



Høgskolen
i Innlandet

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Linda Neskvern Hvithammer

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

*Endringserfaringer hos mennesker med
alkoholavhengighet i Tverrfaglig spesialisert
rusbehandling (TSB)*

Experiences of the process of change for people with AUD in TSB

Master i psykisk helsearbeid 4PM791

2021

Antall ord: 18942

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært svært lærerikt og spennende. Samtidig har det tidvis vært en krevende prosess. Det har vært givende å kunne dykke ned i et fagfelt og en tematikk som jeg har stor interesse for.

Jeg vil takke deltagerne i dette prosjektet, for at de delte sin tid og sine historier med meg. Jeg håper jeg har klart å forvalte dem på en god måte.

Takk til min veileder Hanne Kilen Stuen for nyttige og gode tilbakemeldinger, og språklige påminnelser underveis.

Jeg har en trofast heilagjeng på min arbeidsplass, takk for troen dere har hatt på at jeg skal komme i mål, og på tålmodigheten da jeg har uttrykt engasjement eller frustrasjon over skriveprosessen.

Til slutt vil jeg takke min tålmodige familie, for å holde ut med meg i denne prosessen. Mine to barn ser nok frem til at bøker og notater kan ryddes bort en periode.

Brandval, oktober 2021

Linda N. Hvithammer

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
Norsk sammendrag	5
Engelsk sammendrag	6
1 Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Presentasjon av problemstilling:	8
1.3 Begrepsavklaringer	9
1.4 Psykisk helsearbeid.....	10
1.5 Presentasjon av tidligere forskning	10
1.6 Forforståelse.....	13
1.6.1 Min bakgrunn og forforståelse.....	13
1.7 Oppgavens oppbygging:	14
2 Teoretisk bakgrunn.....	15
2.1 Alkohol.....	15
2.2 Avhengighet.....	15
2.2.1 Avhengighet som diagnose	16
2.3 Et bio-psyko-sosialt perspektiv på rusmiddelavhengighet.....	16
2.4 Endringsprosesser	18
2.4.1 Motivasjon.....	18
2.4.2 Self-efficacy og mestringstillit	18
2.5 Recovery – tilfriskning og bedringsprosesser.....	19
2.5.1 Klinisk recovery.....	21
2.5.2 Recovery som en personlig prosess	21
2.5.3 Recovery som en sosial prosess	22
3 Metode og forskningsdesign	23
3.1 Forskningsdesign	23
3.2 Kvalitativ metode	24
3.2.1 Det kvalitative forskningsintervjuet	24
3.3 Vitenskapsteoretisk forankring - Hermeneutikk:	24
3.4 Utvalg, rekruttering og presentasjon av deltakerne	25
3.5 Intervjuguiden:	27
3.6 Beskrivelse av intervjusituasjon	27
3.7 Transkripsjon	29
3.8 Analyseprosessen:	30
3.9 Etske vurderinger	31

4 Presentasjon av funn	34
4.1 Erkjennelsen av et alkoholproblem	34
4.1.1 Utvikling av et alkoholproblem	34
4.1.2 Å skjule et økende problem	35
4.2 Hva påvirker valget om å be om hjelp?	35
4.2.1 Opplevelse av et vendepunkt?	36
4.2.2 Negativ helsepåvirkning	36
4.2.3 Frykt for negative konsekvenser	37
4.3 Endringserfaringer i møte med hjelpeapparatet	39
4.3.1 Utfordrende overganger og mangelfull informasjon	39
4.3.2 Å være i behov av oppfølging i en pandemi	40
4.3.3 Å få hjelp for mer enn rusproblematikken	42
4.4 Å orientere seg videre	43
4.4.1 Måtehold eller avholdenhet	43
4.4.2 Å kjenne på mestring og mening i hverdagen	44
4.4.3 Behov for oppfølging over tid	45
5 Resultatdiskusjon/drøfting	47
5.1 Et ønske om endring og bedring	47
5.1.1 <i>Motivert nok?</i>	47
5.2 Kontakten med hjelpeapparatet	50
5.3 Å få det bedre med seg selv	53
5.4 Metoderefleksjon	55
5.4.1 Refleksivitet	55
5.4.2 Validitet/gyldighet og relevans	56
5.4.3 Pålitelighet	57
5.5 Avslutning	58

Vedlegg 1: Informasjonsskriv med samtykke

Vedlegg 2: Informasjonsskriv behandlingsenheter

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Vurdering NSD

Vedlegg 5: Svarbrev REK

Norsk sammendrag

Bakgrunn: Denne oppgaven handler om mennesker som er i behandling i TSB for alkoholavhengighet, og erfaringene de har med å være i endring. Med endring forstås endring av rusvaner, og de endringer som for den enkelte gir mulighet for en bedre livskvalitet.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å få en større innsikt og forståelse i faktorer som påvirker endringsmotivasjon og hva som påvirker valget om å søke hjelp. Videre er hensikten å få mer kunnskap om erfaringene deltagerne har med endring av rusvaner.

Metode: Undersøkelsen er basert på fem individuelle semi- strukturerede kvalitative intervjuer av personer med en alkoholavhengighet som var i et behandlingsforløp i TSB på undersøkelsestidspunktet. Det transkriberte datamaterialet er analysert ved bruk av Malterud sin systematiske tekstkondensering.

Funn: Deltagerne hadde en felles erfaring med at de opplevde et behov for å få til en endring for å oppnå bedre livskvalitet. De hadde brukt mange år på å komme til det steg å be om hjelp, og at de da var preget av redusert fysisk og psykisk helse som følge av alkoholproblematikken. Viktigheten av tilstrekkelig informasjon om behandlingstilbud og oppfølgingsmuligheter ble trukket frem som betydningsfullt for å kunne ta del i egen endrings- og bedringsprosess. Erfaringene med å være i behov av oppfølging og behandling under pandemien, var preget av dårligere tilgang til tjenestene, og mer sårbare overganger mellom tjenestetilbudene.

Konklusjon: Hovedandelen av de som har en problematisk rusmiddelbruk søker ikke hjelp, og en stor andel opplever bedring uten noen form for behandling. Denne undersøkelsen gir et bilde av at det har tatt lang tid å komme i posisjon til å be om hjelp for de som søker behandling, og at mange da er preget av svært redusert psykisk og somatisk helse. Motivasjon for endring er ikke noe som man har eller ikke har, men er relatert til faktorer som tro på en bedre hverdag, og tillit til å kunne håndtere utfordringer uten å drikke alkohol.

Engelsk sammendrag (abstract)

Background: This study is about people in treatment in TSB for alcohol addiction, and the experiences they have by being in change. With change means the alteration of habits related alcohol-use, and how these can improve the quality of life for each individual.

Purpose: The purpose of this study is to enlighten the insight and the understanding of factors which influence the change of motivation and the choice of seeking help. Furthermore, the purpose is to gain knowledge about the experiences the participants have with altering their drinking-habits.

Method: This qualitative study is based on five individual semi-structured interviews of people with AUD, who were at the time a part of a treatment in TSB. The transcribed data material is analysed by employing Malterud's systematic text condensation.

Findings: The participants had a common experience of wanting to make a change to achieve a better quality of life. They had spent many years to reach the point of asking for help, and they were physically and mentally affected due to problems with alcohol. The importance of sufficient information about treatment and the opportunities of follow-up were significant to take part in their own change and treatment process. The experiences of being in need of treatment and follow-up during the pandemic, were affected by less access to services, and more vulnerable transitions between the different services.

Conclusion: The majority of those with a problematic alcohol use do not seek help, and many experience improvement without any form of treatment. This study paints a picture of how long it takes to get in position to ask for help for those who seek treatment, and that many suffer a reduced mental and somatic health situation. The motivation to change is not something you inherit or not, but it is related to factors of believing in having a better everyday life, and the faith to handle challenges without drinking alcohol.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Alkohol er det vanligste rusmiddelet vi har, og alkohol har en sentral plass sosialt og kulturelt i vårt samfunn. Ca. 85 prosent av den norske befolkning som oppgir å ha drukket alkohol i løpet av det siste året, og drøyt halvparten av befolkningen oppgir å drikke alkohol minst en gang i uken (SIRUS, 2015). Det anslås at mellom 200.000 og 300.000 personer lider av alkoholavhengighet i Norge. Til sammenligning anslås det at mellom 20.000-40.000 har et avhengighetsforhold til vanedannende legemidler, og anslagsvis 15.000 til 30.000 en avhengighet til illegale rusmidler (Bramness, 2018, s.57).

Norsk pasientregister (2020) oppgir at i 2020 mottok ca 32.000 pasienter behandling i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Av disse var i drøyt 23.000 i et poliklinisk behandlingsforløp, mens i underkant av 9000 var i døgnbehandling. Hovedtyngden av pasientene som tar kontakt med TSB er i alderen 30-49 år, og omtrent to tredjedeler er menn (Helsedirektoratet, 2020). Tallene beskrevet ovenfor viser at det er en stor andel av de som har et risikofylt forbruk av alkohol ikke er i noen form for behandling.

Denne masteroppgaven handler om hvordan personer med problematisk bruk av alkohol, som er i et behandlingsforløp for alkoholproblemene, erfarer det å være i en endringsprosess. Hensikten med studien er å få innsikt i hvilke erfaringer deltagerne har med endring av rusvaner, og hvilke faktorer som oppleves å ha betydning i deres endringsprosess. Jeg forstår endring i lys av opplevelsen av bedring, og bringer derfor med recovery som et teoretisk perspektiv i studien.

I *Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020* understrekes behovet for god planlegging og godt samarbeid mellom pasient, pårørende, behandling sinstitusjon og kommune for å skape sømløse overganger mellom behandling og oppfølging/ettervern (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s.64). Det er behov for å styrke tilbudene som skal bidra til en meningsfull hverdag, økonomisk sikkerhet, rehabilitering, å fremme mestringsevne og sosial inkludering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 57). I *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet* (Fafo, 2018) fremhever evalueringer gjort underveis i opptrappingsperioden områder det er behov for særlig oppmerksomhet fremover. Her finner en utfordringer med å gi et kvalitativt godt tjenestetilbud til brukere med rusproblematikk og psykiske lidelser, og behov for bedre samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Det er òg behov for videre innsats for å bidra til at flere personer med rusproblemer kommer i arbeid, har meningsfylt aktivitet og et tilfredsstillende sosialt nettverk.

Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) trådte i kraft 1.januar 2019. Hensikten med pakkeforløp er å gi pasienter eller pårørende et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart. Bruk av pakkeforløp skal også forhindre unødvendig ventetider. Videre vektlegges det at pasienten skal få mer innflytelse i behandlingen, og at behandlingen skal evalueres systematisk underveis (Helsedirektoratet, 2020).

Bakgrunnen for valg av tema i denne studien ligger i mine egne arbeidserfaringer som poliklinisk behandler innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og de mange møtene jeg gjennom årene har hatt med mennesker som sliter med avhengighetsproblematikk. Valget på temaet alkoholproblematikk og endringsprosesser har dermed et utgangspunkt i min kliniske arbeidserfaring i møte med pasientene, men også med et ønske om å få en dypere forståelse av hvordan møte med et behandlingssystem oppleves, og hva i møtet med behandlingssystemet som oppleves å påvirke den enkeltes endringsprosess.

1.2 Presentasjon av problemstilling:

Denne studien tar utgangspunkt i personer som er i behandling for alkoholavhengighet, og deres erfaringer med det å være i en endringsprosess.

Problemstillingen jeg i denne studien ønsker å belyse er følgende:

Endringserfaringer hos mennesker med alkoholavhengighet i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Med denne studien ønsket jeg videre å få belyst følgende forskningsspørsmål:

- Hva har ført til en beslutning om å søke hjelp?
- Hvilke erfaringer har deltagerne med endring av rusvaner?

Det har vært ønskelig å få større innsikt i hva som har ført til beslutningen om å søke hjelp for sitt rusproblem, og hva som har påvirket dem i deres behandlingsprosess. Alle deltagerne i denne studien har et alkoholproblem som de er i behandling i spesialisthelsetjenesten for. Jeg har ikke fokusert på diagnose, men vil videre i oppgaven bruke beskrivelsene problematisk alkoholbruk og alkoholavhengighet om hverandre.

Intervjudeltagernes egne beskrivelser og erfaringer vil kunne bidra til større forståelse og innsikt i hvordan utvikling av et alkoholproblem erfares, hvilke faktorer som har betydning for ønske om endring, og hva som påvirker endringsprosessen. Endringsprosessen ses i en kontekst av behandlingserfaring. Med behandlingserfaring inkluderes både kommunal oppfølging innen rus- og psykisk helseteam samt behandling innen TSB. Jeg har ikke gått nærmere inn på de ulike behandlingstilnærminger/behandlingsmetoder i denne oppgaven.

Endringsprosess er et sentralt tema i oppgaven, og vil utdypes nærmere. Det er flere måter å vurdere endring. Det kan være en objektiv og målbar vurdering, men kan også handle om en subjektiv opplevelse. Denne oppgaven setter søkelys på den subjektive opplevelsen av endring, og vil videre vurderes i lys av endringsteori.

1.3 Begrepsavklaringer

Jeg vil her kort gjøre rede for benyttede forkortelser i oppgaven, samt redegjøre kort for begrepsavklaring videre. Jeg vil videre bruke begrepene studie og oppgave om dette mastergradsprosjektet.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB): 1. januar 2004 ble ansvaret for fylkeskommunale tiltak for rusmiddelbrukere overført til staten ved de regionale helseforetakene. Samtidig ble ansvaret for tjenestene endret fra å være hjemlet etter sosialtjenesteloven til å bli definert som spesialisthelsetjeneste i henhold til spesialisthelsetjenesteloven, der tjenesten fikk betegnelsen «tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk». Med dette fulgte blant annet rett til vurdering av helsetilstand og behandlingsnivå (Folkehelseinstituttet, 2018). Behandling av rusproblemer skjer på tre nivåer, der det første nivået, førstelinjen er på kommunalt nivå, med fastlege, NAV og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Spesialisthelsetjenesten (TSB) består av oppfølging og behandling på to nivåer, poliklinisk behandling og døgntilrettelagt behandling (Mørland og Waal, 2016, s. 82).

Avdeling rus og avhengighet (ARA): Avdeling rus og avhengighet er en avdeling i spesialisthelsetjenesten, organisert som en del av divisjon psykisk helsevern, og forkortes med ARA. ARA tilbyr poliklinisk og døgntilrettelagt behandling, herunder også avgiftning og utredning, for personer med rus- og avhengighetsproblematikk.

Hjelpeapparatet: I denne oppgaven brukes begrepet hjelpeapparat om fastlege, spesialisthelsetjenesten og den kommunale rus og psykiatritjenesten, noe som blant annet innbefatter psykologer, leger, behandlere/terapeuter og ruskonsulenter.

Samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP- lidelse): Flere av deltagerne i denne studien oppga å ha psykiske lidelser i form av angst- og depresjon i tillegg til en alkoholproblematikk, og opplevde å være i behov av behandling for både rusbrukslidelse og psykisk lidelse.

1.4 Psykisk helsearbeid

Lokalt rus- og psykisk helsearbeid er forankret i kommunene, de distriktpsykiatriske sentrene (DPS) og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det lokale rus- og psykisk helsearbeid skal bidra til å bedre levekårene for person som har et rusmiddel- og/eller psykisk helseproblem, og bidra til å fremme mestring av eget liv (Helsedirektoratet, 2014, s. 8-9).

Denne definisjonen av psykisk helsearbeid ble presentert i lederen i Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr. 2, 2008;

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle delene av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø. (s. 102).

1.5 Presentasjon av tidligere forskning

For å få en oversikt over aktuell forskning på fagfeltet har jeg gjennomført systematiske søk i ulike databaser; som Pubmed, Google Scholar, Oria, og Cinahl. Jeg har benyttet søkeord som alkoholavhengighet, bedring, endringsprosess, recovery, turning point, motivation for change i ulike kombinasjoner på norsk og engelsk. Jeg har i hovedsak brukt litteratur som har åpen tilgang, noe har jeg fått tilsendt. Jeg har søkt på både norsk og internasjonal litteratur og forskning, og jeg vil presentere en oversikt over hva forskningen viser.

Forskning viser at de fleste som i løpet av livet erfarer rusmiddelproblemer klarer å slutte, enten det er med eller uten hjelp fra helsetjenesten (Tucker, Chandler & Witkiewitz, 2020).

En stor andel mennesker med risikofylt eller skadelig bruk av alkohol opplever bedring uten noen spesifikk behandling. Denne bedringen kan beskrives som naturlig recovery, eller naturlig tilfriskning (Cohen et al., 2007; Grant et al., 2015). På tross av den store andelen som opplever naturlig tilfriskning vil alkoholavhengighet for mange mennesker omfatte en kronisk tilstand med gjentakende runder i behandling, bestående av gjentatte forsøk på å få til endring, ha perioder med avholdenhet, og tilbakefall til rusbruk (McKay & Hiller-Sturmhofel, 2011). Flertallet av pasienter som har vært til rusbehandling opplever ett eller flere tilbakefall (Nordfjærn, 2011; Sellman, 2010).

Flere studier viser at forekomsten av psykiske lidelser som angst og depresjon, og misbruk av alkohol og alkoholavhengighet ser ut til å ha en gjensidig negativ påvirkning (Crum et al., 2013; Gilman & Abraham, 2001; Kessler et al., 2006). En ser at mennesker med psykisk sykdom har høyere forekomst av rusproblemer enn befolkningen for øvrig, og også at mennesker med rusproblemer har høyere forekomst av psykiske helseproblemer enn resten av befolkningen (Nesvåg et al., 2015).

Psykiske lidelser og ruslidelser (ROP-lidelser) opptrer ofte samtidig. ROP-undersøkelsen som ble gjennomført i Hedmark og Oppland (nå Innlandet) på slutten av 1990-tallet, viser at personer som hadde vært i behandling i russektoren, hadde en høy livstidsforekomst av psykiske lidelser (Landheim, Bakken & Vaglum, 2002). En oppfølgingsstudie etter seks år, viste at personer som hadde hatt alvorlig depresjon og agorafobi i løpet av livet, i større grad hadde tilbakefall til rusmiddelbruk seks år etter behandling og første undersøkelsestidspunkt, enn personer uten angst og depresjon i samme utvalg. Oppfølgingsstudien viser at etter seks år at 11 prosent av deltagerne var døde, størst var andelen blant menn med en alkoholproblematikk (18 prosent) (Landheim, Bakken & Vaglum, 2006).

Mange mennesker med rusmiddelproblemer, opplever at de havner på siden av samfunnet, og at de ofte blir sosialt ekskludert, både i forhold til jobb, sosialt nettverk og på boligmarkedet som følge av sin problematikk. Tidligere norsk forskning viser at hverdagsliv og levekår, betydningsfulle relasjoner både i og utenfor behandlingsapparat, samt tilgang til meningsfulle aktiviteter og være en del av et fellesskap er viktige elementer i recoveryprosessen for mennesker med rus- og psykiske lidelse (Biong, 2015; Ness, Borg og Davidson, 2014). En kvalitativ studie som undersøkte betydningen av meningsfulle aktiviteter hos mennesker med rusavhengighet, viste hvordan meningsfulle aktiviteter kunne beskrives som ankre i

hverdagslivet. Dersom en ignorerer denne betydningen av meningsfulle aktiviteter kan andre terapeutiske innsatser være ineffektive (Veseth et al., 2021).

En norsk mastergradsoppgave omhandlende bedringsfaktorer i prosessen fra alkoholavhengighet til rusfrihet viser at denne prosessen er sammensatt av flere faktorer, som gjensidig påvirker hverandre. Bedringsfaktorene handler om bevisstgjøringsprosesser, betydningsfulle samspill og relasjoner, samt gode relasjoner i hjelpeapparatet, i tillegg til å lære seg å håndtere ubehagelige følelser på en annen måte enn med alkoholbruk (Skjellet, 2009). En norsk studie viser at blant de viktigste årsakene til at personer med rusmiddelproblemer bestemte seg for å slutte å ruse seg var opplevd negativ helseeffekt med fysiske og psykiske helseplager, samt bekymring og press fra nære relasjoner. Videre viste studien at å ha innsikt i eksisterende behandlingsalternativer, samt å kunne seg for seg et annet liv påvirket motivasjonen for endring (Pettersen et al., 2018).

