overregulerte følelser svekker en persons funksjonsevne og evnen til å nyttiggjøre seg behandling (Arefjord, 2012). ROP-lidelser blir brukt om pasienter med alvorlig rusmiddelbruk kombinert med alvorlige psykiske lidelser, som schizofreni, affektive psykoser og noen personlighetsforstyrrelser (Solhaug, et al., 2015). Det er vist til god dokumentasjon for at mennesker med ROP-lidelser har effekt av en integrert behandlingsmodell (Helsedirektoratet, 2012). Integrert behandling vil si at alle tiltak og prosesser kombineres innen samme behandlingsrelasjon eller behandlingssted. Det vektlegges at behandling av begge lidelser skjer samtidig av samme helsepersonell, og det viktigste er at pasienten selv opplever behandlingen som helhetlig. Mange mennesker med ROP-lidelser responderer ikke på poliklinisk døgntilrettelagt behandling, og kan ha lettere for å oppnå bedring under et institusjonsopphold (Helsedirektoratet, 2012). I denne sammenheng ser man at psykisk helse er et ufravikelig fokus i arbeid med mennesker med rusmiddelavhengighet, og at kartlegging av psykisk helse dermed er svært hensiktsmessig i kartleggingsfasen til TSB. Nøyte kartlegging er sentralt for å ivareta den enkeltes behov og vil kunne forbedre mulighetene de har for at behandlingen kan bli vellykket, og at mennesker med ROP-lidelser ikke skal falle fra.

Selv om det er mye forskning som viser til at mange mennesker med ROP-lidelser har en høyere *drop out* andel i rusbehandling, viser studien til Nesvåg med kollegaer (2017) til det motsatte. Denne studien tar utgangspunkt i en langtidsbehandlingsinstitusjon, organisert som en av enhetene til TSB. Funnene i studien viser at pasientene med anti-sosiale personlighetstrekk og pasienter med kognitive vansker hadde noe lavere eller tilnærmet lik *drop out rate* sammenlignet med de som ikke hadde slike trekk eller vansker. Resultatene fra studien viser til at behandlingen som spesielt ivaretar pasienter med slike vansker, bidrar til å redusere risikoen for tidlig *drop out*. De viser også at tidlig *drop out* kan reduseres ved å tilby flere runder med døgntilrettelagt behandling og tilbud om behandlingsforberedende tiltak, i stedet for bare en kort avrusning eller poliklinisk behandling før inntak (Nesvåg, et al., 2017). Med dette ser vi viktigheten av å ikke gi opp på de som gjentatte ganger faller fra og har behov for å gjennomgå flere runder med døgntilrettelagt behandling.

### 3.2.4 Døgnbehandling.

For noen vil dagbehandling eller poliklinisk behandling være tilstrekkelig omsorgsnivå. Poliklinisk behandling vil være best egnet for de med god motivasjon for endring av rusmiddelbruken sin (Simonsen, 2016). Solhaug med kolleger (2015) utførte en studie på psykisk velvære etter endt 12-trinns behandling som viste til at de som hadde vært i dagbehandling hadde et mye bedre psykisk velvære enn de som hadde vært i døgnbehandling. Dagbehandling er ment å gjøre terskelen for behandling lavere, og vil legge til rette for at pasienten kan ha et tilnærmet normalt liv parallelt med behandlingen. Dette kan være et godt alternativ til døgnbehandling, også for noen pasienter med ROP-lidelser, selv om det som regel vil være nødvendig for dem med døgnbehandlingens rammer, innhold og støtte (Solhaug, 2015).

