

BSOBAC-3 20V Bacheloroppgave med forskningsmetode

Hva bør vi sette søkelys på for at mennesker med rusavhengighet skal lykkes med å få en varig bedre livskvalitet?

- *En litteraturstudie*



Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Institutt for sosialfag

Antall ord i besvarelsen: 12 410

Bacheloroppgave – Sosialt arbeid

Universitetet i Stavanger 2020

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	3
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	3
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	6
1.3 Begrepsavklaring.....	7
2 Juridisk, politisk og historisk ramme.....	8
2.1 Lovverket.....	8
2.2 Historiske politiske føringer.....	10
2.3 Gjeldende politikk.....	11
3 Teoretisk ramme.....	13
3.1 Rusavhengighet og recoverytenkning.....	13
3.2 Risiko- og beskyttelsesfaktorer.....	14
3.3 Sosialt arbeids perspektiver på endringsarbeid.....	15
3.4 Helhetssyn.....	16
3.5 Personen i situasjonen og brukervedvirkning.....	16
3.6 Sosial støtte og tverrfaglig samarbeid.....	17
4 Metode.....	18
4.1 Sammendrag av artikler.....	21
4.2 Tematisk innholdsanalyse.....	22
5 Funn.....	23
5.1 Tilbakefall.....	23
5.2 Selvutvikling.....	23
5.3 Ambivalens og mestring.....	24
6 Diskusjon.....	25
6.1 Tilbakefall.....	25
6.2 Selvutvikling.....	26
6.3 Ambivalens og mestring.....	27
7 Avslutning og konklusjon.....	29
7.1 Mulige konsekvenser for praksis.....	30
7.2 Videre forskning.....	30
Litteraturliste.....	32

1 Innledning

Tema for denne oppgaven er behandling og ettervern for mennesker med rusavhengighet. Dagens behandlingsløp er et samarbeid mellom stat (spesialisthelsetjenester, statlige eller private behandlingsinstitusjoner som finansieres via statlige midler), og kommune (Ettervern jfr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester). I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester står det at kommunen har ansvar for at innbyggerne får det de trenger av helse- og omsorgstjenester, og i Samhandlingsreformen står det at helse- og omsorgssektoren i dag er for oppdelt for at brukere får hjelpen de har behov for (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 67). Ifølge Meld. St. 11 bør «somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling» bli mer samordnet med spesialisthelsetjenesten for at brukere og pasienter skal få det de trenger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8). Forskning viser at drop-out raten fra rusbehandling er høy, og at samarbeidet mellom stat og kommune på dette området ikke alltid fungerer så godt som det burde. Det har vist seg at kommunalt ettervern ikke tilfredsstillende føringer på feltet. Det nevnes også i Samhandlingsreformen at spesialisthelsetjenesten og kommunene bør bli mer likeverdige og lære av hverandres spesialkompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 112). I denne oppgaven ser jeg på hva som gjør at resultatene av behandling varer over tid, og hva som er hindringer for dette.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Det har vært mye kritikk mot behandlingstilbudet for rusavhengige i media, og det dukker stadig opp klager fra både rusavhengige selv, pårørende og profesjonelle. Kritikken går på at det er mangel på samhandling mellom instanser og behandlingsnivåer i spesialisthelsetjenesten og kommunene, noe som bekreftes av Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 22 og 47), at behandlingen ikke tilpasses nok til hvor forskjellige brukerne er i denne gruppen (Haugum & Iversen (2014), s. 6), at behandlingen ikke varer lenge nok (Bjørnstad, et al., 2019, s. 8), og at dem som kommer seg gjennom en behandling ofte kommer ut til mangelfullt ettervern eller oppfølging, (Haugum & Iversen (2014), s. 7) ved at de mangler bolig, sosialt nettverk, meningsfulle aktiviteter å fylle dagene

med eller skole- og jobbtilbud. Det er derfor behov for mer forskning på 'hva som fungerer eller ikke' i behandlingsforløp hvor målet er rusfrihet.

Min motivasjon for å undersøke virksomme eller mindre virksomme elementer i denne type behandlingsforløp har vokst frem underveis i sosionomstudiet.

Jeg er spesielt interessert i å lære om ettervern, hvordan dette praktiseres og hva som er faktorer som ser ut til å gjøre det mer sannsynlig at noen lykkes i å få et bedre og rusfritt liv, også etter behandling.

Samfunnsøkonomisk perspektiv

Dette er et viktig tema å få mer kunnskap om fordi det koster samfunnet mye at mennesker forblir i en rusavhengighet. Folkehelseinstituttet (2018) anslår at det er mellom 20 900 – 58 400 mennesker i Norge som har et høyrisikoforbruk av de vanligste illegale rusmidlene, det vil si ulike typer opiat, cannabis, amfetaminer og kokain. Høyrisikoforbruk vil si at de bruker rusmidlene på en måte og i et slikt omfang at det forårsaker skade eller gir større risiko for psykisk eller somatisk sykdom, sosiale problemer eller død. Allikevel er det alkohol som er det største rusproblemet i Norge, og Norsk helseinformatikk (2018) sier at omtrent 10% av voksne har et alkoholforbruk som øker risikoen for helseskader & avhengighet. Dette er estimerte tall, og man kan tenke seg at de reelle tallene er høyere, siden dette er et tema koblet med mye skam, skyld og hemmeligholdelse, og er noe som mange ikke snakker høyt om.