Delaktighet i samfunnet bidrar til å kunne skaffe rusfrie arenaer der en kan bygge sosiale nettverk og styrke egne ressurser, og deltagelse i meningsfulle aktiviteter kan også bidra til mer struktur og rutine i personens hverdag. Faktorer som på den annen siden kan erfares som en barriere for recovery oppgis å være mangel på tilpasset hjelp, uoversiktelige og komplekse helse- og velferdssystemer og mangelfulle koordinerte tjenester (Ness, Borg & Davidson, 2014).

I den nasjonale brukererfaringsundersøkelsen i 2017 blant pasienter med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) rapporteres det blant annet om dårlige erfaringer blant brukerne (pasientene) med forberedelse til tiden etter utskrivelse, oppfølging/ettervern etter utskrivning og tidligere hjelp fra kommunen de er bosatt i. Andre områder med dårlig erfaring som fremkom i denne undersøkelsen var utbytte av behandling i gruppe eller med medisiner, hjelp med psykiske og fysiske plager, tilfredsstillende tilgang til psykolog og lege, aktivitetstilbud ved institusjon, mulighet for privatliv, og samarbeid med pårørende. Pasientene beskrev videre best erfaringer med måten de ble tatt imot på ved institusjonen, å bli møtt med høflighet og respekt og å føle seg trygg ved institusjonen. 69 prosent av respondentene i tilsvarende undersøkelse fra 2015 (n=1172) oppga at de også tidligere har vært innlagt i døgnbehandling TSB (Folkehelseinstituttet, 2017; Folkehelseinstituttet 2015).

1.6 Forforståelse

Hans- Georg Gadamer introduserte begrepet for-dommer eller forforståelse, som beskriver de forutsetninger vi bringer med oss inn i en forståelsesprosess (Gilje & Grimen, 1993, s. 148).

Malterud beskriver forforståelsen som «den ryggsekken vi bærer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter» (Malterud 2017, s. 44). Vår forforståelse påvirker oss gjennom hele forskningsprosessen, fra valg av tema og problemstilling, i måten vi samler inn data, og hvordan vi leser og tolker dataene våre.

Ifølge Gilje & Grimen (1993, s. 148-151) vil de tre komponentene språk og begreper, trosoppfatninger og forestillinger samt personlige erfaringer påvirke hvordan meningsfulle fenomener fortolkes. Med språk og begreper inngår blant annet hvordan forståelse av ulike begreper påvirker hva vi ser og oppfatter. Med trosoppfatninger og forestillinger inngår hva en person anser som sant om verden, og vil påvirke hva som kan oppleves problematisk og motsatt. Personlige erfaringer handler om et vidt spekter av erfaringer personen selv har gjort. Ofte vil de nevnte forutsetningene for forforståelse være mer eller mindre ubevisst, og når en skal tolke meningsfulle fenomener er det viktig å forsøke å få en økt bevissthet rundt ens egen forutsetning for forforståelse.

Ifølge hermeneutisk filosofi vil selve grunnlaget og utgangspunktet for utforskning være forforståelsen, og der vil derfor være umulig å ikke ha et teoretisk perspektiv som gir retning i valg av tema og problemstilling, og mening i de funn studien gir.

Mitt teoretiske utgangspunkt har omhandlet teori om rusavhengighet og endrings/-bedringsprosesser. Det vil nærmere presenteres i kapittel 2 om teoretisk bakgrunn.

1.6.1 Min bakgrunn og forforståelse

Jeg er utdannet sykepleier, med videreutdanning i rus, avhengighet og psykiske lidelser, samt videreutdanning i traumebehandling og krisehåndtering. Jeg har de siste 12 årene jobbet innenfor spesialisthelsetjenesten med rusbehandling, hovedsakelig i poliklinikk i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Jeg har gjennom disse årene møtt et stort antall mennesker som sliter med rusmiddelproblematikk og annen avhengighet. Mange av disse pasientene har samtidige psykiske helseutfordringer, som angst- og depresjonsproblematikk. Jeg har møtt, og fulgt mennesker gjennom mange ulike stadier av endringsprosessen. Noen har blitt henvist etter påtrykk fra familie, arbeidsgiver eller fastlege, uten at de selv har vært så delaktig i henvisningsprosessen. Andre har selv hatt et sterkt ønske om å få et behandlingstilbud. Veien

i et behandlingsforløp sees sjelden som en rettsnoret vei i lett terreng, men oftere mer som en snirklete, og tidvis uoversiktlig vei i ulendt terreng. Jeg har latt meg forundre, imponere, frustrere og engasjere i disse menneskenes prosess med å endre rusvaner, og deres ønske om å få en bedre hverdag. Min forståelse av avhengighet har utgangspunkt i en biopsykososial forståelse, som har grunnlag i en forståelse og tilnærming til rusmiddelavhengighet ut fra biologiske, psykologiske og sosiale perspektiver. Det vil nærmere utdypes i teorikapitlet.

1.7 Oppgavens oppbygging:

Kapittel 2 utgjør oppgavens teoridel, der den teoretiske rammen for oppgaven presenteres. I kapittel 3 beskrives metodevalg og analyseprosessen. I kapittel 4 presenteres funnene, og i kapittel 5 diskuteres funn i lys av teori og aktuell forskning. Videre presenteres metoderefleksjon før et avsluttende avsnitt der funnene mer kortfattet sammenfattes.

2 Teoretisk bakgrunn

I den teoretiske forankringen vil jeg som nevnt ta utgangspunkt i en biopsykososial forståelse av avhengighetsproblematikk. Jeg vil videre ha et recoveryorientert grunnsyn, som utgangspunkt for forståelse av menneskers bedringsprosesser. Dette vil utdypes videre i kapitlet. Videre vil endringsmekanismer, motivasjon, mestring og bygging av mestringstillit legge det teoretiske grunnlaget.

2.1 Alkohol

Et stort flertall av nordmenn drikker alkohol. Det er store kjønnsforskjeller i alkoholforbruket, og det gjennomsnittlige forbruket blant menn er dobbelt så stort som hos kvinner. En ser samtidig at alkoholbruken er skjevfordelt i samfunnet, og det anslås at den tiendedelen av befolkningen som drikker mest alkohol, står for om lag halvparten av det samlede alkoholkonsumet i befolkningen. Andelen som defineres som høykonsumenter av alkohol, som defineres ved ukentlig inntak av ti eller flere alkoholenheter for kvinner og tilsvarende femten enheter eller mer for menn, ble i 2017 beregnet til å være henholdsvis 12 prosent av norske kvinner og 14 prosent av norske menn. Omregnet til tall vil dette tilsi at over 300.000 kvinner og 370.000 menn i Norge kan defineres som høykonsumenter av alkohol (Folkehelseinstituttet, 2018), og dermed ha forhøyet risiko for å utvikle alkoholrelaterte skader samt avhengighetsproblematikk. En ser at drikkemønster med både enkeltvis høye inntak og høyt alkoholinntak over tid øker risikoen for en rekke helseproblemer, både psykiske, somatiske, samt sosiale problemer for personen selv og mennesker rundt.

2.2 Avhengighet

Avhengighet er et komplekst og sammensatt fenomen, som ikke lar seg forklare og beskrive på en enkel og ensidig måte. Hvordan vi forstår avhengighet som fenomen påvirker hvordan vi møter avhengighetsproblematikk, og det er derfor viktig å ha et bevisst forhold til og forståelse av begrepet avhengighet.

Mørland og Waal (2016) definerer rusmiddelavhengighet på følgende måte:

«Rusmiddelavhengighet er handlinger som gjentas på tross av negative erfaringer, sanksjoner og fordømmelse, hvor aktøren etter nøye overveielse kan beslutte seg til å slutte, men så allikevel gjentar handlingen. Personen kan derfor fremtre ambivalent og upålitelig, men samtidig synes oppriktig fortvilet og maktesløs i sin situasjon. Kjernen

er at et individ gjentatte ganger handler i strid med sitt eget beste, når alt tas i betraktning» (s.20).

2.2.1 Avhengighet som diagnose

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utviklet et klassifikasjonssystem for sykdommer, ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. utgave). ICD-10 skiller mellom skadelig bruk og avhengig bruk av rusmidler. Skadelig bruk av rusmidler kjennetegnes ved et bruksmønster der gjentatt inntak av rusmidler gir alvorlig helseskade som kan være av både somatisk og psykologisk art. For at en bruk av rusmidler skal defineres som avhengighet, skal ifølge ICD-10 tre eller flere av følgende kriterier ha inntruffet samtidig i løpet av de siste 12 måneder:

- 1: Sterk lyst eller trang til å innta substansen
- 2: Manglende kontroll på substansbruken når det gjelder innledning, avslutning og mengde
- 3: Fysiologisk abstinensstilstand når substansbruken har opphørt eller blitt redusert, og som eventuelt fører til ny bruk for å lindre symptomene av abstinensstilstand
- 4: Toleranseutvikling, slik at det er nødvendig med større mengde/dose av substansen for å oppnå samme effekt som lavere mengde/dose tidligere ga
- 5: Økt likegyldighet ovenfor flere andre gleder eller interesser, og økt tid relatert til substansbruken
- 6: Opprettholder bruken tross åpenbare tegn på skadelige konsekvenser

(Mørland & Waal, 2016, s. 73).

2.3 Et bio-psyko-sosialt perspektiv på rusmiddelavhengighet

Ved en utvikling av en rusmiddelproblem- og avhengighet er noe av hovedproblematikken at personen gradvis mister kontrollen over rusmiddelbruken, og at bruken fører til en rekke av negative konsekvenser for personen og også hans eller hennes omgivelser. De rusrelaterte problemene og skadene kan deles inn i fire kategorier; direkte og indirekte akutte, og direkte og indirekte langvarige skader og problemer. Blant de direkte akutte konsekvensene inngår selve ruspåvirkningen og fare for forgiftning. Blant de indirekte akutte konsekvensene av rusbruk finner man skader knyttet til trafikkulykker og andre ulykker, ulike former for vold, og skader på foster under svangerskap. Direkte langvarige konsekvenser beskrives som avhengighetsutvikling og helserelaterte problemer relatert til langvarig rusbruk. De indirekte langvarige konsekvensene kan ses som sosiale problemer som innebærer relasjonelle

utfordringer, og problemer knyttet til jobb, utdanning, sosial tilhørighet, nettverk og identitet. Slike konsekvenser ses ofte i sammenheng med langvarige rusmiddelproblemer (Hole, 2014, s. 41-44).

Avhengighet og avhengighetsutvikling har blitt forstått og forklart på ulike måter. Vår forståelse av avhengighet som fenomen vil kunne få betydning for hvordan vi møter og følger opp personer som har utviklet et rusmiddelproblem. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i en biopsykososial forståelse av avhengighet, og vil i det følgende gi en beskrivelse av denne forståelsesmodell.

En biopsykososial forståelse av rusproblematikk og – avhengighet innebærer å forstå denne problematikken gjennom et samspill av *biologiske faktorer* – det som skjer i kroppen, *psykologiske faktorer* – det som skjer opplevelsesmessig, og *sosiale forhold* – det som skjer i personens liv (Hole, 2014, s.68-69).

Fra et *biologisk* perspektiv kan rusavhengighet forklares ved at inntak av rusmidler øker dopaminfrigjøringen i en del av hjernen som kalles belønningsområdene. Virkningen av dopaminfrigjøringen gir økt følelse av velvære. Ved langvarig stimulering av nervecellene i disse områdene i hjernen, tilpasser nervecellene seg denne situasjonen, noe som blant annet fører til opplevelsen av abstinenssymptomer dersom inntaket opphører, og opplevd behov for økt tilførsel av stoffet (toleranseutvikling) (Evjen et al., 2007, s. 68-69). Rusmidlene gir en opplevelse av velbehag «liking», og fører til en motivasjon til å gjenta inntak av rusmiddelet «wanting». Toleranseutvikling kan forklares som en prosess der nervecellene i hjernens belønningsområde tilpasser seg, dopaminfrigjøringen reduseres, og den positive opplevelsen av rusmiddelpåvirkningen avtar (Hole, 2014, s. 27-28). Fra et medisinsk perspektiv vil rusmiddelavhengighet forstås som en sykdom fordi bruken skaper en nevrobiologisk forstyrrelse i hjernen. Rusmiddelavhengighet vil i det medisinske perspektivet også forstås med utgangspunkt i kunnskap om betydningen av genetiske faktorer og arvelighet i utviklingen av avhengighetsproblematikk (Hole, 2014, s.59).

Fra et *psykologisk* perspektiv kan avhengighet ses på som en belønningssøkende adferd, og faktorer som motivasjon, kort- og langsiktig belønningsforventning, trigger og opplevelse av og tro på egen mestring, påvirker valg og adferd (Nesvåg 2016, s.71).

Avhengighet ut ifra et *sosialt* perspektiv omfatter en forståelse av hvordan avhengighet påvirker de ulike delene av en persons liv. Det handler om relasjoner, jobb og økonomi, men også om hvordan rusmiddelbruken påvirker menneskers mulighet til å leve det liv de ønsker.

2.4 Endringsprosesser

Den transteoretiske modellen ble utarbeidet av psykologene James Prochaska og Carlo DiClemente tilbake i 1982. Denne endringsprosessmodellen blir gjerne fremstilt som et hjul - et endringshjul, som fremstiller de ulike fasene som beskriver kjennetegn ved tanker, følelser og adferd i ulike stadier av en endringsprosess. Disse fasene består av føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling, tilbakefall og vedlikeholdsfasen (Barth, Børtveit & Prescott, 2001, s. 76-77). Med denne modellen som utgangspunkt forsøker en å forstå personen ut ifra hans eller hennes motivasjon for endring. Et grunnlag for kritikk til denne modellen innebærer at det mangler forskning som skiller de ulike stadiene i modellen fra hverandre (Johansen og Bramness, 2016, s. 128).

2.4.1 Motivasjon

Motivasjon er et ord som er mye brukt i dagligtalen. En generell definisjon av motivasjon er årsaker til menneskelige handlinger, hvilke faktorer som setter i gang, gir retning og opprettholder atferd (Barth, Børtveit & Prescott, 2001, s. 50). Det kan beskrives som en indre drivkraft for noe en ønsker å oppnå, men også noe en ønsker å unngå. Hva som påvirker motivasjon for å ønske endring av vaner eller automatisert adferd vil variere, og kan være både person- og situasjonsavhengig. Motivasjon kan ha sitt utspring i både indre og ytre faktorer. Ytre faktorer for motivasjon kan være påtrykk fra familie eller nettverk, men også elementer av belønning eller straff. Indre faktorer for motivasjon kan forstås som tanker og følelser knyttet til planlegging og beslutning om endring. Indre motivasjon kan ha utspring i en persons opplevelse av et misforhold mellom den vedkommende ønsker å være, og den han faktisk er. Innen humanistisk psykologi beskrives denne avstanden mellom idealselve og det virkelige selvet som diskrepans (Brumoen, 2007, s. 85). Brumoen vektlegger viktigheten av at personen selv er «prosjektansvarlig» i sin egen endringsprosess. Fenomenet ambivalens er tydelig observert i tilknytning til rusproblemer (Hole 2014, s. 64). Ambivalens handler om «å ha konflikterende følelser og tanker overfor noe eller noen» (Barth, Børtveit & Prescott, 2001, s.38). Å være ambivalent i forhold til endring handler om konflikten mellom å fortsette en adferd eller å endre den. Ambivalens påvirkes av våre forventninger om utfall av de valg en står ovenfor.

2.4.2 Self-efficacy og mestringstillit

Albert Bandura sitt begrep *self-efficacy* kan oversettes til en persons tro på egen mestringsevne. Begrepet har etter hvert blitt brukt på et bredt spekter av områder, som fysisk

og psykisk helse, skoleprestasjoner, utdanning og karrierevalg. Bandura beskriver at en persons tro på egen mestringsevne og mestringsforventning påvirker hvilke aktiviteter vi begir oss inn i, og hvor mye innsats vedkommende legger i gjennomføringen. Bandura skiller mellom to typer forventninger; *efficacy expectations*, som handler om de forventningene en har om nødvendige handlinger for å nå et mål, og *outcome expectations*, som handler om de forventningene en har om handlingens resultat eller konsekvens. Bandura viser videre til at forventningene om å mestre, en persons self-efficacy, baserer seg på fem typer informasjonskilder eller erfaringer. Dette innebærer erfaringer med å mestre, vikarierende erfaringer i form av å ha sett andre mestre tilsvarende, verbal støtte i form av støtte og oppmuntring, emosjonelle forhold som er knyttet til handling eller resultat, eller vedkommendes tolkning av egne prestasjoner (Brumoen, 2007, s. 101-103).

Bandura (1997, s.3) gir følgende definisjon på forventning om mestring:

«Perceived self-efficacy refers to beliefs in one's capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments”.

Ifølge Banduras sosial-kognitive teori forstås ikke problemer knyttet til motivasjon for endring ved at en person ikke vil nok eller er nok motivert for endring, men at personen ikke har tro på muligheten til å få til endring. Brumoen (2007) beskriver denne lave troen på egen mestringsevne som lav mestringstillit.

Brumoen bruker begrepet mestringstillit som er en norsk oversettelse av Albert Banduras begrep self-efficacy. Han påpeker at den viktigste forskjellen på det norske begrepet mestringstillit og Banduras self-efficacy er at begrepet mestringstillit er relatert til avhengighet (Brumoen, 2007, s. 16). Brumoen beskriver videre mestringstillit som en ervervet evne som er knyttet til et opplevd ønske og behov for endring, en erfaring på at en klarer å gjennomføre endringen, og på den måten styrker handling og mestringskompetanse.

2.5 Recovery – tilfriskning og bedringsprosesser

Recovery bringes inn som et teoretisk perspektiv i denne oppgaven. Recovery er et engelsk begrep som beskriver prosessen med å komme seg, eller å gjenvinne noe som er tapt. Recovery oversettes ofte til norsk med ordene bedring eller tilfriskning, og brukes for å beskrive nyansene i personlige og sosiale tilfriskningsprosesser som fører til bedre

livskvalitet. Begrepet recovery eller bedringsprosess, og hva dette begrepet innebærer, forstås og brukes på ulike måter. Recovery omtales i litteraturen både som et erfaringsbasert kunnskapsfelt, en tilnærming eller en modell. Noe av kritikken til recovery som begrep handler nettopp om mangelen på en enhetlig forståelse og definisjon av begrepet (Borg, Karlsson og Stenhammer, 2013).

Recovery er ikke et nytt begrep eller perspektiv, men har sine røtter tilbake til den amerikanske borgerrettighetsbevegelsen på 1960-tallet. Det handlet opprinnelig om å sette menneskerettigheter i fokus. Selvhjelps- og aktivistgrupper var da pådrivere for å løfte frem den enkeltes rett til å formidle egne synspunkter og ha medbestemmelsesrett og reell innvirkning på egen situasjon og eget liv. Det handlet om en kamp mot undertrykkelse, og behovet for et endret syn på mennesker med psykiske helseproblemer (Karlsson & Borg, 2017, s. 40).

Blant det mest sentrale i recovery er den grunnleggende holdningen at alle har rett på å kunne leve selvstendige og meningsfulle liv. Drivkraften skal ligge i personen selv, men mennesker rundt og sosiale forutsetninger er viktige for å kunne støtte og bidra til at mennesker kan benytte egne ressurser og muligheter (Borg et al, 2013, s. 10). Mye av forskningen på recovery har i utgangspunktet vært knyttet til erfaringer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. De senere årene har det vært en økende interesse for recovery i sammenheng med ruslidelser, og i sammenheng med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP) (Landheim et al., 2016, s. 19.) Fokus i utvikling av kunnskap om recovery er hva personen selv mener skal til for å få det bedre, å «komme seg». Av sentrale forhold som går igjen i recovery-litteraturen, vektlegges betydningen av hverdagslivet og dets innhold, og det å være en aktiv part i egen bedringsprosess. Videre vektlegges håp om bedring, tro på at bedring er mulig, og utholdenhet (Landheim et al., 2016, s.18).

Recoveryprosessen kan forstås i tre stadier, der det første stadiet handler om en aksept av egen situasjon, og et ønske om endring. I dette stadiet er håp om bedring essensielt. Det andre stadiet kan beskrives som en prosess der en finner og/eller tar tilbake det som er tapt, og finner egne ressurser og muligheter til å ta kontroll og ha ansvar i egen hverdag. Det tredje stadiet handler om en opplevelse av livskvalitet, og å trives med seg selv og sin hverdag (Borg et al, 2013, s. 12).