Døgnbehandling er en behandlingsform med større omsorgsnivå. De som henvises hit har vanskeligheter med å nyttiggjøre seg poliklinisk behandling eller dagbehandling (Simonsen, 2016). Denne behandlingsformen åpner for at pasientene kan få tettere oppfølging, noe som er nyttig siden behandling av langvarig rusmiddelbruk ofte krever kombinerte tjenester. Samtidig vil det i denne behandlingsformen være mer tid til å hjelpe pasienten med andre forhold som kan være aktuell, som for eksempel å søke om bolig og få orden på økonomien (Simonsen, 2016). Tidligere gjennomførte evalueringer av denne behandlingsformen har vist til gode resultat når det kommer til rusfrihet (Solhaug, et al., 2015). Døgnbehandling vil også kunne gi pasienten en bedre følelse av en sammensatt og integrert tjeneste, da det meste av tjenestetilbudet skjer på samme sted. Ofte vil også andre instanser være innblandet, særlig i overgangen mellom de ulike behandlingsfasene i pakkeforløpet til TSB. Samhandling mellom instansene vil være viktig for å unngå å gi den enkelte rusmiddelavhengige følelsen av å være en «kasteball» i hjelpesystemet. Når ikke de ulike etatene og profesjonene samhandler kan tjenestene de tilbyr oppleves som uoversiktlig for tjenestemottakeren. I samhandlingsreformen (Helse og omsorgsdepartementet, 2008-2009) skrives det at manglende samhandling er den viktigste grunnen til at mennesker med kroniske sykdommer, rusproblemer og psykiske lidelser lett kommer tapende ut av helse-Norges hjelpesystem. Viktigheten av god samhandling og tverrfaglighet er dermed et grunnleggende fundament for behandling av rusmiddelavhengighet. Under behandling i TSB vektlegges at samhandling mellom ulike aktører skal sikres og tilpasses pasientens ønsker og behov (Helsedirektoratet, 2020).



Selv om dette er målsetningen ved TSB og Samhandlingsreformen er det ikke alltid systemet lykkes med dette, og det kan være vanskelig å vite om det oppleves helthetlig fra tjenestemottakernes side. Konsekvenser av feil behandling innenfor det terapeutiske rom er ofte vanskelig å knytte til selve behandlingen (Lossius, 2012). Behandling av rusmiddelavhengighet skiller seg fra behandling av andre sykdommer, da fokuset i denne type behandling går ut på at terapeuten skal stimulere pasienten til å bli bevisst på egne ressurser, samtidig som terapeuten skal være en medhjelper i endringsprosessen (Lossius, 2012). Dette kalles «hjelp til selvhjelp» og er ansett som kjernen i sosialt arbeid (Berg, et al., 2015). Dette illustrerer også den viktige rollen sosionomen har i behandling av rusmiddelavhengighet og det ansvaret dette bærer med seg. I arbeid med mennesker som søker behandling vil man ofte møte noen som ikke er klar for endring. De er ofte preget av ambivalens som gjør at de blir trukket i ulike retninger. Ambivalens er hevdet å være det viktigste begrepet for å forstå avhengighet og skadelig bruk av rusmidler (Andresen, 2012). Det er viktig at sosionomen utforsker denne ambivalensen og er på vakt etter hvordan den uttrykker seg (Shulman, 2003). Det er viktig å finne balansen mellom å utfordre til endring og ikke stille for store krav eller forventninger (Helsedirektoratet, 2012). Sosionomen kan benytte seg av ulike samtalemetodikker og terapeutiske tilnærminger for å utforske ambivalens hos den rusmiddelavhengige. Motiverende intervju (MI), også kallet endringsfokusert rådgivning, vil være en god måte å gjøre dette på.

Sosionomer i døgnbehandling vil møte de rusmiddelavhengige flere timer i døgnet enn i andre behandlingsformer. Dermed vil de ha mange unike muligheter til å benytte denne samtalemetodikken i møte med den rusmiddelavhengige mens rususet er til stede og ambivalensen er fremtredende. Prinsippene fra denne metodikken bygger på å være empatisk, fokusere på klientens opplevelse av diskrepans, rulle med klientens motstand, akseptere ambivalens og styrke klientens mestringstillit (Barth, et al., 2001). Det er vist til at denne samtalemetoden kan redusere rusmiddelbruk og at MI kombinert med kognitiv atferds basert samtalebehandling kan bedre livskvalitet hos pasienter med ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012). MI fremhever viktigheten av et samarbeid mellom pasient og hjelper. Indre motivasjon for endring utvides gjennom å hente frem pasientens egne mål og verdier (Andresen, 2012). Her ser man også det delte ansvaret mellom sosionomen og den rusmiddelavhengige. Sosionomen vil kunne bedre forutsetningene for endring ved å hente

frem den rusmiddelavhengiges målsetning. Dette forutsetter en god relasjon mellom sosionomen og den rusmiddelavhengige.

