

## Masteroppgave

**NTNU**  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for sosialt arbeid

Marthe Frigaard

# Hvordan oppfatter brukere innenfor rusomsorgen gruppebehandling som metode?

Masteroppgave i sosialt arbeid

Veileder: Lena Augusta Ulfseth

Mai 2022



Marthe Frigaard

# Hvordan oppfatter brukere innenfor rusomsorgen gruppebehandling som metode?

Masteroppgave i sosialt arbeid  
Veileder: Lena Augusta Ulfseth  
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for sosialt arbeid



Kunnskap for en bedre verden



## **Forord:**

Dette forskningsprosjektet har vært en lærerik og krevende prosess, som jeg er stolt av å kunne levere som min masteroppgave i sosialt arbeid.

Jeg ønsker å rette en stor takk til deltakerne i min studie, som tok seg tiden til å dele så mye av seg selv og sine opplevelser med meg. Denne studien kunne ikke blitt gjennomført uten dere. Tusen takk for deres verdifulle bidrag.

Videre ønsker jeg å takke min veileder ved NTNU, Lena Augusta Ulfseth, for gode og raske tilbakemeldinger underveis i prosessen. Takk for et godt samarbeid. Jeg ønsker også å takke professor Anne Marit Valle, for gode råd og nyttige innspill.

Til slutt vil jeg takke venner og familie, for oppmuntring og motivasjon til å gjennomføre studien. En spesiell takk til Ingrid for korrekturlesing, og til Oskar, for tålmodigheten og støttende ord gjennom denne tiden.

Trondheim, mai 2022

Marthe Frigaard

## **Sammendrag:**

Tema for studien er hvordan brukere oppfatter gruppebehandling som metode innenfor rusomsorgen. Hensikten med denne studien er, ved å fremme brukerstemmer, å kunne bidra til en dypere forståelse av rusavhengiges perspektiver på gruppebehandling. Noe som også kan bidra til å videreutvikle gruppeterapi som metode i rusomsorgen.

Den vitenskapelige tilnærmingen som ble benyttet var kvalitativ metode i form av semistrukturert intervju. Ettersom hensikten er å beskrive og forstå hvordan rusavhengige oppfatter gruppebehandling, har jeg valgt en forstående tilnærming til forskningsprosessen og valgt en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Utvalget i undersøkelsen består av seks mennesker med rusmiddelproblemer som deltar eller har deltatt i gruppebehandling. Videre ble datamaterialet analysert med bakgrunn i systematisk tekstkondensering.

Det teoretiske rammeverket for studien tar for seg teorier og forskning på gruppeterapi som metode, perspektiver på gruppeledelse og brukermedvirkning i forskning. Disse har blitt benyttet som hovedteorier i drøftingen av funnene.

Funnene i studien viser at deltakernes oppfatning av gruppeterapi er hovedsakelig positivt. Informantene opplever at det å dele erfaringer med andre i samme situasjon som en selv, er positivt for egen læring og motivasjon. Det bidrar til følelsen av fellesskap og tilhørighet, og å ikke føle seg alene om problemene sine. Funnene viste også at det var enkelte faktorer som spilte inn i deltakernes opplevelse av utbytte av behandlingen. Betydningen av gruppelederens måte å utforme gruppen på, sammen med alder og erfaring hos vedkommende, var et sentralt funn. Deltakernes oppfatning var at gruppeledere som var godt voksne med mer livserfaring og kompetanse, var mer hensiktsmessig for den behandlingen de fikk. Til slutt, ønsket jeg å fremme brukerstemmer ved å dele hovedfunn fra deltakernes oppfatninger og ønsker om endring og nye tiltak. På denne måten ønsker jeg å gi brukerne en stemme i utformingen av tiltak de selv benytter seg av.

## **Abstract:**

The theme of the study is how users perceive group treatment as a method within substance abuse care. The purpose of this study is, by promoting voices of the users, to be able to contribute to a deeper understanding of drug addicts' perspectives on group treatment, which may contribute to further developing group therapy as a method in substance abuse care.

The scientific approach that was used, was a qualitative method in the form of a semi-structured interview. Since the purpose is to describe and understand how drug addicts perceive group treatment, I have chosen an understanding approach to the research process and chosen a phenomenological-hermeneutic approach. The selection in the survey consists of six people with substance abuse problems, who participate or have participated in group treatment. Furthermore, the material was analyzed on the basis of systematic text condensation.

The theoretical framework for the study addresses theories and research on group therapy as a method, perspectives on group leadership and user participation in research. These have been used as the main theories in the discussion of the results.

The results of the study show that the participants' perception of group therapy is mainly positive. The informants experience that sharing experiences with others in the same situation as oneself is positive for one's own learning and motivation. It contributes to the feeling of fellowship and belonging, and not feeling alone about their problems. The results also showed that there were some factors that played a role in the participants experienced benefit of the treatment. The importance of the group leader's way of shaping the group, together with the age and experience of this person, was a main result. The participants' opinion was that group leaders who were older with more life experience and competence were more beneficial for their own treatment. Finally, I wanted to promote the users voices by sharing the main results from participants' perceptions and desires for change and new initiatives. By doing this, I wanted to give users a voice in the design of measures they use themselves.

## Innholdsfortegnelse:

1.0	Innledning.....	6
1.1	Studiens bakgrunn og hensikt .....	6
1.2	Studiens formål og problemstilling .....	7
1.3	Begrepsavklaring .....	8
1.4	Studiens struktur .....	8
2.0	Kunnskapsstatus på rusbehandling og gruppeterapi .....	9
2.1	Rusavhengighet: .....	9
2.2	Forskning på gruppeterapi i tilknytning til rus og avhengighet:.....	9
2.3	Forskning på gruppeterapi i øvrige fagfelt: .....	9
2.4	Rusbehandling: .....	10
2.5	Rusomsorgen i Norge: .....	11
2.6	Gruppebehandling:.....	11
2.6.1	Psykososiale behandlingsmetoder i gruppe.....	12
2.7	Gruppeledelse .....	15
2.8	Brukermedvirkning i forskning og kunnskapsutvikling.....	18
3.0	Metode .....	19
3.1	Vitenskapsteoretisk ståsted .....	19
3.2	Kvalitativ forskningsmetode.....	20
3.3	Utarbeidelse av intervjuguide .....	21
3.4	Rekruttering av informanter .....	21
3.4.1	Inklusjonskriterier.....	22
3.5	Gjennomføring og innsamling av data: .....	23
3.6	Analyse av data.....	24
3.6.1	Systematisk tekstkondensering.....	24
3.7	Min forforståelse som forsker .....	26
3.8	Etiske betraktninger .....	26
3.8.1	Min forskerrolle.....	27
3.8.2	Pålitelighet og gyldighet .....	28
4.0	Presentasjon av funn .....	29
4.1	Opplevelsen av å være i gruppebehandling .....	29
4.2	Gruppelederen .....	33
4.3	Forslag til endring og nye tiltak .....	37
5.0	Drøfting.....	40
5.1	Opplevelsen av å være i gruppebehandling .....	40
5.2	Gruppelederen .....	42



5.3 Forslag til endring og nye tiltak .....	45
6.0 Konklusjon .....	47
6.1 Refleksjon og videre forskning .....	47
Vedlegg.....	54
Vedlegg 1 – samtykkeskjema og forespørsel om deltagelse i prosjektet .....	54
Vedlegg 2 - intervjuguiden .....	57
Vedlegg 3 – meldeskjema for behandling av personopplysninger og godkjenning av NSD.....	59

# 1.0 Innledning

## 1.1 Studiens bakgrunn og hensikt

Gruppeterapi innen rusomsorgen er ment for å fremme bedring hos mennesker med rusmiddelavhengighet. Bedring er definert som en personlig og sosial prosess, hvor målet er å kunne leve et meningsfullt liv på tross av problemene og dens begrensinger på livet. Sentrale elementer som inngår i bedringsprosessen er myndiggjøring og kontroll over eget liv (Helsedirektoratet, 2014). I dagens samfunn er derfor brukermedvirkning innenfor sosialt arbeid et viktig perspektiv som helse- og sosialsektoren skal ivareta.

Selv om gruppeterapi er en utbredt behandlingsmetode, som er godt brukt innenfor flere arenaer, finnes det likevel svært få studier som omhandler gruppeterapi innenfor rusomsorgen. I en oversikt over behandlingsstudier hvor gruppeterapi er sammenlignet med andre behandlingsmodaliteter, fant forskerne oppsiktsvekkende få studier på gruppeterapi, selv i et tidsrom på nesten tre tiår (Weiss, Jaffee, de Menil & Cogley, 2004). Selv om gruppeterapi er en utbredt behandlingsform, er det derfor mye som tyder på at dette er et område med behov for mer forskning.

I det siste tiåret har det vært gjennomført flere reformer innen rusomsorg. Rusreformen som kom i 2020/21 la vekt på at hjelp og behandling skulle prioriteres fremfor straff ved besittelse av narkotika. Dette ble lagt frem som et lovforslag fra Helse- og omsorgsdepartementet, for endring iblant annet helse- og omsorgstjenesteloven (Regjeringen, Prop.92 L, 2020-2021).

I 2022 kom regjeringen med en ny stortingsmelding som omhandler det forebyggende arbeidet og behandlingen som gis til mennesker med rusmiddelproblemer. I denne meldingen fremheves blant annet at det er behov for å endre dagens strategi:

*«Regjeringen vil endre dagens ruspolitikk og skal gjennomføre en forebyggings- og behandlingsreform. Arbeidet med reformen starter nå og skal munne ut i en stortingsmelding i løpet av 2023» (Regjeringen, 2022).*

Videre skriver de at deres mål er å styrke forebyggingen og å gi bedre behandling, samt oppfølging, til mennesker med rusmiddelproblemer. De ønsker å tilby rask og effektiv hjelp. Å bedre behandlingen og tjenestetilbudene i rusomsorgen har derfor vært en viktig del av norsk politikk lenge, og det kommer stadig nye endringer og reformer innenfor dette fagfeltet. Jeg ønsker derfor med min studie å se nærmere på opplevelsen av gruppebehandling, sett

innenfra – fra de som bruker tjenestene. Jeg mener det er en viktig bidragsyter for forskningen og utformingen av tjenestene, å se på brukererfaringer med nåværende behandlingsmetoder.

I denne studien har jeg valgt å se på brukererfaringer med gruppebehandling innenfor rusomsorgen. Gruppebehandling er et kjent fenomen som mange ofte assosierer med rusbehandling. Brukernes oppfatninger og perspektiver kan gi dypere forståelse for gruppeterapi i rusomsorgen.

Personlig, er jeg utdannet sosionom og har arbeidet på en klinikk for rus og avhengighetsmedisin i et par år. Gjennom mitt arbeid har jeg fått innblikk i gruppeterapi og at dette er en stor del av rusbehandlingen. Dette har gjort meg nysgjerrig på opplevelsen av gruppeterapi som metode. Jeg har hatt samtaler med pasienter som har deltatt i gruppebehandlinger på klinikken, og min innledende oppfatning tilsier at det finnes blandede opplevelser og erfaringer rundt temaet. Jeg har lite til ingen erfaringer med å delta i eller observere slike grupper, men har alltid betraktet det som en interessant metode for behandling. Det man ofte forbinder med gruppebehandlinger for rus, er den stereotypiske terapiformen man ofte ser på TV og i film, hvor man sitter i en ring og sier «Hei, jeg heter ... og jeg er rusavhengig». Min nysgjerrighet for oppfatningen av denne formen for rusbehandling hos brukerne selv, har bidratt til min interesse for å forske på gruppeterapi.

## 1.2 Studiens formål og problemstilling

I denne studien vil jeg undersøke hvordan gruppebehandling oppleves for mennesker med rusmiddelavhengighet. Jeg ønsker å se nærmere på opplevelsen av denne metoden for behandling, og hvordan det oppfattes for de som selv har erfaring med det. Jeg har derfor valgt følgende problemstilling:

*Hvordan oppfatter brukere innenfor rusomsorgen gruppebehandling som metode?*

Deltakerne i denne intervjustudien, det vil si informantene, vil være mennesker med rusmiddelproblemer som har deltatt i eller deltar i gruppebehandling innenfor rusomsorgen. Det vil være interessant å få dypere innsikt i hvordan denne formen for behandling oppleves for den enkelte rusmisbruker som mottar hjelp. Er det for eksempel vanskelig å åpne seg for andre mennesker om sine problemer og utfordringer? Er det lettere å åpne seg for noen med tilsvarende problemer som en selv?

### 1.3 Begrepsavklaring

Gjennom dette forskningsstudiet/prosjektet vil jeg bruke begreper som *rusavhengighet* og *rusmiddelproblemer* hvor jeg herunder forholder meg til alle typer rusmisbruk - både alkohol og narkotika. Jeg har bevisst valgt å ikke skille mellom de ulike avhengighetene fordi informantene i studien har ulike former for rusmisbruk, og har også deltatt i grupper hvor sammensetningen har vært blandet.

I undersøkelsen veksler jeg mellom å bruke termene *gruppeterapi* og *gruppebehandling* om det samme. I og med at det er vanlig å benytte disse begrepene om hverandre (eksempelvis Malt, 2021; Fekjær, 2018), forekommer det derfor i mitt prosjekt at begge termene blir brukt.

### 1.4 Studiens struktur

Studien er organisert i 6 kapitler. I kapittel 2 presenterer jeg kunnskapsstatus på rusbehandling og gruppeterapi. Her vil jeg se på tidligere forskning og teoretiske perspektiver som danner min bakgrunnsforståelse i analysen av empirien. Videre følger kapittel 3 og presentasjon av metoden. Her vil jeg vise til fremgangsmåten for innhenting av data og analysemetode, samt drøfte etiske aspekter og gyldighet ved studien. I kapittel 4 presenterer jeg funnene fra empirien i studien. I kapittel 5 vil jeg drøfte funnene opp mot de teoretiske perspektivene og forskningen som er presentert tidligere. I kapittel 6 avrundes oppgaven med en oppsummering og konklusjon på bakgrunn av studiens funn og de erfaringene jeg gjorde meg gjennom forskningsprosjektet. Helt til sist, vil man kunne finne referanselisten og vedlegg som er anvendt i studien.

## 2.0 Kunnskapsstatus på rusbehandling og gruppeterapi

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for kunnskapsstatus på rusbehandling og gruppeterapi. Jeg vil presentere teoretiske perspektiver og tidligere forskning som anses som relevant for temaet, og for å belyse problemstillingen.

### 2.1 Rusavhengighet:

*Rusmiddelavhengighet* eller *rusmiddelproblemer* kjennetegnes ved at personen har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet og videre har vansker med å kontrollere bruken. Denne bruken blir opprettholdt til tross for skadelige og uheldige konsekvenser, og dette blir ofte prioritert foran andre aktiviteter og forpliktelser (Skogen, Torvik, Hauge & Reneflot, 2019).

Som nevnt eksisterer det lite forskning knyttet direkte til gruppeterapi innenfor rusomsorgen, men det finnes derimot noe innenfor gruppebehandling i psykiatrien, som likevel kan ses som relevant for gruppeterapi som metode. Gruppebehandling er et kjent fenomen innenfor ulike diagnoser og utfordringer, og hovedfunksjonen i gruppeterapi er stort sett lik, uansett problem. Jeg har derfor valgt å presentere tidligere forskning fra gruppeterapi innenfor psykiatrien også, da jeg anser det som relevant for oppgaven selv om det ikke er direkte knyttet til rus.

### 2.2 Forskning på gruppeterapi i tilknytning til rus og avhengighet:

Internasjonalt er det gjennomført flere studier innen ulike former for gruppeterapi (Lunde & Skjøtskift, 2012; Karlsson & Solheim, 2009). Innenfor rusomsorg gjennomførte Forghani & Ghanbari Hashem Abadi (2016) en undersøkelse hvor de evaluerte effekten av psykoterapeutisk gruppeterapi hos mennesker med avhengighetsproblemer. Forskerne fant at gruppeterapi har betydelig effekt hos mennesker med avhengighet, også på forhindring av tilbakefall, med bakgrunn i mestringsstrategier og mentale funksjoner ved behandlingen.

I Norge er poliklinisk behandling i utgangspunktet en konsultasjon i uken, enten individuelt eller i gruppe. Forskning tyder på at denne formen for behandlingsopplegg er for lite støttende for mennesker med alvorlige rusmiddelproblemer. Det er behov for mer intensiv oppfølging, for å klare å ta tak i utfordringene som er oppstått på bakgrunn av misbruket (Finney et.al., 1996).