Når en person er rusavhengig og aktivt bruker rusmidler, har det ofte store konsekvenser både for den det gjelder, familie, venner, og samfunnet personen lever i. Mange som har et rusproblem ønsker ikke lenger å ruse seg, og kan føle seg fanget i livet de lever. Det er mye smerte forbundet med en slik tilstand, og mange klarer ikke å stå i en jobb eller prestere i forhold til utdanning, skole eller sosiale relasjoner. Dette kan føre til at rusavhengige ender opp med å leve på stønader, og noen begår kriminelle handlinger for å finansiere livsstilen sin. Forskning blant innsatte i norske fengsler viser at 26% har vokst opp i en familie med problemer relatert til alkohol, narkotika eller medikamentbruk. Ved spørsmål om å noen gang ha brukt alkohol, narkotika eller medikamenter for å oppnå rus, svarte 65% av de innsatte ja, men dette er også en bred kategori. Ved spørsmål som gjelder de siste 6 månedene før soning, oppga 54% at de hadde brukt rusmidler månedlig og/eller daglig, og 80% av disse var også tidligere domfelt. Over halvparten oppga å ha vært ruspåvirket når de begikk lovbruddet de nå

satt i fengsel for. Når det gjaldt bruk av rusmidler under soning, oppga 35% at de hadde gjort dette, enten denne gangen eller ved tidligere fengselsopphold. De innsatte i fengslene i denne undersøkelsen ble også spurt om deres erfaring i behandlingsapparatet, totalt hadde 34% vært i behandling for rusproblemer, dette inkluderte avrusning i institusjon, annen institusjonsbehandling, behandling på psykiatrisk avdeling, poliklinisk avrusning, legevakt, sykehus, LAR-behandling, annen type behandling, annen poliklinisk behandling eller dagtilbud (Bukten, et al. (2016, s. 13, 20-31). Dette er høye tall, og viser at det er mange i de samme utsatte gruppene som går igjen i fengsels- og behandlingssystemene her i landet. Dette er kostbart på så mange områder, disse menneskene får ikke utnyttet sine ressurser, de har ofte dårlig livskvalitet, lav utdanning og tilleggsproblematikk i form av sosiale, psykiske og/eller fysiske utfordringer, og de får ofte i liten grad bidra i samfunnet og føle at de er en del av fellesskapet (Bukten, et al., 2016, s. 14).

I tillegg er det kostbart økonomisk sett for samfunnet som helhet at mennesker lever på denne måten. Ifølge en rapport fra Helsedirektoratet kostet rusfeltet staten 5 458 millioner kroner, dette inkluderer all behandling i spesialisthelsetjenesten. Kostnadene for den kommunale behandlingen vil komme i tillegg til dette beløpet (Lundgaard, Olsen & Westerveld. 2016). Det statlige budsjettet sier noe om omfanget av problemet. Dette er noe av det som gjør det viktig for oss som samfunn å prioritere at rusavhengige som vil ha og trenger behandling, får det de trenger når de trenger det, og at de får oppfølging etter endt behandling som gjør at de kanskje slipper flere runder i hjelpeapparatet før de får et mer stabilt og bedre liv.

Sosialfaglig relevans

For sosialt arbeid er temaet rusavhengighet og behandling også relevant fordi målet for sosialt arbeid er å fremme sosial rettferdighet gjennom å forebygge, lindre og løse sosiale problemer. Som sosionom skal man bidra til å fremme «sosial endring og utvikling, sosialt samhold, myndiggjøring og frigjøring av mennesker» (Fellesorganisasjonen/FO. 2017). Mange rusavhengige blir marginalisert i samfunnet vårt og de kan på grunn av sin sykdom stå i fare for å miste jobb, sosialt nettverk, kontakt med familie og de kan oppleve å bli ekskludert fra sosiale arenaer, kanskje med unntak av blant andre rusavhengige. Dette gjør det relevant for meg som sosionom å bidra til at mennesker med rusproblemer får hjelp på veien til et bedre liv, og at de får muligheten til å bli en del av noe større og føle at de er inkludert i samfunnet.

«Mennesker med omfattende rusproblemer er i stor grad blant de fattigste, mest marginaliserte og minst inkluderte i samfunnet»

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 19)

Formål med oppgaven

Formålet med oppgaven er å finne ut hvordan dem som søker hjelp for rusproblematikk kan få mest mulig utbytte av tiden de er i behandling, ved å styrke dem i overgangen fra behandling til et liv utenfor. Mange kommer gjennom behandling, men etterpå opplever en del at de står alene uten noen å snakke med eller noe meningsfullt å erstatte rusbruken med. Ved å finne ut hva som trengs i denne overgangen, og sette søkelyset på eventuelle mangler kan forhåpentligvis de det gjelder slippe å måtte gå gjennom mange runder i behandlingsapparatet før de kommer seg videre og får det bedre.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Etter å ha levd i aktiv rus blir dagligliv og rutiner veldig annerledes. Hvem en person med rusavhengighet omgås, hvor de oppholder seg og hva de gjør eller ikke gjør avgjøres i stor grad av rusavhengigheten og alt rundt den (Nesvåg & Robertson, 2018, s. 250). Når en rusavhengig endelig har fått hjelp og har kommet gjennom et utfordrende og vanskelig behandlingsopplegg, skal de videre i livet på egen hånd. I behandling er de blitt vant med at det alltid er noen der, enten andre brukere eller ansatte, det er faste rutiner og samtaler, og de får hjelp til å organisere praktiske gjøremål og aktiviteter. Når behandlingen er «ferdig» har de kanskje en bolig å komme tilbake til, men det er sannsynlig at det der er mye som minner om tiden i aktiv rus. Flytter de tilbake kan det hende de kommer i kontakt med tidligere bekjente fra tiden før behandling, noe som kan være en risikofaktor for tilbakefall. Dette i seg selv kan bli vanskelig å håndtere, spesielt hvis de ikke har noen å snakke med eller noen som kan hjelpe til når det blir tungt. I tillegg skal de forholde seg til virkeligheten igjen, skrive søknader, fylle ut offentlige papirer, gå på møter, åpne posten, skaffe seg jobb eller begynne med skole eller kurs. Når alt dette virker fremmed og nytt kan en som er nylig blitt nykter plutselig føle at begeret renner over, og gå tilbake til gamle strategier for å håndtere det som

er vanskelig. Hva som skjer videre avhenger mye av ettervernet, hvilke tiltak som er satt i gang i den aktuelle kommunen og hvor tilgjengelig det er. Derfor er problemstillingen som følger:

Hvordan kan vi tilrettelegge og tilpasse behandling og ettervern for mennesker med rusavhengighet, slik at resultatene blir varige?

Jeg ønsker å lære mer om hvilken forskning som finnes om hva som fungerer når det kommer til rusbehandling og ettervern, og eventuelt hva som er faktorer som fører til at rusavhengige dropper ut av behandling eller har tilbakefall etter endt behandling.

1.3 Begrepsavklaringer

Behandling

Hva behandling for rusavhengighet innebærer kan være veldig individuelt og avhenger av mange faktorer. Noen eksempler på dette er hvor lenge personen har brukt rusmidler på en problematisk måte, hvilke rusmidler det gjelder, hvilke tilleggspoblemer de har, eller hvilken grad av hjelp og støtte de trenger fra hjelpeapparatet. For noen hjelper det med en plan fra fastlegen for å trappe ned, mens andre igjen trenger innleggelse i institusjon over lang tid for å komme seg ut av misbruket. Hole (2014, s. 110) sier at relasjonen mellom bruker og behandler ses på som et viktig element av behandling, og at det vanligvis innebærer at de to (eller flere) jobber sammen mot definerte mål.

Ettervern

Ettervern og oppfølging skjer etter behandling, og skal gjøre overgangen fra institusjon til et liv utenfor lettere. Andre ord som brukes for det samme er re-integrering, eller internasjonalt «aftercare, re-entry eller recovery» (Dahl, 2019, s. 295). Det er for dem som trenger hjelp til å ta i bruk det de har lært i behandling utenfor, og også til å fortsette med rutiner og meningsfulle aktiviteter selv om de kan styre mer av hverdagen selv (Evjen, Kielland & Øiern, 2018, s. 224). I en kunnskapsoppsummering til Stortinget der erfaringer fra mange studier ble samlet og vurdert, ble verdien av selvhjelpsgrupper som ettervern etter behandling tatt opp. Det ble uttalt at det var spesielt god effekt av disse hvis brukere startet opp med dette

en god stund før de var ferdig i annen behandling, slik at det ikke ble et «tomrom» mellom to tiltak (McKay, Alterman, McLellan, & Snider, referert i Aakerholt & Nesvåg, 2010). Ettervern i dag er ofte kommunalt, og noen tiltak er også drevet av private eller ideelle organisasjoner.

2 Juridisk, politisk og historisk ramme

2.1 Lovverket

Rusbehandling foregår i dag ofte i spesialisthelsetjenesten, eller i regi av ideelle organisasjoner. Når man er ferdig i behandling, er det kommunen man bor i eller flytter til som tar over og har ansvar for ettervern og oppfølging. I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, 1. ledd står det at kommunene har ansvar for å sørge for at dem som «oppholder seg» der får de helse- og omsorgstjenestene de trenger, og i 2. ledd står det at dette omfatter «alle brukergrupper», inkludert personer med «psykisk sykdom» eller et «rusmiddelproblem», blant annet. I § 3-2 finner vi hvilke tjenester kommunen er forpliktet å tilby for å oppfølge det § 3-1 omhandler, og i 1. ledd nr. 5 står det at dette inkluderer «sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering».

Videre står det i § 3-7 i samme lov, at kommunen skal hjelpe dem som «ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet» å få seg et sted å bo. En del som kommer ut fra et langvarig opphold på institusjon vil nok komme inn under denne paragrafen. Noen av dem som er i behandling for rusproblemer er bostedsløse når de kommer ut, dette viser en undersøkelse der det ble kartlagt om bostedsløse hadde blitt utskrevet fra rusmiddelinstitusjon eller psykiatrisk institusjon de siste 6 månedene, viste at 7% hadde vært innlagt på rusmiddelinstitusjon, og 4% på psykiatrisk institusjon (Hansen, Holm & Østerby, 2003). Bruker Plan er et verktøy som brukes for å «kartlegge omfanget av tjenestemottakere med rusproblemer og/eller med psykiske helseproblemer» viser at av 15 790 tjenestemottakere, har 22% av gruppen med rusproblemer en bosituasjon som er «ikke permanent og/eller ikke tilfredsstillende» og 7% karakteriseres som bostedsløse. Gruppen med mest alvorlige utfordringer og kombinerte rus- og psykiske problemer har flest bostedsløse (15%) (KORFOR/Helsedirektoratet, 2019, s. 16).

Det kan være naturlig å ønske en ny start, og det kan være uheldig å bli skrevet ut fra et behandlingsopphold for deretter å flytte tilbake der de bodde før. Både på grunn av at de har

brukt mye tid i ruset tilstand der tidligere, men også på grunn av et uheldig sosialt miljø som kan være koblet til deres tidligere bolig. Økonomi vil for mange være en utfordring, og derfor kan det trenge ekstra hjelp til å skaffe seg en bolig som kan være en del av grunnlaget for å skape en ny tilværelse. Man trenger et sted å bo for å kunne være i stand til å jobbe eller gå på skole, og man trenger inntekt for å ha et sted å bo. Det er mye som skal på plass når man kommer ut fra behandling, mange står på bar bakke. Det kan være overveldende å skulle ha kontroll på alle de praktiske tingene på en gang når man nettopp har blitt rusfri.