I boken «Endringsfokuset rådgivning» (Barth, et al., 2001) kommer det frem at en rådgivningssamtaler ikke bare preges av temaet det snakkes om, men at det også preges av prosessen mellom rådgiveren og klienten, der forholdet mellom dem blir avklart og definert. Slike samtaler opererer alltid i grenseland mot motstand, siden målet med kontakten er å stimulere til forandring. Hovedmålet med samtalene er å hjelpe klientene videre i endringsprosessen og rådgiveren må hele tiden balansere mellom å påvirke til endring og å håndtere de motstandsreaksjoner dette vekker hos klienten (Barth, et al., 2001). Motiverende samtale trekkes frem med positiv virkning innen arbeid med rusmiddelavhengighet (Helsedirektoratet, 2012). I forskriften om nasjonal retningslinje for sosionom utdanningen (2005, §8) kommer det frem at sosionomer skal kunne anvende ulike metodiske tilnærminger, og ha faglig kunnskap om relasjon og kommunikasjon i motivasjonsarbeid og i møte med mennesker som er i endringsprosesser. Sosionomen vil ha en viktig rolle knyttet til relasjonsarbeidet med klienten. Den ideelle relasjonen mellom klient og rådgiver er preget av samarbeid mot et felles mål, definert ut fra klientens behov (Barth, et al., 2001).

I døgntilrettelagt behandling vil sosionomen og den rusmiddelavhengige stå i mange ulike situasjoner sammen, og det hverdagslige flettes sammen med det terapeutiske. Det miljøterapeutiske aspektet er i større grad tilgjengelig i døgntilrettelagt behandling enn i dagbehandling og poliklinisk behandling, da pasientene oppholder seg der i mye større grad (Solhaug, et al., 2015). Sosionomen vil kunne bruke miljøterapi gjennom blant annet gåturer, sport, måltidsituasjoner og andre aktiviteter. «Miljøterapi omfatter både enhetens psykososiale miljø, det sosiale læringsmiljøet og relasjonen mellom miljøterapeuten og den enkelte pasient» (Helsedirektoratet). Som en del av miljøterapien kan sosionomen benytte seg av ulike samtalemotodikker og terapeutiske tilnærminger for å videreutvikle relasjonen til den rusmiddelavhengige. Disse terapeutiske stundene kan ofte være uten faste rammer, og de kan oppstå ut ifra generelle utsagn eller settinger. En generell formulering fra klienten kan avspeile ambivalens. En viktig ferdighet hos sosionomen er å oppfatte slike generelle utsagn, og gå dypere inn i det spesifikke som ligger bak (Shulman, 2003). Da den rusmiddelavhengige blir utskrevet fra døgntilrettelagt behandling vil de stå alene i mange ulike situasjoner, som de har stått sammen med sosionomen gjennom behandlingsoppholdet. De har kanskje gitt mange små generelle hint om noe de gruer seg til, eller utfordringer de har.

Hvis sosionomen klarer å fange opp dette, og utforsker hva det innebærer, kan de bidra til terapeutiske øvelser eller samtaler for å hjelpe den rusmiddelavhengige å håndtere dette. Med dette vil sosionomen forberede dem på å håndtere disse utfordringene selv etter utskrivning.

