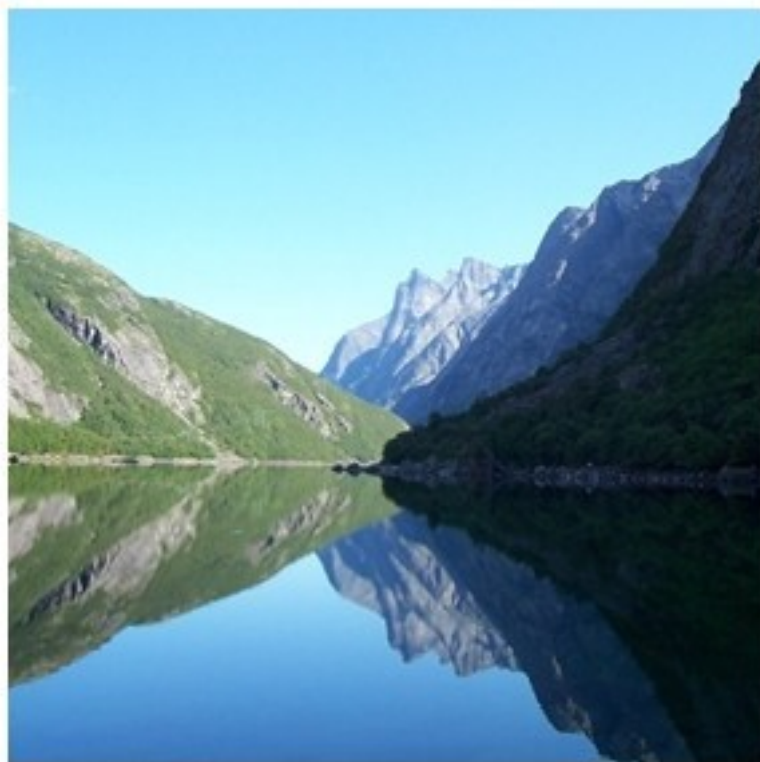


Egil Wilhelmsen

## **Brukererfaringer med ettervern i rusbehandling**

En kvalitativ intervjustudie



Trondheim, april 2014



**Høgskolen i Sør-Trøndelag**  
**Avdeling for sykepleierutdanning**

Egil Wilhelmsen

## **Brukererfaringer med ettervern i rusbehandling** En kvalitativ intervjustudie

## **Users' experiences with aftercare in substance abuse treatment**

A qualitative interview study

Masteroppgave, Master i psykisk helsearbeid  
Trondheim, april 2014

Veileder:

Førsteamanuensis Anne Moe ved HiST

**Høgskolen i Sør-Trøndelag**  
**Avdeling for sykepleierutdanning**

Høgskolen har intet ansvar for synspunkter eller innhold i oppgaven.  
Framstillingen står utelukkende for studentens regning og ansvar.

# FORORD

Gjennom egen arbeidspraksis ved rusfeltet har jeg sett at mange brukere opplever perioden etter utskrivning fra behandlingsopphold i rusklinikk som svært vanskelig. Dette masterstudiet har gitt meg en unik mulighet til å undersøke hvilke erfaringer brukerne har med denne ettervernsfasen. Etter lang tid med forberedelser og hardt arbeid, har jeg nå endelig kommet i mål med masteroppgaven. Arbeidet har vært utfordrende og til tider tålmodighetskrevende, men samtidig har det vært en spennende og lærerik prosess. Flere personer har bidratt på hver sin måte til at oppgaven ble mulig å gjennomføre.

Jeg vil først og fremst takke studiens informanter. Jeg setter umåtelig stor pris på at de har vært villige til å bruke av sin tid til å dele sine livshistorier og erfaringer. Informantenes bidrag utgjør studiens viktige datamateriale. En takk går også til kontaktpersonene ved de to rusklinikkene som informantene ble utvalgt fra. De gjorde et veldig bra arbeid med å rekruttere godt egnede informanter. Den positive innstillingen de hadde til studien og rekrutteringsarbeidet gjorde jobben mye lettere for meg.

Jeg ønsker samtidig å trekke frem betydningen av de gode diskusjonene og innspillene fra både lærere og medstudenter på masterstudiet i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST). Masterseminarene har vært til veldig god støtte, spesielt i starten av arbeidsprosessen. Er også takknemlig for all hjelp og veiledning jeg har fått fra ansatte ved HiST-biblioteket ved Øya Helsehus, senere Biblioteket for medisin og helse i Kunnskapssenteret.

En stor takk går til min veileder, førsteamanuensis Anne Moe ved HiST. De mange veiledningssamtalene og de grundige og konstruktive tilbakemeldingene har vært særdeles viktige for arbeidet med oppgaven.

Til slutt rettes en varm takk til min kone Christin og våre to døtre Cecilie Theodora og Eline Mathea. Uten familiens forståelse og tilrettelegging hadde det ikke vært mulig å gjennomføre masterstudiet. Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Trondheim, 01.04.2014

Egil Wilhelmsen

## SAMMENDRAG

Ettervern blir ofte oppfattet som en kritisk fase i rusbehandling. Denne studiens formål er å undersøke: *Hvilke erfaringer har brukere som har gjennomført klinikkbehandling for rusavhengighet med ettervernsfasen, og hva mener de et godt ettervern bør inneholde?* Dette spørsmålet utgjør også studiens problemstilling. Slike brukererfaringer kan danne et nyttig kunnskapsgrunnlag for hjelpeapparatet når det skal utformes et helhetlig ettervern. Studien bygger på kvalitative forskningsintervju av fem brukere som ble strategisk utvalgt fra to døgnklinikker i Midt-Norge. Alle intervjuene ble analysert med metoden systematisk tekstkondensering.

Studiens funn viser at brukerne hadde utbytte av poliklinisk individualterapi og gruppeterapi, telefonoppfølging og planlagte reopphold ved klinikkene. Videre bekrefter funnene at et rusfritt bomiljø og aktiviteter på dagtid er viktig for å kunne opprettholde rusfrihet. Fysisk trening ble trukket frem som en viktig faktor som fyller tomrommet som oppstår etter oppgivelsen av ruslivet. Nærfamilien representerer en betydningsfull hjelp og støtte, men samtidig viser det seg å være flere utfordringer knyttet til det å skaffe seg et rusfritt vennenettverk. Brukerne mener det er avgjørende å ha et *grundig og skjerpet fokus* under hele rehabiliteringsprosessen. For å lykkes må man ha en helhjertet innstilling og gi rehabiliteringsarbeidet førsteprioritet. Et annet interessant funn er hvordan samtlige brukere anvender *konsekvensoverveielser* for å overvinne russug. De reflekterer over hva som ødelegges dersom de begynner å ruse seg igjen. Studiens samlede resultater har gitt verdifull innsikt i hvordan brukerne oppfatter ettervernet og mestrer den rusfrie hverdagen.

Nøkkelord: rusbehandling, ettervern, brukererfaringer, skjerpet fokus, konsekvensoverveielser

## ABSTRACT

Aftercare is often perceived as a critical phase in substance abuse treatment. The objective of the study is to examine: *What experiences have users who have completed inpatient substance abuse treatment with the aftercare phase, and what do they consider should be included in a good aftercare program?* This question represents the study's research thesis. Users' experiences may form a useful knowledge base for the professional helpers when a comprehensive aftercare program is going to be designed. The study is based on qualitative research interviews with five users strategically sampled from two inpatient facilities in the central region of Norway. All the interviews were analyzed with the method systematic text condensation.

The study's results show that the users had advantage of outpatient individual therapy and group therapy, telephone-based follow-up and a second scheduled inpatient program at the clinics. Furthermore, the findings confirm that a drug-free living environment and daytime activities are important for maintaining abstinence. Physical exercise was emphasized as an important factor that fills the void after ending the addictive lifestyle. The closest family represents a significant help and support, at the same time it turns out to be a number of challenges related to establishing a drug-free network of friends. The users believe it is crucial to have a *thorough and sharpened focus* during the whole rehabilitation process. In order to succeed they must have a determined attitude and prioritize the rehabilitation efforts. An interesting finding is how all users are applying *consequence reflections* to overcome craving. They reflect on what will go wrong if they start using drugs again. The study's overall results have provided valuable insight into the users' aftercare experiences and how they cope with the drug-free life.

Key words: substance abuse treatment, aftercare, users' experiences, sharpened focus, consequence reflections

# INNHold

<b>Forord</b> .....	<b>I</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>II</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>III</b>
<b>Innhold</b> .....	<b>IV</b>
<b>1. Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1 Utviklingstrekk ved behandlingstilbudet for rusavhengige .....	1
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål .....	3
1.3 Begrepsavklaringer .....	4
1.4 Oppgavens struktur .....	5
<b>2. Tidligere forskning med relevans til ettervern</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Oppgavens teoretiske rammeverk</b> .....	<b>10</b>
3.1 Perspektiver på utvikling og etablering av rusavhengighet .....	10
3.1.1 Nevrobiologiske forklaringer .....	11
3.1.2 Psykologiske forklaringer .....	12
3.1.3 Sosiokulturelle forklaringer .....	13
3.2 Perspektiver på tilbakefall til rusmisbruk .....	14
3.3 Styrking av helse, mestring og makt .....	16
3.3.1 Salutogenese .....	16
3.3.2 Self-efficacy .....	18
3.3.3 Empowerment .....	20
3.3.4 Brukermedvirkning i rusbehandling .....	21
3.4 Sosialt nettverksarbeid med rusavhengige .....	22
3.5 Fysisk aktivitet som terapi mot rusavhengighet .....	23
3.6 Den betydningsfulle behandlingsrelasjonen .....	24
<b>4. Metode</b> .....	<b>26</b>
4.1 Valg av metode .....	26
4.2 Forskerens forforståelse .....	28
4.3 Det kvalitative forskningsintervju .....	28
4.4 Utvalg .....	29
4.5 Gjennomføring av intervjuene .....	30
4.6 Transkribering .....	31

4.7	Dataanalyse .....	32
4.8	Forskningsetiske overveielser .....	34
4.9	Diskusjon og kritikk av metode .....	37
<b>5.</b>	<b>Presentasjon og drøfting av funn .....</b>	<b>40</b>
5.1	Behandlingstilbud og oppfølgingstiltak .....	40
5.1.1	Læring fra klinikkbehandlingen .....	40
5.1.2	Behandlingstilbud i ettervernsfasen .....	42
5.1.3	Oppfølgingstiltak i ettervernsfasen .....	45
5.2	Samarbeid med hjelpeapparatet .....	47
5.2.1	Samarbeidet med de profesjonelle hjelperne .....	47
5.2.2	Betydningen av egen innflytelse på ettervernstiltakene .....	49
5.2.3	Ansvarsgrupper og individuell plan .....	51
5.3	Sosialt liv og aktivitet i hverdagen .....	52
5.3.1	Den viktige støtten fra nærfamilien .....	52
5.3.2	Utfordringer knyttet til etablering av nytt rusfritt nettverk .....	54
5.3.3	Komplikasjoner med å ha bopel i et rusbelastet bomiljø .....	56
5.3.4	Betydningen av et aktivitetstilbud på dagtid .....	57
5.3.5	Fysisk trening fyller tomrommet .....	59
5.4	Mestring av det nye rusfrie livet .....	60
5.4.1	Målsettinger og oppgaver som bidrar til rusfrihet .....	60
5.4.2	Faktorer som styrker selvfølelsen og mestringsevnen .....	61
5.4.3	Ny motivasjon til å hjelpe andre .....	63
5.4.4	Erfaringer med tilbakefall til rusmisbruk .....	64
5.4.5	Strategier for mestring av russug .....	65
5.5	Meninger om hva et godt ettervern bør inneholde .....	66
5.5.1	Viktig innhold i ettervernet .....	66
5.5.2	Hva kan bli bedre? .....	67
<b>6.</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>68</b>
6.1	Sammenfattende konklusjoner og drøftinger .....	68
6.1.1	Den kritiske perioden rett etter utskrivning fra klinikken .....	68
6.1.2	Virkningsfulle behandlingstilbud i ettervernsfasen .....	69
6.1.3	Et velfungerende samarbeid bidrar til å sikre et godt ettervern .....	70
6.1.4	Tilgang til et godt sosialt nettverk utgjør en uvurderlig ressurs .....	71

6.1.5	Nødvendigheten av et rusfritt boalternativ og et godt aktivitetstilbud .....	72
6.1.6	Et grundig og skjerpet fokus .....	73
6.1.7	Bygging av selvfølelse og mestringstillit .....	74
6.2	Implikasjoner for praksisfeltet .....	75
6.3	Forslag til videre forskning .....	76
6.4	Konklusjon .....	77
<b>7.</b>	<b>Litteratur</b> .....	<b>78</b>
<b>8.</b>	<b>Appendiks</b> .....	<b>84</b>
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring .....	85
	Vedlegg 2: Intervjuguide .....	89
	Vedlegg 3: Vedtak fra REK.....	93
	Vedlegg 4: Tilbakemelding fra NSD .....	95



# 1. INTRODUKSJON

Denne studien setter søkelyset på ettervernsfasen i rusbehandling. Mange rusavhengige gjennomfører langvarig behandling i døgnklinikk for sine rusproblemer. Etter utskrivning fra døgnklinikk flytter pasientene tilbake til sine egne leiligheter i hjemkommunene, mens andre velger å etablere seg i nye kommuner. Etter pasientene er utskrevet, har både rusklinikken og hjemkommunen et ansvar for videre oppfølging og ettervern. Viktige oppgaver for hjelpeapparatet er å tilrettelegge for mestring av bolig, arbeid/annen dagaktivitet, økonomi, sosialt nettverk, fritid, russug etc. Jeg har selv flere års arbeidserfaring fra både behandlingskollektiv for rusavhengige og den kommunale sosialtjenesten. Mitt inntrykk er at mange brukere greier å holde seg rusfrie under størsteparten av klinikkoppholdet, men når de flytter ut til sine egne leiligheter, møter de en rekke utfordringer som ofte blir vanskelig å håndtere. Ettervernsfasen oppleves av de fleste som svært kritisk og man ser her ofte tilbakefall til rusmisbruk.

I Meld. St. 30 (2011-2012) leser vi at overgangen fra statlig klinikkbehandling til kommunale tjenester skaper for mange brukere brudd i behandlingen. Brukerne opplever hjelpetilbudet i rusbehandlingen som fragmentert, og det er manglende samhandling både innenfor og mellom sektorer og forvaltningsnivåer. For at brukerne skal være i stand til å ha en god progresjon i sine behandlingsløp, er det avgjørende at spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenesteapparatet har etablert gode samarbeidsrutiner og er aktive både i forkant av og under ettervernsfasen. Videre blir det viktig at brukerne selv forberedes på hvilke vanlige problemstillinger man møter i perioden etter klinikkutskrivning slik at disse kan mestres på en best mulig måte.

Formålet med studien er å undersøke positive og negative erfaringer brukerne har med ettervernsfasen og hva de selv mener et godt ettervern bør inneholde. Brukererfaringene gir verdifull innsikt i hvordan brukerne oppfatter ettervernet og mestrer den rusfrie hverdagen.

## 1.1 UTVIKLINGSTREKK VED BEHANDLINGSTILBUDET FOR RUSAVHENGIGE

I de senere årene er det gjennomført omfattende omstruktureringer av tjenestetilbudet for rusavhengige. Dette har virket inn på det kommunale og fylkeskommunale så vel som det

statlige ansvarsområdet for behandling og oppfølging av personer med rusmiddelavhengighet. Da rusreformen ble gjennomført i 2004, ble ansvaret for de fylkeskommunale tiltak for rusmiddelmissbrukere overført til staten ved de regionale helseforetakene. Målet var å rydde opp i ansvarsforholdet mellom stat og fylkeskommune for å sikre et godt helsefaglig tilbud til rusmiddelmissbrukerne. Fra å være hjemlet i sosialtjenesteloven ble tjenestene for rusavhengige flyttet over til spesialisthelsetjenesteloven. De rusavhengige fikk nå rettigheter til behandling og tjenestene fikk betegnelsen ”tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk” (TSB). I TSB er intensjonen å integrere det medisinskfaglige, psykologfaglige og det sosialfaglige perspektivet (Lundberg, 2012).

Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007-2012) inneholdt ulike mål og satsningsområder for rusfeltet. Der var det nedfelt at kommunens oppfølgingsarbeid skulle styrkes og det skulle opprettes flere behandlingssplasser innen tverrfaglig spesialisert behandling. I Meld. St. 30 (2011-2012) evaluerer Helsedirektoratet resultatene fra Opptrappingsplanen. Vi ser der at stadig flere kommuner har mottatt tilskudd til kommunalt rusarbeid. Kommunale satsningsområder videre fremover er tilrettelagte og varige botilbud med nødvendige oppfølgingstjenester i bolig og meningsfull aktivitet/arbeid. I TSB er kapasiteten gradvis styrket. Det er imidlertid behov for å se på tjenestene innenfor helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten som en helhet, samt finne ut hvordan de kan samarbeide best mulig for at pasientene skal få et helhetlig behandlingstilbud.

Samhandlingsreformen, St.meld. nr 47 (2008-2009) startet 1. januar 2012 og vil ha en gradvis gjennomføring. Gjennom denne reformen ønsker regjeringen å få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen og gi flere oppgaver til kommunene ved å flytte helsetjenester nærmere der folk bor. I tråd med samhandlingsreformen ble kommunal medfinansiering og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innført fra 2012. I første omgang omfatter de økonomiske virkemidlene ikke pasienter med psykiske lidelser eller rusavhengighet, men regjeringen tar like fullt sikte på en gradvis innføring av disse virkemidlene for psykisk helsevern og rusbehandling så snart det lar seg gjennomføre. Dette innebærer at kommunene må styrke og utvide sitt behandlingstilbud. I forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen trådte den nye helse- og omsorgstjenesteloven (2011) i kraft fra 1. januar 2012. Loven gir kommunen ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester for personer som oppholder seg i kommunen. Ifølge § 3-1 omfatter dette alle pasient- og brukergrupper, også personer med rusmiddelproblem. Det er imidlertid store variasjoner mellom kommunene av eksisterende tilbud og tjenester for rusavhengige, og det er store variasjoner i hvordan tjenestene er organisert. Rushelsearbeidet kan for eksempel

være organisert under NAV, det kan være en del av det psykiske helsearbeidet, det kan være organisert som en egen rustjeneste eller som en del av oppsøkende og hjemmebaserte tjenester (Ytrehus, 2012).

I samhandlingsreformen videreføres fokuset på at brukervedvirkning og arbeid med individuell plan (IP) vil kunne bidra til god behandling og samhandling. Både brukervedvirkning og IP er lovpålagte rettigheter som er hjemlet i den reviderte pasient- og brukerrettighetsloven (1999). I § 3-1 fremgår det at pasienter og brukere har *rett til å medvirke* ved valg og gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med tjenestemottaker. God behandling innebærer at pasienten opplever autonomi og har medbestemmelse på innholdet i behandlingsopplegget. IP kan medvirke til at denne medbestemmelsesretten blir ivaretatt. Både spesialisthelsetjenesten og kommunen har ansvar for at brukere med behov for langvarige og koordinerte tilbud får utarbeidet IP (Meld. St. 30 (2011-2012)).

I løpet av de siste årene har det åpenbart skjedd mye innenfor rusfeltet som har fått konsekvenser for de rusavhengiges behandlingstilbud. Vi står fortsatt midt i implementeringen av lovendringer og politisk styrte reformer som i nær fremtid vil få betydning for både pasienter og ansatte innenfor rusfeltet. For rusfeltet innebærer dette en epoke med både krevende omstillingstiltak og spennende forbedringsmuligheter. Dette vil i høyeste grad også virke inn på organiseringen av ettervern for rusavhengige.

## **1.2 PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL**

Det er ofte en klar sammenheng mellom psykiske lidelser og rusproblemer. På den ene siden vil et langvarig rusmisbruk ofte medføre psykiske vansker, motsatt kan også psykiske helseproblemer utløse rusproblemer. Det er påvist vesentlig komorbiditet mellom rusavhengighet og psykiske lidelser. Depresjon, angstlidelser, affektive lidelser, ADHD og personlighetsforstyrrelser forekommer hyppig. Skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler er en vesentlig del av begrunnelsen for nesten halvparten av akuttinnleggelsene på psykiatrisk avdeling i Norge i dag (Kronholm, 2012). Når vi vet at mange sliter med en slik dobbelproblematikk, vil det være viktig at hjelpeapparatet kartlegger både pasientenes psykiske helsetilstand og rusmiddelbruk. Psykisk helsearbeid og rusarbeid har dessuten flere fellestrekk når det gjelder faglig og praktisk tilnærming, spesielt med tanke på oppfølging

etter institusjonsopphold. Studiens problemstilling er således høyst relevant for teori og praksis innenfor psykisk helsearbeid.

Studiens problemstilling er: *Hvilke erfaringer har brukere som har gjennomført klinikkbehandling for rusavhengighet med ettervernsfasen, og hva mener de et godt ettervern bør inneholde?* I forlengelsen av problemstillingen fokuseres det på fem forskningsspørsmål:

- Hvilke erfaringer har brukerne med ulike behandlingstilbud og oppfølgingstiltak?
- Hvordan fungerer samarbeidet mellom brukerne og hjelpeapparatet?
- Hvilke erfaringer har brukerne med sosialt liv og aktivitet i hverdagen?
- Hvordan opplever brukerne egen mestring av det nye rusfrie livet?
- Hva mener brukerne et godt helhetlig ettervern bør inneholde?

Siktemålet er å belyse både brukernes behandlingserfaringer så vel som deres mestring av det nye rusfrie livet i ettervernsfasen.

### 1.3 BEGREPSAVKLARINGER

Her vil jeg klargjøre hvordan jeg forstår og definerer begrepene som er brukt i studiens problemstilling.

**Brukere/Pasienter:** Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 1-3 defineres pasient som en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp. Med bruker menes en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp. Innenfor spesialisthelsetjenesten brukes vanligvis begrepet pasient, mens den kommunale oppfølgingstjenesten anvender brukerbegrepet i større grad. Deltakerne i denne studien er mottakere av både helsetjenester og kommunale oppfølgingstjenester, derfor vil begge begrepene bli benyttet. I tillegg omtales de som studiens informanter og deltakere.

**Klinikkbehandling:** Rusbehandling i døgnklinikk. Lengden på behandlingsoppholdet som tilbys av klinikkene varierer, men i denne studien er varigheten på hvert enkelt opphold mellom tre til fire måneder.

**Rusavhengighet:** Rusavhengighet defineres her som gjentatt, tvangsmessig inntak eller bruk av rusmidler på tross av negative konsekvenser for brukerens helse, yrke og sosiale liv (Jellestad, 2012).

**Ettervern:** Behandling, oppfølging og støtte som ytes av hjelpeapparatet (herunder statlig spesialisthelsetjeneste, kommunal oppfølgingstjeneste og private tiltak) i perioden etter at brukeren er utskrevet fra rusbehandling i døgnklinikk.

**Ettervernsfasen:** Etter klinikkbehandlingen flytter vanligvis brukeren tilbake til sin egen bolig i hjemkommunen. Her starter ettervernsfasen hvor de fleste brukere fremdeles er mottakere av ulike behandlings- og oppfølgingstiltak. Denne fasen inkluderer også brukerens mestring av hverdagen og det nye rusfrie livet.

## 1.4 OPPGAVENS STRUKTUR

Oppgaven er inndelt i seks kapitler. Det første kapitlet er en introduksjon hvor studiens tema, formål, problemstilling, forskningsspørsmål og begreper i problemstillingen spesifiseres. Her presenteres også en gjennomgang av utviklingstrekk ved behandlingstilbudet for rusavhengige samt en beskrivelse av oppgavens struktur. I kapittel to gjennomgås tidligere forskning som har relevans til ettervernsfasen. Kapittel tre inneholder studiens teoretiske rammeverk. Her berøres teoretiske perspektiv på utvikling av rusavhengighet og tilbakefall til rusmisbruk. Ulike teorier som fremmer helse, mestring og makt gjennomgås: salutogenese, self-efficacy (mestringstillit), empowerment og brukermedvirkning. Derneft betraktes teorier om sosialt nettverksarbeid, fysisk aktivitet som terapi og betydningen av behandlingsrelasjonen. Kapittel fire omhandler studiens metodiske utforming hvor valg av metode, utvalg og datainnsamlingsverktøy begrunnes. Videre beskrives forskerens forforståelse, gjennomføring av intervjuene, transkriberingsprosedyrer og dataanalyse. Til slutt diskuteres forskningsetiske problemstillinger og anvendt metode. I det femte kapitlet presenteres og drøftes studiens funn. Funnene inndeles i fem kodegrupper hvor hver hovedgruppe har fått egne subgrupper. Resultatene blir drøftet i lys av tidligere forskning og studiens teoretiske perspektiv. Det sjette og siste kapitlet starter med en sammenfattende konkludering og drøfting av studiens resultater, etterfølges av implikasjoner for praksisfeltet og avsluttes med forslag til videre forskning.

## **2. TIDLIGERE FORSKNING MED RELEVANS TIL ETTERVERN**

Her vil jeg gå igjennom noen forskningsprosjekt som har relevans til studiens tema og problemstilling. Litteratursøk er gjort i ulike databaser: BibSys, Google, Google Scholar, ScienceDirect, Cinahl, PsykINFO, Medline, SveMed+ og Idunn. Følgende søkeord med ulike kombinasjoner er blant annet brukt: Narkotika, alkohol, rus, oppfølging, ettervern, rehabilitering, rusbehandling, rusmisbruk, rusavhengighet, drogmisbruk, droger, drugs, alcohol, substance abuse, rehabilitation, treatment, aftercare, posttreatment, recovery og relapse. Søkeprosessen har foregått kontinuerlig gjennom studien. Noen få norske undersøkelser er funnet, men samtidig ser man at det foreligger en større mengde utenlandske studier som tar for seg ettervernsproblematikk ved rusbehandling.

Nordfjærn, Rundmo og Hole (2010) gjennomførte en kvalitativ intervjuundersøkelse som satte søkelyset på hvordan pasienter med stoffavhengighet oppfattet sin behandling og bedring. 13 informanter ble strategisk utvalgt fra fem institusjoner og en poliklinikk. 7 av disse hadde fullført behandlingen, mens 6 hadde falt fra før behandlingsopplegget var avsluttet. Der fant man at terapeutiske relasjoner som er preget av gjensidig respekt, forståelse og tilgjengelighet ble oppfattet som viktig i behandlingen. Vedvarende utskiftninger av behandlingsstaben fikk imidlertid pasientene til å føle seg usikre og ute av stand til å etablere adekvate behandlingsrelasjoner. Forskerne fant også andre faktorer som er relevante for ettervernsfasen. Pasientene mente det var viktig å få tilrettelagt en god boligsituasjon og å unngå rusbelastede sosiale nettverk. En god boligsituasjon ble for dem en trygg ramme som hjalp dem med å holde seg rusfrie. Poliklinisk rådgivning og hyppig telefonkontakt med ansatte etter institusjonsoppholdet ble vurdert som positive tiltak. Å ha mulighet til å ringe institusjonen var hjelpsomt når pasientene ble fristet til å ruse seg eller opplevde psykososiale vansker. Evnen til å dele problemer og følelser med betydningsfulle andre ble også sterkt forbedret. Noen pasienter rapporterte samtidig at omfattende psykologiske symptomer fortsatt var til stede etter behandlingen. Av den grunn påpeker forskerne at det er behov for kompetanseheving og større integrering av psykiatriske tjenester i rusbehandling. Forskerne sier avslutningsvis at det er gjennomført bare et fåtall studier med kvalitative metoder som undersøker hvordan pasienter oppfatter behandling og bedring av stoffavhengighet. Jeg har heller ikke funnet mange studier utført med kvalitative metoder som søker å avdekke hvilke erfaringer brukere har med ettervernsfasen i rusbehandling.

Godley, Coleman-Cowger, Titus, Funk og Orndorff (2010) utførte en randomisert kontrollert studie av telefonisk oppfølgingsarbeid som inkluderte 104 voksne pasienter som var utskrevet fra et rehabiliteringssenter i Illinois. Analysene viste at det var dobbel sannsynlighet for at gruppen som ble fulgt opp med regelmessig telefonkontakt ville motta kontinuerlig oppfølging enn kontrollgruppen. Det var også en signifikant reduksjon i misbruks- og avhengighetssymptomer hos de som ble oppfulgt med telefonsamtaler.

Som et ledd i et utviklingsprosjekt om brukererfaringer i tverrfaglig spesialisert avhengighetsbehandling, har Dahle og Iversen (2011) gjennomført 13 kvalitative pasientintervjuer hvor man søkte kunnskap om hva pasientene opplever relevant og viktig i behandlingstilbudet. Pasientene snakket mye om oppfølgingen etter utskrivning av institusjon, og det er her de fleste har opplevd at det har sviktet tidligere. De poengterte at det var viktig å ikke bli overlatt til seg selv, men at de burde få et godt støtteapparat rundt seg. Det var flere praktiske ting pasientene ønsket hjelp med fra institusjonen. Eksempler på dette var hjelp til å skaffe leilighet, utfylling av skjemaer, oppfølging av medisiner og økonomisk rådgivning. Informantene gav også uttrykk for at det er store utfordringer i forhold til oppfølgingen mellom ulike omsorgsnivå.

I en intervjuundersøkelse med 40 klienter fra fire ulike institusjoner i Sverige, søkte Von Greiff og Skogens (2012) å belyse hvilke faktorer klienter beskriver som viktige for å initiere en forandringsprosess og for å unngå tilbakefall til misbruk. Der fant man at støttefunksjonen i det sosiale nettverket har stor betydning for at klientene skal mestre å holde seg rusfrie. Noen beskrev at familierelasjonene hadde blitt sterkere, noe som gav både trygghet og ansvarsfølelse. Klientene vurderte det også som betydningsfullt å bryte med den gamle omgangskretsen og å finne en ny sosial samhörighet. I tiden rett før behandlingsoppstart beskrev de den sosiale støtten fra familien som betydningsfull, mens i behandlingsfasen ble også venner og arbeidskamerater inkludert. Forfatterne tolket dette som at nære familiefaktorer er spesielt avgjørende for å initiere forandring, men når denne fasen er over, vil bredere former for støtte fra omgivelsene være viktig. Flere klienter påpekte at personalet var viktige for endringsprosessen. Kunnskapen som ble formidlet under behandlingen ble av noen opplevd å være til stor hjelp.

