Veien fra alkoholavhengighet til rusfrihet – hva hjelper? Sett fra brukerens perspektiv

Tone Skjellet

Masteroppgave, psykisk helsearbeid ved høgskolen i Hedmark, avdeling for helse og idrettsfag

HØGSKOLEN I HEDMARK

Høsten 2009

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært spennende og lærerikt, men også utfordrende. Gjennom prosessen er det flere personer som har bidratt til at oppgaven har vært mulig å gjennomføre.

Først vil jeg takke de seks informantene som ønsket å delta på studien og som raust har delt sine erfaringer og opplevelser med meg. Uten deres velvillighet hadde det ikke vært mulig å gjennomføre studien. Deres bidrag er helt avgjørende for at hjelpeapparatet skal kunne forbedre og kvalitetssikre den behandlingen som gis. Tusen takk for at dere har brukt av deres tid.

Jeg vil også få rette en stor takk til min veileder Jan Kåre Hummelvoll som alltid har stilt opp og gitt meg faglige og konstruktive tilbakemeldinger i prosessen. Han har villig delt av sine kunnskaper og erfaringer, og alltid vært tilgjenglig når spørsmål har dukket opp. Likeledes rettes en takk til medstudenter og lærere som har bidratt med faglig innspill under oppgaveseminarene.

Jeg vil ellers rette en stor takk til min tidligere leder Marianne Gade Larsen som ga meg rammer som gjorde det mulig å starte på masterstudiet. En stor takk går også til min nye arbeidsplass som har gitt meg tid til å fullføre masteroppgaven. Jeg er svært takknemlig for at jeg har hatt kollegaer som har bidratt med innspill, kommentarer og vist interesse for oppgaven.

En takk rettes også til bibliotektjenesten på Høgskolen i Elverum og ved Sykehuset Innlandet som har bidratt til å finne relevant litteratur.

Tilslutt vil jeg takk min samboer Fredrik som har vært den beste støttespilleren i denne perioden. Hans tålmodighet, oppmuntrende kommentarer og sist men ikke minst hans tilbakemeldinger har vært av stor betydning.

Ottestad den 20. november 2009

Tone Skjellet

Innhold

FORORD **2**

INNHOLD **3**

NORSK SAMMENDRAG **7**

ENGLISH SUMMARY **8**

1. INNLEDNING **9**

1.1 BAKGRUNNEN OG HENSIKTEN MED STUDIEN 9

1.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL 11

1.3 AVGRENSNINGER OG BEGREPSAVKLARINGER 11

1.4 OPPGAVENS STRUKTUR 13

2. TIDLIGERE FORSKNING OG RELEVANT LITTERATUR **14**

3. TEORETISK REFERANSERAMME **18**

3.1 BRUKERPERSPEKTIV OG BRUKERMEDVIRKNING SOM BEGREP 19

3.1.1 Brukerperspektivet *19*

3.1.2 Brukermedvirkning og empowerment *20*

3.1.3 Grader av brukermedvirkning *21*

3.1.4 Brukermedvirkning på ulike nivåer *22*

3.1.5 Hvilke argumenter fremmer brukerperspektivet og brukermedvirkning *23*

3.1.6 Hvilke vilkår må være tilstede for brukermedvirkning? *24*

3.2 ALKOHOL 24

3.2.1 Alkoholforbruk og drikkemønster *25*

3.2.2 Alkoholens positive og negative egenskaper *26*

3.2.3 Endring av vaner *27*

3.3 HELSE OG HELSEFREMMENDE PROSESSER 27

3.3.1 Recovery og bedringsprosesser 28

3.3.2 Hvordan kan bedring måles? 30

3.3.3 Hva fremmer recovery? 30

3.4 SALUTOGENESE 30

3.5 BEHANDLINGSRELASJON 32

4. METODOLOGI 35

4.1 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU 37

4.2 UTVALGET 38

4.3 FORSKERENS FORFORSTÅELSE 39

4.4 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE 40

4.5 TRANSKRIBERING 41

4.6 ANALYSE OG TOLKNING 41

4.7 ETISKE OVERVEIELSER 43

5. PRESENTASJON AV RESULTATER 45

5.1 BEVISSTGJØRINGSPROSESS 46

5.1.1 Eksistensielle spørsmål 46

5.1.2 Modning og vending 47

5.1.3 Endret tankemønster 48

5.2 VIRKSOMME RELASJONER 49

5.2.1 Brukererfaringer 49

5.2.2 Nettverkets ulike funksjoner 50

5.3 BEHANDLINGSKLIMA 50

5.3.1 Holdning hos hjelper 51

5.3.2 Rammer og struktur *52*

5.3.3 Behandlingstilnærming *53*

5.4 STRATEGIER FOR SELVHJELP 54

5.4.1 Håp og åndsdimensjon *54*

5.4.2 Følelseshåndtering *55*

5.4.3 Nylæring og nyttig verktøy *56*

6. DISKUSJON 58

6.1 METODOLOGISKE OVERVEIELSER 58

6.2 DISKUSJON AV STUDIENS FUNN 62

6.2.1 En bevisstgjøringsprosess *62*

6.2.2 Tilbakefall *63*

6.2.3 Når løsningsstrategier ikke strekker til *63*

6.2.4 Det å ta et valg *64*

6.2.5 Ta tilbake kontrollen over tankesettet *65*

6.2.6 Håndtering av følelser *66*

6.2.7 Egenskaper hos hjelperen *67*

6.2.8 Håpets betydning *68*

7. KONKLUSJON OG ANBEFALINGER 70

7.1 KONKLUSJON 70

7.2 IMPLIKASJONER FOR PRAKSISFELTET 71

7.3 ANBEFALINGER FOR NY FORSKNING 72

8. REFERANSER 73

VEDLEGG 81

Vedlegg 1: Litteratursøk

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Informasjonsskriv

Vedlegg 4: Samtykkeerklæring

Vedlegg 5: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 6: Godkjenning fra Rek

Antall ord: 23804

Norsk sammendrag

Denne studien fokuserer på ”veien fra alkoholavhengighet til rusfrihet – hva hjelper? Sett fra brukerens perspektiv”. Den har til hensikt å øke kunnskapen blant behandlere om brukernes synspunkter og erfaringer med hva som hjelper for å bli rusfri. Målsetningen er å utvikle en mer helhetlig behandlingstilnærming til alkoholavhengige pasienter. Ved å fokusere på den subjektive opplevelsen, vil man kunne skape økt brukermedvirkning innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Studien har en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming med et eksplorativt og deskriptivt design. Den bygger på kvalitative forskningsintervju av seks informanter rekruttert fra Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO), Mental Helse og Anonyme Alkoholikere (AA). Datamaterialet er analysert med en kvalitativ innholdsanalyse.

Studiens funn viser at veien fra alkoholavhengighet til rusfrihet er sammensatt av flere bedringsfaktorer. Disse faktorene vil gjensidig påvirke hverandre og kan ikke ses på som enkeltstående faktorer som alene bidrar til rusfrihet. Brukernes alkoholforbruk har ofte ført til en rekke konsekvenser som har bidratt til en bevisstgjøringsprosess. Underveis i denne prosessen ble eksistensielle spørsmål berørt. Dette førte ofte til modning og en vending i livet, noe som bidro til endret tankemønster. Samspillet og relasjonen til andre hadde også betydning. Noen tok del i dette gjennom andres brukererfaringer. Det skapte et fellesskap og en opplevelse av å bli forstått. Brukerne som bidro i studien hadde alle mottatt behandling og påpekte viktigheten av rammer og strukturer under behandlingsforløpet. Det handlet om å få nok tid slik at en god relasjon kunne utvikles, samt å bli skjermet fra hverdagens forpliktelser. Flere hadde mottatt ulike behandlingstilnærminger, men det avgjørende syntes å være den gode relasjonen. Den bygde på egenskaper ved hjelperen som å bli møtt på alvor, med respekt, varme og omsorg. Det å lære å håndtere ubehagelige følelser var også vesentlig. Mange hadde tidligere benyttet rus for å dempe disse følelsene. For å opprettholde rusfriheten ble ulike strategier tatt i bruk. Det handlet om å være ærlig, det å ikke skylde på andre og vise ydmykhet ved å kunne be om unnskyldning. Bruk av dagbok var en strategi og et viktig verktøy til å bearbeide tanker og følelser. Håpet og troen ble sett på som en kraft som ga styrke og bidro til å fremme bedringen.

Abstract - The road from alcohol dependence to abstinence - what helps? Seen from a user's perspective

This study focuses on "the road from alcohol dependence to abstinence - what helps? Seen from a user's perspective". It is intended to raise awareness among therapists about users' views and experiences of what helps to remain clean. The objective is to develop a more comprehensive treatment approach to alcohol-dependent patients. By focusing on the subjective experience it will be possible to create greater user interaction within multi-disciplinary specialised drug treatment. The study has a hermeneutic-phenomenological approach with an exploratory and descriptively design. It is based on qualitative research interviews of six informants recruited from Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (Drug abusers' interest group), Mental Helse (Mental Health) and Anonyme Alkoholikere (Alcoholics Anonymous). The data is analyzed with a qualitative content analysis.

The study findings show that the road from addiction to alcohol abstinence is composed of several factors. These improvement factors will mutually affect each other and cannot be seen as individual factors that alone contribute to abstinence. The users' alcohol consumption has often led to a number of consequences that have contributed to an awareness-raising process. During this process existential questions were touched upon. This often led to the maturation and a turn in life, which contributed to the changed mindset. The interaction and relationship to others were also important. Some took part in this through others experiences. It created a community and an experience of being understood. Users who contributed in the study had all received treatment and pointed out the importance of frameworks and structures during the course of treatment. It was about getting enough time so that a good relationship could be developed, while being shielded from everyday obligations. Several had received different treatment approaches, but the decisive seemed to be that good relationship. It built on the properties of the helper as to be met seriously, with respect, warmth and care. Learning to deal with unpleasant emotions was also significant. Many had previously used alcohol to curb these emotions. To remain clean different strategies were adopted. It was about being honest, not to blame others and to show humility in order to apologize. Use of a diary was a strategy and an important tool to process thoughts and feelings. Hope and faith was seen as a force that gave strength and helped to promote the improvement.

1. Innledning

1.1 Bakgrunnen og hensikten med studien

”Kjære minister”, slik starter mange brev som ble sendt til Ansgar Garbrielsen da han var helseminister. Dette var brev fra pasienter og pårørende av psykiske syke og rusavhengige. De beskrev hvordan de opplevde sitt møte med helsevesenet. Et felles trekk var en ”lengsel om å bli tatt på alvor som pasient, klient, bruker eller pårørende” (Vaaland, 2007). Som behandler ved en ruspoliklinikk ved et distriktspsykiatrisk senter (DPS), var jeg også en del av det helsevesenet som ble beskrevet. Dette igangsatte mange refleksjoner om hvordan vi i større grad kunne involvere brukerens opplevelser og erfaringer i vårt arbeid.

Som behandler har jeg møtt mange mennesker som sliter med alkoholproblemer. Dette arter seg ulikt for pasientene. Ulikhetene bidrar til at vi må være fleksible i vår behandlingstilnærming. Til tross for dette, er det mange pasienter som ikke lykkes med sin målsetting om rusfrihet, noe ventelistene også bekrefter. Mange pasienter rehenvises flere ganger, og da gjerne med mer omfattende problemer. Som fagperson blir jeg nysgjerrig på hva jeg og ruspoliklinikken kan gjøre for å bistå disse pasientene i sin bedringsprosess. Svaret er ikke nødvendigvis å lære ny metoder, men å få en større forståelse av den kunnskapen brukerne besitter. Denne kunnskapen kan bidra til at de i større grad kan medvirke i sin egen behandling og dermed lykkes bedre i å nå sine mål.

Hensikten med denne studien blir dermed å bidra til økt kunnskap om brukernes synspunkter og erfaringer med hva som hjelper for å bli rusfri. Målsetningen er å utvikle en mer helhetlig behandlingstilnærming til alkoholavhengige pasienter. Ved å fokusere på den subjektive opplevelsen hos den enkelte vil man kunne skape økt brukermedvirkning innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Alkohol er det rusmidlet som er mest utbredte i Norge og forårsaker en rekke helsemessige og sosiale problemer. I de siste tiårene har alkoholbruken vært økende. I gjennomsnitt drakk hver innbygger på femten år og over 6,75 liter ren alkohol i 2008. Dette er omtrent to liter mer enn for femten år siden (www.ssb.no). Det økende forbruket i Norge skyldes flere forhold. Det har skjedd en gradvis endring både når det gjelder alkoholvaner og

alkoholpolitiske tiltak. Alkohol har blitt mer tilgjenglig enn tidligere. Skjenkebestemmelser har blitt oppmyknet og mange kommuner har håndhevet en liberal alkoholpolitikk. Siden 1980 har antall skjenkesteder i kommunene blitt tredoblet. Det har blitt etablert vinmonopol i distriktene og nye alkoholholdige drikker har blitt innført. Arbeidslivet har også blitt en arena som tilbyr mange anledninger for bruk av alkohol, særlig i gråsonen mellom arbeid og fritid der mange også lever sitt sosiale liv. Det dreier seg om ulike sosiale arrangementer sammen med kollegaer gjennom kurs, reiser og seminarer. En undersøkelse fra det norske arbeidslivet viser at en fjerdedel av de ansattes samlede alkoholforbruk foregår i denne gråsonen (Nesvåg & Lie, 2004). Når alkoholforbruket i befolkningen øker generelt, vil andelen som drikker mye også øke. Det vil kunne medføre større skadevirkninger både fysisk, psykisk og sosialt og dermed bidra til at flere utvikler alkoholavhengighet.

I 2004 trådte rusreformen II i kraft. Den fullførte omorganisering av rusfeltet som hadde blitt påbegynt gjennom rusreform I. Reformen førte til at ansvaret for behandling av rusmiddelmisbrukere ble overført til de statlige regionale helseforetakene. Staten fikk dermed ansvaret for å sørge for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Alle behandlings-, avrusnings- og utredningsinstitusjoner ble lagt inn under spesialisthelsetjenesten og definert som helsetjenester. Målet med reformen var blant annet å lage bedre behandlingssystemer for å hindre at pasienter skulle bli ”kasteballer” mellom ulike systemer. I forkant hadde ansvaret for spesialiserte sosiale tjenester, omsorg og rehabilitering av rusmiddelmisbrukere blitt overført fra fylkeskommunen til kommunene. Dette bidro til to forvaltningsnivåer som sammen fikk ansvaret for å ivareta ruspasientene (Ot.prp. nr. 54 (2002-2003).

Kanskje en av de viktigste endringene med denne reformen var at rusmiddelmisbrukere fikk fulle rettigheter etter pasientrettighetsloven på like linje med andre pasientgrupper (Handlingsplan mot rusmiddelproblemer, 2006-2008). Dette førte til større fokus på blant annet brukermedvirkning, krav til informasjon og retten til individuell plan. Rusreformen har siden blitt fulgt opp av Regjeringens opptrappingsplan. Denne planen gir rusreformen et innhold og omfatter tiltak innen forebygging, behandling, rehabilitering og oppfølging (Opptrappingsplan for rusfeltet 2008-2010).

Etter innføring av flere store samfunnsreformer innen helse og sosialsektoren, har det gradvis skjedd en endring. Brukeren har i større grad blitt satt i sentrum og det er en felles forståelse om at de må tas med når tjenestetilbudet skal utvikles. Brukerens synspunkter er verdifulle

og helt avgjørende for at tilbudene innen rusfeltet skal kvalitetsforbedres og utvikles, og at brukermedvirkning skal bli mer enn bare ord.

1.2 Forskningsspørsmål

På bakgrunn av erfaringer, teori og relevant litteratur har jeg formulert følgende forskningsspørsmål: *Hvilke bedringsfaktorer bidrar til at alkoholavhengige personer blir rusfrie sett ut fra brukerens ståsted?*

1.3 Avgrensninger og begrepsavklaringer

Bedringsfaktorer: Bedring som begrep og fenomen er komplekst. I engelsk forskning benyttes ofte recovery. *To recovery* betyr å gjenvinne, få tilbake, hente seg inn igjen eller å komme seg fra noe og over til noe annet, mens det i norsk faglitteratur brukes begreper som tilfriskning, det å komme seg, i remisjon og bli frisk (Heggdal, 2008). I følge Topor (2006) skiller bedring seg fra helbredelse og rehabilitering. Disse begrepene henviser til noe som skjer med pasienten og er knyttet til de metodene tjenesteyteren benytter. Bedring derimot innbærer at brukeren selv er aktivt medvirkende og at denne deltakelsen erkjennes. En bedringsprosess vil ha fokus på å se hele individet i en kontekst, og prosessen vil forgå kontinuerlig selv om man ikke er symptomfri.

Med bedringsfaktorer mener jeg i denne sammenhengen at brukerne opplever å ha fått et bedre liv. Det betyr ikke nødvendigvis at alle symptomer eller ubehag er borte. Bedringen ses på som en gradvis prosess med både opp- og nedturer underveis. Jeg vil benytte forskjellige begreper på bedring i oppgaven, for eksempel det å komme seg.

Alkoholavhengighet: Alkoholavhengighet kan være en psykiatrisk diagnose, en betegnelse på en sykdom eller en forstyrrelse der man er avhengig av et kjemisk stoff som påvirker hjernen. Fekjær (2004) oppgir at det ofte reises spørsmål om alkoholavhengighet er en sykdom. Dette er en pågående diskusjon innen fagfeltet, og økt kunnskap om nevrobiologi og arv har de siste årene fått større betydning i tekningen rundt alkoholavhengighet. Fekjær sier at tilstander som er beskrevet i de offisielle diagnoselistene formelt kan ses på som sykdommer, men samfunnet har ikke sidestilt alkoholavhengighet med for eksempel

kroppslige sykdommer eller depresjon. Alkoholavhengighet gir blant annet ikke grunnlag for sykmelding. Det å anse alkoholavhengighet bare som en sykdom kan bidra både positivt og negativt. Enkelte kan lettere forsone seg med sin fortid ved å benytte sykdomsbegrepet, men samtidig kan det legitimere fortsatt bruk med begrunnelse i at det skyldes sykdommen. Evjen et al. (2007) mener det kan være nyttig å ta utgangspunkt i den totalsituasjonen den enkelte pasient har havnet i, uten at man nødvendigvis setter fokus spesielt på alkoholavhengighet som sykdom. I Norge benytter man International Classification of Diseases (ICD-10) for å diagnostisere psykiske lidelser og rusproblematikk. Dette diagnosesystemet er forankret i europeisk psykiatri. Den psykiatriske delen av ICD-10 ble innført i Norge i 1997. ICD-10 definerer både skadelig bruk og avhengighet av alkohol som diagnoser. For å få diagnosen avhengighet eller avhengighetssyndrom må 3 eller flere kriterier være tilstede samtidig. Disse kriteriene er: 1) en sterk trang eller følelse av trang til å innta stoffet, 2) problemer med å kontrollere inntaket i forhold til start, avslutning og mengde, 3) fysiologiske abstinens når bruken har blitt redusert eller opphørt, 4) tegn på toleranseutvikling, 5) stadig forsømmelser og likegyldighet ovenfor gleder eller interesser på grunn av bruk, 6) fortsatt inntak på tross av klare tegn på åpenbare skadelige konsekvenser, både fysiske og psykiske (Fekjær, 2004). Hos en del mennesker vil for eksempel to av kriteriene være tilstede i mange år, mens det tredje kan komme og gå. Det betyr at det vil være glidende overganger mellom avhengighet og ikke avhengighet.

I denne oppgaven har jeg valgt å se på alkoholavhengighet som et fenomen, uten at man nødvendigvis har blitt diagnostisert etter ICD-10, men at drikkingen har gjentatt seg over tid og ført til ulike problemer og konsekvenser for den enkelte.

Rusfrihet: Pasienter har ofte ulike målsettinger i forhold til bruk eller ikke bruk av alkohol. For mange er totalavhold både et nyttig og nødvendig mål, mens det for andre er tilstrekkelig med en reduksjon i drikkingen. I denne studien betyr rusfrihet at man ikke har inntatt alkohol eller andre rusmidler siste halve året, altså vært totalavholdende.

Pasienten og brukerbegrepet: Pasient, klient og bruker blir ofte brukt om hverandre. Tradisjonelt har pasient blitt koblet til sykdom og er den vanligste betegnelsen når man har kontakt med helseinstitusjoner. Klientbegrepet har ofte vært relatert til sosialsektoren og det har fanget opp ulike brukergrupper som har hatt behov for bistand fra fellesskapet. Begrepet har ofte vært knyttet til negative assosiasjoner som stigmatisering og passivitet.

Begrepet bruker har en kort historie i Norge og brukes ofte som en beskrivelse på en person som mottar tjenester fra kommunene innen helse- og sosialtjenesten. Dessuten vil brukerbegrepet også benyttes når mennesker som på grunn av felles problemer eller interesser danner en form for organisasjon. RIO er en slik organisasjon. Innføring av brukerbegrepet skulle opprinnelig redusere og/-eller erstatte pasient og klientbegrepet og få tanken bort fra rollen som mottaker. Brukerbegrepet er mye brukt og det ligger forventninger om at den enkelte må ta aktiv del i sin egen situasjon. Brukergrepet er verken negativt eller nedverdigende så lenge det brukes i konkrete og avgrenset situasjoner. Ved å benytte brukerbegrepet ønsker man å vise til normalisering, da de fleste mennesker er brukere av offentlige tjenester i løpet av livet enten man mottar sosialhjelp eller tjenester innen helsesektoren (Humerfelt, 2005, Rønning & Solheim, 2003).

De som var med i denne studien var ikke lenger pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, men brukere av ordinære helsetjenester og medlemmer av ulike brukerorganisasjoner. Jeg har dermed valgt å benytte brukerbegrepet i presentasjon av funnene og deler av drøftingen Pasienten vil bli benyttet der det er relevant. I metodekapittelet benyttes informant eller intervjuperson.

1.4 Oppgavens struktur

Kapitel to presenterer en sammenfatning av litteratur og aktuell forskning som kan ha relevans for studien. I kapitel tre beskrives det teoretiske rammeverket. Her blir teorier som bidrar til å belyse brukermedvirkningens ulike sider, alkoholperspektivet og helsefremmende prosesser berørt. Disse teoriene vil til sammen kunne belyse recoveryprosessen. Kapitel fire omhandler studiens metodologi. Studien har forankring i en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming med et eksplorativt og deskriptivt design. Datainnsamlingsmetoden er kvalitativt forskningsintervju. Her vil blant annet forskerens forforståelse, den kvalitative innholdsanalysen og de etiske overveielsene omtales. Kapitel fem presenterer studiens funn. De fire hovedtemaene beskrives med undertemaer og underbygges med sitater. Funnene diskuteres i kapitel seks opp mot relevant forskning og den teoretiske referanserammen, samt mulige konsekvenser for behandlingspraksis. Dette kapitelet vil også berøre metodologiske refleksjoner. Kapitel syv inneholder oppsummering og anbefalinger for praksis og videre forskning.

2. Tidligere forskning og relevant litteratur

Det viste seg å være relativt vanskelig å finne forskning på bedringsfaktorer hos alkoholavhengige personer. Forskningen som forelå var rettet mot bedringsprosesser ved alvorlig psykisk og somatisk lidelse. Jeg vil trekke frem studien til Borg og Topor (2007) som forsket på bedringsprosesser hos alvorlig psykisk syke. Jeg mener deres studie har en overføringsverdi til bedring hos de alkoholavhengige. Dette fordi faktorene som trekkes frem som viktige i bedringsprosessen er av allmennmenneskelig karakter og sannsynligvis vil gjelde de aller fleste mennesker som kommer i en vanskelig livssituasjon. Deretter vil jeg presentere forskning som belyser hva som er virksomt i behandlingen. Avslutningsvis belyses blant annet fenomenet naturlig recovery og nettverkets betydning for alkoholavhengige pasienter i det å komme seg.