### 2.3 Forskning på gruppeterapi i øvrige fagfelt:

Det finnes som nevnt flere studier som omhandler gruppeterapi. Selv om disse ikke er direkte knyttet til rusomsorg, kan de likevel bidra med kunnskap som kan ha overføringsverdi.

Lorentzen og Ruud (2014) kartla bruken av grupper i psykiatrien i Norge, og fant tre forhold som ble ansett som aktuelle. Det første punktet er at gruppearbeid er svært utbredt innenfor psykisk helsevern i Norge, og finnes i ulike former og på mange fronter. Dette bør derfor være et viktig punkt i utdanningen av helsearbeidere. Det andre forholdet i studien var at noen av gruppene drives på bakgrunn av terapeutenes eget skjønn eller overbevisning – uten at det nødvendigvis tar hensyn til den evidensen som foreligger. Bruken av slike «private initiativ» kan gjøre godt, men det burde likevel skje en evaluering av virksomheten samtidig. Det tredje forholdet det fant, var at kun halvparten av terapeutene som drev de ulike gruppebehandlingene, hadde en systematisk utdanning innenfor gruppeterapi.

Joyce, Piper & Ogrodniczuk (2007) forsket på kvaliteten ved gruppebehandling og fant at relasjoner mellom gruppemedlemmene, og med gruppelederen, hadde størst betydning for et godt resultat av behandlingen. På lik linje fant Shechtman & Gluk (2005), i sin studie om dynamikken i grupper blant barn, at relasjonsaspektet ved grupper var mest nyttig for å generere positive resultater.

Ifølge Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje «Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» fra 2017 skal ulike typer av gruppebasert behandling og individuell behandling være tilgjengelig for pasientgruppen. Begrunnelsen bak anbefalingen var følgende:

*«Det er usikkert om hva som har best effekt av gruppebasert tilnærming og individuell tilnærming. Det foreslås derfor å la pasientens individuelle og varierende behov være styrende for tilbudet som gis» (Helsedirektoratet, 2017).*

#### 2.4 Rusbehandling:

Når mennesker kommer til rusbehandling, er det sjeldent på grunn av selve rusbruken og dens mengde eller hyppighet, men heller på grunn av uheldige og uønskede konsekvenser som følge av bruken. Disse konsekvensene handler ofte om kjærester, helse, arbeid og lover og regler (Fekjær, 2018). Man har ikke veldig gode data på hva som er spesielle kjennetegn hos de som velger å søke behandling. Derimot, ser man ofte at det er grupper som er ambivalente, som føler seg hjelpeløse, velvilje ovenfor pårørende eller arbeidsgiver, eller de som ønsker et avbrekk fra et slitsomt liv (ibid.). Ofte kan det være flere av disse faktorene som spiller inn.

Da Amerikanerne James Prochaska og Carlos di Clemente (1992) oppdaget at pasientene de jobbet med var i ulike stadier av en endringsprosess, innså de at det var viktig å identifisere

hvor langt i prosessen hvert enkelt individ var kommet. Enkelte hadde lite motivasjon for endring, og det var derfor mer nyttig å rette arbeidet mot motivasjonen. Mens andre hadde tatt en klar beslutning om endring, men strevde med å gjennomføre. De så det derfor som lite hensiktsmessig å ha disse i samme behandlingsgruppe, da behovene deres var så forskjellige (Fekjær, 2018). Etter hvert er Prochaskas og di Clementes teori om stadier i endring (Stages of change) blitt tatt i bruk innen rusbehandling, for å se på de ulike stadiene i endringsprosessen (Prochaska et.al. 1992). I møte med rusavhengige er det viktig å kunne identifisere hvilket stadium av denne endringsprosessen de er i, slik at man vet hvilke behov klienten har for å komme seg videre. Likevel, er det ikke nødvendigvis slik at en har en jevn progresjon mellom de ulike stadiene. Her kan man hoppe mye frem og tilbake eller stoppe opp på et stadium (Fekjær, 2018).

## 2.5 Rusomsorgen i Norge:

Rusmiddelomsorgen i Norge har til hensikt å tilby hjelpetiltak og tjenester til mennesker som har problemer knyttet til rus som alkohol, legemidler, illegale narkotiske stoffer etc. (Halvorsen et.al., 2016). Begrunnelsene for hvorfor mennesker velger å begynne å ruse seg, og deretter blir avhengig, vil variere fra person til person, samt avhenge av tiden man lever i. Derav vil også behovet for hjelp og hvilke tiltak som er hensiktsmessig variere og utvikle seg. I følge pasient- og brukerrettighetsloven har alle mennesker med rusmiddelproblemer rett på nødvendig helsehjelp (ibid.).

Kommunene har det man kaller for førstelinjeansvaret når det kommer til rusomsorgen i Norge, mens fylkeskommunene tilbyr andre nødvendige helsetjenester. Staten dekker behovet for tverrfaglig spesialisert behandling (TSB), ved de regionale helseforetakene (Halvorsen et.al., 2016). De vanligste behandlingsmetodene i Norge er innleggelse ved klinikk eller institusjon eller ulike kurs og poliklinisk oppfølging og veiledning. I Norge har vi flere psykiatriske sykehus og klinikker som spesialiserer seg innenfor rusbehandling (ibid.). Det finnes også ulike frivillige organisasjoner og brukerstyrte grupper som tilbyr behandling av rusmiddelproblemer.

## 2.6 Gruppebehandling:

*Gruppebehandling* eller *gruppeterapi* er behandling av problemer eller sykdommer i en gruppe, i motsetning til den man kaller for individuell terapi (Malt, 2021). I gruppeterapi vektlegger man samspillet mellom gruppedeltakerne som en måte å forstå seg selv og sin atferd i forhold til andre (ibid.). Slik ser man gruppeterapi som en motsetning av individuell

behandling, hvor man i større grad vektlegger personens indre psykiske liv, med tanker og følelser, slik de kommer frem i samtale med en behandler (ibid.). Å delta i gruppebehandling krever at brukeren har utfordringer som passer med gruppens målsetting, er villig til å være åpen og ivareta taushetsplikt, og er motivert (Malt, 2021).

### 2..6.1 Psykososiale behandlingsmetoder i gruppe

Psykososiale behandlingsmetoder omfatter miljøterapi og samtalebehandling, individuelt eller i gruppe (Fekjær, 2018). Denne behandlingsmetoden skiller seg fra biologiske behandlingsmetoder som f.eks. medisinerer, og gis ofte innenfor rammen av det man kaller for kognitiv terapi. Kognitiv terapi er basert på individets tankesystemer, og retter seg mot behandling og problemløsning i sammenhengen mellom tanker, følelser og handling (ibid.).

Gruppebehandling setter fokus på at mennesker er sosiale, relasjonelle vesener og at vår identitet utvikles i møte med andre (Kjølstad, 2004). Mennesker fødes inn i grupper, familien, og erfaringer vi opplever i denne gruppen preger oss resten av livet. Her må vi lære alt om livet, og det er gjennom relasjonene i gruppen at denne læringen skjer (ibid.). Resten av livet er vi også medlemmer av ulike grupper i det daglige, enten det er sammen med skoleklassen, kollegaer, nabolaget, vennegjengen, landet man bor i, eller menneskeheten i seg selv. Det vil alltid finnes en gjensidig avhengighet mellom individ og gruppe. Uten individene eksisterer ikke gruppen, og uten gruppen står individenes behov udekket. Denne påvirkningen mellom gruppe og individ er avgjørende for menneskets opplevelse av tilværelse og mening (Heap, 2005).

Foulkes (1966) skrev at menneskets levemåte alltid har vært i grupper, og man kan derfor tenke seg til at gruppebehandling kan bidra til å dekke den enkeltes behov for tilhørighet og trygghet. Gruppedeltagelse bidrar til vår egen selvoppfatning, og det er mulighetene dette gir som danner grunnlaget for å arbeide gruppeterapeutisk (Kjølstad, 2004). Gruppebehandling bygger på kognitiv terapi og erfaring, og er med på å påvirke hvordan vi oppfatter oss selv.

Heap (2005) sier at gruppedeltagelsen vi opplever i vårt daglige liv gir oss grunnlag for utvikling av gruppeterapi som metode. I en gruppe får man muligheten til å både få og gi støtte til andre, man kan løse problemer, ta avgjørelser og utvikle hensiktsmessig atferd etc. Tanken bak gruppeterapi er at deltakerne kan hjelpe hverandre og seg selv, gjennom å dele og sammenligne erfaringer og støtte hverandre. Den største ressursen i gruppeterapi er selve gruppeprosessen (ibid.). Essensen i en terapigruppe er følelsen av å være i samme båt og ha muligheten til å sammenligne egne erfaringer med andres. Denne opplevelsen av fellesskap, å



bli forstått og hørt, bidrar til håp og læring gjennom å observere andre menneskers håndtering av vanskelige situasjoner (Malt, 2021). For å kunne oppnå dette, er nettopp denne følelsen av å være en gruppe et sentralt element. Gruppelederen (ofte en terapeut) har i oppgave å fremme den psykososiale prosessen som får individene til å bli en fungerende gruppe (ibid.).

I forbindelse med behandling av ulike former for rusavhengighet er gruppebehandling blitt et kjent fenomen. Ikke bare har det ressursøkonomiske fordeler, men også fordi mange elementer i en terapeutisk prosess bearbeides best i gruppe (Fekjær, 2018). Sosialisering, å ta innover seg det andre har opplevd og erfart, øker mulighetene til egen refleksjon og forståelsen av andre mennesker. I gruppebehandling får man muligheten til å prate om tema som kan føles både skambelagt og sårbart. I grupper med mennesker som har rusavhengighet som problem, er slike følelser noe alle kjenner på og det å prate om disse tingene kan lette en byrde for den enkelte (Kjølstad, 2004)

*«I grupper med rusklienter kan en bearbeide motivasjon og ambivalens og behandle underliggende personlighetsvansker. Klientenes tilbakemeldinger til hverandre kan ofte være mer effektive enn om de kom fra behandlerens munn. Klientene utfordrer hverandres motivasjon, oppfatninger og strategier. De deler sine erfaringer, lærer av hverandres vellykte og mislykte strategier og får utvidet sine repertoarer av mestringsstrategier» (Fekjær, 2018, s.274).*

Mackenzie (1992) legger vekt på de terapeutiske faktorene i gruppeterapi, og mener blant annet at det psykologiske arbeidet som foregår i grupper omhandler selvforståelse og interpersonlig læring. I en gruppe finner man støttende faktorer som dreier seg om opplevelsen av aksept og forståelse. Om gruppelederne er aktive, respektfulle og omsorgsfulle terapeuter vil det kunne bidra til en konstruktiv aksepterende gruppe, hvor man i beste tilfelle kan utvikle en form for altruisme (uselviskhet) blant deltakerne (ibid.). Dette kan både være en positiv erfaring for den enkelte, og det kan også bidra til å utfordre relasjonskompetansen hos deltakerne. Et annet punkt Mackenzie (1992) er opptatt av, er følelsen av universalitet – opplevelsen av at andre også har det vanskelig og at man er flere i samme båt. Dette kan bidra til å gi håp, som er en viktig faktor for å lykkes i en terapeutisk prosess.

Det terapeutiske miljøet man har i grupper, sammen med tilhørighet, aksept, støtte og forståelse, bidrar til at man opplever endring hos gruppedeltakerne (Burlingame et.al., 2004). Flores (1997) skriver at de fleste med rusmiddelproblemer har vanskeligheter med å skape og vedlikeholde gode relasjoner til andre mennesker, og at dette videre kan gjøre det vanskelig å

oppretholde rusfrihet. Gruppebehandling blir derfor ofte sett på som den viktigste psykososiale behandlingsmetoden av behandlere i rusomsorgen, fordi man i grupper har muligheten til å arbeide direkte med den relasjonelle fungeringen (Brook, et.al., 2002).

Når man snakker om **gruppedynamikk**, er det flere faktorer som påvirker gruppeatferd og utfall, noe som per definisjon er uforutsigbart (Cole, 2014). Likevel er det noen teoretiske prinsipper som kan utnyttes for å øke sannsynligheten for positive utfall; for eksempel Yaloms terapeutiske faktorer og universalitet, altruisme og samhold (Yalom & Leszcz, 2005). Eller Banduras (2004) konsept om selvpåvirkning.

Gjennom forskning har Irvin Yalom (1970), i likhet med Mackenzie (1992), utarbeidet noen terapeutiske faktorer som gir innsikt i hvordan grupper kan ha en helbredende effekt. Disse faktorene er ifølge Yalom et resultat av oppsummering fra flere forskningsstudier som er gjort over flere tiår. Disse faktorene går ut på at håp vekkes i møte med mennesker som enten har fått til endring eller som har det verre enn seg selv. Håp er viktig drivkraft i endringsarbeid. En annen faktor handler om universalitet, som går ut på at deltakerne kan oppleve å ikke være alene fordi andre i gruppen har lignende erfaringer (Yalom & Leszcz, 2005). En annen viktig faktor for å kunne øke selvfølelsen, er altruisme – å være til nytte for andre. Videre er sosialisering også en faktor Yalom (1970) legger vekt på, som går ut på å ta innover seg andres opplevelser og erfaringer – som igjen øker muligheten for egen selvrefleksjon.

Yalom og Leszcz (2005) beskrev gruppeprosessen som et fokus på refleksjon rundt relasjonene mellom medlemmene i 'her og nå', det vil si under selve gruppesesjonen. De beskrev en selvreflekterende sirkel med både en opplevende og en reflekterende komponent. Enkelt sagt deltar gruppen i en felles opplevelse, og reflekterer deretter over betydningen gjennom gruppediskusjon.

Grupper har ulike normer som er vanlige måter å gjøre ting på i gruppeøktene, også kjent som gruppekultur (Yalom & Leszcz, 2005). Eksplisitte normer og regler blir fremhevet av gruppelederen i begynnelsen, slik som sted og tidspunkt, forventninger til deltakelse og viktigheten av konfidensialitet og gjensidig respekt. Terapeuten bør fraråde sosiale normer som hemmer det frie uttrykket av følelser, samtidig som de bevarer en kultur med respekt og genuinitet.

Mennesker med problemer knyttet til psykisk helse, mangler ofte selvtillit og tro på seg selv. Ifølge Bandura (2004) handler dette om at menneskers helse er en sosial sak, ikke bare en

individuell en. Det å tro på seg selv, ha selvtillit, spiller en sentral rolle i å bygge gode vaner med tanke på helsen sin, samt å opprettholde sosiale relasjoner.

Luterman (1991) fremhever hvordan gruppebehandling bidrar til muligheten for å møte likesinnede mennesker i samme situasjon som en selv. Det skaper rom for å forstå at man ikke er alene. Gruppeterapi skaper en arena for å åpne seg og dele erfaringer med personer som har en felles forståelse for problemet. Dette fellesskapet kan gi videre motivasjon for å fortsette behandlingsprosessen på egen hånd. Gruppebehandling utgjør en forlengelse av individuell behandling, fordi den tilbyr en motivasjonsarena man ikke finner andre steder og bidrar til økt utbytte av behandlingen som helhet (ibid.).

## 2.7 Gruppeledelse

Gruppeledelse er generelt sett på som en formell posisjon som kommer med et visst ansvar – som å velge gruppedeltakere, sette mål for gruppen, designe gruppemetoden og strukturen, og å gi veiledning underveis i gruppeøkten (Cole, 2014). Ledelse defineres som prosessen med å påvirke gruppeaktiviteten i retning måloppnåelse (Shaw, 1981). I mange helsemiljøer kan gruppeterapi være standardformen for intervensjon, ikke bare av praktiske årsaker, men også for å maksimere den terapeutiske effekten for medlemmer i form av sosial læring og emosjonell støtte. (Cole, 2014). Forskning som er gjort på virkningen av sosial identitet viser at godt utformede gruppeintervensjoner kan ha en god terapeutisk effekt både på den fysiske og mentale helsen hos deltakerne (Haslam S.A., Jetten, J, Postmes, T., & Haslam, C. 2009; Jetten, J., Haslam, C., & Haslam, S. A. 2012). Sosial identitet er den delen av vår identitet som kommer fra medlemskap og roller i ulike sosiale grupper (ibid.). For brukere av psykiske helsetjenester kan gruppeledere bygge og støtte positiv sosial identitet til gruppemedlemmer ved å ha fokus på klientsentrerte prinsipper som det å være inkluderende, akseptere og respektere hverandre og å være genuin og ærlig (ibid.).