En studie som har gjennomgått litteratur og forskning på recovery relatert til alkoholavhengighet, støtter en definisjon av recovery som en pågående dynamisk prosess av

atferdsendring preget av relativt stabile forbedringer i biopsykososiale funksjoner. Det vektlegges at recovery fra alkoholavhengighet handler om langt mer enn avholdenhet fra alkohol, men handler om en dynamisk endringsprosess preget av forbedringer i helse og sosiale funksjoner, økt trives og opplevelse av mening i livet (Witkiewitz, Montes, Schwebel og Tucker, 2020).

Recovery kan som nevnt forstås på ulike måter, men en kan skille mellom tre definisjoner som det ofte vises til i forskningslitteraturen. Disse tre definisjonene defineres som personlig recovery, sosial recovery og klinisk recovery.

2.5.1 Klinisk recovery

Klinisk recovery er orientert mot symptomreduksjon og bedre fungering, og er et begrep som gjerne brukes i de sammenhenger der det settes søkelys på behandlingseffekt og – resultat (Landheim et al., 2016). Slade (2009) viser til særlig fire trekk som anses som sentrale ved klinisk recovery; det er et resultat eller en tilstand, vurdert av en fagperson, som er observerbart og som ikke varierer mellom individer. I en forståelse av klinisk recovery vil en være opptatt av å operasjonalisere begrepet recovery, og på ulike sett kunne måle grader av bedring (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s. 16).

2.5.2 Recovery som en personlig prosess

Personlig recovery handler om en personlig prosess der personens opplevelse av egen livssituasjon og livsinnhold er i fokus. Det handler videre om den innsatsen og kreftene personen selv legger ned for å bli bedre. Betydningen av mestringsopplevelse, tro og håp knyttet til fremtid, og hva denne skal bestå av med henblikk på relasjoner, egen opplevelse av identitet og tilhørighet. En mye brukt definisjon på klinisk recovery beskriver at;

Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og mulighet til å vokse og utvikle seg (Anthony 1993, i Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s. 10).

Karlsson og Borg (2017, s. 117) påpeker at Anthonys definisjon av recovery rommer lite av det sosiale og relasjonelle aspektet i bedringsprosessen, men i hovedsak vektlegger en individualisert forståelse av begrepet. Karlsson og Borg viser videre til at sosiale faktorer forskningsmessig er blant de viktigste prediktorene når det gjelder psykisk helse.

2.5.3 Recovery som en sosial prosess

Sosial recovery retter fokus mot levekår, sosiale faktorer og samfunnsforhold, og sosial tilhørighet og fellesskap vektlegges. De sosiale arenaene, lokalmiljøet, aktiviteter og muligheter for deltagelse som gir opplevelsen av sosial inkludering fremheves. Omgivelser som oppleves som gode utgangspunkt for mennesker å utvikle seg i, som gir håp om muligheter for bedring beskrives også som «recoverynærende omgivelser» (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s. 14). Dette er omgivelser som gir forutsetninger for å bygge en positiv og sosial identitet med tilknytning og deltagelse i sosiale miljøer. Det å kunne delta i samfunnet som den man er, og å få erfaring med å mestre, være til nytte og kjenne på mening er viktig i en recoveryprosess. Opplevelse av mestring, mening og tilhørighet kan blant annet finne sted gjennom hobby- og fritidsinteresser, jobb, selvhjelpsgrupper eller brukerstyrte arenaer (Karlsson og Borg, 2017, s. 99).

Oppsummert kan en definere recovery som en ikke-lineær livsprosess, som handler om personens aktive innsats i egen prosess. Den handler om å fokusere på hele mennesket, med de erfaringer og kunnskap personen selv innehar om hva som bidrar og påvirker opplevelsen av bedring. Dette innebærer både individuelle og sosiale faktorer som opplevelse av håp, mening og mestring, identitet og tilhørighet, og en plass og rolle i sosial sammenheng med et støttende nettverk og samfunn.

3 Metode og forskningsdesign

I dette kapitlet vil jeg presentere prosjektets metodiske tilnærming, valg av design for innhenting og analyse av data og vurderinger gjort underveis i forskningsprosessen.

Metode handler i forskningssammenheng om de fremgangsmåter og prosedyrer vi benytter for å samle inn og bearbeide informasjon, det vil si det datamaterialet vi bruker. Metoden vi benytter handler altså om hvilken strategi vi velger for å få troverdig og gyldig kunnskap om det fenomenet vi undersøker (Jacobsen, 2018, s.14; Thornquist, 2018, s. 19).

Epistemologi handler om spørsmål knyttet til kunnskap, hva kan vi vite, og hvordan kan vi få kunnskap om noe. Ontologi handler om hva vi kan vite noe om, hva en kan skaffe seg kunnskap om. Valg av metoder og design er basert på spørsmål av epistemologisk og ontologisk art. Forskningsmetoder må tilpasses ut ifra hvilke fenomener en ønsker å undersøke, og ut ifra valg av problemstilling (Thornquist, 2018, s. 16).

3.1 Forskningsdesign

Forskningsdesignet vil si hvordan en undersøkelse eller et prosjekt gjennomføres, og vurdering av egnet design avhenger av hva og hvem som skal undersøkes. Utgangspunktet for valg av design avhenger derfor av prosjektets problemstilling (Johannesen, Tuft og Christoffersen, 2016, s. 69).

Hvilket fenomen og hvordan vi ønsker å undersøke det bestemmer hvilken metode det er aktuelt å benytte seg av. Der en kvantitativ metode vil rette seg mot kartlegging av tendenser og årsakssammenhenger, og der tall som regel er utgangspunkt for analysen, vil en ved kvalitative metoder rette seg mot å forstå eller beskrive fenomener eller hendelser, og tekst vil i dette tilfellet være utgangspunkt for analysen.

I denne oppgaven ønsket jeg å undersøke fenomenet endring og endringsprosess hos mennesker med problematisk alkoholbruk, og som på undersøkelsestidspunktet var i behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Hensikten var å få en økt forståelse og innsikt i hvordan personene selv opplever egen endringsprosess. Med denne problemstillingen ble det vurdert naturlig å benytte en kvalitativ metode, ved å innhente empirisk data gjennom individuelle semi-strukturerte intervjuer.

3.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ forskningsmetode bygger på det fortolkende paradigmet, der subjektivitet vektlegges og undersøkes, ut ifra en grunnleggende forståelse at verden kan forstås forskjellig ut ifra ulike ståsted, og der forskeren selv har en sentral og delaktig rolle. En tar utgangspunkt at verden forstås og oppfattes ulikt ut ifra hvilket ståsted man har. Det fortolkende paradigmet har en induktiv tilnærming, hvilket vil si at vi trekker slutninger fra det enkeltstående til det allmenne (Malterud, 2017, s. 27). Ved kvalitativ forskning vil det være mennesker og sosiale prosesser som undersøkes, hvordan den enkelte forstår og opplever verden, og der en søker å få kunnskap om menneskers virkelighetsforståelse.

3.2.1 Det kvalitative forskningsintervjuet

Kvalitative intervjuer er en fleksibel metode for å samle inn egne data, der det er mulig å få detaljerte og utdypende beskrivelser av fenomenet som undersøkes. Intervjuer med individuelle deltagere kan gjennomføres mer eller mindre strukturert, fra de helt åpne intervjuene, de delvis strukturerte (semi-strukturerte) intervjuene, til de strukturerte intervjuene med på forhånd fastsatte spørsmål og svaralternativer (Johannesen et al, 2016, s 146).

Jeg valgte å gjennomføre intervjuene semi-strukturert, der det på forhånd ble utarbeidet en intervjuguide, som omhandlet spørsmål og temaer som det var ønsket å innhente data om. Åpne individuelle intervjuer egner seg godt når relativt få enheter undersøkes, og når vi ønsker å få innsikt i hvordan den enkelte fortolker og legger mening i et fenomen (Jacobsen, 2018, s. 146).

3.3 Vitenskapsteoretisk forankring - Hermeneutikk:

Meningsfulle fenomener karakteriseres ved at de må fortolkes for å forstås. Mennesker tillegger egne handlinger og andre fenomener mening, og gir selv fortolkning og beskrivelser av hva de gjør. En grunntanke i hermeneutikken er at vi aldri møter verden forutsetningsløs, men at vi forstår fenomener på grunnlag av visse forutsetninger. Disse forutsetningene blir beskrevet som for-dommer eller forforståelse. Forforståelse er vårt grunnlag for forståelse fordi det gir vår fortolkning en retning. Et viktig element i hermeneutikken er betydningen av kontekst i tolkning av meningsfulle fenomener. De meningsfulle fenomenene må plasseres i en sammenheng for å kunne fortolke meningen de måtte ha (Giljen & Grimen, 1993, s.148-152).

Den hermeneutiske sirkel er en betegnelse som viser til at man i en fortolkningsprosess pendler mellom helhet og del, og at det stadig er en utvikling mellom vår forforståelse, det vi

skal tolke og kontekst. Deler fortolkes med utgangspunkt i helhet, og tilsvarende helhet ut fra del. Slik blir fortolkningsprosessen i stadig utvikling. Grunnet denne dynamiske utviklingen i fortolkningsprosessen, blir det også referert til begrepet spiral heller enn sirkel (Gilje og Grimen, 1993, s.153).

3.4 Utvalg, rekruttering og presentasjon av deltakerne

Hensikten med en kvalitativ studie er å få mest mulig kunnskap om det fenomenet vi ønsker å undersøke. Ved kvalitative undersøkelser vil et spørsmål være hvor mange enheter en bør undersøke for å få tilstrekkelig kunnskap om det aktuelle fenomen. Utvelgelse av deltagere, et utvalg til undersøkelsen handler dermed om å definere en ønsket målgruppe som i best mulig grad kan gi fylldige beskrivelser og tilstrekkelig informasjon til å belyse problemstillingen fra flere sider (Johannesen, Tuft og Christoffersen, 2016, s.111).

I denne undersøkelsen var målgruppen mennesker med en erkjent alkoholproblematikk, med en erfaring fra det å være i en endringsprosess. I og med at de ble rekruttert mens de hadde et aktivt behandlingsforløp innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), innebar dette i tillegg at målgruppen hadde behandlingserfaring.

Deltagerne til undersøkelsen ble rekruttert gjennom de ulike behandlingseenhetene ved avdeling for rus og avhengighet ved et større sykehus på Sør-Øst landet. De ulike enhetene innbefatter både poliklinikker og døgnenheter. Det ble vurdert at avrusningsenheter ikke ble inkludert når deltagere skulle rekrutteres, da det ble vurdert at de var i en form for akutfase med pågående avrusning. Det ble ikke satt noe krav om at deltagerne skulle ha vært rusfri over en gitt tid på intervju tidspunkt. Kriterium for deltagelse innebar at de var i et behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten for en problematisk/avhengig alkoholbruk, og at de hadde en selvopplevd erfaring med å være i en endringsprosess, samt at de hadde en erfaring med hva som påvirker mulighetene for å oppnå en ønsket endring. Det ble vurdert at annen aktuell rusmiddelbruk en alkohol ble satt som ekskluderingskriterium.

Det ble sendt henvendelser til de ulike enhetene innen avdeling for rus og avhengighet (ARA), med informasjon om prosjektet, samt informasjonsskriv som behandlere kunne vise til aktuelle deltagere til intervju. Det gikk en stund uten at jeg fikk noen tilbakemeldinger. Jeg sendte ut e-post til ledere, med forespørsel om hjelp til å rekruttere deltagere, uten at dette ga noen positiv respons. Jeg valgte så å bruke en felles fagdag til å informere kort om prosjektet. Jeg fikk i etterkant av dette tilbakemelding fra to enheter, en døgnenhet og en poliklinikk. Jeg

fikk rekruttert to deltagere fra hver av enhetene. I tillegg besluttet jeg å inkludere to deltagere fra egen behandlingsenhet (poliklinisk). Dette var pasienter der jeg selv ikke hadde vært involvert i deres behandlingsforløp, og jeg hadde ingen informasjon om eller kjennskap til deltagerne fra før. Jeg avklarte da med deltagerne på forhånd at informasjonen de ga ikke ville bli tilgjengelige for deres behandlere. Det er en mulighet for at min nærhet til de aktuelle deltagernes behandlere kan ha påvirket hva de fortalte om, men de forsikret om at de ikke så på dette som problematisk. Alle deltagere ble kontaktet etter at jeg hadde fått tilsendt kontaktinformasjon fra deres polikliniske behandlere eller behandlende psykolog ved døgnenhet. Jeg forsøkte først å ringe til de forskjellige deltagerne, men oppnådde ikke i alle tilfellene kontakt. Jeg sendte da en SMS der jeg kort beskrev hvorfor jeg kontaktet dem. Jeg fikk raskt respons fra samtlige deltagere, som var positive til deltagelse, og vi avtalte enten på telefon eller over SMS nærmere detaljer for gjennomføring av intervju.

Utvalget var et strategisk tilgjengelighetsutvalg, som innebærer at deltagerne ble rekruttert til deltagelse basert på deres erfaringer, for å få best mulig utgangspunkt for å belyse problemstillingen. Samtidig var rekrutteringsprosessen preget av at det var utfordrende å få tilstrekkelig antall deltagere innenfor prosjektets tidsramme. Deltagerne ble dermed valgt ut fra tilgjengelighet, samtidig som de ble vurdert å inneha de erfaringene som ble vurdert nødvendige for å kunne belyse prosjektets tematikk og problemstilling. Det var en bevisst vurdering å rekruttere deltagere fra ulike enheter, og fra både poliklinisk og døgnbasert behandling for å kunne få perspektiver fra de ulike stadiene i et behandlingsforløp, og mulig da også i en endringsprosess. Det viste seg vanskelig å få deltagere fra alle de ulike enhetene, og jeg endte opp med deltagere fra to polikliniske enheter og en døgnenhet.

Det ble rekruttert til sammen seks deltagere til prosjektet. Det endelige utvalget besto av fem deltagere. Et intervju ble tatt ut av studien, da denne deltageren ikke opplevde alkohol og rusmiddelbruk som primærproblematikk, eller rusmiddelbruk som grunnlag for behandlingsbehov. Utvalget bestod av to kvinner og tre menn. Tre av deltagerne var i poliklinisk behandling på undersøkelsestidspunktet, mens to var i døgnbehandling. De var i en alder ifra 36 år til 60 år.

Alle deltagerne var avholdne fra alkohol, og beskrev også avholdenhet i noe tid før intervjutidspunkt. Varigheten av avholdenhet varierte fra noen uker til et par år. Alle deltagerne hadde alkohol som primært rusmiddel. En av deltagerne hadde tidligere vært i behandling for medikamentavhengighet for over ti år siden. To av deltagerne hadde hatt tidligere perioder med amfetaminbruk, men ingen av dem med aktuell bruk av amfetamin, og

amfetaminbruk var heller ikke årsak til nåværende behandling. Det ble vurdert at de kunne delta i prosjektet.

3.5 Intervjuguiden:

Det overordnede temaet i intervjuguiden handlet om opplevelse og erfaringer med endringsprosess ved problematisk og avhengig bruk av alkohol. Jeg opplevde det utfordrende å utarbeide intervjuguiden. Jeg ønsket på den ene siden å lage en ganske detaljert intervjuguide, i frykt for at viktig informasjon ellers kunne glippe. På den andre siden fryktet jeg at en for i stor grad forhåndsdefinert intervjuguide ville bli farget av mine arbeidserfaringer som behandler i et TSB-team. Jeg endte opp med å ikke lage intervjuguiden for detaljert. Jeg ønsket med dette å åpne opp for deltagerne egne opplevelser av å være i endring, uten å på forhånd vektlegge eventuelle faser i endringsprosessen. Jeg delte opp intervjuguiden i tre hovedtemaer, der første tema omhandlet tidligere erfaringer med alkohol, egen opplevelse av utvikling av problematisk bruk, veien inn i behandling, og tidligere behandlingserfaring. Neste tema handlet om nåværende situasjon, og hvilke elementer som ble opplevd å være viktige for å stå i en endringsprosess, og hva som vanskeliggjorde endringsprosessen, og opplevelse av bedring. Siste tema var mer fremtidsrettet, hva deltagerne beskrev som viktige faktorer for å opprettholde endring også videre.

3.6 Beskrivelse av intervjusituasjon

I dette prosjektet ble det gjennomført seks semistrukturerte intervjuer i perioden mellom februar og mai 2021. Intervjuene hadde en varighet på mellom 40 og 75 minutter. Fem intervjuer ble gjennomført i direkte møter med deltagerne, mens ett intervju ble gjennomført over telefon. Intervjuet som ble gjennomført over telefon ble senere tatt ut av prosjektet, fordi hun ble vurdert å ikke fylle inklusjonskriterier, beskrevet i punkt 3.4.

Jeg åpnet for at alle deltagerne selv kunne komme med forslag til om de ønsket å gjennomføre intervjuene over telefon eller video, eller om de ønsket å møtes et sted. Alle fem intervjuene ble gjennomført ved fysiske samtaler. De to første intervjuene ble avholdt på min arbeidsplass, på et møterom som ikke tilhører min avdeling. Ett av intervjuene ble gjennomført på deltagerens hytte. Deltageren selv beskrev at dette gjorde at intervjusituasjonen følte tryggere og mer avslappet enn om han måtte gjennomføre intervjuet på et kontor.

To av intervjuene ble gjennomført mens deltagerne var i døgnbehandling, og vi ble da tildelt et kontor på behandlingsstedet, der vi kunne sitte uforstyrret. Grunnet pågående pandemi, måtte disse intervjuene gjennomføres med munnbind. Jeg opplevde som intervjuer at munnbindet påvirket den nonverbale kontakten ved at det var vanskelig å tolke ansiktsuttrykk, og også kommunisere med ansiktsuttrykk selv.

Jeg var spent i forkant av intervjuene, og spesielt i forkant av det første. Jeg lurte på hvordan intervjuguiden ville fungere, da denne kun var gjennomgått med kollegaer tidligere. Jeg hadde en plan om å gjennomføre 1-2 prøveintervjuer først, både for å bli mer trygg på intervjuguiden og intervjusituasjonen, men også for å kunne fange opp om det burde gjøres endringer av spørsmål eller rekkefølge av spørsmål i intervjuguiden. Det ble så store forsinkelser i godkjenningsprosessen før jeg kunne sette i gang med rekruttering av deltagere, og da det i tillegg ble en tidkrevende prosess å rekruttere deltagere, så det ble vurdert å ikke bli tid til prøveintervjuene. Jeg ser i etterkant at det ville vært nyttig med prøveintervjuer. Jeg kunne da gjort meg noen erfaringer om hvordan jeg selv erfarte intervjuerrollen, og hatt muligheten til å bruke veileder for at jeg skulle bli enda mer forberedt i intervjugjennomføringen.

Jeg startet intervjuene med at jeg på ny kortfattet presenterte meg selv og prosjektet. Prinsippet for informert samtykke og frivillighet ble gjennomgått i forkant av intervjuet, og også tatt opp avslutningsvis. Intervjuene ble tatt opp med en digital diktafonapp på min telefon, koblet til Tjeneste for sensitiv datahåndtering (TSD) og Nettskjema. Jeg tok meg tid til å informere deltagerne om hvordan opptaket fungerte, og om kryptering av innhold, slik at det ikke var mulig å spille av intervjuet på telefonen i etterkant. Jeg forklarte deltagerne at diktafonen hadde begrenset opptaksvarighet, og at jeg derfor måtte holde et lite øye med denne for å lagre og starte nytt opptak underveis. Dette opplevdes ikke å være noe uroende moment i samtalen. Jeg åpnet etter den innledende informasjon og praktiske avklaringer som beskrevet over, med et åpent spørsmål der deltagerne kunne fortelle litt om seg selv og hvordan de hadde erfart eget forhold til alkoholbruk fra tidligere. Jeg opplevde at deltagerne var engasjerte og med et ønske om å fortelle sin historie og beskrive sine erfaringer. I hvilken grad jeg fulgte oppsettet på intervjuguiden varierte, og jeg forsøkte å være fleksibel i intervjuet ut ifra hva deltagerne fortalte, og hvordan samtalen forløp. Jeg var bevisst på å stoppe opp underveis og oppsummere det som ble fortalt, og ved å stille spørsmål som *«har jeg forstått det riktig ...»*. På denne måten kan eventuelle misforståelser rettes opp. Noen

deltagere snakket tilsynelatende lett, mens det i noen av intervjuene var behov for større grad av oppfølgingsspørsmål for å belyse tematikk.