Et eksempel på dette er en rusmiddelavhengig som sier: «Uff, jeg hater å ta buss» i en hverdagslig samtale i døgnbehandling. Da sosionomen utforsker utsagnet ved å være undrende, viser det seg at pasienten får angst når han går ombord i en buss, på grunn av tidligere vonde opplevelser. Gjennom videre utspørring finner sosionomen ut at den rusmiddelavhengige skal bo et stykke utenfor byen etter utskrivelse fra døgnbehandling, og vil være avhengig av å ta buss til jobb og til oppfølging på poliklinikken. Dermed byr det seg en gylden mulighet for eksponeringsterapi gjennom busstrening, noe som vil kunne hjelpe denne gutten til å komme seg på jobb og til avtaler etter utskrivelse. Her ser man at sosionomens ferdigheter er helt sentrale i forhold til hva de fanger opp av generelle hint, og hvordan de går inn i det terapeutiske rom i ulike situasjoner i døgnbehandling. Sosionomer jobber i en kontekst hvor de hele tiden påvirker og påvirkes av de menneskene og kontekstene de jobber med. Sosialarbeiderens kompetanse kommer fra å benytte integrert kunnskap så de har ferdigheter til å utføre de oppgavene de har ansvar for (Kleppe, 2015). Shulman (2003) viser til en dynamisk modell hvor sosialarbeiderens ferdigheter og arbeidsrelasjonen påvirker hverandre, og hvordan arbeidsrelasjonen og resultatet av arbeidet påvirker hverandre. I døgnbehandling vil dette innebære at sosionomens ferdigheter vil påvirke arbeidsrelasjonen, gjennom blant annet å fange opp generelle hint som de velger å legge behandlingsfokuset på videre for å bedre resultatet. Videre vil det arbeidet og relasjonen til den rusmiddelavhengige kunne påvirke resultatet av arbeidet.

Styrkeperspektivet er som nevnt sentralt i sosialt arbeid og vil passe godt inn i døgnbehandling. Dette perspektivet vil fokusere på styrker og muligheter hos den enkelte med målsetningen om å bidra til at brukeren skal oppleve mestring og kontroll i eget liv. Samtidig vil dette perspektivet kombinere fokuset på styrker med forståelsen av hva som er problematisk (Berg, et al., 2015). Denne helhetsforståelsen vil være et godt bidrag til å kunne se den enkelte og hjelpe dem med veien videre. Dette vil være svært viktig i rusomsorgen hvor man møter mennesker med ulike behov, forutsetninger og målsetninger. Samtidig vil det være sentralt at sosionomen er bevisst på hvordan egne følelser påvirker relasjonen. Det å være i kontakt med egne følelser og mestre disse vil være en kontinuerlig prosess gjennom sosialarbeiderens hele yrkesaktive liv (Shulman, 2003). I affekt vil man ofte redusere evnene

sine til å forstå den andre utenfra, da sinne og frykt gjør oss blindere (Skårderud & Duesund, 2014). Motoverføringer som for eksempel sinne hos den rusmiddelavhengige vil kunne føre til at sosionomen i affekt kjenner på følelser som gjør dem «blindere i metalliseringen». En naturlig del av det å jobbe med mennesker vil være at ulike følelser hos en selv blir vekket. Sosialarbeiderens private og profesjonelle være en naturlig del av yrkesutøvelsen (Shulman, 2003). Både sosionomen og den rusmiddelavhengige vil ha ulike følelser og forutsetninger i det relasjonelle arbeidet. Sosionomen som fagperson vil ha bedre forutsetninger for å legge til rette for en god terapeutisk allianse og god kommunikasjon med den rusmiddelavhengige.

Som oppgaven belyste tidligere, samsvarer dette med prinsippene til MI og MBT.

Døgnbehandlingens rammer legger til rette for at sosionomer og andre fagpersoner får mange muligheter til å benytte seg av disse. Det å forbedre den rusmiddelavhengiges mentaliseringsevne vil kunne gjøre dem i bedre stand til å unngå konflikter, ha kontakt med egne følelser og dermed ha et bedre samspill med andre. Denne helhetlige behandlingen sosionomen bidrar til er en form for «hjelp til selvhjelp», og vil kunne hjelpe den enkelte rusmiddelavhengige å lykkes med behandling. Det å videreutvikle de verktøyene de har til mentalisering og følelsesregulering vil også øke for at de kan lykkes med vedlikeholdsfasen. Gjennom dette og studiene til blant annet Nesvåg og Solhaug ser man viktigheten av å benytte seg av gode samtalemetodikker i møte med rusmiddelavhengige. Vellykket behandling vil forutsette en god terapeutisk allianse, som igjen forutsetter at hver enkelt blir møtt med forståelse, empati og respekt (Kronholm, 2012). En sosionom som er aktivt lyttende, og disse sosialfaglige prinsippene vil kunne legge godt til rette for at den rusmiddelavhengige skal lykkes.