Forskning har konkludert med at det ikke finnes en enkelt foretrukket stil for gruppeledelse av mindre grupper (Hersey & Blanchard, 1969; Mosey 1986; Gouran 2003). Konsensus er at optimal ledelse endres for å møte ulike behov og omstendigheter.

Mosey (1986) legger frem tre ulike stiler for gruppeledelse. Den første stilen kalles for *Directive leadership* (ledende gruppeledelse), handler om at gruppelederen har størst innflytelse over gruppen. Dette er det beste valget hvis gruppen fungerer på et lavt kognitivt nivå eller mangler motivasjon, og for å jobbe mot mål som krever undervisning, læring og øving på ferdigheter. Den andre stilen kalles *Facilitative leadership* (tilretteleggende

grupeledelse). Her bruker gruppelederen ulike teknikker for å oppmuntre til deltakelse i gruppen, kommunikasjon og selvavsløring, og å forsterke problemløsning og sosial læring under gruppeøkten. Den tredje stilen kalles for *Advisry leadership* (rådgivende gruppeledelse). Dette går ut på at gruppelederen innehar minst mulig autoritet over gruppen. Denne stilen brukes for modne og høyt motiverte grupper, hvor deltakerne kan strukturere og organisere gruppen selv. Gruppelederen stepper inn ved behov for konfliktløsning eller hvis deltakerne får problemer med å løse et problem.

Gruppeledere bruker ulike teknikker for å tilrettelegge for samhandling blant deltakerne i gruppen (Cole, 2014). Ved oppstarten av gruppeøkten, har deltakerne en tendens til å være avhengig av gruppelederen for veiledning. Derfor er det viktig å forsikre seg om at det ikke blir et kommunikasjonsmønster for gruppen at alt går gjennom gruppelederen. Eksempelvis ved direkte spørsmål, kan lederen henvide seg til andre gruppemedlemmer for å involvere andre i diskusjonen, spesielt de som er mindre pratsomme – slik at alle får lik mulighet til å delta i gruppeterapien (ibid.). I terapigrupper er kommunikasjonsempati en av de beste måtene å bygge tillit mellom deltakerne på, som er et viktig punkt for å skape gruppesamhold. Empati er forståelse av hver enkelt deltakers følelser og unike perspektiv. Derfor er det behov for at gruppelederen har et bredt spekter av følelses-vokabular, for å vise forståelse for hva deltakerne kan føle om seg selv, hverandre eller målet med gruppeterapien under gruppeøkten (ibid.).

Cole (2014) legger vekt på at når man planlegger grupper, må man begynne med en konkret felles opplevelse, og videre bevege seg gjennom en diskusjon av følelser, reaksjoner på hverandre, mulige kognitive betydninger av deltakernes handlinger og interaksjoner, og til slutt diskutere en mulig anvendelse av lærdommen inn i sitt eget liv. Cole legger videre vekt på at når gruppelederen begynner å samhandle med gruppemedlemmene, kan det skje at man må endre på sitt opprinnelige gruppedesign. Hver enkelt gruppedeltaker har sin egen bakgrunn og livshistorie, og befinner seg i ulike livssituasjoner. Målet, verdiene og praktiske begrensninger med situasjonen må også tas i betraktning. Brukerne av tjenesten vil ofte ha et bestemt synspunkt når de uttrykker sine problemer og bekymringer, og ønsker ofte en rask og øyeblikkelig løsning. Disse øyeblikkelige problemene må adresseres for å kunne holde deltakerne interessert i gruppeterapien, og samtidig holde dem engasjerte i gruppeprosessen (ibid.). Gruppeleder må engasjere seg i interaktivt resonnement og terapeutisk bruk av seg selv, for å kommunisere empati, oppmuntre til deltakelse, lette samhandling og på andre måter hjelpe medlemmer med å utvikle tillit til hverandre, og videre for å bevege gruppen mot

en tilstand av sammenheng; dette utgjør den ideelle tilstanden for alle fungerende grupper ifølge Cole (2014).

Creek (2003) definerte klientsentrert praksis som et partnerskap mellom terapeut og klient der klienten deltar aktivt i å forhandle mål for intervensjon og ta beslutninger, mens terapeuten tilpasser intervensjonen for å møte klientens behov. Når gruppeledere samarbeider med gruppelederen for å sette mål og prioriteringer, utvides det klientsentrerte terapeutiske partnerskapet til gruppen som helhet. Basert på terapiens verdsettelse av miljøet som en kontekst for ytelse, gir terapeutiske grupper en støttende sosial og kulturell kontekst der folk kan eksperimentere med ny atferd og lære å samhandle mer effektivt med andre.

I følge Barge (2003) er effektive gruppeledere ansett som komplekse informasjonsbehandlere, som tar i betraktning både egenskaper hos den enkelte, men også gruppemiljøet som helhet. Gruppeledere skal være fleksible og justerer lederstilen i henhold til gruppens nivå av funksjonalitet, kognitive modenhet, den teoretiske tilnærmingen som blir brukt, samt målet for gruppeaktiviteten (ibid.).

«Legitim maktbruk» skiller seg fra andre typer makt fordi den er anerkjent av de man samhandler med. Når makten oppleves som legitim, kalles den for autoritet (Schieflo, 2006). Dette innebærer også at legitimiteten kan gå tapt om man opplever å ikke leve opp til de forventningene som er satt til sin rolle (ibid.). Weber (1971) legger til grunn at autoritet oppstår når noe lar seg styre og videre aksepterer den man blir styrt av. Dermed har den som blir styrt fri vilje til å godta eller ikke godta den som innehar maktdominansen (ibid.).

Schieflo (2006) bruker begrepet «profesjonell autoritet» når man som bruker har tiltro til den ansattes fagkunnskaper. Denne formen for autoritet oppstår når man har tiltro til noens kompetanse og faglige dyktighet når det kommer til å ta beslutninger og danne mål som er i brukerens beste interesse.

Bandura (2004) sier videre at gruppelederen kan styrke selvtilliten hos deltakerne, ved å la medlemmene utøve ulike roller. Medlemmene i gruppen kan fokusere på å uttrykke følelser og å ha empati med hverandre mens de gjør aktiviteter sammen. Gruppelederen kan videre styre gruppen ved problemløsning, effektive svar, korrigere misforståelser og løse konflikter.

## 2.8 Brukermedvirkning i forskning og kunnskapsutvikling

Det å samarbeide med mennesker som har erfaringer med rusavhengighet har vist seg å være svært nyttig for forskning og kunnskapsutvikling innenfor rusfeltet, samt for utformingen av nye tiltak (Mellingen, 2016).

Det er både et stort behov for mangfold i perspektiver og forståelse i psykisk helse- og rusfeltet, samt en grunnleggende rettighet å utøve brukermedvirkning innen forskning (Mellingen, 2016). Når det kommer til forskning på rusproblemer, vil mennesker med rusavhengighet i stor grad føle at dette er et tema som berører dem. Barrier og hindringer knyttet til det å være rusavhengig, som for eksempel samfunnets fordommer mot denne kategorien, skaper problemer for deltakelse i samfunnet for personer med rusproblematikk. Det er også et viktig poeng at personer med førstehåndskunnskap ofte er opptatt av at forskningen skal gi noe tilbake, at den skal resultere i noe mer enn publikasjoner (ibid.). Derfor har brukermedvirkningen en positiv effekt i å kunne bidra til endring og å skape et mer åpent samfunn. I tillegg kan den bidra til en samlet rusomsorg og at helsetjenesten er tilpasset brukernes hverdagsliv.

Personer med førstehåndserfaring, gir forskningen et innenfra-perspektiv som gir ny verdi til forskningen. Erfaringen gir ny innsikt i hvordan det er å møte sosiale tjenester i dagens samfunn, og de kan sette funnene inn i nye sammenhenger eller forstå de på en annen måte enn forskere uten den samme erfaringen (Mellingen, 2016). Kvalitative studier søker å forstå fenomenet fra innsiden, og for å kunne få en dypere forståelse er det nødvendig å fremme brukerstemmer i forskning.

I min studie ønsker jeg å fremme brukernes egne opplevelser og erfaringer med gruppeterapi innenfor rusomsorgen, og på den måten kunne få en dypere kunnskap om hvordan disse hjelpetiltakene oppleves for de som er brukere av hjelpen.

I dette kapitlet har jeg gjort rede for temaets kunnskapsstatus, og sett på teoretiske perspektiver og tidligere forskning knyttet til tema.

## 3.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg gi en generell presentasjon av vitenskapsteoretisk ståsted og metoden jeg har anvendt i studien. Jeg vil gå nærmere inn på det praktiske aspektet av hvordan jeg har gjennomført innsamlingen av datamaterialet, samt. håndtert disse dataene i etterkant. I tillegg vil jeg se på de etiske aspektene ved studien og vurdere dens kvalitet og gyldighet.

### 3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Denne studien vil undersøke hvordan rusavhengige oppfatter gruppebehandling som metode. Hensikten er å kunne bidra til dypere forståelse for rusavhengiges perspektiver på gruppebehandling, noe som også kan bidra til å videreutvikle gruppeterapi som metode i rusomsorgen. Siden hensikten er å beskrive og forstå hvordan rusavhengige oppfatter gruppebehandling, har jeg valgt en forstående tilnærming til forskningsprosessen, gjennom en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Ifølge Grønmo (2016) kan fenomenologisk metode som kvalitativ tilnærming benyttes når man ønsker å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer med og forståelse av et fenomen. Slik kan fenomenologisk metode i dette forskningsprosjektet brukes til å studere verden slik rusavhengige selv oppfatter den. Hvordan deltakerne erfarer virkeligheten, deres individuelle perspektiver, erfaringer og selvforståelse står sentralt (Thagaard, 2018). I et fenomenologisk perspektiv etterstreber jeg som forsker å forstå meningen med gruppeterapi, sett fra noen andres perspektiv i en bestemt kontekst (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2016).

Gjennom innsamling og bearbeiding av data, kan man forsøke å innhente ny kunnskap om et fenomen, som i dette tilfelle er rusavhengiges erfaringer med gruppebehandling. I analysen vil jeg gjennom fortolkning av intervjudata, søke å forstå rusavhengiges oppfatninger i lys av deres egne utsagn. Det innebærer også at min egen forforståelse av denne tematikken vil ha betydning for mine tolkninger. I analysen vil jeg derfor benytte meg av en hermeneutisk tilnærming, der tolkning av datamaterialet også bygger på egen forforståelse (Grønmo, 2016). Fortolkning foregår på flere nivåer, der jeg som forsker på det første nivået vil legge vekt på de rusavhengiges egne fortolkninger. På det andre nivået vil min egen forforståelse i lys av andre relevante studier, være utgangspunkt for å søke en helhetlig forståelse av fenomenet (ibid.). Ved å på denne måten veksle mellom det å studere deler og helhet, er det ifølge Gadamer (2004) det som blir omtalt som den hermeneutiske sirkel.

### 3.2 Kvalitativ forskningsmetode

For å belyse min problemstilling som handler om brukererfaringer med gruppebehandling, bestemte jeg meg for å ut i felten for å innhente nye data. Jeg ønsket i utgangspunktet å gjøre en kvalitativ undersøkelse, hvor jeg brukte intervju som metode. På denne måten kunne jeg gå i dybden og søke å forstå hvordan mennesker med rusmiddelproblemer selv opplever effekten av gruppebehandling. Jeg så det derfor som naturlig å benytte kvalitativt intervju som metode, nærmere bestemt semistrukturert intervju. Kvalitative forskningsmetoder studerer livet fra innsiden og tar utgangspunkt i hvordan vi lever våre liv (Thagaard, 2018). Kvalitative metoder kjennetegnes videre ved dyptgående analyser som gir muligheter for detaljerte studier av sosiale prosesser (Thagaard, 2018). Vi utvikler data på bakgrunn av kontakten vi oppnår når vi er ute i felten og videre ved tolkning av de tekster og uttrykkene vi studerer (Tuft, 2019).

Formålet med det semistrukturerte intervjuet er å gi omfattende kunnskap om rusavhengiges egne oppfatninger av gruppeterapi. Deres opplevelser av egen situasjon, er forankret i hendelser fra eget liv og videre preget av hvordan de oppfatter disse hendelsene (Thagaard, 2018). Jeg har valgt semistrukturert intervju, fordi det her er lagt opp til at man utformer spørsmålene på forhånd, med en noe fastlagt rekkefølge, men med muligheter for oppfølgingsspørsmål og videre utdyping av svar som er interessant for problemstillingen. Slik kan de rusavhengige presentere sin forståelse av gruppeterapi, samtidig som det gir rom for å gå i dybden på enkelte hendelser som kommer frem i løpet av intervjuet. Fordelen med å bruke denne metoden er at man kan sammenligne svarene man får, samtidig som det gir muligheten til å gå i dybden på temaet. Samtidig er intervju et godt verktøy når man ønsker å fremme brukerstemmer, da de står fritt til å formidle sin egen opplevelse av det på den måten de selv ønsker.

Da jeg skulle utarbeide intervjuguiden (se vedlegg nr.2), var det viktig å planlegge godt, slik at jeg kunne stille relevante spørsmål som var hensiktsmessig med tanke på problemstillingen. Samtidig er det et poeng når man benytter semistrukturert intervju som metode, at man er fleksibel og forberedt på å stille oppfølgingsspørsmål underveis i samtalen (Thagaard, 2018). Under intervjurunden ble det nødvendig å være fleksibel i forbindelse med spørsmålene, da det dukket opp temaer som var interessant å gå nærmere inn på, og videre da jeg hadde behov for mer utdypning på ett eller flere av utsagnene.



### 3.3 Utarbeidelse av intervjuguide

Intervjuguiden (se vedlegg 2) i min studie er utformet for å kunne gi en bredest mulig forståelse av informantenes oppfatning av gruppebehandling. Under intervjurundene ble informanter stilt spørsmål om *hva* de syntes om gruppebehandlingen, og videre *hvordan* denne formen for behandling opplevdes for dem. Kvale og Brinkman (2015) hevder at et intervju kan bestå av både dynamiske og tematiske dimensjoner. Det tematiske tar for seg «hva»-spørsmål som skal bidra til ny kunnskap, og det dynamiske innebærer «hvordan»-spørsmål som skal bidra til å fremme en type atmosfære som gjør det trygt og behagelig for deltakerne å dele sine personlige erfaringer (ibid.). Jeg forsøkte også å ikke stille for akademisk utfordrende spørsmål gjennom intervjuet, for å opprettholde det Kvale og Brinkman (2015) anser som dynamiske hensyn for deltakernes følelse av behag underveis. Dette er en studie av opplevelser og erfaringer, og det er dermed ingen svar som er riktige eller gale. Så det å ta hensyn til at deltakerne føler seg komfortable med å svare på deres oppfattelse av gruppeterapi, var en viktig del av intervjuprosessen.

I intervjuguiden, startet jeg med noen bakgrunnsspørsmål som tok for seg hvilke type grupper de har deltatt i, og hvordan de fikk informasjon om tilbudene. Dette gjorde jeg med hensikt om å starte intervjuet med litt mer nøytrale spørsmål, og for å få informantene til å reflektere litt tilbake til de erfaringene de har i forbindelse med gruppeterapi. Videre stilte jeg blant annet spørsmål om deres generelle erfaringer med gruppeterapi, opplevelsen av de ansattes kompetanse og rolle i gruppen, hvordan det føles å være del av en slik gruppe og om det var noe de skulle ønske var annerledes. Alle spørsmålene i intervjuguiden er utarbeidet med hensikt i å få dekket mest mulig av deltakernes totale oppfatning av gruppeterapi som metode.

### 3.4 Rekruttering av informanter

Jeg har i min studie valgt å forske på mennesker med rusavhengighet som deltar eller har deltatt i gruppebehandling. Kvalitative undersøkelser kjennetegnes ofte ved at det baserer seg på et begrenset antall personer (Thagaard, 2018), og jeg benyttet meg derfor av strategiske utvalg i undersøkelsen for å rekruttere deltakere, det vil si informanter, til min studie. De strategiske utvalgene jeg gjorde, er basert på at informantene jeg ønsket å intervju, hadde de egenskapene og kvalifikasjonene som var strategiske i forhold til problemstillingen.