Før man igangsetter prosjekter bør forskeren gjør seg kjent med hva som finnes av kunnskap på feltet[1]. Det er blant annet forventinger om at forskningen skal lede frem til ny vitenskapelig kunnskap. I tillegg bør det ikke igangsettes forskning dersom det allerede eksisterer tilstrekkelig kunnskap. Dette er spesielt viktig når forskningen omhandler mennesker. Dette understrekes i Helsinki-deklarasjonen (1964, revidert i 2008). Den kunnskapen som allerede eksisterer danner utgangspunkt for formulering av nye forskningsspørsmål. Dette kan ses på som en kumulativ prosess, hvor ny kunnskap bygger på tidligere kunnskap og fører til en mer sammenhengende kunnskapsforståelse.

Borg & Topor (2007) gjennomførte et forskningsprosjekt ”virksomme relasjoner”, hvor de intervjuet femten personer om sin bedringsprosess ved alvorlig psykisk lidelse. De konkluderer med at samspill med betydningsfulle mennesker som man har rundt seg er en viktig faktor i det å komme seg fra en alvorlig psykisk lidelse.

---

[1] I arbeidet med å søke etter forskning og litteratur har jeg benyttet bibliotektjenesten ved Høgskolen i Hedmark og ved Sykehuset Innlandet. Litteratursøket er foretatt i tre omganger, høsten -08, og våren/ høsten -09, og i ulike databaser: Bibsys, SveMed, Pubmed, Embased, Medline og Psycinfo. Jeg har benyttet søkeordene i ulike kombinasjoner, i norsk/engelsk: Alcohol, alcohol misuse, abuse, dependence, substance use disorder, addiction, recovery, rehabilitation, consumer, client participation, consumer knowledge og client satisfaction (vedlegger to søk). I tillegg har jeg benyttet referanselister på litteratur som jeg mente kunne være relevant.

Åndelige forhold ble trukket frem, slik som håp og det å ha tro på at man skal få det bedre. Videre beskrives viktigheten av materielle og sosiale forhold. Økonomi og aktiviteter ble blant annet fremhevet. Det handler også om å finne og holde fast ved en hjelper som kan bistå gjennom de krevende og smertefulle livssituasjoner.

Hubble et. al (1999) har forsket på bedringsprosesser og virksom terapi. Forskningen er basert på kvalitative og kvantitative studier, og peker på fire hovedfaktorer som medvirker til bedring. Utenomterapeutiske forhold representerer førti prosent. Dette handler om pasientens egostyrke, muligheter for deltakelse i sosiale sammenhenger kombinert med støtte fra omgivelsene. Relasjonelle forhold viser til kvaliteter mellom pasient og terapeut slik som omsorg, varme, empati og oppmuntring. Det utgjør tretti prosent. Placeboeffekt, håp, tro og forventninger representerer femten prosent. Den spesifikke metoden og teknikken som man anvender i behandlingen utgjør også femten prosent. Hovedtyngden ligger på pasientens egen styrke, kombinert med støtten fra omgivelsene og relasjonen mellom pasient og terapeut.

I Sverige er det gjennomført en omfattende evidensbasert kunnskapsoppsummering i forbindelse med behandling av alkohol og narkotikaproblemer. Gjennomgangen dreier seg om litteratur fra 139 randomiserte kontrollerte studier i perioden 1966 til 1999. De studier hvor man sammenlignet effekten av behandling på alkoholavhengighet med ingen behandling, viste at behandling har effekt. Dersom man sammenlignet ulike typer behandling, viste behandling som var basert på spesifikke psykososiale metoder bedre effekt enn uspesifiserte og ustrukturert behandlingsmetoder. Den spesifikke metoden hadde en klar struktur, definerte innsatser og var manualbasert. Kognitiv terapi med fokus på misbruk, 12-trinnsmodellen og motivasjonsbehandling var eksempler på slike metoder. Ingen av de nevnte metodene viste bedre effekt på misbruket enn de andre strukturerte metodene. De uspesifiserte behandlingsmetodene gikk mer i retning av støttende rådgivning. De hadde ikke noen spesiell strategi mot misbruket. Man fant også en sammenheng mellom behandlingens intensitet og misbrukets alvorlighetsgrad. Jo alvorligere misbruket var, desto mer omfattende behandling krevdes. Varigheten på behandling syntes ikke ha noen betydning for individer med mindre alvorlig avhengighet. Det betydde at kort behandling vil gi samme effekt som langtisbehandling (Berglund, et al. 2003, SBU-rapport 156/1).

Det er også foretatt forskning på selvhelbredelse eller naturlig recovery. Dette omtales også som ikke-behandlingsrealterte strategier. Drews (1968) forskning på selvhelbredelse kan ses på som banebrytende. Ut fra ulike kliniske studier konstaterte han at andelen identifiserte alkoholikere toppet seg rundt 50-årsalderen før de minsket kraftig i stigende alder.

Blomqvist (2006) viser til tidligere publisert forskning i perioden 1995 til 2004. For det første viser den at majoriteten av de mennesker som utvikler alkoholavhengighet eller et problematisk forhold til alkohol en gang i livet, aldri kommer i kontakt med behandlingsapparatet, men gradvis finner en løsning på egenhånd. Han mener selvhelbredelse best forstås på bakgrunn av den klassiske sykdomsmodellen, hvor misbruksforløpet ses på som progredierende og kronisk. Et annen måte å forstå det på er at alkoholmisbruket over tid leder til så alvorlige konsekvenser, at misbrukeren motiveres til å bryte mønsteret. For det andre viser forskning at veien ut av alkoholavhengigheten, enten det skjer utenfor behandlingsapparatet eller ved hjelp av behandlingsapparatet, i stor grad påvirkes av støtte fra betydningsfulle andre og av individets personlige og sosiale ressurser. For det tredje vil den hjelpen som virker ofte være basert på at man tar utgangspunkt i individets behov og dets forutsetninger. Hjelpen må tilbys ut fra den enkeltes ståsted og ta hensyn til hvor i endringsprosessen man befinner seg.

Studier Blomqvist (1999, 2001) har foretatt, bekrefter at selvhelbredelse og utfallet av behandling i stor grad påvirkes av faktorer utenfor behandlingssituasjonen. Han viser til at det å bestemme seg for å søke hjelp eller forsøke å slutte på egenhånd, ofte skjer på grunnlag av langvarige negative konsekvenser på flere viktige områder i livet. De som bestemte seg for å søke hjelp tok ofte kontakt på et tidspunkt hvor drikkingen og dets konsekvenser hadde kuliminert, mens de som sluttet å drikke på egenhånd som regel allerede hadde begynt å redusere før den endelig beslutningen ble tatt. Et annet interessant funn var at de som sluttet på egenhånd, både alkohol- og narkotikaavhengighet, ofte hadde opplevd positive livsforandringer før de sluttet, noe som ga dem håp om et annet liv. For kvinner handlet det ikke sjelden om å bli mor. For menn var det oftere knyttet til å finne seg en ny partner eller det å kunne få en ny sjanse i arbeidslivet. Det avgjørende for å opprettholde rusfrihet var at de fant strategier som gjorde at de greide å stå imot rusen direkte etter at de hadde sluttet å ruse seg. Det kunne for eksempel være ulike aktiviteter å fylle fritiden med, greie å håndtere sine følelser og ha en støttende partner som stilte opp. På lengre sikt handlet det om å finne

nye livsperspektiv og nytt engasjement i livet. Disse suksessfaktorene hang nøye sammen med bekreftelse og støtte fra omgivelsene.

Levälahti (2007) har undersøkt nettverkets rolle i bedringsprosessen fra alkoholmisbruk til rusfrihet. Hun påpeker at det forekommer fire ulike typer støtte under endringsprosessen. Emosjonell, instrumentell, informativ og eksistensiell støtte. Denne støtten gis både fra det uformelle og formelle nettverket. Den emosjonelle støtten omhandlet tilgjengelighet til betydningsfulle andre, hvordan man opplevde å bli møtt og de reaksjoner man fikk på drikkingen. Den emosjonelle støtten viste seg å være viktig under alle faser i endringsprosessen. Den instrumentelle støtten var knyttet til blant annet praktisk og økonomisk hjelp. Den informative støtten viste til det å få informasjon, råd i spesifikke situasjoner, mens den eksistensielle støtten blant annet handlet om bønn og det å se og forstå sammenhenger.

Befolkningsstudier fra 1960-70 tallet viser at det finnes grupper, vanligvis menn, som under ulike perioder i livet og i forbindelse med forskjellige livshendelser drikker på en problematisk måte, uten at det fører til alkoholavhengighet eller alvorlige konsekvenser (Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård, 2006). Dette underbygges av forskning foretatt av Vaillant (2003) som hevder at mennesker kan misbruke alkohol over en lang periode, uten at det leder til økte problemer.

3. Teoretisk referanseramme

I dette kapitelet presenteres ulike teoretiske perspektiver og begreper som er relevante i forhold til studiens forskningsspørsmål. Jeg starter med et kort historisk tilbakeblikk.

Fra 1970-tallet var det et utbredt ønske om endring i forholdet mellom borgere og profesjonelle. Borgere ønsket økt kvalitet, bedre tilgjengelighet og større medbestemmelse. Dette bidro til flere store samfunnsreformer i helse- og sosialsektoren. Helse og sosialsektoren ble gradvis endret fra å ha et autoritært og paternalistisk tankesett hvor pasienten i liten grad ble involvert, til en tjeneste som vektla den enkeltes autonomi og hvor pasienten ble sett på som et bevisst og aktivt medvirkende menneske (Stamsø, 2005).

Stortingsmelding 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* satte et kritisk søkelys på tjenesteapparatet på 90-tallet og det ble påpekt svikt på alle nivåer. Derfor ble opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 iverksatt, og senere forlenget til 2008. Stortingsmelding 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet* og opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), dannet et markert skille når det gjaldt brukerperspektiv innen helse- og sosial tjenesten. Brukermedvirkning ble fremhevet som en nødvendig forutsetning for et godt psykisk helsearbeid. Rusreformen ble iverksatt som følge av opptrappingsplanen. Målet var å gi personer med rusproblemer tydeligere rettigheter og å sikre helhet i tjenestetilbudet.

Det har altså skjedd en endring i synet på brukerne og deres medvirkning og det har utviklet seg klare forventninger om at brukernes behov skal ha en sentral plass i utformingen av tjenestetilbudet innen helse- og sosialsektoren. Retten til medbestemmelse, til å påvirke og delta i beslutninger, bygger på demokratiske verdier og er forankret i FNs menneskerettighetserklæring av 1948. Brukerens medvirkning har blitt definert som en ”ideologi”, og enhver ”ideologi” har en tendens til å få forskjellige navn som understreker dets betydning. Brukerperspektiv, brukermedvirkning, empowerment, brukerdeltakelse, brukerinnflytelse, brukerstyring er noen av begrepene (Stamsø, 2005).

Jeg vil nedfor presentere brukerperspektivet og brukermedvirkning. I den sammenheng vil begrepet empowerment være naturlig å belyse. Brukerperspektivet og brukermedvirkning vil foregå i ulike grader og på ulike nivåer. Avslutningsvis vil jeg beskrive hvilke motiver som

kan ligge bak disse begrepene og hvilke vilkår som må være tilstede for at medvirkning skal finne sted. Avslutningsvis berøres alkoholperspektivet og ulike helsefremmede prosesser.

3.1 Brukerperspektiv og brukermedvirkning som begrep

Brukerperspektivet og brukermedvirkning bygger på verdier som likeverd, medbestemmelse og autonomi. Begrepene defineres ofte ulikt, men til tross for dette brukes begrepene til dels om hverandre. Det har sammenheng med at brukerperspektivet og brukermedvirkning benyttes på forskjellige fagområder, innen ulike forvaltningsorganer (fra stat til kommune), og vil forekomme på ulike nivåer (fra individ til det politiske nivå). I tillegg vil det være ulike grader av brukermedvirkning og brukerperspektivet. Det vil igjen føre til ulike roller både hos brukeren og hos tjenesteyteren til enhver tid. Humerfelt (2005) mener brukerperspektivet og brukermedvirkning har blitt honnørord, slik som for eksempel ordene samordning og forebygging. De er diffuse med et mangetydig innhold. Det bidrar til at begrepene blir vanskelig å operasjonalisere og kan dermed føre til problemer når de skal danne grunnlaget for en konkret handling. Både brukerperspektivet og brukermedvirkning spenner i dagligtalen fra meningsutvekslinger og uttalerett, til reell innflytelse og deltakelse i formelle beslutninger. Det mangetydige innholdet i begrepene kan føre til at det mister mening og noe av sin kraft.

3.1.1 Brukerperspektivet

Brukerperspektivet betraktes som en viktig forutsetning for å kunne utvikle adekvate tjenester innen helse- og sosialvesenet. Dette kommer også til uttrykk i utredningen ”fra stykkevis til helt” (NOU 2005:3), hvor samhandlingens mål er å støtte pasientens behov for helhetlige tjenester. I ordbøker defineres perspektiv som utsikt eller utsyn. Det betyr at man betrakter noe fra en bestemt plass, posisjon eller ut fra spesielle erfaringer. Brukerperspektiv i helse- og sosialtjenesten betyr at utformingen av tjenestene skal ta utgangspunkt i brukernes behov, erfaringer og situasjon. I dette perspektivet ligger det forventninger om at brukeren er aktiv og tar del i sin egen situasjon. Da må tjenesteyteren gi slipp på deler av sin makt og samtidig vise forsiktighet når hjelpens innhold og form skal utformes. Det krever at hjelperen på en systematisk måte prøver å korrigere sin egen kunnskap ved hjelp av brukerens erfaringer, slik at brukerens ønsker og behov blir liggende til grunn for de beslutninger som

tas (Ørstavik, 2004). Slik sett er brukerperspektivet også et kunnskapsperspektiv som andre brukere kan ha nytte av gjennom likemannsarbeid og som tjenesteyteren aktivt må etterspørre som ett av flere perspektiv i sitt arbeid. Dette er helt avgjørende for at tjenesteyteren skal utvikle perspektivbevissthet innen sitt fagfelt.

Volden har en mer omfattende presisering av brukerperspektivet: *Brukerperspektivet innebærer at det er brukernes behov som skal styre feltet, innenfor det til enhver tid gjeldende lovverk. De gode erfaringene for brukermedvirkere kommer når det blir invitert, informert, referert og respektert. Den dagen brukerorganisasjonene på psykisk helse-feltet leverer premisser og pensum til de andre aktørene er et reelt brukerperspektiv etablert* (Volden 2004 a:43). Hummelvoll & Eriksson (2005) påpeker at en slik definisjon vil kunne virke provoserende på fagfolk som ser på seg selv som eksperter innen sitt felt, samtidig vil det kunne fremme håp for de som er i en brukersituasjon om at utviklingen av brukerperspektivet vil gå i en slik retning. Det å ta brukerperspektivet på alvor vil vise seg i hvordan helse- og sosialsektoren planlegger og utfører sine tjenester.

Det skilles ofte mellom et innholdsorientert og et prosessorientert brukerperspektiv når tjenestetilbudene skal utformes. Dersom tilbudet utformes av de profesjonelle ut fra den kunnskapen de mener å ha om brukerens ønsker og behov, omtales brukerperspektivet som innholdsorientert. I dette perspektivet vil brukerens deltakelse være begrenset og de ulike brukerorganisasjonene vil sjelden være direkte tilstede. Et slikt perspektiv kan ha et snev av paternalistisk holdning, det vil si å vite best hva den andre trenger. Det motsatte er prosessorientert. I dette perspektivet trekkes brukerne og deres organisasjoner aktivt inn både i planlegging og i beslutningsprosessen, før den endelig avgjørelsen tas (Rønning & Solheim, 2003).

3.1.2 Brukermedvirkning og empowerment

Brukermedvirkning er en lovpålagt oppgave og det er dermed ikke noe tjenesten kan velge borte. Brukermedvirkning er dermed helt sentralt i alt faglig arbeid innen tjenesteapparatet. En mye anvendt definisjon på brukermedvirkning er at: *De som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet* (Rønning & Solheim, 2003:31). Denne definisjonen blir også mye brukt i offentlige dokumenter. Brukermedvirkning er et sammensatt ord, som består av bruker og

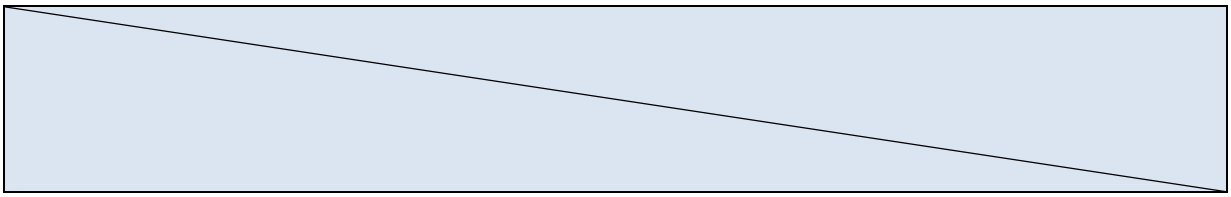
medvirkning. En bruker kan ikke medvirke alene, men det må foregå i samhandling med en annen part/deltaker. Slik sett vil brukermedvirkning kunne ses på som en relasjon mellom bruker og tjenesteyter, som skal virke sammen når tjenesten skal utformes. Brukermedvirkning er mer enn innflytelse og medbestemmelse. Det innebærer også ansvar. Det betyr at man må delta og være aktiv i sin egen bedringsprosess (Humerfelt, 2005).

Brukermedvirkning knyttes ofte sammen med empowerment og det omtales i mange forbindelser som det samme. Begrepene brukes ofte i sammenheng med helsefremmende arbeid. Empowerment oversettes gjerne til myndiggjøring eller bemyndigelse, og har sine røtter blant annet tilbake til studentopprøret i USA og Freire`s kamp mot sosial undertrykking (Rønning & Solheim, 2003). Empowerment innebærer å få sin rettmessige plass i samfunnet slik at man får ta del i rettigheter og plikter på lik linje med andre. Empowerment kan ses på som en prosess hvor tjenesteyteren bidrar til å myndiggjøre brukeren ved å gi fra seg makt. Det betyr at tjenesteyteren arbeider for å øke brukerens rettigheter og muligheter for deltakelse i samfunnet. Samtidig er det helt avgjørende at brukeren settes i stand til og mobiliserer egne krefter, slik at man blir i stand til å ta kontroll over sin egen situasjon. Dette kan bidra til en mer rettferdig fordeling av makt mellom partene. Maktbegrepet har dermed en sentral plass i empowerment, hvor fokuset blir å ta makt og avgi makt. Brukermedvirkning vil dermed være en viktig forutsetning for empowerment (Humerfelt 2005, Olsen Rappana, 2005, Askheim 2003).

3.1.3 Grader av brukermedvirkning

I praksis kan brukermedvirkning foregå på ulike måter og det vil påvirkes av partenes kontrollmulighet i relasjonen mellom bruker og tjenesteyter. En kan tenke seg en skala fra stor grad av brukermedvirkning (brukerstyring) til liten grad av brukermedvirkning. Det kan ses på som et kontinuum der ytterpunktene defineres som stor og liten grad av kontroll. Når brukeren defineres å ha stor grad av kontroll, vil tjenesteyteren ha tilsvarende liten grad av kontroll, og motsatt. Graden av makt og kontroll vil prege hvor man befinner seg på skalaen (Humerfelt, 2005).

- Brukernes kontroll/makt +



+ Tjenesteyterens kontroll/makt -

3.1.4 Brukermedvirkning på ulike nivåer

Brukermedvirkning kan også foregå på flere nivåer: Individ, system og et politisk nivå.

- Individnivå: Det handler om det individuelle møtet mellom bruker og tjenesteyter, hvor brukeren gis både rettigheter og muligheter til innflytelse. Brukerens rett til medvirkning er hjemlet i blant annet pasientrettighetsloven. Medvirkning kan ivaretas og sikres gjennom individuell plan eller i form av ansvarsgruppemøter.

- Systemnivå: Det innebærer at brukeren av helse- og sosialtjenesten ikke bare påvirker sin sak, men bidrar i utformingen av de generelle tilbudene. På dette nivået sikres brukermedvirkning gjennom organisert samarbeid mellom bruker og brukerorganisasjoner. Organisert samarbeid handler om at brukerne via sine organisasjoner har uttalerett i viktige spørsmål. Dette sikres gjennom ulike høringer, brukerstudier, referansegrupper.

- Politisk nivå: Det betyr at ulike brukergrupper og brukerorganisasjoner involveres i politiske beslutninger blant annet som høringsinstans for myndighetene når nye lover skal etableres. (Rønning & Solheim 2003, Sosial og helsedirektoratet, brukermedvirkning – psykisk helsefeltet, 2005).

3.1.5 Hvilke argumenter fremmer brukerperspektivet og brukermedvirkning

Ulike argumenter og motiver har bidratt til å fremme brukerperspektivet og brukermedvirkning innen helse- og sosialvesenet. *Det medmenneskelige argumentet* har sine røtter i demokratiet. Dette argumentet tar form av at man må gi borgerstatusen tilbake til brukerne. Innenfor borgerstatus ligger det en holdning om at alle skal kunne delta, både i form av plikter og rettigheter. Et slikt argument henger nært sammen med *det demokratiske argumentet.* Det handler om at alle skal ha muligheter til deltakelse og medbestemmelse. Dette er viktig for menneskeverdet. Argumentet om at "den vet best hvor skoen trykker som har den på", knyttes til demokratiske motiver, men har også preg av effektivitetsmotiver. Ved å ta brukerne på alvor, muliggjøres en mer effektiv behandling. Effektivitet er nært knyttet sammen med *det økonomiske argumentet* som er finanspolitisk begrunnet. Tanken er at aktive deltakere er billigere enn passive mottakere. *Det terapeutiske argumentet* innebærer egenaktivitet i behandling og rehabilitering, og bidrar til at brukerne kommer seg raskere tilbake. All egenaktivitet fører til at den enkelte blir delaktig og ansvarliggjørs i større grad. *Det moralske argumentet* bygger på at den enkelte har plikt til å klare seg selv og ikke ligge samfunnet til byrde. Dette argumentet stiller større krav til brukeren enn til samfunnet. Tanken bak *det pedagogiske argumentet* er at behandling og rehabilitering bidrar til å lære den enkelte å mestre sine problemer selv. Det å bidra gjennom aktiv deltakelse, ses på som viktig for å kunne ta del i samfunnet igjen. *Profesjonsargumentet* viser til at den profesjonelle og den generelle kunnskapen ikke kan erstatte brukernes egenopplevde erfaringer. Disse erfaringene er av stor betydning og har sammenheng med at brukerne er ekspert på seg selv og sitt eget liv (Ørstavik, 2004, Humerfelt, 2005).

I tillegg til disse argumentene har også individualiseringsprosessen, som har vært en grunnleggende understrøm i samfunnet over flere hundre år, vært helt sentral. Denne prosessen innebærer at det enkelte individet, gradvis oppfattes og tydeliggjøres i forhold til sin samfunnsmessige kontekst. Individet blir en viktig enhet som kan skape seg et eget tanke- og handlingsrom, mens familien og slekten blir underordnet. Det medfører at individet også blir stående alene med ansvaret for sine handlinger. Tanken om det individuelle rommet og kroppens individualitet, selvbeherskelse og karakterstyrke kan ses på som kjennetegn på denne prosessen, som fortsatt er pågående. Slik sett kan de ovenstående argumentene ses på

som justeringer og konkretiseringer av individualiseringsprosessen (Hummelvoll og Eriksson, 2005). En individualiseringsprosess vil også kunne ha sine ulemper ved at familiebånd og andre sosiale nettverk bli løsere. Det kan føre til at flere mennesker føler seg ensomme og sosial ekskludert. Dette gjelder spesielt utsatte og sårbare grupper, som for eksempel psykisk syke og de med rusproblemer.