Gjennom en intervjuundersøkelse av 70 personer under recovery fra rusavhengighet i Skottland, identifiserte McIntosh og McKeganey (2000) brukerstrategier som reduserte risikoen for tilbakefall. De to strategiene som ble brukt mest var å unngå tidligere rusnettverk og rusvenner, og å utvikle nye rusfrie aktiviteter og relasjoner. Informantene oppga videre at

nye aktiviteter og venner fikk dem til å føle seg som nyttige bidragsytere til samfunnet, samt at det ga livet ny verdi, mening, hensikt og fremtidshåp.

I en review-artikkel om mestringstillitens rolle i behandlingen av ruslidelser, hevder Kadden og Litt (2011) at kognitiv atferdsterapi, motiverende intervju, 12-trinnsmodellen og deltakelse i AA-grupper (Anonyme Alkoholikere) bidrar til å øke klientenes mestringstillit. Å uttrykke tro på klientens evne til å gjennomføre forandring fremmer klientens opplevelse av mestringstillit. Studier viser at den sosiale støtten man opplever i AA-gruppene gir klienten en sterkere mestringstillit og kan forebygge tilbakefall.

Kristiansen og Vederhus (2005) gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse av pasienter som begynte i selvhjelpsgruppe i forbindelse med rusbehandling. Det var en åpen klinisk studie uten kontrollgruppe. Respondentene ble utvalgt fra A-klinikken Kristiansand. Alle pasientene som deltok i undersøkelsen var med i AA/NA-grupper (Anonyme Alkoholikere/Anonyme Narkomane). Undersøkelsestidspunktet var i gjennomsnitt to år etter oppstart i selvhjelpsgruppe. 75 pasienter svarte på spørreundersøkelsen. 43 pasienter deltok fremdeles regelmessig i selvhjelpsgruppene. Av disse svarte 35 pasienter at de var rusfrie. Studien viste dermed at det var signifikant samvariasjon mellom regelmessig deltakelse i selvhjelpsgruppe og rusfrihet. Ved logistisk regresjonsanalyse fant man at det var 12,6 ganger større odds for rusfrihet for dem som deltar regelmessig enn for dem som ikke deltar i selvhjelpsgruppe. Forskerne konkluderer med at helsepersonell trolig bør anbefale ruspasienter å delta i selvhjelpsgrupper som en del av behandlingen.

Forsøk med høgskole- og universitetssosialkontor i Agder-regionen organiserte en intervjuundersøkelse av kommunalt ansatte med ansvar for ettervernsarbeid i seks Agder-kommuner (Andreassen et al., 2009). Gjennom undersøkelsen ønsket man å se nærmere på hva som finnes av ettervern etter endt institusjonsbehandling. Det kom fram at kommunene ikke hadde en klar definisjon på ettervern. De brukte i stedet andre ord som: oppfølging, prosessjobbing, individuelle samtaler, boteam, ansvarsgruppe og individuell plan. Prosjektgruppa stiller spørsmål ved hvordan brukerne kan vite hva som finnes av tjenestetilbud når kommunenes definisjon av ettervern er så uklar. De fant også at de fleste kommunene starter ettervernet etter endt institusjonsbehandling, men at de egentlig ønsket å starte tidligere.

Lorentsen og Berge (2006) gjennomførte en kvalitativ intervjuundersøkelse om brukeres erfaringer og synspunkter fra arbeid med individuelle planer. 38 personer inngikk i undersøkelsen, og informantene ble rekruttert fra ulike grupper, alt fra funksjonsnedsettelse og kognitiv svikt til psykiatrisk lidelse, rus- og atferdsproblemer. Undersøkelsen viste at



arbeid med IP representerte for flertallet en tilnærming som kan fremme indre drivkrefter, egen mestring og deltakelse i samfunnet. Det var imidlertid ikke bare positive brukererfaringer med IP som ble rapportert. Mange etterlyste informasjon og opplysninger om IPs muligheter og begrensninger, rettigheter og plikter. De svakeste punktene i arbeidet med IP så ut til å være oppfølging av planen i etterkant samt gjennomføring av tiltakene som er bestemt. At målene i planen bygger på hva brukerne selv mener er viktig å oppnå, opplevdes som helt avgjørende i planarbeidet.

Mye av den forskningen som er funnet og presentert her handler om *behandlingstilbudet* for rusavhengige hvor problemstillinger fra både klinikk og poliklinikk er inkludert. Andre studier har et mer avgrenset fokus, slik som forebygging av tilbakefall, mestringstillit, selvhjelpsgrupper, kommunalt ettervernsarbeid eller individuell plan. Denne studien har derimot en eksplorativ tilnærming hvor man søker å få en helhetlig innsikt i brukererfaringer med ettervernsfasen. Dette inkluderer så vel behandlingserfaringer som egne mestringserfaringer hjemme etter fullført klinikkbehandling. Ettersom jeg ikke har funnet noen norske studier som har et slikt helhetlig fokus på ettervern, virker det å være behov for forskning på dette temaet.

### **3. OPPGAVENS TEORETISKE RAMMEVERK**

Oppgavens teoretiske ramme er satt sammen på grunnlag av studiens tema og problemstilling. Det teoretiske fundamentet vil derfor kobles mot og ha relevans til ettervernsfasen i rusbehandling. Først presenteres teoretiske perspektiv på utvikling av rusavhengighet og tilbakefall til rusmisbruk. I tillegg ønsker jeg å ta med teorier som fremmer helse, mestring og makt: salutogenese, self-efficacy (mestringstillit), empowerment og brukermedvirkning. Deretter inkluderer jeg teori om sosialt nettverksarbeid og fysisk aktivitet som terapi. Avslutningsvis berøres noen perspektiver på behandlingsrelasjonen.

#### **3.1 PERSPEKTIVER PÅ UTVIKLING OG ETABLERING AV RUSAVHENGIGHET**

Mennesker har forskjellig forhold til rusmidler og ulik opplevelse av hva som er et problematisk eller uproblematisk bruk. Alkohol er det vanligste legale rusmidlet i Norge. Det antas at 90 prosent av den voksne befolkningen drikker alkohol. Jo mer en person drikker, desto større sjanser er det for å utvikle både kortsiktige og langsiktige skader (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Bruk av vanedannende medikamenter som utskrives av leger skaper også avhengighet for mange pasienter. Enkelte mennesker utvikler etter hvert et hyppig og ukontrollert rusbruk, og det kan omfatte bruk av både det som oppfattes som lovlige og ulovlige rusmidler. Til slutt kan det oppstå en avhengighet av rusmidler som blir svært vanskelig å håndtere for så vel individet selv som familien og det øvrige nettverket.

Diagnosesystemet ICD-10, som er det offisielle diagnosesystemet som brukes i det norske helsevesenet, skiller mellom skadelig bruk og avhengighet. Skadelig bruk er knyttet til fysisk og psykisk helseskade forårsaket av rusmiddelmissbruk. ICD-10 omtaler avhengighet som et syndrom og diagnosen kan settes dersom tre av følgende seks kriterier er oppfylt: sterk lyst eller følelse av tvang til å innta rusmidlet, problemer med å kontrollere inntaket av rusmidlet, fysiologisk abstinensstilstand dersom bruken av rusmidlet reduseres eller opphører, toleranseutvikling, likegyldighet overfor andre gleder eller interesser og opprettholdelse av rusmiddelbruken til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser (Fekjær, 2009).

For å kunne forstå hvordan rusavhengighet oppstår og opprettholdes, er det nyttig å sette seg inn i ulike teorier som søker å forklare fenomenet. Vi skal nå se nærmere på de tre mest tradisjonelle perspektivene: det neurobiologiske, det psykologiske og det sosiokulturelle.

### 3.1.1 Neurobiologiske forklaringer

Nucleus accumbens har fått tilnavnet "hjernens belønningssenter". Alle rusmidler virker via denne kjernen i hjernen. Ved kort tids bruk utløser bruk av rusmidler en frigjøring av dopamin i området nucleus accumbens. Det er dopaminfrigjøringen som skaper en belønningsfølelse (Føyn & Shaygani, 2010). Når mengden og hyppigheten av rusmiddelbruken øker, overaktiviseres det sentrale belønningssystemet i hjernen ved at store mengder dopamin frigjøres. Dette gir en sterk læringseffekt ved at personen lærer å søke belønning gjennom rusmiddelbruk. Langvarig rusmisbruk vil føre til at hjernen nedjusterer frigjøringen av dopamin med den følge av at belønningsopplevelsen blir redusert. Rusmiddelmissbrukeren vil likevel fortsette å søke belønning gjennom rusmisbruk på grunn av at dette er innlært (Nesvåg, 2012). Man får dermed behov for større mengder av rusmidlet for å kunne oppleve ønsket effekt. Dette kan forklare hvorfor mange rusavhengige blir så desperate etter å få tak i store mengder av det rusmiddelet som misbrukes.

Rusmisbruk kan også bidra til å ødelegge endorfinsystemet, kroppens egne morfinstoffer. Endorfinene er biokjemiske substanser som blant annet gir følelse av velvære og lindrer smerte og stress. Haga (2012) skriver at langvarig bruk av kortvirkende opiat er som heroin og morfin, vil etter hvert føre til neurobiologiske forandringer i endorfinsystemet. På overflaten av cellene i systemet er det reseptorer som sender signaler inn i cellen om hvor aktiv den skal være. Hvis disse reseptorene blir stimulert lenge ved langvarig heroinbruk, tilpasser de seg slik at cellen ikke lenger fungerer godt nok uten ny stimulering. Dermed må man øke mengden heroin for å få samme virkning. Det er ved slike tilfeller man kan tilby substitusjonsbehandling med buprenorfin eller metadon. Denne typen legemiddelassistert behandling kan holde pasienten fri fra abstinenser, men substitusjonsmedikamentene vil likevel ikke reparere endringene i endorfinsystemet. Avhengighet av opioider opprettholdes og substitusjonsbehandlingen vil for de fleste ha et livslangt perspektiv.

### 3.1.2 Psykologiske forklaringer

Et tema som diskuteres er hvorvidt et menneske velger selv å anvende rusmidler, eller om rusbruken er determinert og styrt av faktorer som ligger utenfor dets rasjonelle fornuft. Brumoen (2007) hevder at både atferdspsykologi og psykodynamisk teori har beskrevet mennesket som determinert og mekanismestyrt. Gjennom den humanistiske psykologien er imidlertid denne forståelsen blitt myket opp ved at mennesket tiltros større evne til kognitive muligheter og valgfrihet.

Psykodynamisk teori fokuserer på ubevisste motiver og drivkrefter som styrer våre reaksjoner. Rusatferd kan være et uttrykk for slike ubevisste behov og følelser. Føyn og Shaygani (2010) peker på hvordan ritualisert rusatferd kan ha til hensikt å skape kontroll og dempe angst over det uoversiktlige indre livet for pasienten. Aggresjonsdriften er også en faktor som kan ligge til grunn for rusatferd. Utadrettet aggresjon ses ved at den rusavhengige ødelegger familierelasjoner, sin mulighet til å beholde arbeid og bolig, sin økonomi etc. Aggresjonen rettes innover ved at man ødelegger sin egen fysiske og mentale helse. En slik selvdestruktivitet handler om en ubevisst skyld- og skamfølelse som blir produsert av et sadistisk og strengt superego (Føyn & Shaygani, 2010).

Atferdspsykologien legger mindre vekt på indre mentale prosesser som tanker og følelser, men søker i stedet å forklare menneskelig atferd ved hjelp av faktorer i omgivelsene. Ifølge atferdspsykologisk teori styres mennesket av miljøet rundt seg. Miljøet kontrollerer atferd gjennom forsterkning, og forsterkning skjer enten i et indre fysisk miljø (nervesystemet) eller i et ytre. Forsterkning oppstår når responsen fra miljøet er så attraktiv at individet vil gjenta atferden for å få disse godene igjen. Eksempler på forsterkning ved rusmisbruk er opplevelse av å bli frisk eller eufori som følge av frigjøring av signalstoffer i hjernen. Rusavhengighet kan således forstås som en innlært vane som har etablert seg fordi rusmidler raskt og forutsigbart endrer stemninger fra vonde til gode (Brumoen, 2007).

Innen humanistisk psykologi forutsetter man at mennesket er i stand til å foreta frie og egendefinerte valg, handle ut fra egne målsettinger og styre sine handlinger (Brumoen, 2007). I tråd med det humanistiske perspektivet er det ikke oppvekstforholdene, miljøet og betingelsene rundt personen som har skylda for at det er utviklet et rusmisbruk. Rusproblemene betraktes heller ikke som en sykdom, men de uttrykker en livssituasjon som kan ramme alle mennesker. Det er den rusavhengige selv som har valgt å ruse seg og å fortsette med dette, og man mener at rusmiddelbrukeren også har mulighet til å velge å slutte med sitt rusbruk. Humanistisk psykologi representerer videre en tro på at mennesker er

kapable til å gjennomføre endring. Mennesket er i stand til å oppfatte, forstå og tolke sin situasjon, og på bakgrunn av denne fortolkningen, handler det. I behandlingssammenheng blir det viktig å tydeliggjøre de valgmulighetene klienten har (Haugsgjerd, Jensen, Karlson & Løkke, 2009).

Psykodynamisk teori, atferdspsykologi og humanistisk psykologi utgjør komplementære innfallsvinkler til hvordan man kan forstå rusavhengighet. På hvert sitt felt bidrar disse teoriene til en mer helhetlig innsikt i fenomenet.

### **3.1.3 Sosiokulturelle forklaringer**

Det sosiokulturelle perspektivet er sentralt i arbeidet med rusavhengige. Her legger man vekt på sammenhengen mellom individets sosiale rammer og utvikling av rusavhengighet.

Melin og Näsholm (1998) viser hvordan familieforhold og oppvekstvilkår påvirker livet også i voksen alder. Flere rusmisbrukere har vokst opp i et miljø der rus har vært en del av hverdagen. Mange mennesker som har levd under slike forhold, bestemmer seg senere for å leve annerledes enn det foreldrene har gjort. Når de senere i livet møter vanskelige situasjoner, er likevel bruk av rusmidler den vanligste modellen for problemløsning de har sett, innlært og internalisert. Å flykte eller å søke lindring via rusmidler kan derfor være et åpent eller skjult mønster som er overført og arvet fra foreldre til barn.

Nesvåg (2012) peker på hvordan mangel på anerkjennelse kan føre til smerte og savn, og at man gjennom rusmiddelbruk forsøker å dempe slike følelser. Etter som tiden går, kan rusmisbruket føre til ekskludering fra betydningsfulle sosiale nettverk som atter vil forsterke følelsen av manglende anerkjennelse. Dette kan til slutt resultere i at man både blir tiltrukket av og tvunget til å oppsøke fellesskap som misbruker rusmidler for å få dekt sitt behov for anerkjennelse og tilhørighet. Halvorsen (2012) påpeker at et av de viktigste temaene i AA-grupper er smerten ved ensomhet og isolasjon.

Halvorsen (2012) hevder at det er en kreativ kraft i det menneskelige fellesskap som kan være helende og helsebringende. På den andre siden inneholder dysfunksjonelle relasjoner negative krefter som kan gjøre oss syke og gi økt dødelighet. De gode relasjonene vi behøver for å kunne oppleve omsorg, tilhørighet, bekreftelse og respekt, brytes ned i rusmisbruk. Når det viktigste for rusavhengige er å kunne anskaffe seg det rusmidlet man er avhengig av, preges ofte rusrelaterte nettverk av løgner og bedrag. Når nettverket ligger i ruiner, oppleves livet så meningsløst at rusbehovet bare akselererer.

Rusrelaterte nettverk kan betraktes som en subgruppe den rusavhengige er en del av. Slike subgrupper har egne normer som styrer og regulerer betingelsene for livet til den rusavhengige. Om den rusavhengige opplever støtte for rusfrihet eller utsettes for press i retning av å ruse seg, har avgjørende betydning for hvordan vedkommende selv håndterer sitt rusmisbruk (Melin & Näsholm, 1998). Fyrand (2005) bekrefter at negative nettverk kan være svært tette og kontrollerende. I rusmisbrukermiljø kan det bli svært vanskelig for en person å oppføre seg annerledes på grunn av at det praktiseres sterke negative sanksjoner for atferdsavvik fra gruppens normer. For å kunne endre atferd må man ofte bryte totalt med slike miljø.

Rusavhengighet er et komplisert fenomen og vi har her sett på tre forklaringsmodeller til utvikling av rusavhengighet: nevrobiologisk, psykologisk og sosiokulturell. Det bør tas hensyn til alle disse perspektivene når man skal forstå og behandle rusavhengighet. De fleste institusjoner som driver rusbehandling i dag jobber ut fra en slik helhetsforståelse.

### **3.2 PERSPEKTIVER PÅ TILBAKEFALL TIL RUSMISBRUK**

Til tross for at mange rusavhengige har gjennomført omfattende behandlingsopplegg, ser vi likevel at flere får tilbakefall til rusmisbruk. Noen ganger kommer tilbakefallet svært overraskende på omgivelsene, spesielt når personen har vært rusfri lenge. Ofte vil det være en klar sammenheng mellom tilbakefall og faktorer som mangelfullt ettervern, problematisk boforhold, dysfunksjonelt nettverk, dårlig økonomi, lav mestringstillit og russug.

Russug er et intenst og sterkt behov for igjen å innta rusmiddelet som man har sluttet å bruke. Et slikt sug oppleves hyppig i begynnelsen av abstinensfasen, men kan også vedvare flere år etter at abstinensfasen er over. Biologisk er russug sannsynligvis et resultat av lav dopaminaktivitet. Psykisk er det en lært respons, opplevelsen av rusmiddelets positive effekt kombinert med hukommelsesbilder ("cues") fra omgivelsene. Slike hukommelsesbilder kan alene utløse russug og føre til tilbakefall. Subcorticale områder som hippocampus og amygdala er viktige strukturer for lagring av denne typen hukommelsesbilder (Jellestad, 2012). Det er i hippocampus de sosiale situasjonene knyttet til rusopplevelsene huskes, mens amygdala er stedet hvor de sterkeste følelsesmessige rusopplevelsene lagres. Flere områder av cortex er involvert i forsøk på å regulere rusimpulser fra hippocampus og amygdala. Ved tvangsmessig inntak av rus vil disse impulsene fra de subcorticale områdene overstyre cortex' forsøk på å regulere russuget. Dermed blir den russøkende atferden det viktigste for personen

(Føyn & Shaygani, 2010). Det er helt vanlig å oppleve russug etter man har sluttet å ruse seg. For å forebygge tilbakefall, vil det være viktig for brukerne å lære seg hvordan de kan håndtere russuget.

Sosiale faktorer som boforhold, arbeidsmuligheter og fritid vil naturligvis også ha innvirkning på om brukeren greier å unngå tilbakefall. Den hjelpen og støtten en bruker mottar i forhold til å mestre boligsituasjonen og hjemmemiljø vil være av stor betydning. Rusmisbruk blant andre i bomiljøet skaper utrygghet og kan utløse eget rusmisbruk. Boligbehovet må derfor klargjøres og tilrettelegges før brukeren skrives ut av institusjonen. I samråd med brukeren, blir dette et viktig fokusområde for den kommunale rushelsetjenesten (Ytrehus, 2012). Fast arbeid utgjør en struktur i tilværelsen, og for mange danner det et grunnlag for selvfølelse og identitet. For at brukeren skal kunne trives med den nye livssituasjonen, vil kartlegging av brukerens evne til å få eller beholde arbeid være nødvendig å gjennomføre (Melin & Näsholm, 1998). Engasjement i fritidsaktiviteter kan for mange innebære en erstatning og motkraft til de aktivitetene de var opptatt av da de ruset seg. Brukere som har hatt et langvarig og omfattende rusmisbruk, har som regel hatt store vanskeligheter med å utvikle sunne fritidsinteresser. For at et kommende rusfritt liv ikke skal oppleves grått og kjedelig, blir støtte til en rikere fritid en viktig del av rehabiliteringsarbeidet (Melin & Näsholm, 1998).

De færreste rusavhengige går fra et omfattende misbruk via et behandlingsopplegg til en permanent rusfri tilstand. Tilbakefall er snarere regelen enn unntaket i prosessen mot et rusfritt liv. Gjennom en analyse av en stor mengde studier fant Hunt, Barnett og Branch (1971) at omtrent 60 prosent av heroinavhengige, alkoholikere og røykere erfarte tilbakefall i løpet av de tre første månedene etter fullført behandling. Den største risikoen for tilbakefall var innenfor de tre første månedene etter behandlingsslutt, og det var ingen vesentlig forskjell mellom de tre avhengighetsområdene. Dette indikerer at man bør iverksette en forsterket oppfølgingsinnsats de første månedene etter behandlingsprogrammet er avsluttet.

Når tilbakefall skjer, er det avgjørende hvordan tilbakefallet bearbeides, og hvorvidt klienten tar med seg lærdommer fra rusepisoden som kan brukes konstruktivt i fremtiden. Ifølge Ettelt (2012) viser klinisk erfaring at ruspasienter i langt større grad bebreider seg selv for tilbakefall enn det eksempelvis pasienter med depresjon eller angst gjør når symptomene forverres. Man kan lett komme inn i en tankegang om at hvis man først har sprukket, kan man like gjerne kjøre løpet ut. Ettelt peker videre på at mange behandlere formidler en moralisme til pasienten etter tilbakefall som bidrar til at det blir vanskelig for pasienten å håndtere

hendelsen. Hun konkluderer med at pasientsamtalen etter et tilbakefall bør være empatisk og ikke-konfronterende, samt bidra til sette i gang refleksjoner og læring hos pasienten.

### **3.3 STYRKING AV HELSE, MESTRING OG MAKT**

Her presenteres noen teorier som har fokus på bedringsprosesser: salutogenese, self-efficacy (mestringstillit), empowerment og brukermedvirkning. Disse teoriene er spesielt aktuelle når man skal sette seg inn i hvordan rusavhengige kan bli i stand til å overvinne sine rusproblemer og mestre sine liv i ettervernsfasen.

#### **3.3.1 Salutogenese**

Begrepet salutogenese stammer fra sosiologen Aaron Antonovsky<sup>1</sup>. Salutogenese er satt sammen av de greske ordene *salus*, som betyr usårbarhet, å ha det bra eller lykke, og *genese* som betyr opphav til eller årsak til. Salutogenese kan således forstås som læren om hva som gir god helse. Fokus på hvilke faktorer som demper og fjerner ubehag samt at alle individer har generaliserte motstandsressurser er hovedorienteringen i salutogen forståelse (Brumoen, 2007). Eksempler på generelle motstandsressurser er egostyrke, sosial støtte, kulturell stabilitet og materiell trygghet. Slike motstandsressurser gir effektiv beskyttelse mot ulike stressfaktorer (Antonovsky, 2012).

Antonovsky (1996, 2012) hevder at det tradisjonelle medisinske sykdomsorienterte perspektivet er basert på tanken om at det er en grunnleggende dikotomi mellom friske og syke mennesker. Dette er ifølge Antonovsky et mindre hensiktsmessig utgangspunkt enn det han kalte kontinuumet mellom helse og uhelse. Salutogenese handler om å finne ut hvor på dette kontinuumet hvert enkelt menneske befinner seg. Det salutogene perspektivet søker å finne faktorer som fremmer bevegelse i retning av helseenden av kontinuumet. Ifølge den salutogene forståelsesrammen er ikke nødvendigvis stressfaktorer sykdomsfremkallende, men kanskje til og med helsebringende dersom spenningen stressfaktoren utløser kan oppløses på en tilfredsstillende måte.

---

<sup>1</sup> Aaron Antonovsky var en israelsk-amerikansk sosiolog som ble født i Brooklyn i 1923. Etter å ha tatt sin doktorgrad i sosiologi ved Yale University, emigrerte han til Israel i 1960. I sitt virke ved det medisinske fakultet ved Ben Gurion University of the Negev utviklet han sin teori om salutogenese (Antonovsky, 2012).



Antonovsky (1996, 2012) utviklet begrepet *opplevelse av sammenheng* (OAS) (eng. sense of coherence, SOC) som kjernen i svaret på det salutogene spørsmålet. OAS består av følgende tre komponenter:

- *Begripelighet* refererer til at personen forventer at fremtidige indre og ytre stimuli er strukturerte, forutsigbare, forståelige, og at de kan plasseres i en sammenheng.
- *Håndterbarhet* sier noe om hvilken grad personen opplever at man har tilstrekkelige ressurser til rådighet til å kunne håndtere kravene fra ulike stimuli og utfordringer.
- *Meningsfullhet* ses i sammenheng med livsområder som er viktige og som gir mening for en person. Det er livsområder som personen synes det er verdt å engasjere seg følelsesmessig i, ikke bare på det kognitive plan.

Disse tre komponentene er uløselig knyttet til hverandre og er alle nødvendige i OAS. I hvilken grad en person er i stand til å mobilisere mestring og motstandsressurser, avhenger av styrken på de tre komponentene samlet sett. Ifølge Antonovsky vil en person med sterk OAS befeste eller bedre sin helsetilstand gjennom vellykket spenningshåndtering.

Brumoen (2007) setter OAS-begrepene i sammenheng med vanestyrte rusatferd. *Begripelighet* handler om forståelse av hva som skjer når følelsen av russug dukker opp. *Håndterbarhet* er troen på egen evne til å mobilisere egne ressurser som løser problemet. Han hevder at en positiv erfaring med å håndtere en vanskelig situasjon påvirker troen på at nye situasjoner også kan håndteres. *Meningsfullhet* oppleves når en person betrakter problemet ut fra en meningsfull livssammenheng, eksempelvis betydningen av å ha en god relasjon til sin familie.

Av de tre komponentene i OAS vurderer Antonovsky (2012) meningsfullhet å være den mest sentrale og viktigste komponenten. Dersom en person opplever noe meningsfullt, åpnes veien opp for større begripelighet og håndterbarhet. Han utdyper videre at medbestemmelse danner grunnlaget for komponenten meningsfullhet. Et relevant spørsmål er om vi har hatt medbestemmelse i forhold til en konkret livsopplevelse og i løsningen av de problemene opplevelsen stiller oss ovenfor. Hvis andre bestemmer oppgavene, reglene og styrer utfallet for oss, reduseres vi til objekter. Verden blir meningsløs dersom vi erfarer at vi ikke har noe vi skulle ha sagt og at våre handlinger ikke har noen virkning. Opplevelse av meningsfullhet innebærer autonomi, medbestemmelse og ansvar.

### 3.3.2 Self-efficacy

Begrepet mestringstillit kommer fra det engelske begrepet *self-efficacy* som er essensielt i psykologen Albert Banduras<sup>2</sup> forskningsarbeid og forfatterskap. Bandura definerer self-efficacy slik: ”Perceived self-efficacy refers to beliefs in one’s capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments” (Bandura, 1997, s. 3).

Brumoen (2007) trekker ut noen sentrale sider ved Banduras teoretiske ståsted og forståelse av begrepet self-efficacy. Han slår fast at Bandura hele tiden har arbeidet innenfor en læringsteoretisk tradisjon, men Banduras prosjekt har i tillegg søkt å finne ut av i hvilken grad mennesket kan styre seg selv til tross for den styringen som skjer gjennom miljøet rundt personen. Han er opptatt av å sette mennesket som kognitivt vesen opp mot den deterministiske styringen og se hvilke muligheter det har. Bandura beskriver at mennesker styres av to forventninger: *efficacy beliefs* (mestringstillit) og *outcome expectations* (konsekvensforventninger). Efficacy beliefs er tro eller oppfatninger av seg selv, og begrepet hører hjemme i en kognitiv tradisjon. Outcome expectations er forventninger om en respons, altså en forsterkningsmekanisme. Dette begrepet stammer fra en atferdsanalytisk tradisjon.

En ”self-efficacious person” har, ifølge Brumoen (2007), tro på egen evne fordi denne evnen og handlekraften har hjulpet før og har hatt effekt. Denne erfaringen styrker personens mestringstillit og gir økt tro på egen evne. Når en person har lyktes med å mestre en krevende situasjon, gir dette økt mestringstillit slik at man også i neste vanskelige situasjon kan lykkes igjen. Høy mestringstillit kan for eksempel gi en person kontroll over trangen til å ruse seg. På den andre siden vil lav mestringstillit hindre en person i å starte et endringsarbeid i sitt liv og føre til at vedkommende fort gir opp ved motstand.

Psykiater Hans Olav Fekjær (2009) hevder at mestringstillit har blitt en sentral dimensjon å ta hensyn til i rusbehandling, og at det er påvist en positiv sammenheng mellom mestringstillit og resultater etter rusbehandling. Ifølge Fekjær kan svak mestringstillit føre til resignasjon og følelse av håpløshet. Det som i første omgang lett kan tolkes som manglende motivasjon hos rusklienter er ofte et uttrykk for sviktende tro på at endring er mulig. Mange rusklienter ønsker målet om rusfrihet, men manglende tro på egen mestringsevne gjør at de nærmest på forhånd har gitt opp å nå målet. For å fremme mestringstillit, bør hovedmålene deles opp i delmål som er mulige å nå. Å skape håp og å gi rusklienter positiv tilbakemelding

---

<sup>2</sup> Albert Bandura er en kanadisk psykolog født i 1925 som plasserer seg inn i den læringsteoretiske tradisjonen. Han har bidratt med å utvikle den kognitive læringstradisjonen til sosio-behaviorisme, sosial læringsteori og sosial kognitiv teori (Brumoen, 2007).

på mestring vil være viktige oppgaver for behandleren med tanke på å øke klientens mestringstillit (Fekjær, 2009). Bandura (1997) bekrefter at de fleste rusavhengige mangler tillit til egen evne å endre sin livsstil når de starter rusbehandlingen. De har en historie med mislykkede forsøk, og har dermed en tendens til å ensidig stole på at terapeutens metoder vil kunne fjerne de uønskede vanene de ikke har greid å overvinne på egen hånd. Mange blir derfor misfornøyde med å bli fortalt at terapeuten kan sørge for å veilede, men at de selv må være hovedagentene for sin egen endring. Personer som har dårlige opplevelser av egen mestringsevne, trenger erfaringer med framgang i behandlingen som overbeviser og fremmer mestringstilliten. Ellers kan det oppstå en fare for at tvilen på egen evne underminerer mulighetene til å opprettholde innsatsen som er nødvendig for å lykkes.