Undersøkelsen består totalt av seks informanter, som alle har erfaring fra en poliklinisk behandlingsgruppe innenfor rusomsorgen. De fleste har vært innlagt på ulike døgnopphold hvor gruppebehandling har vært en del av behandlingsopplegget. Noen av informantene har

også erfaring fra selvhjelpsgrupper, som f.eks. NA (anonyme narkomane) og AA (anonyme alkoholikere).

Før jeg begynte med rekruttering av informanter, måtte jeg vente på godkjenning fra NSD (Norsk Senter for Forskningsdata). Alle prosjekter hvor man skal ha tilgang til og behandler personlige opplysninger om deltakerne, krever godkjenning fra NSD. Dette også fordi jeg benyttet meg av lydopptak i gjennomføringen av intervjuene. Jeg sendte inn søknaden i september 2021 og fikk godkjenningen i slutten av oktober (se vedlegg 3). Deretter startet jeg prosessen med rekruttering av deltakere til prosjektet.

For å finne informanter til prosjektet mitt, tok jeg kontakt med en bekjent gjennom rusklinikken som arbeider med gruppeterapi. Deretter la jeg frem prosjektet mitt for henne, og ønsket at hun kunne videreformidle informasjon rundt prosjektet i sine gruppetimer. Deretter kunne de som ønsket å delta i prosjektet ta kontakt for å avtale et intervju med meg.

Denne prosessen tok noe lengre tid enn forventet. Jeg fikk først rekruttert én informant, og gjennomført dette intervjuet ganske raskt - i løpet av november 2021. Men det skulle ta noe lengre tid før jeg fikk tak i flere informanter. Men da kontaktpersonen min la frem prosjektet mitt i en ny gruppe, ble det plutselig mer fart på det. I løpet av kort tid hadde jeg fire - fem informanter på listen, og fikk dermed gjennomført intervjuene over en toukers periode.

En av retningslinjene innen kvalitative undersøkelser er at utvalget ikke skal være større enn at det er mulig å gjennomføre omfattende analyser (Thagaard, 2018). I utgangspunktet så jeg for meg fem informanter, men opplevde etter hvert at jeg hadde behov for seks informanter før jeg kjente en «metning» på ønsket datamateriale.

#### 3.4.1 Inklusjonskriterier

Ved rekruttering av deltakere til mitt forskningsprosjekt var jeg opptatt av å finne informanter som oppfylte de inklusjonskriteriene som var nødvendig for å kunne besvare problemstillingen på best mulig vis. Deltakerne i undersøkelsen består hovedsakelig av mennesker med rusavhengighet som har deltatt, eller deltar i, gruppebehandling.

Inklusjonskriteriene i denne undersøkelsen er dermed mennesker med rusmiddelproblemer som har deltatt i gruppeterapi på bakgrunn av avhengigheten. Informantene har gått i behandling for rusmiddelproblemene sine, og er voksne mennesker – altså over 18 år. Jeg stilte ingen krav til type avhengighet, kjønn eller alder utover dette. Jeg skiller heller ikke mellom ulike former for gruppebehandling, men så det under en generell oppfatning av gruppeterapi som metode. Jeg valgte å ikke skille mellom ulike typer rusavhengighet, da dette

ikke er av betydning for min studie. Kjønn og alder var heller ikke viktig, da jeg ønsket et tilfeldig utvalg av mennesker og deres opplevelser og erfaringer. Slik ønsket jeg å få et bredere perspektiv på brukeres oppfatning av gruppeterapi.

### 3.5 Gjennomføring og innsamling av data:

Intervjuene ble gjennomført i perioden november 2021 til januar 2022.

Ved valg av lokasjon for gjennomføring av intervjuene, fant jeg det best å velge et sted som var trygt og kjent for begge parter. Dermed valgte jeg klinikken hvor gruppebehandlingene tar sted, som lokasjon for intervjuene. Jeg valgte denne lokasjonen fordi det ville bidra til å sikre anonymiteten til deltakerne, samtidig som det er en trygg arena for deling av erfaringer og opplevelser. Det ble i tillegg tatt hensyn til at menneskene jeg snakket med befinner seg i svært utsatte og sårbare situasjoner i utgangspunktet, og at det å møtes på eksempelvis et offentlig sted kan føles ubehagelig eller for utsatt for deltakerne.

Ved begynnelsen av intervjuet fortalte jeg først litt om prosjektet mitt og hva formålet med studien er. Deretter gikk vi gjennom informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet sammen (se vedlegg 1). Da dette var skrevet under og jeg var sikker på at deltakerne forsto hvilke rettigheter de hadde, og jeg deretter fikk godkjennelse av bruken av lydopptak, startet jeg selve intervjuet. Underveis i intervjuene forsikret jeg meg flere ganger om at informantene var klare over at man ikke trengte å svare på alle spørsmålene dersom man ikke hadde noe å si eller ikke ønsket å svare, dersom jeg opplevde de som nølende.

Kvale og Brinkman (2015) påpeker at intervjuguiden ikke trenger å følges slavisk, men kan benyttes som en huskeliste under intervjuene. Under de første intervjuene i undersøkelsen, ble intervjuguiden fulgt noe mer strukturert enn ved de siste intervjurundene. Dette var nok på grunn av at jeg ble mer komfortabel og sikker på min rolle etter hvert som prosessen ble gjentatt. Jeg fant det også hensiktsmessig å stille oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuene, for å fordype meg i utsagn fra informantene som kunne bidra til å belyse deres oppfatning av gruppebehandling. Etter endt intervju, og når lydopptaket ble stoppet, virket informantene tilfreds med intervjuet og synes det var mindre skummelt å delta i undersøkelsen enn først antatt.

Intervjuenes varighet var fra ca. 20 minutter til 45 minutter. Noen hadde flere og bredere gruppeerfaring enn andre, og hadde dermed flere opplevelser og erfaringer å dele.

Transkriberingen av lydopptakene endte på ca. 26 sider totalt. Etter transkriberingen, og anonymisering av eventuelle navn som ble nevnt under intervjuene, ble opptakene slettet fra

den eksterne lydopptak-enheten. Dette ble også informantene informert om. Transkriberingen tok sikte på å gi så direkte siterte utsagn fra intervjuene som mulig.

### 3.6 Analyse av data

Grunnprinsippet for dataanalyse er forenkling (Tufte, 2019). Gjennom analysen søker jeg å få frem sentrale hovedmønstre fra datamaterialet (ibid.). Det samlede datamaterialet i studien består av transkriberte tekster fra intervjuene i undersøkelsen. Analyse og tolkning av data er en kontinuerlig prosess som pågår gjennom hele forskningsprosjektet (Thagaard, 2018). Fra begynnelsen med intervjuene til gjennomgangen av det samlede datamaterialet, vil jeg som forsker hele tiden analysere og tolke det som fremkommer gjennom studien. Innen fenomenologien går analyse av data ut på å gjøre mine erfaringer fra analysen tilgjengelig for andre, ved å vise hvordan funnene er framskaffet (Malterud, 2011). Derfor vil jeg i det neste underkapittelet vise en oversikt over hvordan jeg steg for steg har analysert datamaterialet og kommet frem til funnene i min studie.

#### 3.6.1 Systematisk tekstkondensering

I min studie har jeg valgt å ta utgangspunkt Malterud (2011) sin *systematiske tekstkondensering* som metode for analyse av empirien, da denne skal sikre funnene på en grundig og forsvarlig måte – samtidig som denne metoden tar sikte på å gi en enkel innføring i analyseprosessen for nybegynnere, som meg selv. Denne formen for analyse tar videre utgangspunkt i at jeg som forsker benytter *dekontekstualisering* og *rekontekstualisering* ved analyseringen av data. Dekontekstualisering har til hensikt å løfte ut deler av teksten, for å kunne se nærmere på utsagn som gjentar seg i datamaterialet. Rekontekstualisering skal sørge for at disse utsagnene henger sammen med helheten og konteksten i det samlede materialet (ibid.).

Analyseprosessen jeg bruker foregår i fire trinn: Helhetsinntrykk (1), å identifisere meningsbærende enheter (2), å abstrahere innholdet - kondensering (3) og å sammenfatte betydningen av dette (4) (Malterud, 2017). Denne metoden for analyse retter seg mot relativt få kategorier og koder, i motsetning til andre metoder for analyse som ofte har et bredere spekter. Gjennom analyseringsprosessen har jeg gått gjennom materiale og rådataen med hovedfokus på hvordan rusavhengige selv oppfatter gruppebehandling som metode.

**Trinn 1** gikk ut på å bli kjent med datamaterialet. Her leste jeg gjennom den transkriberte teksten fra intervjuene flere ganger for å få et inntrykk av helheten. Etter hvert som jeg jobbet

meg gjennom teksten flere ganger, oppdaget jeg flere aspekter ved materialet, og fikk dermed en større forståelse av empirien som helhet.

Under gjennomlesningene av datamaterialet forsøkte jeg etter beste evne å sette til side min egen forforståelse og tanker fra intervjuprosessen, slik at jeg kunne få et mer nøytralt og objektivt bilde av det samlede datamaterialet. Her systematiserte jeg ikke for mye av teksten, men forsøkte å finne noen overordnede temaer som kunne ha relevans for problemstillingen. Jeg noterte ned de temaene jeg oppdaget i gjennomlesningen, som kunne sees i sammenheng med rusavhengiges oppfatning av gruppebehandling som metode. Her var fokuset mitt å finne de store temaene, basert på et hovedinntrykk fra gjennomgangen av materialet.

**Trinn 2** handlet om å finne og identifisere meningsbærende enheter – altså tekster og sitater som bærer kunnskap om temaene jeg så meg ut i første trinn av analysen (Malterud, 2011). Disse dataene representerer utskrifter fra intervjuene i undersøkelsen. Her sorterte jeg ut relevant tekst som kunne bidra til å belyse problemstillingen. Videre ble disse meningsbærende enhetene (tekst og sitater fra intervjuene) systematisert, også kalt koding (ibid.). Under denne prosessen ble jeg oppmerksom på at noen av temaene jeg først valgte ut, ikke var like relevante for problemstillingen som først antatt. Jeg innså at jeg i første trinn hadde valgt meg ut for mange eller for store kategorier, med bakgrunn i intervjuguiden. Jeg måtte derfor sile ut mer spesifikke kategorier eller sette sammen de delene (meningsinnholdet) som kunne forstås innenfor samme kategori. I denne delen av analyseprosessen gjaldt det å kode materialet slik at man får en ryddig oversikt over de ulike kategoriene som til sammen danner helheten av funnene.

**I trinn 3** av analyseprosessen kondenserte jeg innholdet fra de meningsbærende enhetene, og prøvde å skape en sammenfatning av hovedinnholdet fra datamaterialet. I følge Malterud (2011) skal jeg som forsker konstruere frem egne sitater som kan representere de meningsbærende enhetene. På denne måten kom meningsaspektet fra datamaterialet tydeligere frem, og jeg så helheten på en annen måte - jeg konstruerte frem meningen bak det informantene forteller i intervjuene. Her la jeg blant annet merke til hvordan de ulike informantenes måter å beskrive erfaringer og opplevelser på var forskjellig, men at meningen likevel kunne være den samme.

**Trinn 4** handlet om å sammenfatte betydningen av de meningsbærende enhetene jeg hadde abstrahert ut. Dette er det siste trinnet i analysen og er det man kaller for rekontekstualisering (Malterud, 2011). Det vil si at jeg har satt sammen det jeg konstruerte frem fra de ulike

informantene, til en gjenfortelling av det meningsbærende innholdet. Dette utgjør en analytisk tekst hvor jeg formidler fellestrekk fra ulike variasjoner av opplevelsene og erfaringene informantene forteller om. Dette utgjør til sammen funnene i min studie, og blir presentert i kapittel 5.

### 3.7 Min forforståelse som forsker

Studien og problemstillingen er påvirket av mine livserfaringer, praksisarbeid og teoretiske grunnlag. Disse faktorene danner min forforståelse i tolkningen av empirien. Gjennom utdanningen min har jeg tilegnet meg faglig og teoretisk kunnskap, og gjennom praksis og arbeidserfaringer har jeg fått presisert hvilke tema jeg finner aktuelle og interessante. Disse faktorene er av betydning for hvordan jeg tolker utsagn fra deltakerne i undersøkelsen.

I følge Malterud (2011) handler det ikke om hvorvidt forskeren påvirker forskningsprosessen, men om *hvordan* forskeren gjør dette. Jeg har derfor gjennom hele forskningsprosjektet vært bevisst min rolle som forsker, og hvordan min forforståelse påvirker hvordan jeg tolker empirien. Jeg har tatt utgangspunkt i at min praksiserfaring fra rusomsorgen kan være av betydning for hvordan jeg tolker og fører samtalen under intervjuene, og har derfor forsøkt å stille meg så nøytral som mulig i forkant av intervjuet og ved utarbeidelsen av intervjuguiden.

### 3.8 Etske betraktninger

Informantene i denne studien er mennesker som befinner seg i utsatte og sårbare livssituasjoner, og dette stiller krav til etiske betraktninger til meg som forsker. Disse kravene omhandler blant annet meldeplikt, informert samtykke, konfidensialitet, validitet og reliabilitet. Disse kravene er satt for å respektere informantenes integritet, frihet og medbestemmelse i forbindelse med egen deltakelse i studien (Thagaard, 2018).

I og med at jeg bruker intervju som metode, vil det innebære nær kontakt mellom meg som forsker og deltakerne. Derav vil jeg få tilgang til sensitiv informasjon som kan knyttes til personene som deltar. For å bevare anonymiteten til deltakerne har jeg gjort ulike tiltak. Jeg har valgt en lokasjon for gjennomføringen av intervjuene som ikke utsetter dem for offentlig sjenanse, jeg har brukt en ekstern enhet med en firesifret kode (som kun jeg hadde tilgang til) og jeg har transkribert intervjuene uten navn eller gjenkjennbare trekk som kan knyttes til informantene eller deres beskrivelser.

På grunn av at jeg i studien oppbevarer og behandler personlige opplysninger om deltakerne, var prosjektet meldepliktig til NSD (Norsk senter for forskningsdata) for godkjenning. Før jeg satte i gang med rekruttering av informanter, var jeg nødt til å fylle ut NSD sitt

meldeskjema for behandling av personopplysninger, og måtte forholde meg til retningslinjer fra dem gjennom prosjektet (se vedlegg 3.). For å kunne gjennomføre undersøkelsen var det nødvendig å fylle ut et samtykkeskjema, som er informantenes skriftlige samtykke på deltakelsen i undersøkelsen. Denne skal sikre deltakerne anonymitet, taushetsplikt og trygg oppbevaring av personlige opplysninger. I alle forskningsprosjekter må man ha deltakernes informerte samtykke for å kunne gjennomføre studien (Thagaard, 2018).

Før jeg startet, måtte jeg også sikre meg at deltakerne var klar over hva det vil innebære å delta, og i tillegg gi dem muligheten til når som helst å kunne trekke seg fra prosjektet eller velge å ikke svare på noen av spørsmålene under intervjuet.

Et annet viktig etisk aspekt ved denne undersøkelsen, handlet om konfidensialitet. Jeg har forsøkt så godt som mulig å være nøye i behandlingen av informasjon fra undersøkelsen, og sikre at deltakernes identitet forblir anonym og skjult under hele prosessen. Dette går både ut på å holde deltakerne anonyme i presentasjonen av resultatene, men også viktigheten av hvordan personopplysningene blir lagret på en forsvarlig måte underveis (Thagaard, 2018). I dette forskningsprosjektet har det være spesielt viktig med anonymitet og trygg bevaring av personopplysninger, da menneskene jeg møtte befinner seg i svært sårbare livssituasjoner, og jeg får i tillegg tilgang til sensitiv informasjon om deres liv. Under intervjuene sikret jeg trygg oppbevaring av personopplysninger og lydopptakene, ved at jeg brukte en ekstern enhet for opptak som kun jeg hadde tilgang til med en personlig firesifret kode. Videre sørget jeg for å slette lydopptakene når jeg var ferdig med transkriberingen og analysen.

Utfordringen med dette er at utvalget er relativt lite i denne kvalitative studien. Men på bakgrunn av at jeg konsekvent har brukt betegnelsen «*informant*» om alle intervjupersonene, er det kun den enkelte deltaker som har mulighet til å gjenkjenne det som ble sagt under intervjuene. I denne undersøkelsen vil jeg ikke ha behov for helseopplysninger og personopplysninger utover det faktum at de har en form for rusmiddelavhengighet og at de går i behandling for dette. Dermed er det kun erfaringer og opplevelser knyttet til gruppeterapi som behandlingstilbud jeg søker økt kunnskap rundt. Hvem disse menneskene er, forblir anonymt i studien.