I § 6-1 i helse- og omsorgstjenesteloven står det at kommunen skal inngå samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket, som spesialisthelsetjenesten er en del av, og at målet med samarbeidet er å bidra til at pasienter og brukere får et «helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester». Videre står det utdypet i § 6-2 hva avtalen skal inneholde, som er et minimum. Dette inkluderer blant annet i punkt 1. enighet om hvilke oppgaver som skal utføres av hvilket forvaltningsnivå, punkt 2. «retningslinjer for samarbeid» tilknyttet «innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester» og punkt 5. «retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon». Dette vil si at det er meningen at en institusjon i spesialisthelsetjenesten skal ha et samarbeid og en avtale med kommunen om personer som er på vei fra behandling for rusavhengighet, og det skal være klart hvem som skal utføre hvilke oppgaver i sammenheng med utskrivelsen og tiden etterpå. Det skal også være et helhetlig og sammenhengende hjelpetilbud, som antagelig vil gjøre situasjonen lettere for den som er pasient eller bruker. Mye av problematikken når det gjelder helse- og omsorgstjenester for dem med rus- og/eller psykiske lidelser har vært at det er veldig oppstykket og at det har vært for lite samarbeid mellom de forskjellige instansene som er involvert, noe som utgjør en risikofaktor for tilbakefall.

I lov om pasient- og brukerrettigheter defineres «pasient» i § 1-3 bokstav a., som noen som tar kontakt med helse- og omsorgstjenesten og ber om helsehjelp, eller noen som helse- og omsorgstjenesten «gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle». Helsehjelp defineres under bokstav c. som handlinger som har «forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål» og utføres av helsepersonell. I § 2-1 a. står det at pasient og bruker har rett til «nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen» og «et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav

b». Det står i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 bokstav a. at kommunen skal tilrettelegge for at pasient eller bruker får et «helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud» og bokstav b. et «verdige tjenestetilbud». I samme paragraf bokstav d. står det også at det skal sikres «tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene» fra kommunen.

2.2 Historiske politiske føringer

Gjennom historien har det skjedd mye endringer etter hvert som vi har lært mer om rusavhengighet. I 1969 ble det opprettet et «Sentralråd for narkotikaproblemer» som skulle koordinere og regulere det offentliges innsats mot et mål om et narkotikafritt samfunn. Et par år etterpå kom FNs Psykotropkonvensjon som sammen med Narkotikakonvensjonen ble grunnlaget for norsk narkotikapolitikk. I 1979 kom det en ny «Plan for økt innsats mot narkotikaproblemer» som innebar mer tiltak og midler til rusfeltet. I 1993 kom Lov om sosiale tjenester, som ga fylkeskommunen ansvar for rusbehandling. Fire år etterpå ble MAR etablert som et landsdekkende tilbud, som var substitusjonsbehandling med metadon for brukere av opiater.

I år 2000 ble MAR til LAR, og man kunne nå få legemiddelassistert rehabilitering også med buprenorfin i tillegg til metadon. Ikke lenge etterpå kom Rusreformen som gjorde at behandling for rusproblematikk nå ble et statlig ansvar ved spesialisthelsetjenesten. Det var lenge et mål at man skulle jobbe mot et fullstendig rusfritt samfunn, men dette gikk gradvis over på at man skulle legge innsats i skadereduserende tiltak, hjelp og støtte til de berørte og deres pårørende. I 2012 trådte Samhandlingsreformen i kraft, det samme med Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og stortingsmeldingen «Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk» ble også lagt fram. I 2015 kom Opptrappingsplanen for rusfeltet, og to år etter var det et ønske fra et flertall på Stortinget at helsesektoren skulle ta over ansvaret for oppfølging av dem som blir tatt med brukerdoser til eget bruk fra justissektoren som hadde hatt ansvaret for dette til dette tidspunktet. (Amundsen, E. J. & Skretting, A., 2018). Dette har resultert i at mange som har rusproblemer har fått bøter eller fengsel, når de egentlig har hatt behov for hjelp til å komme seg ut av situasjonen de er i, noe som har skapt ekstra belastning vedrørende økonomi for dem. Politiet har blitt kritisert for å fokusere for mye på å bøtelegge rusmisbrukere fordi det gir en høyere oppklaringsprosent, mens politiet forsvarer dette med at

det skal være forebyggende og avskrekkende i forhold til unge som bruker rusmidler (Jordheim, 2016).

2.3 Gjeldende politikk

Helse- og omsorgsdepartementet uttalte i stortingsmeldingen «Se meg!» i 2012 at det skulle jobbes mot et «helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet, kort ventetid og med størst mulig nærhet til, og tilpasset den enkelte bruker.» Det blir også nevnt at brukere og eventuelle pårørende skal møtes med respekt, og at brukermedvirkning er sentralt (s. 21). Samhandlingsreformen tar blant annet for seg utfordringer knyttet til at helse- og omsorgstjenestene i Norge på mange områder er fragmenterte og at det skaper problemer i behandlingen av pasienter at de forskjellige sektorene og forvaltningsnivåene ikke samarbeider godt nok. Her står det blant annet at mennesker som har problemer relatert til rus og psykisk helse, ofte har behov for sammensatte hjelpetjenester fra forskjellige nivåer og sektorer i hjelpeapparatet. Det står at det var behov som ikke ble dekket når det gjelder voksne som har «omfattende og sammensatte behov» i denne gruppen, og at rehabilitering og behandling er noe av det som står som kommunens oppgaver (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 67).