Flere av deltagerne sa avslutningsvis, da vi pakket sammen, og diktafon var avslått, at de opplevde det viktig å kunne delta og fortelle sin historie.

3.7 Transkripsjon

Den kvalitative analysen vil i de fleste tilfeller innebære at man har gjort det empiriske materialet tilgjengelig i tekstform. Ved en transkripsjon, der en muntlig samtale omgjøres til skriftlig tekst, vil det alltid være en risiko for at gjengivelsen i skriftlig form ikke gir et tydelig bilde av det som ble uttrykket muntlig. Transkripsjonen skal så langt det lar seg gjøre etterstrebe å ivareta meningsinnholdet i det opprinnelige materialet (Malterud, 2017, s.77).

Jeg transkriberte selv alle intervjuene som ble gjennomført i dette prosjektet. Det er en fordel at intervjuer selv transkriberer, da en selv husker sammenhenger, nonverbal kommunikasjon og andre elementer som kan ha betydning for meningen i teksten, men som ikke fremkommer så tydelig i opptaket (Malterud, 2017, s.79).

Selve transkripsjonen var en tidkrevende prosess. Det tok i snitt 10-12 timer å skrive ned et 60-70 minutters intervju. Til sammen resulterte det skriftlige tekstmaterialet i ca. 95 sider.

Jeg valgte å transkribere intervjuene så raskt som mulig etter gjennomført intervju. På denne måten hadde jeg kommunikasjonen og intervjusituasjonen friskt i minne. Jeg kunne da også gjøre eventuelle justeringer i intervjuguiden ut ifra hvilke temaer som kom frem underveis. I de to første intervjuene brakte begge deltagerne frem deres opplevelse av hvordan den pågående koronapandemien og dens konsekvenser hadde påvirket dem. Jeg valgte derfor i de påfølgende intervjuene å inkludere spørsmål som gjaldt pandemiens opplevde påvirkning i intervjuguiden. Lydkvaliteten fra intervjuene var stort sett god. Ved enkelte tilfeller var det vanskelig å høre enkelte ord, som regel fordi intervjuer og deltager snakket samtidig. Jeg valgte å endre på stedsnavn og personnavn mens jeg transkriberte, og valgte heller å bruke beskrivelser som «by på Østlandet» eller «avrusningsenhet», i stedet for konkrete navn på steder. Dette for å redusere risiko for gjenkjenning i det skriftlige materialet som jeg jobbet med. Ved å transkribere intervjuene selv, fikk jeg gjennomgått materialet grundig og detaljert, samtidig som jeg har tilgang til de erfaringene som ble gjort under selve datainnsamlingen. Allerede i denne fasen begynner analyseprosessen (Malterud, 2017, s. 80).

3.8 Analyseprosessen:

Jeg har i analyseprosessen valgt å ta utgangspunkt i Malteruds systematiske tekstkondensering (STK). Systematisk tekstkondensering er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data. I følge Malterud egner denne analysemetoden seg for nybegynnere da den gjennom en trinnvis beskrivelse viser hvordan analysen kan gjennomføres (Malterud, 2017, s. 97).

Analysen er induktiv, med mål om å få økt kunnskap om deltagerens opplevelse av å være i en endringsprosess.

Ved STK gjennomføres analysen gjennom 4 trinn; å danne seg et helhetsinntrykk, å identifisere meningsbærende enheter, kondensere/trekke sammen innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene og til slutt sammenfatte innholdet i analysen.

1.Helhetsinntrykk. Det første trinnet handler om å få et helhetsinntrykk, ved å bli kjent med materialet, og danne seg et helhetsbilde. Her vurderes mulige temaer og tendenser, som videre kan skape grunnlag for ulike kategorier i analysen. I denne fasen må en forsøke å sette sine egne antagelser og forforståelse i parentes. Foreløpige inntrykk oppsummeres i denne første fasen, og en ser hvilke foreløpige temaer som kan skimtes i teksten, hvor det råder enighet og hvor det råder uenighet. Jeg gjennomgikk teksten flere ganger til å begynne med. Jeg satt med en notatbok ved siden av meg ved første gjennomlesning etter transkriberingen, og noterte umiddelbare tanker. Jeg vurderte at det var viktig å bruke tid i denne første fasen, og jeg måtte aktivt være bevisst på å forsøke å legge bort min egen forforståelse, da jeg lett opplevde å bli dratt mot tidligere erfaring og kunnskap.

2.Meningsbærende enheter. I dette analysetrinnet identifiseres de meningsbærende enheter ved å gå systematisk igjennom det transkriberte materialet. En skiller her mellom relevant og irrelevant tekst, og vi skal sitte igjen med den teksten som en tenker belyser problemstillingen. Det er viktig at denne fasen er preget av grundighet og systematikk, så en ikke bare sitter igjen med den teksten som i første øyeblikk virker fengende og aktuell. Det gjøres videre en koding av materialet, som vil si å merke og systematisere de meningsbærende enhetene i teksten. Denne fasen brukte jeg mye tid på. Jeg begynte å sortere teksten etter foreløpige temaer fra trinn en. Jeg klippet og limte inn tekst i eget dokument, men valgte også å lage et fysisk oversiktskart på papir, da jeg opplevde at dette ga meg større oversikt. Blant disse temaene var alkoholens funksjon, utvikling av et problem, helsesrelatert påvirkning av

alkohol, endringsbeslutning, pandemiens påvirkning, og viktige prosesser i et behandlingsforløp og veien videre.

3.Kondensering. I denne tredje fasen av analysen skal den sorterte informasjonen fra forrige analysetrinn abstraheres. De meningsbærende enhetene identifiseres og kodes, og det lages meningsfulle sammendrag av tekstdeler som peker tilbake på problemstillingen. Disse kunstige sitatene kalles for kondensater, og skal inneholde en sammenfatning av deltagerens stemmer om fenomenet som subgruppen omhandler.

4.Syntese. I denne siste fasen av analysen skal vi rekontekstualisere, ved å sammenfatte og sette sammen alle bitene fra tidligere analysefaser. En formulerer her en faglig fremstilling av funnene, der resultatene skal gi en gyldig beskrivelse av den sammenhengen den opprinnelig var hentet fra. Til slutt satt jeg igjen med fire hovedkategorier, og elleve subkategorier som fremstilt i oversikten nedenfor. Funnene er videre beskrevet under kapittel 4.

FIRE HOVEDKATEGORIER			
Erkjennelse av et alkoholproblem	Hva påvirker valget om å be om hjelp?	Endringserfaringer i møte med hjelpeapparatet	Å orientere seg videre
ELLEVE SUBKATEGORIER			
Utvikling av et alkoholproblem	Opplevelse av et vendepunkt?	Utfordrende overganger og mangelfull informasjon	Måtehold eller avholdenhet
Å skjule et økende problem	Negativ helsepåvirkning	Å være i behov av oppfølging i en pandemi	Å kjenne på mestring og mening i hverdagen
	Frykt for negative konsekvenser	Å få hjelp for mer enn rusproblematikken	Behov for oppfølging over tid

3.9 Etske vurderinger

Etikk handler om regler, retningslinjer og diverse prinsipper for vurdering om handlinger er rette eller gale. Etske problemstillinger vil kunne oppstå når forskningen berører mennesker direkte, og da spesielt ved datainnsamling, men handler også om hvordan dataene analyseres og formidles. Det er regelverk for forskning, og forskning må underordne seg juridiske

retningslinjer og etiske prinsipper (Johannesen, Tufte og Christoffersen, 2016, s.83-84). Helsinkideklarasjonen, utarbeidet i 1964 av World Medical Association, sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning på mennesker. I tillegg finnes det ulike lover, som forskningsetikkloven, personopplysningsloven og helseforskningsloven som inneholder regelverk som skal bidra til å sikre deltageres trygghet og sikkerhet (Malterud, 2017, s.213).

Dette prosjektet omfatter personopplysninger. Det ble sendt meldeskjema til Norsk senter for forskningsdata (NSD) med prosjektbeskrivelse, intervjuguide, informasjonsskriv til behandlingenheter og informasjonsskriv med samtykkeskjema til deltagere. Prosjektet ble godkjent av NSD i oktober 2020. Det ble sendt en endringsmelding til NSD grunnet utsettelse av prosjektslutt, som ble innvilget i juni 2021. Se egne vedlegg. Det ble i tillegg søkt godkjenning hos personvernombud ved Akershus universitetssykehus, se eget vedlegg. Det ble sendt inn en forespørsel om forhåndsvurdering til Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i februar 2021, med tilbakemelding om at det ikke krevdes godkjenning av REK for å gjennomføre prosjektet (se vedlegg).

Deltagerne skal gi informert samtykke til å delta i prosjektet. Et informert samtykke innebærer at den som samtykker må gis tilstrekkelig informasjon til å kunne ta stilling til om vedkommende ønsker å delta eller ikke. Det må gis informasjon om hva prosjektets hensikt er, hvordan data samles inn, og hvordan dataene ivaretas underveis i prosjektperioden, og i etterkant. Det er forskerens ansvar å sørge for at deltakerne kan kjenne seg trygge på at personvern og anonymitet er ivaretatt (Malterud, 2017, s. 214). Det ble innledningsvis delt ut et informasjonsskriv som deltagerne på forhånd hadde gjennomgått med behandler eller kontakt på behandlingssted. Med deltagerne jeg snakket med på telefon før intervjutidspunktet gjennomgikk jeg innholdet i dette informasjonsskrivet. Ved intervjutidspunktet gjennomgikk vi innledningsvis prosjektets formål på ny, og jeg gikk grundig igjennom deltageres rett til å trekke tilbake samtykke, uten at dette ville medføre negative konsekvenser for dem. Det ble også grundig opplyst om hvordan intervjuet ble tatt opp, hvordan opptaket ble ivaretatt, og hvem som har innsynsrett.

Datamaterialet er behandlet slik at deltagerne ikke skal kunne gjenkjennes. Dette innebærer at sted- og personidentifiserte betegnelser, som navn på familiemedlemmer, behandlere eller behandlingssteder er skrevet om til nøytrale beskrivelser. Alle intervjuene ble tatt opp med Nettskjema- Diktafon, som er direkte koblet til Tjeneste for sensitiv datahåndtering (TSD). Det ble lastet opp en diktafonapp på min telefon, der opptaket ble sendt direkte til TSD, i kryptert versjon. Det vil si at opptaket ikke kunne spilles av på telefonen. Deltagerne fikk

forklart hvordan intervjuene og deres informasjon ville lagres og behandles videre i prosjektet.

Som forsker må jeg være bevisst konsekvensene deltagelse kan ha for prosjektets deltagere. Særlig i kvalitative undersøkelser, med individuelle intervjuer kan en komme nær deltageren, i form av at deltageren forteller om seg selv og sitt liv. Jeg hadde i intervjuene en bevissthet på en balanse mellom å ønske utdypende beskrivelser, og vurderingen på hvor nær man skal gå. Deltagerne i dette prosjektet hadde alle en behandlingsrelasjon innen TSB, enten poliklinisk eller i døgnbehandlingen. De ble oppfordret til å snakke med sine behandlere eller kontaktpersoner dersom de skulle ha behov for det i etterkant av intervjuene.

4 Presentasjon av funn

Jeg vil i dette kapittelet presentere hovedkategoriene og subkategoriene fra analysen.

Kategoriene inneholder sitater fra deltagerne som belyser kategoriernes meningsinnhold.

4.1 Erkjennelsen av et alkoholproblem

Deltagerne i denne undersøkelsen var alle rekruttert mens de var i et behandlingsforløp grunnet alkoholproblematikk. Inkluderingskriteriet var at deltagerne selv hadde en opplevelse av at deres forhold til, og bruk av alkohol var noe de trengte hjelp til å endre for å oppnå en bedre livskvalitet. Innledningsvis i intervjuene ble deltagerne spurt om hvordan de selv hadde erfart sitt forhold til alkohol fra begynnelsen av, da de først startet å bruke alkohol. Videre ble deltagerne spurt om når de selv erfarte alkoholbruken som problematisk, og hva dette innebar for dem.

4.1.1 Utvikling av et alkoholproblem

«Det (alkoholen) ga meg noe som gjorde meg til en, ehm ... tryggere person. Jeg hadde det bedre, det passa meg rett og slett (...) jeg hadde vel en tendens til å ta litt for mye, ta den ut helt, liksom bli kanon, drikke mest mulig, lengst mulig».

Flere av deltagerne beskrev at alkoholen ga dem en behagelig effekt til å begynne med. Det å være påvirket av alkohol kunne gi dem følelsen av økt selvtillit og større sosial trygghet, ved at de følte seg mer frempå sammen med andre. På hvilket tidspunkt deltagerne selv opplevde bruken av alkohol problematisk og bekymringsfull varierte. Flere fortalte at det først var flere år senere at alkoholbruken eskalerte og drikkemønsteret endret karakter.

Endringer i livssituasjon ble oppgitt som en faktor som kunne påvirke drikkemønsteret negativt. Det å bli alene etter samlivsbrudd samt jobbrelaterte konflikter og endringer påvirket til en økt alkoholbruk hos flere.

«jeg tror det eskalerte når jeg ble aleine, jeg kunne liksom kose meg mye mer (...) Vi ble enige om å gå i fra hverandre, og jeg tror at jeg sto friere til å gjøre som jeg ville (...) Jeg har alltid slitt mye med jobben, mistrivdes, og dette blei en flukt føler jeg».

Andre deltagere beskrev en gradvis økning i mengde alkohol over tid, der alkoholbruken stadig tok mer plass i hverdagen.

«Det gikk gradvis. Etter en periode så er jo ikke 4 øl liksom noe du merker i det hele tatt, som andre merker det. Og til slutt så er det ikke 6 øl ... Så helt på slutten da, så er det 15-16 da, fra klokka fire til ni, for du skal jo være edru igjen til dagen etter».

4.1.2 Å skjule et økende problem

Flere av deltagerne fortalte at familiemedlemmer eller venner etter hvert uttrykte bekymring for deres alkoholbruk. De fortalte om barn, ektefeller eller foreldre som stilte spørsmål til deres stadig eskalerende drikking. En deltager forteller at hun ble irritert og følte seg angrepet og urettferdig behandlet da spørsmålene og bekymringen ble adressert til drikkingen hennes. En annen deltager forteller at han over flere år benektet å ha et alkoholproblem, og reagerte etter hvert med å distansere seg mer fra familien. På et tidspunkt flyttet han for seg selv. Han forteller at han ikke ønsket å ta avstand fra familien, men han følte at dette var et valg som ble nødvendig for han. Valget mellom alkohol og familie, eller alkohol og hverdagens krav og oppgaver etter hvert ble stadig mer fremtredende. Når de så tilbake beskrev alle at de i lengre perioder, de fleste over flere år, hadde tatt valg som muliggjorde videre bruk av alkohol.

«etter hvert når du må ha alkohol, så blir du jo likegyldig, det er ingen som kan komme inn på deg. Verken din sønn, eller noe annet som ... Du later som det ikke er drikkinga ... det er det eneste du tenker på da».

Flere av deltagerne beskriver hvordan de etter hvert fant stadig flere anledninger der de smugdrakk alkohol. De kunne bruke mye tid på å tilrettelegge og få mulighet til å fortsette å drikke, på tross av økende bekymring fra familie eller venner.

«Jeg ville være i fred jeg, så når de (barna) var hos faren sin så var det jo fantastisk ikke sant, da trengte jeg ikke Men jeg startet jo med å gjemme det jeg drakk, det kunne jo stå et rødvinsglass fremme liksom, men jeg drakk jo mer enn det de så».

4.2 Hva påvirker valget om å be om hjelp?

Neste hovedkategori omhandler beslutningen om å kontakte hjelpeapparatet. Underkategorier omfatter opplevelse av vendepunkt, betydning av negativ helsepåvirkning og frykt for negative konsekvenser.

4.2.1 Opplevelse av et vendepunkt?

Et av temaene som ble tatt opp i intervjuene handlet om erfaringer knyttet til eventuelle vendepunkt for endring. En av deltagerne beskrev et helt konkret tidspunkt der hun kjente at «nå gå det ikke lenger». Hun hadde allerede kontakt med hjelpeapparatet, men fortalte om en spesifikk hendelse der hun selv tok et valg om å be om ytterligere hjelp.

«Jeg husker hvor jeg sto og hva jeg følte når jeg tok avgjørelsen om å søke hjelp, da hadde jeg vært så syk. Jeg sto oppe på soverommet mitt, der jeg tilbragte alt for mange av døgnet timer, sto liksom litt bak døra, ved siden av skittentøysdunken min, der jeg ofte gjemte vinen, for der var det ingen som fant den trodde jeg da. Også tenkte jeg at dette går faen meg ikke lengre, nå kjenner jeg at jeg ikke fungerer, men jeg vil ikke noe annet enn å drikke. Jeg vil ikke kutte ut, men jeg må».

Andre deltagere fortalte at de hadde måtte gå mange runder med kontakt og oppfølging i hjelpeapparatet, med tilbakefall til alkoholbruk, og nye runder med behandlingskontakt og oppfølging. Selv om ikke alle deltagerne beskrev et konkret øyeblikk, fortalte alle deltagerne at de hadde kommet til et punkt der de ikke så annen utvei enn å be om hjelp. Flere beskrev at de opplevde at tilværelsen kjentes håpløs, de var lei seg selv, og mest av alt; lei av å drikke. For samtlige deltagere hadde da alkoholproblemene vedvart over mange år.

«nei, det var vel det at jeg så (i sommer) selv, at det her går ikke. Jeg så at det kom til å ende ganske dårlig da, hvis jeg ikke gjorde noe med det»

4.2.2 Negativ helsepåvirkning

Samtlige deltagere fortalte at alkoholinntaket hadde hatt flere negative konsekvenser når det gjaldt egen helse. Alkoholbruken vedvarte på tross av stadig økende grad av psykiske og somatiske påkjenninger. Alle hadde erfaringer med at deres arbeidsrelasjoner ble påvirket av drikkingen. Flere av deltagerne hadde falt ut av arbeidslivet i lengre perioder, med hyppige og langvarige sykemeldinger og arbeidsavklaringsstønad. Ingen av deltagerne var i ordinær jobb på intervjutidspunktet. Samtlige fortalte at alkoholbruken økte da de ikke lenger hadde en jobb å gå til.

«Jeg sa opp jobben min, og da var det fritt fram. Da ble jeg syk av det altså, og da var det ikke sånn at jeg hadde lyst på, da måtte jeg ha alkohol»

Mange deltager opplevde at det var vanskelig å være åpen om alkoholproblemene. En av deltagerne fortalte om gjentatte somatiske undersøkelser som følge av ulike symptomer, og at legen også på et tidspunkt stilte spørsmål rundt rusbruk. Deltageren sa at han ikke fortalte om alkoholbruken, selv om han tenkte at drikkingen var en medvirkende faktor til symptomene han kjente på. Han opplevde at det var vanskelig å vedkjenne seg et problem, selv om han etter hvert innså at han trengte hjelp til å endre alkoholvanene; «... selv om du har innsett at du må gjøre noe da, så ... det er ikke noe kvalitetstempel da».

På et tidspunkt ble det av flere av deltagerne beskrevet en bekymring for hvor mye lengre de kunne fortsette på samme måte når det gjaldt drikkingen og de negative helseutfordringene drikkingen medførte, og en stadig økende bekymring for egen helse. Flere beskrev at de drev det så langt at kroppen til slutt nærmest sa stopp, og de orket ikke mer av den livsstilen de levde.

«ja for at da, da går det jo til alle døgnets tider da. Da er du jo knapt nok edru sånn sett (...) du blir så sliten. Det starter jo med, du blir sykemeldt, fordi at du har vondt et eller annet sted i kroppen, du er sliten, du har hjertebank».

Opplevelsen av å ikke bli tatt på alvor i kontakten med helsevesenet grunnet akutte helseutfordringer ble beskrevet av en av deltagerne.