Bandura (1997) refererer til flere studier som illustrerer hvordan mestringstillit avgjør hvordan rusavhengige evner å gjenvinne kontroll over sine liv. Ved rusbehandling mener Bandura at det er nødvendig å adressere både klientens opplevelse av mestringstillit og konsekvensforventninger. Konsekvensforventninger handler om hvordan klienten vektet fordelene ved rusfrihet opp i mot de sosiale kostnadene som oppstår ved rusmisbruk. Ifølge Bandura må disse faktorene implementeres uavhengig av hvilken behandlingsmetode som velges. I tillegg må man søke å etablere og restrukturere støttefaktorer i miljøet slik at det kan skapes et tilfredsstillende og meningsfullt rusfritt liv. Undersøkelser viser at de som har støtte fra et rusfritt sosialt nettverk lykkes bedre med å være rusfrie enn de som opprettholder kontakten med rusavhengige venner. Et sosialt nettverk og fritidsaktiviteter som oppleves positivt, kan føre til at vekten tipper i retning av favør til rusfrihet når klienten vurderer konsekvensforventningene. Det vil være vanskelig å oppnå varige forandringer gjennom behandlingstilnæringer som kun søker å fjerne rusatferd, uten at det legges til rette for alternative opplevelser som erstatter de aktivitetene den rusavhengige tidligere var opptatt med. Den rusavhengige må kvitte seg med troen på at det er tilstrekkelig å kutte ut rusmisbruket, og samtidig fortsette å engasjere seg i de samme aktivitetene, med de samme menneskene som man gjorde da man ruset seg. Et bredt behandlingsprogram som legger vekt på flere sider av det nye rusfrie livet, vil være hensiktsmessig og øker sannsynligheten for at klientene lykkes med behandlingen (Bandura, 1997).

### 3.3.3 Empowerment

Det engelske begrepet empowerment<sup>3</sup> har utviklet seg til å bli et veldig populært konsept innenfor helse- og sosialfagene. Det er ikke lett å komme frem til en entydig norsk definisjon av begrepet. Ordet *power* har ikke bare en betydning, men kan oversettes med kraft, makt, myndighet og styrke. Ordet *empower* betyr å bemyndige, gi makt til og å sette i stand til. I helse- og sosialfaglig litteratur har empowerment noen ganger blitt oversatt med myndiggjøring. Det er flere aspekter og betydninger av begrepet, men ifølge Askheim (2007) uttrykker empowerment noe om at personer eller grupper som er i en avmaktsituasjon, skal opparbeide seg styrke og kraft til å komme ut av avmakten. De skal istandsettes til å motarbeide krefter som holder dem nede og få mer makt, kontroll og styring over egne liv.

Empowermentperspektivet inkluderer en så vel samfunnskritisk som individorientert tilnærming. Empowerment kan anvendes både i forhold til å endre ytre undertrykkende samfunnsmessige betingelser og til å vekke til live individets positive kjerne. Askheim (2007) hevder at empowermentarbeidet kjennetegnes ved et positivt menneskesyn hvor man tror at individet har ressurser, er ansvarsbevisst og vil handle til sitt eget beste hvis forholdene legges til rette for det. Fagpersonens oppgaver blir å medvirke til at klienten får bevissthet om sin egen situasjon og hva som kan gjøres for å endre den. Endringsprosessen skjer gjennom en herredømmefri dialog med klienten hvor fagpersonen stiller sin kompetanse til rådighet, og hvor man fungerer som en fasilitator og ressursperson for tjenestemottakeren. Man forsøker ikke å ta ansvaret bort fra klienten, men ønsker å berike klienten med så mye kunnskap og informasjon at han blir i stand til å treffe frie og selvstendige valg. Likeledes vil man tilstrebe å bevisstgjøre klienten på sammenhenger mellom ens egen private situasjon og strukturelle skjevheter i samfunnet som i neste omgang skal legge grunnlaget for handling og endring (Askheim, 2007).

I en studie av flere empowermentforetak viser Tengqvist (2007) hvordan empowermentarbeid kan utføres i praksis. En rusavhengig som ankom et slikt foretak opplevde det positivt at hun ble møtt uten at noen stilte spørsmål ved hennes bakgrunn. Hun følte seg velkommen og akseptert. Etter hvert fikk hun rom til å uttrykke sine interesser, ble vist tillit og fikk ansvarsfulle oppgaver. Hun ble i stand til å finne frem til de friske sidene av seg selv og opplevde at hun gjenerobret makten over sitt eget liv. Flere bedrifter i studien

---

<sup>3</sup> Begrepet empowerment kommer opprinnelig fra USA og ble på 70-tallet benyttet i forbindelse med borgerrettsbevegelsen og sosial mobilisering. Nå brukes det også i forhold til individer og grupperinger som befinner seg i en avmektig posisjon, for eksempel rusavhengige (Askheim, 2007).

mente at rusavhengige ses på med forakt i samfunnet, og at samfunnets støttetiltak eller mangel på tiltak bidrar til å marginalisere og passivisere gruppen. For mennesker med rusproblemer kan empowermentperspektivet redusere innlært maktesløshet, utvikle selvfølelsen og gi tilbake makt og kontroll over egne liv.

Askheim (2012) drøfter selvhjelpsgruppens rolle i forhold til etablering og utvikling av empowerment. I selvhjelpsgrupper utveksler deltakerne erfaringer, gir hverandre støtte og tilbakemeldinger og de konfronteres med ulike virkelighetsoppfatninger. Gjennom slike gruppeprosesser opplever deltakerne at de får økt mestringsevne og blir modigere i forhold til egne beslutninger og valg. Fyrand (2005) hevder at mennesker som har erfaringskompetanse med rusmisbruk, vil sannsynligvis forstå mer av bakgrunnen for de vanskelighetene rusavhengige sliter med, og de vil ha et godt grunnlag for å gi råd og hjelp om hva som må til for å bli rusfri.

I løpet av de siste 30 årene har pasientopplæring blitt et fokus og en hovedoppgave for helsevesenet. Ifølge Askheim (2012) er klinisk pasientopplæring en planmessig systematisk opplæring av pasienten og eventuelt pårørende som en forberedelse til å mestre livssituasjonen etter utskrivning. Han betrakter en slik form for opplæring som en del av empowermentarbeidet rettet mot pasientene. Skårderud et al. (2010) mener også at slikt psykoedukativt arbeid kan ses i et empowermentperspektiv når behandlerne søker å fremme pasientenes kompetanse gjennom å inkludere dem i en felles forståelse av ruslidelsen.

### **3.3.4 Brukermedvirkning i rusbehandling**

I de senere årene har begrepet brukermedvirkning fått økende fokus og aktualisering innen helse- og omsorgssektoren. Brukermedvirkning har fått plass i helse- og omsorgslovgivningen og er beskrevet i ulike offentlige dokument som et viktig etisk prinsipp som må legges til grunn i arbeidet med hjelpetrequende mennesker. Gjennom brukermedvirkning ønsker man å sikre at brukerne får rett til å medvirke ved valg og gjennomføring av offentlige tjenester. God behandling innebærer at pasienten opplever autonomi og har medbestemmelse på innholdet i behandlingsopplegget.

Røkenes og Hanssen (2006) belyser ulike sider ved brukermedvirkning. De hevder at brukermedvirkning kjennetegnes av at relasjonen mellom hjelper og bruker blir mer likeverdig og symmetrisk. Brukerne blir ikke betraktet som passive mottakere av fagfolkens ulike hjelpetiltak, men ses på som selvstendige og aktive aktører. I stedet for å arbeide med

brukerne, flyttes fokuset til å *samarbeide* med dem. Dette kaller de myndiggjørende kommunikasjon. Å møte brukeren som et myndig individ som er i stand til å forvalte sitt liv og å ta ansvar for sine handlinger, kan bidra til at brukerens krefter og ressurser frigjøres.

Psykologene Gjerme, Lømo og Lundgård (2007) tar opp spørsmålet om brukermedvirkning i rusbehandling er mulig. Brukermedvirkning legger vekt på å få frem pasientens egen stemme som kilden til forståelse og egen endring. Når en person utvikler avhengighet, vil personens egen stemme som er knyttet opp mot rusfri identitet og selvpoppfatning bli svakere, mens russtemmen som har til intensjon å skjule og opprettholde rusing tar mer og mer plass. Å ta pasienter på alvor når russtemmen dominerer vil være en utfordring. Her kan det være en fare for at behandleren overtar pasientens ansvar og begynner å ta valg på vegne av pasienten. Det vil derfor være avgjørende å tydeliggjøre hva som er pasientens ansvar og hva som er behandlerens ansvar. Likevel konkluderer psykologene med at brukermedvirkning er nødvendig for at god behandling skal finne sted.

### **3.4 SOSIALT NETTVERKSARBEID MED RUSAVHENGIGE**

Et godt og velfungerende sosialt nettverk er av betydning for alle mennesker. Et slikt nettverk har ulike funksjoner og kan ivareta en rekke behov. Eksempler på dette er sosial kontakt, tilhørighet, sosial støtte, emosjonell støtte, positiv bekreftelse på seg selv, råd og informasjon, praktisk hjelp og mulighet til å vise omsorg for andre. På bakgrunn av en rekke studier hevder Fyrand (2005) at langvarige psykiske lidelser vil over tid redusere kvaliteten og størrelsen på det sosiale nettverket, og på sikt kan dette ha sykdomsskapende og sykdomsvedlikeholdende effekt på pasientens helse. Støtte av og tilhørighet til et positivt sosialt fellesskap vil på den andre siden ha en direkte og positiv innvirkning på helsen vår. Sett ut fra et helsemessig perspektiv er det de nære og fortrolige kontaktene som betyr mest.

Mange rusavhengige pasienter strever med å opparbeide et rusfritt nettverk. Det vil derfor være viktig å gjennomføre en grundig nettverkskartlegging for at den rusavhengige skal kunne lykkes i sin rehabiliteringsprosess. Man må finne ut av hvordan den rusavhengige skal klare å kutte ut rusnettverket, samtidig som det gjenopptas kontakt med gamle rusfrie venner som har falt ut av nettverket på grunn av rusmisbruket (Fyrand, 2005). Det eksisterer både misbruksfremmende som rusfrihetsfremmende relasjoner i den rusavhengiges sosiale system. Det sosiale nettverksarbeidet vil derfor innebære at brukerens sosiale liv så vel utvides som begrenses (Melin & Näsholm, 1998). All erfaring tyder imidlertid på at det ikke

er mulig å sanere relasjoner uten samtidig å bygge opp nye positive relasjoner. I den sammenheng blir det sentralt å finne frem til interesser, hobbyer og aktiviteter som kan bidra til at den sosiale kontaktflaten blir utvidet. Mye av arbeidet med nettverksendring kan gjøres på egen hånd, men noe kan bli så utfordrende at det vil være nyttig å gjøre det i samarbeid med en profesjonell hjelper (Fyrand, 2005).

### **3.5 FYSISK AKTIVITET SOM TERAPI MOT RUSAVHENGIGHET**

Prosjekt- og metodeutvikler Therese Dahl (2012) ved Bergensklinikkene hevder at det foreligger få empiriske studier som måler den terapeutiske effekten av fysisk trening for rusavhengige. Hun mener det likevel eksisterer mye erfaring på området og fokuserer på den erfaringsbaserte kunnskapen om hvordan fysisk trening virker terapeutisk. Rusavhengige er utsatt for stigmatisering og mange har erfaringer med tap og mislykkethet i forhold til familie, skole og jobb. Pasienter har beskrevet at de har følt seg annerledes hele livet, men når de ruser seg reguleres selvfølelsen, og dermed opplever de seg selv som alle andre. Beherskelse av fysisk trening kan på en annerledes måte virke mestringsbyggende og bidra til å styrke både selvfølelsen og identitetsopplevelsen. Pasienter beskriver også at den effekten de erfarer gjennom fysisk trening, spesielt utholdenhetstrening, kan sammenlignes med rusopplevelser de har erfart gjennom eksempelvis opiatbruk. Edorfiner omtales som kroppens egenproduserte morfinlignende stoffer. Konsentrasjonen av endorfiner i blodet antas å øke ved fysisk aktivitet. Treningseffekter som styrket selvfølelse og økt endorfinproduksjon, kan erstatte funksjonene rusmiddelbruken tidligere har hatt (Dahl, 2012).

Spesialist i psykiatri Egil W. Martinsen (2011) poengterer at fysisk aktivitet kan fungere som en alternativ atferd til rusmisbruk når ruspasienter møter risikosituasjoner hvor det oppstår fare for tilbakefall. Han forklarer videre hvordan mesteparten av tiden til en rusavhengig går med til å skaffe penger for å kjøpe rusmidler, planlegge bruk av rusmidlet og å takle abstinenser. Når den rusavhengige blir rusfri blir det mye ledig tid til overs, da kan fysisk aktivitet bidra til å fylle tomrommet ruslivet etterlater seg. Ulike former for fysisk aktivitet kan dessuten gi en åpning til nye sosiale miljøer som gjør det mulig for den rusavhengige å bli kjent med rusfrie mennesker (Martinsen, 2011).

Mamen, Pallesen og Martinsen (2011) gjennomførte en undersøkelse av 33 pasienter med rusavhengighet og komorbid psykiatrisk lidelse fra en poliklinisk enhet. Disse pasientene fulgte et fysisk treningsprogram over en periode på gjennomsnittlig 11 måneder. Ved studiens

slutt rapporterte pasientene at depresjon, angst, sosial fobi og generelle psykiske problemer var betydelig redusert. Studiens funn bekrefter det som har kommet frem i tidligere studier, pasienter med rusavhengighet komorbid med angst og depresjon er tjent med fysisk treningsintervensjon i behandlingsopplegget. I undersøkelsesperioden ble pasientene fulgt opp av treningskontakter som både motiverte pasientene og kontrollerte treningsmengden. Treningskontaktene ble høyt verdsatt av pasientene og de opplevde oppfølgingen som positiv. Dahl (2012) påpeker at noen pasienter har liten motivasjonen for trening. Gode treningsrutiner som er innlært under institusjonsopphold, kan derfor være vanskelig å videreføre etter at man har flyttet hjem. Noen pasienter må få tett oppfølging over tid, for eksempel gjennom kommunal treningskontakt som i dag finnes i mange kommuner i de fleste fylker i landet.

### **3.6 DEN BETYDNINGSFULLE BEHANDLINGSRELASJONEN**

For å oppnå en virkningsfull behandling er det en forutsetning at det er etablert en god relasjon mellom bruker og hjelper. Røkenes og Hanssen (2006) påpeker at relasjonelle faktorer har større betydning for behandlingens effektivitet enn spesifikke teorier og metoder. Denne påstanden bekreftes av Lambert og Barley (2001). Ut fra en omfattende gjennomgang av en mengde studier over et stort tidsspenn, trekker de frem fire hovedfaktorer som har betydning for behandlingseffekten. De kom frem til en prosentvis fordeling av den relative betydningen faktorene har på behandlingsresultatet:

1. Håp, forventning og placeboeffekt, 15 %.
2. Spesifikke terapeutiske metoder og teknikker, 15 %.
3. Relasjonelle faktorer mellom klient og terapeut (terapeutens egenskaper og stil, empati, varme og den terapeutiske alliansen), 30 %.
4. Utenomterapeutiske faktorer (klientens egne ressurser, spontan bedring, tilfeldige hendelser, sosial støtte etc.), 40 %.

Det er verdt å merke seg at den spesifikke metoden og teknikken man anvender i behandlingen utgjør bare 15 % i forhold til klientens behandlingsfremgang, mens relasjonelle faktorer representerer hele 30 %. Forskerne konkluderer med at klinikere trenger å huske at utvikling og vedlikehold av den terapeutiske relasjonen er avgjørende og et primært kurativt



komponent ved klientbehandlingen. Klinikere må derfor trene opp empatisk kommunikasjon, bedre sin evne til å relatere til klienten samt skreddersy denne relasjonen til klientens forutsetninger.

Etter et langt liv med rusavhengighet, vil det å håndtere hverdagen uten bruk av rusmidler kunne by på mange utfordringer. Pasientene opplever både oppturer og nedturer, mestring og tilbakefall. Haga (2012) sier at mange pasienter erfarer å bli møtt med konfrontasjon og fordømmelse etter for eksempel episoder med tilbakefall og avtalebrudd. Gode elementer i relasjonsbyggingen mellom pasient og hjelper vil i stedet være å gi pasienten tid, vise interesse, gi støtte og lytte til pasientens opplevelse, heller enn å fortelle pasienten hva som er den beste løsningen. Båndet mellom klient og terapeut styrkes av at terapeuten verdsetter klientens perspektiver.

Etter at vi nå har gått gjennom studiens teoretiske rammeverk, vil jeg avslutningsvis tilføye at rusavhengige representerer en høyst heterogen pasientgruppe. På lik linje med alle mennesker har også rusavhengige forskjellige personligheter og ulik erfaringsbakgrunn. Det er individuelle forskjeller med tanke på deres sårbarhet og motstandsdyktighet så vel som deres fysiske og psykiske helsetilstand. Videre vet vi at mange rusavhengige i tillegg sliter med psykiske lidelser. Depresjon, angstlidelser, affektive lidelser, ADHD og personlighetsforstyrrelser med antisosiale og emosjonelt ustabile trekk forekommer hyppig (Kronholm, 2012). Pasientene vil derfor ha ulike behov når det gjelder behandlingstilbud og terapeutiske metoder. Denne forståelsen må ligge til grunn i behandlingsskjedens alle ledd.

## 4. METODE

I dette kapitlet presenteres studiens metodiske aspekter. Først beskrives metodevalget, datainnsamlingsmetoden, utvalget, hvordan intervjuene ble gjennomført og de ulike trinnene ved analysearbeidet. Avslutningsvis drøftes forskningsetiske problemstillinger og metodebruk.

### 4.1 VALG AV METODE

Tradisjonelt har kvantitative metoder vært forankret i den vitenskapsteoretiske retningen positivisme hvor det er det sansbare som er utgangspunktet for vitenskapen.

Oppmerksomheten rettes mot det observerbare, og alle fenomener som ikke kan observeres må gjøres målbare slik at de kan telles eller måles. Disse målingene blir grunnlaget til ny vitenskapelig kunnskap (Haugsgjerd et al., 2009). Det er imidlertid problematisk å tallfeste menneskelig mening og erfaring, da forholdet mellom meningssammenhenger er kvalitativt forskjellig fra forholdet mellom fysiske målbare størrelser. Dersom man ønsker å undersøke sammensatte menneskelige og sosiale fenomener, vil kvalitative forskningsmetoder være en bedre innfallsvinkel til kunnskapsutviklingen (Thornquist, 2003).

Min vurdering er at en kvalitativ tilnærming vil passe best til å belyse denne studiens problemstilling: *Hvilke erfaringer har brukere som har gjennomført klinikkbehandling for rusavhengighet med ettervernsfasen, og hva mener de et godt ettervern bør inneholde?*

Kvalitativ metode er valgt fordi målet er å få en dypere innsikt i hvilke *erfaringer* brukerne har med ulike sider av ettervernet og deres sammensatte liv denne behandlingsfasen. Ifølge Thornquist (2003) er kvalitative metoder velegnet til å få frem variasjon, mangfold og det sammensatte i sosialt og menneskelig liv. De kan også anvendes for å undersøke mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger og holdninger (Malterud, 2011).

Studiens vitenskapsteoretiske ramme er inspirert av fenomenologisk og hermeneutisk teori. Fenomenologien ble grunnlagt som filosofi av Edmund Husserl (1859-1938) omkring år 1900 og senere videreutviklet av hans elev Martin Heidegger (1889-1976). Til å begynne med var fenomenologiens gjenstand bevissthet og opplevelse, men ble etter hvert også utvidet til å omfatte menneskets livsverden. Med livsverden menes verden slik vi møter den i dagliglivet,

slik verden foreligger i direkte og umiddelbare opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2009). Fenomenologien retter oppmerksomheten mot verden slik den erfarer for subjektet. Det legges også til grunn at det situasjonelle og det kontekstuelle virker inn på menneskets forståelse av seg selv og sine handlinger. I forskningssammenheng ønsker man erfaringsnære og kontekstualiserte beskrivelser. Det gjelder å ikke møte informantene med fastlåste fordommer eller ferdigdefinerte kategorier, men å la menneskene selv komme til uttrykk (Thornquist, 2003).

Hermeneutikk er læren om fortolkning, det handler om hvordan vitenskapelig materiale kan fremstå som meningsfullt. Begrepet ble først brukt på 1600-tallet i sammenheng med tolkning av bibeltekster. Den tyske filosofen Wilhelm Dilthey (1833-1911) utviklet senere hermeneutikken som en vitenskapelig metode innenfor de humanistiske fagene (Haugsgjerd et al., 2009). Vi vet at skrevne tekster opprinnelig var gjenstandsfeltet for hermeneutikken, men nå inkluderes også kunst, arkitektur, menneskelig samhandling og muntlig tale. Hermeneutikkens domene er med andre ord meningsfulle fenomener. Sentralt i hermeneutikken er erkjennelsen av at vår forforståelse vil sette preg på det vi forstår og fortolker. Den hermeneutiske sirkelen er et viktig fortolkningsmessig prinsipp som utgjør en dynamisk erkjennelsesprosess. Når man forstår en del av virkeligheten påvirkes helhetsoppfatningen. Den nye helhetsforståelsen bringer ny forståelse av enkeltdelene som igjen påvirker helhetsforståelsen osv. (Thornquist, 2003).

Malterud (2011) hevder at kvalitative forskningsmetoder bygger på teorier om både fenomenologi (menneskelig erfaring) og hermeneutikk (fortolkning). Hun poengterer videre at forskeren gjør bruk av så vel erfaringsbeskrivelser som tolkninger i arbeidet. Enhver beskrivelse vil være farget av tolkninger, og enhver tolkning bygger på beskrivelser. Det er urealistisk å tro at man kan gjengi informantenes erfaringer uten at forskeren også tolker datamaterialet. Det sentrale blir å ha et reflektert forhold til sin egen innflytelse på datamaterialet. Man må tilstrebe å gjenfortelle informantenes erfaringer og meningsinnhold på en mest mulig lojal måte. I denne studien er det innhentet erfaringsbeskrivelser fra informanter og foretatt fortolkninger av datamaterialet. Informantenes livsverden og deres erfaringer er eksempelvis fortolket under intervjuingen (ved bruk av oppfølgingsspørsmål) og ved dataanalysen. Det erkjennes også at min forforståelse har hatt innvirkning på fortolkningene. Ved tolkningen av datamaterialet har jeg imidlertid vært bevisst på forforståelsen og forsøkt å stille den i midlertidig parentes. Dette er i tråd med det fenomenologiske prinsippet ”bracketing” (Malterud, 2011).

## **4.2 FORSKERENS FORFORSTÅELSE**

Jeg har lang arbeidspraksis som sosionom fra rusfeltet innenfor den kommunale sosialtjenesten så vel som kollektivbehandling og ettervernsarbeid. I sammenheng med min arbeidspraksis har jeg hatt en rekke samtaler med brukere som har gjennomført ettervern i rusbehandling. Mitt inntrykk er at mange brukere greier å holde seg rusfrie under store deler av institusjonsoppholdet, men når de flytter ut av institusjonen og inn i egen leilighet, oppleves ofte mangelfull mestring og tilbakefall. Egne arbeidserfaringer gjør at jeg bringer med meg en forforståelse som virker inn på forskningsarbeidet. I tillegg legger jeg til grunn en teoretisk ramme som utgangspunkt for min oppfatning av rusavhengighet og mestring av rusrelaterte vansker. Den samlede forforståelsen kan forhindre at jeg ser nye aspekter av de fenomenene som utforskes. På den andre siden kan det også utgjøre en styrke både ved datainnsamlingen og i analysearbeidet når man kjenner til fagfeltet fra før.

## **4.3 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU**

Datainnsamlingsmetoden jeg valgte å bruke er det kvalitative forskningsintervju. Et slikt intervju egner seg til å få frem beskrivelser av informantenes livsverden, betydningen av deres erfaringer og opplevelser samt å forstå temaer fra dagliglivet ut fra deres egne perspektiver av verden (Kvale & Brinkmann, 2009). Sentralt i studien har nettopp vært å belyse informantenes perspektiver og erfaringer med sine liv i rusbehandlingens ettervernsfase.

Intervjuene har hatt en semistrukturert form hvor jeg har benyttet en intervjuguide (jfr. vedlagte intervjuguide). Intervjuguiden inneholdt noen ferdigformulerte spørsmål som hjalp meg med å holde fokus og å anspore informantene i retning av den kunnskapen jeg har vært ute etter. Under intervjuene forsøkte jeg samtidig å være ekstra oppmerksom på nye retninger informantenes svar åpnet opp for. Noen ganger ble det nødvendig å improvisere med oppfølgingsspørsmål for å få gode beskrivelser, samt at det ble viktig å gi informantene nok tid og rom til å fortelle om sine erfaringer.

## 4.4 UTVALG

I denne studien ble det brukt et strategisk utvalg der tanken var å rekruttere informanter som ville gi et rikt og variert materiale, og som kunne uttale seg reflektert om undersøkelsens problemstilling. Ved bruk av strategiske utvalg med få informanter er målsettingen at materialet skal ha best mulig potensial til å belyse den aktuelle problemstillingen (Malterud, 2011).

Planen var å intervju 4-6 brukere som hadde tidligere ettervernserfaringer eller som ved undersøkelsestidspunktet hadde gjennomført ettervern med en varighet på minst to måneder etter klinikkbehandling. To måneders deltakelse i ettervernsfasen ble ansett som et minimum for at informantene skulle ha et godt nok erfaringsgrunnlag til å avgi adekvate beskrivelser. Videre ble informanter i aldergruppen over 23 år målgruppen. Denne nedre aldersgrensen ble satt med tanke på at brukere over 23 år vil kunne ha mer langsiktige og flersidige erfaringer med rusavhengighet og rusbehandling. Jeg ønsket å rekruttere informanter som hadde vært til behandling i institusjon i regi av Rusbehandling Midt-Norge eller institusjon som har driftsavtale med Helse Midt-Norge. Dette for å sikre en felles plattform av faglig forsvarlighet og kvalitet i behandlingsopplegget. Det ble vurdert fordelaktig å intervju brukere fra to ulike institusjoner for å få frem mangfold og variasjoner fra brukernes ettervernserfaringer. Dersom jeg hadde hatt en tidligere behandlingsrelasjon til potensiell deltaker, ville det ikke være mulig for vedkommende å delta i studien, da dette kan påvirke intervjusituasjonen og hvordan informanten besvarer spørsmålene.

Tidlig i studien kontaktet jeg to døgnklinikker innenfor rusbehandling (klinikk A og B) angående rekruttering av deltakere. Begge klinikkene var villige til å delta i studien og bekreftet at de kunne hjelpe til med rekruttering av informanter. Jeg fikk oppnevnt en kontaktperson fra hver av klinikkene som skulle bistå med rekrutteringsarbeidet. Disse kontaktpersonene ble informert pr. brev om ovennevnte inklusjons- og eksklusjonskriterier samt fremgangsmåte for rekruttering. I tillegg besøkte jeg dem på deres kontorer hvor vi diskuterte rekrutteringsprosedyrene. Når kontaktpersonene fant aktuelle brukere til undersøkelsen, ble oppgaven deres å levere ut informasjonsskriv og samtykkeerklæring. Etter gjennomlesning av informasjonsskrivet, fikk brukerne selv avgjøre om de ønsket å delta. Rekrutteringsprosessen tok ca. to måneder lengre enn det som i utgangspunktet var planlagt. Hovedårsaken til dette var at en klinikk fikk vanskeligheter med å skaffe den siste informanten.

Det ble rekruttert totalt fem deltakere til intervjuene, derav tre kvinner og to menn. Alderspredningen var fra 29 til 66 år. De befant seg i ulike livssituasjoner med hensyn til sivilstatus, arbeidstilknytning, familienettverk og grad av rusfrihet. Siste gjennomførte klinikkopphold hadde en varighet på mellom tre til fire måneder for samtlige deltakere.

To informanter ble rekruttert fra klinikk A og tre fra klinikk B. Informantene ved klinikk A var under poliklinisk oppfølging og befant seg i ettervernsfasen. Deltakerne ved klinikk B var innlagte pasienter som også hadde tidligere opphold ved klinikken bak seg. Når pasientene fra klinikk B ble intervjuet, ble det tatt utgangspunkt i deres tidligere ettervernserfaringer. Jeg vurderte tidligere ettervernserfaringer å være en like relevant kunnskapskilde som nåværende ettervernserfaringer. Det er veldig vanlig med reinnleggelser innenfor rusbehandling, og disse pasientene hadde både positive så vel som negative erfaringer med ettervernet. Til tross for at enkelte pasienter hadde flere klinikkopphold bak seg, ville det være feil å konkludere med at de hadde mislyktes med sin behandling. Man kan se for seg at de har tatt med seg nyttig læring fra alle tidligere behandlingserfaringer. For å få et tilstrekkelig rikt og variert datamateriale, ønsket jeg derfor også å inkludere pasienter med tidligere ettervernserfaringer.

#### **4.5 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE**

Intervjuingen av de fem deltakerne foregikk i perioden februar til mai 2013. Etter at klinikkene hadde rekruttert deltakere, fikk jeg oppgitt deres navn og telefonnummer. Deretter tok jeg kontakt med deltakerne og avtalte sted og tidspunkt for intervjuene. Fire intervjuer foregikk i samtalerom på klinikkene, mens ett ble utført ved kommunens oppfølgingstjeneste for rusavhengige i den kommunen informanten var bosatt i. At intervjuene foregikk i kjente omgivelser, bidro til større trygghet og ro rundt intervjusituasjonen. Jeg gjennomførte intervjuene alene med informantene, og intervjuene hadde en gjennomsnittlig varighet på 75 minutter. Alle møtte til avtalt tid og det virket som at informantene var godt forberedt til intervjusamtalene. Digital lydopptaker ble benyttet, og samtlige samtykket i at lydopptaker kunne brukes. Det var ingen tekniske problemer som oppsto i forbindelse med opptakene. Alle intervjuene ble tatt opp i sin helhet.