Helsedirektoratet kom ut med veilederen «Sammen om mestring» for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne i 2014, de har skissert opp anbefalinger for forskjellige hovedforløp etter alvorlighetsgraden av utfordringene pasient eller bruker har. Under «Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser» som inkluderer medikament- eller rusmiddelavhengighet tar de opp tiltak som kan være til hjelp lokalt, noen av disse omtales her.

Forsterkede bo- og tjenestetilbud i kommunen for dem som har alvorlige psykiske lidelser og/eller ruslidelse blir omtalt i Samhandlingsreformen, og vil være aktuelt for mennesker som ikke er i stand til å skaffe seg bolig selv eller bo alene, enten i påvente av behandling eller som et alternativ til behandling. Det nevnes i forhold til et slikt tilbud at det krever et «større befolkningsgrunnlag», så dette er ikke noe alle kommuner vil ha tilgjengelig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 68).

«Assertive Community Treatment» eller ACT-team, er en tverrfaglig tjeneste for mennesker med alvorlig psykisk lidelse og tilleggsproblemer som f.eks. rusavhengighet, og som har behov for langvarige og sammensatte tjenester. Dette er ambulante team, som vil si at de oppsøker brukere eller pasienter der de er og når de trenger det. Teamet er sammensatt av forskjellige yrkesgrupper og kan hjelpe brukerne med å «ta ansvar for bolig, medisiner, økonomi, kontakt med myndigheter og andre ting» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Både forsterkede boligtilbud og ACT-team er gode tiltak for dem som trenger og får disse tjenestene, men dem som har vært gjennom en rusbehandling og skal over til en tilværelse der de bor for seg selv etterpå, vil trolig ikke komme til å få hjelp av disse tiltakene, nettopp fordi de ofte blir sett på som «ferdig behandlet» og ikke lenger har et alvorlig nok problem. Da kommer vi over på å se rusavhengighet som en sykdom på den måten som f.eks. Anonyme Alkoholikere (AA) og Anonyme Narkomane (NA) gjør, dette synet kommer av at langvarig bruk av rusmidler endrer hvordan hjernen fungerer, slik at en person med rusavhengighet vil føle trangten til å ruse seg igjen potensielt like sterkt eller sterkere enn livsviktige instinkter som å spise eller drikke, for eksempel (Halvorsen, 2012, s. 282). Det betyr at en person som har utviklet en avhengighet til rusmidler alltid vil ha en underliggende avhengighetsproblematikk, forskjellen er om personen aktivt ruser seg eller ikke. Det vil ikke alltid være like vanskelig som beskrevet her, men utfordringen med tilbakefall er alltid underliggende, selv om en holder seg borte fra rusmidler og selv om en kanskje også har gjort det lenge. Veien tilbake er alltid kort. Dette er ikke et syn som deles av alle fagfolk, og mange behandlingsteder har derfor for kort tid i behandling og noen steder er ettervernet mer eller mindre fraværende etter behandling. Helsedirektoratet nevner at det å få hjelp ikke kan avhenge av om personen bruker rusmidler eller ikke, man bør få hjelp lokalt enten man ruser seg aktivt, er i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), eller har sluttet å ruse seg. Rehabilitering og oppfølging av personer med omfattende rusmisbruk kan være langvarig, og bør behandles som en kronisk sykdom. Mange av dem dette gjelder vil også oppfylle krav til koordinator og individuell plan, som kan gjøre det lettere å navigere mellom hjelpetilbud, tiltak og offentlige etater (Helsedirektoratet, 2014, s. 57).

Lavterskel helsetilbud for rusavhengige omtales også i samhandlingsreformen, men dette er også et tilbud til dem som har «svært omfattende rusmiddelmisbruk», det vil derfor handle om dem som er i aktiv rus og trolig har vært det over lang tid. Derfor er nok ikke dette spesielt aktuelt for dem som har vært i behandling og er rusfrie. Samhandlingsreformen har i senere

tid blitt vurdert opp mot hvilke forbedringer som har blitt gjennomført i praksis, og ifølge et representantforslag til Regjeringen fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Liv Signe Navarsete (2018), er det skjedd en del forbedringer, men det er fremdeles uklart om reformen har gitt merkbar forskjell i forhold til at pasienter skulle få et mer helhetlig pasientforløp.

3 Teoretisk ramme

3.1 Rusavhengighet og recoverytenkning

Hva rusavhengighet er og hvordan det skal defineres, er vanskelig å finne en fasit på. Hvilke rusmidler som skal inkluderes i et slikt begrep er også omdiskutert, fordi det å være avhengig av legemidler eller alkohol ikke er like preget av stigmatisering som avhengighet av illegale rusmidler, på grunn av vår kultur. Allikevel har de fleste av oss et mentalt bilde av hvordan en rusavhengig oppfører seg eller hvem som kan defineres slik (Nesvåg, 2018, s. 22-23).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har et system for diagnostisering av forskjellige helseproblemer som heter ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), der diagnosen for rusavhengighet kalles «Avhengighetssyndrom». Her beskrives det at rusavhengighet går på områder som atferd, kognitiv fungering, fysisk helse og det beskrives som at de som lider av dette på samme tid ønsker å bruke rusmidler, men mangler kontroll og har vansker med å stoppe på tross av de negative konsekvensene bruken har (Direktoratet for e-helse ICD-10, 2020). Det som trolig de fleste er enige om er at når noen har en rusavhengighet så er bruken av rusmidler problematisk, enten for brukeren selv eller dem rundt personen, og de har vanskelig for å la være, slutte, eller begrense bruken til tross for negative konsekvenser (Nesvåg, 2018, s. 33).