«Jeg husker at jeg ikke ble tatt på alvor når jeg var så syk før jeg ble innlagt på sykehuset. Jeg var, jeg hadde prøvd å kontakte fastlegen min, der kom jeg bare til en turnuslege. Jeg spiste jo ikke, jeg hadde jo gått ned 20 kg på kort tid. Fikk ikke i meg mat, det bare kom opp igjen. Jeg klarte bare å drikke. Og jeg ble bare avvist. (...) Jeg trengte hjelp, og følte at jeg ikke ble tatt på alvor, fordi at kanskje det var alkohol innblanda her».

4.2.3 Frykt for negative konsekvenser

Flere av deltagerne beskrev det som utfordrende å be om hjelp for alkoholproblematikken. Frykten for negative konsekvenser hadde for flere av deltagerne hatt betydning for at det hadde tatt lang tid å be om hjelp fra hjelpeapparatet. En egen opplevelse av å virkelig ønske, og kjenne seg klar for å endre alkoholbruken, kunne komme etter at kontakten med hjelpeapparatet allerede var etablert. Kontakten med hjelpeapparatet hadde for flere blitt etablert med utgangspunkt i bekymrede pårørende, eller som et krav fra arbeidsgiver for å

kunne fortsette arbeidsforholdet. Flere beskrev en stor forskjell på det å bli oppfordret eller nærmest pålagt å oppsøke hjelp, og det å komme til et punkt der de selv ønsket hjelp.

Noen av deltagerne fortalte om mistillit til hjelpeapparatet og om opplevelsen av manglende oppfølging og tiltak.

«Jeg er nødt til å ha noe rundt meg ... et nettverk av noe slag, eller noen å snakke med, og det hadde jeg overhodet ikke da. Legen sa, du kan ikke drikke liksom, her er antabus, også tar vi førerkortet ditt. Det var det».

Noen av deltagerne fortalte at frykten for å miste førerkortet påvirket dem i valget om å søke hjelp. En hadde mistet førerkortet flere ganger tidligere grunnet kjøring i påvirket tilstand. Frykten for å miste førerkortet gjorde at hun vegret seg for å søke videre behandling. Hun fortalte om samtaler med både fastlege og behandler i spesialisthelsetjenesten, der hun ble informert om det som ble omtalt som en avtale om muntlig kjøreforbud. Det muntlige kjøreforbudet bestod i at hun fikk tid til å vise rusfrihet, dokumentert med prøvetaking. Selv om hun i denne perioden hadde kjøreforbud, måtte hun ikke levere inn førerkortet. For henne var denne avtalen avgjørende for at hun valgte å takke ja til innleggelse.

«fordi jeg har jo hørt om, i hvert fall når jeg var på første døgntillegget, så mista dem jo lappen med en gang de kom i behandling. Og da sa jeg at da gidder jeg ikke rett og slett, men da tar dem jo lappen uansett. Da jeg kom på avrusninga nå, så sa dem at du får et muntlig kjøreforbud, og da blir det jo noe helt annet. Du får ikke lov til å kjøre, men dem har ikke tatt fra deg lappen heller».

En annen deltager opplevde at hans åpenhet rundt eget alkoholproblem slo negativt tilbake på han. Han følte han ikke kunne være åpen om hvordan det gikk med han, og at han hadde behov for oppfølging. Han opplevde at dette ble brukt mot han i møte med barnevernet.

«jeg har alltid vært åpen med fastlegen om alkoholproblemene. Men jeg har opplevd at det har blitt brukt mot meg. Så hvis jeg sa at jeg er på antabus, så; ja, men du er jo på antabus, da har du et stort rusproblem. Det er veldig mye fordommer der».

4.3 Endringserfaringer i møte med hjelpeapparatet

Alle deltagerne hadde erfaringer med ulike deler av hjelpeapparatet. Blant temaene som ble tatt opp i intervjuene var deltagerens opplevelse av faktorer som fremmet og eventuelt hindret deres endringsprosess. Flere opplevde at de hadde lite informasjon om hva de kunne få av hjelp og oppfølging. Flere deltagere opplevde det utfordrende å få etablert kontakt og komme i gang med oppfølging både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Det ble erfart at hjelpetilbudene ble dårligere og at det ble vanskelig å komme i kontakt med hjelpeapparatet som følge av korona-pandemien.

4.3.1 Utfordrende overganger og mangelfull informasjon

Kontakten med hjelpeapparatet bar preg av at deltagerne hadde behov for ulike tjenester til ulike tider, men også parallelle tjenester. Overgangene mellom ulike behandlingsnivåer og tjenester ble trukket frem som utfordrende og sårbare. Flere av deltagerne opplevde ventetiden før de kom inn i døgnbehandling som lang og utfordrende. De beskrev av de da var preget av svært redusert helse både psykisk og somatisk. De opplevde selv behov for rask hjelp. Ventetiden i påvente av innleggelse varierte, fra noen uker til flere måneder. Ventetiden mot innleggelse var hos de fleste preget av et pågående belastende alkoholforbruk.

«Når du kommer inn til legen da, og forteller at jeg må inn for det og det ... Ja du får plass om to måneder. I den perioden fra du har sagt ifra, og de to månedene, så er det bare å holde full gass. Du bryter helt sammen da, det blir til, du kjører deg helt fast, også i hodet, du blir helt paranoid til slutt».

En annen deltager opplevde at det var vanskelig å holde motivasjonen for innleggelse oppe når det ble flere måneders ventetid.

«Jeg følte egentlig at når jeg sa ifra til henne, så fikk jeg hjelp med en gang. Men fra de søkte til døgnbehandling, så tok det vel fire måneder før jeg fikk plass. Og det syntes jeg kanskje var litt i overkant, for på slutten der så sa jeg at nå må jeg snart få plass, for ellers så gidder jeg ikke (...) Det påvirket ikke drikkingen noe særlig, det bare fortsatte som før egentlig. Jeg tenkte, jeg skal jo snart i behandling, så jeg kan jo likeså greit drikke».

Betydningen av å få nok informasjon om hvilke tilbud som fantes, og også hva de ulike tilbudene innebar ble vektlagt. En av deltagerne fortalte at han ikke hadde noe erfaring fra tidligere behandling da han gjennomførte et avrusningsopphold, og hadde lite informasjon om

hva han kunne få av oppfølging i etterkant. Han ble henvist til kommunalt rus- og psykiatriteam, men visste lite om hva dette tilbudet innebar.

«Jeg fikk jo et vedtak. De skulle komme hjem til meg, to timer i måneden eller et eller annet sånn, så det var egentlig ... jeg visste ikke hva det dreide seg om engang. (...) Jeg hørte ikke noe fra noen. Og det ... jeg har alltid telefonen på lydløs, jeg tar aldri ... i den perioden da, for telefonen var jo enten Lindorf eller sånne ting (...)».

For flere var det ikke selvsagt at man forsto hvilke form for oppfølging og hjelp man kunne få. Titler som ruskonsulent og veileder ga nødvendigvis ikke særlig mening, og det var vanskelig å vite hva en kunne få hjelp og støtte til. En deltager fortalte at han på et senere tidspunkt i behandlingsforløpet hadde bedre innsikt i behandlingssystemet, og det bidro til at han i større grad kunne ta informerte valg.

Prosessen med å få til endring hadde for de fleste av deltagerne bestått av gjentatt kontakt med ulike deler av hjelpeapparatet. I perioder kunne de ha en bedre fungerende hverdag, og kontakten med hjelpeapparatet endret karakter eller ble avsluttet. Det kunne oppleves som tungvint å komme tilbake i behandling dersom tjenestetilbudet hadde blitt avsluttet. En deltager fortalte om sin erfaring med å ønske å starte opp igjen behandlingen etter få måneder, fordi han opplevde forverring av sin situasjon, med eskalerende alkoholbruk. Han måtte da igjennom hele henvisningsprosessen igjen.

«da mister du hele nettverket når du sier nei en gang. Så når jeg i juli, august ringer og sier, at det går egentlig ikke sånn kjempebra, så må du hele den balletten igjen. Da må du inn til lege, du må søke, du må henvises. Da er det muligens ikke så akutt, så da tar ting tid».

Denne perioden ble preget av at alkoholinntaket eskalerte ytterligere, i påvente av å komme tilbake i behandling.

4.3.2 Å være i behov av oppfølging i en pandemi

Alle deltagerne har vært i behandling og mottatt oppfølging for alkoholproblematikk, og vært i behov av ulike former for kontakt med hjelpeapparatet i en tid da landet og verden for øvrig har vært rammet av en pandemi. Den 12.mars 2020 ble landet mer eller mindre over natta stengt ned. Det ble igangsatt strenge restriksjoner på alle nivå, som innebar stengte skoler og barnehager, restriksjoner for helsehjelp med opphør av fysiske møter så langt det lot seg

gjennomføre i sosial- og helsetjenesten, og også strenge private sosiale restriksjoner. Det ble i intervjuet stilt spørsmål om hvordan pandemien hadde påvirket deltagerne i deres endringsprosess. Det ble tatt frem i flere av intervjuene at behandlings- og oppfølgingstilbudet fungerte betydelig dårligere i perioden etter at pandemien rammet landet. Flere av deltagerne hadde erfaringer med at den polikliniske oppfølgingen med samtaler ble avlyst, og de ble tilbudt telefonoppfølging i stedet for fysiske samtaler.

«Så kom jo koronaen da. Da stoppet jo de polikliniske møtene. Som sagt så ble det jo egentlig bare klunder. Ikke fikk jeg komme dit på møter, det ble ringt når jeg var på jobb da. Så sier jeg at alt er jo bra da, for jeg fikk jo ikke møte noen, for alt var jo korona og stengt».

Deltageren fortalte at han fikk lite utbytte av samtalene over telefon, og beskrev at samtalene kunne oppleves mer overfladiske.

Flere opplevde det som vanskelig å holde kontakt en med sine behandlere og kontaktpersoner i kommunen, og flere erfarte at søknader om tjenester ikke ble fulgt opp. Flere beskrev at de i denne perioden mistet motivasjon og tro på bedring, oppfølgingen ble for usikker og distansert.

Det ble trukket frem flere konsekvenser av pandemien som rammet deltagerne. Det at aktivitetshus ble stengt, og arbeidstiltak ble satt på vent førte til at hverdagen fikk mindre innhold. En deltager forteller at for henne ble det mer utfordrende da treningssentrene stengte ned, da det var et viktig holdepunkt i hverdagen hennes.

Det ble trukket frem at pandemien forsterket mange vanskelige følelser som det ble utfordrende å håndtere alene. Det kunne handle om frykt for smitte, og også sinne og frustrasjon for utfordringene alle restriksjonen skapte.

Jeg er jo så redd for alt mulig, så når jeg får disse nyhetene rett i pappen så, ikke bra for meg. Men jeg var heldig å få være på et sted (når pandemien brøt ut), og håndtere dette inntrykket med sykepleiere og psykologer. Men når det begynte å blomstre opp igjen, en periode etter at jeg ble skrevet ut derfra, så har det vært en tung greie å takle».

Flere opplevde at pandemien førte til at de ble sittende mer hjemme, og at alkoholinntaket i denne perioden økte. «Før tok du kanskje 4-5 øl hjemme, også gikk du ut og møtte folk. Nå var det liksom så du satt hjemme og drakk 30 halvliterer aleine på en kveld. Flere opplevde at

denne perioden har vært preget av økt ensomhet, der de har kjent seg mer alene med sine utfordringer.

4.3.3 Å få hjelp for mer enn rusproblematikken

Flertallet av deltagerne beskrev en sammensatt problematikk bestående av alkoholproblemer, psykiske og somatiske helseutfordringer. Å føle seg ivaretatt, og bli fulgt opp både psykisk, somatisk og for rusproblematikken ble vektlagt.

«altså det er jo redselen, den har jo alle alkoholikere tror jeg, at de drikker på seg gulsott og skrumplever. Og at det er for seint. Så i en periode før jeg ble lagt inn her, så tenkte jeg at nå har jeg drukket meg i hjel, og fått skrumplever, så nå spiller det ingen rolle».

For denne deltageren var det viktig å få tatt blodprøver og få tilbakemelding på at disse prøvene var bra. En annen deltager fortalte at han hadde ønsket et større fokus på hans somatiske helse da han var innlagt, bestående av en helhetlig oppfølging med blodprøver og fokus på trening og ernæring. Han opplevde at det ble for stort fokus på rusproblematikken under innleggelsen, og han følte at hans andre utfordringer og helsebekymringer ikke ble vektlagt.

En av deltagerne beskrev hvordan han slet med å få til en hverdag som han trivdes med, selv flere måneder uten alkohol. Han beskrev hvordan både psykiske og somatiske symptomer som påvirket han negativt i hverdagen.

«Jeg er i behandling for å få svar, eller for å finne noen løsninger. Jeg kan ikke ha det sånn. De kaller det angst ... jeg har ikke klart å definere hva det er».

Flere av deltakerne var opptatt av å forstå de psykiske plagene, det å finne «kjernen» i problemet ble av flere vektlagt. Spørsmål som «hvorfor plages jeg med disse symptomene» eller «hvorfor kjenner jeg meg så engstelig» ble viktige å finne svar på. Opplevelsen av at det var et helhetlig fokus i ble vektlagt av flere av deltagerne. Flere erfarte at deres psykiske symptomer ble forklart som en konsekvens av alkoholbruken deres. Det kunne føre til en opplevelse av at psykiske helseutfordringer ble nedprioritert i behandlingen og oppfølgingen. Det å kjenne på vedvarende psykiske helseutfordringer var en faktor som påvirket russug, som igjen vil kunne påvirke risiko for tilbakefall.

4.4 Å orientere seg videre

Et av temaene som ble tatt opp i intervjuene handlet om hva som ble ansett som viktig for å kunne fortsette den endringsprosessen de var i, og hva deltagerne erfarte at påvirket deres opplevelse av bedring. Faktorer som ble vektlagt handlet til dels om elementære ting i hverdagen, som økonomi, bosted, relasjoner og aktiviteter. Samtidig ble det å ha det bedre med seg selv, og dermed også oppleve en bedre fungering i hverdagen beskrevet som viktig. Deltagerne beskrev hvordan de hadde brukt tid på å finne ut av, og at flere fremdeles kjente på mye usikkerhet til hvordan de skulle forholde seg til alkohol videre.

4.4.1 Måtehold eller avholdenhet

Et tema som alle deltagerne tok opp, var refleksjoner rundt videre alkoholbruk. Samtlige hadde gjort seg mange tanker og erfaringer rundt spørsmålet om de ønsket å oppnå avholdenhet eller måteholden bruk alkohol. Deltagerne var på ulike steder i sitt behandlingsforløp, der to var innlagt i døgnbehandling og tre var i poliklinisk behandling på intervju tidspunktet. De hadde ulikt tidsrom siden sist de drakk alkohol, fra noen måneder til flere år.

To av deltagerne fortalte at deres tanker og oppfatninger relatert til spørsmålet om måtehold eller avholdenhet hadde endret seg underveis i behandlingen.

«da jeg fikk beskjed om at jeg hadde fått innleggelsesdato, så tenkte jeg at dette passet ypperlig. Da skal jeg være der så og så lenge, da får jeg liksom pause, jeg kommer meg litt igjen og sånn, og så kommer jeg ut igjen til akkurat da jeg skal reise på ferie. Så har jeg lært meg å drikke kontrollert».

Endringen til et mål og ønske om avholdenhet fra alkohol handlet om en endret forståelse av egen problematikk. Beslutningen om avholdenhet ble beskrevet som vanskelig, og noe hun måtte jobbe mye med i behandlingen over lang tid.

«men sånn halvveis uti, så skjønte jeg jo det at jeg skal jo ikke på ferie å drikke ... det som var vanskelig var å tenke at du aldri skulle drikke noe mer».

En annen av deltagerne fortalte også om hvordan hans tanker rundt eget forhold til alkohol endret seg utover i behandlingsforløpet. Han fortalte om hvordan han etter et avrusningsopphold etter en tid begynte å drikke igjen. Han hadde takket nei til antabus da han ble skrevet ut, og sier at han i ettertid tenker at å takke nei til antabus handlet om å holde

mulighetene åpne for å kunne drikke litt alkohol. Etter en periode med økende drikking, ble han søkt inn til ny avrusning, og han tok i denne perioden et valg om å holde seg helt avholden fra alkohol videre. Han uttrykte i intervjuet at «*jeg kan vel egentlig ikke innta noe jeg kan bli avhengig av*».

Alle deltagerne formidlet at de hadde hatt et ønske og et håp om å kunne klare å begrense alkoholinntaket. Alkoholen hadde for flere av dem ikke hatt en entydig negativ rolle, og det var vanskelig å se for seg å gi slipp på den siden av alkoholbruken som førte med seg mer positive sider. Disse sidene kunne handle om å komme mer i kontakt med andre mennesker, være sosial og ha det gøy med venner, eller ta en øl med kamerater mens en så en fotballkamp.

«nei, det er jo det, hadde jeg klart å holde meg til sosiale lag og selskaper, og holde meg unna ukedrikkinga, så tenker jeg at det hadde jo vært det optimale, men ... jeg har liksom prøvd litt på egenhånd, og jeg veit det går skeis. Så er det det å få bygd opp litt viljestyrke og sånn, så tenker jeg at det kan jo gå. Men da må man jo være litt mer våken og obs på det».

4.4.2 Å kjenne på mestring og mening i hverdagen

En deltager beskrev at hun hadde fått hjelp både av familie og på behandlingsstedet der hun var innlagt, til å få på plass en del i hverdagen hennes som hun opplevde viktig for å fortsette endringen etter utskrivelse. For henne ble valget om å flytte nærmere familie en viktig motivasjon til å se fremover, hun sparte penger, og fortalte entusiastisk at hun øynet muligheten til å kjøpe seg et eget bosted.

«Nei, jeg har jo fått økonomien på plass og litt sånn, så nå slipper jeg å tenke på det. Greide å bli gjeldfri før jeg dro hit, og nå driver jeg og sparer. Nå er det mulig jeg kanskje får kjøpt meg en egen leilighet når jeg kommer ut. (...) Jeg har jo aldri eid noe i hele mitt liv. Nesten aldri hatt sparepenger heller, så det er veldig deilig det».

Ved å flytte nærmere familie så hun for seg at det ville bli lettere for henne å oppsøke nye aktiviteter og få nye interesser når hun hadde noen å dele dem med.

Flere beskrev at det var viktig å erfare at de fikk ordnet opp i praktiske gjøremål, som å ta telefoner og delta på møter. Flere opplevde at det hjalp med støtte fra hjelpeapparatet for å utfordre seg på en del de tidligere hadde unngått.

En deltager fortalte og om å trene som avgjørende for hennes endringsprosess, og en viktig bedringsfaktor. For henne hadde det vært viktig å bli introdusert til trening og fysisk aktivitet allerede ved avrusningsoppholdet. Hun beskrev hvordan treninga hjalp henne når hun kjente seg stressa eller preget av sterke følelser. Det å være aktiv bidro til at hun kjente seg roligere innvendig, og at hun i større grad klarte å håndtere ulike situasjoner og emosjonelle utfordringer.

«Jeg hadde begynt å trene der (på avrusningsenhet), som har blitt viktig for meg i min tilfriskning. (...) Jeg får ting ut, jeg får tenkt når jeg trener. Med musikk på øret, det er veldig viktig, jeg klarer ikke å trene uten musikk, så alt dette gir meg veldig mye. Så jeg trenger noe, en erstatning på en måte da, for rusen».

For en annen deltager var det å klare å opprettholde aktiviteter etter utskrivelse utfordrende. Han opplevde en relativt rask bedring i form av avstand til alkohol, bedre struktur i hverdagen, og reduserte psykiske symptomer når han var i døgnbehandling. Han kjente på optimisme og fortalte om interesser og hobbyer han så for seg ville være betydningsfulle for han å opprettholde etter at han ble utskrevet. Selv om det var satt opp aktiviteter og avtaler etter utskrivning, opplevde han at det var vanskelig å ta imot hjelp da han kom hjem. Utrygghet og psykiske helseutfordringer ble oppgitt som viktige grunner for at han avviste den kommunale oppfølgingen. Han vektla selv betydningen av å få en tryggere bosituasjon, og at han helst ønsket seg en form for bolig med tettere oppfølging.