### 3.2.5 Oppfølging etter endt behandling.

«Det er viktig å fokusere på overganger mellom de forskjellige delene av et behandlingsforløp og utvikle strategier sammen med pasienten for å hindre drop-out/begrense konsekvensene av eventuelle drop-out» (Helsedirektoratet, 2020). Avslutningsfasen av døgnbehandling og tiden etterpå vil kunne være en vanskelig og kritisk overgang for pasienten (Simonsen, 2016). Det er en naturlig del av enhver rusbehandling, og det er mye man bør gjøre i forkant av dette for å forberede pasienten på det. Behandler bør ha diskutert og gjennomgått en plan for forebygging av tilbakefall med pasienten i forkant av utskrivelse

(Simonsen, 2016). TSB har konkrete føringer for hva som skal være i stand ved utskrivelse av behandlingen, som blant annet at pasienten har egen bolig, en konkret fagperson som er ansvarlig for oppfølgingen av eventuelle videre tiltak i kommunen og at pasienten skal ha fått tilbud om meningsfull aktivitet og hjelp til nettverksbygging (Helsedirektoratet, 2020). Etter behandlingen er avsluttet vil ansvaret for oppfølging ligge hos kommunen (Simonsen, 2016), samtidig som flere TSB institusjoner har egne polikliniske tiltak og ambulerende tiltak som en del av etterverns arbeidet i pakkeforløpet (Helsedirektoratet, 2020). Sosialtjenesten har hovedansvar for å forebygge og avhjelpe rusproblemer, etter helse- og omsorgstjenesteloven (Haga, 2012). Sosionomen i sosialtjenesten og i ettervernstiltakene fra TSB vil dermed ha mange viktige oppgaver i oppfølgingsfasen, hvor deres spisskompetanse ligger nært de arbeidsoppgavene som skal utføres.

Mange rusmiddelavhengige som har tilknytning til tjenester i rusomsorgen har behov for støtte til økt livskvalitet. Bedret livskvalitet blir ofte sett på i forbindelse med å ha en jobb, økonomisk forutsigbarhet, samspill med andre mennesker og følelsen av å være nyttig. Forskning viser til at økonomiske problemer er noe av det mest helseskadelige vi kan utsettes for (Sælør, et al., 2019). Sosionomen med sin kompetanse vil i denne sammenheng ha en særegen rolle i rusomsorgen til å kunne bistå med blant annet å søke om bolig, eller ytelser fra NAV. Her også vil det være svært viktig å ha tanken om «hjelp til selvhjelp» som grunnlag for arbeidet, da det er svært viktig at det er den rusmiddelavhengige selv som peker ut hva de vektlegger som viktig for egen livskvalitet. Den generelle målsetningen med rusbehandling om bedret livskvalitet kan dermed knyttes nært opp til hvordan hverdagen til de rusmiddelavhengige er etter endt behandling. Dette henger nært sammen med oppgavens tittel: «Det er når rusbehandlingen er avsluttet, min vanskeligste jobb begynner». Dette skisserer noe mange som gjennomgår rusbehandling opplever, og det mye av besvarelsens fokus på den livslange prosessen om endring tar for seg.

Samtidig vil sosionomens relasjonelle kompetanse og ferdigheter for endringsarbeid som oppgaven har belyst tidligere, være sentral også i denne delen av behandlingen. Det Barth med kolleger (2001) referer til som vedlikeholdsfasen vil være sentral i arbeidet med å forebygge tilbakefall. Kontinuiteten i arbeid med rusmiddelavhengige etter endt behandlingsopphold, er svært sentral for å forbedre forutsetningene deres for å lykkes med målsetningen sin. Det kan tenkes at om man møter en mangelfull hverdag etter utskrivelse, vil det være stor fare for tilbakefall. Dermed vil den jobben sosionomen gjør gjennom