3.1.6 Hvilke vilkår må være tilstede for brukermedvirkning?

For at brukermedvirkning skal fungere må ulike vilkår ligge til grunn: 1) Alle berørte parter må inkluderes slik at behov, interesser og synspunkter i saken blir belyst ut fra alle sider. Det innebærer at de som er berørt, må delta eller kunne være representert. 2) Meningsutveksling forutsetter at brukere og myndighetspersoner treffes. Det må dermed finnes aktuelle møteplasser. Under møtene kreves at partene må forholde seg til hverandres argumenter. 3) For at argumentasjonsutvekslingen skal bli reell, er det viktig at ulikhetene i forhold til makt og kompetanse nøytraliseres. Hver deltaker må kunne informere om sine synspunkter. Det forutsetter at informasjons- og kunnskapsgrunnlag er tilgjenglig, og at muligheter og begrensninger synliggjøres. Dialogen kan ledes av ordstyrer slik at alle får komme til orde. 4) Alle diskusjonene må være åpne. Det gjøres ved at møtene er åpne og vedtakene i beslutningsprosessen gjøres offentlig. Det må tas hensyn til personvern i offentlige forvaltningssaker (Skivenes, 2005).

3.2 Alkohol

Alkoholforbruket i Norge har blitt registrert og statistikkført siden 1851 og i løpet av denne perioden har alkoholforbruket variert kraftig. Disse variasjonene har ikke skjedd tilfeldig, men kan beskrives ut fra 3 forhold; befolkningens holdninger, alkoholpolitiske endringer, samt befolkningens kjøpeevne. Fra midten av 1800-tallet og frem til 2. verdenskrig var gjennomsnittsforbruket av en avgjørende betydning for skadevirkningene. Dette resulterte i en reduksjon i forbruket. Fra 2. verdenskrig ble alkoholismeteorien innført. Fokus ble flyttet fra den allmenne alkoholbruken og over til stordrikkerne. Det utviklet seg en felles oppfatning om at skadevirkningene av alkohol dreide seg om denne gruppa. På 1970-80 tallet gjorde internasjonal alkoholforskning sitt gjennombrudd. Det medførte en dreining mot folkehelseperspektivet og i 1975 ble rapporten ”alkoholpolitikk og folkehelseperspektiv” lagt fram for Verdens Helseorganisasjon. Den konkludert med at skadeomfanget ble bestemt av

de kollektive drikkevanene i samfunnet, og ikke bare rammet alkoholikere. Folkehelseperspektivet førte verken til reduksjon i bruk eller skadeomfanget av alkohol (Fekjær, 2004).

3.2.1 Alkoholforbruk og drikkemønster

Alkoholkonsumet i Norge er av det laveste i Europa, men har de siste tiårene vært stigende. Øl utgjør cirka 45 % av alkoholforbruket, vin med 33 %, brennevin 20 % og rusbrus cirka 2 % av forbruket (Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS, 2008). Vinforbruket har økt mest. Det kan blant annet ses i sammenheng med veksten i alkoholforbruket blant kvinner. I følge Horverak og Bye (2007) er det ikke bare kvinnene som er årsaken til det økende vinforbruket. Forbruket av vin har økt i alle grupper. Vi drikker vin i flere situasjoner hvor man tidligere drakk brennevin. Menn drikker i hovedsak mer øl og brennevin, mens rusbrusen drikkes i hovedsak av ungdom. I tillegg til den registrerte alkoholomsetningen, har Norge et uregistrert alkoholforbruk. Dette forbruket kommer fra taxfri handel, grensehandel, hjemmeproduksjon og kjøp av smuglervarer. Det uregistrerte alkoholforbruket anses å være relativt stort – cirka 25-30 % av totalforbruket (www.ssb.no).

Ut fra et folkehelseperspektiv er det totale alkoholforbruket i befolkningen eller gjennomsnittsbruket per person en god pekepinn på hvor stort omfang alkoholmisbruket er. Alkoholkonsumet i befolkningen er kraftig skjevfordelt. De aller fleste, cirka 70 %, vil ha et lavt eller moderat forbruk, mens det anslås at cirka 10 % av befolkningen vil stå for omtrent halvparten av det totale alkoholforbruket. I 1973 drakk de 7,4 liter ren alkohol, mens det i 2004 hadde steget til 11.3 liter. En antar at antall stordrikkere i Norge vil ligge et sted mellom 66 500 og 123 000. Med stordrikkere menes de som er 15 år eller eldre og drikker mer enn ti cl ren alkohol pr dag. Et stigende alkoholkonsum vil bidra til akutte skader, vold, økte fysiske, psykiske og sosiale vansker (SIRUS, 2008)

SIRUS har gjennom flere år foretatt intervjuundersøkelser, fra 15 år og oppover, om befolkningens rusmiddelvaner. Dette gir en indikasjon på blant annet alkoholforbruket i befolkningen over tid. Svakhetene i undersøkelsen er en tendens til underrapportering, men man regner med at underrapporteringen er forholdsvis stabil ved de ulike undersøkelsene. Når man ser på undersøkelser foretatt fra 1970 og frem til 2004 viser den at kvinners drikkevaner har gått mer i retning av menns drikkevaner, selv om det fortsatt er forskjeller

både i mengde og drikkemønster. Menn drikker seg også oftere beruset enn kvinner gjør. I 2004 svarte menn at de hadde drukket seg beruset i gjennomsnitt 6 ganger, mens kvinner svarte i gjennomsnitt 2 ganger siste året. Det betyr at det er flere menn som vil ha problemer knyttet til misbruk og avhengighet, enn kvinner. (SIRUS, 2004).

3.2.2 Alkoholens positive og negative egenskaper

"*Gi heller rusdrikk til den som holder på å gå til grunne, og vin til den som har sorg i sinn. La ham drikke så han glemmer sin armod og ikke minnes sin møye mei!*"

Ordspråkene 31, 6-7

Dette sitatet fra bibelen beskriver hvordan man har benyttet alkohol for å oppnå en alternativ bevissthetsform. Et sentralt trekk ved dette har vært søken etter rusens gode egenskaper. Mange vil se på alkohol som et gode og forbinde det med hygge, tradisjoner og sosiale ritualer. Imidlertid har alkoholrusen også negative egenskaper. Alkohol er et kjemisk stoff som påvirker de fleste organer i kroppen. Et stort forbruk av alkohol vil bidra til større risiko for helseskader, ulykker og død. Det er spesielt to forhold som har betydning for dette; det ene knyttes til hvor mye man drikker, det vil si det totale forbruket både per år og gjennom hele livsløpet, og det andre knyttes til drikkemønsteret, hvordan forbruket fordeles - over flere ganger eller om drikkingen skjer sjeldnere med høyt inntak hver gang (Babor et al. 2003).

Stordrikkere har høyere risiko for å pådra seg kroniske helseskader, men det er de 70 % som drikker lite eller moderat som er ansvarlig for de fleste alkoholskadene. Det har sammenheng med at de er en såpass stor gruppe. Imidlertid vil det være store individuelle forskjeller. Faktorer som allmenntilstand, alder, røyking, mosjon og sårbarhet vil kunne påvirke alkoholforbrukets effekt på helsen. Det er dermed vanskelig å anslå hvor mye man kan drikke før helseskadene inntreffer, men det er antydet retningslinjer ut fra et helsemessig perspektiv. Det antas at et ukentlig forbruk på tjueen enheter for menn og fjorten enheter for kvinner medfører økt risiko for helseskade. Definisjonen av en alkoholenhet i de nordiske landene er som følger; en alkoholenhet (AE) = tretten gram ren alkohol. Dette er den alkoholmengden som finnes i en flaske øl 0,33 cl, 12 cl rødvin og 4 cl sprit (Duckert et al. 2008, Fekjær, 2004). Det er ingen helt klare grenser for når man beveger seg mellom såkalt

normaldrikking, problemdrikking og avhengighet. Det skjer ingen plutselig endring, men utvikler seg gjerne over tid hvor forbruket etter hvert blir økende. Gradvis vil det skje en toleranseutvikling slik at mengden alkohol må økes for å gi samme ruseffekt.

3.2.3 Endring av vaner

Forskerne Prochaska & Clemente (1994) har sammenfattet forskning på hvordan mennesker greier å kvitte seg med avhengighetspregede vaner. De utviklet en modell. Den beskriver hvordan de aller fleste mennesker som ønsker å endre eller slutte med en vane, beveger seg gjennom seks ulike stadier[1], fra å være uinteressert og ikke ønske å endre en vane til man har oppnådd en stabil og vedvarende endring. Endringen skjer gradvis og opptrer sjelden plutselig. Å identifisere hvilke faser den enkelte befinner seg i, er avgjørende for å vite hvilke utfordringer man står i og hva man trenger for å komme til neste fase. De forsket hovedsakelig på nikotinavhengighet, men gyldigheten av modellen har senere blitt bekreftet på en rekke andre områder. Dette er i dag en anerkjent metode innen rusfeltet. I kjølevannet av modellen til Prochaska & Clemente har det blitt utviklet flere terapeutiske program. Den mest kjente er Miller og Rollnicks motiverende intervju. Metoden fokuserer imidlertid mest på motivasjon for å komme i gang og vedlikeholde endring og mindre på tilbakefall (Barth & Näsholm, 2007).

3.3 Helse og helsefremmende prosesser

Opptrappingsplanen for rusfeltet (2008) har som et overordnet mål å redusere negative konsekvenser ved rusmiddelbruk. Det overordnede målet deles opp i fem hovedområder, hvorav folkehelseperspektivet er det ene. Folkehelseperspektivet omfatter både det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet. I utgangspunktet ble den helsefremmende strategien lansert som motvekt til den tradisjonelle sykdomsforebyggende strategien.

---

[1]Endringshjulet har følgende faser. Føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling, vedlikehold og tilbakefallsfasen. De fleste vil gå igjennom de ulike fasene flere ganger. Man kan også stoppe opp i en fase før man går over neste fase eller går tilbake til forrige fase. Tilbakefall er en naturlig del av prosessen.

Innenfor den helsefremmende strategien er forståelsen av helse helt sentral. Helse er ikke noe man har eller får, men som skapes ved hjelp av individuell og kollektiv innsats. Det har vært vanskelig å samles om en felles definisjon av helse, fordi begrepet blir brukt på flere måter.

Den klassiske definisjon av helse ble vedtatt av WHO i 1948 (Hummelvoll, 2008: 37): *"Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og svakelighet"*. WHO`s definisjon var et viktig skritt i retning av å forstå helse som mer enn fravær av sykdom. Helse betraktes i denne definisjonen som tredimensjonal, hvor psykiske, fysiske og sosiale faktorer står i innbyrdes forhold til hverandre. Helse er også nært koblet til livskvalitet, som er uttrykk for den enkeltes subjektive vurdering av sitt liv. Mange vil oppleve denne forståelsen av helse som statisk, fordi helse blir sett på som en tilstand. WHO helsedefinisjonen må forstås som en idealtilstand det kan være vanskelig å befinne seg i over tid, og som er utopi for en stor del av verdens befolkning. Den åndelige dimensjonen har vært utelatt i definisjonen, men i 1999 vedtok verdens helseforsamling å inkludere også den dimensjonen. Dette er viktig da helse først vil få betydning når livet har mening (Hummelvoll, 2008). En mye brukt definisjon innen helse- og sosialsektoren i Norge har blitt lansert av Hjort (1982): *"Helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav"*. En slik definisjon av helsebegrepet fokuserer på evnen til å fungere og mestre. Det innebærer en oppfatning av helse som ressurs.

Det helsefremmende arbeidet tar utgangspunkt i å styrke helsetilstanden, og toner dermed ned det sykdomsforebyggende arbeidet med fokus på sykdom og risikofaktorer. I Ottawacharteret defineres helsefremmende arbeid som: "*prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse"* (Mæland, 2007:66). Et av de mest sentrale begreper innen helsefremmende arbeid er empowerment. Begrepene ble lansert for å styrke brukerens situasjon ved å gi dem mer makt over sin egen situasjon. Jeg vil trekke frem to sentrale forståelsesmåter innenfor den helsefremmende prosessen; recovery/bedringsprosesser og salutogenese.

3.3.1 Recovery og bedringsprosesser

På 1970-80 tallet ble recovery tradisjonelt brukt innen somatikken, innen akutt og pleie-behandling, på postoperative avdelinger. Gradvis fikk recovery som begrep og tenkning en

sentral plass innen psykiatrifeltet. Begrepet fikk også en mer utvidet betydning i den forstand at personens erfaringer om bedring ble vektlagt i større grad.

Deegan (1988) forsket på bedringsprosesser hos alvorlig psykisk syke. Hun var en av de første som bidro til å utvide forståelsen av begrepet recovery til noe mer enn fysiologisk bedring. Hun så på recovery som en måte å leve på som bidro til at pasientene kunne akseptere og overvinne utfordringene som funksjonshemningen medførte. Bedringsforløpet ble sett på som en prosess. For at recovery skulle skje måtte det være rom for individuelle ordninger. Det betyr at den enkelte pasient definerte sine behov og hvilke tjenester som måtte foreligge for at man skulle komme seg.

Topor (2001) har gjort ulike teoretiske og empiriske studier av recovery innen psykiatrifeltet. Han sier at det ofte er ulike og uventede forhold som fører til at mennesker ”kommer seg”, og at forskjellige faktorer ofte vil virke sammen. Det er dermed vanskelig å peke ut enkeltfaktorer som bidrar til at man blir bedre. Han viser til at det også vil være vanskelig å stadfeste når bedringen startet.

Topor (2006) ser på resultatet av recovery som en personlig og unik prosess, som bidrar til at man kan leve et konstruktivt, håpefullt og tilfredsstillende liv innenfor de rammene og begrensingene sykdommene måtte gi. Det betyr at det er personen selv som må bedømme om det har skjedd noen bedring. Han ser på recovery som en prosess som innebærer alle dimensjoner i den enkeltes liv. Han involverer det å skape et nytt selv i prosessen hvor man får tilbake makten over eget liv.

Som man ser finnes ulike forståelser av bedring og det er i liten grad enighet om en klar definisjon, men de fleste definisjoner inkluderer komponenter som; å akseptere sykdom, av å ha en følelse av håp for fremtiden, og det å finne en fornyet følelse av selvet (Davidson, 2003). Den tradisjonelle forståelsen av recovery som prosess, er at den ikke er lineær, og dermed ikke et endepunkt hvor sykdommen er kurert. ”Det betyr at klokken dermed ikke kan stilles tilbake”. Prosessen består av faser eller steg hvor man beveger seg i retning av noe. Det vil også innebære perioder med stillstand og/eller tilbakeskritt, oppturer og nedturer.

Topor (2001) har identifisert fire faktorer som han mener gjensidig påvirker menneskets bedring: 1. Individet selv. Det handler om at pasienten selv aktivt bør delta i sin egen bedring. 2. Det å skape mening i tilværelsen. 3. Gjenopprette relasjoner til andre mennesker.

4. Det å ha ordnet materielle forhold som et sted å bo, en arbeidsplass og ordnet økonomi. Han mener at bedring ikke kan planlegges og at det ofte er timingen som er avgjørende. Den pågående hjelpeprosessen er avhengig av den gode hjelperelasjonen, og den vil være basert på egenskaper hos hjelperen. Det er videre viktig at hjelperen tror på behandlingen som gis, for gjennom å tro vil behandleren formidle håp.

3.3.2 Hvordan kan bedring måles?

Det er gjort ulike forsøk på å gi entydig definisjon på hvordan bedring kan måles. Studier av recovery innen somatisk praksis har benyttet forståelsen av bedring som å gjenvinne fysisk funksjon eller bedring i dagliglivets aktiviteter (Strauss et al. 1984). Et kriterium på bedring som har blitt anvendt på tvers av fagfeltene er om personen er i stand til å være uavhengig og kan leve utenfor en institusjon. Studier innen psykiatrifeltet har i stor grad vektlagt bedring i de følelsesmessige og kognitive funksjonene (Heggdal, 2008).

3.3.3 Hva fremmer recovery?

Gjennom studier har man blant annet kommet frem til ulike betingelser og handlinger hos pasienten og helsepersonellet som kan bidra til å fremme recovery. Hos pasienten handlet det om; 1) å kunne erfare sykdommen over et tidsrom, 2) det å kunne delta aktivt i sin egen bedringsprosess, 3) det å kunne lytte til kroppen og være i dialog med omgivelsene om disse erfaringene, 4) å innhente kunnskap fra blant annet helsepersonell, medpasienter og litteratur, 5) det å utvikle egen kunnskap om hva som gjør livet bedre, og hva som gjør det verre, 6) det å utforske andre måter for livsutfoldelse, 7) det å bli møtt av mennesker som setter pris på den erfaringsbaserte pasientkunnskapen. Helsepersonell kunne bidra til å fremme recovery ved å vektlegge helse som et kontinuum og samtidig jobbe med å styrke motstandsressurser. Likeledes var det mye som tydet på at det måtte foreligge en tverrfaglig og helhetlig tilnærming, hvor det var rom for individuelle tilnærminger (Heggdal, 2008).

3.4 Salutogenese

Sosiologen Aron Antonovsky (1991, 1996, 2000) har hatt stor betydning når det gjelder det helsefremmende arbeidet. Han mente at ved å fokusere ensidig på patologi og sykdom, ville

det hindre utforskning av de helsefremmende faktorene i våre liv. Antonovsky var opptatt av personen og den enkeltes historie i utviklingen av uhelse og sykdom. Han så på diagnosen som en ufullstendig beskrivelse av virkeligheten. I sin helseteori lanserte han begrepet salutogenese. Dette perspektivet søker å vise hvordan hvert enkelt menneske kan mobilisere egne krefter for å kunne bevare egen helse. Han forsto sykdom, konflikter, stress og spenning som en del av livet og det er hvordan vi forholder oss til disse stressorene som får betydning for hvordan helsetilstanden påvirkes. Tradisjonelt har helse og sykdom i vår del av verden blitt forstått innenfor en dikotomimodell hvor man har kategorisert det enkelte menneske som frisk eller syk. Antonovsky beveget seg bort fra dette, og tenkte helse som et kontinuum der han opererte med grader av helse. Det bidrar til at man kan bevege seg frem og tilbake, fra mer eller mindre helse og velvære eller uhelse og sykdom. Det innebærer at selv om man lever med en sykdom, fortsatt kan oppleve høy grad av helse. Dette åpner også for at man ikke nødvendigvis bare fokuserer på å bli kvitt helseproblemene, men på hvordan man kan leve med dem.

Antonvosky tenkning baserte seg på to viktig begreper: Generell motstandsressurser (general resistence resources - GMR) og følelse av sammenheng, også omtalt som opplevelsen av meningssammenheng (sence of coherence – SOC). GMR består av både indre og ytre faktorer, som fysiologiske, psykologiske (motivasjon), sosiale (nettverk), kulturelle (verdier og normer), materielle (bo og arbeidsforhold) og åndelig forhold (eksistensielt indre liv). Disse motstandsressursene vil virke beskyttende på helsen og ha betydning for hvordan man forholder seg til tilværelsen og de hendelser man møter i livet. Antonovsky mener den enkeltes evne til å bruke GMR er basert på sence of coherence, en følelse av sammenheng. SOC består av 3 komponenter; b*egripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet*.

- Begripelighet handler om i hvilken grad man opplever at både indre og ytre påvirkning er forståelig. Påvirkningene oppfattes som kognitivt meningsfulle når de fremstår som ordnet, sammenhengende og strukturert. Det bidrar til at påvirkningene oppfattes som forståelige og forutsigbare, og ikke fremstår som tilfeldige, uforklarlige og kaotiske. Begripelighet omtales som den kognitive komponenten i SOG.
- Håndterbarhet omhandler i hvilken grad vi oppfatter å ha tilgang på indre og ytre ressurser som er nødvendig for å mestre de krav som man stilles overfor. Det handler om å tro på at egne ressurser og tilgjengelige ressurser i omgivelsene er tilstrekkelige til å møte de utfordringene og påkjenningene man møter i løpet av livet. Høy grad av

håndterbarhet vil bidra til at man ikke føler seg som offer for ulike omstendigheter. Dette omtales som atferdskomponenten i SOG.

- Meningsfullhet knyttes til hvorvidt det er noen områder i livet som er viktige og som er verdt å engasjere seg i. Det vil bidra til å motivere oss til å overvinne vanskene. Antonovsky viser til fire slike områder; indre følelser, personlige relasjoner, aktiviteter som er viktig for den enkelte, samt eksistensielle temaer. Denne komponenten representerer den motivasjonelle dimensjonen.

SOC beskrives som dynamisk og kan påvirkes av ulike livserfaringer, belastninger og ressurser hos den enkelte. Antonovsky påpeker at de tre komponentene er koblet tett sammen og at grad av mestring er avhengig av om den enkelte greier å forstå, håndtere og knytte mening til det som skjer. Han mener allikevel at meningsfullhet er den mest sentrale komponenten, fordi den knyttes til hva som gir verdi i livet. Selv om en person ikke forstår helt hva som skjer og situasjonen oppleves som uhåndterbar, kan personen allikevel finne mening i hendelsen. Personer som opplever sterk SOC vil bevisst søke etter ressurser som kan bidra til mestring, og ikke bare lete etter problemer. Tanken er dermed at de som opplever sterk grad av sammenheng vil ha større tilpasningsdyktighet til helseplager og sykdom. Det salutogene perspektivet vil romme både empowerment og recovery tekning, da det handler om å bruke pasientens egne ressurser.

3.5 Behandlingsrelasjon

Det å bli pasient eller klient betyr at man inngår i en relasjon med en eller flere profesjonelle hjelpere i det offentlige hjelpeapparatet. Denne relasjonen kan være for en kortere eller lengre periode. Skau (1994) beskriver rollene som pasient/klient og hjelper som komplementære. Det betyr at den enkelte rolle kun er meningsfull når den blir sett i forhold til den andre, behandler-pasient. Uansett hvilke plager eller sykdommer man søker hjelp for, vil en-til-en-relasjonen være et viktig fundament. Gjennom mange års samarbeid med pasienter og sykepleiepersonell har Hummelvoll (1997) utviklet sykepleier-pasient-fellesskapsmodellen. Denne modellen vil være anvendbar utover sykepleieyrket og jeg vil i den videre presentasjonen bruke behandler, istedenfor sykepleier. Likeledes benyttes begrepet behandlingsplan, istedenfor sykepleieplan. Behandler-pasient-fellesskapet kan beskrives slik:

"Det terapeutiske forhold som dannes som følge av pasientens behov for hjelp, og behandlerens svar på dette. Denne alliansen preges av et opplevelses- og arbeidsfellesskap som har til hensikt å gi pasienten økt selvinnsikt og situasjonsforståelse og gjennom dette bidra til at pasienten i størst mulig grad blir i stand til å bearbeide og løse sitt helseproblem (eventuelt å leve med det). For at dette skal skje, er det vesentlig at behandleren makter å variere mellom nærhet og avstand – støtte og utfordring" (Hummelvoll, 2008:41)

Begrepet fellesskapet indikerer i modellen at to mennesker møter hverandre som hele mennesker, og dermed gis det en mulighet for felles opplevelser. Dette medfører videre et ideal om at partene møtes som likeverdige, men man kan ikke se bort fra den forskjellen som ligger i at den ene søker hjelp og den andre gir hjelp.

En viktig del av behandler-pasient-fellesskapet er å få til en god samarbeidsprosess. Det krever en god allianse mellom partene. Samarbeidsprosessen vil foregå i 4 faser[1] og bygge på en holistisk-eksistensiell tilnærming; forberedelsesfase, orienteringsfase, bearbeidingsfase og avslutningsfasen, som til dels overlapper hverandre. Relasjonen må bestå av gjensidig tillit og åpenhet hvis samarbeidet skal få betydning.

Behandlingsplan vil være et godt hjelpemiddel for å fremme samarbeidsprosessen, stimulere mestring og problemløsning. Planen består av fem komponenter: *Problemer* (i samarbeid med pasient kommer man frem til en felles forståelse av pasientens her og nå situasjon). *Ressurser* (hvilke ressurser kan pasienten utnytte nå). *Tidligere problemløsninger* (hvordan har pasienten prøvd å løse problemene tidligere). *Ønskemål* (hvordan skulle man ønske at livssituasjonen var for å få en mer tilfredsstillende hverdag). *Ny problemløsning* (finnes det andre måter man kan løse vanskene på). En behandlingsplan vil kunne sikre pasienten deltakelse, noe som er helt sentralt i det helsefremmende arbeidet.