«Det er alltid stablet et nettverk på banen når jeg blir skrevet ut. Men jeg bryter jo tilbudene med en gang jeg kommer ut. Nettopp fordi jeg føler jeg blir for ustabil til å holde avtaler, jeg orker ikke det kravet. (...) Det som er så skremmende er at det har gått så fort nedover. Etter en innleggelse begynte jeg å drikke etter tre uker. Etter siste innleggelse begynte jeg vel å drikke etter ti dager tror jeg. Jeg identifiserer grunnen til det med at jeg er redd for å bo alene».

4.4.3 Behov for oppfølging over tid

Samtlige deltagere hadde flere års erfaring med oppfølging for sin rusproblematikk, både fra kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Deltakerne var opptatt av å beskrive behovet og Det ble beskrevet ulike erfaringer med helsetjenestene, men et viktig element som intervjudeltagerne vektla var behovet og muligheten for oppfølging over tid, også etter at de hadde fått til en ønsket endring. Det ble beskrevet viktigheten av å ha noen som en kunne

søke hjelp og støtte hos, *«for å få snakka, å få ikke akkurat for å få forståelse, men få snakka og ... av og til bare få et litt klarere syn på ting ...».*

Det var ikke slik at ulike symptomer og utfordringer nødvendigvis forsvant selv om deltagerne holdt seg rusfrie. Selv om alle erfarte at endring av alkoholvaner førte til en mer stabil hverdag, var flere bekymret for at de ikke ville klare å håndtere negative tanker og følelser.

«Ja, også savner jeg jo følelsen av å være helt borte, ikke sant, å bare være i flukt, et annet sted. Fravær av vonde følelser, vonde tanker og følelser. Det savner jeg jo. For det er der det ligger, det er der alt ligger, som jeg vil bort fra».

Deltagerne fremhevet betydningen av å ha en kontakt i kommunen eller en behandler, som de opplevde å ha god kontakt med, og at denne relasjonen kunne fortsette over tid.

«Jeg trenger egentlig å snakke, snakke om de problemene jeg har. Ikke være aleine om ting. Også trenger jeg å ha et mål og et håp. Mitt håp er at min behandler hjelper meg å finne ut hvorfor jeg er så utrygg og redd ... og det er liksom der veien min går da, at jeg har noen som, en konstant kaller jeg faktisk behandleren min. At jeg har den konstanten som er der».

Tillit til den som skal følge opp trekkes frem som viktig. Og motsatt, å føle at den som følger opp har en tillit tilbake. En forteller om at det for han har vært viktig å få rom for å prøve og feile underveis, og likevel oppleve at oppfølgingen og hjelpen er der. Betydningen av faktorene tid og fleksibilitet i møte med hjelpeapparatet vektlegges av alle deltagerne.

5 Resultatdiskusjon/drøfting

I diskusjonskapittelet vil de mest sentrale funnene i prosjektet løftes frem. Funnene vil drøftes opp mot tidligere forskning og ses i lys av teori om endringsprosesser og recovery.

Problemstillingen jeg i denne undersøkelsen ønsket å belyse var følgende:

Endringserfaringer hos mennesker med alkoholavhengighet i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Med denne undersøkelsen ønsket jeg videre å få belyst følgende forskningsspørsmål:

- Hva har ført til en beslutning om å søke hjelp?
- Hvilke erfaringer har deltagerne med endring av rusvaner?

Jeg vil i det følgende løfte frem de mest sentrale funnene i denne oppgaven. Jeg har valgt å drøfte funnene under tre hovedoverskrifter; «**et ønske om endring og bedring**», «**kontakten med hjelpeapparatet**» og «**å få det bedre med seg selv**».

5.1 Et ønske om endring og bedring

5.1.1 Motivert nok?

Funn i dette prosjektet gir et bilde av at årene i forkant av kontakt med hjelpeapparatet har vært preget av eskalerende alkoholbruk, sett i sammenheng med økt grad av negative konsekvenser. Blant negative konsekvenser deltagerne beskrev var belastninger i forholdet til nære relasjoner og nettverk, nedsatt arbeidsevne og økte psykiske og somatiske symptomer. Flertallet beskriver i tillegg hvordan de i denne perioden trakk seg stadig mer unna andre. Prosessen der de i tiltagende grad trakk seg unna, kan forstås i lys av tiltagende negative reaksjoner fra miljøet rundt. Deltagerne beskrev at de kunne oppleve seg lite forstått av de rundt. De kjente behov for å skjule og skape rom for å kunne fortsette alkoholforbruket.

Å ta skrittet og be om hjelp, handler også om å si noe om at dette klarer jeg ikke på egenhånd. Deltagerne i dette prosjektet forteller at de har forsøkt å få til en endring på egenhånd. De har hatt perioder med mer og mindre alkoholbruk, og perioder med bedre og dårlige fungering og varierende grad av opplevd livskvalitet. Alle forteller om at det har tatt flere år å komme til en beslutning om å be om hjelp. Mange med ruslidelser opplever en naturlig bedring uten å være i kontakt med hjelpeapparatet (Cohen et al.2017; Grant et al.,2015).

Fra et endringsperspektiv, og et behandlingsperspektiv anses motivasjon som helt sentralt. Det antas at de fleste som har erfaring med rusproblematikk og rusbehandling innehar synspunkter og antagelser om motivasjon. Ikke sjelden diskuteres det i behandlingssammenheng hvorvidt en person vurderes motivert for endring eller ikke. Hole (2014, 107) formidler at det er viktig at motivasjon ikke blir sett på som noe man har, eller ikke har. Han forklarer at motivasjonen – ønsket om en endring- kan ses som et spenningsforhold mellom de positive kreftene i personen som ønsker en endring, og de kreftene som bidrar til fortsatt avhengighet. Sett i lys av et biopsykososialt syn på avhengighet vil ikke dette spenningsforholdet være statisk, men påvirkes av faktorer i og rundt personen.

Studier har vist at veien fra et høyt alkoholforbruk til avhengighet tok mellom 3 og 15 år (Vaillant (1995) i Landheim, 2016). Veien inn i behandling for rusproblematikken kan for mange oppleves utfordrende.

Hvordan vi forstår denne endringen til en eskalerende alkoholbruk med tiltagende negative konsekvenser, som deltagerne beskriver avhenger av hvordan en forstår avhengighet som fenomen. Med en helhetlig forståelse basert på et biopsykososialt perspektiv, vil en side av problemutviklingen kunne forklares ut fra en nevrobiologisk forståelse. Rusmiddelbruken påvirker hjernens belønningsområder, som igjen fører til frigjøring av signalstoffet dopamin. Denne påvirkningen i økt dopaminutskillelse virker som en betydelig motivasjon for videre rusmiddelbruk. Etter hvert tilvenner hjernen seg tilførselen av alkohol, og dopaminfrigjøringen reduseres. Dette forklares som en toleranseutvikling (Nesvåg, 2016, s.68). Toleranseutvikling kan oppleves som et sug etter mer alkohol, og kan resultere i at alkoholbruken øker. Det trengs mer alkohol for å få den effekten man i utgangspunktet søkte. I denne prosessen vil gjerne personen oppleve en endring i rusopplevelsen. I teorien beskrives dette som en endring, der «liking» reduseres, mens «wanting» øker. Dette forklares ved at den positive effekten av rusbruken reduseres, mens trangen og motivasjonen til å drikke øker (Hole, 2014, s. 27-28).

Flere av deltagerne beskrev denne endringen som en opplevelse av å gå fra å *ville*, og også ha *glede* av å drikke, til å oppleve at de *måtte* ha alkohol for å fungere på en tilfredsstillende måte. I denne fasen, vil mange erfare at alkoholen, rusbruken, tar stadig mer plass. Fra et psykososialt perspektiv vil konsekvensen av adferdsendringen beskrevet over kunne påvirke personens relasjoner, fungering i jobb, opprettholdelse av interesser og gi økonomisk negativ påvirkning. Videre kan det påvirke opplevelsen av trivsel og mestring i hverdagen. Deltagerne

fortalte om en sammensatt utvikling av en vanskelig livssituasjon, der adferd og konsekvenser påvirket hverandre, og at det ble erfart vanskelig å bryte ut av denne negative spiralen.

Det kan synes vanskelig å forstå hvorfor de negative konsekvensene som tiltar i omfang grunnet økt alkoholproblematikk ikke er grunnlag nok for en motivasjon for endring.

Gjentatte forsøk på endring uten å lykkes vil ifølge Brumoen (2007) påvirke graden av mestringstillit, som handler om tillit til egen evne til å mestre i gitte situasjoner. Slik kan en tolke at mennesker med gjentatte egne forsøk på å få til en endring uten å lykkes, forut for å be om hjelp, innehar en lav mestringstillit. Motivasjon har ifølge Brumoen utgangspunkt i grad av mestringstillit, og hvorvidt personen vurderer verdien av endringsresultatet.

Ambivalens handler om «å ha konflikterende følelser og tanker overfor noe eller noen» (Barth, Børtveit & Prescott, 2006, s.38). Å være ambivalent i forhold til endring handler om konflikten mellom å fortsette en adferd eller å endre den. Ambivalens og tro på egen mestring påvirkes av tidligere erfaring og forventning og hva endring kan medføre. I endringsarbeid ved avhengighetsproblematikk er ambivalens et kjent fenomen. Ambivalens og motivasjon henger tett sammen. Det kan komme til uttrykk ved at man uttrykker et ønske om en endring, og også på det tidspunktet ønsker denne endringen. For eksempel at en person uttrykker et sterkt ønske om å slutte å drikke, men likevel ender opp med å drikke kort tid etter.

5.1.2 Å komme i posisjon til endring

Flere av deltagerne fortalte om kontakt med ulike deler av helsevesenet forut for kontakt med TSB. Det kunne handle om gjentatte undersøkelser og utredninger hos fastlege eller i spesialisthelsetjenesten grunnet somatiske helseplager, eller henvendelser til legevakt. Deltagerne fortalte om bekymring for egen helse, både psykisk og fysisk, og flere beskrev en bekymring for å ikke holde ut.

Resultater fra en norsk studie omhandlende årsaker til at personer med langvarig rusproblematikk ønsket å slutte viste at negativ helseeffekt med fysiske og psykiske helseplager var blant de viktigste årsakene. Det fremkom også at fortvilelse og følelse av håpløshet over egen situasjon var betydningsfulle faktorer for endringsønske (Pettersen et al., 2018). Funnet i denne oppgaven samsvarer med funnet i overnevnt studie. Det er dokumentert sammenheng mellom alkoholbruk og risiko for en rekke somatiske og psykiske helseproblemer (Rehm et al., 2010).

Evaluering underveis i opptrappingsperioden for rusfeltet 2016-2020 viste behov for «*økt oppmerksomhet for rus i ordinære tjenester for tidlig identifisering og oppfølging av brukere som ikke oppsøker spesifikke rus- og psykiske helsetjenester*» (Fafo.no). Forskning viser at det kan ta mange år å utvikle en avhengighet. Deltagerne i prosjektet beskrev å være svært preget av alkoholbruken og livssituasjonen når de ba om hjelp. Det kan være viktige arenaer for å tematisere mulige rusproblemer, når personene oppsøker ulike helsetilbud. På den annen side forteller deltagerne om hvordan de har benektet spørsmål om mulige rusproblemer når det har blitt adressert av helsepersonell. En av deltagerne uttrykte om sitt syn på egen alkoholproblematikk; «*det er jo ikke akkurat noe kvalitetstempel da*» og «*jeg ønsker jo ikke å være rusavhengig*». Bramness (2018) skriver at det er ikke uten grunn at den med alkoholavhengighet drikker alene, eller at «*sinnnet, volden, angeren og selvforakten kommer*». Han vektlegger skammens rolle i avhengighetsproblematikk, og hvordan skammen utgjør en forklaring i at mange bagatelliserer og skjuler egen problematikk, og at mange aldri kommer i behandling. Det kan tenkes (eller i det minste håpes) at en økt åpenhet og et økt fokus på avhengighetsproblematikk, kan bidra til at terskelen til å be om hjelp reduseres. En av deltagerne uttrykte i slutten av intervjuet at for henne var det svært viktig å kunne fortelle sin historie, blant annet fordi hun så på det å sette søkelys på avhengighetsproblematikk ga mulighet for andre kunne å relatere seg til, kjenne igjen, og ha større åpenhet om utfordringene.

5.2 Kontakten med hjelpeapparatet

5.2.1 Når hjelpetilbudet ikke oppleves helhetlig og koordinert

Funn i denne studien viste at kontakten med hjelpeapparatet bar preg av behov for ulike tjenester til ulike tider. Overgangene mellom ulike behandlingsnivåer og tjenester ble trukket frem som utfordrende og sårbare. Funn i studien viste også at flere kjente seg lite forberedt på veien gjennom helsetjenestene. Det fremkom en opplevelse av at det var vanskelig å få innsikt og forståelse i hva tjenestene innebar. Det ble beskrevet en opplevelse av mangelfull informasjon om overganger, for eksempel fra døgnbehandling til poliklinisk behandling, i tillegg til at overganger kunne erfares som svake ledd i oppfølgingen. Det var flere erfaringer på at oppfølging ikke kom i gang som planlagt eller forespeilet, og at overgangene i tjenestene ofte var preget av lang ventetid. Nesvåg (2016, s.76) påpeker at kunnskapen vi har om

avhengighet viser at dette ofte er et langvarig problem. Risikoen for tilbakefall, enten fra avholdenhet til rusbruk, eller fra stabilisert til mer destruktiv rusbruk kan vedvare gjennom mange år. Dette skaper krav til organisering av det hjelpetilbudet som gis.

Recovery handler om bedring, og det folk gjør for å kunne leve gode liv. Ved forskning på recovery i forhold til erfaringer med ruslidelser og ved samtidig psykisk lidelse og ruslidelse, fremkommer det at personer med samtidig rus- og psykisk lidelse er vanskeligere å nå med god hjelp. Dette skyldes blant annet at de har sammensatte problemer, og at de trenger å møtes med en bred forståelse og innsats fra ulike helse- og velferdstjenester (Biong & Borg, 2016).

Pakkeforløp ble gradvis innført fra 1. januar 2019. Utgangspunktet for pakkeforløp var å gi pasienter og pårørende et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart. Unødig ventetid skal unngås, og pasient skal ha mer innflytelse på behandlingen. Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet er sentrale mål i pakkeforløp for psykisk helse og rus (Helsenorge.no). For å ha en reell medbestemmelsesrett og kunne ha et utgangspunkt for å ta valg er det nødvendig at personen som er i behandling får tilstrekkelig informasjon og mulighet til å forstå behandlings- og oppfølgingssystemet. Biong og Ytrehus (2016, s.21) påpeker at det er behov for mer kunnskap om hvilke sider av helsetjenestetilbudet som gjør at det oppleves utfordrende å bruke av personer med rusproblemer. Det er i tillegg behov for mer kunnskap om hvordan tjenesten kan utformes med tanke på å møte denne gruppens behov.

Forskning viser at uoversiktlige helse og sosialtjenester, samt opplevelsen av mangelfullt koordinerte tjenester erfares som en barriere for recovery (Borg, Davidson & Ness, 2014).

Brumoen (2007) vektlegger at i en endringsprosess er det viktig at personen selv er «prosjektansvarlig». I møte med hjelpeapparatet kan en fallgrube for den som søker hjelp kunne være at man mister noe av dette «prosjektansvaret» fordi man mister oversikten i egen prosess. Det sies at kunnskap er makt, og det vil i så fall kunne ses som et utgangspunkt for en skjev maktbalanse dersom hjelpeapparatet ikke i tilstrekkelig grad bidrar til at den hjelpesøkende har innsikt og kunnskap om de muligheter og ressurser som er tilgjengelig.

5.2.2 Erfaringer med behandling og oppfølging i en pandemi

Deltagerne i studien fortalte at behandlingstilbudet hadde endret seg som følge av pandemien. For de som var i poliklinisk behandling handlet det i stor grad om at samtaler ble gjort om til

video- eller telefonkonsultasjoner, eller avlyst i perioder. Flere opplevde at kvaliteten på disse samtalene ble betydelig dårligere enn ved fysiske møter. Et annet aspekt var at flere hadde et anstrengt forhold til å ta telefonen, blant annet fordi de fikk stadige henvendelser fra kreditorer grunnet gjeldsproblematikk. Digitale samtaletilbud gir nødvendigvis ikke den samme tryggheten og rammene for samtalene som de fysiske samtaletilbudene gir.

Covid-19-pandemien førte til store omveltninger både for den enkelte, men også for helsevesen, helsetjenester og samfunn generelt. I en spørreundersøkelse som så på hvordan mennesker med rusproblematikk og psykisk lidelse erfarte pandemien, oppga et flertall en forverring i form av blant annet økte angst- og depresjonssymptomer. Det ble også beskrevet økt isolasjon og utfordringer med stengte behandlings- og hjelpetilbud. På den annen side beskrev omtrent halvparten av informantene (n= 340) at deres egenerfaringer relatert til rus- og psykisk helseutfordringer gjorde det? litt eller mye lettere å håndtere krisen, og at de vurderte deres egenerfaringer ga dem viktig kompetanse til å håndtere kriser (Lauveng og Skjeldal, 2020, s. 10).

I en relativ ny rapport utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (Lien et al., 2021) fremkommer det at stengte lavterskeltilbud og lav digital kompetanse førte til større utfordringer enn vanlig for gruppen med samtidig rus- og psykisk lidelse. Fra undersøkelsen til Lauveng og Skjeldal (2020, s. 14) svarer over halvparten av de som hadde opplevd endringer i kontaktform eller at avtaler ble avlyst og at det påvirket deres situasjon negativt.

Lauveng og Skjeldal (2020, s.9) viser at mediedekningen av pandemien hos flere førte til økt angst og utrygghet. En av deltagerne i studien beskrev tilsvarende, han kjente på sterk frykt og utrygghet, og opplevde medieinntrykket av pandemien som voldsom. Han beskrev frykt for smitte, og at ensomhet og forsterkede psykiske symptomer hadde ført til et større alkoholinntak.

Rossow et al. (2021) har i en studie basert på to uavhengige nettundersøkelser (N=15267 og N=1195) undersøkt alkoholforbruk hos voksne i Norge, sett opp mot alkoholforbruket de første månedene av pandemien, våren 2020. Det ses en sammenheng mellom tidligere konsumnivå av alkohol og endringer i alkoholbruken under pandemien. Denne sammenhenger vises i at de med et tidligere lavt forbruk i løpet av pandemien drakk noe mindre, mens de som i utgangspunktet hadde et høyt alkoholforbruk, drakk enda mer under pandemien. Flere

deltagere i prosjektet forteller om økt alkoholbruk i pandemien, i tillegg til endrede rammer for drikkesituasjoner. En deltager forklarer dette med økt grad av ensomhet.

5.3 Å få det bedre med seg selv

Empirien i denne studien viser at endring av en problematisk alkoholbruk er en prosess uten tydelig start- eller målstrek. Endringsprosessen er avhengig av mange faktorer, både relatert til personlige, sosiale og behandlingsrelaterte faktorer. Dette er faktorer som påvirker opplevelsen av og muligheten for bedring. Deltagernes opplevelse av egen psykisk helse hadde stor betydning for deres håp om og tro på bedring. En deltager fortalte at han drømte om å dra på fotballkamp eller ta en tur på café, men opplevde at angsten hindret han i å klare dette. En annen opplevde at angstsymptomene ga han mange begrensninger i hverdagen, og også for hans muligheter til å følge opp sønnen. Flere opplevde at vedvarende psykisk symptomtrykk påvirket deres fungering i hverdagen. Sammenhengen mellom psykiske utfordringer og alkoholbruk ble vektlagt, og flere deltagere kjente på et stort behov for å få videre oppfølging og behandling for sine psykiske helseutfordringer selv om de kjente på en bedre mestring av rusproblematikken. De opplevde at utfordringer relatert til særlig angst- og depresjonsproblematikk hindret dem i å leve det livet de ønsket. De ønsket å forstå symptomene bedre, og det var viktig at dette ble sett på uavhengig av alkoholproblematikken. Flere opplevde at det psykiske symptomtrykket ble begrunnet med alkoholbruken av helsepersonell.