### 3.8.1 Min forskerrolle

Det kan argumenteres for at det å forske på et felt man selv arbeider innenfor og engasjerer seg i, kan gjøre at man tolker funnene feil eller blir for «nærsynt» på feltet. En slik nærhet krever en bevissthet rundt seg selv og egen posisjon, og hvordan dette kan påvirke prosjektet.

Med dette i tatt i betraktning, har jeg derfor valgt å forske på et område innenfor rusomsorgen jeg selv har lite erfaring med, og aldri har arbeidet direkte med – nemlig gruppeterapi.

### 3.8.2 Pålitelighet og gyldighet

Informantene i denne undersøkelsen har forskjellige erfaringer når det kommer til ulike gruppebehandlinger de har deltatt i, men det de har til felles er at de alle har deltatt i en form for poliklinisk gruppebehandling. Likevel vil en slik kvalitativ undersøkelse gi et begrenset omfang av hvordan man opplever gruppeterapi som behandlingsmetode generelt, fordi jeg i studien har et begrenset antall informanter. Kunnskapen jeg får fra disse intervjuene, kan ikke betraktes som etterprøvbart eller objektiv kunnskap, fordi det er snakk om brukernes personlige oppfatninger som tolkes og beskrives. Men dette er heller ikke hensikten med en kvalitativ undersøkelse. Målet med forskningsprosjektet er å gå i dybden på erfaringsopplevelser med det å delta i gruppebehandling innenfor rusomsorgen. Hensikten med denne studien har vært å få en dypere forståelse for hvordan gruppebehandling oppfattes av brukerne, og å fremme den enkelte brukerstemmen.

Det å rette seg mot det erfarte og opplevde, kan sees i sammenheng med den språklige vendingen innenfor samfunnsvitenskapen (Bratberg, 2014). Dette innebærer at jeg som forsker ser bort fra standardiserte årsakssammenhenger, og heller ser på tolkningen av informantene i undersøkelsen og deres livsverden. Her er det det unike som står i sentrum og hensikten er heller å se på hvordan deltakerne forstår seg selv som en del av gruppebehandling, og hvordan de forstår og tolker sin egen situasjon og opplevelse der (ibid.). Deltakerne i prosjektet forteller sin subjektive forståelse av gruppebehandling, og vi får derfor en erfaringskunnskap som er å betrakte som sannhet for den enkelte.

I dette kapitlet har jeg redegjort for studiens metodiske valg, samt sett på etiske betraktninger jeg har måttet tatt hensyn til når jeg forsker på mennesker i utsatte livssituasjoner.



## 4.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene i studien, som har vokst ut fra analysen av empirien som jeg fikk gjennom intervjuene. Funnene presenteres som tre hovedkategorier; *Opplevelsen av å være i gruppebehandling, gruppelederen, og forslag til endringer og nye tiltak*. Disse kategoriene har vokst ut av min empiri og skildrer det som fremstår som sentrale funn i datamaterialet som helhet, og som derfor kan sies å være temaer som de fleste informantene var opptatte av. De tre kategoriene fanger opp det jeg ser på som sentrale funn med tanke på problemstillingen, og bidrar til det jeg ønsker å finne ut – altså brukernes oppfatning av gruppebehandling som terapeutisk metode innenfor rusomsorgen.

Ved bruk av kvalitativ metode i forskningsprosjektet, er jeg opptatt av å fremme brukerens stemme. Derfor vil jeg bruke transkriberte sitater fra intervjuene som jeg mener utdyper funnene, og som kan nyansere temaene som er viktig for problemstillingen. På denne måten kan jeg gi et nyansert og dyptgående innblikk i deres oppfatning av gruppebehandling som metode. Her vil det altså være sitater som både kan belyse overordnede meninger som mange av informantene var samstemte om, men også noen sitater som forekommer sjeldnere – men som likevel kan være et viktig bidrag for oppgavens helhet og forståelse av informantenes oppfatning av gruppeterapi. Mitt hovedfokus har vært å få ny kunnskap om brukernes oppfatning av gruppeterapi, samtidig som de har muligheten til å komme med forslag til forbedringer og nye tiltak. Jeg vil videre presentere funnene fra analysen, som tre hovedkategorier; *Opplevelsen av å være i gruppe, gruppelederen og forslag til endring og nye tiltak*.

### 4.1 Opplevelsen av å være i gruppebehandling

Funnene innen denne kategorien tar for seg informantene - derav brukerne av behandlingstiltakene i rusomsorgen - sin opplevelse av å delta i gruppeterapi, samt erfaringer med det å behandles i gruppe. Under denne hovedkategorien, finner vi hovedfunn som dreier seg om samhold og felleskap i gruppen, opplevelser med erfaringsdeling, sårbarhet, utbytte av behandlingen og gruppestørrelse.

Innenfor denne kategorien var alle informantene opptatte av selve opplevelsen av det å være en del av en gruppe, sammen med mennesker som er i lignende situasjoner som en selv. Informantene trekker frem hvordan denne opplevelsen var en positiv erfaring, og hvordan det å være i gruppe gir en følelse av samhold og å ikke føle seg alene om problemene sine. En informant beskrev opplevelsen slik:

*«Så følte jeg det veldig sånn at jeg er den eneste i hele verden med dette problemet her. Så jeg synes det hjalp veldig å høre andres perspektiver på ting. Man blir klar over ting man kanskje ikke har tenkt på når man sitter i det alene da. Så jeg synes det har vært ganske givende egentlig, for min egen del»*

Det å være sammen med andre som forstår hva man går gjennom, noen med lignende erfaringer har vært til god hjelp for alle informantene. Flere av informantene trekker frem at dette med å møte andre i samme situasjon letter byrden man bærer på og skaper et fellesskap i gruppen. Mine funn viser slik sett at det er lettere å åpne seg sammen med likesinnede.

Innenfor denne kategorien var informantene også opptatte av hvordan det å dele erfaringer med de andre i gruppen, gjør at man føler på fellesskap når man kjenner seg igjen i det andre beskriver i forbindelse med opplevelsen med rusen. Videre beskriver informantene det som at det oppleves lettere å kunne snakke sammen med de som er i samme situasjon som en selv, fremfor en behandler alene. Informantene er opptatte av at dette bidrar til følelsen av læring, både i forhold til å få slike aha-opplevelser fra andre, men også for å lære noe om seg selv. En av informantene la det frem som en av grunnene til å gå i gruppe i utgangspunktet: *«Det var derfor jeg i hovedsak ville gå i gruppebehandling, fordi jeg ikke ville føle meg så alene på en måte, med bare meg og min behandler»*. Det å få høre andres erfaringer og opplevelser bidro til at informantene fikk innblikk i andres hverdag, som igjen gjorde det enklere å reflektere rundt egne problemer. En av informantene kommenterte opplevelsen slik:

*«Det øker mitt perspektiv på behandlingen, og det øker mitt perspektiv på livet i seg selv. Man er jo heldig som får innblikk i andre menneskers situasjoner, for det får man jo aldri ellers ... Og da tenker jeg at det er sunt å få det innblikket, hvordan behandlingen virket for dem, hvilket problem de har – så er det veldig lett å henge mine egne problemer på de samme knaggene»*

Videre ga informantene uttrykk for at opplevelsen av sårbarhet for noen kunne oppleves som utfordrende. Informantene viser til hvordan det å være i en gruppe med mennesker hvor man skal dele sårbare ting, kan by på noen utfordringer. Å skulle åpne seg og være sårbar og «naken» i møte med andre mennesker, oppleves som skummelt og stressende. En av informantene beskrev hvordan han brukte mye tid i begynnelsen av gruppeterapien, på å finne sin plass og på å tørre å ta ordet. Han beskriver det slik:

*«Jeg husker helt i starten hvor redd jeg var for å dele og å ta ordet. Hvor mye energi jeg brukte på det, i forhold til å sitte å lytte og kanskje få noe ut av gruppene, så*

*brukte jeg veldig mye energi på det og ble veldig sliten og klam og svett og sånne ting»*

Videre beskrev informanten det som en prosess som har tatt lang tid, med hensyn til dette å bli sikker i gruppen, og det å være i gruppe generelt. Informanten beskriver det som et skifte hvor han fikk mer nytte av gruppene og klarte å frigi seg litt mer for å kunne fokusere på det gruppene er ment til å handle om. Denne følelsen gjentok seg hos flere av informantene, hvor de først var redde for å snakke foran andre om vanskelige ting, men som senere opplevde en lettelse i at dette gikk bedre enn forventet. Informantene uttrykte også at det var vanskeligst i starten, før man ble kjent med de andre i gruppen. Funnene tilsier at informantene opplever at «*gruppeterapi fungerer bra, så lenge alle deler noe*». Flertallet av informantene var samstemte om at gruppeterapi fungerer best om alle er åpne og deler med hverandre. Herunder ble det også lagt vekt på at det finnes mange forskjellige typer mennesker i gruppene, noen sier mer enn andre og dette kunne oppleves som utfordrende. Her hadde informantene litt forskjellige meninger. Noen av informantene opplevde at det er utfordrende å snakke mye om andre ikke sier noen ting, mens andre informanter mente at man trenger variasjonen av mennesker for å få til en fungerende gruppe.

Noen av informantene beskrev også hvordan de satt igjen med negative opplevelser etter å ha deltatt i gruppebehandling, og at behandlingen noen ganger kunne bli for tett på egen erfaring. Informantene beskriver at noen av gruppeopplevelsene var mindre positive når de andre gruppemedlemmene opplevdes som lite motiverte og engasjerte i gruppeprosessen. Dette opplevdes for informantene som både irriterende og ødeleggende for egen behandling. Sammensetningen av gruppedeltakere var derfor viktig for hvordan gruppen oppleves. Noen av informantene opplevde at andre gruppemedlemmer trigget russygget, fremover å gi noen terapeutisk virkning. En av informantene beskrev det slik:

*«Den ene gruppen ble for meg litt for nære rusen, hvis jeg kan si det. Du satt og opplevde historier fra mennesker som har hatt tilbakefall og beskrivelsene deres var ikke alltid like klok, i forhold til at noen satt der og kanskje holdt seg litt fast i bordkanten. Så da ble det litt sånn, kort fortalt, at jeg syntes det var mer attraktivt å ruse seg etter at jeg var ferdig med gruppen enn før jeg kom»*

Informantene beskrev videre at noen av deltakerne kan ha problemer med å holde seg rusfri under behandlingsperioden (for de gruppene som går utenfor døgnbehandling), og at dette kan oppleves som en trigger for de andre - og at dette videre kan øke sjansene for tilbakefall for de

andre gruppedeltakerne. Hvis noen av deltakerne har problemer med å holde seg rusfri, kan det oppleves som utfordrende for de andre medlemmene av gruppen.

Informantene ga videre uttrykk for at gruppeterapi generelt opplevdes som et positivt supplement til egen behandling. Alle informantene var opptatte av det terapeutiske utbytte av gruppebehandlingen. Positive erfaringer fra funnene viser at gruppeterapi generelt gir stort utbytte hos den enkelte og er et ønsket behandlingstilbud. Hovedelementene her dreide seg om å kunne prate, dele erfaringer og reflektere rundt problemene sammen med noen i samme situasjon. Likevel, viser funnene at noen av informantene oppfattet noen negative sider med gruppebehandlingen, og disse handlet om gjentakende tema og opplegget i gruppen. Flere av informantene nevnte hvordan temaer ofte gjentok seg, og at dette opplevdes som både kjedelig og bortkastet tid. En av informantene var også opptatt av at gruppeterapi kan oppleves som for statisk, og beskrev det som en dårlig løsning; «å sette mange mennesker med angst og uro i en ring for å forsøke å snakke om en bestemt ting». Samtlige av informantene hadde generelt et positivt utbytte av gruppeterapi, men det var likevel noen som hadde noen ting å sette fingeren på, med tanke på hvordan gruppeøkten var lagt opp.

Innenfor denne kategorien var informantene også opptatte av betydningen av gruppestørrelsen. Flere av informantene nevnte gruppestørrelse som en faktor i opplevelsen av gruppebehandling som metode. Alle hadde en tydelig mening om hva de foretrekker og hva som opplevdes som best for den enkelte, men også for gruppen som helhet og dens progresjon.

Noen av informantene opplevde at de var nervøse for det som skulle foregå i gruppene og menneskene de skulle møte der, men erfarte at det var bedre enn først forventet. Både fordi gruppene ikke var for store, og fordi det ikke var et krav om å dele av seg selv med en gang. En av informantene beskrev det slik:

*«Nei jeg var jo redd for at det skulle være sånn 30-40 stykker som sitter i sirkel, og at man måtte brette ut om alt foran mange personer da. Sånn som man ser på film, for det er jo ikke så mye snakk om det ellers så. Så det var jo bedre enn jeg så for meg»*

En annen informant kommenterte gruppestørrelsen slik:

*«Den beste gruppa jeg har deltatt i, har vært på 4 stykker. ... Vi har liksom fulgt hverandre da og så har det jo gjort til at folk er mer og mer åpen, fordi det ligger tillitt der da»*

Informantene opplever at sammensetningen av gruppen har betydning for om gruppen oppleves som henholdsvis bra eller dårlig. Alle informantene var samstemte om at de synes at grupper av mindre størrelse, er det beste for opplevelsen. En av informantene beskriver det slik:

*«For hvis det blir for mange ... mange som er i behandling har jo ofte problemer med tillitt til andre, og det å skulle være åpen og ærlig, som ofte skal til for at gruppen fungerer best, fungerer best hvis det er en liten gruppe og hvis den samme gruppen er sammen over litt lengre tid. Hvis det er masse utskiftninger så føler jeg at den fungerer dårlig da»*

På spørsmål om hvordan forskjellen på grupper med få versus grupper med mange deltakere oppleves, er informantene samstemte i hva de foretrekker. Informantene beskrev det som utrygt hvis det ble for mange, da det oppleves som vanskeligere å få tak i gruppen og å holde en rød tråd gjennom tiden som er satt av. Hvis gruppen består av 15- 16 stykker, oppleves det som for mange og at behovet i gruppen blir veldig spredt, og at det videre hopper mye mellom tema og innfallsvinkler fra deltakerne. På den andre siden oppleves grupper med 4 eller mindre, som for få til å få noe ut av gruppebehandlingen. Det oppleves for informantene som for repetitivt og med for få innspill underveis. Flere av informantene er derfor enige om at den gylne middelveien ligger på rundt 7-8 stykker.

For å oppsummere informantenes beskrivelser under denne kategorien, var de opptatt av hvordan samhold og felleskap bidrar positivt i deres opplevelse av å delta i gruppebehandling. Videre opplevdes det for informantene som hensiktsmessig å dele erfaringer med andre som er i samme situasjon som en selv, samtidig som de beskrev at det kan være utfordrende å være sårbare og åpne i gruppen. Alle informantene ga uttrykk for at det generelt opplever et positivt utbytte av gruppeterapi, likevel er det noen som synes det kan bli for gjentakende og kjedelig. Informantene beskrev også at størrelsen på gruppen er viktig for deres oppfatning, og her var de fleste informantene samstemte om at mindre grupper er bedre enn store.

#### 4.2 Gruppelederen

Funnene under denne kategorien omhandler betydningen av gruppelederen. Informantene beskrev hvordan den som leder gruppen har betydning for opplevelsen av det å være i gruppe. Alle informantene i undersøkelsen var enig i at gruppelederens måte å håndtere gruppen på, samt *hvem* denne personen er, hadde stor betydning for om gruppen opplevdes som henholdsvis bra eller dårlig.

Innenfor denne kategorien var informantene også opptatte av betydningen av gruppelederens alder og erfaring. Flere av informantene opplevde det som vanskelig og utfordrende om gruppelederen er yngre enn seg selv. De uttrykte et ønske om en gruppeleder som er godt voksen og med mer livserfaring. Dette hadde betydning for om de følte seg komfortabel med å være åpen og ærlig, men også for opplevelsen av å få noe ut av gruppebehandlingen.