---

[1] *Forberedelsesfasen:* I denne fasen vil behandler og pasient forberede seg følelsesmessig, tankemessig og praktisk til det første møtet. *Orienteringsfasen:* Det første møtet er viktig og vil være avgjørende for hvordan samarbeidet vil utvikle seg. Fokus blir å utforme en samarbeidsavtale, kartlegge pasientens problemer og ressurser, samt tidligere mestringsstrategier. *Arbeidsfasen:* I denne fasen arbeider pasient og behandler med å realisere målene som man har blitt enige om. Pasientens innsikt og situasjonsforståelse øker ved at tankemønstre, følelser og erfaringer undersøkes og bearbeides. Behandleren gir vekselsvis støtte og utfordring. *Avslutningsfasen:* I denne fasen oppsummerer partene erfaringene fra samarbeidet. De ulike reaksjoner i forbindelse med avslutningen bearbeides. Fasen avsluttes med å drøfte og avklare ulike former for oppfølging.

Ut fra denne tilnærming vil behandler-pasient-fellesskapet bygge på ni hjørnesteiner. Disse viser til sentrale trekk ved den menneskelige eksistens og er avledet fra det eksistensielle menneskesyn. De ni hjørnesteinene er: Likeverdighet, møte/nærhet, selvaktelse/signifikans, ansvar og valg, mål/mening og verdiavklaring, skyld og soning, åpenhet og innsikt, konformitet versus opprør og håp (Hummelvoll, 2008).

4. Metodologi

I dette kapitelet vil jeg presentere de metodiske aspektene ved studien. Det omhandler forskningsmetode, metode for datainnsamling og valg av informanter. Deretter berøres min egen forforståelse og gjennomføringen av intervjuene. Avslutningsvis beskrives analyse og tolkningsprosessen.

Tradisjonelt har kvalitative og kvantitative metoder vært knyttet til ulike ontologiske og epistemologiske grunnlagsspørsmål. Ontologien knyttes opp mot hvordan virkeligheten faktisk ser ut, mens epistemologien oversettes med kunnskapslære eller erkjennelseslære. Ontologiske og epistemologiske antagelser vil ligge som et bakteppe i enhver forskning og ha betydning for valg av metode og tolkning av funnene. Metodologiske overveielser vil reise både ontologiske og epistemologiske spørsmål. Metodebegrepet kan i utgangspunktet ses på som et redskap som brukes for å samle inn og bearbeide datamaterialet. Den skal sikre at forskeren gjennomfører sitt prosjekt på en systematisk og vitenskapelig måte. Tradisjonelt har de kvantitative metodene vært knyttet opp mot den positivistiske retningen, hvor man har vært opptatt av å finne målbare og objektive data som muliggjør statistiske beregninger. Forskningsprosessen har dermed fremstått som mer formalisert og strukturert enn den kvalitative (Thornquist, 2006, Thagaard, 2009).

Min tilnærming til forskningsspørsmålet er å søke kunnskap ved å gå i dybden og se på helhet og særtrekk ved de fenomener som skal utforskes. Jeg har derfor valgt en kvalitativ tilnærming med et eksplorativt og deskriptivt design. Bakgrunnen for dette valget er at jeg ønsker å utforske og utdype et felt som det finnes relativt lite kunnskap om. Begrepet kvalitativ relateres til menneskelige egenskaper som erfaringer, tanker, meninger, opplevelser og den sosiale konteksten som dette utvikles innenfor (Malterud, 2008). Den kvalitative metoden er hensiktsmessig å bruke for å beskrive, utforske og analysere karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener man ønsker å studere. Hensikten er å utdype disse perspektivene og få belyst helheten, istedenfor å trekke ut et begrenset antall aspekter. Som forsker er det viktig å utforske og forstå mangfoldet, nyansene, men også likhetene hos informantene. Det vil åpne opp for innsikt og helhetlig forståelse av temaet som studeres. Den kvalitative metoden er i mindre grad standardisert enn den kvantitative metoden. Det åpner for at forskningsspørsmålet kan presiseres

underveis i prosessen og de ulike fasene i forskningsprosessen vil kunne overlappe hverandre.

Den kvalitative studien vil ha sin forankring i hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Det betyr at jeg vil benytte meg av både beskrivelser og tolkninger. Disse begrepene er nært forbundet med hverandre og i følge Malterud (2008) vil alle beskrivelser bli farget av tolkninger, og enhver tolkning vil bygge på beskrivelser. Hermeneutikk kom som en reaksjon mot naturvitenskapen hvor man har vært opptatt av å forklare mennesket som natur, det generelle og det lovmessige. Hermeneutikk søker etter en dypere forståelse av meningsinnhold enn det som umiddelbart er innlysende. Kunnskapsutviklingen vil i hovedsak være knyttet til tolkning av tekster. Sentrale begreper i hermeneutisk metode er før-forståelse, fordom og hermeneutisk spiral. I all tolkning vil det forekomme en før-forståelse og en fordom. Fordom viser til at noe kommer før noe annet. Det vil bety at jeg aldri vil møte en tekst helt åpen, men med en type ”reservasjon” i form av en førforståelse og fordom som er skapt på bakgrunn av mine tidligere kunnskaper, erfaringer, forutinntatte meninger og forventninger. De vil være tilstede når jeg skal tolke mitt datamateriale. Det er viktig å være dette bevisst. Den hermeneutiske spiral kan beskrives som en fortolkningsprosess. Det handler om at man gjennom delene forsøker å forstå helheten og vice versa. Det vil alltid være et nyskapende moment som man tar meg seg videre og som integreres i den eksisterende førforståelsen. Hver gang jeg forstår noe nytt vil det være med på å utvide forståelsen av delene og helheten. Slik sett er dette en dynamisk prosess, hvor tolkningen blir gjort ut fra gjensidig påvirkninger mellom teori, erfaringer og empiri. I følge Thornquist (2006) mener Gadamer at det ikke forekommer noen fullstendig forståelse før det har skjedd en horisontsammensmelting. Det skjer ved at min forståelse av bedringsfaktorer hos alkoholavhengige personer smelter sammen med informantenes forståelse av dette. Det bidrar til at jeg får en ny og utvidet forståelse av bedringsfaktorer hos alkoholavhengige personer (Hummelvoll & Barbosa da Silva).

Fenomenologi fokuserer på verden slik den viser seg og erfares for subjektet. Metoden er deskriptiv og den søker å utforske og beskrive alle fenomener slik mennesket subjektivt opplever og erfarer dem (Thornquist, 2006). Skal man som forsker lykkes med dette, må man innta et innsideperspektiv. Det betyr å søke å se virkeligheten slik som informantene opplever det. Det forutsetter at jeg har en fordomsfri og naiv tilnærming hvor dataene som innhentes godtas som gitte. For å kunne gjøre en nøytral og korrekt beskrivelse som mulig,

må jeg innta en metodisk holdning som kalles epooche (holde tilbake). Hvis jeg skal lykkes med det må jeg parantessette mine egne meninger, holdninger og fordommer både når jeg deltar, iakttar, tolker, forstår og beskriver fenomenet. Ut fra denne betraktningen er man bevisst sin før-forståelse. En slik bevissthet gjør at jeg kan gå inn i forskningsfeltet så naivt som mulig, som om det var første gang jeg opplevde fenomenet. Det vil bidra til at jeg blir mer oppmerksom på aspekter jeg i utgangspunktet ellers ikke ville hatt fokus på (Hummelvoll & Barbosa de Silva, 1996).

4.1 Det kvalitative forskningsintervju

I datainnsamlingen benyttet jeg det kvalitative forskningsintervjuet. Dette er en mye brukt metode når man skal nærme seg den enkeltes livsverden og passet dermed godt til min problemstilling. Med livsverden menes den verden hvor intervjupersonen lever sitt daglige liv og som har bidratt til å forme intervjupersonens nåværende og tidligere opplevelser (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996). Det teoretisk grunnlaget ved et kvalitativt forskningsintervju er beskrevet av blant annet Kvale (1983). Kvale (2008: 21) definerer det kvalitative forskningsintervjuet slik, ”*det er et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene”*.

Det kvalitative forskningsintervju legger vekt på prosessen mellom informant og forsker, og det er den menneskelige interaksjonen i intervjuet som produserer vitenskapelige kunnskap. Resultatet av intervjuet vil dermed være avhengig av forskerens innlevelsesevne, følsomhet og kunnskap om de tema som tas opp. Dette må ligge til grunn for at samtalen skal bli meningsfull. Hummelvoll og Barbosa da Silva (1996) fremhever at det kvalitative forskningsintervju er semistrukturert. Det betyr at samtalen ikke er helt åpen, men har en viss struktur. Jeg vil benytte en intervjuguide (vedlegg, intervjuguide) med ett åpent spørsmål, samt en skisse over temaer. De transkriberte intervjuene og notatene utgjør det empiriske materialet.

Kvale (2008) henviser til tolv aspekter i intervjusituasjonen og som utgjør hovedstrukturen i metoden. Disse aspektene ble tilpasset og anvendt i min studie. Intervjuet vil være rettet mot informantens *livsverden*. Målet er å beskrive og forstå *meningen* med det som blir sagt om

bedringsfaktorer slik det formidles av informanten. Det betyr at jeg er oppmerksom både på det som faktisk sies, men også hvordan det sies. Målet er å få frem mest mulig nyanserte *kvalitative* beskrivelser. Tilnærmingen er *deskriptiv* og den søker å samle inn åpne og nyanserte beskrivelser av bedringsfaktorene. Jeg vil benytte oppfølgingsspørsmål som ”kan du beskrive litt mer om håp”? Jeg leter ikke etter generelle erfaringer eller synspunkter, men søker beskrivelser av *spesifikke* situasjoner og hendelsesforløp. Under intervjuet vil jeg innta en *bevisst naivitet*. Det betyr at jeg vil være åpen for nye og uventende perspektiver. For å få til dette må jeg parentessette min forforståelse. Først da kan jeg gjøre en så nøytral og korrekt beskrivelse som mulig. Jeg vil benytte en intervjuguide. Den kan ses på som et rammeverk for å gjøre samtalen retningsbestemt og *fokusert* på tema bedringsfaktorer. Dersom informanten kommer med *tvetydige* utsagn vil disse aksepteres ved at jeg sjekker ut om utsagnene skyldes kommunikasjonsproblemer eller en dobbelthet hos informanten. Underveis i intervjuet kan informanten oppnå ny innsikt og forståelse. Det kan bidra til at informanten *endrer* sine eksisterende oppfatninger og beskrivelser. Ulike intervjupersoner vil kunne få frem forskjellige beskrivelser om de samme temaene. Det henger sammen med intervjuers *følsomhet* i intervjusituasjonen. Dette ses ikke på som noe problem, fordi denne forskjellen vil kunne føre til en mer nyanserte og utdypende beskrivelser. Den kunnskapsproduksjon som skjer underveis i intervjuet er et resultat av *interaksjonen* mellom informanten og forsker, og dets kontekst. Dette vil gjensidig påvirke hverandre. Denne dynamikken vil jeg ta hensyn til både under intervjuet, men også i forbindelse med analysen. Avslutningsvis bør intervjusituasjonen bidra til at informanten sitter igjen med en *positiv* opplevelse av intervjusituasjonen og med ny og utvidet innsikt om bedringsfaktorer (Hummelvoll J.K og Barbosa de Silva, 1996).

4.2 Utvalget

Målet var å innhente data som hadde mest mulig relevans til å belyse forskningsspørsmålet og informantene ble dermed valgt gjennom strategisk utvalg. Et strategisk utvalg med fokus på variasjonsbredden er viktig for å få frem ulike nyanser av ett og samme fenomen (Malterud, 2008). Rekrutteringen skjedde dermed via flere interesseorganisasjoner. Henvendelsen gikk til RIO, Mental Helse og selvhjelpsgruppen AA. RIO er en interesseorganisasjon som representerer alle mennesker som har eller har hatt problemer

knyttet til rusmidler, uansett livssituasjon (www.riorg.no). Mental Helse er den største organisasjonen for brukere og pårørende innen psykisk helse. De har fokus på åpenhet og bekjempelse av myter om det å være psykisk syk (www.mentalhelse.no/). AA er en selvhjelpsgruppe hvor medlemmene hjelper hverandre til å bli rusfrie (www.anonymealkoholikere.no/).

For å delta måtte informantene ha mottatt behandling for alkoholavhengighet som hovedproblem. Denne behandlingen måtte være avsluttet. Tidligere behandling kunne omfatte både poliklinisk og institusjonsbehandling innen rusfeltet. Undersøkelsen inkluderte både menn og kvinner over atten år. Det krevdes rusfrihet i minimum seks måneder. Det betydde at informantene ikke skulle ha inntatt alkohol eller andre rusmidler i denne perioden.

Det ble rekruttert totalt syv brukere. En informant ble trukket fra studien, da han ikke godkjente intervjuutskriften innen fastsatt frist. Etter dette satt jeg igjen med henholdsvis fire menn og to kvinner. Alle brukerorganisasjonene var representert i utvalget, men det var en overvekt av informanter fra AA. Enkelte informanter hadde kontakt med flere av de nevnte brukerorganisasjonene. De seks informantene hadde en snittalder på 48 år, og aldersspredningen var mellom 42 til 60 år. De var i ulike livssituasjoner; sivilstatus, arbeidstilknytning og materielle forhold.

4.3 Forskerens forforståelse

Som forsker vil jeg bringe med meg min forforståelse inn i studien. Dette kan ses på som en ryggsekk som inneholder mine tidligere erfaringer, meninger, oppfatninger og teoretisk referanseramme. Min forforståelse bygger på erfaringer som jeg har fått gjennom ni år som behandler ved ruspoliklinikken. Kontakten jeg har hatt med alkoholavhengige har vært gjennom individuelle samtaler, gruppebehandlinger og institusjonsoppfølging. Som behandler har jeg ofte tenkt på hvordan vi kan bidra til at behandlingen for denne gruppen tilrettelegges slik at de i større grad lykkes med å nå sine mål. Det vil kunne føre til at den enkelte får en bedre helse og dermed økt livskvalitet, men det vil også kunne gi store samfunnsøkonomiske gevinster. Som forsker vil jeg aldri bli helt forutsetningsløs, men ved å parentessette min forforståelse kan jeg i større grad møte fenomenene som om det var første gang. Dette er i tråd med god forskningsetikk.

4.4 Gjennomføring av intervjuene

I forkant av intervjusituasjonen, prøvde jeg ut intervjuguiden på to kollegaer, samt noen pasienter i en gruppesetting. Det ga viktig innspill i forhold til aktuelle temaer som kunne tas med i intervjuguiden. Intervjuene foregikk i perioden mai til juni 2009 og ble avtalt direkte med informantene etter at jeg hadde mottatt den skriftlige samtykkeerklæringen. Tidspunktene ble så langt som mulig tilpasset informantens hverdag. Alle intervjuene ble foretatt på dagtid og ettermiddag. Intervjuene hadde en varighet fra 40 til 60 minutter med unntak av det første intervjuet som strakk seg utover 60 minutter. Det ble gjennomført i alt syv intervjuer. Seks av disse foregikk i lokalene på DPS, ruspoliklinikken. Det ble vurdert å benytte kontorer i regi av interesseorganisasjonene for å skape en trygg atmosfære, men på grunn av DPS sin sentrale beliggenhet ble det et naturlig valg. Lokalene er lett tilgjenglig med hensyn til kommunikasjonsmuligheter og nærhet til informantene. Ett intervju ble gjennomført i et annet fylke for å redusere reisetiden for informanten. Dette intervjuet ble foretatt på en rusinstitusjon slik at vi kunne få ro rundt selv intervjuet, i motsetning til en kafe som eventuelt hadde vært alternativet.

Intervjuene startet med en kort presentasjon av intervjuer og deretter noen innledende minutter med uformell prat. Dette for å skape en god ramme for intervjuet. Videre ble informasjonsskrivet gjennomgått sammen med informanten (vedlegg informasjonsskriv). Alle fikk tilbud om kopi av samtykkeerklæringen, men få ønsket dette (vedlegg samtykkeerklæring).

Intervjuene foregikk som en samtale. Intervjuguiden besto av ett helt åpent spørsmål, samt en grov skisse over ulike temaer som kunne berøres dersom informantene synes det var vanskelig å komme i gang. Det åpne spørsmålet ga rom for at nye perspektiver fra informantene kunne følges opp med nye og utdypende spørsmål gjennom en dialog. Jeg benyttet notatbok hvor jeg skrev ned stikkord, uttrykk og stemninger underveis i intervjuet. Dette ble avklart med informanten i forkant. For å skape gode rammer under intervjuet var jeg bevisst på å være tilstede i konteksten og ha god blikkontakt. Informantens refleksjoner og formidling ble støttet med små nikk og kommentarer. Kvale (2008) refererer til ulike kvalitetskriterier i forbindelse med intervjuing, hvor det ideelle intervjuet tolkes, verifiseres og kommuniseres før båndet slås av. Dette ble vektlagt i intervjuprosessen. Intervjuene ble i hovedsak oppsummert underveis, kombinert med klargjørende spørsmål. Informanten fikk da

muligheten til å bekrefte innholdet, utdype og presisere sine uttalelser. Intervjuene ble avsluttet da det ikke ga nye synspunkter eller perspektiver på temaet (Malterud, 2008). Etter hvert intervju ble det avsatt tid slik at informanten kunne få muligheten til å fortelle om hvordan de opplevde intervjusituasjonen.

4.5 Transkribering

Transkribering skjer ved at det muntlige intervjuet overføres til skriftlig tekst. Det bidrar til å gjøre materialet tilgjengelig for analysen. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert rett i etterkant av intervjuene. Dette ble gjort for at intervjuene skulle være lettere tilgjengelig i hukommelsen og at gjengivelsen dermed ville bli mest mulig valid. Intervjuene ble transkribert ordrett. Jeg valgte å kontrollere utskriftene ved å høre gjennom alle båndene, samtidig som jeg leste gjennom materialet som var transkribert. En forutsetning for hermeneutisk tolkning er at man er fortrolige med datamaterialet (Hummelvoll og Barbosa de Silva, 1996). Uansett hvor nøyaktig transkripsjonen er, vil den aldri gi mer enn et avgrenset bilde av det man har studert (Malterud, 2008). Etter transkriberingen ble datamaterialet sammenfattet til en forståelig tekst og oversendt til informantene for informantsjekking. Det åpnet for muligheten til å korrigere teksten. Informantsjekking vil også bidra til en gjensidighet mellom informantene og forskeren, og vil ha betydning for opprettholdelse av tillit (Miles & Huberman, 1994). Alle intervjuutskriftene ble godkjent, men enkelte informanter valgt å presisere visse ord og utsagn. Lydbåndene ble oppbevart i et låsbart skap.

4.6 Analyse og tolkning

Analysen av materialet starter allerede ved første intervju og foregår kontinuerlig gjennom hele forskningsprosessen frem til den avsluttende tolkningen. Det betyr at datainnsamling og analyse foregår parallelt. Målet med analysen er å gjøre datamaterialet tilgjengelig for tolkning. Under analyseringen tilnærmer man seg datamaterialet ved å se på helheten, deretter bryte det ned til enkeltdeler, vice versa. I denne fasen er det viktig å stoppe opp, stille spørsmål til materialet og holde alternative tolkninger opp mot hverandre. Ved å innta en åpen og kritisk refleksjon vil jeg kunne identifisere temaer, mønstre, variasjoner og

sammenhenger i materialet. Dekontekstualiseringen av materialet har hjulpet meg til å gi meg et slikt overblikk. Samtidig er det viktig å bevare helhetsinntrykket i materialet. Det er gjort ved at materialet er rekontekstualisert for å se om delene stemmer med helheten. Dette vil kunne forebygge reduksjonisme (Malterud, 2002).

Intervjuene har blitt analysert med en kvalitativ innholdsanalyse. Dette er en empirinær tilnærming. Analysearbeidet bidrar til å systematisere og forenkle materialet. Jeg benyttet Kvales (2008) tolkningsnivåer. Han opererer med at fortolkning av tekst kan gjøres på tre ulike nivåer; selvforståelse, allmennforståelse (common sense) og teoretiske tolkning. Ved s*elvforståelse* forsøker forskeren å sammenfatte hva intervjupersonen selv forstår med sine utsagn. Under intervjuene benyttet jeg dermed oppklarende og utdypende spørsmål for å få frem intervjuers selvforståelse på en best mulig måte. *Allmennforståelsen* (common sense) går utover informantens egenforståelse og over i en mer allmenngyldig fortolkning. Det bidro til å utvide perspektivet ved å trekke inn min forståelse. Intervjuene ble oppsummert og tolket, og deretter gitt tilbake til informantene for kommentarer. På det *teoretiske tolkningsnivå* knyttes funn opp mot teori. Materialet ble tolket og drøftet mot studiens teoretiske referanseramme.

Analysearbeidet startet med at jeg leste igjennom alle intervjuutskriftene flere ganger for å bli fortrolig med materialet. Disse hadde i forkant blitt validert av informantene. Neste trinn i arbeidet var å identifisere meningsbærende enheter, utsagn og setninger. Disse ble merket med fargekoder. Nøkkelbegreper og stikkord ble notert ned underveis. Deretter ble intervjuene kondensert. Jeg benyttet Kvales (2008) metode med meningsfortetting og meningskategorisering. Teksten ble forkortet ved å ta vekk unødvendige ord og uttrykk, men essensen i materialet ble beholdt. De meningsbærende enhetene ble deretter kodet. Utsagn som handlet om det samme eller kunne relateres til hverandre ble navngitt med samme kode og deretter sortert i temaer. De ulike temaene utviklet seg i løpet av analysen. Det vil si at jeg ikke opererte med forhåndsbestemt temaer. Dette resulterte i fire hovedtemaer. Disse vil bli presentert i en tabell som er inndelt etter hovedtemaer, innhold og som underbygges med sitater.

4.7 Etiske overveielser

Det ble søkt Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) i februar 2009. Skriftlig svar ble mottatt i mars 2009 hvor personvernombudet tilrådde at prosjektet kunne gjennomføres i tråd med opplysninger gitt i meldeskjema (vedlegg godkjennelse fra NSD). NSD påpekte at prosjektet kunne være fremleggelsespliktig for Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst (REK). Jeg kontaktet REK telefonisk og informerte om studien. De ønsket en kort beskrivelse for å vurdere prosjektet. De konkluderte med at prosjektet var fremleggelsespliktig. En skriftlig søknad vedlagt prosjektbeskrivelse, intervjuguide, informasjonsskriv og samtykkeerklæring ble sendt REK i mars 2009. Skriftlig godkjennelse forelå i mai under forutsetning av enkelte justeringer i informasjonsskrivet (vedlegg godkjennelse fra REK). Studien har prosjektnummer 6.2009.835. Den følger ellers de forskningsetiske føringer i Helsinkideklarasjonen som ble utformet av Verdens legeforening (1964, sist revidert i 2008). Den ble utarbeidet i etterkant av andre verdenskrig på grunn av store forskningsetiske overtramp mot svake grupper (Solbakk, 1998).

Etiske overveielser har blitt vurdert fortløpende under hele studien og spesielt knyttet opp mot intervjuprosessen. Som forsker har jeg hatt spesielt fokus på tre etiske sider ved min rolle; det vitenskapelige ansvaret, forholdet til informantene og ivaretakelse av forskeruavhengigheten (Kvale, 2008). Hummelvoll (2008) utdyper dette og viser til at etisk refleksjon skal ivareta den enkeltes autonomi. Det betyr at selvbestemmelsesretten skal respekteres. Den sikres ved frivillighet. Forskningen skal være til nytte, og dermed vil hensynet til den enkelt gå foran nytten til samfunnet. Så langt som det er mulig må forskeren forutse konsekvenser og eventuelt motvirke disse for å hindre at informanten påføres skade.