Kvale og Brinkmann (2009) skriver om nytten av å utføre brifing og debriefing i forbindelse med intervjuingen. En brifing før intervjuet kan bidra til at informanten føler seg mer trygg og ivaretatt, mens en debriefing etter intervjuet vil kunne redusere eventuell

anspenhet og tomhetsfølelse intervjupersonen kan erfare etter å ha vært åpen om personlige forhold. Ved intervjuene i denne undersøkelsen er det gjennomført både brifing og debriefing. Intervjuene ble innledet ved at jeg presenterte meg selv samt redegjorde for formålet med studien. Deretter opplyste jeg hvor lang tid jeg hadde satt av til intervjuet og at informanten hadde anledning til å ta en pause eller eventuelt avslutte intervjuet. Det ble også undersøkt om deltakeren hadde noen spørsmål i forbindelse med tidligere utlevert informasjonsskriv. Ingen hadde noen spørsmål og heller ikke noe behov for pauser underveis. Intervjuene ble avsluttet med å spørre om informanten hadde lyst til å tilføre noe som ikke hadde blitt dekt under intervjuet. Til slutt ble det gitt mulighet til å uttrykke hvordan samtalen hadde vært, og det ble sjekket om informanten hadde behov for en oppfølgingssamtale med sin behandler. Samtlige uttrykte at samtalen hadde vært en grei opplevelse, ingen hadde noen umiddelbare behov for oppfølgingssamtaler.

Intervjuene forløp som en samtale hvor jeg hadde ansvaret for å legge til rette for en konstruktiv dialog. De fleste informantene var flinke til å uttrykke seg og bidro med gode og levende erfaringsbeskrivelser. Noen var mer pratsomme hvor det ble nødvendig å strukturere samtalen, mens andre var mindre talføre og trengte litt oppmuntring til å fullføre sine beskrivelser. I tillegg til spørsmålene i intervjuguiden ble det derfor brukt strukturerende spørsmål, oppfølgingsspørsmål og spesifiserende spørsmål.

#### **4.6    TRANSKRIBERING**

Det ble foretatt en ord for ord transkribering av lydopptakene og datamaterialet ble transkribert til bokmål. Transkripsjonene ble kommentert med egne tegn for pauser, latter, pausefyll, eksterne avbrudd, avbrudd fra informant etc. Jeg gjennomførte transkriberingsarbeidet på egen hånd. Transkriberingen av de fem intervjuene besto av et datamateriale på 47118 ord som til sammen utgjorde 157 sider. Transkriberingen ble gjort for å få en bedre oversikt over materialet og gjøre intervjusamtalene bedre egnet for analyse (Kvale & Brinkmann, 2009).

## 4.7 DATAANALYSE

Gjennom analysearbeidet gjøres datamaterialet tilgjengelig for tolkning. Analysen bygger en bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet (Malterud, 2011).

Tidlig i forskningsprosessen hadde jeg en ide om hvordan jeg ville tilnærme meg analysen. Dette gjorde at jeg kunne ha fokus på analysearbeidet allerede ved oppstart av intervjuene. På denne måten ble analysen utført kontinuerlig gjennom forskningsprosessen.

Malterud (2011) har modifisert Amedeo Giorgis fenomenologiske analyse og fremstiller en metode hun kaller *systematisk tekstkondensering*. Ifølge Malterud er systematisk tekstkondensering et redskap for tverrgående analyse hvor informasjon fra mange forskjellige informanter sammenfattes. Både variasjonsbredde og fellestrekk kan utforskes ved hjelp av metoden. Fire trinn utgjør strukturen i systematisk tekstkondensering: 1) Helhetsinntrykk, 2) Identifisering av meningsbærende enheter, 3) Kondensering av kodegruppene og 4) Sammenfatning og validering. I denne studien tok jeg utgangspunkt i analysemetoden systematisk tekstkondensering. Jeg vil i det følgende redegjøre for hvordan jeg gjennomførte analysen.

**1. Helhetsinntrykk.** Jeg startet med å lese gjennom samtlige intervju for å få et helhetsinntrykk. Her ønsker man å være åpen for de inntrykk materialet formidler samtidig som det tilstrebes å sette sin egen forforståelse og teoretiske referanseramme midlertidig i parentes. Først når alt er lest gjennom, vurderes hvilke tema som kan danne hovedkategorier (Malterud, 2011). Etter gjennomlesningen utkrystalliserte det seg noen tema som virket aktuelle å jobbe videre med. Noen tema som ble valgt ut var kjent fra foreliggende teori, mens andre oppsto mer direkte fra det empiriske materialet. Det ble identifisert tema som hadde forankring i intervjuguiden, men det dukket også opp nye tema som på forhånd ikke var definert. Man kan således si at analysetilnærmingen var både teoristyr (deduktiv) og datastyrt (induktiv). Kvale og Brinkmann (2009) sier at en transkripsjon aldri kan erstatte den muntlige diskursen som foregikk over tid og mener en for sterk fokusering på transkripsjonene kan føre til at analysen blir fragmentert. De anbefaler forskeren å gå i dialog med teksten, å stille spørsmål om hva som er temaet og forsøke å utdype og klargjøre det som blir uttrykt i den. Jeg forsøkte å gjennomføre en slik grundig dialog med hver enkelt tekst for å sikre et best mulig grunnlag for det videre analysearbeidet.



**2. Identifisering av meningsbærende enheter.** I dette trinnet gjennomgås datamaterialet på nytt og det identifiseres meningsbærende enheter (tekstbiter) som inneholder kunnskap om de ulike temaene. Tekstbitene som sorterer under samme tema merkes med en egen kode. Deretter opprettes det kodegrupper som det kodede tekstmaterialet organiseres under. Det samlede tekstmaterialet under hver kodegruppe inneholder vanligvis nyanser, derfor blir det også nødvendig å opprette subgrupper. Dette omtales som en systematisk dekontekstualisering hvor deler av intervjumaterialet hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for senere å kunne leses i sammenheng med beslektede tekstelementer (Malterud, 2011). Etter flere gjennomlesninger av intervjuene identifiserte jeg de meningsbærende enhetene som var knyttet til de ulike temaene. Disse ble merket med bokstavkoder. Tekstbiter som beskrev positive erfaringer ble merket med plusstegn, mens negative erfaringer ble angitt med minustegn. Kodingsarbeidet ble utført manuelt med blyant. Deretter ble det opprettet fem kodegrupper med egne subgrupper. De meningsbærende enhetene ble sortert under kodegruppene ved å bruke klipp og lim funksjonen i tekstbehandlingsprogrammet Word. Kodegruppene og subgruppene fikk følgende betegnelser:

<p><b>BEHANDLINGSTILBUD OG OPPFØLGINGSTILTAK</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Læring fra klinikkbehandlingen</li> <li>• Behandlingstilbud i ettervernsfasen</li> <li>• Oppfølgingstiltak i ettervernsfasen</li> </ul>
<p><b>SAMARBEID MED HJELPEAPPARATET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeidet med de profesjonelle hjelperne</li> <li>• Betydningen av egen innflytelse på ettervernstiltakene</li> <li>• Ansvarsgrupper og individuell plan</li> </ul>
<p><b>SOSIALT LIV OG AKTIVITET I HVERDAGEN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Den viktige støtten fra nærfamilien</li> <li>• Utfordringer knyttet til etablering av nytt rusfritt nettverk</li> <li>• Komplikasjoner med å ha bopel i et rusbelastet bomiljø</li> <li>• Betydningen av et aktivitetstilbud på dagtid</li> <li>• Fysisk trening fyller tomrommet</li> </ul>
<p><b>MESTRING AV DET NYE RUSFRIE LIVET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Målsettinger og oppgaver som bidrar til rusfrihet</li> <li>• Faktorer som styrker selvfølelsen og mestringsevnen</li> <li>• Ny motivasjon til å hjelpe andre</li> <li>• Erfaringer med tilbakefall til rusmisbruk</li> <li>• Strategier for mestring av russug</li> </ul>
<p><b>MENINGER OM HVA ET GODT ETTERVERN BØR INNEHOLDE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viktig innhold i ettervernet</li> <li>• Hva kan bli bedre?</li> </ul>

Tabell 1: Informantenes erfaringer med og meninger om ettervernsfasen

**3. Kondensering av kodegruppene.** I trinn tre startet arbeidet med tekstkondensering og fortetting. Det ble laget et dokument over kodegruppene og subgruppene hvor meningsenhetene ble sammenfattet. Tekstene ble komprimert og forkortet, men det ble samtidig lagt vekt på å beholde informantenes egne uttrykk og begreper. Kondensatet er en gjenfortelling og sammenfatning av tekstbitene i den aktuelle subgruppen hvor man fortrinnsvis bruker deltakernes egne ord. Dette betegnes som en abstrahering av de meningsbærende enhetene (Malterud, 2011). De komprimerte tekstene fra de ulike informantene fikk fem forskjellige fargekoder i dokumentet. Dette gjorde det enklere for meg i etterkant å skille mellom informantenes bidrag.

**4. Sammenfatning og validering.** Med basis i de kondenserte tekstene lages det i dette trinnet en analytisk tekst for hver subgruppe. Til slutt valideres de analytiske tekstene opp mot den sammenhengen de opprinnelig ble hentet ut fra. Dette omtales som rekontekstualisering av forskningsfunnene. Funnene skal også vurderes opp mot foreliggende teori og empiri (Malterud, 2011). Oppgaven min her ble først å lage en analytisk tekst knyttet til hver subgruppe. I den analytiske teksten søkte jeg å formidle resultater som var forankret i store deler av materialet, men samtidig måtte jeg ta hensyn til at enkelte informanter bidro med rikere beskrivelser enn andre innenfor enkelte tema. Videre ble rekontekstualisering av resultatene en viktig bit av arbeidet. Flere ganger gikk jeg tilbake til intervjutranskripsjonene for å forsikre meg om at innholdet var i overensstemmelse med konteksten det ble hentet ut fra. Kodingen som tidligere hadde blitt utført på papirtranskripsjonene gjorde det enklere å utføre dette kontrollarbeidet. Til slutt ble funnene drøftet opp mot teori og tidligere forskning. Fortolkningen av det empiriske datamaterialet er således utført i samsvar med den hermeneutiske sirkelens dynamiske erkjennelsesprosess. Jeg har vekselvis beveget meg fra delforståelse til helhetsforståelse som til slutt har gitt meg en større innsikt i ulike brukererfaringer med ettervernsfasen. Et mål med de endelige forskningsresultatene er å utfylle og å tilføre nye aspekter ved foreliggende teori om og beskrivelser av ettervernsfasen i rusbehandling.

#### **4.8 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER**

I helseforskningsloven, forskningsetikkloven og Helsinkideklarasjonen er det nedfelt etiske regler og retningslinjer som må følges når man skal utføre medisinsk og helsefaglig forskning som omhandler mennesker. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

(REK) og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) er instanser som ut fra gjeldende lovverk kontrollerer om forskningsprosjekter er gjennomførbare.

I begynnelsen av november 2012 ble det innsendt søknad om godkjenning av dette forskningsprosjektet til REK på grunn av at undersøkelsen omfattet pasienter innlagt for rusbehandling i døgneklinikk. Syv uker senere, den 20. desember mottok jeg svar fra REK sørøst. I vedtaket stod det at prosjektet ikke falt inn under helseforskningslovens virkeområde og kunne derfor gjennomføres uten godkjenning av REK. Det måtte likevel foregå innenfor de ordinære ordninger for helsetjenesten med hensyn til regler for taushetsplikt og personvern (jfr. vedlagte vedtak fra REK). Det neste steget ble da å melde prosjektet til NSD. I starten av januar 2013 ble prosjektet innmeldt til NSD. Den 17. januar var saken ferdigbehandlet og godkjent av NSD. Det ble anmerket at det måtte gjøres en liten justering i informasjonsskrivet samt at det måtte tas særskilte hensyn i forhold til registrering av opplysninger om tredjeperson (jfr. vedlagte tilbakemelding fra NSD). Dette ble tatt til etterretning og tilpasset i prosjektet. Søknadsbehandlingene ved REK og NSD tok totalt om lag to og en halv måned og var en medvirkende årsak til at det tok noe lengre tid å slutføre studien. I meldingen til NSD ble avslutningsdato for studien opprinnelig satt til 31. desember 2013, men på grunn av forsinkelsene ble det ytret ønske om en forlengelse av prosjektperioden. Forlengelsen ble akseptert av NSD.

Et sentralt forskningsetisk prinsipp er informert samtykke. Det innebærer at informantene må få tilstrekkelig skriftlig informasjon om undersøkelsen på forhånd som gir dem et godt nok grunnlag for deres avgjørelse om samtykke til å delta. Everett og Furuseth (2012) nevner flere aspekter ved informert samtykke, man må gi informasjon om undersøkelsens formål og omfang, frivillig deltakelse, anonymitet, hvordan data skal oppbevares og hvordan resultatene blir offentliggjort. Slik informasjon ble utdelt skriftlig til informantene i forkant av undersøkelsen (jfr. vedlagte informasjonsskriv). Jeg tror denne informasjonen bidro til at informantene ble mer trygge i intervjusituasjonen. Det var viktig at informantene kunne se at deltakelse i undersøkelsen ikke ville skade dem eller påføre dem andre vanskeligheter.

Frivillig deltakelse er klart understreket i informasjonsskrivet. Rekruttering av deltakere skjedde gjennom egne kontaktpersoner ved klinikkene som gav informasjon om undersøkelsen og delte ut informasjonsskrivet til interesserte pasienter. Etter at pasientene leste gjennom informasjonsskrivet, bestemte de selv om de ville delta i undersøkelsen ved å undertegne samtykkeerklæringen. Det skulle ikke legges noe press på pasientene, og de ble

forsikret om at en beslutning om å ikke delta ikke ville få noen konsekvenser for deres videre behandling. Alle deltakerne var voksne mennesker med samtykkekompetanse.

Konfidensialitet var et annet sentralt prinsipp som måtte etterfølges. Det ble laget en egen navneliste over deltakerne der navnene ble knyttet til ulike referansenummer. Intervjutranskripsjonene ble merket med disse referansenumrene i stedet for deltakernes egne navn. Direkte personidentifiserende opplysninger og det øvrige datamaterialet ble atskilt og oppbevart i egne låsbare skap. Det er kun min veileder og jeg som har hatt tilgang til innsamlet datamateriale. Begge er underlagt taushetsplikt i henhold til forvaltningsloven § 13 og helsepersonelloven § 21. Informantenes anonymitet er ivaretatt i det publiserte materialet. I henhold til NSD sine kriterier vil direkte/indirekte personidentifiserende opplysninger og lydopptak bli slettet ved prosjektslutt.

Informantene fikk på forhånd beskjed om at de kunne avslutte intervjuet når som helst hvis de følte behov for det. De fikk også informasjon om at det var mulig å trekke seg fra undersøkelsen etter at intervjuene er gjennomført. I etterkant kan informanter oppleve at de meddelte noe som de ikke ønsker skal komme frem i en rapport eller noe de ikke ønsker å bli sitert på. Som forsker har man også selv et ansvar for å velge bort funn som anses som belastende for informanten dersom de blir offentliggjort. Ingen deltakere ønsket å avslutte intervjuet. Vi har heller ikke blitt kontaktet av noen informanter som har ønsket å trekke seg fra studien.

Thagaard (2009) peker på at forskeren må reflektere over hvilken betydning deltakelse i en bestemt studie kan ha for grupper som er i en særlig belastet situasjon. De impliserte kan oppleve at en bevisstgjøring av en vanskelig situasjon kan bidra til å forsterke det som allerede er problematisk. Mange brukere kan ha smertefulle erfaringer med ettervernsfasen. For å unngå at informantene ble ytterligere belastet, tok jeg hensyn ved å være ekstra aktsom og sensitiv under intervjuene. Ved debrifingen etter intervjuet ble det også stilt spørsmål med tanke på å avdekke slike reaksjoner.

Under intervjuene ble det snakket om rusmisbrukets konsekvenser, relasjoner til familie, venner og personer i hjelpeapparatet, mangelfull oppfølging etc. Samtaler om slike tema kan oppleves sårbare for deltakerne, og det kan oppstå et behov for terapeutisk bearbeiding i etterkant av intervjuet. I en forskningssetting er det ikke forsvarlig å påta seg en terapeutisk rolle. I utgangspunktet har jeg større kompetanse som profesjonell hjelper enn som forsker og intervjuer. Under intervjuene måtte jeg derfor være ekstra bevisst på at jeg nå hadde en forskeroppgave. For å imøtekomme eventuelle oppfølgingsbehov ble det laget en beredskapsplan. I forkant av intervjuene gjorde jeg avtaler med deltakernes klinikkbehandlere

som ved eventuelle behov kunne følge de opp etter intervjuet. Samtlige deltakere ble spurt om de hadde behov for oppfølgingssamtaler, men ingen uttrykte umiddelbare ønsker om det. Deltakerne sa at de hadde løpende kontakt med sine behandlere, og hvis det oppsto et slikt behov senere var det gode muligheter til å få snakket om det.

#### **4.9 DISKUSJON OG KRITIKK AV METODE**

Ved vurderingen av forskningens kvalitet diskuterer jeg her kriteriene reliabilitet (pålitelighet), validitet (gyldighet) og generaliserbarhet.

Reliabilitet refererer til forskningens konsistens og pålitelighet. Et aktuelt spørsmål er om resultatene i studien ville blitt de samme dersom en annen forsker utførte den samme jobben. Innenfor kvalitative metoder er imidlertid repeterbarhet et mindre relevant kriterium fordi man forutsetter at forskeren bidrar til kunnskapsproduksjonen og påvirker de ulike trinnene i forskningsprosessen. Til tross for denne erkjennelsen, vil refleksjoner over hvordan ens egen rolle og kunnskap har påvirket forskningen være viktig for å styrke prosjektets pålitelighet (Tjora, 2010). En faktor som har innvirkning på denne studien er min egen forforståelse. Min utdanningsbakgrunn, arbeidserfaring fra rusfeltet og mitt teoretiske utgangspunkt vil kunne begrense min evne til å se nye aspekter ved de fenomenene som ble utforsket. Samtidig opplevde jeg at kjennskapen til rusfeltet representerte en styrke både ved datainnsamlingen og i analysearbeidet. Det var blant annet lettere å forstå betydningen av rusrelaterte uttrykk og sjargong som ble brukt av informantene under intervju-samtalene, og min kjennskap til ulike behandlings- og ettervernstiltak fra egen arbeidspraksis gjorde det enklere å forstå informantenes erfaringsbeskrivelser. Denne kjennskapen gjorde det også lettere å stille gode oppfølgingsspørsmål under intervjuene. I forskningsprosessen har jeg likevel vært bevisst på mulige fallgruver knyttet til forforståelsen. Det ble lagt vekt på at informantene skulle få mulighet til fritt å utdype sine egne ettervernerfaringer, og i analysearbeidet prøvde jeg å opprettholde en åpen og nysgjerrig holdning til tekstmaterialet.

Ved vurdering av validitet ser man på om studiens metodebruk og resultater faktisk gir svar på de spørsmålene man har stilt. Tjora (2010) sier at validiteten styrkes ved å være åpen på hvordan man utfører forskningen og ved å redegjøre for de valg man har tatt. I dette metodekapitlet har jeg forsøkt å gjøre forskningsprosessen transparent nettopp ved å gi konkrete beskrivelser av metodiske valg og utførelsen av forskningen. Som tidligere beskrevet har jeg benyttet meg av analysemetoden systematisk tekstkondensering.

Anvendelse og grundig beskrivelse av et slikt trinnvis og systematisk analysearbeid vil kunne bidra til å styrke studiens interne validitet (Malterud, 2011).

Det ble anvendt en intervjuguide i forbindelse med forskningsintervjuene. Før intervjurundene startet ble intervjuguiden pilottestet på en helsearbeider som har erfaring med rusbehandling. Dette resulterte i at jeg gjorde noen tilpasninger og endringer i intervjuguiden. Pilottestingen bidro på mange måter til at intervjuene ga bedre data.

Intervjusamtaler innebærer kunnskapsutveksling. Ved enhver utveksling av kunnskap kan det oppstå misforståelser, og de største misforståelsene kommer når samtalepartene ikke er klare over at man snakker forbi hverandre (Malterud, 2011). Ved noen tilfeller hadde jeg problemer med å forstå hva informanten ønsket å formidle. Her ble kommunikativ validering gjennomført ved at jeg stilte fortolkende spørsmål. Ved å gjenta, klargjøre og omformulere informantens svar, ga jeg informantene en mulighet til å verifisere eller avkrefte mine fortolkninger. Dette var med på å styrke intersubjektiviteten mellom informant og forsker.

Bruken av lydopptaker gav meg mange fordeler. Det ble lettere å konsentrere seg om emne og dynamikk, en bredde ved datamaterialet ble registrert slik som ordbruk, tonefall og pauser og det gjorde det mulig for meg å gjentatte ganger gå tilbake og lytte til intervjuopptakene (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg ser for meg at disse gevinstene hevet validiteten av datamaterialet.

Etter hvert gjennomførte intervju skrev jeg ned viktige observasjoner i prosjektloggen. Feltnotatene inneholdt refleksjoner om intervjuets forløp, klima og hvordan spørsmålene fungerte. Disse refleksjonene var med på å videreutvikle min intervjuer-kompetanse og hadde betydning for kvaliteten på analysearbeidet.

Et grundig transkriberingsarbeid bidro til å sikre en god representasjon av intervjuopptakene, men samtidig ble det viktig for meg å huske at tekstutskriftene ikke representerte virkeligheten selv. Malterud (2011) hevder at det vil alltid forekomme en eller annen form for filtrering og teksttolkning innenfor kvalitativ analyse. Forskeren må derfor ha i mente at teksten mest mulig lojalt skal avspeile informantens erfaringer og meninger slik de ble formidlet under intervjuene. Intervjuene ble ferdigtranskribert innen to uker etter hvert fullførte intervju. Det var flere fordeler ved å gjennomføre transkripsjonene så raskt. Intervjuene lå fremdeles friskt i minnet, intervjusamhandlingen ble gjenopplevd samt misforståelser og emosjonelle aspekter ble lettere identifisert. De anvendte transkriberingsprosedyrene kan ha medvirket til å forsterke validiteten av analysematerialet.

På grunn av den opprinnelige stramme tidsrammen for dette masterarbeidet, valgte jeg å ikke returnere transkripsjonene til deltakerne for informantsjekking. Informantene fikk

derfor ikke anledning til å lese gjennom transkripsjonene, og de hadde heller ingen mulighet til å korrigere teksten. Mangel på informantsjekking vil her kunne representere en validitetssvakhet.

Ettersom jeg ikke har vært knyttet til et forskermiljø, har jeg heller ikke kunnet diskutere forskningen med andre forskere underveis. Jeg har således gått glipp av innspill som har kunnet vært verdifulle eksempelvis ved utforming av intervjuguide og analysens kodingsarbeid. Manglende forskervalidering har imidlertid blitt kompensert ved at jeg har deltatt på masterseminar og mottatt faglig veiledning ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. Mulighet til å drøfte ulike problemstillinger med veileder og andre lærere kan ha bidratt til å forsterke studiens reliabilitet og validitet.

En annen begrensning ved studien er at et utvalg med kun fem brukere ikke gir et representativt bilde av populasjonen, derfor er det heller ikke mulig å foreta generaliseringer. Målet med denne studien er imidlertid ikke generalisering, men å få en dypere innsikt i hvilke erfaringer brukerne har med ettervernsfasen. Ved kvalitative tilnærminger hvor formålet ikke er generalisering, fokuseres det mer på utvalgets egenart og betydningen dette har for *overførbarhet* av kunnskapen som utvikles (Malterud, 2011). Overførbarhet vil si at resultatene som oppnås i en kontekst kan overføres til lignende kontekster. Gjenkjennelses-effekten, når en annen forstår noe mer om sitt eget gjennom den forskningen jeg har gjort, er en viktig indikator på overførbarhet (Malterud, 2011). I denne studien har jeg forsøkt å gi leseren et åpent innsyn i hele forskningsprosessen. Dette vil trolig gi leseren bedre forutsetninger til å vurdere om resultatene kan overføres til andre sammenhenger.

Utvalget besto av fem informanter fra to forskjellige rusklinikker som enten sorterte under Rusbehandling Midt-Norge eller hadde driftsavtale med Helse Midt-Norge. Behandlingstilbudet til disse to klinikkene har mange likhetstrekk og fellesfaktorer. Dette kan ha hatt innvirkning på noen av funnene i studien. Begge klinikkene har for eksempel et sterkt fokus på fysisk aktivitet i behandlingsprogrammet. Man kan se for seg at dette kan være en medvirkende årsak til at deltakerne verdsetter og fortsetter med treningsaktiviteter også etter utskrivning fra klinikk.

Jeg vil konkludere med at informantene i hovedsak var godt egnet til å avgi flersidige og rike erfaringsbeskrivelser. At utvalget besto av begge kjønn, kan ha bidratt til å gi et mer nyansert datamateriale. Man kan ikke utelukke at kjønnsspesifikke forskjeller har betydning for hvordan brukerne opplever ettervernsfasen. Imidlertid kan det tenkes at et større utvalg kunne gitt et fyldigere datamateriale hvor man muligens har kunnet avdekke andre fenomen knyttet til studiens tema.

## **5. PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN**

I dette kapitlet besvares studiens problemstilling og forskningsspørsmål (jfr. s. 4) gjennom en fremstilling av studiens resultater. Funnene blir fortløpende tolket og drøftet i lys av egen erfaring med fagfeltet, tidligere forskning og studiens teoretiske perspektiv. Jeg har valgt å gjennomføre presentasjon og drøfting av funn i samme kapittel for å kunne knytte drøftingene direkte opp mot konteksten og helheten i datamaterialet. Selv om denne fremgangsmåten er valgt, vil det likevel være mulig for leseren å skille mellom presentasjonen og drøftingen.

Totalt fem informanter inngår i studien, derav tre kvinner og to menn.

Aldersspredningen er fra 29 til 66 år. Alle informantene har hatt et blandingsmisbruk av rusmidler. Antall år med problematisk bruk av rusmidler varierer fra 8 til 44 år med et gjennomsnitt på 22 år.

I metodekapitlet så vi at datamaterialet er inndelt i fem kodegrupper og at hver kodegruppe har fått egne subgrupper (jfr. tabell 1 på s. 33). De navngitte kodegruppene og subgruppene brukes her som hoved- og underoverskrifter.

### **5.1 BEHANDLINGSTILBUD OG OPPFØLGINGSTILTAK**

Deltakerne har ulike erfaringer med behandlingstilbud og oppfølgingstiltak. Her ser vi først på hvilken læring fra klinikkbehandlingen deltakerne bruker aktivt i ettervernet. Deretter presenteres deres erfaringer med behandlingstilbud og oppfølgingstiltak i ettervernsfasen.

#### **5.1.1 Læring fra klinikkbehandlingen**

Spesielt tre områder av behandlingsopplegget ved klinikkene vurderte deltakerne som hjelpsomme i forhold til egen fungering og mestring i ettervernsfasen: fysisk trening, sosial trening og innføring i døgnsstruktur.

Alle informantene deltok i organisert treningsopplegg under klinikkoppholdet. Opplegget var variert og kunne bestå i styrketrening, fitness-trening, sykkeltrening og gåturer ute i marka. Samtlige fortsatte med treningsaktiviteter etter de kom tilbake til hjemmeplassen sin, og de beskrev treningen som en udelt positiv erfaring. En informant fortalte at han ikke hadde



noen rutiner med trening og sykling før han kom til klinikken. Etter han ble utskrevet fortsatte han med sykkeltreningen og deltar nå i konkurranser og sykkelritt. En annen som også hadde etablert faste treningsrutiner etter klinikkoppholdet sa:

*”Jeg tror faktisk mest av alt så var det faktisk den fokuseringen vi har på fysisk trening på klinikken som har hjulpet meg mest, som har hjulpet liksom praktisk best.”*

Under klinikkoppholdet utviklet deltakerne sosiale ferdigheter og brøt noen sosiale barrierer som var til stor hjelp når de kom tilbake til sin hjemkommune. Å delta på gruppebehandling, å være sammen med andre pasienter i fellesarealer og å oppsøke sosiale arrangement utenfor klinikken ble beskrevet som sosial trening. En deltaker som var plaget med angst, fortalte at han lærte å sprengre den sosiale sperren ved å være sammen med ansatte og pasienter. En annen fremhevdde at hun fikk pratet mye om seg selv og sine problemer under gruppemøtene og samtalene på klinikken. I ettertid bidro dette til at hun ble mer åpen både overfor familie og andre mennesker. En deltaker som var vant til å være mye alene beskrev det slik:

*”Jeg har lært å være sammen med flere folk. Det var jeg ikke så flink med, jeg satt mest alene hele tiden. Det å flytte til en klinikk der det er masse folk, hvor det er obligatorisk å være sammen med dem på møter og å sitte i en ring, det var hardt i begynnelsen. Jeg pratet jo ikke, men jeg satt jo der... Nå er det ikke så skremmende å sitte i store grupper lenger, slik som ansvarsgruppa mi for eksempel.”*

Gjennom klinikkens døgnsstruktur lærte flere deltakere nyttige rutiner som de tok med seg hjem. En mann fortalte at han nå er oppe hver morgen kl. 7.00. Han har også innført gode rutiner når det gjelder hygiene og rengjøring, og hevdet det er en god følelse å komme hjem til en ren leilighet. En kvinne fortalte at hun måtte ha litt tid på seg for å mestre døgnsstrukturen. Hun var ikke vant med å stå opp kl. 8.00 hver morgen. Når hun flyttet hjem så hun imidlertid nytten av denne læringen:

*”Det var jo først når jeg kom hjem at jeg skjønnte at det var litt greit... De har jo rett. Det er en del av livet å stå opp om morgenen og ha rutiner osv. Når en ikke er vant med det og ikke har gjort det på mange år, så følte jeg at det på en måte ble litt sånn tvang, men man lærer jo og tar med seg forskjellige ting som man har bruk for. Det er jo en viktig del av det rusfrie livet mitt.”*

Gjennom et langt liv som rusavhengige har deltakerne kommet bort fra det normale samfunnslivet. Vanlige beskjeftigelser som fysisk aktivitet, sosial samhandling og døgnstruktur blir forsømt når rusen er det viktigste i livet. Når man som rusfri skal forholde seg til det eksisterende samfunnslivet, oppdages det at mange oppgaver må læres på nytt. Vi ser her at behandlingserfaringene fra klinikkoppholdet blir viktig læring som deltakerne overfører til sine liv i hjemkommunene. På klinikkene legges det et grunnlag som kan bidra til å lette deltakernes integreringsprosess i samfunnslivet.