Dette kommenteres av en av informantene på denne måten:

*«Mange av dem er jo veldig ung, og det kan være litt vanskelig å forholde seg til eller å betro seg til noen du ikke tenker at har noen livserfaringer ... men kanskje når det gjelder grupper og de man skal gråte til eller legge ut om noe som er vanskelig, så synes i hvert fall jeg at det er lettere med noen som er litt opp i alder – det føles tryggere da»*

Dette var noe som gjentok seg hos flertallet av informantene. Dette med aldersforskjell og erfaring var viktig for opplevelsen. Det å sitte i gruppe med en gruppeleder som er nyutdannet og ung følte feil og utfordrende for deltakerne. Slik som en av informantene beskrev under intervjuet:

*«Det er jo litt sånn at hvis det sitter en nyutdannet vernepleier på 26 år, og så sitter jeg der som 40-åring, så blir det jo litt feil da ... Så da er det litt bedre med oss som har kjent avhengigheten på kroppen, og vet hva vi snakker om – jeg føler at det er det jeg har mest nytte av da»*

Gruppelederen erfaring og alder er dermed av stor betydning for informantenes oppfatning av gruppeterapi. Under intervjuene ble dette med gruppeledere, og de ansattes kompetanse og faglige dyktighet i forbindelse med gruppeterapi, tatt opp under flere av spørsmålene. Både under direkte spørsmål knyttet til tema, men også under spørsmål om hva som ikke fungerte godt med gruppene og under spørsmål knyttet til forbedring og ting som kunne blitt gjort annerledes. Basert på informantenes utsagn, var det tydelig at gruppelederen har stor betydning for deres opplevelse med gruppeterapi. *Hvem* som leder gruppen er viktig for opplevelsen av utbytte og følelsen av hensikt med gruppeterapi.

En av informantene opplevde at en gruppe fungerte dårlig, men fikk derimot en bedre opplevelse da hen byttet til en annen gruppe. Videre opplevde hen at dette var på grunn av hvem som ledet gruppen, og personens alder og erfaring, og kommenterte de slik:

*«Den ene gruppen jeg deltok i på klinikken, synes jeg fungerte utrolig dårlig, og det handlet jo om hvem som ledet den da. Så da spurte jeg om å få bytte gruppe og det fikk jeg, og da syntes jeg at det fungerte mye bedre i gruppen»*

Informantene ga også uttrykk for at dette med hvordan gruppelederen styrer gruppen er viktig for deltakernes opplevelse. Tema og opplegg for gruppeøkten er av betydning for deres oppfatning av denne formen for behandling. Informantene opplever at en gruppeleder som styrer gruppen i riktig retning er viktig for fremdriften til gruppen. En av informantene kommenterte det slik:

*«Det her med å styre grupper er veldig viktig tenker jeg, i forhold til dynamikken og fremdriften i gruppen. At du liksom ikke blir sittende å mæle på en tin hele tiden. Så at en behandler er flink til å gå tilbake til tema, det er veldig viktig for at det skal lykkes, og det er det ikke alle behandlere som er»*

Informantene opplever at den ansatte, eller den som leder gruppen, må kunne være flink til å styre gruppen i riktig retning – og sørge for at man holder seg noenlunde til tema. Samtidig som gruppelederen helst skal være en ordstyrer og ikke si alt for mye, men la deltakerne i gruppen få dele erfaringer og snakke sammen selv. Det er også et viktig poeng blant informantene at temaene som blir snakket om ikke blir for overfladisk og repetitivt, men kan gå litt i dybden og treffe der det gjør litt vondt. Slik opplever deltakerne at gruppeterapi har noe for seg og føles hensiktsmessig for behandlingen. En annen informant beskrev det på denne måten:

*«Det beste er jo at de som er fra klinikken faktisk ikke sier så mye, men at det er vi som er i samme situasjon som utveksler erfaringer og sånn da. Det er det jeg synes har gitt meg mest. Hvis de ansatte er mer bevisste og er mer ordstyrere, og på en måte ikke går for mye inn med sitt – så er det nok da jeg har best utbytte av gruppene»*

Informantene beskrev innenfor denne kategorien den praktiske gjennomføringen av gruppebehandlingen, og hvordan dette har betydning for informantenes oppfatning av gruppeterapi. Deres beskrivelser tar utgangspunkt i at den praktiske gjennomføringen av gruppen i stor grad er påvirket av valg gruppelederen tar, i forbindelse med sin måte å lede gruppen på. Flere av informantene var opptatte av hvordan gruppebehandling noen ganger kunne oppleves som for repetitivt. Hvis temaene går for mye i det samme og at samtalene holder seg mest på overflaten av problemene, opplevde flere at de kjeder seg og at de ikke får noe ut av gruppene. En av informantene beskrev dette på følgende måte:

*«Mange er flinke. Så har du den fellen de kan gå i, som er å være for repetitiv, for generelle tilnærminger. Så for meg kan jeg nesten forutse neste sving ... Og med en gang jeg merker denne rundgangen av tema eller måter å takle problemer på, så mister jeg litt piffen og respekten. Så jeg er my mer interessert i noen som pirker deg innerst i der det gjør litt vondt, for det har jeg mest nytte av»*

For at gruppebehandlingen skal oppleves som effektiv og ha noe for seg, mente deltakerne at det var nødvendig å gå inn på litt vanskelige og sårbare ting. Informantene tok opp dette med å pirke litt i det som er vondt, kanskje til og med treffe punkt som vekket behovet for å gråte litt.

Samtlige av informantene i undersøkelsen har deltatt i gruppebehandling gjennom poliklinikk. Disse foregår på siden av eller utenfor døgntilrettelagt behandling og innleggelse. En av informantene synes de polikliniske gruppene som man går på et par dager i uken, og som varer ca. en time, kunne bli litt for opptatt av faste rammer og tidsbruk. Han opplevde at tiden og det praktiske aspektet fikk for mye fokus i forhold til den terapeutiske behandlingen. Informanten kommenterte det slik:

*«De gruppene jeg gikk i utenfor behandlingen, der det ble satt av en viss tid, kunne man bli avbrutt av behandler midt i en god diskusjon fordi det var 5 minutter igjen og man skulle begynne å runde av. Dette var litt ødeleggende noen ganger, og man føler at man kanskje ikke er så viktig likevel da. Så de burde kanskje være litt rundere i den avslutningen».*

Informantene uttrykte betydningen av hvordan gruppen var lagt opp, med eksempelvis en undervisningsdel og en del til refleksjon, og opplevde dette som en grei og ryddig måte å gjennomføre gruppebehandlingen på. Informantene påpekte at undervisningsbiten i forkant førte til en opplevelse av at alle i gruppen starter refleksjonsdelen med likt utgangspunkt om tema, og dette var en positiv erfaring for informantene. Det ble også påpekt av flere av informantene at dette førte til at man satt igjen med en opplevelse av å ha lært noe nytt og at gruppen dermed ble mer interessant. Det ble også nevnt av informantene at det opplevdes som hensiktsmessig å ha en faglig begrunnelse å henge sine egne erfaringer på.

Noen av informantene kunne derimot føle at denne undervisningsbiten noen ganger kunne oppleves som kjedelig, og at denne delen tok vekk fra den dynamiske utvekslingen av refleksjoner mellom deltakerne. En av informantene var opptatt av at det å gi rom for at deltakerne i gruppen selv kan styre delingen av erfaringer og refleksjoner var mye mer



hensiktsmessig enn om gruppelederen underviser i tema knyttet til rus. En av informantene syntes at strukturen på gruppene kan forbedres, og savnet mer fokus på en dynamisk utveksling av erfaringer mellom gruppe medlemmene. Informanten kommenterte det slik:

*«Jeg savner kanskje litt høyere kompetanse på de som har gruppene. Og det er ikke det jeg mener at det skal sitte der og belære oss, eller at det skal være undervisning. Men at de faktisk er flinke i gruppeprosessen og å få i gang en dynamisk utveksling – slik at ting er strukturert og har en god flyt».*

En annen informant var også opptatt av at tema ikke nødvendigvis trengte å være satt i forkant av en gruppeleder, da man ofte opplever at menneskene i gruppen kan ha med seg erfaringer de trenger å prate om på den aktuelle dagen – og at gruppene derfor godt kunne blitt litt til underveis i gruppeøkten. Videre formidlet informanten at en detaljstyrt gruppe som har for mye fokus på «temaet som står på tavlen», ikke passer så godt for brukergruppen – mennesker med rusmiddelproblemer.

Når det kommer til lengden på gruppebehandlingene, både med tanke på tiden som er satt av for hver enkelt gruppetime, men også behandlingsperioden, var informantene forholdsvis fornøyde med både tid og lengde. Det var likevel noen av informantene som syntes at behandlingsperioden godt kunne vært noe lengre før gruppen ble avsluttet.

For å oppsummere informantenes beskrivelser under denne kategorien, kom det frem at flertallet av informantene mente at gruppelederen har stor betydning for deltakernes oppfatning av gruppeterapi. Det er av betydning både *hvordan* de styrer gruppen, men også *hvem* gruppelederen er. Alder og erfaring hos den som styrer gruppene er av stor betydning både for hvordan deltakerne opplever nytten av gruppeterapi, men også hvorvidt de føler det komfortabelt å åpne seg og dele erfaringer med resten av gruppa.

#### 4.3 Forslag til endring og nye tiltak

Denne kategorien omhandler funn som fremsto som informantenes ønsker om endring og forslag til nye tiltak. Hensikten med studien er å fremme brukerstemmer, og ved å dele deres oppfatninger og ønsker om endring, håper jeg å kunne fremme brukernes stemme i utformingen av nye tiltak de selv er brukere av.

Flere av informantene var opptatte av at sammensetningen av gruppen, utvalget av medlemmer, kunne påvirke gruppen i stor grad. Hvis det i gruppen finnes deltakere som har problemer med å holde seg rusfri under behandlingsperioden, kunne dette oppleves som utfordrende og triggende for de andre deltakerne i gruppen. Informantene ytret et ønske om at

prosessen i forkant, som handler om å velge ut og sette sammen deltakere til en gruppe, burde blitt gjort grundigere. En av informantene kommenterte dette slik:

*«Jeg synes at det er så mye forskjellige folk og forskjellige løp ... så jeg kunne ønsket at prosessen i forkant, før man havner i gruppe, kunne vært tydeligere og grundigere. Jeg tror mange havner i grupper de ikke har behov for eller som blir feil for dem»*

Informantene legger vekt på at det finnes mange ulike mennesker, som har kommet til forskjellige steder i sin endringsprosess, og at dette kan være utfordrende når man har kommet lenger enn sine med-deltakere. Flere av informantene ytret et forslag om mer utredning i forkant av gruppene, slik at man kan sette sammen en gruppe med personer som er kommet like langt i behandlingen, og som er på samme side når det kommer til motivasjon og ønske om rusfrihet. Dette gjaldt også i utredning av hvilken gruppe som kan passe den enkelte. Noen opplevde å ha godt utbytte av eksempelvis en traumbasert gruppeterapi hvor de møtte andre mennesker med fellesnevner i bakgrunnen for rusproblematikken. Andre informanter uttrykte at de havnet i grupper de ikke kjente seg igjen i og som opplevedes som lite hensiktsmessig for egen behandling. En av informantene beskrev sin opplevelse slik:

*«Man sto i ring og kastet en tøyball til hverandre, og skiftet hatt på hodet til hverandre og sånn ... så det var en gruppebehandling som var ny for meg og som ikke hjalp meg så stort hvert fall»*

En annen informant beskriver sin oppfatning av utredningen i forkant av gruppebehandlingen som en prosess med lite faglig vurdering, og kommenterte det slik:

*«Slik som jeg oppfatter det, så får du et spørsmål, hvor du får lagt frem alle gruppene; hvilke av disse kan passe deg? Og så er det veldig lite faglig vurdering i akkurat den overgangen der».*

Informantene kom med forslag til nye tiltak, om hvilke grupper de ønsket mer av eller tilbud de savnet i behandlingen. De fleste informantene uttrykte et ønske om en aktivitetsbasert gruppeterapi, som gjerne går utenfor normal arbeidstid – på kveld eller i helger. En av informantene var opptatt av at man ikke nødvendigvis trenger å sitte i ring for å kunne snakke sammen om problemene sine, og at gruppen kunne dra nytte av å gjøre noe som ikke var så statisk. På denne måten kan man bli litt bedre kjent og gjøre det enklere for deltakerne å åpne seg for de andre i gruppen. Han beskrev forslaget sitt på følgende måte:

*«At det ikke trenger å være så A4 ... det å kunne gjort noe annet da, dratt på café, gått en tur, tatt en tur i bassenget – det går an å snakke der også. Så det å gjøre noe annet, for man må jo bli litt kjent og trygg for å kunne åpne seg opp om alt mulig til de man sitter sammen med»*

Flere av informantene mente at aktivitetsbasert gruppeøkter kunne vært hensiktsmessig for behandlingen. Flere ønsket også treningsgrupper, eller grupper hvor man først kunne snakket sammen og deretter gjort en aktivitet – for dermed å kunne styrke fellesskap og følelsen av tilhørighet og trygghet i gruppen. Det var også et poeng hos noen av informantene at disse gruppene ikke nødvendigvis hadde behov for en ansatt eller en gruppeleder, men at det heller kunne vært en brukerstyrt gruppe.

I dette kapittelet har jeg innenfor de tre kategoriene, gitt en strukturert oversikt over informantenes beskrivelser, og har presentert brukernes oppfatninger av gruppebehandling som metode.

## 5.0 Drøfting

I dette kapitlet drøftes funnene innenfor de tre hovedkategoriene av funn i studien. Med bakgrunn i studiens problemstilling ønsker jeg å få en dypere kunnskap og forståelse om rusavhengiges oppfatning av gruppebehandling.

### 5.1 Opplevelsen av å være i gruppebehandling

Innenfor denne kategorien av funn, fremsto ett uttrykk for at det å være sammen med andre som forstår hva man går gjennom, noen med lignende erfaringer, har vært til god hjelp. Flere av informantene trekker frem at dette med å møte andre i samme situasjon som en selv, letter byrden man bærer på. Dette påpeker også Mackenzie (1992), som i sin forskning har kommet frem til at følelsen av universalitet – opplevelsen av at andre også har det vanskelig og at man er flere i samme båt - kan bidra til å gi håp, som er en viktig faktor for å lykkes i en terapeutisk prosess. Dette samsvarer også med det Kjølstad (2004) fremhever, at gruppebehandling kan gi muligheten til å prate om tema som kan føles både skambelagt og sårbart. I grupper med mennesker som har rusavhengighet som problem, er slike følelser noe alle kjenner på, og det å prate om disse tingene kan lette en byrde for den enkelte. I min studie, kan dette relateres til at informantene opplever best utbytte av behandlingen hvis terapien går dypere til verks, og tør å gå inn på de sårbare og vonde temaene.

Informantene i undersøkelsen var opptatte av hvordan det å dele erfaringer med de andre i gruppen, gjør at man føler på fellesskap, da man kjenner seg igjen i det andre beskriver i forbindelse med opplevelsen med rusen. Videre beskriver informantene det som positivt å kunne snakke sammen med de som er i samme situasjon som en selv, fremfor en behandler alene. Informantene er opptatte av at dette bidrar til følelsen av læring, både når det gjelder å få slike aha-opplevelser fra andre, men også for å lære noe om seg selv. Yalom & Leszcz (2005) trekker frem hvordan ulike faktorer kan ha betydning for effekten av gruppebehandling. Blant annet dette med å være til nytte for andre og å ta innover seg andres opplevelser og erfaringer, kan øke egen selvfølelse og gir mulighet for selvrefleksjon. Dette samsvarer med informantenes opplevelse av hvordan utveksling av erfaringer i gruppen kan gi en følelse av å være til nytte for andre, samtidig som det bidrar til at hver enkelt sitter igjen med nye perspektiver på sine egne utfordringer. Fekjær (2018) mener også at deling av erfaringer kan utvide den enkeltes repertoarer av mestringsstrategier. Dette samsvarer med det

informantene i min studie fortalte, om hvordan deling av erfaringer og strategier for mestring av utfordrende situasjoner, var positivt for egen læring.