Recovery er et begrep som opprinnelig stammer fra psykiatrien, og betyr å «bli bedre» eller å «komme seg». Innen denne retningen er det sentralt å være en støttespiller for brukeren som er til stede og tilgjengelig, og som hjelper brukeren å se og bruke sine egne ressurser for å få en mer fungerende og tilfredsstillende tilværelse. Innen recovery er ikke alltid fullstendig rusfrihet et mål, men først og fremst å «mestre og gjenvinne et meningsfylt og konstruktivt liv», der hjelpen tilpasses den enkeltes behov sammen med brukeren (Evjen, Kielland &

Øiern, 2018, s. 41 – 42). Begrepet brukes på flere ulike fagområder og har forskjellige betydninger etter hvilket fagfelt man er innenfor. På grunn av dette er det ikke én klar definisjon, men som beskrevet her i sammenheng med rusavhengighet. Askheim (2016) beskriver recovery som et «grunnleggende perspektiv på arbeidet, som handler om hvordan problemer møtes og håndteres, og som rammer inn de aktuelle intervensjonene eller tiltakene». Det norske ordet som beskriver recovery best er kanskje «bedring», og for en rusavhengig kan dette bety at han eller hun blir helt rusfri, kun ruser seg i perioder, at konsekvensene av rusbruken blir mindre, eller substitusjonsbehandling som i LAR (Biong & Landheim, 2016, s. 14). Sentrale faktorer i recovery-tenkning innebærer at man har en helhetstenkning, og at bruker eller pasient blir sett, hørt og tatt hensyn til i utviklingen sin og prosessen mot å få et bedre liv. Empowerment eller myndiggjøring, selvstyring, livskvalitet, eller følelse av tilhørighet er noen av ordene som ofte blir brukt sammen med recovery-begrepet (Evjen, Kielland & Øiern, 2018, s. 41). Behandling for rusavhengighet kan være recovery-orientert i større eller mindre grad, og er ikke knyttet til en spesiell form for behandling.

3.2 Risiko- og beskyttelsesfaktorer

Risikofaktorer er noe ved individet eller omgivelsene som øker faren for å utvikle vansker i ettertid på grunn av utfordringer eller problemer, mens beskyttelsesfaktorer er noe som kan bidra til en god utvikling og støtte ved vanskelige situasjoner. Risiko- og beskyttelsesfaktorer kan finnes både på individnivå, samfunnsnivå, det kan være sosiale- eller andre former for ytre faktorer (Helsedirektoratet, 2018, s. 10). Ifølge Hole (2014) kan risikofaktorer være dårlig selvtillit, fattigdom, psykiske vansker, dysfunksjonelle familieforhold, opplevd mobbing, misbruk eller overgrep blant annet. Beskyttelsesfaktorer kan være gode relasjoner, trygg bosituasjon, at en vet nok om rusmidler på forhånd til å ta informerte valg, eller medfødt resiliens, blant annet (Hole, 2014, s. 48). Risiko- og beskyttelsesfaktorer finner man brukt både når det gjelder barnevern, psykisk helse, rusavhengighet og andre fagområder.

3.3 Sosialt arbeids perspektiver på endringsarbeid

Endringsprosesser generelt er sentralt i sosialt arbeid, og når en person skal slutte med rusmidler med eller kutte ned på bruk, så er det ofte ganske store endringer som skal til. Endringshjulet er en modell som viser hvordan denne endringsprosessen kan foregå. Det begynner med «for-overveielse», så kommer «overveielse», «handling» og «vedlikehold». Fra vedlikehold kan veien enten gå mot «varig endring» eller mot «tilbakefall», og etter det er vi rundt sirkelen og tilbake til «overveielse». Dette viser en forenklet versjon av stadiene man jobber seg gjennom, og en viktig del av dette er at ofte er ikke bedringsprosessen hverken «rett frem» eller enkelt forklart, men innebærer gjerne både tilbakefall og regresjon til tidligere stadier. I tillegg til endringshjulet brukes et kartleggingsverktøy for motivasjon som heter «Readiness to Change Contemplation Ladder», der man svarer på en skala fra 0 – 10 hvor 0 betyr «ingen tanker om endring» og opp til 10 som betyr «tar grep for endring», altså at man faktisk handler for å oppnå ønsket endring. Når dette er gjennomgått kan man ha samtaler og videre legge planer for hvordan endringen eventuelt skal foregå (Christiansen, 2018, s. 171). Ambivalens er ofte tilstedeværende når en person skal gjennom endring, og er ofte tydeligst til stede i fasen som kalles «overveielse», der det vurderes positive og eventuelt negative sider ved endring Formo, referert i Hole, 2014).

3.4 Helhetssyn

I sosialt arbeid tenker man at det er viktig å ha et helhetssyn når det kommer til mennesker (Berg, Ellingsen, Levin & Kleppe, 2015, s. 26). Dette gjelder enten man arbeider med enkeltmennesker, grupper, eller samfunnet, fordi de forskjellige nivåene påvirker hverandre og fungerer sammen. Dette er et av de såkalte spenningsfeltene sosialt arbeid befinner seg i, Levin (2004) beskriver dette med en metafor for spenningen mellom to motpoler; «spenningen er det dimensjonene har til felles, ja, spenningene bringer enhetene sammen – til deler som er avhengig av hverandre og som utgjør hverandres særpreg». Andre spenningsfelt i sosialt arbeid er mellom hjelp og kontroll, teori og praksis, eller som nevnt ovenfor mellom individ og samfunn.