### 5.1.2 Behandlingstilbud i ettervernsfasen

Informantene deltar i ulike behandlingsformer i ettervernsfasen. Det er individuelle forskjeller mellom informantene med tanke på hvilken behandling som oppleves nyttig. Det som passer for en trenger ikke nødvendigvis å være riktig for andre.

Noen deltakere skrøt av det polikliniske gruppebehandlingstilbudet ved klinikkene. En kvinne påpekte at det var godt å treffe andre pasienter som hun tidligere hadde vært i behandling sammen med. Hun følte hun var sammen med likesinnede og kunne prate om det hun ønsket. Dette ble til god hjelp for henne. En annen kvinne som deltar på AA-møter, erfarte noe av det samme fellesskapet der. En mann som fikk et utvidet gruppebehandlingstilbud ved klinikken, opplevde disse samlingene som en betydelig støtte. Der følte han seg trygg. Han fortalte at innspillene fra gruppemedlemmene opplevdes relevante fordi medpasientene vet seg imellom hvor skoen trykker. Gruppeterapien bidro også til at han unngikk tilbakefall til rusbruk. To informanter foretrakk heller polikliniske individualsamtaler fremfor gruppebehandling. De syntes de hadde snakket for mye om rusproblemene i gruppe tidligere, samt at det var vanskelig å avsløre sin sårbarhet i grupper.

*”Jeg har ikke noe lyst til at dem i gruppen skal høre det, for de har ikke noe taushetsplikt... Jeg åpnet meg ikke i det hele tatt i gruppene og det merket jeg folk reagerte på, men jeg har lært at man ikke skal stole på folk uansett...”*

Når ruspasienter kommer hjem etter et klinikkopphold, opphører den daglige støtten man får fra behandlingsapparatet og medpasienter. Noen deltakere i studien setter derfor stor pris på pasientfellesskapet ved poliklinisk gruppebehandling. Selv om gruppebehandlingen ikke kan sidestilles med tradisjonelle selvhjelpgrupper, ser det ut til at møtene ivaretar noe av den

gjensidige støtten man opplever i selvhjelpsgrupper. I gruppene opptrer medlemmene som likestilte rådgivere og rollemodeller overfor hverandre. Mennesker som har erfaringskompetanse med rusmisbruk vil sannsynligvis ha et bedre grunnlag for å gi råd og hjelp om hva som må til for å bli rusfri (Fyrand, 2005). I tillegg har støtten fra gruppefelleskapet bidratt til å forebygge tilbakefall. Kristiansen og Vederhus (2005) sin studie bekrefter at det er en signifikant samvariasjon mellom regelmessig deltakelse i selvhjelpsgruppe og rusfrihet. Selv om noen deltakere har stor nytte av gruppebehandling, ser vi på den andre siden at andre deltakere ikke er modne for gruppeterapi, da det eksempelvis oppleves belastende å fortelle om personlige forhold i grupper. Disse deltakerne foretrekker individualterapi hvor man forholder seg til kun en profesjonell terapeut. Her er man mer trygg på at taushetsplikten overholdes, hvilket legger et grunnlag for større åpenhet. Sett i lys av deltakernes erfaringer, synes både gruppebehandling og individualterapi å spille viktige roller i rusbehandlingens ettervernsfase. Utfordringen til de behandlingsansvarlige vil være å ta hensyn til pasientenes ulike behov og preferanser når behandlingstilbudet skal utformes.

Flere deltakere trakk frem jevnlig telefonoppfølging fra klinikken som et velfungerende og nyttig behandlingstiltak. Disse telefonsamtalene inneholder alt fra psykologiske og sosiale til praktiske og rusrelaterte problemstillinger. Det vurderes også viktig at initiativet går begge veier, at både behandler ringer jevnlig samt at pasienten selv også har mulighet til å ringe behandleren ved behov. En deltaker beskrev det slik:

*”Det var en sånn beroligende effekt. Det var en sånn trygghetsfølelse å vite at behandleren min bare var et tastetrykk unna. Her på klinikken hadde jeg liksom det trygge reiret.”*

Erfaring viser at rusavhengige i ettervernsfasen ofte møter utfordringer i hverdagen som oppleves uhåndterbare og utløser rustanker. Som rusavhengig har man vært vant til å takle motgang, vansker og vonde følelser ved å ruse seg. På grunn av innlærte vaner, er dette handlingsmønsteret lett å falle tilbake til selv om man har vært rusfri en stund (Brumoen, 2007). Det vil derfor kunne ha avgjørende betydning for brukeren at hjelpen er innenfor rekkevidde. Avtaler om åpen telefonkontakt bidrar til økt behandlertilgjengelighet. Det gjør det mulig for deltakerne å håndtere kriser og andre problemstillinger i samråd med behandleren sin når de oppstår, uten å måtte bestille time eller vente til neste avtale. Andre studier har også påvist at telefonoppfølging i rusbehandling er effektivt. Det kan medvirke til tettere oppfølging, redusere misbruks- og avhengighetssymptomer og kan være hjelpsomt når

pasientene blir fristet til å ruse seg eller opplever psykososiale vansker (Godley et al., 2010; Nordfjærn et al., 2010).

Informantene trakk også frem fordeler ved tilbud om planlagte reopphold ved klinikken. De visste at den første tiden hjemme etter klinikkoppholdet er krevende, derfor opplevde de at et planlagt reopphold ved klinikken var hjelpsomt på veien mot et rusfritt liv. Erfaring bevitner at mange rusavhengige trenger flere klinikkopphold, vanligvis som følge av at pasienten har gjenopptatt sitt rusmisbruk. At klinikken tilbyr *planlagte* reopphold, gjør det mulig for pasienten å erfare egen mestring av livet hjemme mellom to klinikkopphold. Når pasienten vet at man skal tilbake til klinikken, kan det virke styrende på atferd og bidra til trygghet og rusfrihet i mellomfasen. Noen informanter har også blitt nødt til å gjennomføre avrusning ved klinikken etter tilbakefall. Informantene mener det er viktig at tilbakefall fanges opp og at avrusning raskt kan gjennomføres. Det er vanskeligere å hente seg inn igjen dersom tilbakefallet har vedvart over lang tid, og i behandlingssøyemed vil langvarige tilbakefall som regel sette pasienten flere steg tilbake. Å hjelpe pasienten med snarlig avrusning kan således bidra til å begrense skadeomfanget. Funnene i denne studien stadfester at så vel klinikkbehandling som reopphold og avrusning er alle viktige ledd i klinikkenes behandlingsskjede. Samtidig forutsettes det at tilbudene er tilstrekkelig fleksible og tilgjengelige for best mulig å kunne møte de ulike behovene ruspasientene har.

Deltakerne har stort sett gode erfaringer med hjelpen de får fra sin fastlege. Det vurderes imidlertid som viktig at legen er restriktiv når det gjelder utskrivning av vanedannende medikamenter. To deltakere advarte mot bruk av de vanedannende tablettene sobril. Å slutte med sobril etter langvarig bruk er noe av den verste avgiftningen de har gått gjennom, fortalte de. Noen deltakere informerte likevel om at de må ta nødvendige medisiner for å mestre et rusfritt liv i ettervernsfasen. Dette dreier seg eksempelvis om LAR-medikamenter (legemiddelassistert rehabilitering) og medikamenter mot ADHD og angst. En deltaker sa at hadde det ikke blitt innvilget LAR-behandling, så hadde ikke vedkommende maktet å være rusfri i dag. En annen deltaker med diagnosen ADHD fortalte at han må ta ritalin for å føle seg normal. Han etterlyste imidlertid informasjon og opplæring om hvordan han kan håndtere lidelsen:

*”Det største problemet nå i ettervernsfasen er å lære meg å kjenne diagnosen ADHD... Jeg har aldri fått noe informasjon om hva ADHD er for noe, hva det innebærer. Jeg har bare fått en diagnose og en resept på ritalin... Men nå har jeg lært meg såpass mye data at jeg kan gå inn på forskjellige nettsider. Der finnes bøker og*

*skriverinnlegg fra folk med ADHD og folk som forstår ADHD. Altså, jeg henter inn opplysninger selv. Jeg har gitt opp å få hjelp av de i hjelpeapparatet når det gjelder ADHD-lidelsen. Hver gang jeg spør så blir jeg sporet av på noe annet.”*

Det foreligger solid dokumentasjon på vesentlig komorbiditet mellom rusavhengighet og psykiske lidelser (Kronholm, 2012). Mange vil være avhengige av medisiner mot psykiske lidelser for å kunne mestre et rusfritt liv i ettervernsfasen, men samtidig må man ikke glemme at pasientene også har behov for informasjon om sin sykdomstilstand. Pasientopplæring og psykoedukativ innsats kan utgjøre en form for empowermentarbeid som bidrar til at pasientene blir mer forberedt på og i stand til å mestre sin livssituasjon etter utskriving (Askheim, 2012; Skårderud et al., 2010).

### **5.1.3 Oppfølgingstiltak i ettervernsfasen**

I tillegg til det som betraktes som rene behandlingstilbud, mottar også informantene andre oppfølgingstiltak som har betydning for livet i ettervernsfasen. Her finner vi både positive og negative brukererfaringer.

Noen deltakere, som har vært i behov av bistand fra NAV-arbeid for å finne frem til et passende sysselsettingstilbud, er utilfredse med oppfølgingen. En deltaker fikk lovnader om kurs som i ettertid viste seg ikke å eksistere. Hun ble svært skuffet over dette og mente at de burde sjekke ut om det faktisk fantes slike tilbud før de introduserte kursalternativene. Etter dette ventet hun flere måneder uten å få et arbeidstilbud. Til slutt tok hun selv grep om saken og ordnet seg en praksisplass. En annen ble svært skuffet over at NAV ikke støttet opp om hennes ønske om å begynne på videregående skole. De mente det beste for henne var å gå rett ut i jobb.

De fleste deltakerne beskrev hjelpen fra den kommunale oppfølgingstjenesten som god. Deltakerne har møter ved oppfølgingstjenestens kontorer og noen får hjemmebesøk av sine kontaktpersoner. Oppfølgerne gjennomfører faste samtaler med deltakerne, de bistår på offentlig møter, hjelper til med søknader, yter praktisk hjelp, hjelper til med innkjøp, tilrettelegger avrusningsplass ved behov etc. En deltaker poengterte at han er glad for at oppfølgingstjenesten både er aktiv og stiller opp for ham når det behøves. En annen fortalte at de er hjemme hos ham omtrent hver dag, han synes de gjør en veldig god jobb.

Andre deltakere har imidlertid negative erfaringer med det kommunale etterverns-tilbudet. En kvinne fortalte at ingen fra kommunal sektor hadde vært involvert i planlegging av hennes ettervern. To andre deltakere var særdeles misfornøyde med kommunens boligjeneste. Begge bor i et bomiljø som er belastet med mange rusavhengige. De har tatt opp denne problemstillingen med boligjenesten uten å ha fått hjelp til å anskaffe seg ny bolig. Kommunen begrunner dette med lange ventelister. Den ene deltakeren sa at hun ikke har råd til å leie bolig gjennom det private leiemarkedet. Hun synes det er synd at kommunen ikke har et annet boligsystem. En mann gikk så langt som å hevde at ettervern ikke er oppfunnet i hans hjemkommune. Oppfølging etter klinikkbehandling blir ikke prioritert. Holdningen er slik at hvis du har vært fire måneder på klinikk så betraktes du som frisk. Ruslidelsen blir sett på som en plage på linje med en vanlig forkjølelse. Etter et klinikkopphold opplevde han at hjemkommunen ikke ville ta imot ham. Han ble gjort til kasteball mellom kommunen der han mottok klinikkbehandling og sin egen hjemkommune. Ingen ville ta ansvar for ham.

*”Og der sto jeg og ingen ville ha meg. Da bestemte jeg meg for å drite i alt. Jeg bestemte meg for å klemme innpå til jeg døde da.”*

Brukere som nettopp har avsluttet et klinikkopphold er ekstra sårbare og står derfor i fare for å falle tilbake dersom motgangen blir for overveldende. Deltakeren her erfarte at ingen ville vite av ham eller tok ansvar for ham. Denne avvisningen opplevdes så brutal at han så for seg å gi opp livet. Et slikt sviktende ettervern er naturligvis ikke representativt for alle kommuner, men beskrivelsen er likevel en god påminnelse om hvor viktig det er for brukerne å bli møtt med et oppfølgingstilbud og en inkluderende holdning. Behandlingen er på ingen måte ferdig etter klinikkoppholdet, det er da det betydningsfulle oppfølgingsarbeidet starter. Hunt et al. (1971) fant at det er størst fare for at rusavhengige får tilbakefall de første månedene etter behandlingen er avsluttet, omtrent 60 prosent erfarte tilbakefall i løpet av de tre første månedene. Sett i dette lys er det viktig at hjelpeapparatet tar hensyn til denne umiddelbare faren for tilbakefall når ettervernstilbudet skal utformes. Dahle og Iversen (2011) oppdaget også i sin studie at pasienter erfarte mangler ved oppfølgingen etter utskrivning av institusjon. Pasientene poengterte at det var viktig å ikke bli overlatt til seg selv, men at de måtte få et godt støtteapparat rundt seg.

## **5.2 SAMARBEID MED HJELPEAPPARATET**

Et godt samarbeidsklima med hjelpeapparatet vurderes som essensielt av studiens deltakere. I det følgende beskrives deltakernes samarbeidserfaringer med de profesjonelle hjelperne, deretter opplevelsen av egen innflytelse på ettervernstiltakene og til slutt ansvarsgrupper og individuell plan.

### **5.2.1 Samarbeidet med de profesjonelle hjelperne**

Informantene beskrev ulike samarbeidserfaringer med hjelpere som har betydning for hvordan deres ettervernsopplegg fungerer. Det oppleves positivt at hjelperne er omsorgsfulle, lyttende, empatiske, forståelsesfulle, engasjerte, aktive, allsidige og tilgjengelige. I tillegg ble det påpekt flere fordeler av å ha samme hjelper gjennom hele behandlingsløpet.

En mann hadde gode erfaringer nettopp med kontinuitet i behandlerrelasjonen. Han har hatt samme fastlege i tjue år og de kjenner hverandre godt. Fastlegen har besøkt ham på klinikken flere ganger samt oppsøkt ham hjemme på fritiden for å sjekke hvordan han hadde det. Han ønsker jeg å beholde for slike leger er vanskelige å få tak i, poengterte informanten. En kvinne, som har opparbeidet seg tillit til sin klinikkbehandler over tid, syntes det var trist at relasjonen nå opphører på grunn av at behandleren slutter i jobben. Mange brukere opplever det som vanskelig å stadig måtte forholde seg til nye behandlere. I studien til Nordfjærn et al. (2010) bekreftes det at vedvarende utskiftninger av behandlingsstaben får pasientene til å føle seg usikre og ute av stand til å etablere adekvate behandlingsrelasjoner. Det kan bli en unødig belastning å måtte fortelle sin historie gjentatte ganger samt anstrenge seg for etablere nye tillitsforhold. Kreftene bør i stedet brukes til å takle utfordringer ved den nye rusfrie tilværelsen. På den andre siden vil det være ugunstig for brukeren å bli for avhengig av sin behandler. Relasjonen til behandler vil normalt opphøre etter behandlingen er avsluttet, og da må man være forberedt på mindre oppfølging. Når det er sagt, er det likevel grunn til å tro at stabile og vedvarende behandlingsrelasjoner skaper trygghet og positive relasjonserfaringer for deltakerne.

En annen mann satt pris på at kontaktpersonen fra den kommunale oppfølgings-tjenesten bistår på ulike møter ved offentlige etater. Deltakeren synes det er en ulempe at han selv snakker gatespråket, har problemer med autoritetspersoner og blir sint når han ikke føler seg forstått. Derfor snakker han med sin oppfølger om hva han ønsker å formidle i forkant av

slike møter. På møtene opptrer hun som en slags advokat for ham, og han benytter seg av at hun er flink til å kommunisere og gjennomføre en dialog som de skjønner. Når man legger perspektiver basert på empowerment og brukermedvirkning til grunn, er det vanlig å skape betingelser for at brukeren kan treffe egne valg og gjennomføre selvstendige handlinger. Her ønsker derimot brukeren selv å ha en tilbaketrukket rolle under dialogpregede møter. Han innser at oppfølgeren behersker disse oppgavene bedre. Noen ganger må man akseptere brukerens ønske om at hjelperen skal ha en mer aktiv rolle. Det sentrale blir om brukeren føler seg ivaretatt og hjulpet.

En deltaker, som har hatt samme primærkontakt fra den kommunale oppfølgings-tjenesten i en årrekke, beskrev oppfølgeren som svært forståelsesfull. Når deltakeren har vært ruset, har han løyet mye til oppfølgeren. Deltakeren fortalte at han nå har lagt alle kortene på bordet og opplyst om hvor ille det har vært. Han er glad for at hjelperen ikke har gitt ham opp til tross for at han har løyet og vært manipulerende. Når en hjelper oppdager at brukeren er uærlig og forsøker å skjule et tilbakefall, kan man bli fristet til å bli belærende og ty til moralisering. Dette kan skape samarbeidsproblemer og føre til at man støter brukeren fra seg. Samtalen med pasienten etter et tilbakefall bør heller være empatisk og ikke-konfronterende. Dette kan hjelpe pasienten til å reflektere over det som har skjedd og å lære noe av hendelsen (Ettelt, 2012). Deltakeren i denne studien skrøt av hvordan oppfølgeren har håndtert hans løgn og uansvarlighet. På grunn av gode samtaler om hendelsene i etterkant, sitter brukeren nå tilbake med ny læring og innsikt.

En kvinne som hadde påbegynt psykologbehandling, opplevde at hun kom uheldig ut med psykologen i begynnelsen. Hun syntes de snakket om ting som ikke var viktig. Vi kastet bort seks måneder på bare tull, fortalte informant. Nå har de tatt en ordentlig prat om hva de skal fokusere på fremover, og av den grunn opplever hun at de har fått en bedre dialog. Når pasienter føler at terapien ikke fungerer, er det ikke uvanlig at pasienten uteblir fra timeavtaler eller avbryter behandlingen. Å oppgi behandlingen tidlig i prosessen kan derimot være et feiltrinn hvis det bare er noen oppklaringer som skal til for å bedre samarbeidet. Denne deltakeren tok ansvar for sin behandling og konfronterte terapeuten med det som ikke fungerte. Som behandler har man også selv et ansvar for å oppdage faktorer som bidrar til å stagnere behandlingen. Det kan være nyttig at behandlere på eget initiativ stiller direkte spørsmål til pasientene som gir de anledning til å uttale seg om hvordan behandlingen fungerer.

Deltakerne oppga ulike forhold som kan sette tilliten til hjelper på prøve: dårlig kjemi, ung og uerfaren behandler, behandler som mangler kunnskap om ruslidelser, for ”snill”



behandler som ikke reagerer på rusmisbruk, behandler som ikke evner å forstå at pasienten trenger hjelp av andre fagpersoner og behandler som bryter avtaler. En informant som ikke har tillit til sin fastlege, opplevde det nå nødvendig å skifte lege. Hun mente at legen har for lite kunnskap om ruslidelser, og i tillegg har han brutt viktige avtaler. En slik episode ble beskrevet:

*”Vi ble enige om at jeg skulle ta blodspeilsprøve i dag før jeg dro på arbeid. Legen sa at det var greit, det var bare å komme. Så går jeg dit og så møter jeg ei låst dør, de er borte på kurs. Da fikk jeg jo litt panikk for jeg hadde ikke tatt LAR-medisinen min. Jeg kunne ikke ta medisinen min før jeg hadde tatt den blodprøven. Hvis legen hadde fått vite om kurset etter det siste møtet vi hadde, så hadde han i hvert fall kunnet ringt på og ordnet med en ny dag da, i stedet for å bare..., altså det blir så mye tull.”*

I datamaterialet finner vi flere faktorer som bidrar til å skade samarbeidet og relasjonen mellom bruker og hjelper. Dette fører til at brukeren mister tilliten til hjelperen, og mangelfull tillit danner grunnlag for dårlig samarbeid. Resultatet blir ofte at brukeren trekker seg bort og står igjen med et svekket behandlingstilbud. I teorikapitlet er det beskrevet at en god behandlingsrelasjon spiller en avgjørende rolle for hvilket behandlingsresultat som oppnås (Røkenes & Hanssen, 2006). Det antas at den spesifikke metoden og teknikken man anvender i behandlingen utgjør bare 15 % i forhold til klientens behandlingsfremgang, mens relasjonelle faktorer representerer hele 30 % (Lambert & Barley, 2001). Sett i dette lys er det grunn til å påpeke at hjelpere bør investere i opptrening og styrking av sin relasjonskompetanse. Her blir det sentralt å tilegne seg kunnskap om hvilke kvaliteter brukerne selv verdsetter hos hjelperne.

## **5.2.2 Betydningen av egen innflytelse på ettervernstiltakene**

Brukermedvirkning er en lovpålagt rettighet hjemlet i helse- og omsorgslovgivningen. Flere informanter delte likevel erfaringer med manglende medvirkning og selvbestemmelsesrett i ettervernet. Dette skaper oppgitthet og frustrasjon, og kan bli en hindring for informantenes bedringsprosess. Noen har opplevd å bli avvist av kommunen når de har tatt opp behovet for ny bolig i et rusfritt bomiljø. En kvinne opplevde manglende støtte i forhold til sin plan om å anskaffe seg arbeid og bopel i en annen kommune. En annen kvinne ønsket å gjennomføre

videregående skole da selvfølelsen opplevdes for lav til å gå direkte ut i jobb. NAV var uenig i det og oppfordret henne til å starte rett i arbeid. Ved oppstart av traumebehandling ønsket en mann av ulike grunner å skifte til en kvinnelig psykolog. Til tross for at informanten formidlet dette klart og tydelig til psykologen, tok det seks måneder før dette ble forstått og han fikk tilbud om ny psykolog. Informanten oppsummerte med at det er fort gjort å få tilbakefall til rusmisbruk når hjelpeapparatet ikke lytter til det du mener er viktig.

På den andre siden opplevde noen informanter at de hadde innflytelse på enkelte områder i ettervernet. Dette gir informantene en opplevelse av verdighet og å bli tatt på alvor. Etter eget ønske har de eksempelvis fått påbegynt psykologbehandling, økonomisk rådgivning og konkrete arbeids- og lavterskeltilbud. En informant sa at det viktigste for ham er nettopp at hjelpeapparatet har latt ham få ha styringen i ettervernsfasen. Hjelpeapparatet kommer med råd og foreslår tiltak, men de presser ham ikke og respekterer hans synspunkter:

*”Jeg var klar og tydelig på at den her gangen er det jeg som skal styre. Jeg skal bestemme... Selvfølgelig, hvis jeg sier noe feil, gjør noe feil eller tenker feil, vil jeg gjerne ha innspill og bli korrigert. Jeg har ofte fått viljen min for jeg vet jo hvor skoen klemmer. Jeg har jo feilet så mange ganger tidligere og jeg vet hva jeg ikke skal gjøre. Jeg har fått de med på det, og det har jo gått knallbra i halvannet år nå da.”*

Det betyr mye for deltakerne at de blir behandlet som myndige individ. Brukernes krefter og ressurser frigjøres når hjelpeapparatet møter de som selvstendige aktører som er i stand til å forvalte sine egne liv (Røkenes & Hanssen, 2006). Motsatt ser vi at mangel på innflytelse leder til avmaktsfølelse og et dårlig samarbeidsklima. Man kan bistå brukerne bedre og fremme empowerment ved å tydeliggjøre de valgmulighetene de har, og å hjelpe de til å bli bedre kjent med sine egne muligheter og begrensninger (Askheim, 2007; Haugsgjerd et al., 2009).

Ved brukernes opplevelse av sammenheng (OAS) vurderer Antonovsky komponenten meningsfullhet å være den mest sentrale og viktigste. Han påpeker videre at medbestemmelse danner grunnlaget for meningsfullhet. Om vi erfarer at vi ikke har noe vi skulle ha sagt, blir verden meningsløs. Opplevelse av meningsfullhet innebærer autonomi og medbestemmelse (Antonovsky, 2012). Deltakerne i denne studien mener også at medbestemmelse bidrar til meningsfullhet. Deres erfaringer med medbestemmelse vil kunne gi en styrket OAS, som på sikt kan fremme mobiliseringen av mestningsferdigheter og motstandsressurser (Antonovsky, 2012). Det er dog flere beskrivelser fra deltakerne som viser at brukervedvirkning ikke blir

ivaretatt. Ifølge salutogenetisk teori kan dette hemme tilfriskningsprosessen. Av den grunn bør hjelpeapparatet ta brukernes stemmer på alvor ved å implementere brukermedvirkning i hele behandlingsløpet.

### 5.2.3 Ansvarsgrupper og individuell plan

Bruk av ansvarsgruppe er ikke lovpålagt, men er innenfor rusbehandling en vanlig møtearena for å sikre at tjenestetilbudet blir helhetlig, koordinert og målrettet. Det styrker også forbindelsen mellom brukeren, det kommunale hjelpeapparat og behandling sinstitusjon. Alle deltakerne i studien har fått opprettet ansvarsgruppe. Eksempler på etater og personer som deltar i ansvarsgruppa er: bruker selv, nært familiemedlem, behandler fra klinikken, oppfølger fra kommunen, fastlege, psykolog og saksbehandler fra NAV. Deltakerne opplevde dette samarbeidsforumet som viktig for å kunne opprettholde et godt ettervernsopplegg. En deltaker fortalte at ansvarsgruppeteamet fungerer stort sett bra, men at det av og til føles som om det er for mange personer som deltar i gruppa. Det hender at noen blander seg inn i avtaler som de ikke er involverte i. Hun påpekte at det er nødvendig å avklare ansvarsfordeling for å unngå slike konflikter.

Individuell plan (IP) er blant annet et redskap som regulerer ansvarsområdene til de ulike aktørene i ansvarsgruppa. Samtlige deltakere har fått utarbeidet IP. To deltakere har brukt IP aktivt og sier den har vært til god hjelp. En opplyste at han forholder seg til IP gjennom SamPro-siden på datamaskinen. SamPro er utviklet som et elektronisk samarbeidsverktøy for å lette samarbeidet rundt IP. Han kommuniserer med oppfølgings-tjenesten, fastlegen og NAV gjennom SamPro. SamPro-løsningen beskrev han som både effektiv og tidsbesparende. Tre deltakere er imidlertid lite aktive i forhold til å bruke IP. En sa at hun burde tatt frem og brukt planen mer. En annen fortalte at ansvarsgruppa bruker den, men at hun selv er ikke er inne på den. En tredje opplyste at hjelpeapparatet ikke tar opp noe knyttet til IP i samtale med ham.

Ifølge helse- og omsorgslovgivningen har både kommunen og spesialisthelsetjenesten en plikt til å utarbeide IP i samarbeid med brukeren. Arbeidet med IP skal bidra til at tjenestetilbudet tilpasses den rusavhengiges behov (Meld. St. 30 (2011-2012)). Alle deltakerne har fått IP, men det tyder på at det gjøres en for dårlig jobb med oppfølgingen av planen. Dette samsvarer med det Lorentsen og Berge (2006) oppdaget i en studie om

brukererfaringer med IP, de svakeste punktene i arbeidet med IP var oppfølging av planen i etterkant samt gjennomføring av tiltakene som er bestemt.

### **5.3 SOSIALT LIV OG AKTIVITET I HVERDAGEN**

Et fungerende sosialt liv og meningsfulle aktiviteter har mye å si for deltakernes livskvalitet og evne til å leve rusfritt. I det følgende presenteres fem områder som handler om deltakernes erfaringer med sosialt liv og aktivitet i ettervernsfasen.

#### **5.3.1 Den viktige støtten fra nærfamilien**

Deltakerne fortalte at familien representerer en betydningsfull støtte i ettervernsfasen. En kvinne som beskrev et godt forhold til søsteren sin, har med søsteren i ansvarsgruppa si, og i tillegg har hun engasjert henne som sin treningskontakt. En annen kvinne verdsetter høyt at mannen stiller opp for henne. Mannen deltar blant annet på møter ved klinikken hvor de snakker om og planlegger hjemmesituasjonen, og han tar henne med på bilturer når russug oppstår. Denne deltakeren fortalte også at øvrig familie har motivert henne og støttet henne mye. Hennes datter, som bor på en helt annen kant av landet, reiser langt for å være med på møter ved klinikken. En tredje kvinne leier sokkelleilighet hos sin mor. Moren tillater ikke rusing i huset, og derfor fungerer dette som en ytre ramme som bidrar til at hun holder seg rusfri.

Informantene erfarer et nytt og bedre forhold til sin nærfamilie etter at de har lagt ruslivet bak seg. Flere var spesielt glade for at kontakt med barn, barnebarn og søsken er gjenopprettet og blitt kvalitativt styrket. En mann fortalte at søsknene sier at de har fått tilbake broren sin, mens en kvinne har hørt barna si at de har fått tilbake mammaen sin. Rusmisbruket hennes var skambelagt og skjedde mye i det skjulte, men nå er hun blitt mer åpen overfor barna sine. Flere andre informanter bekreftet også at de nå er mer åpne og ærlige i forhold til sin familie. Dette er i tråd med det Nordfjærn et al. (2010) fant i sin studie, etter rusbehandling opplevde pasientene en bedre evne til å snakke om sine følelser og rusrelaterte problemer med betydningsfulle andre. Informantene i denne studien setter umåtelig stor pris på den nye kontakten, åpenheten og støtten de får fra nærfamilien. Det er kjent at støtte av og tilhørighet til et positivt sosialt fellesskap har en positiv innvirkning på helsen vår. Sett ut fra

et helsemessig perspektiv er det de nære og fortrolige kontaktene som betyr mest (Fyrand, 2005). Man må også anta at bedre familiekontakt bidrar til å styrke deltakernes opplevelse av meningsfullhet og OAS. En styrket OAS vil kunne gi deltakerne bedre beskyttelse mot stressfaktorer samt ha god effekt på deres helsetilstand (Antonovsky, 1996, 2012).