Informantene ga uttrykk for at de oppleve det som mindre hensiktsmessig med gruppebehandling hvis ikke alle deltakerne var like motiverte for behandlingen. Ifølge Heap (2005) er tanken bak gruppeterapi at deltakerne kan hjelpe hverandre og seg selv, gjennom å dele og sammenligne erfaringer og støtte hverandre. Den største ressursen i gruppeterapi er selve gruppeprosessen. Funnene i denne studien viser til at noen av gruppeopplevelsene var mindre positive når de andre gruppemedlemmene opplevdes som mindre motiverte og engasjerte i gruppeprosessen. Hvis noen av medlemmene i gruppen oppleves som mindre støttende og lite motivert, kan det ifølge Heap (2005) svekke gruppeprosessen og være ødeleggende for dynamikken mellom deltakerne, som igjen kan gjøre det vanskeligere å hjelpe hverandre og seg selv i behandlingen. Det kan derfor være grunn til å tro at hvis gruppen opplever at noen av deltakerne ikke bidrar like mye til fellesskapet, kan det skape forstyrrelser i dynamikken i gruppen, og dermed ikke gi samme ønsket effekt for deltakerne.

Informantene syntes det kunne være utfordrende å være sårbar foran en gruppe med ukjente mennesker. Informantene la likevel vekt på at denne nervøsiteten gikk over etter hvert som de fortsatte å gå i gruppebehandling, og videre opplevde de at det å dele erfaringer med andre i lignende situasjoner var positivt for selvfølelsen. Kjølstad (2004) tekker frem betydningen av gruppebehandling, og hvordan vår identitet utvikles i møte med andre. Å delta i gruppebehandling bidrar til å dekke den enkeltes behov for tilhørighet og trygghet. På samme måte opplevde informantene i denne studien at følelsen av fellesskap, og å være sammen med andre i samme situasjon, ble en tryggere arena enn de først hadde trodd. Heap (2005) legger også vekt på viktigheten av det sosiale som skjer i en gruppe, og sier at uten individene eksisterer ikke gruppen, og uten gruppen står individenes behov udekket. Denne påvirkningen mellom gruppe og individ er avgjørende for menneskets opplevelse av tilværelse og mening. Dette samsvarer med det informantene opplevde, da de innså betydningen av å kunne være flere sammen om utfordringene, samt følelsen av å være til hjelp for andre. Disse funnene samsvarer også med forskning gjort av Shechtman & Gluk (2005), hvor de i sin studie om dynamikken i grupper, fant ut at relasjonsaspektet var mest nyttig for å generere positive resultater ved gruppeterapi. Slik som informantene i min studie så på det å være sammen med andre, og å utveksle følelser og erfaringer dem imellom, var det som opplevdes å gi mest utbytte av behandlingen.

Informantene i undersøkelsen opplevde gruppeterapi som et generelt positivt supplement til egen behandling. Det å få høre andres erfaringer og opplevelser bidro til at informantene fikk innblikk i andres hverdag, som igjen gjorde det enklere å reflektere rundt egne problemer. Luterman (1991) fremhever hvordan gruppebehandling bidrar til muligheten for å møte likesinnede mennesker i samme situasjon som en selv. Det skaper rom for å forstå at man ikke er alene. Gruppeterapi skaper en arena for å åpne seg og dele erfaringer med personer som har en felles forståelse for problemet. Dette fellesskapet kan gi videre motivasjon for å fortsette behandlingsprosessen på egen hånd. Cole (2014) fremhever hvordan gruppeterapi kan maksimere den terapeutiske effekten for medlemmene i form av sosial læring og emosjonell støtte. Dette samsvarer med det informantene i denne studien var opptatte av, hvordan de opplevde å ha godt utbytte av å være i terapi sammen med andre med like utfordringer som en selv. Informantene la videre vekt på at dette økte perspektivet på eget liv, samt hvordan det førte til at deres sosiale egenskaper ble utviklet i møte med andre.

Informantene i min studie la vekt på at det kunne oppleves som utfordrende om gruppestørrelsen ble for stor. Flores (1997) skriver at de fleste med rusmiddelproblemer kan ha vanskeligheter med å skape og vedlikeholde gode relasjoner til andre mennesker, og at dette videre kan gjøre det vanskelig å opprettholde rusfrihet. Med bakgrunn i dette, kan man anta at informantene i min studie opplever det som utfordrende å forholde seg til for mange mennesker samtidig, nettopp fordi mange rusavhengige har vanskeligheter med å bygge relasjoner til andre. Dette samsvarer også med det Bandura (2004) sier om at mennesker med utfordringer knyttet til rus og psykisk helse, ofte mangler selvtillit og tro på seg selv. Bandura legger videre vekt på at dette likevel er en viktig faktor for å opprettholde sosiale relasjoner. Det kan derfor forstås som at brukerne innen rusomsorgen mangler selvtillit, og dermed kan ha vanskelig med å forholde seg til sosiale relasjoner – noe som igjen kan forstås i lys av informantenes utsagn om at mindre grupper er bedre. Mindre grupper gjør det enklere å forholde seg til den sosiale funksjonen og relasjonene som oppstår mellom deltakerne.

## 5.2 Gruppelederen

Funnene innenfor denne kategorien, viser vektleggingen på at gruppelederen er av stor betydning for hvordan gruppeterapi oppleves. Informantene i studien var opptatte av hvordan gruppen var lagt opp og at hvordan gruppelederen ledet gruppen var av betydning for hvorvidt terapien opplevdes som hensiktsmessig eller ikke. Forskning gjort på sosial identitet viser at godt utformede gruppeintervensjoner kan ha god terapeutisk effekt for deltakerne i gruppen –

både fysisk og psykisk (Haslam S.A., Jetten, J, Postmes, T., & Haslam, C. 2009; Jetten, J., Haslam, C., & Haslam, S. A. 2012). Dette kan være en av grunnene til at informantene opplevde at gruppelederens måte å styre gruppene på, hadde betydning for hvordan gruppedynamikken utspilte seg. På bakgrunn av dette, fikk de en bedre opplevelse og mer utbytte av grupper som var godt utformede, fremfor grupper hvor de opplevde at lederen tok for mye av styringen. Informantenes ønske om hvordan gruppelederen skal opptre mer som en ordstyrer i gruppeterapien, samsvarer med det Mosey (1986) kaller for *facilitative leadership*. Denne formen for gruppeledelse tar utgangspunkt i at gruppelederen skal oppmuntre til deltakelse i gruppen, samt forsterke deltakernes sosiale læring under gruppeøkten. Det kan derfor tolkes som at informantene ønsker en gruppeleder som styrer gruppen inn på enkelte tema og oppmuntrer alle til å delta i samtaleterapien, uten å ha for mye innflytelse over gruppen selv.

Gjennom intervjuet ga informantene uttrykk for at alder og erfaring hos gruppelederen hadde betydning for hvordan de opplevde gruppeterapi. Det å sitte i gruppe med en gruppeleder som er nyutdannet og yngre enn seg selv, følte seg feil og utfordrende for deltakerne. Dette fordi de opplevde det som tryggere og enklere å dele erfaringer med noen som er eldre enn seg selv. Schieflo (2006) bruker begrepet «profesjonell autoritet» når man som bruker har tiltro til den ansattes fagkunnskaper. Denne formen for autoritet oppstår når man har tiltro til noens kompetanse og faglige dyktighet når det kommer til å ta beslutninger og danne mål som er i brukerens beste interesse. Informantene opplevde at gruppeledere som bærer med seg mindre livserfaring og kompetanse, oppleves som mindre troverdige, som er i samsvar med det Schieflo (2006) referer til som profesjonell autoritet hos gruppelederen. Videre hevder Schieflo at legitimiteten kan gå tapt om man oppleves å ikke leve opp til de forventningene som er satt til sin rolle, og at dette har betydning for om deltakerne i gruppen aksepterer den man blir styrt av. Det kan derfor være grunn til å tro at når informantene referer til hvordan det å ha yngre og uerfarne personer som gruppeledere kan oppleves som utfordrende, kan det være fordi de har mindre legitimitet enn personer som er eldre og har mer livserfaring.

Informantene opplevde det også som best for behandlingen hvis gruppelederen forholder seg mest som en ordstyrer og lar gruppen samhandle seg imellom. Dette samsvarer med Creek (2003) som definerte klientsentrert praksis som et partnerskap mellom terapeut og klient der klienten deltar aktivt i å forhandle mål for intervensjon og ta beslutninger, mens terapeuten tilpasser intervensjonen for å møte klientens behov. Når gruppemedlemmer samarbeider med gruppelederen for å sette mål og prioriteringer, utvides det klientsentrerte terapeutiske

partnerskapet til gruppen som helhet. Ved å la deltakerne være aktive deltakere i gruppeterapien og hvordan denne utformes, oppleves det også for informantene som mer betydningsfullt for utbytte av behandlingen. Informantene ga uttrykk for at de hadde mer utbytte av å delta i behandlingen når det var deltakerne som har en dynamisk utveksling av erfaringer, fremfor at gruppelederen styrer samtalen. Fekjær (2018) legger også vekt på at deltakernes tilbakemeldinger til hverandre kan være mer effektive enn det behandleren sier. En grunn til dette kan være at de andre har tilsvarende erfaring som gruppelederen kanskje ikke har, og at de forstår hverandre bedre når de har vært i samme situasjon selv.

I følge Barge (2003) er effektive gruppeledere ansett som komplekse informasjonsbehandlere, som tar i betraktning både egenskaper hos den enkelte, men også gruppemiljøet som helhet. Dette samsvarer med mine funn i studien, om hvordan informantene var opptatt av at gruppelederen ikke skal ta for mye plass, men la deltakerne ha en dynamisk utveksling av erfaringer seg imellom. Det kan derfor forstås som at når informantene lytter til andre med samme erfaring, som de kan kjenne seg igjen i, gir de hverandre en større legitimitet enn personer som ikke sitter på de samme livserfaringene. Cole (2014) legger også vekt på at når man planlegger grupper, må man begynne med en konkret felles opplevelse, og videre bevege seg gjennom en diskusjon av følelser, reaksjoner på hverandre, mulige kognitive betydninger av deltakernes handlinger og interaksjoner, og til slutt diskutere en mulig anvendelse av lærdommen inn i sitt eget liv. Dette innebærer at gruppeterapien planlegges i ulike faser, hvor den enkelte deltaker trekkes inn og får gi uttrykk for sine erfaringer innenfor de ulike stadiene. På denne måten samsvarer det med informantenes ønske om en godt utformet gruppebehandling, hvor det gis mest rom for en dynamisk utveksling av erfaring mellom gruppe medlemmene. Samtidig som gruppelederens ansvar blir å planlegge en gruppeterapi som tar hensyn til medlemmenes behov, og i tillegg gir rom for at alle i gruppen får gi uttrykk for sine følelser og erfaringer innenfor de ulike fasene av gruppeøkten.

De fleste av informantene i undersøkelsen opplevde det videre som mest hensiktsmessig for egen behandling hvis man gikk innpå litt dypere og sårbare tema, fremfor å holde seg på overflaten av problemene. En konsekvens av dette kan være at det er viktig at gruppelederen tar initiativ til å gå innpå tema som kan være vanskelige, slik at de får muligheten til å gå i dybden. Kjølstad (2004) fremhever også betydningen av at medlemmene i gruppebehandling får muligheten til å prate om tema som kan føles både skambelagt og sårbart, og i grupper med mennesker som har rusavhengighet som problem, er slike følelser noe alle kjenner på og det å prate om disse tingene kan lette en byrde for den enkelte. Dette samsvarer med det



informantene opplevde når de la vekt på at de fikk mest utbytte av gruppeterapi når den tok tak i de vanskelige og litt sårbare temaene.

### 5.3 Forslag til endring og nye tiltak

Innenfor denne kategorien av hovedfunn, fremsto det at sammensetningen av gruppene hadde påvirkning for hvordan gruppeterapien opplevdes. Flere ga uttrykk for at de opplevde det som utfordrende dersom noen av gruppemedlemmene slet med å holde seg rusfri under behandlingen. En årsak til dette kan være at det er lettere å gi etter hvis andre gjør det, og at dette kan være en trigger for å ruse seg. I tillegg ble det gitt uttrykk for at den enkeltes motivasjon for endring hadde betydning for gruppens funksjon. Hvis noen av deltakerne ikke var motiverte vil de kanskje ikke delta like aktivt i samtalen, som videre vil ha betydning for dynamikken til gruppen. Dette samsvarer med det Malt (2021) sier må være på plass for å kunne gjennomføre en vellykket gruppebehandling; deltakerne må være villig til å være åpen og ivareta taushetsplikt, samtidig som de må være motivert for behandlingen.

Informantene legger videre vekt på at det finnes mange ulike mennesker som deltar i en gruppebehandling, som også er på forskjellige stadier i sin rusbehandling. Dette kan være utfordrende når man har kommet lenger enn sine med-deltakere.

Det kan forstås som at deltakerne opplever at det er enklere å gå på en smell når de blir utsatt for fristelser i møte med personer som nettopp har kommet inn i behandling, fremfor om de møter andre som ikke har kommet så langt i behandlingen. Det at deltakerne i gruppeterapien er på ulike stadier i behandlingen, samsvarer med det Prochaska & di Clemente (1992) legger vekt på viktigheten av å ta hensyn til hvor langt den enkelte har kommet i sin endringsprosess, når man setter sammen en gruppe. De beskriver viktigheten av å identifisere hvor langt i prosessen hvert enkelt individ var kommet, da enkelte har lite motivasjon for endring, mens andre har tatt en klar beslutning om endring. De ser det derfor som lite hensiktsmessig å ha disse to typene i samme behandlingsgruppe, da behovene deres er så forskjellige. I møte med rusavhengige er det viktig å kunne identifisere hvilket stadium av denne endringsprosessen de er i, slik at man vet hvilke behov klienten har for å komme seg videre. Dette ble av informantene i studien lagt frem som et ønske om mer utredning av hver enkelt i forkant, for å kunne sette sammen en gruppe mennesker som var kommet like langt i endringsprosessen og på sin veg mot rusfrihet. Informantene ga videre uttrykk for et ønske om at prosessen i forkant, som handler om å velge ut og sette sammen deltakere til en gruppe, samt hvilken gruppe som kan være hensiktsmessig for den enkelte, burde blitt gjort grundigere.

Innenfor denne kategorien beskrev informantene sine forslag til nye tiltak. Flere informanter hadde et ønske om å få et tilbud som hadde mer fokus på aktiviteter og trening. De så for seg at dette kunne bidra til mer samhold i gruppen, og gjøre det tryggere å åpne seg opp om vanskelige ting. Dette kan forstås som at de gjør hyggelige aktiviteter sammen, og gjør noe annet som ikke bare handler om at de er rusmisbrukere, og som derfor kan gi mer samhold i gruppen.

Det ble også nevnt at dette kunne gjøre gruppeterapi mindre statisk, og dermed mindre skummelt å delta i. Aktiviteter eller grupper som går etter arbeidstid var også en av forslagene fra informantene, da man slipper å ta fri fra jobb eller sykemelde seg for å gå i behandling. Mellingen (2016) legger vekt på at det å samarbeide med mennesker som har erfaringer med rusavhengighet har vist seg å være svært nyttig for forskning og kunnskapsutvikling innenfor rusfeltet, samt for utformingen av nye tiltak. Sett i dette perspektivet er det veldig positivt at informantene gir innspill i hvilke aspekter som er viktig å ta hensyn til i gruppeterapien. Når det kommer til forskning på rusproblemer, vil mennesker med rusavhengighet i stor grad føle at dette er et tema som berører dem. Det er også et viktig poeng at personer med førstehåndskunnskap ofte er opptatt av at forskningen skal gi noe tilbake, at den skal resultere i noe mer enn publikasjoner. Mellingen (2016) sier videre at det er derfor brukermedvirkningen har en positiv effekt i å kunne bidra til endring og å skape et mer åpent samfunn. I tillegg kan det bidra til en samlet rusomsorg og helsetjeneste som er tilpasset brukernes hverdagsliv.

Informantene i undersøkelsen hadde flere gode forslag til nye tiltak og forbedringer av nåværende tiltak. De hadde både sett for seg og håpet på at det skulle dukke opp aktiviteter som gjør behandlingen mer brukertilpasset. Informantene la vekt på at det finnes andre måter å drive gruppeterapi på, fremfor å sitte i en sirkel og prate hver gang. Personer med førstehåndserfaring, gir forskningen et innenfra-perspektiv som gir ny verdi til forskningen. Erfaringen gir ny innsikt i hvordan det er å møte sosiale tjenester i dagens samfunn, og de kan sette funnene inn i nye sammenhenger eller forstå de på en annen måte enn forskere uten den samme erfaringen (Mellingen, 2016). Kvalitative studier søker å forstå fenomen fra innsiden, og for å kunne få en dypere forståelse er det nødvendig å fremme brukerstemmer i forskning.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien har vært å se på rusavhengiges oppfatning av gruppebehandling innen rusomsorgen. Med bakgrunn i dette har jeg hatt et ønske om å få en dypere forståelse for hvordan brukerne selv opplever og erfarer dette behandlingstilbudet, og dermed kunne gi brukerne en stemme. Jeg har derfor brukt en kvalitativ forskningsmetode, hvor jeg har benyttet semistrukturert intervju, for å kunne gå i dybden på den enkeltes erfaringer med gruppeterapi.