Å endre seg, og redusere rusmiddelbruken fører ikke nødvendigvis til bedring. En utfordring i hjelpeapparatet kan omhandle at bedring i for stor grad måles ut ifra observerbare og også målbare resultater, såkalt klinisk recovery. Når det gjelder alkoholproblematikk kan et slik fokus bestå i om det er oppnådd avholdenhet eller ikke. Flere av deltagerne i denne masteroppgaven opplevde fokuset på selve alkoholbruken som for dominerende i behandling. For dem handlet prosessen med å få det bedre om så mye annet enn å endre alkoholbruken. Flere var også tydelige på at avholdenhet nødvendigvis ikke var en målsetting i behandlingen. En deltager opplevde det viktig å kunne snakke åpent om denne ambivalensen, og ikke føle seg presset til å ta et valg. En studie vedrørende tjenesteutøvere i kommunal rus- og psykiatritjenestes syn på recoveryorientert tjenestetilbud, viste at det forelå en flertydig oppfatning om behandling av rusmiddelavhengighet skulle omhandle mål om avholdenhet eller ikke (Brekke et al, 2018). Ulike oppfatninger av hva mål for behandling og oppfølging av mennesker med rus og psykiske helseproblemer, og ulike forståelse av fenomenene endring og bedring vil kunne påvirke tjenestene som tilbys og hvordan tjenesteutøverne møter

brukerne. En litteraturgjennomgang på definisjon av recovery i sammenheng med alkoholavhengighet støtter en definisjon av recovery som en pågående dynamisk prosess av atferdsendring preget av relativt stabile forbedringer i biopsykososiale funksjoner. Det vektlegges at recovery fra alkoholavhengighet handler om langt mer enn avholdenhet fra alkohol (Witkiewitz et al., 2020).

Å drikke alkohol ble av flere beskrevet som en mestringsstrategi for å håndtere psykisk lidelse. En deltager opplevde raskt bedring hver gang han var innlagt, med rask forverring av symptomer og tilbakefall til alkoholbruk kort tid etter innleggelse. Han fortalte at «det samme opplegget sto klart etter hver utskrivelse», men at han ikke klarte å benytte seg av dette hjelpetilbudet. En kan da stille seg spørsmål om hjelpeapparatet da har tatt utgangspunkt i hva personen selv vurderer som betydningsfullt for å kunne mestre hverdagen. Denne deltageren beskrev manglende trygghet og tilhørighet som viktige faktorer. Han kjente på større trygghet ved innleggelse, og fortalte at han da raskt kjente seg bedre, og kom i gang med interesser og hobbyer som han trivdes med. Likevel han manglet følelsen av trygghet og tilhørighet i sitt hjemmemiljø, og så lenge han ikke fikk til en endring i sin hverdag, ble bedringen han opplevde ved innleggelse kortvarig, og han erfarte stadige tilbakefall. Karlsson og Borg (2017) vektlegger betydningen av sosial tilhørighet og opplevelse av felleskap når det gjelder bedringsprosesser. De beskriver at recovery foregår i folks hverdagsliv, og at det dynamiske samspillet mellom personer og omgivelser har stor betydning. Et sosialt perspektiv på recovery omhandler en helhetlig tenkning der psykisk helse må forstås kontekstuellet (s. 99-100).

Mennesker i rusbehandling er ingen ensartet gruppe. De har ulike historier og utgangspunkt inn i behandling, og de har ulike mål, håp og tro om endring og bedring. Det kan være vanskelig å definere hva endring er. Man endrer seg fra noe, men også mot noe. Slik sett kan man jo si at vi alle er i en konstant endring. Motivasjon for endring handler ofte om håp. Håp om å få det bedre, og håp om å få en hverdag der en kan oppleve mening og mestring.

Veseth et al. (2021) har gjennomført en kvalitativ studie som belyser betydningen av å integrere arbeid og andre meningsfulle aktiviteter i behandling og oppfølging for mennesker med rusmiddelavhengighet. Studien viser en sammenheng mellom det å ha noen viktige holdepunkter, beskrevet som «ankre», i hverdagen og effekten av terapeutiske innsatser. Meningsfulle aktiviteter og jobb anses som viktige arenaer som gir mulighet for personlig utvikling.

Funn i studien vektlegger at faktorer som meningsfulle aktiviteter som trening eller felles aktiviteter med familie var viktige for deltagerne i deres hverdagsfungering. Det ga mulighet for å kjenne på mestring, og kunne også ha en funksjon som mestringsstrategi for å håndtere utfordrende følelser og situasjoner.

Funn fra denne masteroppgaven viste til betydningen av å få oppfølging av hjelpeapparatet over tid. Behovet for oppfølging handlet om langt mer enn å få til en endring av alkoholbruk. En deltager uttrykte at det å holde seg edru ikke var ensbetydende med å kjenne seg frisk. Oppfølgingen fra hjelpeapparatet ble beskrevet som en trygghet, og et sted å «kaste ball» for å regulere og håndtere utfordrende følelser og situasjoner. Oppfølging fra kommune var for flere viktig som en støtte i ulike utfordringer i hverdagen, og en støtte i å erfare mestring, for eksempel ved å delta på møter.

Funn fra nyere forskning på bedringserfaringer hos mennesker med tidligere innleggelse i døgnbehandling for rusmiddelproblematikk, indikerer at recoveryprosessen er kompleks. Det var en rekke sammenhengende aspekter som bidro til en opplevelse av bedring, blant dem deltagelse og tilhørighet i samfunn, betydning av nære relasjoner, og å kjenne seg trygg. Forskning har vist at det er et behov for tilgang til profesjonell og sosial støtte gjennom recoveryprosessen, som for noen vil vare i mange år (Wangensteen & Hystad, 2021).

5.4 Metoderefleksjon

Malterud (2017, s.18) vektlegger at refleksivitet, relevans og validitet er tre kriterier som bør ligge som grunnlagsbetingelser for vitenskapelig kunnskap.

5.4.1 Refleksivitet

Forskeren skal vise en refleksivitet gjennom å stille spørsmål ved egne fremgangsmåter og konklusjoner gjennom hele forskningsprosessen og i utarbeidelsen av det ferdige produktet. Denne refleksiviteten bør inneholde kritiske spørsmål, synliggjøre tvil, og vurderinger som er gjort underveis.

Det vil være viktig å klargjøre forskerens rolle, samt en beskrivelse og betydning av egen forforståelse (Malterud, 2017, s.19). Jeg valgte dette prosjektets tema ut ifra egne erfaringer med å møte mennesker som har en alkoholproblematikk, av interesse for fagfelt og

engasjement. Det vil være viktig å være bevisst egen forforståelse, og om ikke klare å legge bort forforståelsen, så ha en bevisst holdning og forståelse til hvordan forforståelsen påvirker forskningsprosessen. Jeg fikk i analyseprosessen flere erfaringer på funn som utfordret min forforståelse, og slik sett kan jeg da ha lyktes i å ikke følge mine antagelser i møte med deltagerne i intervjuet.

Jeg har gjennom beskrivelse av egen fagbakgrunn og forforståelse, samt gjennom å synliggjøre innhold og vurderinger i datainnsamling og -håndtering, forsøkt å gi leseren en oversikt over hvordan prosjektet er gjennomført. Jeg har forsøkt å vise en så transparent vei gjennom prosjektutviklingen som mulig, gjennom å beskrive de forskjellige stegene og valgene tatt i prosessen.

Malterud påpeker videre at nærhet til stoffet kan vanskeliggjøre refleksivitet. Jeg ble oppfordret av min veileder å ha en bevissthet på rollen som forsker og intervjuer, og hvordan denne rollen skiller seg fra min yrkeserfaring med terapeutiske samtaler. Jeg tilstrebet å kunne skille forskningssamtalen, intervjuene, med terapिसamtalen som jeg fra tidligere har mye erfaring med. I etterkant av intervjuene, og da jeg jobbet med transkriberingen ble jeg bevisst at jeg i min frykt for å innta «behandlerrollen» nok ble i overkant tilbakelemt i intervjusituasjonen. Min frykt for å farge eller lede tematikken i samtalen, kan i etterkant vurderes å ha ført til at jeg ikke våget å være utforskende i stor nok grad. På den andre side kan det vurderes at min kunnskap om, og erfaring med tematikken, og erfaring med individuelle samtaler har ført til en mer avslappet atmosfære i intervjusituasjonen. Flere deltagere ga tilbakemelding i etterkant av intervjuene at de syntes det var fint å kunne bidra med sine erfaringer.

Jeg anser det som en styrke at deltagerne var i pågående behandlingsforløp, med nær tidsmessig kontakt med mange av sine erfaringer. For eksempel beskrev flere deltakere ambivalensen til behandlingsmål som en pågående prosess, og deres ambivalens ble synliggjort i deres beskrivelser i intervjuene. Det blir mulig en mer nyansert beskrivelse enn om en undersøker fenomenet ambivalens for endring retrospektivt.

5.4.2 Validitet/gyldighet og relevans

Ingen kunnskap er allmenngyldig, og forskeren må overveie og synliggjøre validiteten i prosjektet, det vil si hva resultatene i prosjektet faktisk sier noe om, og i hvilken grad disse resultatene er gyldige utover den sammenheng undersøkelsen er utført. Validitet handler om

at empirien må være gyldig og relevant, ved at en stiller spørsmål om den empirien vi har samlet inn, faktisk gir svar på de spørsmål som er stilt, og avklare hva våre resultater gir gyldig kunnskap om. Vi må da synliggjøre forskningsprosessen for leseren, for å gi innblikk i de vurderinger og valg som er tatt underveis (Malterud, 2017, s. 23). Valg av forskningsdesign har betydning for undersøkelsens validitet, det vil si gyldighet. Gyldigheten vurderes ut ifra intern validitet, som sier noe om i hvilken grad vi har dekning for de konklusjonene vi har kommet fram til i de dataene vi har tilgjengelig, og ut ifra ekstern validitet, som sier noe om i hvilken grad funnene kan generaliseres, det vil si i hvilken grad funnene kan overføres utover egen studie (Jacobsen, 2018, s. 89).

Dette er et prosjekt med kun fem deltagere, og det lave antallet deltagere kan påvirke prosjektets validitet. Deltagerne representerte likevel en bredde ved å representere begge kjønn, med et aldersspenn på nær 30 år. Alle deltagerne hadde flere års erfaring med behandling og oppfølging for sine rusmiddelproblemer. Det ble vurdert at utvalget hadde høy informasjonsstyrke.

Jeg transkriberte intervjuene selv. Malterud (2017, s. 80) skriver at når den som selv var deltaker i samtalen står for transkripsjonen, vil elementer fra samtalen, som kroppsspråk og stemmeleie, bidra til at forskeren lettere kan sette innholdet i samtalen i en sammenheng. Dette vil ifølge Malterud kunne styrke validiteten av analysematerialet.

I forkant av og i begynnelsen av prosjektet brukte jeg tid på å sette meg inn i eksisterende forskning og relevant teori. Jeg har i diskusjonskapittelet tilstrebet å se denne oppgavens funn i lys av tidligere forskning.

5.4.3 Pålitelighet

I all forskning vil spørsmål om dataenes pålitelighet eller reliabilitet være grunnleggende. Pålitelighet i denne sammenheng handler om dataenes nøyaktighet, som er avhengig av faktorer som hvilke data en velger å bruke, innsamlingsmetode, og hvordan dataene videre bearbeides (Johannesen, Tuft og Christoffersen, 2016, s. 36). Pålitelighet og troverdighet innebærer at en kan stole på at undersøkelsen er gjennomført på en troverdig måte, og at det i tillegg er gjort rede for hvilke mulige svakheter som er knyttet til resultatene av undersøkelsen (Jacobsen, 2018, s. 17).

5.5 Avslutning

Funnene i dette prosjektet viser at det tok flere år å komme til det steget å be om hjelp for alkoholproblematikken der deltagerne beskriver en lang og krevende prosess med å komme i posisjon til å be om hjelp for sine utfordringer. Den psykiske og fysiske helsen ble preget av en hverdag med stort alkoholinntak, og deltagerne beskrev store sosiale og relasjonelle negative konsekvenser. Flere opplevde at beslutningen om å søke hjelp var preget av «å ikke se annen utvei». Motivasjon for endring ses i sammenheng med opplevelse av bedring, og en opplevelse av en bedre fungerende hverdag.

Det kan oppleves vanskelig å forstå hjelpeapparatet som skal følge opp og bistå med behandling. Flere beskrev mangelfull informasjon om hjelpesystemet og behandlingstilbudene, som førte til at det ble mer utfordrende å ha innsikt i egen behandlingsprosess. Den mangelfulle forståelsen av behandlingssystemet kan påvirke valg og mulighet til benytte seg av hjelpeapparatet. Erfaringen deltagerne formidlet kan si noe om at hjelpeapparatet ikke inkluderer og informerer pasienter og brukere i tilstrekkelig grad om oppfølgings- og behandlingsmuligheter.

Utfordringer i forbindelse med pandemien synes å ha forsterket sårbare overganger i hjelpeapparater og hatt en negativ påvirkning på tilbudet som gis mennesker med rusproblematikk. Særlig fremkom det at oppfølgingen ble opplevd mer distansert og utilgjengelig. For den enkelte fremkom det at pandemien førte til økt isolasjon og ensomhet, økt alkoholforbruk, og økt symptomtrykk særlig i form av angst- og depresjonsproblematikk.

Noen av deltagerne opplevde at det ble for stort fokus på alkoholproblemet. De hadde behov for å få hjelp og oppfølging relatert til psykiske lidelser, også uavhengig av om de var avholdne eller ikke. Noen av deltagerne var tydelige på en målsetting om avholdenhet, mens andre igjen var usikre på om total avholdenhet var et mål, heller et ønske om få til en endring i drikkemønster som kunne gi mindre negative konsekvenser. Det fremkom et behov for oppfølging over tid, og at hjelpetilbudet og oppfølgingen vedvarte på tross av perioder med mer og mindre symptomer. Det var enighet om at endring og bedring handlet om langt mer enn endring av alkoholbruk, men om å få en hverdag med meningsfullt innhold, og en opplevelse av mestring og trivsel.

Litteraturliste

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.

Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Biong, S. (2015). *Å bli tatt på alvor som hele medmennesker - En forskningsbasert evaluering av Brobygger LAR/ROP i Notodden* (Forskningsrapport NR. 15/2015). Hentet fra <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2436663>

Biong, S. & Ytrehus, S. (2016) Rusproblemer – en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 15-29). Oslo: Cappelen Damm AS.

Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: En systematisk kunnskapssammenstilling*. (Rapport nr. 4). Hentet fra <https://napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>

Bramness, J. G. (2018). *Hva er Avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Brekke, E., Lien, L., Nysveen, K. & Biong, S. (2018). Dilemmas in recovery-oriented practice to support people with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative study of staff experiences in Norway. *International journal of mental health systems*, 12 Article nr: 30 (2018).

Brumoen, H. (2007). *Vanen, viljen og valget*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Cohen, E., Feinn, R., Arias, A., Kranzler, H.R., (2007). Alcohol treatment utilization: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *DrugAlcohol Depend* 86, Issues 2-3, 214–221. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.06.008>.

Crum, R. M., La Flair, L., Storr, C. L., Green, K. M., Stuart, E. A., Alvanzo, A. A., ... Mojtabai, R. (2013). Reports of drinking to self-medicate anxiety symptoms: longitudinal assessment for subgroups of individuals with alcohol dependence. *Depression and Anxiety*, 30 (2): 174-183. <https://doi.org/10.1002/da.22024>

Evjen R, Kielland KB, Øiern T (2018) *Dobbelt opp – Om psykiske lidelser og rusmisbruk* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Folkehelseinstituttet. (2015). Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2015. *PasOpp-rapport 2016:1*. Hentet fra

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/pasienterfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-passopp-rapport-2016-1.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2017). Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017. *PasOpp-rapport nr. 2017: 453*. Hentet fra <https://www.fhi.no/contentassets/e8a1d293338044a4b2c9ebcdd1e75db9/rus/453-nasjonale-resultater.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2018). Behandling for rusmiddelproblemer – en kortfattet historisk oversikt. Hentet fra

<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-rusmiddelproblemer--en-kortfattet-historisk-oversikt/>

Folkehelseinstituttet. (2018). Alkohol i Norge: Et folkehelseperspektiv på alkohol. Hentet fra: <https://fhi.no>

Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Gilman, S. E. & Abraham, H. D. (2001). A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression. *Drug and Alcohol Dependence*, 63 (3): 277-286. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(00\)00216-7](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(00)00216-7)

Grant, B.F., Goldstein, R.B., Saha, T.D., Chou, S.P., Jung, J., Zhang, H., ... Hasin, D.S. (2015). Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions III. *JAMA Psychiatry* 72, 757–766. <https://doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>

Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Holst, L. S., Flatval, V. S. & Bråthen, K. (2018). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Andre statusrapport*. (2018:44). Hentet fra <https://www.fafu.no/images/pub/2018/20693.pdf>

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. (IS-2076). Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet. (2020, 9.juli). Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/>

Helsedirektoratet. (2020). Statistikk fra spesialisthelsetjenesten – Norsk pasientregister. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/Psykisk-helsevern-og-rus/Aktivitetsdata-PHVTSB-2tert-2020.pdf/_attachment/inline/2506c5d2-8c7e-423d-b739-8b8244978ccb:1de5d809daf554c326847494ed10d3463d022183/Aktivitetsdata-PHVTSB-2tert-2020.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020*. (Prop. 15S (2015-2016)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/>

Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS

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

Johansen, A.B. & Bramness, J.G. (2016). Psykososial og medikamentell behandling ved rusavhengighet. I Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 121-142). Oslo: Cappelen Damm AS.

Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Kessler, R. C., Walters, E. E., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Borges, L. G., Caraveo-Anduaga, ... Merikangas, K. R. (2006). *Cross-national comparisons of co-morbidities between substance use disorders and mental disorders*. I: Sloboda, Z. & Bukoski, W. J. (red.) *Handbook of Drug Abuse Prevention*, s. 447-472. Boston: Springer. https://doi.org/10.1007/0-387-35408-5_23
- Landheim, A., Bakken, K. & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi* 2002; 12 (3): 309-318.
- Landheim, A., Bakken, K. & Vaglum, P. (2006). Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year prospective follow-up in two Norwegian counties. *BMC Psychiatry* 2006, 6:44
- Landheim, A. S., Lode Wiig, F., Brendbekken, M., Brodahl, M. & Biong, S. (2016). *Et bedre liv: historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauveng, A. & Skjeldal, E. (2020). Hvordan har mennesker med psykiske vansker og/eller rus opplevd pandemien våren 2020? *Koronarapport 28.05.2020 Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse*. Hentet fra https://tidliginnsats.forebygging.no/globalassets/koronarapport_28052020_erfaringskompetanse.pdf
- Lien, L., Leonhardt, M. & Brodahl, M. (2021). Hvordan opplever personer med en samtidig rus og psykisk lidelse utbrudd av COVID-19. *Rapport (2021) Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP)*. Hentet fra <https://rop.no/contentassets/26974798e5964ad2a45e8b8867349d56/hvordan-opplever-personer-med-samtidig-rus-og-psykiske-lidelser-utbrudd-av-covid19-2021.pdf>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (4. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McKay, J-R. & Hiller-Sturmhofel, S. (2011). Treating alcoholism as a chronic disease. Approaches to long-term continuing care. *Alcohol Res. Health*, 2011; 33(4): 356-370
- Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget
- Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: A literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*; 7 (3), 107-117. <https://doi.org/10.1108/ADD-02-2014-0007>
- Nesvåg, R., Knudsen, G.P., Bakken, I.J., Høye, A., Ystrom, E., Surén, P. ... Reichborn-Kjennerud, T. (2015). Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorders, and depressive illness: A registry-based study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 50 (2015) 1267-1276.
- Nesvåg, S. (2016). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s.55-76). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Nordfjærn, T. (2011). Patients with substance use disorders. An investigation of relapse, substance use and recovery (Doktoravhandling, NTNU- Trondheim). Hentet fra <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/270649>
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Benson, V., & Davidson, L. (2018). Why do those with long-term substance use disorders stop abusing substances? A Qualitative Study. *Subst Abuse Res Treat*. 2019;13:1-8. -PMC-PubMed <https://doi.org/10.1177/1178221817752678>

Psykisk helsearbeid (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (02/2008, vol.5) s. 98-103

<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-02-01>

Sellman, D. (2010). The 10 most important things known about addiction. *Addiction*, 105(1), 6-13.