For å ivareta informantene har tre etiske hovedprinsipper stått sentralt i studien; informert samtykke, ivaretakelse av konfidensialitet og redegjørelse for informantenes konsekvenser ved deltakelse i studien (Kvale, 2008). Informantene ble rekruttert gjennom en tredjeperson (lederen) ved interesseorganisasjonene. Lederne informerte muntlig sine brukere om studien, samt at det ble utlevert informasjonsskriv. Det å rekruttere gjennom interesse-organisasjonene, vil kunne hindre at informantene føler seg presset til å delta, noe som kan skje dersom jeg hadde kontaktet dem direkte. De som ønsket å delta i studien returnerte en underskrevet samtykkeerklæring før jeg kontaktet dem. Alle informantene i studien er voksne mennesker som ble vurdert å ha samtykkekompetanse. Som forsker må man være

ekstra varsom for utsatte grupper. Graden av sårbarhet ble vurdert. Dette for å hindre at informantene ble påført unødvendig merbelastning.

Informantene ble gjort kjent med at undersøkelsen er basert på frivillighet. Det betyr at informantene når som helst uten å gi noen begrunnelse, kan trekke seg fra prosjektet uten at dette får noen konsekvenser for den videre prosessen. Frivillighet er med på å sikre selvbestemmelsesrett og ivaretakelse av den enkeltes integritet. Dette er viktig for å ivareta respekten for informantene. Datamaterialet er avidentifisert. Det betyr at navn, adresse og telefonnummer er erstattet med referansenummer. Dette nummeret viser til en atskilt liste med informantenes navn og adresse. Materialet kan dermed ikke spores tilbake til enkeltperson uten å koble referansenummer til listen. Datamaterialet er behandlet konfidensielt og oppbevart i låsbare skap. Informantens anonymitet er ivaretatt i det publiserte materialet og sitater er skrevet på bokmål. I august 2009 tok NSD kontakt for å få en status i prosjektet. I henhold til deres kriterier ble alle lydbånd, samtykkeerklæringer og navnlister slettet for å ivareta anonymisering.

Før oppstart av undersøkelsen foretok jeg en konsekvensanalyse for å vurdere hvilke skade/konsekvenser jeg kunne påføre informantene ved å igangsette studien. Et moment som ble vurdert var at intervjuet kunne trigge alkoholtrangen og dermed føre til tilbakefall. Risikoen for tilbakefall er særlig stor de første månedene etter rusfrihet (Beck et al. 1993). Dette ble tatt hensyn til ved å be om rusfrihet i seks måneder eller mer. Det ble også gjort avtale med ruspoliklinikken som stilte en behandler til disposisjon dersom det skulle oppstå behov for oppfølging i etterkant av intervjuene.

En informant hadde hatt en terapirelasjon til meg noen år tidligere. Våre roller ble dermed drøftet og avklart i forkant av intervjuet. For nære og tette bånd mellom informant og forsker kan føre til at enkelte funn vektlegges, mens andre overses. Dette kan bidra til å forringe kvaliteten på undersøkelsen. Etter intervjuene ga samtlige informanter inntrykk av at de syntes dette tema var viktig og håpet at deres erfaringer kunne være til nytte for andre.

5. Presentasjon av resultater

Dette kapitelet presenterer en sammenfatning av resultatene fra intervjuene. Funnene presenteres i tabellen under.

Tema:	Innhold	Utsagn og sitat
Bevisstgjøringsprosess	Eksistensielle spørsmål	Jeg var fortvilet og jeg kunne ikke tenke meg livet verken med eller uten alkohol.
	Modning og vending	Jeg var kommet til et punkt der jeg selv kanskje innerst inne innså at dette her går ikke.
	Endret tankemønster	Det er jeg som må forandre meg. Jeg må begynne å tenke annerledes.
Virksomme relasjoner	Brukererfaringer	AA fellesskapet er det eneste stedet jeg vet om man kan snakke om alkoholisme og at folk skjønner hva jeg sier.
	Nettverkets ulike funksjoner	Jeg fikk veldig mye støtte fra veldig mange.
Behandlingsklima	Holdninger hos hjelper	Behandleren og jeg fikk en kjempeflott kommunikasjon. Hun var ikke så redd for å gi av seg selv.
	Rammer og struktur	Det som kanskje var avgjørende for at jeg lykkes, var at jeg fikk komme inn til behandling veldig fort.
	Behandlingstilnærming	Jeg tenker at man må bli utfordret.
Strategier for selvhjelp	Håp og åndsdimensjon	Å tro på noe var løsningen for meg
	Følelseshåndtering	Det som jeg er i ferd med å lære, er at jeg bare har hatt to følelser
	Nylæring og viktig verktøy	Det å få kunnskap, viten og hjelp til å tenke positivt.

Tabell 1 presenterer en sammenfatning av funnene i form av hovedtema, innhold og sitater

Jeg har valgt å ikke skille mellom kjønnene, da utvalget er for lite til å uttale seg meningsfylt om faktorer som har hatt betydning for recovery. Resultatene viser at bedringsprosessen er avhengig av indre faktorer hos den enkelte, men også ytre strukturelle faktorer vil ha en vesentlig betydning.

I henhold til Kvales (2008) tolkningsnivåer representerer analysen tolkning på et selv- og allmennforståelsesnivå. Det har ført frem til fire hovedtemaer: Bevisstgjøringsprosess, behandlingsklima, virksomme relasjoner og strategier for selvhjelp. Temaene utdypes innholdsmessig og underbygges med sitater fra informantene. Sitatene gjengis så nært opp mot informantenes formidling, men enkelte sitater har blitt forsiktig språklig redigert uten at meningsinnholdet har blitt endret. Dette fordi sitatene skal bli å lettere forståelige.

5.1 Bevisstgjøringsprosess

Felles for brukerne er at de har hatt et problematisk forhold til alkohol gjennom flere år. De gir et samlet inntrykk av at problemene har utviklet seg fra milde og til mer alvorlig karakter, og har etter hvert gitt konsekvenser på flere arenaer i livet. De ulike konsekvensene som blir nevnt var helsemessige, fysisk og psykisk problemer, forsømmelser i arbeidssituasjonen, brutte relasjoner, skadelidende sosiale nettverk og minsket interesse for fritidsaktiviteter. Det nevnes også skilsmisse, ensomhet og forsøk på suicid. Felles for brukerne er at de ulike problemene og konsekvensene har igangsatt en bevisstgjøringsprosess som gjør at de i dag er rusfrie. Denne prosessen har artet seg ulikt. Den ble ofte igangsatt av eksistensielle spørsmål eller en modningsprosess over tid som førte til en vending i livet. Disse perspektivene er nært knyttet til hverandre. Felles for brukerne er at de har beveget seg mellom disse perspektivene, og at det er bevisstheten om at de har et problem som har ført frem til behovet for endring. Ingen av brukerne har hatt et lineært forløp i sin bedringsprosess. De har hatt både opp og nedturer, og de fleste har erfaring med tilbakefall på veien mot sitt mål om rusfrihet.

5.1.1 Eksistensielle spørsmål

Langvarig bruk av alkohol aktualiserer ikke bare tanker om familien og arbeidstilknytning, men også tanker og undringer om livet og døden. I denne studien berørte brukerne også

tanker knyttet til fysiske og psykiske skader og konsekvenser. Disse tankene var med på å revurdere deres eget liv. Temaer som meningen med livet, menneskeverd og skyld/rettferdighet ble aktualisert. Det ble stilt følgende spørsmål: Hvorfor skjer det meg, har jeg ingen verdi, hvorfor skal jeg være sånn når ikke andre er det? De aller fleste ga uttrykk for tilbakevendende eksistensielle undringer. Spørsmålene dukket spesielt opp i forbindelse med langvarig drikking og ofte rett i etterkant av drikkeperioder. De eksistensielle spørsmålene og undringene hos brukerne, omfattet både kognitiv- og erkjennelsemessige del og en følelsesmessig del.

> ”*Det er ingen glede eller oppturer i å drikke lenger. Jeg kan ikke forklare de tre siste kulene mine, om det er et forsøk på å ta livet av meg eller ikke. Det har blitt verre og verre. Det kan ikke bli verre enn det var sist; da dør jeg eller hopper ut av vinduet”.*

> *”Hvorfor skal jeg være sånn når ikke alle andre er det. Han drikker mye mer enn det jeg gjør og hun er jo full hver helg”.*

5.1.2 Modning og vending

De fleste av brukerne var opptatt av at de måtte erkjenne at de hadde et alkoholproblem og dermed ikke mestret livet sitt. Det ble omtalt som det første steget mot rusfrihet. For de aller fleste hadde dette ført til en modningsprosess som hadde gått over tid. Flere påpekte at de hadde prøvd å bli rusfrie mange ganger tidligere uten å lykkes. I løpet av denne modningsprosessen hadde enkelte blitt mast på av andre om å gjøre noe med rusproblemet. En bruker fortalte at både datteren, venninnen, jobben og legen hadde presset på. Hun omtalte dette som frivillig tvang. Noen beskrev modning som det å bli klar og ha et ønske om endring. Det var sjelden ett markert vendepunkt som førte til endringen, men det ble mer beskrevet som en vending som kom på grunn av flere forhold som akkumulerte. Vendingen kunne bli utløst av en enkelt hendelse eller opplevelse, for noen var dette av svært dramatisk karakter. Det ble referert til skilsmisse, innleggelser på sykehus, tap av arbeidsinntekt eller forsøk på suicid. Enkelte opplevde at vendingen kom i forbindelse med at de hadde nådd bunnen. Denne bunnen opplevdes som forskjellig fra individ til individ. Troen på at det fantes muligheter for endring ga håp. En kraft til å kunne bevege seg videre. Majoriteten mente det var helt avgjørende at man ønsket å bli rusfri for egen del, og ikke på grunn av ytre press fra barn, ektefelle og arbeidsgiver.

”Ja, jeg ser det sånn at jeg ikke hadde noe valg lenger. Det handler om å være klar og jeg var klar på ett eller annet vis”.

”Jeg havnet på sykehus med 4 i promille. Da begynte jeg liksom å adressere det å ha et problem”.

”Selv om jeg hadde familie så var jeg ustyrtelig ensom. Jeg gjorde dermed en dramatisk handling. Jeg gikk på en veibru og hoppet ned med målet om å ta mitt eget liv”.

5.1.3 Endret tankemønster

Både de eksistensielle spørsmålene, modningsprosessen og vendingen i livet har ført til endring av tankemønster for samtlige brukere. De beskriver dette i form av å ha oppnådd større innsikt og forståelse gjennom å bli bevisst sine tanker. Gjennom denne innsikten har de greid å ta tilbake kontrollen. Det ble blant annet omtalt som ”å ta tilbake kontrollen over tankesettet”. Det ble poengtert at det å endre tankemønsteret er noe de arbeider med hver dag og det ble forstått som en pågående prosess som antagelig vil vare livet ut. Andre fremhevet at det å endre tankene krever at man tar et valg og dermed en beslutning. Et valg innebar dermed at de måtte si ja til noe og nei til noe annet. Dette ble for flere brukere en smertefull prosess. Ansvar var også et begrep som ble trukket frem i forbindelse med å ta valg. Flere brukere understreket at valg også krevde handling. Endring av tankemønsteret har også hatt betydning for å hindre og eller redusere tilbakefall på alkohol.

”Jeg fikk opplevelsen av at jeg faktisk hadde et ansvar oppi det. Utansett hvor langt nedi gjørma jeg står, så har jeg et ansvar for å komme meg ut av det. Jeg må gjerne få hjelp til det, men jeg kan ikke bare bli dratt ut av den. Jeg må selv bidra. Handling rett og slett”.

”I en lang periode skyldte jeg på oppveksten. Jeg var aldri god nok. Jeg brukte det som en unnskyldning for å ruse meg, men i dag så velger jeg å se på det annerledes. Mor gjorde en feil og det var hennes problem. Det er ikke mitt problem”.

”*Personlig selvransakelse er viktig. En prøver å se på seg selv utenfra. Se på hva man gjør, åssen man tenker og hvordan man snakker om folk.*

5.2 Virksomme relasjoner

Samtlige brukere i studien påpekte at samspillet og relasjonen til de man har rundt seg har betydning for det å komme seg. Kontakten med brukere og deres erfaringer ble sett på som viktig sammen med relasjonen til venner, familie og arbeidsgiver.

5.2.1 Brukererfaringer

Flere fremhevet andres brukererfaringer som sentralt i prosessen for å komme seg. Det handlet om å være en del av et fellesskap hvor de var i ”samme båt”. De kunne forstå hverandres tanker og væremåte. Dette fellesskapet åpnet for trygghet, omsorg og kjærlighet. Noen tok del i fellesskapet gjennom selvhjelpsgrupper og andre frivillige organisasjoner. AA-møter ble nevnt som en viktig arena hvor de tok del i et fellesskap. Dette fellesskapet hadde også en utvidet betydning. De ble oppfordret til å inkludere nykommere gjennom å dele sin historie og erfaringer. Fadderordningen i AA ble også trukket frem som viktig. En fadder betydde i denne sammenheng at en erfaren gruppedeltaker kunne veilede, dele sine erfaringer og være tilgjengelig også utenfor AA-møtene. Noen hadde tatt del i fellesskapet gjennom andre arenaer, blant annet i behandlingssystemet i forbindelse med innleggelsene. Felles for samtlige brukere var at brukererfaringene ga gjenkjennelse og hadde stor overføringsverdi. Det ga dem håp og tro på at det gikk an å få det bedre.

> *”Da jeg begynte i AA, fikk jeg innmari god hjelp. Der satt det folk som hadde vært edru i 1 år, 2 år 6 år og 10 år. Da skjønte jeg at det går an. Det ga meg håp”.*

> *”Det var faktisk en rusmisbruker som fortalte meg at jeg trengte hjelp. Du skal ikke bli som meg, sa han. Du trenger hjelp. Det ble en tanke som lå der og murret, og som jeg ikke ble kvitt”.*

> *”Det å komme og treffe sånne joviale, varme, flotte mennesker som stort sett var alkoholikere og kunne snakke om de tingene som jeg hadde holdt skjult for alle andre, for så vidt også for meg selv i kanskje 20 år, det var utrolig stort”.*

5.2.2 Nettverkets ulike funksjoner

Nettverkets ulike funksjoner omhandler sosial støtte som den enkelte opplever å få fra familie og venner. I tillegg pekes det på støtte og opplevelse av tilhørighet i arbeidslivet, fritidsaktiviteter og gjennom lavterskeltilbud. Det var spesielt den nære familie som ektefelle/partner og barn som var viktige støttespillere. Den sosiale støtten handlet om emosjonell støtte, at noen brydde seg om dem, viste omsorg og respekterte dem. Det å få tillit fra andre mennesker ble også berørt. En bruker understreket at den sosiale støtten kunne være i form av hyggelige telefoner, besøk, kort og lignende. Instrumentell støtte ble også nevnt. Det ble blant annet eksemplifisert med å få hjelp til å komme seg på institusjon. Støtte og tilhørighet fra andre enn familie og venner var for eksempel arbeidsgiver, kollegaer. En fortalte at han fikk god støtte fra arbeidsgiver. Det handlet både om informativ og emosjonell støtte. De la til rette for at han skulle få behandling. Dette ble håndtert på en profesjonell måte. Det ble opprettet kontakt med AKAN kombinert med samtaler. De ulike tiltakene bidro til at han fikk beholde ansvaret i jobben. En annen viktig faktor var at han ikke ble nedvurdert av sine kollegaer, men fikk klapp på skulderen og støtte for sin ærlighet. Det å ha en arena hvor man kunne omgås rusfri mennesker og snakke om hverdagslige ting ble også trukket frem. Det kunne være dagtilbud i regi av det offentlige, fritidstilbud eller andre sosiale treffpunkt.

> *"Jeg var heldig for jeg hadde så mye å komme tilbake til. Jeg hadde veldig mange rammer i behold. Jeg hadde nettverket i behold, jeg hadde mange holdepunkter igjen selv om jeg hadde ruset meg alle de årene".*

> *"Det å ikke bli håndtert som syk eller miste ansvaret. Jeg har fått respekt, samt den hjelpen jeg har spurt om. Alle kollegaene har liksom gitt klapp på skulderen og ønsket lykke til. De har sagt at det er tøft at du er åpen og vi beundrer deg".*

5.3 Behandlingsklima

Et av kriteriene for å delta i studien var at de hadde mottatt behandling for sitt alkoholproblem. Samtlige brukere hadde mottatt både poliklinisk behandling og vært innlagt på rusinstitusjon. Enkelte brukere hadde flere innleggelser. Varigheten av innleggelsene varierte. Noen hadde vært innlagt på korttidsinstitusjon inntil seks måneder, mens andre

hadde hatt et opphold på langtidsinstitusjon over seks måneder. Behandlingsklima omfattet både holdninger hos hjelperen, rammer og strukturer i behandlingen, samt ulike behandlingstilnærminger som ble benyttet i behandlingsforløpet.

5.3.1 Holdning hos hjelper

Flere brukere påpekte viktigheten av å ha en god relasjon til hjelperen under behandlingsforløpet. Dette ble beskrevet som å ha en ”god kjemi” til hjelperen. Flere mente at ”personkjemi” var forholdsvis avgjørende for kontakten. ”Kjemi” ble omtalt som den gode gjensidig kontakten, men ble ikke nødvendigvis knyttet til faglig dyktighet. En understreket at denne kontakten var ”alfa omega”. Hvis den ikke var tilstede var det få ting som hjalp. Flere beskrev også tillit til hjelperen som svært sentralt i relasjonen. Dette ble av enkelte påpekt som en forutsetning for en god dialog. Å bli møtt som likeverdig var også et begrep som ble benyttet. Det ble relatert til å kunne snakke sammen som likeverdige og som like meningsberettige parter. I det lå det forventninger om at brukeren var i stand til å ta imot og delta i samtalen. En annen knyttet likeverdighet til å bli omtalt som person med navn og ikke som rusmisbruker. Det å bli tatt på alvor, møtt med respekt, varme, medmenneskelighet, humor, omsorg og kjærlighet, ble omtalt som viktige egenskaper hos hjelperen. Underforstått betydde det at hjelperen måtte gi av seg selv. Det at hjelperen går utover sine ordinære rammer og yter noe ekstra ble også nevnt. Det handlet om at hjelperen hadde dratt hjem til pasienten etter arbeidstid og brukt av sin fritid for å bistå med hjelp. I et annet tilfelle dro hjelperne hjem til pasienten, da han ikke hadde gitt beskjed eller møtt som avtalt. Det å ha muligheten til å kontakte hjelperen etter utskrivelse ble også vektlagt. En bruker fortalte at hun tok kontakt med hjelperen etter utskrivelsen da hun opplevde at situasjonen ble vanskelig. Hun ba om å få komme tilbake til institusjonen, noe hun fikk muligheten til. Å gå ut over rammene handlet også om at hjelperen kunne fortelle ting fra sitt private liv, men samtidig balansere mellom personlig og privat. Det å bli utfordret, stilt krav og forventninger til, ble også sett på som gode egenskaper ved hjelperen. Det handlet om at hjelperen satte i gang refleksjoner hos brukeren som bidro til ansvarliggjøring. En eksemplifiserte det som konfronterende omsorg. I det lå det at hjelperen på en tydelig og pedagogisk måte forklarte at han hadde et rusproblem, uten å være moraliserende i måten han framførte budskapet på. Det ble også trukket frem viktigheten av at hjelperen var ærlig og direkte, og kalte en ”spade for en spade”.

"Han snakket til meg som et menneske som på mange måter var likeverdige".

"Jeg fikk en hovedbehandler og det var jo tilfeldig. Vi fikk en kjempeflott kommunikasjon. Vi var vel egentlig ganske like. Det var sånn at jeg på en måte nesten gledet med til jeg skulle dit og snakke med henne. Det var jo behandling, men samtidig kunne vi ha det ganske moro. Hun var ikke så redd for å gi av seg selv. Hun sa tilslutt at noen ganger hadde hun tenkt hun gikk for langt, men det gjorde hun ikke".

5.3.2 Rammer og struktur

Rammer og strukturer under innleggelsen ble fremhevet som viktig, men også berørt som en faktor for pasienter i poliklinisk behandling. Betydningen av tidsfaktoren ble understreket som sentralt både i forhold til å komme raskt inn til behandling både første gang og ved eventuelle reinntak. Det handlet om å slippe og stå mange måneder på venteliste når man hadde bestemt seg. Ventetiden kunne bidra til at man begynte å ruse seg igjen. Det å ha muligheten til å være i behandling så lenge man hadde behov for det, ble også fremhevet som viktig. Det kunne hindre tilbakefall til det gamle mønstre. En opplevde at det var avgjørende at hun kom til et sted hvor hjelperen tok seg god tid og at hun selv fikk være med på å bestemme tempo. Det bidro til at hun fikk tid til å knytte god relasjoner. Det var avgjørende for å åpne seg og ta opp problemer. En fikk tilbud om å være i kontakt med institusjonen etter utskrivelse, kombinert med oppfølging i AA. Det å ha muligheten for denne kontakten, førte til at han forsto at han trengte mer hjelp.

Muligheten for skjerming fra omverdenen ble også nevnt. Det handlet om å komme vekk og få en pause fra hverdagens forpliktelser og krav. Et miljøskifte åpnet for at de kunne ha fokus på seg selv og konsentrere seg om behandlingen uten ytre forstyrrende faktorer. Et miljøskifte handlet også om å kunne bli skjermet i rusfrie omgivelser. Dette kunne hindre drikking. Det at behandlingen innebar ansvar, deltakelse og medbestemmelse ble også angitt som vesentlig for bedringsprosessen. Individuell plan ble nevnt av en bruker som et verktøy i denne sammenhengen. Arbeidet med planen burde igangsettes raskt. Aktivitet ble også vektlagt. Den måtte være målrettet og ha relevans for samfunnsintegreringen. Det å strikke og snekre burde ikke være hovedaktiviteten. En mente dette ga feil signaler om at det ikke ble forventet noe av dem. Hovedaktiviteten burde dreie seg om opplæring knyttet til de

plikter og rettigheter man hadde som samfunnsborger. Det å få synliggjort dette kunne endre en del feilforestillinger de hadde om systemet. En annen henviste til viktigheten av å ta i bruk de aktivitetstilbudene som fantes på institusjonen. Hun hadde selv hatt stor interesse for husflidsaktiviteter, men hadde bortprioritert dette på grunn av drikkingen. Hun tok opp igjen disse aktivitetene og lærte nye teknikker. Hun opplevde at det var viktig å ta i bruk alle mulighetene som fantes; turer, trim og andre aktiviteter.

> *"Jeg var der i 1 år, men det er ikke sikkert det er nødvendig for alle. Jeg tenker mer at pasienten og de som er med på behandlingsopplegget får bestemme hvor lenge vedkommende skal være der. At det ikke blir satt en grense ved oppstart".*

> *"Jeg tror at det som var viktig for meg var å få den pausen vekk i fra daglig livet, vekk fra forpliktelser, vekk i fra jobb og økonomisk ansvar. Få tid til å tenke med proffe folk omkring seg som stiller spørsmål; hvorfor gjør du sånn, er det for vanskelig å jobbe med deg selv"?*

5.3.3 Behandlingstilnærming

Brukerne som var med i studien hadde mottatt ulike behandlingstilnærminger for å nå sitt mål om rusfrihet. Det var tre tilnærminger som ble presentert. Kognitiv terapi var en av tilnærmingene som ble fremhevet som særlig fruktbart. Det å modifisere tankene og tankemønsteret bidro til å endre følelsen og dermed atferden. En bruker opplevde at metoden hadde gitt han større kunnskap og dermed evnen til å snu en negativ tankegang over til noe positivt. Løsningsfokusert tilnærming ble også beskrevet som en god tilnærming. Denne tilnærmingen bygger på systemteori, kognitiv teori og sosial læringsteori (Langslet, 2004). Tilnærmingen ble oppfattet som nyttig fordi fokuset ble rettet fremover og på den enkeltes ressurser istedenfor å fokusere på det som hadde vært vanskelig. Hun så på metoden som så anvendbar at hun hadde benyttet den på sin egen arbeidsplass i etterkant. Minnesotamodellen som bygger på 12-trinnsprogrammet ble også fremhevet som betydningsfull i prosessen. Fellesskapet, tilgjengligheten og åndelig vekst ble poengtert som veldig relevant. Fellesskapet med andre i samme situasjon bidro til at man kunne være ærlig og møte forståelse. Denne åpenheten ga et samhold som bidro til å gi styrke. Tilgjengeligheten ble også nevnt. En bruker fortalte at hun snakket med venner i AA både natt og dag under en vanskelig periode. Det å ikke slippe taket, men holde fast i møtene

hadde hatt stor betydning for henne i denne perioden. En fortalte at det kun var det første trinnet i AA programmet som handlet om alkohol. De andre trinnene fokuserte på å snu tankegangen i den hensikt å få det bedre. En annet styrke var at AA-møter ble arrangert i hele verden. En bruker hadde vært med på et møte i Frankrike. Hun opplevde møtet som svært sterkt, selv med språkbarrierer. Åndelig vekst ble relatert til personlig vekst og utvikling.