Dette kan relateres til arbeid med mennesker med rusproblematikk, man behandler ikke bare rusproblemet. Personlighet, fysiske eller psykiske utfordringer, nettverk, familiesituasjon, forhold til arbeidsmarkedet og andre ting er også med å forme personen som skal ha behandling. Deres fortid og erfaringer, ressurser og planer for fremtiden vil også ha noe å si for hvordan de vil klare seg i behandling og i tiden etterpå.

3.5 Personen i situasjonen og brukervedvirkning

Personen i situasjonen er et perspektiv som er grunnleggende i sosialt arbeid. Levin (2004) kaller det for en av «sosialt arbeids analyseenheter», og da menes det at sosialt arbeid utføres med søkelys på både personen og situasjonen han eller hun er i. Det har vært varierende hva man har lagt mest vekt på gjennom tidene, men begge deler har vært viktig å ta med i beregningen når man skal hjelpe noen med å løse utfordringene de har. Dette handler også om hvordan personen fungerer i situasjonen han er i, altså hvordan samspillet mellom person og situasjon er. Når man skal hjelpe noen med å gjøre endringer i deres liv, er det nødvendig at han eller hun det gjelder føler seg hørt og tatt hensyn til, og det er personen vi skal hjelpe som vet best hvordan hans situasjon oppleves. Brukervedvirkning har forskjellige definisjoner i forskjellige fagmiljøer, men blir definert av helse- og omsorgsdepartementet som at pasient eller bruker medvirker ved gjennomføring av tjenester som gjelder dem, og også ved utformingen av tjenestetilbudet. Det legges vekt på at dette bør innebære informerte valg i samarbeid med profesjonelle (2016, s. 28). Brukervedvirkning blir sett på som så viktig at det er en lovfestet rettighet. I lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven, 2009) står det i § 42 at saksbehandler har «plikt til å rådføre seg med tjenestemottaker» og at tjenestetilbudet skal, så langt det er mulig «utformes i samarbeid med tjenestemottaker». Dette er et viktig element når det kommer til behandling og rehabilitering av mennesker med rusproblemer fordi det å delta i utformingen av tjenester og planer, gir mestringsfølelse, et bedre selvbylde og mer motivasjon (Helsedirektoratet, 2017). Det gjør at man er med og tar tak i ting selv, er aktiv i prosessen og får et tjenestetilbud som passer bedre til den det gjelder. Selv om brukervedvirkning er et ord som blir mye brukt, viste en studie blant personer med rusavhengighet i møte med sosialtjenesten at de følte seg stigmatisert, overstyrt, at de ikke ble hørt og at de fikk mangelfull informasjon (Aasmundsen & Sagvaag, 2012, s. 190-198).

3.6 Sosial støtte og tverrfaglig samarbeid

Det nærmeste nettverket rundt en pasient eller bruker kan være en stor ressurs, og ofte har de en oppfatning av hva brukeren trenger, eller hva som kan fungere godt for han eller henne det gjelder. En pårørende kan være til hjelp og støtte, bidra med informasjon eller omsorg.

Helsedirektoratet (2017) skriver i en veileder om pårørende at «jo sykere pasienten er, desto viktigere er det at pårørende involveres». Hvor mye nettverket skal involveres kommer an på hvem de er, hvor nær deres relasjon er til brukeren, deres alder og egen helsesituasjon.

Allikevel bør dette vurderes individuelt, fordi brukere kan også ha et destruktivt forhold til hele eller deler av familien, og noen pårørende kan også hindre bedring (Bøe & Thomassen, 2017, s. 136). Det er ofte en påkjenning å være pårørende til en som har utfordringer med rusavhengighet, og noen pårørende trenger også selv hjelp for å unngå stress, depresjon eller symptomer på utmattelse (Helsedirektoratet, 2017). Dette er det personlige nettverket, vi har også det som kalles det uformelle nettverket, som består av likemenn; mennesker som har opplevd lignende utfordringer selv, og som kan gi hjelp i form av erfaring og støtte. Det profesjonelle nettverket kan være fastlege, sosialarbeider, ruskonsulent, psykolog/psykiater eller andre fagfolk, som kan bidra på de forskjellige områdene de er spesialisert på.

Tverrfaglig samarbeid er ofte nødvendig og nyttig ved behandling av rusavhengighet, fordi de negative konsekvensene ofte går ut over flere områder av livet. Det er samarbeid mellom ulike fagfelt eller etater rundt og sammen med en person som har sammensatte utfordringer. Dette kan inkludere deltakere fra alle de nevnte sosiale nettverkene, og gir sammen med brukeren selv et helhetlig bilde av situasjonen og hvordan brukeren har det og hva han trenger fra de forskjellige for å kunne få det bedre. På denne måten kommer også brukermedvirkning inn, ved at brukeren blir tatt med i vurderinger som gjøres underveis. En måte dette gjøres på er gjennom ansvarsgruppemøter, som kan for eksempel arrangeres med representanter fra NAV, lege, barnevern og psykolog, alt etter hvem som er involvert i å hjelpe personen. Der kan alle bidra med sitt perspektiv og sin ekspertise, og man kan sammen komme fram til løsninger der man har tatt hensyn til mange elementer av personens liv (Willumsen, 2015, s. 158).