døgnbehandlingen, for å forberede den rusmiddelavhengige på veien videre, være sentral for at de skal kunne lykkes med målsetningen sin. Samtidig vil sosionomens oppgaver i oppfølgingsfasen blant annet innebære bidrag til tjenester som kan bedre livskvalitet. Det å sikre en tilfredsstillende bolig, og det å komme i gang med andre meningsfulle aktiviteter vil ha en stor betydning for livskvaliteten til den rusmiddelavhengige (Haga, 2012). Solhaug med kolleger (2015) referer også til at det ikke kun er slik at rusfrihet eller rus reduksjon i tiden etter utskrivning bedrer livskvaliteten, men at oppnådd psykisk velvære ved behandlingsslutt også predikerer bedre rusmestring i en oppfølgingsfase. Disse aspektene påvirker altså hverandre gjensidig. Det kan være vanskelig å definere «oppnådd psykisk velvære» da det vil være store individuelle forskjeller på dette, men som tidligere nevnt går bedret psykisk velvære og bedret livskvalitet hånd i hånd. Sosionomens rolle i oppfølgingsfasen vil være sentral for å bidra til blant annet å søke om arbeid, bolig, økonomisk stønad, og legge til rette for en meningsfull hverdag. Gjennom dette vil den rusmiddelavhengige kunne oppnå bedret psykisk velvære. Sosionomen vil dermed kunne bidra på ulike måter gjennom behandlingsforløpet til bedret psykisk velvære hos den rusmiddelavhengige, og ivareta dens målsetning om bedret livskvalitet.

## 4. Avslutning

Hensikten med oppgaven var å belyse sosionomers muligheter for å forbedre forutsetningene til rusmiddelavhengige å lykkes med behandlingen sin i TSB. Besvarelsen har sett på den viktige rollen sosionomer har i ulike faser av behandlingen til TSB. Selv om flere av perspektivene og tilnærmingene som har blitt omtalt ikke er forbeholdt kun sosionomer, ser oppgaven på hvordan disse teoriene samsvarer godt med det som er lovfestet at en sosionom skal kunne, og de prinsippene sosialt arbeid bygger på. Sammensetningen av ferdighetene, kompetansen, kunnskapen og den kontekstuelle kunnskapen til sosionomen gjør at de har en særegen rolle i møte med rusmiddelavhengige i TSB. Sosionomer vil møte den rusmiddelavhengige der de er, og gjennom blant annet styrkeperspektivet la deres egne målsetninger legge føringer for fokuset i behandlingsforløpet. Med sin kompetanse vil de ut ifra ulike terapeutiske tilnærminger og samtalemetodikker stimulere til endring. Gjennom hele pakkeforløpet til TSB vil sosionomen ha ulike roller og ansvarsområder hvor de kan forbedre forutsetningene til den rusmiddelavhengige å lykkes med behandlingen. Dette

innebærer særlig den terapeutiske alliansen og den relasjonen sosionomen utvikler til den enkelte rusmisbruker. En god relasjon vil legge et grunnlag for trygghet, samarbeid og ivaretagelse. Ved utøvelsen av disse sosialfaglige prinsippene som hjelper den enkelte rusmiddelavhengige å bli selvhjulpne, legger sosionomen grunnlaget for å hjelpe den rusmiddelavhengige med å lykkes med behandlingen.

Som oppgavens tittel tar for seg vil den rusmiddelavhengige møte mange utfordringer knyttet til avhengigheten sin, etter utskrivelse. Deres vedlikeholdsfasen vil være livet ut, noe som betyr at den korte tiden de er under behandlingsforløp vil være svært viktig i forhold til hvilke verktøy de får hjelp til å videreutvikle. Her kommer sosionomens rolle inn, hvor de sosialfaglige prinsippene besvarelsen har tatt for seg vil kunne ivareta pasientens individuelle behov og dermed gjøre dem selvhjulpne. Det å ivareta disse behovene, krever god faglig utøvelse og tverrfaglighet i alle leddene av behandlingen. Det krever mye å legge til rette for individuelle behov i et komplekst system hvor velferdsstatens begrensninger setter rammer for det sosiale arbeidet. Da er det viktig at sosionomen jobber godt gjennom hele behandlingsforløpet med å ivareta hver enkelt, se dem ut fra den sammenhengen de er i, og gjennom «hjelp til selvhjelp» forberede dem på veien videre, etter endt behandling.