<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02673.x>

Skjellet, T. (2009). *Veien fra alkoholavhengighet til rusfrihet – hva hjelper? Sett fra brukerens perspektiv*. (Masteroppgave, Høgskolen i Hedmark) Hentet fra

<https://scholar.google.no/>

Skretting, A., Bye, E. K., Vedøy, T.F. & Lund, K.E. (2015). *Rusmidler i Norge 2015*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS). Hentet fra

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/rusmidler_i_norge2015.pdf

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2.utg.).

Bergen: Fagbokforlaget

Tucker, J. A., Chandler, S. D. & Witkiewitz, K. (2020). Epidemiology of recovery from alcohol use disorder. *Alcohol Res.* 2020; 40 (3): 02.

<https://dx.doi.org/10.35946%2Farcr.v40.3.02>

Veseth, M., Svendsen, T.S., Nesvåg, S., Moltu, C., Davidson, L. & Bjornestad, J. (2021). “And then the rest happened” – A qualitative exploration of the role that meaningful activities play in recovery processes for people with a diagnosis of substance use disorder. *Substance Abuse* 2021

<https://doi.org/10.1080/08897077.2021.1941506>

Wangensteen, T. & Hystad, J. (2021). A comprehensive approach to understanding substance use disorder and recovery: Former patients' experiences and reflections on the recovery process four years after discharge from SUD treatment. *Journal of psychosocial rehabilitation and mental health*. Hentet fra

<https://link.springer.com/article/10.1007/s40737-021-00233-9>

Witkiewitz, K., Montes, K.S., Schwebel, F.J. & Tucker, J.A. (2020). What is recovery? *Alcohol Res.* 2020; 40 (3):01.

<https://dx.doi.org/10.35946%2Farcr.v40.3.01>

VEDLEGG I

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hva oppleves som betydningsfullt i en endringsprosess hos mennesker med alkoholavhengighet – sett fra et brukerperspektiv?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å innhente kunnskap basert på erfaringer når det gjelder endringsprosesser ved problematisk bruk av alkohol. Det er ønskelig å få mer kunnskap om hva som oppleves positivt for å få til, og å kunne opprettholde en endring, eller hva som oppleves å vanskeliggjøre endring. I denne sammenheng vil endring handle om prosessen med å oppnå en reduksjon eller avholdenhet til alkohol, og hvilke bedringsfaktorer som kan bidra til opplevelsen av et bedre liv.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Som student ved Høyskolen i Innlandet, holder jeg nå på å gjennomføre en mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid. Jeg er utdannet spesialsykepleier, og har de siste 10 årene jobbet i spesialisthelsetjenesten, hovedsakelig som poliklinisk behandler i et tverrfaglig spesialisert rusbehandlingsteam (TSB). Hensikten med dette prosjektet vil være å oppnå økt kompetanse og forståelse av hvilke faktorer som oppleves betydningsfulle i en endringsprosess hos mennesker med problematisk bruk av alkohol.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ansvarlig for prosjektet er Høyskolen i Innlandet, ved førsteamanuensis Hanne Kilen Stuen, ved fakultet for helse- og sosialvitenskap, institutt for helsefag.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utgangspunktet for intervjuene er at du har vært i behandling innenfor spesialisthelsetjenesten grunnet problematisk alkoholbruk. Du kan ha vært i både poliklinisk behandling og/eller døgnbehandling, og fremdeles ha et pågående behandlingsforløp. Det vil si at det ikke legges noen kriterier om at du skal ha vært helt avholden fra alkohol over lengre tid, men at du har en erfaring med hva som påvirker mulighetene for å oppnå en ønsket endring.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du ønsker å være med i dette prosjektet kommer jeg til å kontakte deg for å avtale tid og sted for gjennomføring av intervju. Det er tenkt ett intervju, med en antatt varighet på 45-60 minutter, og det er ønskelig å bruke diktafon. Dersom det er ønskelig, kan en oversikt over tema/overordnede spørsmål for intervjuet sendes deg på forhånd. Jeg er som nevnt interessert i å få høre mer om dine opplevelser, erfaringer og tanker rundt endringsprosesser ved problematisk alkoholbruk.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil kun være mastergradsstudent Linda N. Hvithammer og veileder Hanne Kilen Stuen ved Høyskolen i Innlandet som har tilgang til disse opplysningene. Det tas lydopptak av intervjuene, og disse opptakene vurderes som personopplysninger som utleveres fra Ahus til Høyskolen i Innlandet. Lydopptak fra intervjuet vil skrives ned uten direkte identifiserbare kjennetegn, og bli forsvarlig oppbevart. Opplysningene du gir gjennom intervjuet vil anonymiseres og brukes som datamateriale i beskrevet mastergradsoppgave. Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen. Prosjektet vil etter planen avsluttes i mai/juni 2021, og lydopptakene vil slettes når prosjektet er avsluttet/godkjent.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke, jf. Personvernforordningen art.6 nr 1 bokstav a, og art. 9 nr. 2 bokstav a.

På oppdrag fra Høyskolen i Innlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Høyskolen i Innlandet ved:
Hanne Kilen Stuen (veileder/prosjektansvarlig) e-mail: hanne.stuen@inn.no
eller
Linda Neskvern Hvithammer (mastergradsstudent) Tlf 93880636 (08.00-15.30)

- Vårt personvernombud: Hans Petter Nyberg. E-mail: hans.nyberg@inn.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personvertjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Hanne Kilen Stuen

Mastergradsstudent
Linda Neskvern Hvithammer

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet

«Hva oppleves som betydningsfullt i en endringsprosess hos mennesker med alkoholavhengighet – sett fra et brukerperspektiv?»,

og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta på intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 2

Informasjonsskriv til ledere/behandlere ved behandlingsenhetene ved ARA, Akershus universitetssykehus.

Informasjon om forskningsprosjektet:

«Hva oppleves som betydningsfullt i en endringsprosess hos mennesker med alkoholavhengighet – sett fra et brukerperspektiv?»

Formål og gjennomføring av prosjektet

Som student ved Høyskolen i Innlandet, holder jeg nå på å gjennomføre en mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid. Jeg jobber ved ARA Kongsvinger, poliklinikk ved Akershus universitetssykehus.

Jeg ønsker å innhente brukererfaringer når det gjelder endringsprosesser ved problematisk bruk av alkohol/avhengighet. Hensikten med dette prosjektet vil være å oppnå økt kompetanse og forståelse av hvilke faktorer som oppleves betydningsfulle i en endringsprosess, og hvordan behandlingen eventuelt kan tilrettelegges for å nå denne gruppen bedre. Jeg ønsker å kartlegge hva som oppleves å kunne fremme og hva som oppleves å kunne hindre eller vanskeliggjøre en endring av alkoholvaner. Prosjektet vil gjennomføres som en kvalitativ studie der data vil innhentes gjennom semistrukturerte intervjuer. Jeg planlegger å rekruttere 5-7 informanter for gjennomføring av intervju.

Rekruttering av informanter

Informantene planlegges å rekrutteres ved Avdeling for rus og avhengighet (ARA), Akershus universitetssykehus. Det kan rekrutteres både fra polikliniske avdelinger og døgnavdelinger. Jeg planlegger å gjennomføre et intervju med hver informant, med en antatt varighet på 45-60 minutter. Jeg vil gjerne snakke med personer som er i behandling for en problematisk/avhengig alkoholbruk, og som innehar en selvopplevd erfaring med å være i en endringsprosess. Det legges ikke noen kriterier om at informanten skal ha vært helt avholden fra alkohol over lengre tid, men at vedkommende har en erfaring med hva som påvirker mulighetene for å oppnå en ønsket endring.

Det vil være viktig å informere mulige kandidater om at deltakelse i studien er basert på frivillig samtykke. Dette samtykket kan de på hvilket som helst tidspunkt trekke tilbake, uten at dette

medfører noen konsekvenser. Intervjuene tas opp på lydopptaker, og alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Dersom man trekker tilbake samtykke, vil alle personopplysninger slettes.

For utfyllende informasjon vises det til informasjonsskriv til aktuelle kandidater for videre intervju. I dette skrivet står det kontaktinformasjon, der Linda N. Hvithammer (mastergradsstudent) eller Hanne Kilen Stuen (veileder/prosjektansvarlig) kan kontaktes for mer informasjon om prosjektet eller for å avtale intervju.

Ta gjerne kontakt om det er noen spørsmål vedrørende prosjektet.

Med vennlig hilsen

Linda Neskvern Hvithammer

Mastergradsstudent

E-mail: linda.hvithammer@ahus.no

Hanne Kilen Stuen

Prosjektansvarlig/veileder

E-mail: hanne.stuen@inn.no

Vedlegg: Informasjonsskriv med samtykkeskjema til informanter

VEDLEGG 3

Intervjuguide

Introduksjon:

Takk for at du stiller opp til dette intervjuet, og at du ønsker å delta og bidra med dine erfaringer og kunnskap til min masteroppgave om endringsprosesser ved problematisk bruk av alkohol. I denne sammenheng vil endring handle om prosessen med å oppnå en reduksjon eller avholdenhet til alkohol, og jeg vil gjerne høre hvilke faktorer du tenker er viktige i din livssituasjon, og som kan bidra til opplevelsen av et bedre liv. Jeg ønsker å få høre mer om hva som er dine erfaringer med å endre dine alkoholvaner, og hva du har opplevd som betydningsfullt. Det kan handle om hva en opplever fremmer og eventuelt også hva som hindrer eller vanskeliggjør muligheten for endring.

Intervjuet tas opp på et diktafonprogram koblet til en mobiltelefon, og all informasjon oppbevares trygt og forsvarlig i et eget program som er utviklet for oppbevaring av datamateriale. Intervjuet er frivillig og basert på det frivillige samtykket du har skrevet under. Dette samtykket kan du på hvilket som helst tidspunkt trekke tilbake, uten at dette vil medføre noen negative konsekvenser for deg. Opplysningene fra intervjuet vil slettes når prosjektet er avsluttet/godkjent.

Jeg anslår at intervjuet vil vare 45-60 minutter, du må gjerne be om pause om du har behov for det underveis. Eventuelt spørsmål?

Bakgrunnsinformasjon:

Kort informasjon om informant; fornavn, alder, sivil/sosial status om det er ønskelig å oppgi.

Tidligere erfaringer:

Kan du fortelle hvordan du selv har opplevd eget alkoholbruk igjennom livet?

På hvilket tidspunkt opplevde du at alkoholbruken begynte å bli problematisk?

Hadde andre rundt deg da uttrykt bekymring for din alkoholbruk?

Har du tidligere behandlingserfaring relatert til alkoholbruk, og kan du i så fall fortelle meg mer om dine erfaringer?

Nåværende situasjon:

Du er nå i en prosess med endring av alkoholvaner. Kan du beskrive hvordan du opplever denne endringsprosessen?

Kan du fortelle om hva som bidro til at du nå ønsket en endring?

Var det noe i ditt liv eller livssituasjon som gjorde at du kjente deg mer klar for endring nå?

Hva tenker du var avgjørende for at du søkte behandling?

Hva er viktig for deg i din livssituasjon for å få til en endring?

Har du tidligere erfart at det er noe du har gjort, eller noen faktorer som gjør det mer utfordrende for deg å få til en endring av alkoholvanene dine?

Tilleggsspørsmål om faktorer som kan oppleves fremmende og – hemmende ved endring, om dette ikke berøres tidligere i samtalen: Dette kan handle om nettverk og relasjoner (familie, venner, likemenn, organisasjoner) fysiske og psykiske helseutfordringer, materielle faktorer som økonomi- og boligforhold, sysselsetting/jobb/aktivitet (å kjenne på mestring og mening/håp), eller behandlingsrelaterte faktorer (tilgjengelighet, behandlingsform og varighet, kompetanse).

Fremtid:

Hva vil være viktig for deg for å skape/etablere en hverdag og en livssituasjon som du trives med videre? På hvilken måte kan en positiv endring opprettholdes?

Avslutning med oppsummering og eventuelle spørsmål.

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

«Hva oppleves som betydningsfullt i en endringsprosess hos mennesker med alkoholavhengighet – sett fra et brukerperspektiv?»

Referansenummer

763586

Registrert

18.09.2020 av Linda Neskvern Hvithammer - 109015@stud.inn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Hanne Kilen Stuen, hanne.stuen@inn.no, tlf: 90802719

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Linda Neskvern Hvithammer, neskvern81@yahoo.no, tlf: 93880636

Prosjektperiode

01.10.2020 - 01.06.2021

Status

08.10.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

08.10.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 08.10.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet behandler særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

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

Lovlig grunnlag for behandlingen er dermed den registrertes uttrykkelige samtykke, jf.

personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

12.1 og art. 13.

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

TSD er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Tore Andre Kjetland
Fjeldsbø Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17
(tast 1)

VEDLEGG 5

REK sør-øst D

Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22 84 55 11 | **E-post:** rek-sorost@medisin.uio.no

Web: <https://rekportalen.no>

Hanne Kilen Stuen

238475 Hva oppleves som betydningsfullt i en endringsprosess hos mennesker med alkoholavhengighet - sett fra et brukerperspektiv

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Innlandet

Søker: Hanne Kilen Stuen

Søkers beskrivelse av formål:

Dette prosjektet gjennomføres som del av en mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid. Jeg ønsker å innhente brukererfaringer når det gjelder endringsprosesser ved problematisk/avhengig bruk av alkohol, der hensikten med prosjektet vil være å oppnå økt kompetanse og forståelse av hvilke faktorer som oppleves betydningsfulle i en endringsprosess, og hvordan behandlingen eventuelt kan tilrettelegges for å nå denne gruppen bedre. Jeg ønsker å kartlegge hva som oppleves å kunne fremme og ha som oppleves å kunne hindre eller vanskeliggjøre endring av alkoholvaner. Prosjektet vil gjennomføres som en kvalitativ studie der data vil innhentes gjennom semistrukturerte intervjuer. Prosjektet er godkjent av NSD.

REKs vurdering

Viser til din forespørsel om fremleggingsvurdering mottatt 29.01.2021 for ovennevnte prosjekt.

Formålet med prosjektet er å innhente brukererfaringer når det gjelder endringsprosesser ved problematisk/avhengig bruk av alkohol. Det skal undersøkes hvilke faktorer som oppleves betydningsfulle i en endringsprosess, og hva som fremmer og hva som hindrer/vanskeliggjør endring av alkoholvaner.

Komiteens leder vurderer at fokuset er på informantenes erfaringer, og at prosjektet ikke vil fremskaffe ny kunnskap om helse eller sykdom. Prosjektet faller dermed utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe til veie "ny kunnskap om helse og sykdom", se lovens § 2 og § 4 bokstav a).

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Prosjektet kommer inn under de interne regler som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11. Dersom du likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Vedtak

Ikke fremleggspliktig

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Prosjektet kommer inn under de interne regler som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet.

Vennlig hilsen

Silje U. Lauvrak
REK sør-øst



Postadresse:
Postboks 95
1478 Lørenskog

Sentralbord:
02900

Org.nr:
NO 983 971 636 MVA

www.ahus.no

PERSONVERNOMBUDETS UTTALELSE

Til: Jean Allegre, Seksjonsleder, ARA, Divisjon
psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus
HF

Lisa Neskvern Hvithammer,
Sykepleier/Masterstudent, ARA Kongsvinger.
Divisjon psykisk helsevern, Akershus
universitetssykehus HF

Kopi: Geir Ebbestad, Avdelingsleder, ARA, Divisjon
psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus
HF

Fra: Personvernombudet ved
Akershus universitetssykehus

Dato: 13.01.2021

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets uttalelse til innsamling og
behandling av personopplysninger

Saksnummer/ 2020_177

Personvernnummer: 20/12000

Personvernombudets uttalelse i forbindelse med innsamling og behandling av personopplysninger i forskningsprosjekter «Endringsprosess ved alkoholavhengighet»

Prosjektbeskrivelse:

«Dette prosjektet gjennomføres som del av en mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid. Jeg ønsker å innhente brukererfaringer når det gjelder endringsprosesser ved problematisk/avhengig bruk av alkohol, der hensikten med prosjektet vil være å oppnå økt kompetanse og forståelse av hvilke faktorer som oppleves betydningsfulle i en endringsprosess, og hvordan behandlingen eventuelt kan tilrettelegges for å nå denne gruppen bedre. Jeg ønsker å kartlegge hva som oppleves å kunne fremme og ha som oppleves å kunne hindre eller vanskeliggjøre endring av alkoholvaner. Prosjektet vil gjennomføres som en kvalitativ studie der data vil innhentes gjennom semistrukturerte intervjuer. Prosjektet er godkjent av NSD.»

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger. Det følgende er et formelt svar på meldingen. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før rekruttering av pasienter og behandling av personopplysninger i prosjektet kan starte.

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved Akershus Universitetssykehus (Ahus).

Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger Ahus å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger tilfredsstillende de krav som stilles i personvern- og helseforskningslovgivningen.

Personvernombudet anbefaler at prosjektet gjennomføres under følgende forutsetninger:

1. Dataansvarlig er Høgskolen i Innlandet.
2. Ahus ved adm. dir. er dataansvarlig frem til utlevering av personopplysningene.
3. Avdelingsleder og forskningsansvarlig i divisjonen/klinikken ved Ahus har godkjent gjennomføringen av prosjektet.
4. Det forutsettes at prosjektet på forhånd innhenter godkjenning fra samtlige avdelinger det er ønskelig å rekruttere.
5. NSD har vurdert prosjektet og gitt uttalelse med referanse 763586.
6. Behandling av personopplysningene (særlige kategorier personopplysninger, tidligere betegnet som sensitive opplysninger) i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
7. Det rettslige grunnlaget for behandling av personopplysninger i prosjektet er forankret i dataansvarlig institusjon. Dataansvarlig institusjon har vurdert at det rettslige grunnlaget er personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a og art. 9 nr. 2 bokstav a.
8. Dataansvarlig har rådført seg med institusjonens personvernombud, jf. personopplysningsloven § 10. Det forutsettes at dataansvarlig institusjon har vurdert om det er nødvendig å gjennomføre personvernkonsekvensvurdering (DPIA) etter personvernforordningens art. 35.
9. Vedlagt informasjon- og samtykkeskriv skal benyttes. Det anbefales at kommentarer fra personvernombudet ved Ahus inntas. I forbindelse med rekrutteringsprosessen bemerkes det at pasienters samtykkekompetanse skal hensyntas, og at de må gis tilstrekkelig betenkningstid på om de ønsker å delta i prosjektet.
10. Intervju ved lydopptak vil gjennomføres ved bruk av applikasjon i TSD. Dataene pseudonymiseres ved at intervjuene skal fortløpende transkriberes og fjernes for direkte identifiserbare kjennetegn. Dette er et tiltak som bidrar til å redusere personvernrisikoen i prosjektet.
11. Data lagres som oppgitt i meldingen, i TSD.
12. Kodeliste som kobler indirekte identifiserbare data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat fra øvrig prosjektdata.
13. I dataene som skal publiseres skal det ikke fremgå noen variabler med kjennetegn som er egnet til direkte identifisere eller bakveisidentifisere prosjektdeltakerne. Med andre ord skal opplysningene være anonyme ved publisering.
14. Prosjektslutt er 15.06.2021.
15. Det anbefales at dataansvarlig tar stilling til om lydopptakene skal slettes fortløpende etter at transkriberingene er gjennomført, eller om lydopptakene er rådata og bør lagres tom 15.06.2021. Fortløpende sletting av lydopptak vil være i tråd med prinsippet om dataminering, som innebærer at data ikke skal lagres lenger enn det som er nødvendig for å oppnå formålet med behandlingen, jf. personvernforordningen art. 5 nr. 1 bokstav e. På den andre siden bør prosjektet påse at de har tilstrekkelig dokumentasjon av hensyn til etterprøvnbarhet.



Dataansvarlig bør i tillegg ta stilling til om data for øvrig skal lagres utover prosjektslutt av hensyn til etterprøvnbarhet.

16. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette. Endringsmelding sendes til personvernombudet i eSkjema.

Prosjektet er registrert i oversikten over uttalelser til forskning- og kvalitetsprosjekter, samt studentprosjekter som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Lykke til med studien!

Med vennlig hilsen
for personvernombudet

Ane M. Hessen Hjelle
Personvernråd giver/Jurist
Akershus universitetssykehus HF

Epost: forskning.personvern@ahus.no

Web: www.ahus.no

Dokumentet er signert elektronisk