Et sentralt funn i studien var at samtlige av informantene opplever gruppeterapi som et positivt supplement til annen behandling. De trakk alle frem at betydning av å ikke føle seg alene med problemene sine, og å kunne dele erfaringer med andre i lignende situasjoner, opplevdes som utelukkende positivt. I lys av det informantene sier og drøftingen i denne undersøkelsen, så vurderer jeg det slik at gruppebehandling kan bidra til at brukerne føler samhold og at de får hjelp til å belyse problemene sine gjennom denne metoden.

Et annet funn var at hvem som ledet gruppen, samt hvordan denne personen legger opp gruppetimen, er av stor betydning for om gruppen oppleves å gi utbytte som behandlingsmetode. Informantene beskrev at de ønsket en gruppeleder med mer livserfaring og kompetanse. Med utgangspunkt i dette, er det derfor grunn til å stille spørsmål om det er slik at gruppeledere med mer livserfaring og kompetanse er mer hensiktsmessig å benytte som terapeuter i gruppeterapi for voksne mennesker med rusavhengighet.

### 6.1 Refleksjon og videre forskning

Jeg har gjennom forskningsprosjektet forsøkt å fremme informantenes brukerstemmer etter beste evne, og sitter igjen med en følelse av å ha klart å formidle deres subjektive oppfatninger og opplevelser av gruppebehandling. Sett i ettertid, er det noen tema jeg gjerne skulle forsket mer på. Som blant annet hvordan gruppedynamikken utfolder seg i gruppeterapi. For å kunne legge til dette i studien, måtte jeg ha gjennomført en observerende deltakelse, slik at jeg selv kunne fått oppleve dynamikken – og dermed fått en større forståelse for hvordan det fungerer i praksis. Uavhengig av dette, mener jeg at mine funn gir svar på problemstillingen om hvordan rusavhengige oppfatter gruppebehandling som metode.

Det viste seg å finnes lite forskning på gruppeterapi som var direkte knyttet til rus- og avhengighetsbehandling. Dette er noe jeg har tenkt mye på, og har stilt meg spørsmål om hvorfor det er slik. På bakgrunn av dette, er det grunn til å tro at det er behov for mer

forskning på temaet. Forskning på gruppeterapi som er direkte knyttet til rusbehandling, er viktig for at man videre kan kvalitetssikre hjelpetiltakene innen rusomsorgen. I studien kom det frem at informantene opplevde at de som leder gruppene, gjerne kunne hatt mer erfaring og kompetanse. Dette er noe jeg anser som interessant å forske mer på, og eventuelt også ta hensyn til når man i fremtiden skal organisere gruppebehandlinger i rusomsorgen.

Til videre forskning, ser jeg det som interessant å kunne gjøre et lignende prosjekt med større omfang, og å gå dypere inn på enkelte tema, som eksempelvis hvordan fellesskap og gruppetilhørighet spiller en rolle i den enkeltes liv og behandling. Tidligere forskning gjort på gruppeterapi generelt, viser at relasjonene mellom gruppemedlemmene er av størst betydning for et godt resultat av behandlingen (Joyce et.al., 2007). Det kan likevel være interessant å forske mer på relasjonsaspektet ved gruppeterapi, og det mellommenneskelige som foregår blant mennesker med rusavhengighet. Selv om gruppeterapi i stor grad belager seg på det samme konseptet, er det likevel stor forskjell på menneskene som deltar i gruppeterapi innenfor de ulike helsetjenestene. For eksempel, gruppeterapi som behandling for mennesker som er døve, skiller seg fra gruppeterapi i rusbehandlingen. Det er derfor grunn til å tro at ulike former for problemer og utfordringer, skaper ulike dynamikker i en gruppe.

Gruppeterapi er et viktig tiltak i rusbehandling, og noe som både bør forskes mer på, og vies mer oppmerksomhet. Derfor ønsker jeg at min studie, i tillegg til å gi en dypere forståelse av rusavhengiges oppfatninger av gruppebehandling, også kan bidra til å videreutvikle gruppeterapi som metode innenfor rusomsorgen.

## Referanser:

- Andersen, G. (2019, januar 31). *Valg av forskningsmetode*. Hentet, 2020 fra ndla.no: <https://ndla.no/nb/subject:1:54b1727c-2d91-4512-901c-8434e13339b4/topic:2:432baee9-5671-47ce-870e-48b8fc3b7a42/topic:2:7d43618f-5198-4b32-9e3f-74c7d73ffb27/resource:1:56937> (Lest: 27.03.2022)
- Bandura, A. (2004). *Health promotion by social cognitive means*. Health Education Behavior, 31.
- Barge, J. K. (2003) *Leadership as organizing. Small Group Communication: Theory and Practice: An Anthology*. Roxbury Publishing. Los Angeles, CA.
- Bratberg, Ø. (2014). *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brook, D. W., & Spitz, H. I. (Eds.). (2002). *The group therapy of substance abuse*. New York: The Haworth Press.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004). Small-group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. I M. J. Lambert (Ed.), *Psychotherapy and behavior change* (5th ed.; ss. 647–696). New York: Wiley & Sons.
- Cole, M. B. (2014) *client-centred groups*. Creek's Occupational Therapy and Mental Health. Elsevier Health Sciences.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory* (4. utg.). Sage. London.
- Creek (2003). *Occupational Therapy Defined as a Complex Intervention*. College of Occupational Therapists, London.
- Eide, S.B. (2016). *Brukermedvirkning?* I R. Kroken & O.J. Madsen (red.), *Forvaltning av makt og moral i velferdsstaten: Fra sosialt arbeid til «arbeid med deg selv»?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fekjær, H.O. (2018). *Rus*. (4 utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Finney, J. W., Hahn, A. C., & Moos, R. H. (1996). *The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: The need to focus on mediators and moderators of setting effects*. Addicition, 91, 1773–1796.

- Flores, P. J. (1997). *Group psychotherapy with addicted populations*. New York: The Haworth Press.
- Forghani, M., Ghanbari Hashem Abadi, B. A. (2016). *The Effect of Group Therapy With Transactional Analysis Approach on Emotional Intelligence, Executive Functions and Drug Dependency*. Iranian Journal of Psychiatry & Behavioral Sciences.
- Foulkes, S.H. (1966). Some basic concepts in group psychotherapy. I E. Foulkes (Red.) *Selected papers: Psychoanalysis and Group Analysis*. London: Karnac Books.
- Gadamer, H. G. (2004). *Truth and method*. London: Continuum.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. Basic Books. New York.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2008). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine. New York.
- Gouran, D. (2003). *Leadership as the art of counteractive influence in decision-making and problem-solving groups*. Small Group Communication: Theory and practice: An Anthology (8.utg.). Roxbury, Los Angeles.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Halvorsen, K. (2017). *Sosiale problemer - En sosiologisk innføring* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Halvorsen, K., Stjernø, S., & Øverbye, E. (2016). *Innføring i helse og sosialpolitikk* (6. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hansen, R., & Solem, M-B. (2017). *Sosialt arbeid – en situert praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Haslam, S. A., Jetten, J., Postmes, T., & Haslam, C. (2009). *Social identity, health and well-being: an emerging agenda for applied psychology*. Appl. Psychol. 58. 1-23.
- Heap, K. (2005). *Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder I lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. (Veileder IS-2076/2014). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2017, januar 24). *Brukermedvirkning i rusbehandling*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/brukermedvirkning-i-rusbehandling> (Lest: 09.02.22)

Helse- og omsorgsdepartementet (2021). *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m.* (Prop.92 L (2020–2021)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-92-l-20202021/id2835248/> (Lest: 18.03.2022)

Hersey, P., & Blanchard, K. (1969). *Life-cycle theory of leadership*. Train. Dev. J. 23. 26-34.

Jetten, J., Haslam, C., & Haslam, S. A. (2012). *The social cure: identity, health and well-being*. Psychology Press.

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (utg.5). Oslo: Abstrakt forlag.

Joyce, A.S., Piper, W.E. & Ogrodniczuk, J.S. (2007). *Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short term group psychotherapy*. Int. J. Group Psychotherapy. 57.

Karlsson, B., & Solheim, T. (2009). *Kognitiv gruppeterapi ved ansgtlidelser – pasienters opplevde utbytte*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid (Vol.6, Utg.3).

Kjølstad, H. (2004). *Gruppeterapi*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.

Kvale, S & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Lorentzen, S. & Ruud, T. (2014). *Group therapy in public mental health services: Approaches, patients and group therapists*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. ISSN 1351-0126. 21(3)

Lunde, L-H., & Skjøtskift, S. (2012). *Gruppeterapi ved legemiddelavhengighet*. Tidsskrift for Den norske legeforening (Nr. 2, 2012).

Luterman, D.M. (1991). *Counselling the communicatively disordered and their families*. Austin, TX: Pro-Ed.

Malt, S. (2021, august 31). *Gruppeterapi*. Hentet fra Store medisinske leksikon: <https://sml.snø.no/gruppeterapi> (Lest: 03.02.22)

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mellingen, S. (2016). *Å forske sammen – brukervedvirkning i kunnskapsutvikling*. Rusfagbladet (Nr.2, 2016). Hentet fra: <https://www.korus-stavanger.no/188709-rusfagmheleny%2020162%20%20Rusfag%20hele%20bladet.pdf> (Lest: 08.02.22)
- Mosey, A.C. (1986). *Psychosocial Components of Occupational Therapy*. Raven Press. New York.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). *In search of how people change: Applications to addictive behaviors*. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.
- Regjeringen (2022). *Stortingsmelding om forebyggings- og behandlingsreform på rusfeltet*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/stortingsmelding-om-forebyggings-og-behandlingsreform-pa-rusfeltet/id2905279/> (Lest: 04.04.2022)
- Reuter Dahl, A-C., & Røstad, M. (2016). *Brukermedvirkning, for bedre kvalitet i tjenestene*. Rusfag – bladet (Nr.2, 2016). Hentet fra: <https://www.korus-stavanger.no/188709-rusfagmheleny%2020162%20%20Rusfag%20hele%20bladet.pdf> (Lest: 08.02.22)
- Schiefloe, P.M. (2006). *Mennesker og samfunn – innføring i sosiologisk forståelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Shaw, M. E. (1981) *Group dynamics: The Psychology of Small Groups Behavior*. McGraw-Hill.
- Shechtman, Z., & Gluk, O. (2005). *An Investigation of Therapeutic Factors in Children's Groups*. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 9
- Skjefstad, N. S. (2012). *Brukermedvirkning - Likeverd og anerkjennelse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Skogen, J.C., Torvik, F. A., Hauge, L. J. & Reneflot, A. (2019, desember 06). *Rusbrukslidelser i Norge*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/> (Lest: 18.01.22)
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tufte, P. A. (2019). *Hvordan lese kvantitativ forskning*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.



Weiss RD, Jaffee WB, de Menil VP & Cogley CB. *Group therapy for substance use disorders: what do we know?* Harvard Review of Psychiatry. 2004. 12. 6. 339-350.

Yalom, I. D. (1970). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books.

Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005) *The theory and practice of group psychotherapy*. (6 utg.) Basic Books.

Weber, M. (1971). *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

## Vedlegg

### Vedlegg 1 – samtykkeskjema og forespørsel om deltagelse i prosjektet

Vil du delta i forskningsprosjektet

#### ***Brukererfaringer med poliklinisk gruppebehandling.***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få kunnskap om rusavhengighets erfaringer og opplevelser med poliklinisk gruppebehandling. Du som har deltatt i poliklinisk gruppebehandling innenfor rusomsorgen sitter inne med betydningsfulle erfaringer som kan gi verdifull kunnskap. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette prosjektet er i forbindelse med masteroppgave i sosialt arbeid ved NTNU. Formålet er å få kunnskap om opplevelsene og erfaringene rusavhengige har i forbindelse med gruppebehandling som tilbys i rusomsorgen.

#### **Informanter:**

Informantene i dette prosjektet har hatt eller har utfordringer knyttet til rusbruk og har deltatt på poliklinisk gruppebehandling, og jeg skal se på hvordan de opplevde og erfarte dette som en del av hjelpetilbudet. Jeg tenker at nettopp de som har vært en del av tiltakene sitter på verdifull kunnskap om hvordan det fungerer å behandles i en gruppe. Dette er noe jeg er nysgjerrig på, og synes er viktig kunnskap å få frem.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du svarer på spørsmålene i intervjuet. Intervjuet inneholder spørsmål om dine erfaringer og tanker rundt gruppebehandling som hjelpetiltak. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet.

#### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Dine rettigheter

Du har rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- NTNU ved mastergrads student Marthe Frigaard Mobil: 47661859, eller min veileder Lena Augusta Ulfseth på: [lena.a.ulfseth@ntnu.no](mailto:lena.a.ulfseth@ntnu.no) / mobil: 90128206
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no) / mobil: 93079038
- Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost: [personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)

## Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

## Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er mai 2022. Ved prosjektslutt vil alt av opplysninger og opptak slettes.

Med vennlig hilsen

*Marthe Frigaard*

---

**Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Brukererfaringer med poliklinisk gruppebehandling*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i Intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Intervjuguide

Semistrukturert intervju

## Bakgrunnsinformasjon:

- **Hvilke gruppebehandlinger deltar du i?**
- **Hvordan kom du med på dette behandlingstilbudet?**
- **Hvordan fikk du informasjon rundt tilbudet?**
- **(Tok du selv kontakt for å være med på denne typen hjelpetiltak eller var det noen andre som foreslo det?)**

## Erfaringer:

### HOVEDSPØRSMÅL:

- **Fortell om din erfaring med å delta i poliklinisk gruppebehandling, hvordan opplever du dette behandlingstilbudet?**

### OPPFØLGINGSSPØRSMÅL:

- **Hva synes du om tilbudet?** Har du generelt sett et positivt eller negativt inntrykk av gruppebehandling som tilbud?
- **Hvordan opplever du å være i behandling sammen med en gruppe andre mennesker i samme situasjon som deg selv?**
- **Hvordan opplever du det å være del av en slik gruppe?** Hvordan opplever du å bli møtt av de andre i gruppen?
- **Hva synes du er den største forskjellen mellom gruppebehandling og individuell behandling?** Er det fordeler / ulemper med å være i en gruppe kontra individuell behandling?
- **Har denne typen behandling betydning for din hverdag?** På hvilken måte?
- **Hvordan opplever du de ansattes kompetanse i gruppebehandlingen?**
- **Hvordan opplever du gjennomføringen av gruppebehandlingen?** Var det mulig å gjennomføre praktisk for deg? Oppsto det noen problemer underveis? Tidsbruk, tilgang, opplegget, enkelt å komme med?
- **Hvordan erfarer du involveringen av pårørende under behandlingen?**
- **Er det noe som kunne vært annerledes?**
- **Var gruppetilbudet slik som du så for deg før du startet?** Hva var evt. annerledes enn du hadde sett for deg på forhånd? Hva du du tenkt deg med et slikt tilbud?
- **Er det et tilbud du vil anbefale til andre? Hvorfor/hvorfor ikke?**

- **Til slutt, er det noe du har lyst til å tilføye som vi ikke har vært inne på, men som du synes er viktig eller har lyst til å fortelle/ta med?**

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## Vurdering

### Referansenummer

918661

### Prosjekttittel

Brukererfaringer med poliklinisk gruppebehandling innenfor rusomsorgen

### Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for sosialt arbeid

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Lena Augusta Ulfseth, lena.a.ulfseth@ntnu.no, tlf: 90128206

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Marthe Frigaard, marthe.frigaard@ntebb.no, tlf: 47661859

### Prosjektperiode

01.10.2021 - 01.08.2022

### Vurdering (1)

#### 27.10.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 27.10.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 01.08.2022.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke

tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>. Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Silje Fjelberg Opsvik  
Lykke til med prosjektet!