Von Greiff og Skogens (2012) fant i sin undersøkelse at klientene opplevde støtten fra familien som betydningsfull ved behandlingsoppstart, mens i behandlingsfasen inkluderes venner i større grad. Forskerne tolker dette som at nære familiefaktorer er spesielt avgjørende for å initiere endring, men når denne fasen er over, vil bredere former for støtte fra omgivelsene være viktig. Dette virker som en naturlig utvikling, likevel skiller det seg noe fra funnene i denne studien. Deltakerne her beskrev den gode støtten fra familien i ettervernsfasen som viktigst. De opplever det svært vanskelig å etablere og reetablere vennerelasjoner.

En informant, som har fått positive tilbakemeldinger fra flere slektinger, sa at det er både motiverende og til stor hjelp når familien har tro på det han gjør. En annen mann, som er svært glad for at han har fått gjenopprettet kontakten med sine søsken, fortalte at han tidligere ikke har kunnet besøke dem, men nå snakker de ofte sammen og besøker hverandre. Han synes det er godt at søsknene viser ham tillit og tror på at han denne gangen mener alvor med å oppgi ruslivet:

*”Dette forteller meg at kjernen i det jeg har gjort er rett, at jeg er på rett vei. Men det minner meg på at jeg må holde fokus. Jeg må ikke slippe fokuset på det jeg holder på med slik at jeg sklir ut igjen. Når jeg nå har fått den kimen der av tillit fra mine søsken så må jeg ta vare på den altså. Det er nesten en forpliktelse... Jeg kjenner selv hvor godt det er å ha tillit fra mine søsken. Det er virkelig godt altså.”*

At nære familiemedlemmer uttrykker tillit til personen og samtidig formidler at de har tro på at det gjøres et seriøst forsøk på å bli rusfri, ser ut til å bety mye for deltakerne. I en studie av empowermentforetak beskrev en rusavhengig som ankom en slik bedrift hvordan hun erfarte tilfriskning og vekst ved å bli vist tillit og få tildelt ansvarsfulle oppgaver (Tengqvist, 2007). Kanskje i enda større grad vil tillit og respekt fra nære familiemedlemmer kunne bidra til vekst og fremgang for rusavhengige. I studien til Von Greiff og Skogens (2012) oppgir klientene at bedre familierelasjoner gir økt trygghetsfølelse, men samtidig innebærer det større ansvar. En slik ansvarsfølelse er også til stede hos flere informanter i denne studien.

Det blir en type forpliktelse ovenfor sine nærmeste som motiverer brukeren til å holde seg rusfri og å fortsette i behandlingsløpet.

### **5.3.2 utfordringer knyttet til etablering av nytt rusfritt nettverk**

Flere informanter beskrev den første tiden hjemme etter klinikkoppholdet som spesielt utfordrende. Fra å være omgitt av mange folk under klinikkoppholdet befinner man seg plutselig i en ensom tilværelse i leiligheten sin. En kvinne syntes det var vanskelig at hun ikke hadde noen faste gjøremål på dagtid etter hun kom hjem fra klinikken. Hun var mye hjemme i leiligheten sin og dagene ble veldig lange. En mann som kom hjem til sin egen leilighet etter klinikkoppholdet, fortalte at alt ble veldig stille og at det opplevdes som et vakuum i hodet. En annen uttrykte det slik:

*”Det er rart å komme fra et klinikkopphold når du er vant til å ha folk rundt deg hele tiden. Plutselig sitter du alene inne i leiligheten. De første dagene var helt hestlige synes jeg.”*

Vi ser at overgangen fra klinikkopphold til livet i egen bolig innebærer for mange deltakere en dramatisk endring i aktivitetstilbud og sosial kontakt. Flere føler seg ensomme og alene. Et av de viktigste temaene som diskuteres i AA-grupper er nettopp smerten ved ensomhet og isolasjon (Halvorsen, 2012). Disse problemstillingene bør brukerne forberedes på mens de oppholder seg på klinikkene. For å redusere kjedsomhet og isolasjon, blir en viktig oppgave for hjelpeapparatet å hjelpe brukerne til å finne frem til fritidsaktiviteter som kan bidra til å utvide den sosiale kontaktflaten.

I tillegg må deltakerne også håndtere at andre rusavhengige forsøker å kontakte dem både hjemme og over telefon. En kvinne fortalte at flere rusmisbrukere ringte på til henne, men hun nektet å slippe de inn. Hun opprettet et slags hatforhold til de for å kunne holde en distanse. Som hun uttrykte det selv, ”bare for ikke å ha noe med dem å gjøre, måtte jeg på en måte hate dem”. En annen deltaker sa at han i klartekst ba de rusmisbrukerne som kontaktet ham om å forvinne. Han var konsekvent og etter et par måneder skjønnte de omsider hva han mente. Et par deltakere hadde tilbakefall etter å ha vært i kontakt med tidligere rusvenner. En kvinne fikk store problemer på grunn av at kjæresten var rusmisbruker. Da var det egentlig duket for å feile, opplyste hun.

Deltakerne oppga at de har kuttet kontakten med tidligere rusvenner og er nå veldig bevisste på å ikke involveres med andre rusmisbrukere. Arbeidet med å frigjøre seg fra rusnettverket er krevende, det fordrer både målbevissthet og standhaftighet. Det synes likevel å være nødvendig, da kontakt med rusmisbrukere representerer en risiko for at de gjenopptar sitt rusmisbruk og blir en del av dysfunksjonelle nettverk. Dette samsvarer med flere andre studier hvor pasienter bekrefter at det er veldig avgjørende å holde seg unna rusbelastede sosiale nettverk for å kunne holde seg rusfrie (Bandura, 1997; McIntosh & McKeganey, 2000; Nordfjærn et al., 2010; Von Greiff & Skogens, 2012). Å velge bort misbruksfremmende relasjoner innebærer samtidig en innsnevring av deltakernes nettverk. Når rusnettverket saneres bort, vil det samtidig være viktig for deltakerne å få hjelp med å etablere et nytt rusfritt nettverk (Fyrand, 2005).

Alle deltakerne ønsker å etablere et rusfritt nettverk, men dette er ikke lett da de fleste har mistet kontakten med tidligere rusfrie venner. En deltaker som har greid å opprettholde kontakt med noen få venner, poengterte at et rusfritt nettverk er avgjørende for å kunne holde seg rusfri. En kvinne som har ruset seg i en årrekke, fortalte at hun ikke har hatt kontakt med de gamle vennene sine på lang tid. De har hatt ett liv mens jeg har hatt et helt annet liv, og jeg vet ikke hva vi har til felles lengre, opplyste hun. To andre deltakere beskrev vanskelighetene med å omgås mennesker fra et rusfritt miljø slik:

*”Mange år på sidelinja, ikke sant. Det som opptok meg mest når jeg skulle over på den rusfrie siden av befolkningen var hva snakker de om dem da. Politikk, jeg har ikke peiling på politikk, og de vil sikkert ikke snakke om været for det er de sikkert lei av de også. Jeg vet ikke hva folk snakker om. Jeg må jo begynne å lære meg alt nytt, det som jeg skulle ha lært da jeg var tjue år.”*

*”Jeg fungerer veldig bra sosialt på klinikken. Det er annerledes når alle er i samme båt liksom. Plutselig skal du være sammen med folk som ikke har de samme problemene, det er annerledes synes jeg.”*

Alle mennesker har behov for anerkjennelse og tilhørighet, og et velfungerende nettverk kan imøtekomme slike lengsler. Mange rusavhengige har imidlertid blitt ekskludert fra vanlige sosiale nettverk på grunn av sitt rusmisbruk og sin rusatferd. Rusfellesskapet har i stedet blitt arenaen hvor de har fått dekt sine sosiale behov (Nesvåg, 2012). Det rusmiljøet de tidligere har vært en del av representerer også en subgruppe med egne verdier og normer (Melin &

Näsholm, 1998). Tilhørigheten til denne subgruppen har satt sine merker på deltakerne og preger fremdeles deres holdninger og tankegang. Det er derfor ikke vanskelig å forstå at et miljøskifte oppleves som særdeles vanskelig. Likevel er det avgjørende for deltakerne å lære seg å omgås rusfrie mennesker, da støtte fra et positivt nettverk vil kunne bidra til rusfrihet samt gi en sosial og helsemessig gevinst (Halvorsen, 2012; Fyrand, 2005).

### 5.3.3 Komplikasjoner med å ha bopel i et rusbelastet bomiljø

Flere informanter oppga at de er bosatt i kommunale hus hvor kommunen har samlet flere rusmisbrukere. De ønsker å komme seg bort fra dette bomiljøet, men ser ingen mulighet til å flytte på seg. Det er for dyrt å leie leilighet på det private boligmarkedet, samt at ventelistene på ny kommunal leilighet er for lange. Når de nå forsøker å leve rusfritt, oppleves det svært ubehaglig å bli konfrontert med rusmisbruk i bomiljøet. En deltaker mente at dette fort kan bli en ”trigger” til tilbakefall. På den bakgrunn velger noen å stenge seg inne i leiligheten:

*”Selv om jeg har klart å bo der til nå så merker jeg at det går utover meg. Det er veldig tungt å dra hjem og se at det er rusa folk rundt meg. Det er mye trafikk til naboene og jeg vet jo hva som foregår. Når jeg er hjemme så stenger jeg meg inne ikke sant, for jeg vil jo ikke ha noe med dem å gjøre. Men det kan ikke være sunt for meg å stenge meg inne heller tenker jeg.”*

*”I begynnelsen måtte jeg bare trekke ned gardinene. Noen ganger satt jeg på soverommet for de var jo og banket på overalt da. Jeg måtte jo bare late som om jeg ikke var hjemme. De tar jo ikke nei for et svar. Jeg har jo tre rusmisbrukere i blokka.”*

En annen deltaker har greid å komme seg bort fra den kommunale blokka som huser flere rusmisbrukere. Etter at han arvet en stor pengesum og fikk innvilget kommunalt startlån, har han nå greid å kjøpe seg en ny leilighet i et rolig og fint kvartal. Dette har gjort tilværelsen hans mye lettere. Ifølge deltakeren har han ikke kunnet fått det bedre enn der han bor nå.

Informantene mente at en god boligsituasjon er en viktig faktor til trygghet og rusfrihet. Dette er sammenfallende med tidligere studier hvor ruspasienter understreker betydningen av å få hjelp til å skaffe seg ny leilighet samt at en god boligsituasjon fungerer som en trygg ramme som bidrar til rusfrihet (Dahle & Iversen, 2011; Nordfjærn et al., 2010).



De informantene som er nødt til å bo i rusbelastede bomiljø fortalte at de stenger seg inne og skjuler seg i leilighetene for å unngå å bli konfrontert med rusmidler. De er utrygge og lever i en konstant redsel for at de på nytt blir viklet inn i et vedvarende rusmisbruk. Dersom dette skjer, vil store deler av behandlingsarbeidet som er investert i brukeren bli bortkastet. Det er derfor viktig at boligbehovet klargjøres og tilrettelegges før brukeren skrives ut av klinikken. I samråd med brukeren, blir dette et viktig fokusområde for den kommunale rushelsetjenesten (Ytrehus, 2012).

Andre deltakere påpekte ulempen ved at det har vært så mange rusopplevelser i de leilighetene de bor i. Dette plager dem når de nå har startet på et nytt rusfritt levesett. En fortalte at han blir urolig av å være i leiligheten samt at han har mange minner fra leiligheten som han vil bort fra. En annen sa det slik:

*”Det er ikke noe artig å bo i en leilighet som du har hatt da du ruset deg når du er rusfri... Jeg vil ha noe annet så at jeg ikke føler at det faktisk henger i veggene hvilke rusepisoder det har vært.”*

Rusavhengige beskriver ofte hvordan tidligere rusopplevelser brått og uventet kan oppstå som et ”flashback” i bevisstheten. Hippocampus og amygdala er viktige hjernestrukturer for lagring av hukommelsesbilder. Det er i hippocampus de sosiale situasjonene knyttet til rusopplevelsene huskes, mens amygdala er stedet hvor de sterkeste følelsesmessige rusopplevelsene lagres (Føyn & Shaygani, 2010; Jellestad, 2012). Slike hukommelsesbilder kan alene opptenke russug og føre til tilbakefall. Når deltakerne blir nødt til å bo i leiligheter hvor det har vært mange rusepisoder, er det forståelig at slike rusminner oppleves som problematiske. Rusavhengige kjemper med en rekke utfordringer i sin prosess mot å etablere et rusfritt liv. Å ”tvinge” dem til å bo i leiligheter med mange rusminner innebærer å legge stein til den byrden de allerede bærer på.

#### **5.3.4 Betydningen av et aktivitetstilbud på dagtid**

Alle deltakerne har i større eller mindre grad et aktivitetstilbud på dagtid. Å ha noe å gå til på dagene utgjør en trivselsfaktor og oppleves som viktig og meningsfullt. To deltakere hadde ordnet seg med praksisplasser i ordinære bedrifter. En annen mann, som hadde fått seg arbeid i skogen med tømmerhogst og vedproduksjon, synes han blir i kjempeform av arbeidet. I

tillegg bidrar skogsarbeidet til at han klarer å holde seg borte fra alkohol. En kvinne husker at hennes mann sto for det meste av oppgavene i hjemmet i de årene hun hadde rusproblemer. Hun opplever nå at hennes rolle i hjemmet har endret seg. Hun trives med å gjøre husarbeid, avlaster mannen sin og lager ofte mat sammen med ham.

Noen deltakere trakk frem den viktige rollen treffsteder og lavterskeltilbud har for deres livskvalitet. Deltakerne setter pris på at treffstedene gir mulighet for aktivisering, sosialt samvær og nettverksbygging, frokost- og middagsservering og tilgang til data og internett. En deltaker som verdsetter treffstedet høyt sa:

*”I og med at jeg ikke har noe annet kommunalt ettervernstilbud, har treffstedet blitt mitt ettervern. Jeg er innom treffstedet hver dag. Jeg spiser frokost der kl. 9.00 og deltar på ulike aktiviteter. Jeg både benytter meg av dette tilbudet og hjelper til selv med for eksempel matlaging og kursvirksomhet. De ansatte ved treffstedet har hjulpet meg og vært til stede for meg. Jeg får mye god feedback fra dem.”*

Andre deltakere har erfart baksiden av å ikke ha et arbeids- eller aktivitetstilbud. Dagene blir lange, kjedelige og meningsløse, hvilket medfører at risikoen for tilbakefall blir større. En deltaker som måtte slutte i sin jobb, fortalte nettopp om at mangel på aktivitet bidro til at hun begynte å ruse seg igjen. Så lenge hun ivaretok jobben sin fungerte livet i ettervernsfasen bra. Hun opplevde det veldig godt å få kommet seg ut fra hjemmet noen timer.

Fast arbeid og aktivitet i hverdagen utgjør for mange mennesker en struktur i tilværelsen som danner grunnlag for eksistens, identitet og opplevelse av mening. Deltakerne i denne studien opplever at jobb og aktivitet i hverdagen gir mening, mestringsfølelse og medvirker til rusfrihet. Sett i dette lys forstår man at kartlegging av brukerens evne til å få eller beholde arbeid blir en viktig innsats for at brukeren skal kunne trives med den nye rusfrie livssituasjonen (Melin & Näsholm, 1998). Samtidig må man huske at mange rusavhengige har stått utenfor arbeidslivet i årevis på grunn av sitt rusmisbruk. Av den grunn er det ikke uvanlig at ruspasienter i ettervern føler seg dårlig rustet til å starte direkte i en jobb på det ordinære arbeidsmarkedet. For noen vil det være mest hensiktsmessig først å gjennomføre en utdanning, mens andre er bedre tjent med en praksisplass, et tilrettelagt arbeid eller et lavterskeltilbud.

### 5.3.5 Fysisk trening fyller tomrommet

Det er bemerkelsesverdig å finne hvordan fysisk trening er noe samtlige deltakere er engasjert i og setter pris på i ettervernsfasen. Treningsaktiviteter som praktiseres er sykkeltraining, styrketrening, trening på treningssenter og gåturer ute. Noen trener alene, andre i gruppe, mens to fortalte at de har henholdsvis treningskontakt og ansatt i kommunen som treningsoppfølgere. Ulike positive treningseffekter ble beskrevet: man blir sliten på en god måte, man får gode følelser, det er skikkelig medisin, man får noe annet å tenke på, det tar bort russug, det er en bra erstatning for rusopplevelsen og det hjelper både fysisk og psykisk. To deltakere sa det slik:

*”Etter så mange år er det et langt lerret å bleke. Det er ikke bare å sette fra seg rusen, du setter jo fra deg hele livet. Tretti år med liv, bare vekk med det. Da blir det et stort hull og syklinga er en del av det som har fylt opp det hullet da.”*

*”Jeg har ikke noe treningsapparat hjemme, men gåturene hjelper både på sinn og skinn. Det hjelper meg mye, du får en god følelse etter at du er ferdig med det.”*

Bandura (1997) mener det blir for snevert å bare fokusere på fjerning av rusatferd uten at det samtidig legges til rette for alternative aktiviteter og opplevelser som erstatter de aktivitetene den rusavhengige var engasjert i sammen med sine rusvenner. Mesteparten av tiden til en rusavhengig går med til å erverve og anvende rusmidler. Når den rusavhengige blir rusfri, kan fysisk aktivitet være et godt alternativ til tidligere rusrelatert atferd (Martinsen, 2011). En deltaker i studien, som har levd som rusmiddelmissbruker i tretti år, opplevde helt konkret at treningen fyller det hullet som oppstår etter livsstilsendringen. Andre deltakere erfarte at trening er en bra erstatning for rusopplevelsen. Det er imidlertid ikke uvanlig at ruspasienter sammenligner de gode følelsene som erfares etter ei fysisk treningsøkt med rusopplevelser. Dette kan ha sammenheng med at konsentrasjonen av endorfiner i blodet økes ved fysisk aktivitet. Endorfiner beskrives som kroppens egne morfinstoffer. Denne økte endorfinproduksjonen kan erstatte den funksjonen rusmiddelbruken tidligere har hatt (Dahl, 2012).

I en undersøkelse av pasienter med rusavhengighet og komorbid psykisk lidelse som fulgte et fysisk treningsprogram, fant man at depresjon, angst, sosial fobi og generelle psykiske problemer ble betydelig redusert (Mamen et al., 2011). Denne studien har ikke hatt

som hovedfokus å kartlegge deltakernes psykiske lidelser, men også her beskrev deltakerne at fysisk trening bidrar til en god mental helse. Treningen gir gode følelser, oppleves som skikkelig medisin, man får noe annet å tenke på og er både til fysisk og psykisk hjelp.

## **5.4 MESTRING AV DET NYE RUSFRIE LIVET**

Etter utskrivning fra rusklinikk er målet for deltakerne å mestre livet i hjemkommunen uten bruk av rusmidler. Ettervernsfasen er på mange måter krevende, og risikoen for tilbakefall oppleves av de fleste som overhengende. I tillegg forventes det at deltakerne skal kunne ivareta en rekke forpliktelser. Her beskrives fem områder som dreier seg om deltakernes mestring av det nye rusfrie livet.

### **5.4.1 Målsettinger og oppgaver som bidrar til rusfrihet**

Deltakerne har satt opp ulike mål som de ønsker å oppnå i ettervernet. Eksempler på slike mål er: rusfrihet, arbeid, ordnet økonomi, ny leilighet, førerkort, bil, mer kontakt med barn og nærfamilie, traumebehandling og fortsette med treningsaktiviteter. Flere påpekte at det kreves betydelig egeninnsats for å kunne oppnå målene, samtidig ble det uttrykt at støtte fra hjelpeapparatet og samtaler med hjelpere har bidratt til måloppnåelse. Deltakerne har allerede oppnådd noen målsettinger: de har styrket relasjonene til sine nærmeste, to har påbegynt psykologbehandling, en har kjøpt seg leilighet, flere har kommet ut i dagaktiviteter hvorav to har fått seg praksisplasser i det ordinære arbeidsmarkedet. Flere deltakere har ønske om å ta førerkort, noe som fordrer at de over en lengre periode kan dokumentere rusfrihet gjennom urinprøvetaking. Målsettinger gjør at deltakerne har noe meningsfylt å jobbe for, og de gir håp om fremtidig bedring av livskvaliteten.

Hovedmålet om rusfrihet innebærer for de aller fleste en lang vei med både prøvelser og utfordringer. Mange ruspasienter ønsker målet om rusfrihet, men manglende tro på egen mestringsevne vanskeliggjør måloppnåelse. For å fremme mestringstillit bør derfor hovedmålet deles opp i delmål som er mulig å nå (Fekjær, 2009). Flere deltakere som har oppnådd noen av sine delmål, fortalte hvordan dette gir dem positive bekræftelser og tro på at også andre mål blir mulige å nå. Noen brukere kan derimot bli fristet til å sette opp urealistiske mål. Da er det stor sannsynlighet for at man mislykkes, hvilket vil stadfeste deres

opplevelse av dårlig mestring. Det vil derfor være viktig at brukerne får hjelp med å finne frem til oppnåelige mål.

Det er en rekke viktige oppgaver informantene mener de må gjennomføre for å opprettholde rusfrihet og nå sine mål i ettervernsfasen. Her nevnte de nødvendigheten av å møte opp til samtaler, gruppebehandling, AA-treff, ansvarsgruppesamlinger og urinprøvekontroller. Videre snakket de om å holde leiligheten ren og ryddig, ikke ha kontakt med rusmisbrukere, ikke irriteres over motgang og se på fremtidige løsninger i stedet for å bli nedtrykt av det som ikke har fungert.

Deltakerne trakk spesielt fram viktigheten av *å være fokusert og nøye* i prosessen mot å nå målet om et fungerende rusfritt liv i samfunnet. På den ene siden fokuseres det på å følge opp behandlingsavtaler og oppgaver. På den andre siden er de også svært bevisste på å unngå rusrelaterte nettverk og aktiviteter. De stiller store krav til seg selv og forsøker å være nøye med de valgene de tar. Flere har lært av tidligere erfaringer med tilbakefall og ubeslutsomhet. En kvinne sa at hun nå ikke har tid til å kaste bort flere år med bare tull. En mann uttrykte at han tidligere bare har lurt seg selv ved å tenke at han kan beherske et kontrollert rusbruk. En annen deltaker beskrev betydningen av å være fokusert slik:

*”Tidligere har jeg bare gjort det halvveis. Jeg har latt meg påvirke av ytre ting og så har jeg sittet der med nåla. Den her gangen skal jeg kun ha fokus på meg selv. Jeg skal være egoist, jeg skal holde meg unna kvinnfolk, jeg skal holde meg unna rus, jeg skal ikke ha noe fokus på materielle ting, jeg skal ha fokus på mitt arbeid med å bli nykter.”*

Et slikt skjerpet fokus synes å spille en avgjørende rolle for at deltakerne skal kunne lykkes med å opprettholde rusfrihet. Tidligere erfaringer med halvhjertet innsats og feil fokusering har ført til tilbakefall. Nå erkjennes det at det samlede arbeidet med å bli nykter må følges opp nøye og gis førsteprioritet. Dette sier noe om hvor viktig det er for deltakerne å være grundig i den jobben som utføres.

#### **5.4.2 Faktorer som styrker selvfølelsen og mestringsevnen**

Deltakerne beskrev hvordan de gjennom terapi og vellykket oppgavehåndtering opplever at selvfølelsen og mestringsevnen blir styrket. En kvinne fortalte om hvordan hun lærte å

håndtere gruppemøter med mange folk da hun deltok i gruppeterapi ved klinikken. I begynnelsen under ansvarsgruppemøtene var hun engstelig og relativt passiv, men nå har hun kommet dit at hun leder møtene selv. En annen kvinne ga et eksempel på hvordan samtalene hun hadde med behandleren gjorde at hun ble i stand til å ta kontakt med en bedrift og ordne seg en jobb. Gjennom terapien hadde hun blitt såpass sterk at hun greide dette på egen hånd.

At deltakernes mestrings- og selvfølelse blir styrket gjennom terapeutisk støtte og vellykket oppgavehåndtering, kan ses i lys av empowermentperspektivet hvor man søker å gi mer styrke og kraft til mennesker i en avmaktssituasjon (Askheim, 2007). En styrket selvtillit gjorde det mulig å anskaffe seg et eget arbeid og ta ledelsen i egne ansvarsgruppemøter. Dette var store steg for deltakerne som i utgangspunktet slet med angst og mindreverdighetsfølelser. Nå er de blitt mer optimistiske også når det gjelder å ta tak i andre utfordringer. Brumoen betrakter evnen til å håndtere vanskelige oppgaver opp i mot Banduras teori om mestringstillit og Atonovskys teori om salutogenese. Han viser hvordan positive erfaringer med å gjennomføre oppgaver gir brukerne økt mestringstillit og styrket opplevelse av håndterbarhet. Når man mestrer en krevende situasjon, gir dette økt tro på at man også i neste vanskelige situasjon kan lykkes med oppgaven (Brumoen, 2007). Dette virker å være i tråd med det deltakerne i studien erfarer.

Deltakerne beskrev hvordan *gode tilbakemeldinger* fra hjelperne bidrar til å styrke selvfølelsen og mestringstilliten. En kvinne sa at de positive tilbakemeldingene, den rosen og klappen på skuldra hun fikk etter terapisesjonene gjorde at hun vokste på det og fikk selvtillit. En mann som ofte er innom klinikken i ettervernsfasen, fremhevd også at gode tilbakemeldinger fra ansatte ved klinikken har hatt stor innvirkning på hans selvbilde:

*”Jeg fikk en følelse av at jeg begynte å bli glad i meg selv. Tidligere så hadde jeg ikke speil engang, jeg taklet jo ikke å se meg i speilet, ikke sant. Jeg trakk ned gardinene slik at jeg ikke så refleksen i vinduene. Ikke bare at jeg føler det nå, men jeg tør å si det også: jeg liker meg selv. Jeg har fått så mye hjelp og støtte, gode tilbakemeldinger slik at det har gått opp for meg at det jeg gjør er bra.”*

*”Jeg følte det bestandig slik når jeg kom til klinikken, uansett om det var vaktmesteren eller noen andre så var det slik, hei så artig å se at det går bra med deg. Det å få gode tilbakemeldinger det har veldig mye å si for selvtilliten det, at du møter åpne og ærlige mennesker. De sier at de gleder seg på mine vegne og du ser at de mener det... Du kjenner når du går derfra så har du vokst fem centimeter, ikke sant.”*

Rusavhengige har som regel uttallige erfaringer med svik, skuffelser og mislykket mestring. Det gjelder også deltakerne i denne studien. Når de nå opplever støtte og oppmuntring, virker det kraftfullt inn på selvoppfatningen. Det er ikke nødvendigvis de mest kompliserte terapiformer som gir deltakerne bedre selvfølelse og økt mestringstillit, de fremhevde betydningen av enkle gode og ærlige tilbakemeldinger. Når Fekjær (2009) drøfter hvordan mestringstilliten kan økes for rusavhengige, viser han til behandleroppgaver som å skape håp og å gi positive tilbakemeldinger på mestring. Å uttrykke tro på klientens evne til å gjennomføre forandring kan oppleves støttende og fremme klientens opplevelse av mestringstillit, konkluderer også Kadden og Litt (2011). Sett i dette perspektiv vil ruspasienter være tjent med at hjelperne oppfatter hvilken virkning positive tilbakemeldinger kan ha for bygging av mestringstillit, og samtidig søker å anvende dette mer aktivt i behandlingen.

### **5.4.3 Ny motivasjon til å hjelpe andre**

Som rusavhengig har man et veldig egoistisk perspektiv, da det meste handler om å skaffe seg nok rusmidler. Etter man har blitt rusfri finner derimot flere informanter stor verdi og mening i å hjelpe andre. En informant som er dyktig til ulike formingsaktiviteter, ble oppfordret til å arrangere et kurs for brukerne på et treffsted. Han arrangerte et kurs over flere dager som ble svært vellykket både for informanten og kursdeltakerne. I fremtiden kommer han til å lede flere slike kurs. I tillegg hjelper han til med matlaging og leder treningsgrupper. En kvinne jobber gratis på et sykehjem noen dager i uka. Hun opplever det svært meningsfylt å jobbe med eldre mennesker. En mann fortalte at han har jobbet frivillig ved en kommunal oppdragssentral. Han utførte oppgaver som handling for eldre, snekring, husmaling, gressklipping og snømåking. Å hjelpe andre gav betydning og trivsel. Samme mann hjelper også foreldrene sine med praktisk arbeid. Da han ruset seg var han ikke i stand til å bistå foreldrene slik han ønsket. Når han nå har blitt rusfri, ser han frem til å kunne hjelpe dem mer. Dette gir ham en god følelse.

Vi ser at det nye rusfrie livet gjør deltakerne mindre selvsentrerte og fører til at de finner verdi og mening i å kunne hjelpe andre. Det har likhetstrekk med det McIntosh og McKeganey (2000) fant i sin studie av personer under recovery fra rusavhengighet i Skottland, engasjement i nye aktiviteter fikk brukerne til å føle seg som nyttige bidragsytere i samfunnet og det gav livet en ny hensikt og mening. Når brukere engasjerer seg i aktiviteter

de synes er viktige og meningsfulle, også på det emosjonelle planet, styrkes deres OAS. Ifølge Antonovsky kan dette gi en positiv helseeffekt (Antonovsky, 1996, 2012).

#### 5.4.4 Erfaringer med tilbakefall til rusmisbruk

De fleste deltakerne har erfart tilbakefall i ettervernsfasen. Tilbakefallet kan være planlagt eller det kan også skje brått og plutselig. Det forekommer både når man har det vanskelig og når det går bra i livet. Rusmidler brukes både som trøst og belønning. Deltakerne identifiserte flere risikofaktorer som kan føre til tilbakefall: lett tilgang til rusmidler, rusavhengige i boligområdet, kontakt med andre rusavhengige, mangel på innhold og aktiviteter i hverdagen, angst og nerver, bivirkninger av feil LAR-medisin, plutselige dødsfall i nærfamilien, motgang men også medgang i livet.

To deltakere beskrev hvordan tilbakefall skjedde når de skulle gi seg selv belønning for en lang periode med rusfrihet. En mann refererte til et tilbakefall som skjedde på en dag han skulle spandere på seg en bedre middag. Mens han var på restauranten traff han en tidligere kjæreste. Møtet endte dessverre opp med omfattende inntak av alkohol og aggressiv atferd. En kvinne bevilget seg selv en sydentur rett etter klinikkoppholdet, hvilket medførte et langvarig tilbakefall.