En av de viktigste oppgavene sosionomer har i kartleggingsfasen vil være å finne den behandlingsmetoden som er best egnet for det enkelte individet. Målsetningen den enkelte har er et godt utgangspunkt for å videreutvikle motivasjonen og ivareta behovene som bidrar til bedret livskvalitet. Bedret livskvalitet er det Helsedirektoratet viser til som det generelle felles målet med rusbehandling, og det legger føringer for hva sosionomer bør jobbe med gjennom hele behandlingsforløpet i TSB. Gjennom døgntilrettelagt behandling vil sosionomen kunne gå dypere inn i kjernen av utfordringene til den rusmiddelavhengige, og jobbe med ambivalensen til endringsprosessen, metalliseringen og med de individuelle behovene de har. Døgntilrettelagt behandling er helhetlig og sammensatt, noe som vil gi sosionomen en særskilt mulighet til å jobbe kontinuerlig med sosialfaglige prinsipper og tilnærminger for å forbedre mulighetene den rusmiddelavhengige har til å lykkes med behandlingen. Videre vil sosionomen ha en viktig rolle i oppfølgingen fra TSB til å bidra til å bedre livskvaliteten til den enkelte. I tillegg vil sosionomen kunne hjelpe til med vedlikeholdsarbeidet, som innebærer å forebygge tilbakefall. Sosionomen vil både ha kunnskap om hva denne rollen innebærer, og ferdigheter til å hjelpe den enkelte rusmiddelavhengige med å videreutvikle sine ressurser. Sosionomens personlige kompetanse vil kunne utvikle gode relasjoner og

benytte ulike terapeutiske tilnærminger og metodikker i endringsarbeidet. Den rusmiddelavhengige vil med dette bli møtt med forståelse, aksept og ivaretagelse, forankret i gode sosialfaglige prinsipper. Sosionomen har et delt ansvar i møte med rusmiddelavhengige til å ivareta den enkelte, hjelpe dem med sin faglige kompetanse til å gjøre dem selvhjulpen. Gjennom dette vil sosionomen hjelpe den rusmiddelavhengige å lykkes med behandling.



## Litteraturliste:

- Andersen, N. E. (2012). Motiverende samtale. I K. Lossius (red.), Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet (2. utg., s.194-220). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Andersson, H. W., Steinsbekk, A., Walderhaug, E., Otterholt, E. & Nordfjærn, T. (2018). Predictors of dropout from inpatient substance use treatment: a prospective cohort study. *Substance abuse: research and treatment*, 12 (1-10).  
<https://doi.org/10.1177/1178221818760551>
- Andersson, H. W., Wenaas, M. & Nordfjærn, T. (2019). Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addictive behaviors*, 90. (222-228).  
DOI:[10.1016/j.addbeh.2018.11.008](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.008)
- Arefjord, N. (2012). Personlighetsforstyrrelser og ruslidelser. I K. Lossius (red.), Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet (2. utg., s.91-112). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Arefjord, N. & Karterud, S. (2012). Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling. I K. Lossius (red.), Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet (2. utg., s.222-248). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Asam. Asam Criteria. Hentet fra: <https://www.asam.org/asam-criteria/about>
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bhandari, S., Dahal, M. & Neupane, G. (2015). Factors associated with drug abuse relapse: A study on the clients of rehabilitation centers. *Al Ameen Journal of Medical Science*, 8 (4), 293-298. Hentet fra:  
<http://ajms.alameenmedical.org/ArticlePDFs/12%20AJMS%20V8.N4.2015%20p%20293-298.pdf>
- Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I. & Kleppe, L. C. (2015). Hva er sosialt arbeid? I L. C Kleppe (red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (s. 19-35). Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, B. (2015). Velferdsstatens sikkerhetsnett. I L. C Kleppe (red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (s. 19-35). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bramness, J. G. (2012). Innledende ord. I K. Lossius (red.), Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet (2. utg., s.5-7). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ellingsen, I. T. & Skjefstad, N. S. (2015). Anerkjennelse, myndiggjøring & brukermedvirkning. I L. C Kleppe (red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (s. 97-111).