> *"Det er jeg som må forandre meg. Jeg må begynne å tenke annerledes. Jeg kan ikke tenke sånn som jeg tenkte før".*

> *"At en ikke graver seg ned i all gammel dritt og ikke kommer fremover. Det er klart at i en slik behandlingsprosess så må man ta opp ting som har vært vanskelig og bearbeide det, men hovedfokuset må være fremover".*

5.4 Strategier for selvhjelp

Felles for brukerne i studien har vært et ønske om å få det bedre. Samtlige brukere har i denne prosessen mobilisert sine egne krefter, hentet frem ressurser som de selv besitter for å mestre situasjonen. Tro og den åndelige dimensjon har vært fremhevet som viktige perspektiver for å komme seg sammen med følelseshåndtering, nylæring og nyttig verktøy.

5.4.1 Håp og åndsdimensjon

Flere av brukerne formidlet håp og tro som viktig. Håpet ble en slags kraft som ga styrke til ikke å gi opp uansett hvor vanskelig situasjonen var. Det betyr at håpet ble sett på som en indre tilstand. Brukerne opplevde at håpet ble utfordret når situasjonen føltes ekstra vanskelig. Håp utviklet seg ofte til en tro. En bruker formulerte dette på følgende måte: *"Hjelperen tente et håp i meg, og det håpet ble utviklet til en tro på at jeg skulle klare å bli edru og forbli edru"*. Det betyr at den enkeltes menneske håp også var avhengig av hvordan man ble møtt av andre. Det å tro på noe ble sett på som viktig. Det å tro var ikke nødvendigvis knyttet til religion, men en tro på at det fantes muligheter for å få det bedre og finne andre løsninger. De som benyttet AA`s 12-trinnsprogrammet, knyttet troen til en åndelig dimensjon som innebar at det fantes en høyere makt som var større enn dem selv. Det betydde ikke at dette måtte være gud, men at hver enkelt måtte velge det man selv trodde

på. En bruker fortalte at hun hadde sin gudstro, men at flere valgte å ha AA-gruppen som sin høyere makt, med den begrunnelse at gruppen var sterkere enn en person. Flere benyttet sinnsrobønn daglig, mens andre ba om styrke til å holde seg edru. En fortalte at hvis man greide å praktisere sinnsrobønnen, kunne man legge vekk mange ting i livet, blant annet frykt. Meditasjon og generell bønn ble også nevnt.

> *"Det er noe jeg må jobbe med hver dag. Jeg innleder dagen min med å be sinnsrobønn. Det er for å få et fokus, og så leser jeg litt i AA-litteratur hver eneste dag"*

5.4.2 Følelseshåndtering

I denne studien ble alkoholisme blant annet beskrevet som en følelsessykdom. Det ble også brukt begreper som "ubalanse i følelsene" og at "følelsen hadde blitt handikappet". Dette handlet om at man hadde mistet erfaringer med å håndtere følelser uten rus. Følelseshåndtering handlet om å kjenne igjen følelsene, nyansere og takle dem. Flere fremhevet frykten for ikke å bli likt av andre mennesker. Denne frykten hadde bidratt til at de hadde brukt mye av tiden på å tilfredsstille andre ved å yte hundre prosent eller mer. En fortalte at han kom inn i en negativ spiral hvor han alltid tok på seg skylden hvis noe gikk galt. For å endre dette, måtte han lære å bli glad i seg selv. Det betydde også at han måtte lære å sette grenser. En annen fortalte at hun også var redd for ikke å bli likt, og det hadde bidratt til at hun ble litt "usynlig". Under innleggelsen på institusjon hadde hun fått ta del i en annen måte å leve på enn det hun var vant med hjemmefra. I denne konteksten trengte hun ikke å bry seg med alle, og det bidro til at hun fikk et mer avslappet forhold til seg selv. Frykt var en følelse mange beskrev. For enkelte handlet denne frykten om å kunne bli avslørt ovenfor andre. Skam, skyld, uro/angst, sorg, mindreverdighets- og dårlig selvfølelse var også følelser som mange hadde strevd med. Å kunne bearbeide dette sammen med et annet menneske som man hadde tillit til, bidro til at følelsene minsket i intensitet. Dette kunne være en person innen behandlingsapparatet, i selvhjelpsgrupper eller andre i nettverket. En bruker understreket at samtalen var et viktig hjelpemiddel for å bearbeide følelser, men vektla samtidig at det måtte fokuseres på å agere og handle. Det handlet om at samtalen måtte kombineres med praktiske øvelser for å utfordre angsten og ubehagelige følelser og situasjoner. Det ga ham nye erfaringer og løsningsstrategier.

”Jeg har tidvis indre uro som jeg kaller det, men når jeg har det nå, så greier jeg å finne ut hva som er galt”. Stress gir meg det, når jeg gjør feil og når jeg utsetter ting”.

”Det er ikke nok med ytre rammer som jobb og bolig. En må få hjelp til å håndtere egne følelser og behov uten å flykte. En rusmisbruker greier ofte ikke å holde ut sine egne følelser”.

5.4.3 Nylæring og nyttig verktøy

Ærlighet var et sentralt begrep. Det dreide seg om å tørre å være åpen og ærlig ovenfor seg selv og andre om sine problemer under endringsprosessen. Det hang sammen med at brukerne hadde opplevd at de på grunn av sin avhengighet til alkohol hadde utviklet strategier for å lure unna flasker, lyve, unnlate og manipulere. Flere hadde opplevd å få positive tilbakemeldinger på sin ærlighet. En inviterte seg selv inn i et planleggingsmøte på jobben for å informere kollegaene sine om alkoholproblemene. Det å jobbe med impulskontroll ble også en viktig mestringsstrategi. Det handlet om å tenke seg om før man handlet. Mange benyttet dette ved å ta en dag av gangen. En sa dette på følgende måte ” *jeg utsetter mitt ønske om å ta en drink til i morgen og det gjør jeg hver eneste dag. Nå har det gått over firehundrede dager og det funker”*. Hvis man for eksempel begynte å tenke at man skulle være edru resten av livet, ville det fort bli et uoverkommelig mål. Det å ikke skylde på andre eller gå i forsvar ble også vektlagt som viktig læring. Man hadde selv valg og muligheter til å stoppe opp og tenke seg om. Begreper som å be om unnskyldning og tilgivelse ble nevnt som viktig i denne sammenheng. En bruker fortalt at 12-trinngsprogrammet poengterte at hvis man feilet, innrømmet man dette uten å nøle. En annen bruker fortalte at han hadde fått tilgivelse av sin familie fordi han selv hadde tatt initiativ til å fortelle om vanskene. Det betydde ikke at han hadde fått tilbake tilliten, men han opplevde at det var underordnet på nåværende tidspunkt. Ydmykhet og takknemlighet ble også brukt i ulike sammenhenger. En hadde tidligere koblet ydmykhet til noe nedverdigende, det å ta ”luen i hånden”. Dette hadde skremte han. Nå forsto han at ydmykhet var å akseptere og respektere seg selv og andre. Bruk av dagbok kunne fungere som en god strategi og som et verktøy til å bearbeide både tanker og følelser. En bruker hadde benyttet denne strategien da hun var på institusjon. Hun hadde fortsatt å skrive dagbok også etter at hun kom hjem for

blant annet å skrive ned ulike frustrasjoner. En annen brukte skrivingen til å oppsummere dagen på godt og vondt. For å opprettholde rusfrihet, ble det understreket at rusen ikke kunne ses på som en løsning verken i forbindelse med problemer eller i hyggelige situasjoner. Slike situasjoner vil oppstå hele livet og man måtte dermed tilpasse livet etter dette for å unngå å drikke. En omtalte dette på følgende måte: *"Man må få en holdning til at en ikke skal drikke mer, det er noe ganske annet enn å si at jeg aldri mer skal drikke"*.

> "*Hvis jeg bare tenker meg om og ikke handler på impuls, så sårer jeg mindre de som er omkring meg og lager mindre ris til egen bak"*.

6. Diskusjon

Dette kapitelet representerer metodologiske overveielser knyttet til studiens generaliserbarhet (overførbarhet), validitet og reliabilitet. Deretter drøftes studiens funn mot den teoretiske referanserammen, relevant forskning og mulige konsekvenser for praksisfeltet. Den teoretiske referanserammen og relevant forskning utgjør det teoretiske forståelsesnivået (Kvale, 2008).

6.1 Metodologiske overveielser

Det er temaets særpreg og forskningsspørsmål som vil være avgjørende for metodevalget. I mitt tilfelle ble en kvalitativ tilnærming sett på som en egnet metode. Det ble valgt et eksplorativt og deskriptivt design, hvor kvalitativt forskningsintervju ble benyttet i datainnsamlingen. Metoden ble valgt, fordi feltet jeg skulle studere var relativt lite beskrevet. En slik tilnærming gjør det mulig å studere den enkeltes livsverden. For å forstå intervjupersonens livsverden har jeg benyttet en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Den fenomenologisk tilnærming er en deskriptiv forskningsmetode. Det betyr at intervjupersonenes erfaringer og synspunkter med bedringsprosessen har blitt beskrevet slik det har fremkommet og så presist som mulig. Dette krever at jeg har prøvd å sette min forforståelse i parentes. For å forstå og tolke/fortolke intervjupersonenes beskrivelser har jeg benyttet en hermeneutisk tilnærming. Intervjupersonens utsagn er løftet på et lett abstraksjonsnivå, men samtidig holdt innenfor empirien. Studien støtter seg ellers på den teoretiske referanserammen og den relevante forskningen som foreligger.

Kvales (2008) tolv aspekter ved det kvalitative forskningsintervju ble benyttet som et bakteppe. Det bidro til at jeg i større grad greide å holde fokus på min rolle, samtidig som det skapte en forståelse av intervjuets struktur. Alle intervjuene, med unntak av ett intervju, ble gjennomført på DPS, ruspoliklinikken. Selv om dette var en arena som var ukjent for enkelte informanter, så det ikke ut til å påvirke deres forhold til å uttrykke seg fritt i samtalen. Det tekniske utstyret fungerte uten store problemer med unntak av ett intervju. Det bar preg av dårlig lyd, men det handlet om ytre faktorer som støy. Intervjuet ble senere trukket fra studien.

Intervjuguiden besto av ett åpent spørsmål, nemlig: ”Kan du fortelle om hva som har hjulpet deg til å bli rusfri”? Flere av temaene i intervjuguiden ble naturlig belyst i løpet av samtalen. Det å ha ett åpent spørsmål i intervjuguiden så jeg på som en styrke. Det bidro til at informantene fritt kunne beskrive sine egne opplevelser og erfaringer om bedringsprosessen uten å bli forstyrret av nye spørsmål og de forutantakelser eventuelt disse måtte innebære. Min rolle i intervjuene var å stimulere informantene til egne refleksjoner gjennom utdypende og oppfølgende spørsmål. Det var viktig for meg å ha en balansegang mellom å være nær og interessert, samtidig ivareta den enkeltes integritet.

Det første intervjuet som ble gjennomført bar preg av at jeg inntok en for passiv rolle. Det førte til at intervjuet ble noe ustrukturert, hvor informanten til tider avsporet fra tema. I etterkant ser jeg at nettopp avsporingene bidro til ny kunnskap. De andre intervjuene fungerte som en samtale hvor det var mer balanse mellom fleksibilitet og en viss styring gjennom oppfølgende spørsmål. Underveis i intervjuene ble det foretatt dialogisk validering med tolkning baserte på Kvales (2008) selvforståelse og allmennforståelse. I forbindelse med oppsummeringen ble det stilt oppklarende spørsmål. Det kan bli oppfattet som ledende, fordi informantene kan bli påvirket av den forståelsen jeg vektlegger i oppsummeringen og der igjennom påvirke datamaterialet. Kvale (2008) mener ledende spørsmål også kan bidra til å styrke reliabiliteten og verifisere intervjusvarenes tolkninger. Dette er også min erfaring i denne studien.

Transkriberingen var tidkrevende, men gav meg mulighet til å få en grundig gjennomgang av hva informantene hadde sagt, samtidig fikk jeg et godt innblikk i den rollen jeg hadde hatt som intervjuer. Mitt kjennskap til fagfeltet kan ha bidratt til at jeg har vært mindre følsom for nyansene som fremkom i intervjusituasjonen. Samtidig mener jeg fagkunnskapen fra rusfeltet har vært en styrke i forhold til tolkningen av datamaterialet.

I forbindelse med analyseringen ble materialet lagt vekk for en periode etter at kodingen var sortert etter tema. Det ga en viss avstand til analysen, noe som var nyttig. Det bidro til at jeg kunne gå tilbake til materialet med et mer kritisk blikk og revurdere inndelingen. Det resulterte i at nye sider av materialet trådte frem. Jeg har under hele analyseringen vært opptatt av å trekke frem og belyse både likhetene, nyansene og mangfoldet i materialet. Studiens funn har blitt presentert med mange sitater. Det er et bevisst valg for å få frem et helhetlig og nyansert bilde.

For å kunne ha tillit til forskningen blir det stilt ulike krav blant annet til generaliserbarhet (overførbarhet), reliabilitet og validitet. Kvale (2008) omtaler disse begrepene som treenigheten. Begrepene har sitt opphav i kvantitativ forskning hvor pålitelighet og gyldighet har vært helt sentralt i det vitenskapelige arbeidet.

Overførbarhet handler om hvorvidt studiens funn er allmenngyldig og om dataene kan ha overføringsverdi. Det er viktig i all forskning. Overførbarhet er et omdiskutert tema i kvalitativ metode. Dette henger sammen med positivistiske påstander om at for få informanter bidrar til at resultatene ikke kan generaliseres, og at resultatene ikke er gyldig fordi de bygger på subjektive fortolkninger. I kvalitativ forskning snakker man om overførbarhet som et mer relevant uttrykk og kriterium. Overførbarhet i denne sammenheng vil si at man vurderer om resultatene som oppnås i en kontekst kan overføres til lignende kontekster. Ved å benytte overførbarhet er det viktig at teori og empiri er tett knyttet sammen. Det er forsøkt gjennom en fenomenologisk beskrivelse og en hermeneutisk tolkning hvor funnene er forsøkt løftet opp på et teoretisk abstraksjonsnivå. Kvale (2008) mener at overførbarhet og reliabilitet vil kunne bli ivaretatt ved god systematikk i forskningsprosessen. Dette er forsøkt ved å gi en så konkret fremstilling av prosessen som mulig, slik at avgjørelsen om mulig overførbarhet vil kunne vurderes av andre og ut fra deres formål.

God reliabilitet omtales som pålitelighet. I den kvantitativ metoden er reliabiliteten høy når uavhengige målinger kommer frem til samme resultat. Dette kan ikke overføres direkte til den kvalitative metoden. I kvalitativ metode vil forskeren være et instrument gjennom hele forskningsprosessen, og subjektivitet ses på som en ressurs (Kvale, 2008). Det betyr at man ikke er nøytral, men deltar i en subjekt-subjekt relasjon, hvor nærhet til forskningen blir sentral. Det krever kritisk refleksivitet ved at jeg er bevisst min egen rolle, min forforståelse og mulige påvirkninger. Under ett intervju stilte jeg spørsmål fra temaene i intervjuguiden for å hjelpe informanten i gang. Det bidro til at spørsmålene i større grad virket ledende. Jeg var imidlertid bevisst på det når disse spørsmålene ble stilt. I denne studien vil reliabilitet vise til hvor nøyaktig mine arbeidsoperasjoner har blitt utført. Jeg har dermed forsøkt å være grundig og systematisk i forarbeidet, selve gjennomføringen av forskningen og etterarbeidet. Det betyr at jeg også har dokumentert hvordan kunnskapen er innhentet og under hvilke betingelser (Malterud, 2008). Til tross for dette er forskning et felt jeg har minimal erfaring med, noe som har bidratt til justeringer underveis i prosessen. Det betyr at jeg har gått en del

omveier før jeg har kommet frem til det ferdige resultatet. Det vil kunne være med på å svekke reliabiliteten.

Validitet henviser til gyldighet og hviler på om forskeren måler det man ønsker å måle og dermed får besvart sitt forskningsspørsmål. Kvale (2008) henviser til at gyldigheten vil være avhengig av i hvilken grad våre observasjoner gir et bilde av de variablene vi ønsker å vite noe om. Validitet vil dermed være knyttet til hele forskningsprosessen, fra intervjuers kompetanse, metodevalg, kvaliteten på transkriberingen og analysen, og at rapporteringen gir gyldige beskrivelser av funnene. Slik sett foregår det en validering hele tiden. Hummelvoll & Barbosa de Silva (1996) refererer til intersubjektivitet og validitet i kvalitativ forskning. Den intersubjektive valideringen bygger på at det foreligger en gjensidig forståelse av det som kommuniseres mellom informanten og intervjuer. Validiteten vil være avhengige av om beskrivelsene er korrekte, nøyaktige og objektive i kunnskapsteoretisk forstand.

Den intersubjektive valideringen ble forsøkt ivaretatt under intervjuene ved at jeg gjentok informantens utsagn for å få bekreftet om jeg hadde forstått dem riktig. Dette bidro til at informantene kunne bekrefte eller avkrefte min tolkning. Det ble også foretatt oppsummeringer under intervjuene som åpnet for at informantene kunne korrigere min tolkning. I følge Fangen (2004) handler kommunikativ validitet om å overprøve gyldigheten av tolkningen gjennom dialogen. Det å benytte oppklarende og utdypende spørsmål under intervjuene, samt at intervjuutskriftene ble gjennomlest av brukerne for eventuelt korrigering bidro til kommunikativ validitet.

Studien bygger på et strategisk utvalg, hvor begge kjønn er inkludert. Det mener jeg har bidratt til å gi et mer nyansert bilde, selv om utvalget ble for lite til å si noe meningsfullt om forskjellene mellom kjønnene med hensyn til bedringsfaktorer. Samtidig valgte jeg å sette enkelte inklusjonskriterier. Det førte til å ekskludere informanter som ikke praktiserte totalavhold. Dette vil kunne ha betydning for studiens resultater. Informantene som takket ja til å være med i studien viste seg å ha mange viktige rammer i livet i behold. Det ble nevnt kontakt med familie, fast bosted, arbeid og fritidsaktiviteter. Dersom intervjuene hadde foregått på en tidligere tidspunkt hvor informantene drakk aktivt, ville kanskje andre faktorer blitt beskrevet som viktig i bedringsprosessen, slik som bosted, ordnet økonomi, god tannhelse.

Studien har videre blitt forlagt medstudenter og lærere for kommentarer og refleksjoner under deler av prosessen. Det mener jeg har bidratt til å styrke både studiens reliabilitet og validitet.

6.2 Diskusjon av studiens funn

Lov om spesialisthelsetjenesten § 1-1 gjør det klart at helsetjenestetilbudet skal tilpasses pasientens behov og at deres ressurser skal utnyttes best mulig (www.lovdata.no). Det betyr at pasientens egne erfaringer og helsebringende faktorer skal fokuseres sterkere i behandlingen. Ørstadvik (2004) argumenterer for flere forhold som bidrar til å fremme bedring ut fra et brukerperspektiv. Hun trekker frem det medmenneskelige argumentet som henger nært sammen med borgerstatus og retten til deltakelse. Det suppleres med blant annet det terapeutiske, pedagogiske og profesjonsargumentet hvor egenaktivitet vektlegges som helt sentralt for å fremme bedring og hvor pasienten ses på som ekspert i eget liv. Disse argumentene vil bidra til å fremme effektiv behandling og dermed vil det også foreligge et samfunnsøkonomisk argument. Det betyr at aktive deltakere er billigere enn passive mottakere. I følge Rønning & Solheim (2003) er det stor enighet om at vellykket behandling forutsetter at brukeren kan medvirke, hvis en ser bort fra enkelte former for tvangsbehandling. Ved siden av at det vil gi økt livskvalitet for den enkelte, vil det sannsynligvis spare hjelpeapparatet for flere tilbakefallsproblemer. Brukerperspektivet er dermed forsøkt løftet frem og belyst gjennom denne studien ved å trekke frem brukerens erfaringer med hva som hjelper for å bli rusfri. Deres erfaringer vil ha en sentral betydning, da forskning viser at bedringsprosessen i hovedsak er knyttet til aspekter ved pasienten og hans/hennes miljø, kvaliteter mellom pasient og hjelper som varme og empati, samt håp og forventinger. Kun femten prosent tilskrives behandlingsmetoden (Hubble et al., 1999). Den behandlingen som drives skal likevel være faglig fundert når det gjelder fag- og erfaringskompetanse.

6.2.1 En bevisstgjøringsprosess

Studien viser at det å erkjenne at man har et alkoholproblem er en forutsetning for å bli rusfri. Denne erkjennelsen er en del av en mer omfattende prosess som består av ulike stadier som eksistensiell undring, modning og vending og tilslutt endret tankemønster. Studien viser

at brukerne beveget seg mellom disse faktorene, gjerne flere ganger, frem og tilbake. Det betyr at det ikke var noe lineært forløp, men ble mer sett på som en gradvis prosess som for mange tok tid. De ulike stadiene i prosessen var nært knyttet til hverandre, og ble ikke sett på som enkeltstående faktor som alene bidro til rusfrihet. Dette sammenfaller med forskning på avhengighetsproblematikk. Prochaska & DiClementes, (1992) viser i sin forskning at mennesker som ønsker å endre en vane eller slutte med noe, sjelden bestemmer seg plutselig, men beveger seg frem og tilbake mellom ulike stadier.

6.2.2 Tilbakefall

Materialet viser at brukerne opplevde både oppturer og nedturer i prosessen, og flere hadde opplevd tilbakefall i prosessen med å bli rusfri. Longitudinelle studier viser at opp mot 90% av problemdrikkerne som har prøvd å slutte vil oppleve tilbakefall (Beck et al., 1993). Prochaska & DiClementes (1992) har tatt høyde for dette i sin modell. De har integrert tilbakefall som en naturlig del av endringsprosessen. Det betyr ikke at brukerne i studien startet igjen på null i forbindelse med tilbakefallene, men det bidro til at de kom nærmere en erkjennelse om å gjøre noe med drikkingen. I og med at tilbakefall er mer vanlig enn uvanlig, er det viktig at behandlingsapparatet tar høyde for dette. Gjentatte tilbakefall vil lett kunne bli tolket som lite motiverte- og behandlingsvillige pasienter, noe som kan resultere i at behandlingen avbrytes. Det å benytte endringshjulet under behandlingsprosessen, vil bidra til at pasienten aktivt medvirker i endringen. En slik deltakelse vil kreve at pasientene har kunnskaper om alkoholens ulike skadevirkninger og dens samspill mellom psykisk og fysisk helse. Et spørsmål som det kan være relevant å stille i denne sammenheng, er om slik kunnskap blir gitt til pasienten eller om behandlingsapparatet tar det som en selvfølge at dette er kunnskap alle innehar? Askheim (2003) påpeker at pasienter må tilføres kompetanse for å kunne representere seg selv på en myndig måte. Dette vil kreve at praksisfeltet i større grad vektlegger undervisning og informasjon som en del av behandlingstilbudet. Slik undervisning kan eventuelt gis i grupper og dermed skape en arena til å utveksle erfaringer.