Flere deltakere sa at de må holde seg borte fra alle rusmidler, og de mener det er utopisk å tro at man kan lære seg et kontrollert alkoholbruk. Dette har de mislyktes med en rekke ganger tidligere. De fortalte at bruk av såkalte mildere rusmidler også fører til at de ruser seg på andre stoffer.

Mange påpekte at det er lettere å holde seg rusfrie på klinikken enn hjemme. På klinikken er det innhold, struktur og kontrollrutiner som gjør det lettere å unngå rusinntak. En deltaker sa det slik:

*”Det er ikke noe problem å være nykter på klinikken vet du, for der er du jo trygg. Problemet begynner den dagen du blir utskrevet. Det er da du skal være forberedt, det er da du skal møte verden.”*

Gjerme et al. (2007) viser hvordan rusavhengige i behandling må forholde seg til to stemmer. På den ene siden er det snakk om pasientens egen stemme som er knyttet opp mot rusfri selvpoppfatning. På den andre siden handler det om pasientens russtemme som har til intensjon



å opprettholde rusing. På klinikken finnes det struktur og regler som holder russtemmen i sjakk. Når man flytter hjem og får større ansvar for eget liv, står man i en fare for at russtemmen får overtaket. Det er dessuten kjent at den største risikoen for tilbakefall er innenfor de tre første månedene etter behandlingsslutt (Hunt et al., 1971). At deltakerne opplever den første tiden etter utskriving som spesielt vanskelig, bebuder at hjelpeapparatet bør stå klar med forsterket oppfølging umiddelbart etter klinikkoppholdet er avsluttet. Sosiale faktorer som boforhold, aktivitetsmuligheter og fritid vil naturligvis også ha betydning for hvorvidt de vil mestre å leve rusfritt.

#### **5.4.5 Strategier for mestring av russug**

Alle deltakerne oppga at de har erfart russug i ettervernsfasen. Russug oppleves hyppig i begynnelsen av abstinensfasen, men kan også vedvare flere år. Biologisk er russug sannsynligvis et resultat av lav dopaminaktivitet. Psykisk er det en lært respons, opplevelsen av rusmiddelets positive effekt kombinert med hukommelsesbilder fra omgivelsene (Jellestad, 2012).

Samtlige deltakere snakket om at det er nyttig å *tenke konsekvenser* når russug oppstår. De tenker på hva de kommer til å ødelegge hvis de ruser seg. Deltakerne er spesielt redde for at det gode forholdet de har fått til sine barn og sin nærfamilie skal bli skadet. De ønsker ikke å påføre familien sin flere skuffelser. Flere mente at alt det de hadde jobbet med og oppnådd ble bortkastet dersom de begynte å ruse seg igjen. En deltaker beskrev hvordan et typisk tilbakefall skjer, det starter med en rustanke som fører til russug som igjen resulterer i at du foretar en rushandling. Han poengterte viktigheten av å tenke videre når rustanken oppstår, man må se for seg hva som egentlig kommer til å skje. Det kommer til å gå utover familien, arbeidet, økonomien og helsa. Etter slike konsekvensoverveielser mister han lysten på å ruse seg.

Når deltakerne ble spurt om hva som motiverer til opprettholdelse av rusfrihet, nevnte de: ønske om god kontakt med barn og familie, ulike helseproblemer (flere har vært nær døden grunnet rusavhengigheten), fått smaken på livet, fått mye å leve for og ønske om å bli kvitt angst og nerver som er knyttet til rusmisbruket. Alt dette er viktige faktorer som tas i betraktning ved deltakernes konsekvensrefleksjoner.

Det deltakerne beskrev som konsekvenstenking har mye til felles med Banduras (1997) begrep om konsekvensforventninger. Bandura sier at konsekvensforventninger handler

om hvordan klientene vekter fordelene ved rusfrihet opp i mot de sosiale kostnadene som oppstår ved rusmisbruk. Det er bemerkelsesverdig å se hvordan deltakerne i denne studien bruker konsekvenstenking til å holde stø kurs og å avverge tilbakefall. De møter mange fristelser og muligheter til å ruse seg, men gevinstene av rusfrihet veier tyngre enn den kortvarige nytelsen rusinntak gir.

Av andre strategier som brukes for å overvinne russuget nevnte deltakerne: holde seg aktiv, gå det av seg, trene, unngå å sitte hjemme og tenke negativt, dra på besøk, kafébesøk, bilturer, spise sjokolade og kontakte klinikken for hjelp. Deltakerne har gode erfaringer med å overvinne russuget. Slike mestringsopplevelser styrker dem også ved fremtidig håndtering av russug.

Flere understrekte at *de trenger tid* for å bli trygg på at de håndterer russug og mestrer rusfrihet. En deltaker som kun har hatt ett tilbakefall på halvannet år, mente at han måtte ha fem år med rusfrihet før han kunne føle seg trygg. En annen sa likeledes at det viktigste er å få nok tid bort fra det som heter rus. Han føler han blir sterkere og sterkere for hver dag.

## **5.5 MENINGER OM HVA ET GODT ETTERVERN BØR INNEHOLDE**

Hele datamaterialet bærer preg av både erfaringsbeskrivelser og meningsytringer om ettervernet. Som en slags avslutning og oppsummering av intervjuet, fikk likevel informantene anledning til å si noe om hva de mente et godt ettervern bør inneholde og hvordan ettervernet kan bli bedre. Disse svarene tenderte til å bli mer generelle, og derfor ble denne delen kortere enn det øvrige materialet.

### **5.5.1 Viktig innhold i ettervernet**

Når deltakerne uttrykte sine meninger om hva ettervernet bør inneholde oppga de: jevnlig kontakt med hjelpeapparatet, tilbud om polikliniske individualsamtaler og gruppebehandling, økonomisk rådgiver, egnet bolig i et rusfritt bomiljø, aktivitet eller jobb på dagtid, treningsaktiviteter samt medbestemmelsesmuligheter.

Flere påpekte at den rusavhengige må få den behandlingstiden som trengs ved både klinikkbehandling og ettervern. En informant fortalte at rusens skadevirkninger og tankemønster sitter i hodet lenge, og derfor trenger man lang behandlingstid. En annen har

sett at det er individuelle forskjeller på hvor lang behandlingstid en trenger. Han sa at noen trenger et ettervern som kanskje bare varer noen måneder, mens andre trenger flere år. Trenden er at man skal spare penger ved at behandlingstiden nedkortes. Å nekte folk behandling som trenger lenger behandlingstid, vil på sikt komme til å koste samfunnet mer, opplyste informanten.

### **5.5.2 Hva kan bli bedre?**

Deltakerne var i stor grad enige om hva som kan bli bedre i ettervernsarbeidet: bedre tverretatlig og tverrfaglig samarbeid, grundigere oppfølging av individuell plan, større muligheter for brukermedvirkning, styrking av det kommunale boligtilbudet for rehabiliterte rusavhengige og flere og mer kompetente personer som jobber med ettervernstiltak i den kommunale sektoren. To deltakere mente imidlertid at dagens ettervernstilbud er godt nok. De påpekte at brukerne også har et ansvar for å benytte seg av det.

Det deltakerne oppsummerte under disse to spørsmålene sammenfaller i stor grad med det de tidligere har påpekt gjennom sine egne erfaringsbeskrivelser. Det nye som kommer frem er at det etterlyses større kompetanse blant de som jobber med ettervern i den kommunale sektoren. En deltaker fant det behandlingsmessig demotiverende at noen blir satt til å gjøre ettervernsarbeid uten at de har peiling på hvordan jobben skal utføres. For å møte behovet for kompetanseheving, foreslo en annen at ansatte i kommunen bør gjennomgå kurs og opplæring av fagspesialister ved klinikkene.

Vi vet at det er store variasjoner mellom kommunene av eksisterende tilbud og tjenester for rusavhengige, og at det er store variasjoner i hvordan tjenestene er organisert (Ytrehus, 2012). Flere deltakere i studien har erfart at det kommunale ettervernstilbudet har sviktet både på grunn av manglende personalkompetanse og tjenestetilbud, mens andre er fornøyde med tilbudet. At deltakerne har såpass blandede erfaringer, kan ses i lys av de ulike behovene brukerne har og de lokale kommunale variasjonene. En annen mulig forklaring kan være at noen kommuner ikke har definert og prioritert ettervernstilbudet godt nok. Andreassen et al. (2009) bekrefter i sin undersøkelse at flere kommuner ikke har en klar definisjon på ettervern. Når ettervernstilbudet er uklart, vil det være vanskelig for brukerne å vite hva som finnes av kommunale tjenestetilbud. En utfordring for de kommunale ansatte blir derfor å kunne formidle til brukerne hva som finnes av ettervernstjenester.

## 6. AVSLUTNING

I dette kapitlet vil jeg foreta en sammenfattende konkludering og drøfting av studiens resultater. Avslutningsvis kommenteres implikasjoner for praksisfeltet og det gis noen forslag til videre forskning. Minner om studiens problemstilling: *Hvilke erfaringer har brukere som har gjennomført klinikkbehandling for rusavhengighet med ettervernsfasen, og hva mener de et godt ettervern bør inneholde?*

### 6.1 SAMMENFATTENDE KONKLUSJONER OG DRØFTINGER

Noen av funnene fra denne studien er kjent fra tidligere forskning på rusbehandling, slik som betydningen av et godt samarbeidsklima, selvbestemmelsesrett og sosialt nettverk. Det som er annerledes her er at funnene settes i konteksten brukererfaringer med *ettervernsfasen*.

Resultatene vil bidra til å øke kunnskapsmengden i fagfeltet samt utfylle, utdype og nyansere tidligere forskning. Andre funn fra studien er imidlertid mindre omtalt i tidligere forskning og fremstår av den grunn som interessante. Eksempler på dette er de gjennomgripende vanskene med å reetablere og etablere vennenettverk, betydningen av et grundig og skjerpet fokus og bruk av konsekvenstenking for å hindre tilbakefall.

#### 6.1.1 Den kritiske perioden rett etter utskrivning fra klinikken

Studien viser at overgangen fra klinikkopphold til livet i egen bolig innebærer for mange en omfattende endring. Fra å være omgitt av mange folk på klinikken, sitter nå flere alene og ensomme i leilighetene sine. Mangel på aktiviteter og innhold i dagene gir grobunn til kjedsomhet og rustanker. Et rusbelastet bomiljø og kontakt med andre rusavhengige bidrar til å forverre situasjonen. Som vi har sett tidligere, er det faktisk størst risiko for tilbakefall i denne kritiske fasen rett etter avsluttet behandlingsopphold (Hunt et al., 1971).

Noen av deltakerne har opplevd dårlig oppfølging etter avsluttet klinikkbehandling. En deltaker som ønsket hjelp, ble avvist av både klinikk-kommunen og sin egen hjemkommune. Ingen ville ta ansvar for ham. Han ble så fortvilet at han tenkte å ta sitt eget liv ved overdose. Forhåpentligvis er en slik håndtering av ettervernsbehov unntaket fra gjeldende praksis. Det

er likevel berettiget å stille spørsmål om alle i hjelpeapparatet er klare over det særskilte oppfølgingsbehovet brukerne har umiddelbart etter klinikkutskrivning. Allerede mens de oppholder seg på klinikkene må det jobbes med disse forholdene. Her er det et behov for et godt fungerende tverretattlig samarbeid hvor spesielt behandlingspersonalet ved klinikkene og ettervernsarbeidere ved kommunene må involveres. Ansvarsgrupper er et forum som kan bidra til en bedre ivaretagelse av dette ettervernsarbeidet. Det er større sannsynlighet for at tilbakefall kan avverges dersom hjelpeapparatet prioriterer en forsterket oppfølging i denne fasen. Etter hvert som tiden går blir imidlertid mange brukere mer selvstendige og kapable til å holde seg rusfrie.

### **6.1.2 Virkningsfulle behandlingstilbud i ettervernsfasen**

Deltakerne fremhevdde tre behandlingstilbud ved klinikkene som hjelpsomme. For det *første* ser vi at deltakerne har gode erfaringer med både poliklinisk gruppeterapi og individualterapi. De som foretrekker individualterapi er ukomfortable med å blottlegge personlige problemer i en gruppesetting, mens de som har utbytte av gruppeterapi verdsetter den gjensidige støtten og de gode innspillene man får fra medpasienter. Støtten fra medpasientene bidrar til å forebygge tilbakefall. For det *andre* viser studiens funn at regelmessig telefonoppfølging fra klinikken er et effektivt tiltak. Det optimale er både telefonoppfølging fra behandler og at også pasienten selv har mulighet til å ringe klinikken ved behov. Når ruspasienter møter motgang i ettervernsfasen, vil man på bakgrunn av innlært atferdsmønster stå i risiko for å velge rusbruk som løsning på problemet. Tilbakefall og dårlige valg kan på den andre siden unngås dersom hjelpen er innenfor rekkevidde som ved åpen telefonkontakt.

For det *tredje* omtales planlagte reopphold ved klinikkene som særdeles god behandling. Det ser ut til å være flere fordeler ved at et nytt klinikkopphold planlegges i stedet for at det akutt fremtvinges på grunn av tilbakefall. I perioden hjemme mellom to klinikkopphold får pasientene anledning til å utprøve ny mestring og nye oppgaver med vissheten om at man blir fulgt opp videre.

Alle disse behandlingstilbudene fyller viktige funksjoner og bidrar på ulikt vis til framgang og tilfriskning for brukerne. En må likevel være oppmerksom på at brukerne har ulike behov og behandlingspreferanser. Å utvise rigiditet ved å kjøre samtlige gjennom et obligatorisk program kan virke uheldig inn på behandlingsresultatet. Selv om klinikkene har utformet fastlagte behandlingstilbud, må man ikke glemme at noen har behov for individuelle

tilpasninger. Dette ble synlig i denne studien ved at noen deltakere foretrakk individualterapi, mens andre hadde større gevinst av gruppeterapi.

### **6.1.3 Et velfungerende samarbeid bidrar til å sikre et godt ettervern**

Når det gjelder samarbeidsfaktorer er det likeledes tre områder som fremstår som sentrale. *Først* fremkommer det tydelig at kvalifiserte hjelpere og et godt samarbeidsklima har avgjørende betydning for kvaliteten på ettervernsopplegget. Gode hjelpere er omsorgsfulle, lyttende, empatiske, forståelsesfulle, engasjerte, aktive, allsidige og tilgjengelige. De har også evne til å håndtere misforståelser og konflikter. Videre påpekte deltakerne flere fordeler ved å ha samme hjelper gjennom hele behandlingsløpet. På den andre siden, når hjelperne mangler kompetanse, ikke oppdager rusmisbruk og bryter avtaler, dannes det grunnlag for mistillit og dårlig samarbeid. *Dernest* ser vi at flere deltakere har erfart manglende innflytelse og selvbestemmelsesrett i forhold til ettervernstiltak. Manglende medvirkning og selvbestemmelsesrett skaper avmaktfølelse, og kan på sikt resultere i at brukeren gir opp behandlingen. Når man selv har mulighet til å velge tilbud og påvirke behandlingsopplegget, gir det en følelse av verdighet og mening. Opplevelse av meningsfullhet kan medvirke til at bedringsprosessen går raskere. *Til slutt* beskrives brukererfaringer med ansvarsgrupper og IP. Ansvarsgrupper er et samarbeidsforum som bidrar til å sikre et godt ettervernsopplegg, men uklar ansvarsfordeling og uenighet i ansvarsgruppa er faktorer som kan virke uheldig inn på ettervernsarbeidet. IP gir effektiv og god hjelp, likevel erfarer størsteparten av deltakerne at oppfølgingen av IP havner på sidelinjen i ettervernsfasen. Ifølge helse- og omsorgslovgivningen har både spesialisthelsetjenesten og kommunen en plikt til å utarbeide IP i samarbeid med brukeren. Det er ikke tilstrekkelig bare å utforme IP, den må også følges opp og de bestemte tiltakene må gjennomføres.

Et velfungerende samarbeid mellom bruker og hjelper blir viktig for å sikre et godt ettervern. I denne fasen er brukerne avhengige av hjelp fra ansatte ved ulike etater, men sjelden får de selv anledning til å velge ut sine hjelpere. Dersom samarbeidet ikke fungerer, vil det kunne påvirke behandlingsutbyttet negativt. Et dårlig samarbeid kan løses gjennom samtaler og oppklaring, men noen ganger kan det likevel bli nødvendig å bytte behandler. I denne studien finner vi noen tydelige eksempler på det. En deltaker hadde et ønske om å bytte fra mannlig til kvinnelig psykolog. Psykologen ville i utgangspunktet ikke hjelpe til med et slikt bytte, det tok derfor hele seks måneder før ønsket ble innfridd. En annen deltaker hadde

opplevd at fastlegen har brutt flere avtaler. Slike erfaringer gjør at deltakerne mister tilliten til hjelperne. Ved slike tilfeller vil man kunne være tjent med at brukeren får tilbud om en annen hjelper. Motsatt ser vi hvor viktig det er for brukerne å ha hjelpere som fungerer godt. Det å oppleve at man har noen på sin side, noen som stiller opp og som tar synspunktene man har på alvor, utgjør en trygghet for brukerne. Dessuten ser vi hvordan selvbestemmelse og medvirkning i beslutningsprosesser gir brukerne en opplevelse av mening. Lærdommen som kan trekkes fra disse eksemplene er at beslutninger ikke må tas over hodet på brukerne, de må involveres aktivt ved utforming av ettervernsopplegget! Det er vel ingen som ønsker å bli påtvunget tiltak man ikke tror fungerer? Ansvarsgrupper og IP kan her legge til rette for gode samarbeidsrelasjoner og sikre at tjenestetilbudet tilpasses brukernes behov.

#### **6.1.4 Tilgang til et godt sosialt nettverk utgjør en uvurderlig ressurs**

Nærfamilien representerer en betydningsfull og viktig støtte for studiens deltakere. Den praktiske og sosiale hjelpen fra familiemedlemmer verdsettes høyt. Deltakerne har også fått et mer åpent og ærlig forhold til sin familie. Det er større åpenhet rundt rusrelaterte problemer som tidligere ble skjult på grunn av skamfølelser. At familien viser deltakerne tillit og har tro på det de gjør, gir motivasjon og styrke til å fortsette behandlingen. Det danner også en ansvarsfølelse og forpliktelse ovenfor familien. På den andre siden viser det seg å være flere utfordringer knyttet til det å skaffe seg et rusfritt vennenettverk. Deltakerne har valgt å kutte kontakten med tidligere rusvenner, da en slik kontakt representerer en risiko for at rusmisbruket gjenopptas. Mangel på et sosialt nettverk gjør at flere føler seg alene og ensomme. Etter et mangeårig rusmisbruk har de nå mistet kontakten med tidligere rusfrie venner, og det oppleves særdeles vanskelig å bli kjent med nye mennesker.

Rusmisbruk innebærer for mange et egoistisk løp hvor det sentrale blir å anskaffe og anvende rusmidler. Denne livsførselen vil i det lange løp innebære at familien påføres store bekymringer og belastninger. Vi ser ofte at mistillit og gjentatte skuffelser ligger til grunn for at det skapes en avstand mellom den rusavhengige og familien. Andre kommer fra dysfunksjonelle familier hvor man kan ha blitt utsatt for omsorgssvikt, vold og overgrep. Her er det vanligvis lite å bygge videre på. De fleste deltakerne i denne studien er imidlertid så heldige at de har fått gjenopprettet et godt forhold til flere familiemedlemmer. De har nå stor gevinst av den tilliten, støtten og hjelpen de får fra familien. Samtidig ønsker de å utvide sitt vennenettverk, men synes dette arbeidet er veldig vanskelig. Dette er et viktig funn som bør

vies ekstra oppmerksomhet. Deltakerne er mest trygge på det miljøet de kommer fra og blir usikre når de skal snakke med rusfrie mennesker. Dette kan ses i lys av at det er store forskjeller på de sosiale spillereglene som er gjeldende i rusmiljø versus de som praktiseres i det vanlige samfunnslivet. For den rusavhengige innebærer det et radikalt kultur- og miljøskifte. Her står deltakerne foran en stor utfordring! Man kan også her stille spørsmål om hjelpeapparatet har oppfattet dette godt nok. Uansett er det nødvendig at hjelpeapparatet tar tak i dette og bistår brukerne med sosialt nettverksarbeid. Noen brukere trenger også hjelp i forhold til å reetablere kontakt med sin familie, mens de fleste deltakerne i denne studien har et større behov for hjelp med etablering og utvidelse av vennenettverk.

### **6.1.5 Nødvendigheten av et rusfritt boalternativ og et godt aktivitetstilbud**

Flere deltakere synes det vanskelig å være bosatt i boliger hvor kommunen har samlet flere rusavhengige. De ønsker å komme seg bort fra dette bomiljøet, men makter det ikke på grunn av dårlig økonomi og for lange ventelister på ny kommunal bolig. Å bli konfrontert med rusmisbruk i bomiljøet kan bli en ”trigger” til tilbakefall. Noen stenger seg derfor inne i leilighetene sine. Det påpekes også ulemper ved at de tidligere har hatt mange rusopplevelser i leilighetene sine. Mange gamle minner gjenopplevs, det beskrives som om rusopplevelsene henger i veggene. Slike hukommelsesbilder kan utløse russug og føre til tilbakefall.

De aller fleste mennesker tilbringer mesteparten av sin tid i sine boliger. Alle er opptatt av boligtrivsel og godt bomiljø. Mistrivsel i boligen virker negativt inn på flere livsområder. Deltakere som har boliger i rusbelastede bomiljø og som har leiligheter som gir mange rusminner, vil kunne erfare for sterke påkjenninger når de nå forsøker å leve rusfritt. Det er trist å høre hvordan noen deltakere blir nødt til å stenge seg inne, trekke ned gardinene, gjemme seg på soverommet og late som de ikke er hjemme for å skjerme seg fra rusavhengige naboer. Her ser det ikke ut til å være spørsmål om trivsel eller mistrivsel, det er ganske enkelt en uholdbar situasjon. At kommunene samler rusavhengige på samme sted, vil gjøre situasjonen svært vanskelig for de rusavhengige som ønsker å komme seg bort fra misbruket. Vi vet at begrensede ressurser fører til at de kommunale boligjenestene ikke makter å gi alle søkere et godt nok boligtilbud, men her synes det likevel nødvendig å finne nye løsninger.

Det oppleves som viktig og meningsfullt å ha et aktivitetstilbud på dagtid. Eksempler på slike aktiviteter er arbeid, praksisplass og lavterskeltilbud. Deltakelse i faste dagaktiviteter bidrar til forsterket meningsfullhet, selvfølelse og mestringstillit. Dersom deltakerne ikke har



noe å gå til, blir dagene lange og meningsløse, hvilket medfører økt risiko for å slippe til rustanker. I tillegg må fritiden fylles med innhold. Det var imidlertid overraskende å oppdage hvilken betydning samtlige deltakere legger i *fysisk trening og aktivitet* i ettervernsfasen. Gode erfaringer med treningsrutiner fra klinikkoppholdet ble videreført etter de kom hjem. Trening er nå en viktig aktivitet som fyller tomrommet etter oppgivelsen av ruslivet. I tillegg til å komme i god fysisk form, medvirker trening til å fjerne russug, erstatte rusopplevelser og det gir en bedre mental helse.

Rusavhengige har vært vant til å være rimelig aktive innenfor sitt tidligere rusmiljø. Mye av energien og tiden har gått med til å erverve og bruke rusmidler. Hvis man nå plutselig ikke skal ha noen oppgaver og forpliktelser på dagene, vil hverdagen etter hvert oppleves grå, kjedelig og meningsløs. I slike situasjoner blir veien til å gjenoppta rusmisbruk kort. For å motvirke dette vil deltakelse i jobb eller andre meningsfulle dagaktiviteter være viktig. Videre kan engasjement i fritidsaktiviteter for mange innebære en erstatning og motkraft til de aktivitetene de var opptatt av da de ruset seg (Melin & Näsholm, 1998). I denne studien ser vi nettopp hvordan fysisk aktivitet blir en viktig erstatning for tidligere rusmisbruk og rusrelaterte aktiviteter. En sentral oppgave for hjelpeapparatet blir å tilrettelegge for at brukerne får en jobb eller et aktivitetstilbud, samt gi støtte til utvikling av en rikere fritid.

### **6.1.6 Et grundig og skjerpet fokus**

Det er interessant å se hvor avgjørende deltakerne mener det er å ha et *grundig og skjerpet fokus* i rehabiliteringsprosessen. Dette beskrives som nødvendig for å kunne opprettholde et fungerende rusfritt liv. I den sammenheng er det viktig at behandlingsavtaler og oppgaver følges opp, samtidig som rusrelaterte nettverk og aktiviteter velges bort. Deltakerne implementerer også lærdom fra tidligere mislykkede behandlingsforsøk når de nå skal fungere uten rusmiddelbruk. For å lykkes nå må man ha en helhjertet innstilling og gi rehabiliteringsarbeidet førsteprioritet. Et annet funn som peker seg ut er hvordan samtlige deltakere bruker *konsekvenstenking* når russug oppstår. De reflekterer over alt det som ødelegges dersom de begynner å ruse seg igjen, mesteparten av det de har jobbet med og oppnådd blir bortkastet. En gjenopptakelse av rusmisbruket vil ramme familien, arbeidet, økonomien og helsa. Etter slike konsekvensoverveielser mister man lysten på å ruse seg.

Her kan man trekke paralleller til hvordan toppidrettsutøvere forbereder seg foran viktige mesterskap. For å komme i best mulig form prioriterer de omfattende treningsprogram

og avstår fra usunn kost og livsførsel. Dersom de blir fristet til noe annet, tenker de på hvilke konsekvenser dette får for yteevnen. Når de endelig skal konkurrere, passer de på å ikke la seg distrahere, men har i stedet et udelt fokus på arbeidsoppgavene. Rusavhengige konkurrerer ikke med hverandre, men de løper hver sine rehabiliteringsløp for å vinne den premien som ligger foran, et meningsfullt rusfritt liv i samfunnet. Dette nødvendiggjør et skjerpet fokus på arbeidsoppgavene i rehabiliteringsløpet. Som profesjonelle hjelpere må man forstå hva dette innebærer for brukerne. Det er et seriøst stykke arbeid som betyr at brukerne må være oppmerksomme på alle små ting og detaljer som kan bidra til å hindre fremgang og tilfriskning.

### **6.1.7 Bygging av selvfølelse og mestringstillit**

Mestringstillit kan forstås som tro på egen evne til å gjennomføre endringer og nå bestemte mål (Bandura, 1997; Brumoen, 2007). Det bygges mestringstillit når brukerne når sine mål og mestrer vanskelige oppgaver. Deltakere i denne studien har fått større tro på seg selv ved eksempelvis å mestre rusfrihet, behandlingstilbud, jobb, bolig, familiekontakt og trening. Når man oppnår et mål, forsterkes troen på at også andre mål er mulige å nå. Når man mestrer en krevende situasjon, økes troen på at man også kan lykkes i en annen vanskelig situasjon. Et interessant funn i den sammenheng er hvilken betydning brukerne tillegger *gode og ærlige tilbakemeldinger* fra hjelperne. Dette skjer ikke nødvendigvis i det terapeutiske rom, men en enkel klapp på skuldra og en oppmuntrende tilbakemelding fra personalet ser ut til å ha sterk virkning på bygging av mestringstillit.

Kanskje har noen hjelpere en tendens til å vie for mye oppmerksomhet til det brukerne ikke mestrer. Ved å fokusere for mye på problemene, kan man stå i fare for å glemme at det faktisk eksisterer mange ressurser i og muligheter for brukerne. Det er behov for at hjelpeapparatet tilrettelegger for gode mestringserfaringer, og samtidig trenger brukerne å høre at behandlerne har tro på at de er i stand til å mestre de oppgavene som ligger foran. Vi vet at det er en formidabel oppgave å legge fra seg et mangeårig liv med rusmisbruk. Et eksempel er de anstrengelsene som gjøres for å komme bort fra det rusbelastete nettverket. Et annet område er håndteringen av de mange risikofaktorene som kan føre til tilbakefall. Når brukerne til sist bestemmer seg for å gå løs på det vanskelige rehabiliteringsarbeidet, fortjener de at hjelpeapparatet ser, forstår og anerkjenner den harde jobben de utfører. Hjelpere som

oppfatter dette og samtidig evner å gi gode og ærlige tilbakemeldinger på det arbeidet som utføres, bidrar til bygging av brukernes selvfølelse og mestringstillit.

Andre funn fra studien indikerer at det nye rusfrie livet gjør deltakerne mindre selvsentrerte samt medvirker til at de finner verdi og mening i å hjelpe andre. Som rusavhengig har man ofte vært en *mottaker* av hjelp og ikke maktet annet enn å ha fokus på seg selv. Når man nå som rusfri finner mening i å være en *bidragsyter* for andre, styrkes deltakernes opplevelse av sammenheng.

## 6.2 IMPLIKASJONER FOR PRAKSISFELTET

Poliklinisk gruppeterapi og individualterapi, regelmessig telefonoppfølging og planlagte reopphold, virker alle å være gode og velfungerende behandlingstiltak som bør prioriteres videre i behandlingstilbudet ved klinikkene. Samtidig synes det å være behov for en individuell tilpassing av behandlingsopplegget. Man bør også legge merke til hvordan ærlige og oppmuntrende tilbakemeldinger styrker pasientenes mestringstillit og selvfølelse. Dersom praksisfeltet anvender slike tilbakemeldinger mer bevisst og aktivt ved behandling i ettervernsfasen, vil det kunne virke positivt inn på brukernes rehabiliteringsprosess.

Flere deltakere erfarte å ha liten innflytelse på utformingen av ulike ettervernstiltak. Dette skaper avmaktsfølelse og kan føre til at brukeren gir opp behandlingen. Selvbestemmelsesrett og medvirkning gir derimot en følelse av verdighet og mening som i neste omgang kan virke positivt inn på bedringsprosessen. Dette synliggjør behovet for at hjelpeapparatet i større grad bør søke å implementere brukermedvirkning også i rusbehandlingens ettervernsfase.

Vi vet at arbeid med IP kan gi effektiv og god hjelp for brukerne. IP kan legge til rette for brukermedvirkning, gode samarbeidsrelasjoner og rasjonell arbeids- og ansvarsfordeling. Ifølge helse- og omsorgslovgivningen har både spesialisthelsetjenesten og kommunen en plikt til å utarbeide IP. Deltakernes erfaringer med for dårlig anvendelse og oppfølging av IP, antyder at hjelpeapparatet som driver rusbehandling bør gjennomgå sine rutiner omkring dette arbeidet. Hvis intensjonene som ligger til grunn for IP-arbeidet skal realiseres, må både spesialisthelsetjenesten og særskilt kommunen ta ansvar for at oppfølgingsarbeidet av IP blir ivaretatt.