Oslo: Universitetsforlaget.

Fellesorganisasjonen. (2017). Global definisjon av sosialt arbeid. Hentet fra:

[https://www.fo.no/getfile.php/1315392-1552640737/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Global%20definisjon%20av%20sosialt%20arbeid\\_NO.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/1315392-1552640737/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Global%20definisjon%20av%20sosialt%20arbeid_NO.pdf)

Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanningen. (2005). Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanningen (LOV-2005-04-01-15). Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-409>

Haga, W. (2012). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. I K. Lossius (red.), Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet (2. utg., s.363-379). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet. Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/8.behandling-og-oppfolging/miljoterapi>

Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/lar/6-indikasjon-henvisning/vedlegg-1-til-kapittel-6>

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling.* Hentet fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/\\_/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Helsedirektoratet. (2015, 22. oktober). Fagspesifikk innledning – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/fagspesifikk-innledning-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>

Helsedirektoratet. (2020, 4. desember). Rusbehandling (TSB). Hentet fra:

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

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

- International federation of social workers. (2014, juli). Global definition of social work. Hentet fra: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Kelly, J. F. & Westerhoff, C. M. (2010). Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *International Journal of drug Policy*, 21 (3), 202-207. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.10.010>
- Kleppe, L. C. (2015). Kunnskap i sosialt arbeid I L. C Kleppe (red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (s. 125-138). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kleppe, L. C. (2015). Sosialfaglig kompetanse I L. C Kleppe (red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (s. 139-153). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kronholm, K. (2012). Avrusning. I K. Lossius (red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg., s.169-193). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I K. Lossius (red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg., s.24-38). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nesvåg, S., Scott, B. E., Holter, H. K., Myhre, C., Moe, M. & Njå, A. L. (2017). Drop out fra langtids døgnbasert rusbehandling. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1504 (14), 98-108. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-02-02>
- Potvin, S., Sepehry, A. A. & Stip, E. (2005). A meta-analysis of negative symptoms in dual diagnosis schizophrenia. *Psychological medicine*, 36 (3), 431-440. DOI <https://doi.org/10.1017/S003329170500574X>
- ROP. (2018, 31. august). Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. Hentet fra: <https://rop.no/aktuelt/myter-og-fakta-om-avhengighet/>
- Shulman, L. (2003). *Kunsten å hjelpe individer og familier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. (5. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Skårderud, F. & Duesund, L. (2014). Mentalisering og uro. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 98 (3), 152-164. Hentet fra: [https://www.idunn.no/npt/2014/03/mentalisering\\_og\\_uro](https://www.idunn.no/npt/2014/03/mentalisering_og_uro)
- Solhaug, P., Høie, M. & Vederhus, J. K. (2015). Endring i psykisk velvære etter gjennomført 12-trinnsbasert rusbehandling. En sammenligning av dag- og døgnbehandling. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12, (1), 28-38. Hentet fra:

[https://www.idunn.no/tph/2015/01/ending\\_i\\_psykisk\\_velvaere\\_etter\\_gjennomfoert\\_12-trinnsbaser](https://www.idunn.no/tph/2015/01/ending_i_psykisk_velvaere_etter_gjennomfoert_12-trinnsbaser)

Stallvik, M., Gastfriend, D. & Nordahl, H. M. (2015). Matching patients with substance use disorder to optimal level of care with the ASAM Criteria software. *Journal of substance use*, 20, (6), 389-398. Hentet fra:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=2f79d93c-463a-455f-af9d-532dd64d30cd%40sdc-v-sessmgr01&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=110281148&db=ccm>

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS, 2013.

Sælør K. T., Bjørlykhaug, K. I. Bank, R. M & Johnson, T. A. (2019). Møter I mørket. Økonomiske helseproblemer, subsidier og det sosiale liv. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22, (2), 110-125. Hentet fra:  
[https://www.idunn.no/file/pdf/67131570/moeter\\_i\\_moerket.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/67131570/moeter_i_moerket.pdf)

West, R. (2005). Time for change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 100, (8), 1036-1039. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01139.x>