6.2.3 Når løsningsstrategier ikke strekker til

I følge Hummelvoll (2008) vil en krise blant annet kunne oppstå når vanlige problemløsningsstrategier ikke strekker til. I situasjoner hvor man opplever å virkelig

komme til kort, kan selvfølelsen gå over til selvforkastelse. Dette kjennestegnes av skyldfølelse og ulike former for destruktiv atferd. Opplevelsen av objekt-tap vil også kunne erfares ved at man mister noe man anser som viktig i livet, som for eksempel tap av et menneske eller et arbeidsfellesskap. Opplevelsen av å ha mening i livet kan dermed bli erstattet av kaos og meningsløshet. Dette forteller også brukerne om i studien. Det oppsto en ubalanse mellom de situasjonene de vanligvis håndterte og de sitasjoner de ikke greide å håndtere, og det ble etter hvert flere og flere arenaer de ikke mestret. De henviste til brutte relasjoner, skadelidende nettverk, forsømmelser i arbeidssituasjonen og problemer med å greie og opprettholde fritidsaktiviteter. Det å ikke mestre bidrar ofte til sterke følelsesmessige reaksjoner som redsel, hjelpesløshet, fortvilelse og skam (Kringelen, 2001). Dette sammenfaller med funn i studien. En bruker opplevde så sterk fortvilelse at han prøvde å ta sitt eget liv. De følelsemessige reaksjonene aktualiserte eksistensielle spørsmål hos brukerne. De berørte ofte temaer knyttet til liv og død og det å finne mening med livet. Antonovskys (2000) salutogene tenkning er opptatt av at mennesker skal oppleve meningssammenheng. Det er avgjørende for å kunne ta i bruk den enkeltes generelle motstandsressurser. Opplevelsen av sammenheng handler om menneskets evne til å forstå, håndtere og finne mening med de utfordringer man møter i livet. Hvordan kan praksisfeltet bistå brukerne når de opplever en krise? Ved en rekke DPSer er det opprettet ambulante team, men dette har ofte vært forbeholdt dobbeltdiagnose pasienter. Et alternativ kunne være å opprette et akutteam hvor kriseintervensjon var en del av metodikken. Et slikt team burde ha muligheten til å dra ut til pasienten ved behov, uten at henvisning måtte foreligge. Dette kunne forebygge at krisen eskalerte og hindre at mer tungtveiende tiltak måtte igangsettes.

6.2.4 Det å ta et valg

Studien viser at økende problemer og konsekvenser bidro til at brukerne ble stilt ovenfor et avgjørende veivalg i livet. Det å ta valg handlet om at de måtte beslutte seg for noe. Det betydde at de måtte si ja til noe og nei til noe annet. Dette kan ofte være en smertefull prosess (Leenderts, 1995). For at brukerne kunne velge, måtte de også ha evnen til å rette seg mot et mål. Det førte frem til en modning og/eller en vending i livet. Jacobson & Curtis (2000) påpeker at recovery handler om at den enkelte må være aktiv og selv ta personlige valg i sin bedringsprosess. Dette gjøres ofte i samarbeid med andre, for eksempel venner eller innen det profesjonelle nettverket. Dette vil kunne innebære en utfordring for enkelte

pasienter som har vært en del av behandlingsapparatet i mange år og kanskje har lært at deres meninger ikke har noen særlig betydning. En kan dermed stille seg spørsmål om hvilke muligheter de har til å ta ansvar for sin egen bedring?

6.2.5 Ta tilbake kontrollen over tankesettet

Brukernes modning og vending i livet bidro til at de endret tankemønsteret. Det krevde at de identifiserte og utfordret tankene. Dette ble blant annet omtalt som å ta tilbake kontrollen over tankesettet. Kognitiv terapi ble fremhevet som en nyttig metode i denne sammenheng. Den ble sett på som håndgripelig i forhold til de problemene og utfordringene brukerne møtte i sitt daglige liv. Dette sammenfaller med forskning som konkluderer med at psykososial behandling med klar struktur hvor pasienten veiledes underveis, viser bedre effekt enn ustrukturerte metoder. Kognitiv terapi og AA 12-trinnsprogram blir nevnt som strukturerte metoder som har effekt (Öjehagen, 2000, Berglund et al., 2003). Det er dermed viktig at denne forskningen blir tilgjengelig for praksisfeltet, slik at hjelperne kan skoleres på metoder som man vet har en viss effekt. Kognitiv terapi bygger på å identifisere negative automatiske tanker, følelser og atferd, deretter stille spørsmål ved tankene for å modifisere og eventuelt finne alternative tanker (Mørch & Rosenberg, 2005). På den andre siden kan det å benytte en strukturert metode, som for eksempel kognitiv terapi, bidra til at den helhetlige tenkningen blir borte. Helhetlig tilnærming er viktig i all behandling, også hos alkoholavhengige pasienter, da lidelsen ofte er sammensatt. Vanligvis vil rusen utgjøre kun en mindre del av pasientens problemer (Duckert, 2008). Dette viser også denne studien. Brukerne fortalte at de slet med psykologiske, fysiologiske og sosiale problemer. For enkelte hadde problemene bidratt til alkoholbruk, for andre hadde de kommet som en konsekvens av langvarig bruk.

Brukerne så på det å endre tankemønsteret som en pågående prosess som antakelig vil vare livet ut. Som en bruker sa ”*dette er noe jeg gjør hver eneste dag. Jeg stopper litt opp og stiller spørsmål om hva jeg gjør og så prøver jeg å gjøre det som er riktig*”. Dette sammenfaller med Deegan (1988) som beskriver bedringsprosessen som en livslang prosess. Han sier det må ses på som en måte å leve på, mer enn at det er en tilbakevending til slik det var før problemene ble for vanskelig å håndtere. Brukerne i studien integrerte de nye erfaringene. Det førte til endring av deres tankemønster, som igjen bidro til forandring av

følelsene. Dette sammenfaller med Roman (2006) forståelse av recovery som inkluderer aktivitet og læring som viktige faktorer i bedringsprosessen. Dette fremheves som viktig enten problemene skyldes fysiske eller psykiske årsaksforhold.

6.2.6 Håndtering av følelser

Studiens funn viste at det var viktig å lære og håndtere følelser. Brukerne fortalte at de hadde brukt alkohol for å dempe eller flykte unna ubehagelige følelser. Det hadde bidratt til at de mistet erfaringer med å takle følelsene. I følge Daley & Marlatt (2007) er ubehagelige følelser ofte noe av den vanligste utfordringen i en bedringsprosess. Følelser som takles på en uhensiktsmessig måte vil kunne forårsake blant annet utvikling av psykiske lidelser, psykosomatiske symptomer og problemer i samspillet med andre mennesker. For brukerne handlet det om å kjenne igjen følelsene, nyansere og takle dem. I følge Cullberg (1999) er bearbeiding av følelser ved påkjenninger, slik som kriser, avgjørende for personlig vekst og utvikling. Det kan bidra til økt styrke. Han påpeker at mennesker som har oppholdt seg i utkanten av livet for så å vende tilbake til det ”vanlige” livet, ofte vil oppleve økt forståelse av livet. For at pasienten skal komme styrket ut av krisen er det viktig at hjelperen kan anvende kriseteori og intervensjon, og at man tar høyde for at pasienten kan trenge tid i denne fasen.

Marlatt & Gordon (1985) bekrefter gjennom sine studier at tilbakefall ofte skjer under fire omstendigheter; ved negative følelser, sosialt press, konflikter med andre og ekstra positive følelser. Negative følelser handler i denne sammenheng om frustrasjon, sinne, ensomhet, angst og depresjon. Dette sammenfaller med studiens funn. Frykt, angst, skam, skyld og mindreverdighetsfølelse var blant noen følelser som ble beskrevet. Følelsene ble taklet på ulike måter. En befolkningsstudie fra seks europeiske land har vist at det er sterk sammenheng mellom alkoholavhengighet, angst og depresjon (Alonso et al. 2004). Dette bekreftes også av en studie foretatt i Hedmark og Oppland hvor man kartla forekomst og sammenhenger mellom symptomlidelser og ruslidelser. Den viser at pasienter i rusavhengighetsbehandling hadde en høy livstidsforekomst av agorafobi (48%), sosial fobi (47%) og depresjon (44%) (Landheim et al. 2002). Studien påpeker at samtalen var et viktig hjelpemiddel for å håndtere følelser. Det bidro til at følelsene avtok i styrke. En bruker underbygget at samtalen også måtte kombineres med praktiske øvelser for å utfordre

følelsene. En utfordring for hjelpeapparatet er å ha fokus på begge lidelsene uten at pasientene skyves mellom de ulike instansene. Bosch & Verheul (2007) påpeker at samspillet mellom rus og psykiske lidelser vil øke lidelsestrykket for pasienten. Det vil kunne få konsekvenser både for prognose, bedring og muligheten for å fullføre behandlingen.

6.2.7 Egenskaper hos hjelperen

Materialet viser at en god relasjon til hjelperen er viktig for å bli rusfri. Den var avhengig av at det var en god ”kjemi” mellom brukeren og hjelperen. Dette handlet om den gode gjensidige kontakten. Borg & Topor (2007) viser til at personkjemi var et begrep som også forekom i deres studie. De mente at personkjemi oppsto når to personer likte hverandre og søkte seg til hverandre. Brukerne i studien mente den gode relasjonen var basert på likeverdighet. Det handlet om at hjelperen møtte brukeren som person, ikke som en rusmisbruker og at begge parter var like meningsbrettiget. Det å bli møtt som person, betyr at hjelperen ser det unike i den enkelte bruker og at man blir møtt ut fra den spesielle livshistorien man bærer med seg, istedenfor å bli betraktet som en kategori; for eksempel alkoholikeren. Dette sammenfaller med Hummelvoll (2008) som henviser til at likeverdighet er en av hjørnesteinene i relasjonen mellom behandler-pasient fellesskapet. Det innebærer at et helhetlig jeg møter et helhetlig du. Dette bygger på Buber (1992) som peker på at en ekte dialog forutsetter en ”jeg-du” relasjon. Det viser til et likeverdig forhold mellom mennesker i subjektposisjon. Det betyr at hjelperen må møte brukeren der den måtte befinne seg.

Studiens funn viser også at det ikke var de faglige kvalifikasjonene som i hovedsak ble trukket frem, men egenskaper og kvaliteter ved hjelperen. Disse bidro til å fremme en god relasjon. Egenskapene ble knyttet til å bli tatt på alvor, møtt med respekt, omsorg, medmenneskelighet, varme og kjærlighet. Det å bli møtt med varme og kjærlighet handler om at hjelperen aksepterer brukeren som den man er, og bidrar til å legge til rette for at nye handlingsmønster kan utvikles. I følge Rogers (1951) betyr ikke det at hjelperen skal akseptere alt pasienten gjør, men kunne utfordre og stille krav slik at andre handlingsmønstre utvikles. Det at hjelperen stimulerte brukerne til refleksjoner som bidro til ansvarliggjøring av handlingene ble sett på som viktig i studien. Konfronterende omsorg var et begrep som ble benyttet i denne sammenheng. Det handlet om at hjelperen på en tydelig og klar måte informerte om fakta uten å moralisere. De nevnte egenskapene hos hjelperen sammenfaller

med det Rogers (1951) fremhevet som karakteristiske trekk ved den hjelpende relasjon. Han mente at den hjelpende relasjon måtte innholde følgende kriterier: Tillit, empati, forståelse, respekt, ektehet og varm akseptasjon.

Det at hjelperen gikk utover sine ordinære rutiner for å hjelpe brukeren ble også påpekt som viktig.. Det handlet om at hjelperen både brukte av sin fritid og sine krefter uten at han/hun i utgangspunktet behøvde å gjøre dette. I studien nevnte brukerne at hjelperen kom hjem til dem og at de var tilgjengelig telefonisk etter at behandlingskontakten var avsluttet. Det betydde blant annet at brukerne kunne ringe dersom ting ble vanskelig. Dette ble en trygghet for brukeren. Hartford (2005) benyttet strukturert telefonveiledning i oppfølging av pasienter etter bypasskirurgi. Denne studien viser dokumentert effekt på mestring gjennom bruk av telefonsamtaler. Det å få avklart ulike spørsmål og vansker på telefonen, bidro til økt forståelse og opplevelse av håndterbarhet. Dette er avgjørende for å kunne mestre (Antonvosky, 2000). Det å gå utover rutiner ble også fremhevet i studien til Borg & Topor (2007). Pasientene beskrev hvordan personalets brudd på regler og rutiner på arbeidsplassen hadde hjulpet dem i sin bedring. Det handlet om at en eller flere tok en personlig risiko for å hjelpe en spesiell pasient. Det ga følelsen av å være utvalgt.

6.2.8 Håpets betydning

Fromm (1971) sier det så sterkt som at uten håp dør mennesket. Studiens funn viser også at håp og tro var viktig hos brukerne. Håpet ga styrke og bidro til at de ikke ga opp, uansett hvor vanskelig situasjonen var. Håpet var en viktig strategi til å fremme mestring og førte til at brukerne hentet frem egne ressurser for å gjøre noe med situasjonen. I følge Bolen (1998) starter ofte en bedringsprosess med et håp. Det kan ses på som en positiv emosjonell respons som blir kommunisert til hele kroppens helbredelsessystem. Hun viser til forskning innen psykonevroimmunologi hvor kropp og sinn er nært knyttet til hverandre. Brukerne i studien knyttet ikke tro nødvendigvis til gudsbegrepet, men til en høyere makt. Hver enkelt måtte finne sin egen tro. Betydningen av håp som en kraft for bedring er dokumentert i flere forskningsarbeid både innen somatikken og det psykiatriske fagfeltet (Rustøen et al., 1998, Topor, 2006). Heggdal (2008) mener det kan ha sammenheng med at håpet blir sett på som et grunnelement i menneskers liv og dermed en viktig ressurs for alle pasienter. Borg & Topor (2007) fant i sin studie viktigheten av å holde håpet levende. Det var av avgjørende

betydning at hjelperen kunne være en håpsbærer i perioder hvor brukerne ikke greide det på egenhånd. Det blir også påpekt at man må tilstrebe at brukeren selv tar håpet tilbake og at de greier å holde fast ved det. Dette er sammenfallende med studiens funn. Brukerne ga uttrykk for at håpet kunne styrkes og svekkes, avhengig av hvilken kontekst de var i. De hadde ulike måter å finne næring til håpet. Enkelte fant denne næringen gjennom å snakke med andre i lignende situasjoner, som for eksempel AA-gruppe, mens for andre ble håpet holdt opp av for eksempel hjelperen eller familien. Materialet viser at brukerne brukte ulike måter for å holde fast på troen slik som bønn og meditasjon. Det ga dem styrke til å forbli rusfri.

7. Konklusjon og anbefalinger

Dette kapitelet inneholder konklusjon, implikasjoner for praksisfeltet, og videre forskning.

7.1 Konklusjon

Denne studien har hatt til hensikt å få frem brukernes erfaringer med hvilke bedringsfaktorer som har bidratt til at alkoholavhengige pasienter har blitt rusfrie. Studien bygger på følgende forskningsspørsmål; h*vilke bedringsfaktorer bidrar til at alkoholavhengige personer blir rusfrie sett ut fra brukerens ståsted?*

Studiens funn viser at de ulike bedringsfaktorene gjensidig påvirker hverandre og kan ikke ses på som enkeltstående faktorer som alene bidrar til rusfrihet. I materialet kom det frem at økte problemer og konsekvenser av drikkingen bidro til en bevisstgjøringsprosess. Denne prosessen ble ofte igangsatt av eksistensielle spørsmål som ofte førte til en modningsprosess og en vending. Disse erfaringene bidro til endring av brukernes tankemønster. Tilbakefall var også en naturlig del av prosessen.

Samspillet og relasjonen til andre hadde også betydning. Fellesskapet med andre brukere og erfaringsdeling bidro til gjenkjennelse. Dette hadde stor overføringsverdi. Familie og venner ga ulike former for støtte. Det handlet blant annet om å bry seg, vise omsorg og bli respektert, men også praktisk støtte ble fremhevet. Opplevelsen av tilhørighet og støtte fra andre arenaer som arbeidslivet, gjennom fritidsaktiviteter var viktig for å bli rusfri.

Egenskaper hos hjelperen bidro til å skape en god relasjon. Det handlet om å bli tatt på alvor, bli møtt som likeverdige parter med omsorg og varme. Rammer og struktur under behandlingsforløpet ble trukket frem som en sentral faktor. Det å få nok tid, og samtidig bli skjermet fra hverdagens ansvar og forpliktelser. Ansvar, muligheter for deltakelse og medbestemmelse i behandlingen var andre faktorer som ble fremhevet.

Håp og tro ble sett på som en kraft og en styrke som bidro til at man ikke ga opp. Det å tro var ikke nødvendigvis knyttet til religion, men til en høyere makt som lå utenfor en selv. Samtalen ble et nyttig hjelpemiddel for å håndtere og bearbeide følelser. Dette ble sett på

som en strategi for selvhjelp, sammen med å være ærlig, det å ikke skylde på andre eller gå i forsvar. Begreper som ydmykhet, takknemlighet og tilgivelse ble også trukket frem som viktige strategier for å opprettholde rusfrihet.

7.2 Implikasjoner for praksisfeltet

For det første er det viktig at fagfeltet har kunnskap om hva som hjelper med hensyn til behandling. Ved ruspoliklinikken bør kompetansen hos de ansatte kartlegges. Denne kartleggingen bør munne ut i en oversikt over hvilke kompetansehevende tiltak som er nødvendige for at ruspoliklinikken samlet sett skal kunne gi et tilbud som kan imøtekomme alkoholavhengige best mulig. Kompetanseheving bør eventuelt iverksettes slik at flest mulig skoleres på metoder som viser seg å ha effekt. Dette vil også bety utvikling av retningslinjer og prosedyrer. I tillegg bør den enkeltes interessefelt ha betydning slik at de ansatte i størst mulig grad kan arbeide med det de ”brenner” for. Egenskapene hos hjelperen er av sentral betydning. Det relasjonelle arbeidet bør dermed vektlegges og videreutvikles. Personkjemi bør ivaretas ved at fordeling av pasienter ikke nødvendigvis alltid skjer etter ledig kapasitet, men også etter ansattes interessefelt og spesialkompetanse. Egnethet bør være en viktig faktor som vektlegges i ansettelsesprosessen og burde kanskje sidestilles med fag og erfaringskompetanse.

Studiens funn viser at brukerne opplevde at deres mestringsstrategier ikke strakk til og etter hvert oppsto det en krise. I denne fasen er det viktig at hjelpeapparatet også vektlegger kriseteori og kriseintervensjon. I en krise kan det være vanskelig å holde håpet oppe for pasienten. Det blir dermed viktig at hjelperen kan fremstå som et vikarierende håp i denne perioden. For å håndtere krisesituasjoner ville det være hensiktsmessig om ruspoliklinikken, gjerne i samarbeid med kommunen, opprettet et akutteam som kunne reise ut til pasienten. Teamet kunne vurdere pasientens situasjon og eventuelt igangsette tiltak så raskt som mulig. Det kunne avbryte tilbakefallene og hindre at mer tungveiende tiltak måtte igangsettes. Ved opprettelse og utvikling av et slikt team burde brukerrepresentanter involveres i planleggingen.

Brukerne fremhevet viktigheten av ansvar, deltakelse og medvirkning i behandlingen. På sikt bør ruspoliklinikken utvikle et kartleggingsskjema som gjennomgås når behandlingen

avsluttes. Dette bør inneholde pasientens erfaringer med hva som har ført til bedring. Ved en eventuell rehenvisning bør videre behandling ta utgangspunkt i blant annet dette skjemaet. Dette vil raskt gi et overblikk over hvilke bedringsfaktorer som bidro til rusfrihet forrige gang, og hvilke faktorer som eventuelt må styrkes.

7.3 Anbefalinger for ny forskning

Litteratursøk har vist at det finnes relativt lite forskning på bedringsfaktorer ut fra et brukerperspektiv. En mangler fortsatt kunnskap om bedringsfaktorer hos unge mennesker som er avhengig av ulike narkotiske stoffer. Deres opplevelser av hva som fører til bedring, vil være et viktig supplement til behandlingen. Unge rusmisbrukere er en sårbar gruppe som trenger rask intervenering for å redusere og eventuelt hindre videre bruk av mer alvorlige narkotiske stoffer. De siste årene har fokus blitt rettet mot ungdomsgruppen for å fange dem opp tidligst mulig. Det har ført til at man har styrket deres pasientrettigheter. Unge under tjuetre år skal dermed vurderes innen ti virkedager og venetiden skal ikke overstige nitti dager.

.

8. Referanser

Alonso, J. et al. (2004). 12-month Comorbidity Patterns and Associated Factors in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. (ESEMeD) Acta *Psychiatrica Scandinavia* (109) s: 28.37

Antonovsky A. (1991). *Health, Stress and Coping*. London: Jossey-Bass Publishers.

Antonovsky A. (1996). The Salutogenetic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promotion International*, 11(1): 11-18. Oxford: Univesity press.

Antonovsky A. (2000). *Helbredets mysterium – At tåle stress og forblive rask*. København: Hans Retzels forlag.

Arbeids- og sosialdepartementet (2005). *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer* 2006-2008. Oslo: Arbeids-og sosialdepartementet.

Askheim, O.P. (2003). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Babor, T.F. et al.(2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy.* Oxford: Oxford University press.

Barth, T. & Näsholm, C. (2007). *Motiverende samtale. Endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.

Beck, A.T., Wright, F.D. & Newman, C.F. & Liese, B.S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: The Guilford Press.

Berglund, M., Thelander, S. & Jonsson, E. (2003): *Treating Alcohol and Drug Abuse. An Evidence Based Review.* Weinheim: Wiley-VCH.

Blomqvist, J. (1999). *Inte bara behandling. Väger ut ur alkoholmissbruket*. Stockholm: Bjurner og Bruno.

Blomqvist, J. (2001). Att lägga sitt missbruk bakom sig – om ”spontanläkning” og betydelsen av behandling. *Nordisk Alkohol & Narkotikatidskrift. Vol. 18 nr 2. s: 163-173*

Blomqvist, J. (2006). Om rehabiliteringsförlopp utenför vårdsystemet och deras relevans i riktlinjesammanhang. *Faktaunderlag till Nationella riktlinjer förr missbruks- och beroendevård.* www.socialstyrelsen.se: s: 233-252.

Bolen, J.S. (1998). *Close on the Bone. Lift-threatening Illness and the Search for Meaning.* New York: Simon and Schuster.

Borg, M. & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner – om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser.* Oslo: Kommuneforlaget.

Bosch, L.M.C. & Verheul, R. (2007). Patients with addiction and personality disorders: treatment outcomes and clinical implications. *Psychiatry*, 20 s:67-71.

Buber, M. (1962). *Jag och Du.* Stockholm: Bonnier.

Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri.* Oslo: Tano Aschehoug

Daley, D.C. & Marlatt, G.A. (2007). *Overcoming your alcohol or drug problem.* Oxford: University press.

Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness. Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. New York: New York University Press.

Deegan, P.E. (1988). Recovery. The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal,* 11, 4: 11-19

Drew, L.R.H. (1968). Alcoholism as a self-limiting desease. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol,* 29, s: 956-967

Duckert, F., Lossius, K., Ravndal, E. & Sandvik, B. (2008). *Kvinner og alkohol.* Oslo: Universitetsforlaget.

Evjen, R., Kielland, K.B. & Øiern, T. (2007). *Dobbelt opp – om psykiske lidelser og rusmisbruk.* Oslo: Universitetsforlaget.

Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Oslo: Fagbokforlaget.

Fekjær, H.O. (2004). *Rus – bruk, motiver skader, behandling, forebygging og historikk.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fromm, E. (1971). *Det revolusjonære håp: om en humanisert teknologi*. Oslo: Dreyer forlag.

Hartford, K. (2005). Telenursing and patients recovery from bypass surgery. *Journal of Advanced Nursring* 50, s. 459-468

Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping – pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse og omsorgsdepartementet (2008). *Opptrappingsplan for rusfeltet.* Rapport IS-1660. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Hjort, P.F. (1982). Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. Art. i: Lorentzen, P.E, Berge, T. & Åker, J. (red). Helsepolitikk og helseadministrasjon. Oslo: Tanum

Horverak, Ø. & Bye, E.K. (2007). *Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973-2004.* SIRUS-rapport nr. 2/2007. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Hubble, M.A., Miller, S.D. & Duncan, B.L (1999). *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy*. Washington D.C: American Psychological Association.

Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv – honnørord med lavt presisjonsnivå. Art. i: Willumsen, E. (red). *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene.* Oslo: Universitetsforlaget.

.

Hummelvoll, J.K. (1997). Psykiatrisk sykepleie – en holistisk-eksistensiell tilnærming. Art. i: Hummelvoll, J.K. & Lindstrøm, U.Å. (red.) *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnand.* Lund: Studentlitteratur.

Hummelvoll, J.K. & Eriksson, B.G. (2005). *Psykiskt hälsoarbete och brukarperspektivet – några inledande reflexioner.* Rapport nr. 8. Elverum: Høgskolen i Hedmark.

Hummelvoll, J.K. (2008). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, J.K. (2008). Etiske problemstillinger i handlingsorientert forskningssamarbeid med mennesker med psykiske problemer og funksjonshindringer. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid,* 5 (2), s:131-142.

Hummelvoll, J.K. & Barbosa da Silva, A. (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten. *Vård i Norden,* 16(2): 25-32.

Jacobson, N. & Curtis L. (2000). Recovery as a Policy in Mental Health Services: Strategies Emerging from the States. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 23, 4:333-341

Kringlen, E. (2001). *Psykiatri.* Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvale, S. (1983). The Qualitative Research Interview: A phenomenological and hermeneutical mode of understanding. *Journal of Phenomenological*

Psychology, 14(2):171-196.

Kvale, S. (2008). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Landheim, A.S., Bakken, K. & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi,* 12 (3):309-318.

Langslet, G.J. (2004). *Gi hverdagen et løft.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Leenderts, T.A. (1995). *Person og profesjon. Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg.* Oslo: Universitetsforlaget.

Levälahti, J. (2007). Sociala nätverk och socialt stöd i återhämtningsprocessen från alkoholmisbruk. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift* vol. 24 s: 23-44.

Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning.* Oslo: Universitetsforlaget.

Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.

Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. London: Sage Publications. Kap. 11: Ethical Issues in Analysis

Mæland, J.G. (2007). *Forebyggende helsearbeid - i teori og praksis.* Oslo: Universitetsforlaget.

Mørch, M.M. & Rosenberg, N.K. (2005). *Kognitiv terapi- modeller og metoder.* København: Hans Reitzels forlag.

Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (2006). *Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*, artikkelnr. 2006-102-4. Sverige: Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se

Nesvåg, S.M. & Lie, T. (2004). Rusmiddelmisbruk blant ansatte i norsk privat arbeidsliv. *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidsskrift* 21(2): 91-109.

NOU (2005:3). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Olsen, B.C.R (2005). Om å vite best… sammen. Brukermedvirkning i helse og Sosialsektoren. Art. i: Stamsø, M.A.(red.). *Velferdsstaten i endring. Norsk helse- og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre.* Oslo: Gyldendal.

Ot.prp.nr. 54 (2002-2003). Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuelle plan) Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.

Prochaska, J., Norcross, J. & DiClemente, C. (1994). *Changing for good*. New York: William Morrow

Rogers, C. (1951). The Characteristics of a Helping relationship. *Personnel and Guidance Journal,* vol.37. s: 6-16

Roman, M.W. (2006). The Process of recovery: A tale of two men. *Issues in Mental Health Nursing* 27, 5 s: 537-557

Rustøen, T., Wiklund, I., Hanestad, B.R. & Moum T. (1998). Nursing intervention to increase Hope and Quality of life in newly diagnoses cancer patients. *Cancer Nursing.* 21 (4) s: 234-45

Rønning, R. & Solheim L.J. (2003). *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skau, G.M. (1994). *Mellom makt og hjelp. En samfunnsvitenskapelig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelper.* Oslo: TANO Aschehoug.

Skivnes, M. (2005). Forvaltning og politikk – om den nødvendige forbindelsen mellom

brukermedvirkning og borgermedvirkning. Art. i: Willumsen, E. (red). *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene.* Oslo: Universitetsforlaget.

Solbakk, J.H. (1998). Etiske sider ved medisinsk og helsefaglig forskning. Art. i: Lorensen, M. (red). *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre Helsefag.* Oslo: Universitetsforlaget.

Sosial og helsedirektoratet (2006). *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak.* Veileder IS 1315. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.

Sosial og helsedirektoratet (2003). Opptrappingsplan for psykisk helse, forslag til tiltak 2003-2006. Rapport IS-1128. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.

Stamsø, M.A.(2005). *Velferdsstaten i endring. Norsk helse- og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre.* Oslo: Gyldendal.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunnskapssammanställning.* SBU-rapport nr 156 (vol. 1-2). Stockholm: SBU.

Statens institutt for rusmiddelforskning. (2008). *Rusmidler i Norge*. Rusmiddelstatistikk. http://www.sirus.no/internett/statistikk/article/54.html

Stortingsmelding nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Strauss, A.L. et al (1984). *Chronic Illness and the Quality of life.* St.Louis: C.V Mosby.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.* Bergen: Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2006). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag.* Bergen: Fagbokforlaget.

Topor, A. (2001). *Återhämtning från svåra psykiske störningar*. Stockholm. Natur og kultur.

Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer.* Oslo: Kommuneforlaget.

Vaillant, G. (1995). The Natural History of Alcoholism Revisited. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Vaaland, T.Ø. (2007). *Brev til en minister. Historier om psykisk helse og rus skrevet til Ansgar Gabrielsen.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Volden, O. (2004 a). Vi sier farvel til "den psykiatriske pasient". Et brukerperspektiv på psykisk helse. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 1 (1) s: 43-54.

Öjehagen, A. (2000). Matchning- en vägledning för val av behandling. Art.i Bergslund, M. et al. *Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt.* Stockholm: Centrum for Utvärdering av Socialt arbete & Liber.

Ørstavik, S. (2004). Det tvetydige brukerperspektivet – en teoretisk analyse. Art. i: Norvoll, R. (red.) *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon.* Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsinki deklarasjonen (1964, revidert i 2008)

www.ssb.no/magasinet/slik_lever_vi/tab-2008-06-04-01.html 04.05.09

www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200204/13/index.html 23.09.10

www.dokpro.uio.no/ordboksoek.html

www.riorg.no. 14.08.09

www.mentalhelse.no. 14.08.09

www.anonymealkoholikere.no. 14.08.09

www.lovdata.no/all/nl-19990702-061.html 23.09.09

Vedlegg

Vedlegg 1: Litteratursøk - 2 sider

Vedlegg 2: Intervjuguide - 2 sider

Vedlegg 3: Informasjonsskriv - 1 side

Vedlegg 4: Samtykkeerklæring - 1 side

Vedlegg 5: Godkjenning fra NSD – 2 sider

Vedlegg 6: Godkjenning fra Rek – 2 sider

Search Results

EMBASE 1988 to 2009 Week 43

#	Searches	Results
1	substance abuse/	21235
2	alcohol abuse/	12801
3	alcoholism/	32210
4	recover$.mp.	244055
5	consumer/	8975
6	client participation.mp.	37
7	consumer$ knowledge.mp.	59
8	1 or 3 or 2	58507
9	6 or 7 or 5	9041
10	8 and 4 and 9	6
11	8 and 4	1828
12	limit 11 to "qualitative studies (2 or more terms high sensitivity)"	378
13	limit 11 to "qualitative studies (2 or more terms high specificity)"	46
14	from 13 keep 1-46	46
15	from 14 keep 1-46	46

Results of your search: **from 14 [from 13 keep 1-46] keep 1-46**

Results Available: **46**
Results Displayed: **1-46**

Result 1.

Accession Number 2009077380

Authors Jeewa A. Kasiram M.

Institution (Jeewa) Minds Alive Rehabilitation Centre, Durban, South Africa.
(Kasiram) School of Social Work and Community Development, University of KwaZulu-Natal, KwaZulu-Natal, South Africa.

Title Treatment for substance abuse in the 21st century: A South African perspective.

Source South African Family Practice. 50(6)(pp 44-44d), 2008. Date of Publication: 2008.

Publisher Medpharm Publications

Abstract Background: It has become increasingly difficult to assist an individual to maintain long-term recovery from substance abuse. Irrespective of which treatment centre the individual has been to, none guarantees a successful recovery. This is frustrating to individuals, their families and service providers. The reason for this trend is not absolutely clear. Many treatment centres are rigid in the use of their programmes and depend on aftercare to improve recovery rates. Service providers are increasingly acknowledging that there is no one "best treatment" option, as there are too many variations and complexities in reaching the goal of freedom from dependence and social reintegration. Hence the focus of this article is on research that has been undertaken to identify the strengths and weaknesses of the different models/programmes used in different residential treatment centres in South Africa

Search Results

PsycINFO 1806 to October Week 3 2009

#	Searches	Results
1	exp Drug Abuse/	69626
2	exp Drug Addiction/	9448
3	exp Drug Rehabilitation/	22044
4	recover$.mp.	40198
5	4 or 1 or 3 or 2	111588
6	exp Client Participation/	909
7	consumer participation.mp.	147
8	consumer$ knowledge.mp.	120
9	8 or 6 or 7	1150
10	9 and 5	125
11	limit 10 to "qualitative (high sensitivity)"	30
12	from 11 keep 1-30	30
13	from 11 keep 1-30	30

Results of your search: **from 11 [limit 10 to "qualitative (high sensitivity)"] keep 1-30**

Results Available: **30**
Results Displayed: **1-30**

Result 1.

Accession Number	Book: 2008-02293-000.
Title	Research on Alcoholics Anonymous and spirituality in addiction recovery.
Book Series Title	Recent developments in alcoholism.
Publication Date	2008
Year of Publication	2008
Author	Galanter, Marc [Ed]; Kaskutas, Lee Ann [Ed].
E-Mail Address	Galanter, Marc: marcgalanter@nyu.edu Kaskutas, Lee Ann: lkaskutas@arg.org
Source	(2008). Research on Alcoholics Anonymous and spirituality in addiction recovery. xxv, 449 pp. New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
Abstract	(from the preface) This volume contributes to our scientific understanding of recovery from alcoholism. In essence, the body of work contained here frames an overall question of how the twelve-step process established by Alcoholics Anonymous (AA) intersects with spiritual beliefs to establish abstinence and guide recovery with little professional input. The scientific debate over AA and twelve-step programs has evolved from whether they are effective for individuals that utilize them to why they are effective and how to improve participation. This includes a detailed look at special populations and the self-selection bias reflected in a voluntary organization. The first four chapters address who participates in AA and how to make improvements in the participation of twelve-step programs. For individuals that "work" twelve-step

INTERVJUGUIDE
Intervjuet starter med en kort presentasjon av intervjuer. Deretter er det avsatt tid til en uformell prat – (gikk turen greit, var det lett å finne frem, været etc). Undertegnede vil vise takknemlighet for at informantene stiller til intervjuet.

Intervjuperson repeterer viktige punkter fra informasjonsskrivet og hensikten med prosjektet. Det presiseres videre at deltakelsen er frivillig og kan avbrytes når som helst uten at det vil få noen konsekvenser for den enkelte. Informanten får tilbud om kopi av samtykkeerklæringen. Det blir gitt informasjon om intervjuers taushetsplikt. Datamaterialet som fremkommer i intervjuet vil bli behandlet konfidensielt. Det vil ikke bli referert til navn eller andre data som senere kan bli gjenkjent gjennom publisering. Alle dataene slettes når prosjektet er ferdig.

Det gis informasjon om fordeler og ulemper med å delta i studien. Fordeler: Deres erfaringer kan være nyttige for andre i lignende situasjon. Ulemper: Dersom intervjuet medfører at informanten får alkoholtrang, vil brukerne ha tilgang til en kontaktperson ved organisasjonene. Denne kontaktpersonen vil også ha muligheten til å videreformidle kontakt til poliklinikken rus, hvis behovet skulle dukke opp.

Intervjuet vil ha form som en samtale. Den tas opp på lydbånd. Lydopptakene oppbevares i låsbare skap og slettes etter at oppgaven er ferdigstilt. Personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer. Det viser til en manuell liste som oppbevares atskilt fra det øvrige datamaterialet. Intervjuets varighet er cirka 1 time.

Intervjuet vil ha fokus på hva som hjelper (bedringsfaktorer) fra alkoholavhengighet til rusfrihet.

* Personalia (Informanten vil få et referansenummer)

Starter med et innledende helt åpent spørsmål
* Kan du fortelle om hva som har hjulpet deg til å bli rusfri?
Ut fra de opplysninger informanten kommer med, vil jeg følge opp med nye og utdypende spørsmål om disse temaene. Jeg vil benytte ord som fortell mer, beskriv, etc.

Temaene under kan bli berørt dersom informanten synes det er vanskelig å komme i gang. Jeg vil da kunne nevne opp temaene nedenfor og deretter spørre om noen av disse har hatt betydning for bedringen.

Grov skisse over temaer som kan tenkes berørt i løpet av samtalen

* Relasjoner (Familie, vennskap, nettverk, arbeidskollegaer)

* Aktivitet (Skole, arbeid og fritid)

* Tidligere Behandling (Tilgjengelighet, kompetanse innen feltet, relasjon, fleksibilitet),

* Håpsdimensjon (Mening, vendepunkt, åndelig, tro)

* Emosjonell støtte (Sett, hørt, respektert, godtatt, kjærlighet)

* Materielle faktorer (Bolig, økonomi, jobb)

* Tilfeldigheter

* Fysisk aktivitet (Egen aktivitet/livsstil, kosthold)

* Frivillige organisasjoner (Rusmisbrukernes interesseorganisasjon, Mental helse, frivillighetssentralen etc)

* Avslutter med å spørre om informanten har noe de ønsker å tilføye.

* Kort oppsummering av intervjuet

* Hvordan opplevde informanten intervjuet

Høgskolen i Hedmark

Til brukere av RIO, Mental Helse og Anonyme Alkoholikere

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT
Veien fra alkoholavhengighet til rusfrihet – hva hjelper? Sett fra brukerens ståsted.

I 2004 ble ansvaret for behandling av rusmisbrukere overført til de statlige regionale helseforetakene, og en av de viktigste endringene var at alle rusmiddelmisbrukere fikk fulle rettigheter etter pasientrettighetsloven. Det åpnet for større fokus på brukermedvirkning. Brukerens erfaringer og synspunkter er verdifulle og helt avgjørende for at behandlingen innen rusfeltet skal kvalitetsforbedres og utvikles.

Hensikten med prosjektet er å få frem dine opplevelser og erfaringer med hva som har hjulpet deg på veien fra alkoholavhengighet til rusfrihet. Dine erfaringer vil kunne bidra til å øke bevisstheten hos behandlerne i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og gi en mer relevant og helhetlig behandlingstilnærming i fremtiden.

Som student ved Høgskolen i Hedmark, holder jeg på å gjennomføre en mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid. Jeg er utdannet klinisk sosionom og har de siste 9 årene arbeidet i spesialisthelsetjenesten, ved …… Min veileder på prosjektet er professor Jan Kåre Hummelvoll, Høgskolen i Hedmark, Elverum. Prosjektet forventes å være avsluttet august 2009.

Deltagere: For å kunne gjennomføre prosjektet, søker jeg brukere av begge kjønn som har vært helt rusfrie i 6 mnd. eller mer. Det betyr at du ikke kan ha inntatt alkohol eller andre rusmidler i denne perioden. Alkohol må ha vært ditt hovedproblem og du må tidligere ha mottatt poliklinisk eller institusjonsbehandling innen rusfeltet.

Prosjektet vil følge anerkjente forskningsetiske retningslinjer og er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

Innsamling av data: For å få vite om dine erfaringer i denne prosessen, ønsker jeg å gjennomføre et intervju med deg. Du må avsette cirka 1 time. Intervjuet vil foregå som en samtale og gjennomføres på dagtid. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og oppbevart i et låsbart skap. Datamaterialet som fremkommer i intervjuet vil bli behandlet konfidensielt. Du vil være anonym i det publiserte materialet. Datamaterialet slettes når prosjektet er ferdig, høsten -09. Resultatene vil bli presentert for fagfeltet og hvis ønskelig også for deres brukerorganisasjon/selvhjelpsgruppe.

Frivillighet: Deltagelsen er basert på frivillighet. Det betyr at du når som helst og uten å gi noen begrunnelse, kan trekke deg fra prosjektet uten at dette får noen konsekvenser for deg og eventuell videre behandling. Hvis du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen som er vedlagt. Den returneres til undertegnede i egen frankert svarkonvolutt. Når jeg har mottatt samtykkeerklæringen, ringer jeg deg for å avtale tidspunkt for intervjuet, samt møtested.
Hvis du har behov for mer informasjon om prosjektet, ta kontakt med meg.

Dato: 09.05.09

Tone Skjellet, mastergradsstudent
Tlf: 99 57 48 00 (08.00-15.30)

Jan Kåre Hummelvoll, professor
Tlf: 62 43 02 14

SAMTYKKEERKLÆRING

”Veien fra alkoholavhengighet til rusfrihet – Hva hjelper? Sett fra brukerens ståsted”.

Jeg har mottatt skriftlig informasjonsbrev. Dette er lest og forstått. På bakgrunn av denne informasjonen, ønsker jeg å delta på intervjuet.

Samtykkeerklæringen underskrives og returneres i frankert konvolutt så raskt som mulig. Den sendes til:

…….
…….
poliklinikken rus, v/Tone Skjellet
…….
……
Telefon 99 57 48 00

Jeg,……. samtykker til å delta på intervjuet.

Adresse…….....
.

Tlf:
.....

Signatur:…….. Dato……...

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

NSD

Harald Hårfagres gate 29
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

Jan Kåre Hummelvoll
Avdeling for helse- og idrettsfag
Høgskolen i Hedmark
Kirkeveien 47
2418 ELVERUM

Vår dato: 11.03.2009 Vår ref: 21268 / 2 / AH Deres dato: Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.02.2009. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 08.03.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

21268	*Veien fra alkoholavhengighet til rusfrihet - hva hjelper? Sett fra brukerens ståsted*
Behandlingsansvarlig	*Høgskolen i Hedmark, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig	*Jan Kåre Hummelvoll*
Student	*Tone Skjellet*

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/-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/forsk_stud/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://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 14.08.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 89 26
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Tone Skjellet, Fjordvegen 52, 2312 OTTESTAD

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@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

21268

Personvernombudet finner at behandlingen kan hjemles i personopplysningsloven §§ 8 første alternativ og 9 a) (samtykke).

Målsettingen med prosjektet er å bidra til en mer helhetlig tilnærming i behandlingsprosessen ved å fokusere på den subjektive opplevelsen hos brukerne, og på sikt skape økt brukermedvirkning innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Utvalget består av 5-7 voksne av begge kjønn. Rekruttering og førstegangskontakt skjer gjennom Rusmisbrukerens interesseorganisasjon (RIO), Mental Helse og Anonyme Alkoholikere (AA). Informanter returnerer samtykkeerklæring direkte til mastergradsstudent. Det vil gjennomføres personlig intervju.

Det vil bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8, c).

Personvernombudet har mottatt revidert informasjonsskriv 08.03.2009 og finner det tilfredstillende.

Personvernombudet forstår det slik at intervjuet er av en åpen art og at det kan framkomme opplysninger om tredjeperson. Personvernombudet legger til grunn at alle opplysninger om tredjeperson transkriberes anonymt.

Personvernombudet mener prosjektet kan være framleggelsespliktig for REK og ber mastergradsstudent ta kontakt direkte med REK for å avklare dette. Dersom prosjektet er framleggelsespliktig for REK, forutsetter personvernombudet at prosjektet tilrås og ber om at tilrådingen ettersendes.

Prosjektslutt er angitt til 14.08.2009. Senest ved prosjektslutt må selve datamaterialet slettes eller anonymiseres. Anonymisering innebærer for det første at lydfilen og navnelisten (koblingsnøkkelen) slettes. For det andre at det skriftlige materialet anonymiseres ved at eventuelle indirekte identifiserbare opplysninger som framgår av intervjuutskriftene, slettes eller omskrives på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Professor Jan Hummelvoll
Avdeling for helse og idrettsfag
Høgskolen Elverum

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst A (REK Sør-Øst A)
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 84 46 66
Telefaks: 22 85 05 90
E-post: jorgen.hardang@medisin.uio.no
Nettadresse: www.etikkom.no

Dato: 30.04.09
Deres ref.:
Vår ref.: S-09239a 2009/6204

S-09239a Veien fra alkoholavhengighet til rusfrihet - hva hjelper ? Sett fra brukerens ståsted [6.2009.835]

Vi viser til søknad mottatt til fristen 30. mars 2009.

Komiteen behandlet søknaden i sitt møte den 22. april 2009. Prosjektet er vurdert etter lov om behandling av etikk og redelighet i forskning av 30. juni 2006 nr 56, jfr. Kunnskapsdepartementets forskrift av 8. juni 2007 og retningslinjer av 27. juni 2007 for de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Hensikten med prosjektet er å systematisere alkoholmisbrukeres erfaringer og synspunkter på hva som hjelper i en behandlingsprosess; hvilke bedringsfaktorer som sett fra brukerens ståsted bidrar til at alkoholavhengige personer blir rusfrie. Tanken er at økt bevissthet om brukererfaringer hos behandlere vil bidra til mer helhetlig behandlingsprosess. Det benyttes en kvalitativ tilnærming med et eksplorativt, deskriptivt design. Det skal gjennomføres et semistrukturert intervju basert på intervjuguide. Det gjøres et strategisk utvalg av seks informanter over 18 år via interesseorganisasjoner, hvorav to er kvinner og fire er menn. Det anføres at forholdet mellom antall kvinner og menn omtrent gjenspeiler fordelingen blant dem som mottar behandling i "vår ruspoliklinikk". Kriterier for inklusjon er avsluttet behandling for alkoholavhengighet som hovedproblem og rusfrihet i 6 mnd. Tidsrom for prosjektet er i utgangpunktet angitt til januar–august 2009.

Informantene skal rekrutteres nøytralt (via tredjeperson), og de vil ikke være i en avhengighetsposisjon i forhold til behandlingssystemet. Faren for tilbakefall er størst de første månedene etter avsluttet behandling, og studien tar hensyn til dette ved at de informantene som rekrutteres har vært rusfrie i seks måneder eller mer. Samtidig fokuserer studien på forhold som har bidratt til det å holde seg rusfri, hvilket ikke tilsier stor risiko for å trigge trangen til alkohol. Informanter som skulle ha behov for oppfølging i etterkant av intervjuet, sikres tilgang til kontaktperson i respektiv organisasjon, som har mulighet for videreformidling til ruspoliklinikk ved behov. Komiteen anser de forskningsetiske problemstillingene som følger av studien for ivaretatt.

Komiteen har følgende merknader til informasjonsskrivet:

1. I tilknytning til overskriften med forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt, bør det anføres en tittel på prosjektet slik at det umiddelbar framgår hva en blir forspurt om å delta i.
2. Hensikten med prosjektet og grunnen til at pasienten kontaktes bør komme først, ikke personlige opplysninger om forskeren.
3. Språket i informasjonsskrivet skal være nøytralt og ikke unødig overtalende. Utrykk som tilbud om "kaffe og en hyggelig samtale" kan derfor med fordel sløyfes.

4. Det fremgår av samtykkeerklæringens andre avsnitt at dataene vil bli anonymisert. Riktig betegnelse er avidentifisert, dersom det er slik at forsker beholder en kodenøkkel.
5. Samtykkeerklæringen skal kun inneholde samtykket. Deltakerne skal ved sin underskrift ikke behøve å stadfeste annet enn å ha mottatt informasjon om prosjektet og at de ønsker å delta. Øvrige opplysninger skal fremgå av informasjonsskrivet. Deltakerne skal ha kopi av både informasjonsskriv og samtykkeerklæring.

Vedtak:

Prosjektet godkjennes under forutsetning av at de merknadene som er anført ovenfor, blir innarbeidet før prosjektet settes i gang.

Med vennlig hilsen

Kristian Hagestad (sign)
Fylkeslege cand.med., spes. i samf.med
Leder

Jørgen Hardang
Jørgen Hardang
Komitésekretær

Kopi: Tone Skjellet, Fjordvegen 52, 2312 Ottestad
DPS [illegible] ,poliklinikken rus, [illegible]