Kvalifiserte hjelpere, gode behandlingsrelasjoner og et godt samarbeidsklima spiller avgjørende roller for hvorvidt brukeren lykkes med ettervernsbehandlingen. Det blir derfor

viktig at praktikerne legger merke til hva brukerne selv mener kjennetegner gode hjelpere. Det understreker også nødvendigheten av at praksisfeltet tilrettelegger for videreutdanning og opptrening av relasjons- og samarbeidskompetanse hos helsepersonalet.

Flere har opplevd hvordan mangel på dagaktiviteter, sviktende sosialt nettverk og utilfredsstillende boligsituasjon virker destruktivt inn på livssituasjonen samt medvirker til sosial isolering og tilbakefall. Disse funn stadfester at det fortsatt vil være viktige oppgaver for hjelpeapparatet å tilrettelegge for sysselsetting, fritidsaktiviteter, sosialt nettverk og bolighjelp. Ettersom fysisk aktivitet og trening hadde slik positiv innvirkning på flere deltakere i denne studien, kan det kanskje være overførbart og anbefales for andre brukere i lignende behandlingssituasjon.

Å undervurdere oppfølgingsbehovet for ruspasienter etter utskrivning av klinikk kan få skjebnesvangre konsekvenser. Pasienter som nettopp har avsluttet et klinikkopphold er ekstra sårbare og står derfor i fare for å falle tilbake dersom motgangen blir for overveldende. Sett i dette lys bør det iverksettes et forsterket ettervernsopplegg spesielt i den første perioden etter fullført klinikkopphold.

Deltakerne påpekte at brukerne må få den behandlingstiden som trengs ved både klinikkopphold og ettervern. Vi vet det er individuelle forskjeller på hvor lang behandlingstid man trenger. Effektivisering av behandlingstilbud og kostnadsanalyser bør ikke føre til avkorting av ettervernstilbudet dersom brukeren har behov for lengre oppfølging.

### **6.3 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING**

Ettervernsproblematikk i rusbehandling er et aktuelt tema innenfor fagfeltet, men det synes likevel som det foreligger lite forskning på feltet. Det er spesielt funnet få studier med kvalitativt design. Videre er det avdekket en relativt beskjeden mengde norske studier sammenlignet med utenlandske. De fleste studiene jeg har funnet tar for seg behandling ved klinikk og poliklinikk og andre mer avgrensede områder innenfor ettervern. For at brukerne skal få god hjelp etter utskrivning fra klinikk, er det imidlertid viktig å ha et helhetlig perspektiv når behandlings- og oppfølgingstilbudet skal utformes. På grunn av at det eksisterer lite forskning med et helhetlig ettervernsfokus, anbefales det å gjennomføre flere undersøkelser som tar hensyn til dette perspektivet. Samtidig kan enkeltfunn fra denne studien være interessant å følge opp i nye studier. Eksempler på dette kan være de positive effektene av fysisk aktivitet i rusbehandling eller de omfattende vanskene med reetablering og

etablering av vennenettverk i ettervernet. For å undersøke eventuelle forskjeller og nyanser fra funnene i denne studien, kan det være interessant å rekruttere informanter fra klinikker i andre regioner.

Fagfolk og behandlere har mange meninger om hvordan ettervernet bør organiseres. Det er imidlertid brukerne selv som kjenner ”hvor skoen trykker” og som sitter inne med verdifulle erfaringer om hvordan det er å komme hjem etter gjennomført klinikkbehandling. Hvis man søker å ivareta dette brukerperspektivet, vil det være viktig å involvere brukerne også ved planlegging av fremtidig forskning på ettervern i rusbehandling.

Kvalitative design er som kjent velegnet dersom man ønsker å undersøke menneskelige oppfatninger og erfaringer. Kvalitative data om hvordan brukerne erfarer ettervernsfasen i rusbehandling kan utgjøre et uvurderlig kunnskapsgrunnlag når hjelpeapparatet skal utvikle og organisere nye ettervernstilbud. Videre kan kvalitative undersøkelser gi et godt utgangspunkt for forskere som ønsker å identifisere andre problemstillinger og utvikle nye hypoteser. Det kan dermed sies å være behov for flere studier med kvalitative metoder innenfor temaet ettervern.

## **6.4 KONKLUSJON**

Vi har sett at ettervernsfasen representerer en kritisk periode hvor brukerne må håndtere en rekke utfordringer. For at brukerne skal kunne lykkes med å være rusfrie og å nå sine mål, kreves det en betydelig egeninnsats, og det er avgjørende at de har tilgang til et godt støtteapparat. Det offentlige hjelpeapparatet og spesielt den nærmeste familien er en viktig del av dette støtteapparatet. Å lykkes med oppgavemestring gir brukerne en bedre selvfølelse og styrket mestringstillit. Det vil derfor være gunstig å legge til rette for at brukerne får gode mestringserfaringer ut fra de forutsetningene som er til stede. Mange rusavhengige sliter i tillegg med psykiske vansker i ulik grad og omfang. Av den grunn må det tas hensyn til både brukernes rusavhengighet og deres psykiske helse når det skal utformes tiltak i ettervernsfasen. Studien vil således være nyttig og relevant for begge praksisfeltene rusarbeid og psykisk helsearbeid. Studiens samlede resultater har bidratt til verdifull innsikt i brukernes ettervernserfaringer og hvordan de mestrer den rusfrie hverdagen.

## 7. LITTERATUR

Andreassen, R., Ekberg, J.I., Gundersen, N.H., Holmen, O.A., Lindeland, T., Mydland, T.S. & Nodeland, S. (2009). *Ettervern Rus: Brukerundersøkelse av et utvalg Agderkommuners ettervernstilbud etter institusjonsbehandling for rusavhengighet*. Kristiansand: Høgskole og Universitetssosialkontor Agder.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.

Hentet fra <http://heapro.oxfordjournals.org/content/11/1/11.full.pdf+html>

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Askheim, O.P. (2007). Empowerment – ulike tilnæringer. I O.P. Askheim, & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (s. 21-33). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Askheim, O.P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Brumoen, H. (2007). *Vanen, viljen og valget: En psykologibok om avhengighet og mestringsstillit*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dahl, T. (2012). Treningsterapi. Fysisk trening som behandlingsmetode. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 324-341). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dahle, K.Aa. & Iversen, H.H. (2011). *Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling?* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

- Ettelt, S. (2012). Kognitiv terapi i rusbehandling. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 250-274). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Everett, E.L. & Furuseth, I. (2012). *Masteroppgaven: Hvordan begynne – og fullføre* (2. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Fekjær, H.O. (2009). *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk: Teori og praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Føyn, P. & Shaygani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gjerme, H., Lømo, B. & Lundgård, R. (2007). Brukermedvirkning i rusbehandling – er det mulig? I A.K. Ulvestad, A.K. Henriksen, A. Tuseth, & T. Fjeldstad (Red.), *Klienten, den glemte terapeut* (s. 166-181). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Godley, M. D., Coleman-Cowger, V.H., Titus, J.C., Funk, R.R. & Orndorff, M.G. (2010). A randomized controlled trial of telephone continuing care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2010(38), 74-82.  
Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547209001196#>
- Haga, W. (2012). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 363-379). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Halvorsen, S.H. (2012). AA (Anonyme Alkoholikere) 12-trinnsprogrammet og rusbehandling. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 275-300). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J.A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*: Trådt i kraft 1. januar 2012. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Hunt, W.A., Barnett, L.W. & Branch, L.G. (1971) Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27(4), 455-456.

Jellestad, F. K. (2012). Hjernen og rusavhengighet. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 75-87). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kadden, R.M. & Litt, M.D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 2011(36), 1120-1126.  
Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460311002425#>

Kristiansen, Ø. & Vederhus, J-K. (2005). Selvhjelpsgrupper i rusbehandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(20), 2798-2801.  
Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/1273986/>

Kronholm, K. (2012). Avrusning. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 169-193). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357-361.  
Hentet fra <http://psycnet.apa.org/journals/pst/38/4/357.pdf>

Lorentsen, Ø & Berge, A.R. (2006). Individuelle planer – Hva mener eierne? *Respekt*, 2006(1), 44-49.



- Lundberg, A. (2012). Hva er det med rusmiddelavhengighet som krever tverrfaglighet? I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 40-46). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mamen, A., Pallesen, S. & Martinsen, E.W. (2011). Changes in mental distress following individualized physical training in patients suffering from chemical dependence. *European Journal of Sport Science*, 11(4), 269-276.  
Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=56fd8405-1281-4591-b543-78affd151ea9%40sessionmgr113&vid=2&hid=118>
- Martinsen, E.W. (2011). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet – psykisk helse – kognitiv terapi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- McIntosh, J & McKeganey, N. (2000). The Recovery from Dependent Drug Use: addicts' strategies for reducing the risk of relapse. *Drugs: education, prevention and policy*, 7(2), 179-192. Hentet fra <http://search.proquest.com/docview/216791392/fulltextPDF?accountid=43164>
- Meld. St. nr. 30 (2011-2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Melin, A-G. & Näsholm, C. (1998). *Behandlingsplanering vid missbruk* (2. utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Nesvåg, S. (2012). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 55-76). Oslo: Akribe.

- Nordfjærn, T., Rundmo, T. & Hole, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2010(17), 46-64.  
Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ef055a90-28ab-4888-a260-695cf94e1ce9%40sessionmgr198&vid=2&hid=125>
- Opptrappingsplan for rusfeltet (2007-2012). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*: Trådt i kraft 1. januar 2001. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Røkenes, O.H. & Hanssen, P.H. (2006). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn, kropp, samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Tengqvist, A. (2007). Å begrense eller skape muligheter – Om sentrale holdninger i empowermentarbeidet. I O.P. Askheim, & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (s. 72-82). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Von Greiff, N & Skogens, L. (2012). Förändringsprocesser i samband med missbruksbehandling - vilka faktorer beskriver klienter som viktiga för att initiera och bibehålla positiva förändringar? *Nordic studies on alcohol and drugs*, 29(2), 195-209. Hentet fra <http://search.proquest.com/docview/1323848979?accountid=43164>

Ytrehus, S. (2012). Kommunalt rusarbeid. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 240-270). Oslo: Akribe.

## **8. APPENDIKS**

**VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKEERKLÆRING**

**VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE**

**VEDLEGG 3: VEDTAK FRA REK**

**VEDLEGG 4: TILBAKEMELDING FRA NSD**

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:**

### ***Brukererfaringer med ettervern i rusbehandling***

#### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en intervjustudie for å få frem dine erfaringer med ettervernsfasen som starter etter utskrivning fra behandlingsopphold i institusjon. Dette kan være både positive og negative erfaringer. Det vil også være interessant å høre hva du mener et godt ettervern bør inneholde.

Intervjuene i denne studien kan bidra til at helse- og sosialarbeidere får større innsikt i hvordan brukere opplever ettervernsfasen i rusbehandlingen. I tillegg kan brukererfaringene gi en viss pekepinn på hva som bør prioriteres i denne behandlingsfasen. Intervjuene planlegges gjennomført i perioden januar – april 2013.

#### **Ansvarlig for studien**

Prosjektleder for studien er førsteamanuensis Anne Moe ved Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST). Selve studien skal gjennomføres av sosionom Egil Wilhelmsen. Egil Wilhelmsen er masterstudent og studien inngår i hans masterstudium i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

#### **Hvem kan delta?**

De som kan delta i studien er kvinner eller menn over 23 år med erfaringer fra ettervern. Det er planlagt å intervju totalt 4-6 personer fra to ulike institusjoner. Fra den ene institusjonen må deltakerne ha vært i ettervernsfasen i minst to måneder. Fra den andre institusjonen der personer er innlagt, må deltakerne ha hatt tidligere ettervernserfaringer. Det vil ikke være mulig å delta i studien dersom Egil Wilhelmsen har vært din behandler/hjelper fra tidligere rusbehandling.

#### **Hva innebærer studien?**

Egil Wilhelmsen vil gjennomføre et intervju med deg. Først blir du spurt om noen bakgrunnsopplysninger. Deretter bes du om å fortelle om dine erfaringer med ettervernsfasen, og hva du mener et godt ettervern bør inneholde. Intervjuet vil gjennomføres som en samtale som varer ca. 1 – 1 ½ time. Samtalen vil bli tatt opp på lydopptaker og deretter skrevet ned. Dette for å sikre å ikke gå glipp av noe av det du forteller.

### **Mulige fordeler og ulemper**

Egil Wilhelmsen vil forsøke å legge til rette for at intervjuet blir en konstruktiv erfaring for deg, og forhåpentligvis kan du oppleve at dine erfaringer bidrar til nyttig kunnskap for andre. Det er du som bestemmer hva og hvor mye du vil fortelle under intervjuet. Likevel er det mulig at tema og erfaringer som kan oppleves spesielt sårbare for deg, blir berørt. Selv om Egil Wilhelmsen har lang erfaring innenfor arbeid med rusavhengige, vil han i denne situasjonen ikke kunne ha et behandleransvar. Hvis du har behov for oppfølging etter intervjuet, vil Egil Wilhelmsen ha gjort avtale med en behandler/kontaktperson fra det tiltaket du kommer fra som kan kontaktes.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun prosjektleder Anne Moe og prosjektmedarbeider Egil Wilhelmsen ved HiST som har adgang til lydopptakene, nedskrevne intervju og navnelisten, og som kan finne tilbake til deg. Alle disse opplysningene vil holdes nedlåst og vil bli slettet når studien er avsluttet, senest innen utgangen av desember 2013. Prosjektleder og prosjektmedarbeider er begge underlagt taushetsplikt i henhold til forvaltningsloven § 13 og helsepersonelloven § 21.

På grunnlag av intervjuutskriftene vil det bli foretatt dataanalyser som vil bli brukt i en masteroppgave. I tillegg kan det bli aktuelt å bruke studien som forelesningsmaterieil. Data vil bli presentert slik at det ikke vil være mulig å identifisere deg.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Mastergradsstudent Egil Wilhelmsen, tlf. 95890041. Du kan også kontakte veileder førsteamanuensis Anne Moe ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, tlf. 73559426.

Dersom du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å korrigere eventuelle feil i disse opplysningene. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å slette innsamlede opplysninger med mindre de allerede er inngått i analyser eller vitenskapelige publikasjoner.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Det er en kontaktperson fra ledelsen ved behandlingsinstitusjonene som vil spørre aktuelle deltakere om de ønsker å være med i studien samt utlevere denne skriftlige informasjonen om studien og samtykkeerklæringen. Hvis du ønsker å delta, vil denne kontaktpersonen kontakte Egil Wilhelmsen og oppgi ditt navn og telefonnummer. Deretter vil Egil Wilhelmsen kontakte deg for å gjøre avtale om tid og sted for intervjuet.

Dersom du har anledning til å delta i studien, er det fint om du signerer samtykkeerklæringen på side 4.

Med vennlig hilsen

Egil Wilhelmsen  
Masterstudent, HiST

Anne Moe  
Førsteamanuensis/veileder, HiST

## Samtykke til deltakelse i studien:

### *Brukererfaringer med ettervern i rusbehandling*

Jeg bekrefter med dette at jeg frivillig og etter eget ønske deltar på denne undersøkelsen. Undersøkelsen er en del av masteroppgaven til Egil Wilhelmsen som er student ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Undersøkelsen er beskrevet i eget informasjonsskriv som jeg er blitt forelagt og har lest.

Alle opplysninger om personlige forhold vil bli behandlet strengt konfidensielt og slettes når undersøkelsen er slutført.

Jeg kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke meg fra deltakelse i undersøkelsen.

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signert, rolle i studien, dato)



## Intervjuguide

Takk for at du er villig til å delta i studien. Gjennom denne samtalen ønsker jeg å høre om dine erfaringer med ettervernsfasen. Ditt bidrag skal sammen med de andre sine bidrag gi viktig kunnskap om hvordan ettervernet oppleves. Det er dine tanker, erfaringer og meninger jeg er interessert i. Du skal få snakke helt fritt og åpent.

Vi kommer sannsynligvis også til å snakke litt om betydningen av ditt sosiale nettverk (familie og venner). Da er det ønskelig å fokusere på din *opplevelse* av nettverkets betydning for ditt ettervern. Så langt det er mulig ønsker jeg derfor å registrere minst mulig *sensitive opplysninger* om personer i ditt sosiale nettverk.

Jeg har satt av 1 – 1 ½ time til denne samtalen. Hvis du føler behov for å ta en pause eller avbryte, må du veldig gjerne si fra om det. Etter å ha lest gjennom informasjonsskrivet: er det noe som er uklart eller har du noen spørsmål?

Innledningsvis vil jeg spørre deg om noen bakgrunnsopplysninger:

Kjønn	
Årstall født	
Sivilstand	
Familienettverk	
Yrkesstatus	
Alder da du begynte å ruse deg?	
År med problematisk rusmiddelbruk?	
Hvilke rusmidler har du brukt mest?	
Tidligere behandling for rusavhengighet?	

Nå skal vi gå videre og komme inn på noen spørsmål om ettervernsfasen.

Minner om at denne studien oppfatter at ettervernet og ettervernsfasen starter etter at pasienten er ferdig med institusjonsbehandlingen og har flyttet inn i egen bolig.

## **INNLEDENDE SPØRSMÅL**

- Når startet du ettervern/Når avsluttet du oppholdet ved klinikken?
- Hvor flyttet du inn da du var ferdig med klinikkoppholdet?
- Du har nå vært i ettervernsfasen en tid. Kan du fortelle litt om hvordan en vanlig hverdag er hjemme hos deg?

## **FORBEREDELSE**

- Hvordan var klinikken med på å forberede ditt ettervern?
- Hvordan var din hjemkommune med på å forberede ditt ettervern?
- Hvordan forberedte du deg selv til ettervernsfasen?
- Sett i ettertid, hvilke forberedelser mener du var viktige?
- Synes du at du har hatt noen medbestemmelse på hvordan innholdet i ditt ettervernsopplegg ble utformet?

## **INVOLVERING OG HJELP**

### **Klinikken**

- Hvordan er klinikken involvert i ditt ettervern?
- Hva opplever du som god hjelp fra klinikken?
- Er det noen form for hjelp du savner fra klinikken?
- Hvordan vil du beskrive relasjonen mellom deg og din behandler ved klinikken?
- Har denne relasjonen noen betydning for kvaliteten på ditt ettervern og hvordan du mestrer livet i ettervernsfasen?

### **Hjemkommunen**

- Hvordan er kommunen involvert i ditt ettervern?
- Hva opplever du som god hjelp fra kommunen?
- Er det noen form for hjelp du savner fra kommunen?
- Hvordan vil du beskrive relasjonen mellom deg og oppfølger fra kommunen?
- Har denne relasjonen noen betydning for kvaliteten på ditt ettervern og hvordan du mestrer livet i ettervernsfasen?

### **Andre**

- Er det noen andre personer som er involvert i og har betydning for ditt ettervern?
- Kan du si noe om hva som har vært viktig for deg selv å arbeide med i ettervernet?

## **VENNER OG FAMILIE**

- Hvordan opplever du din kontakt med venner og familie er i ettervernsfasen?
- Er de en støtte eller en hindring for deg? På hvilken måte?

## **MÅL OG ØNSKER**

- Har du noen spesielle ønsker eller mål som du håper å oppnå i ettervernsfasen? Har du noen eksempler?
- Har du oppnådd noen av disse målene?
- Hva har hjulpet deg til å nå dine mål?
- Har du noen erfaringer med bruk av individuell plan i ettervernsfasen?
- Hvordan har bruk av individuell plan vært til hjelp for deg?

## **UTFORDRINGER OG PROBLEMER**

- Kan du fortelle litt om hva som har vært de største utfordringene og problemene i din ettervernsfase? (Tilbakefall, bolig, sysselsetting, nettverk, familie, økonomi)
- Det er ikke uvanlig å oppleve tilbakefall til rusmisbruk i ettervernsfasen.
  - ✓ Husker du en situasjon hvor du fikk tilbakefall? Kan du fortelle om hva som skjedde?
  - ✓ Kan du peke på noen andre årsaker som kan føre til at du får tilbakefall til rusmisbruk i ettervernsfasen?

## **HVA HAR FUNGERT BRA?**

- Kan du si litt om hva som du opplever har fungert bra i ditt ettervern?
- Er det noe spesielt du lærte under oppholdet ved klinikken som er til hjelp og nytte for deg når du nå har flyttet hjem? Har du noen eksempler?
- Har du opplevd russug og fristelser til å ruse deg etter du flyttet hjem fra klinikken?
  - ✓ Husker du en situasjon hvor du klarte å forhindre at du ruset deg? Kan du fortelle hva du gjorde for å unngå å ruse deg?
  - ✓ Hva er de viktigste årsakene til at du vil være i stand til å holde deg rusfri i ettervernsfasen?

### **HVA MENER DU ET GODT HELHETLIG ETTERVERN BØR INNEHOLDE?**

- Hvis du skal forsøke å oppsummere, hva mener du et godt helhetlig ettervern bør inneholde for folk som er i ettervernsfasen?
- Hvilke tanker har du om hvordan ettervernet kan bli bedre enn dagens organisering og tilbud?

### **AVSLUTNING**

- Er det noe du har lyst til å si som jeg ikke har spurt deg om?
- Til slutt vil jeg gjerne høre hvordan denne samtalen har vært for deg, på godt og ondt?
- Synes du at du har behov for en oppfølgingssamtale/støttesamtale med din behandler?



<b>Region:</b> REK sør-øst	<b>Saksbehandler:</b> Katrine Ore	<b>Telefon:</b> 22845517	<b>Vår dato:</b> 20.12.2012	<b>Vår referanse:</b> 2012/2014/REK sør-øst A
			<b>Deres dato:</b> 06.11.2012	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Anne Moe  
Høgskolen i Sør-Trøndelag, AHS, Trondheim

### 2012/2014 A Brukererfaringer med ettervern i rusbehandling

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 29.11.2012.

Prosjektleder: Anne Moe  
Forskningsansvarlig: Høgskolen i Sør-Trøndelag ved øverste ledelse

#### Prosjektet

Formålet med studien er å undersøke hva brukerne av ettervern i rusbehandling selv erfarer som både positivt og problematisk i ettervernsfasen, og dessuten belyse hva brukerne selv mener et godt ettervern bør inneholde. Forskningsspørsmålene i studien er formulert på denne måten i søknaden:

- I hvilken grad og på hvilken måte er/var institusjonen og hjemkommunen involvert i brukernes ettervern? Hva opplever brukerne som god hjelp fra institusjonen og hjemkommunen, og hvilken type hjelp savnes?
- Hvilke andre organisasjoner og personer er/var involvert i og har/hadde betydning for brukernes ettervern. Hvordan oppleves dette av brukerne?
- Det vil også være interessant å finne ut av hva brukerne erfarer som problematisk og hva som fungerer bra i ettervernet.
- Hvordan har brukerne forberedt seg selv på ettervernet, og hva mener de er nødvendig å gjøre av egen innsats og arbeid i denne fasen.
- Sette søkelyset på hva brukerne mener [er] et godt helhetlig ettervern bør inneholde og hvilke områder som bør forbedres.

Data skal innhentes gjennom samtaler med 4-6 personer over 23 år om deres erfaring med ettervern etter rusbehandling ved to institusjoner. Respondentenes svar skal analyseres ut fra fenomenologisk og hermeneutisk teori. Det som kommer fram i samtalen skal benyttes til å bruke det til å legge til rette for et helhetlig ettervern.

Kontaktpersoner fra ledelsen ved \_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_ skal spørre aktuelle pasienter som oppfyller studiens inklusjonskriterier om å delta i undersøkelsen. Det skal gjøres lydopptak av samtalen.

#### Komiteens vurdering

Komiteen oppfatter studien som forskning på tidligere pasienters oppfatninger om et gitt helsetjenestetilbuds effekt og kvalitet. Formålet med prosjektet er å bidra til en bedre organisering av en del av helsetjenesten, det vil i dette tilfelle si et mer helhetlig ettervern. Resultatene fra undersøkelsen skal gi utbyggingen av denne tjenesten et grunnlag i "erfaringer og forskningsbasert praksis".

**Besøksadresse:**  
Nydalens allé 37 B, 0484  
Oslo

**Telefon:** 22845511  
**E-post:** post@helseforskning.etikkom.no  
**Web:** http://helseforskning.etikkom.no/

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Prosjektet skal ikke bidra til å utvikle en bedre metode for diagnostisering eller behandling av sykdom, men skaffe kunnskap om hva som kreves for at denne delen av helsetjenesten kan fungere tilfredsstillende. Det skal ikke registreres personidentifiserende opplysninger fra deltakerne i prosjektet.

Selv om prosjektet er helserelatert faller det ikke inn under helseforskningslovens virkeområde og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK innenfor de ordinære ordninger for helsetjenesten med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

**Vedtak**

Etter søknaden retter forskningsprosjektet seg mot organiseringen av helsetjeneste og faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningsloven § 2. Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK Sørøst A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Med vennlig hilsen

Gunnar Nicolaysen  
Professor  
Leder

Katrine Ore  
Rådgiver

**Kopi til:**

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Anne Moe  
Avdeling for sykepleierutdanning  
Høgskolen i Sør-Trøndelag  
Øya Helsehus, Mauritz Hansens g. 2  
7004 TRONDHEIM

Harald Hårfagres gate 2  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 17.01.2013

Vår ref:32592 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.01.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

32592	<i>Brukererfaringer med ettervern i rusbehandling</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Sør-Trøndelag, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne Moe</i>
<i>Student</i>	<i>Egil Wilhelmsen</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Egil Wilhelmsen, Starrmyra 79, 7091 TILLER

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uio.no

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 32592

Meldingen gjelder et masterprosjekt der data innhentes ved personlig intervju med ca. 4-6 personer over 23 år som har brukererfaring med ettervern i rusbehandling. Formålet er å undersøke hva brukerne selv erfarer som positivt og problematisk i ettervernsfasen, samt belyse hva de selv mener et godt ettervern bør inneholde. Brukernes erfaringer og meninger kan gi verdifull kunnskap om ulike sider ved ettervernet som er nyttig å ha med seg når man skal forsøke å legge til rette for et godt helhetlig ettervern.

REK har vurdert at prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde (REKs ref.: 2012/2014/REK sør-øst A).

#### REKRUTTERING, INFORMASJON OG SAMTYKKE

Fremgangsmåten for trekking og rekruttering av utvalget vurderes som tilfredsstillende slik den er beskrevet i meldeskjema. Personvernombudet legger til grunn at de som deltar i studien har samtykkekompetanse.

Utvalget får skriftlig informasjon om prosjektet, og de som ønsker å delta samtykker skriftlig til deltagelse og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner at informasjonsskrivet i utgangspunktet er svært godt utformet, men anbefaler en mindre presisering: Setningen "Det betyr at opplysningene er aidentifiserte" bør slettes, fordi datamaterialet vil inneholde indirekte personopplysninger (avidentifisert betyr at man kan finne tilbake til enkeltpersoner gjennom kode som viser til koblingsnøkkel). Vi ber om revidert skriv.

#### FORSKNINGSETISKE UTFORDRINGER IFM. DATAINNSAMLING

Det fremgår at masterstudenten som skal gjennomføre datainnsamlingen er sosionom og har lang erfaring i arbeid med rusavhengige. I informasjonsskrivet gjøres utvalget tydelig oppmerksom på at Wilhelmsen opptre i rollen som forsker og ikke kan ha behandleransvar i den forbindelse. Det presiseres også at de ikke kan delta i studien hvis de tidligere har hatt en behandlingsrelasjon til studenten. Deltageren får tilbud om oppfølging av sin behandler ved behov etter intervjuet. Dersom det skulle oppstå forskningsetiske problemer i forbindelse med prosjektet, har veileder ansvar for å ivareta både studenten og deltagerne.

#### REGISTRERING AV PERSONOPPLYSNINGER

Intervjudata registreres i form av elektroniske lydopptak som transkriberes. Direkte personopplysninger (navn, fødselsdato, telefonnummer, e-postadresse) knyttes til intervjumaterialet via kode som viser til en adskilt navneliste (koblingsnøkkel). Det registreres også indirekte personopplysninger bl.a. om alder, kjønn, sivilstand, yrkesstatus, institusjonstilknytning, omfang og bruk av rusmidler, samt tidligere behandling for rusmiddelavhengighet.

Opplysningene er å regne som sensitive (om helseforhold), jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Det tas høyde for at det kan bli registrert opplysninger om identifiserbare tredjepersoner (mor, far, søsken og andre nære personer i informantens nettverk). Personvernombudet finner at behandlingen av disse opplysningene kan hjemles i personopplysningsloven § 8 d) og 9 h). Fokus er på informantens opplevelse av nettverkets betydning for sitt ettervern, ikke på tredjeperson i seg selv.



Det legges til grunn at opplysningene som registreres om tredjeperson er nødvendige for formålet, og at omfanget sensitive opplysninger reduseres så langt det er mulig. Vi anbefaler at dette tas opp med informanten på forhånd. Prosjektleder har i utgangspunktet informasjonsplikt overfor tredjeperson. Men det kan gjøres unntak fra informasjonsplikten dersom det er vanskelig å informere tredjeperson, sett i forhold til nytten vedkommende vil ha ved å bli informert. Dersom informanten har et svært vanskelig forhold til tredjeperson, vil det i noen tilfeller kunne være utilrådelig å informere vedkommende om prosjektet. Det vises til personopplysningsloven § 20 b) og § 23 c). Det legges til grunn at veileder/student gjør vurderinger av dette, dels i samråd med informanten, og informerer tredjeperson dersom det anses mulig/nødvendig. Personvernombudet kan kontaktes for råd.

#### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Sør-Trøndelag sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av sensitive personopplysninger. Koblingsnøkkel med direkte personopplysninger (navn, telefonnummer, e-postadresse) lagres innelåst og adskilt fra øvrige opplysninger. Lydopptak og intervjutranskripsjoner lagres også innelåst når de ikke er i bruk.

#### ANONYMISERING VED PROSJEKTSLUTT

Prosjektet skal avsluttes 31.12.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger (samtykkeerklæringer/koblingsnøkkel) slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet. Videre må lydopptak slettes. Resultatene presenteres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.