Tverrfaglig samarbeid kan være til stor hjelp når det gjelder behandling for avhengighetsproblematikk, mange med et rusproblem har også psykiske helseutfordringer og

mange med psykiske helseutfordringer har større risiko for å utvikle et rusproblem. I tillegg kan dem som har slike utfordringer ofte ha tilleggsproblematikk, også av somatisk art. I nyere tid er det blitt mer vanlig å behandle samtidige lidelser på samme tid, i stedet for å behandle først rusavhengigheten og deretter eventuelle andre lidelser, som var vanlig tidligere (Bramness & Johansen, 2018, s. 114).

4 Metode

En metode er en måte å arbeide på for å komme til et mål, eller i dette tilfellet finne svaret på et spørsmål. Metoden man velger skal være egnet til å besvare problemstillingen på en god måte, og den sier noe om hvordan man vil gå frem for å skape ny forskning eller granske eksisterende informasjon (Dalland, 2017, s. 51). Hvilken metode som velges kommer an på hva slags spørsmål som blir stilt, og hvilken type informasjon man trenger.

Valg av metode

Jeg har valgt litteraturstudie, der det brukes artikler og forskning som allerede eksisterer som data for å forsøke å finne svar på problemstillingen i oppgaven. Måten dette ble gjort på beskrives nærmere senere.

Kvantitativ metode gjør at man kan undersøke noe i bredden, altså at man får færre opplysninger om noe fra et større utvalg informanter, for eksempel ved bruk av spørreskjema. Med denne metoden er man som forsker på avstand fra dem eller det man forsker på, noe som kan være en fordel i noen tilfeller og gjør at man får et mer nøytralt forhold til svarene man får. I kvalitativ metode kan man bruke verktøy som intervju eller observasjon, og da vil man få mer fleksibilitet siden man er til stede sammen med informanten og kan spørre oppfølgingsspørsmål hvis det trengs. Med kvalitativ metode går man også mer i dybden, og får mer informasjon fra færre informanter. En annen faktor med intervju er at man er sammen med informantene, noe som også vil ha en påvirkning på personen man intervjuer (Dalland, 2017, s. 53).

Med litteraturstudie starter arbeidet med å finne et tema man ønsker å fordype seg i, det er dette som danner grunnlaget for problemstillingen man finner fram til etter hvert. Temaet man ønsker å skrive om skal spisses ned til en problemstilling, en påstand eller et spørsmål, som man videre skal prøve å finne svaret på. Når man har problemstillingen klart for seg, begynner letingen etter kilder som omhandler emnet. Dette kan man gjøre i en database for vitenskapelige artikler eller tidsskrifter, for eksempel. Når det gjøres søk er det anbefalt å avgrense søkekriteriene slik at man finner den faglige kunnskapen som er mest relevant for oppgaven, noen av disse kriteriene kan være at man leter etter artikler som ikke er eldre enn et visst antall år, er skrevet på et språk man behersker godt, eller andre spesifikasjoner. Etter hvert skal man sitte igjen med et utvalg artikler som kan brukes som data for å svare på problemstillingen.

Styrker og svakheter med litteraturstudie

Ifølge Dalland (2017, s. 211) har man ved å velge litteraturstudie en fordel ved at man kan få et større overblikk over informasjon om emnet man har valgt fra flere perspektiver på relativt kort tid, siden man bruker tidligere forskning som kilder for oppgaven. En bakdel med litteraturstudie som metode er at man ikke skaper ny forskning, men det man gjør i stedet er å sammenligne data andre har kommet frem til tidligere og på denne måten forsøker å sette dette i et nytt lys. Det kan være vanskelig å finne nok studier som er gjennomført med samme metode, og i tillegg er relevante for problemstillingen, og at det ofte er brukt forskjellige metoder gjør at det kan bli utfordrende når man skal sammenligne dataene man har funnet. På samme tid får man en oversikt over et fagområde som er relevant for yrkesutøvelsen senere, som er positivt. En svakhet er at denne metoden ikke er like fleksibel som intervju for eksempel er. Ved litteraturstudie har man dataene klare og må deretter jobbe videre med å sammenligne disse og tolke resultatene, mens med intervju kan man tilpasse spørsmål eller legge til spørsmål til informantene hvis det trengs for å få informasjonen man trenger.

Kildekritikk

Når man skal gjennomføre en litteraturstudie er kildekritikk en del av prosessen når man skal velge hvilke kilder som passer best. Da er relevans og reliabilitet, også kalt pålitelighet, viktige å undersøke. Relevans vil si at artikkelen skal være relevant i forhold til problemstillingen, og dataene som hentes ut fra artikkelen skal også være relevante. Pålitelighet handler om at arbeidet med å hente data fra artiklene skal være gjort på en nøyaktig og presis måte, slik at man unngår misforståelser eller andre tekniske feil og får et resultat som er til å stole på (Dalland, 2017, s. 55 – 60).

Datainnsamling, inklusjon- og eksklusjonskriterier

I begynnelsen av arbeidet med denne oppgaven ble valg om tema tatt, og utgangspunktet var «rusbehandling og ettervern». Søk ble gjort i databasen Oria, der jeg har lett etter kilder i samlingen til Universitetsbiblioteket i Stavanger. Søkene ble avgrenset med at treff skal være fra mellom 2015 – 2020, på norsk eller engelsk, og først og fremst var målet å finne forskning fra Norge eller Norden. Videre ble treffene avgrenset til artikler fra fagfellevurderte tidsskrift.

Søkene ble gjort mellom 7.2.20 – 27.2.20, og søkeord som har blitt brukt er rus, rusbehandling, ettervern, recovery, substance abuse recovery, substance use disorder recovery, subjective experiences, recovered drug use.

Resultatet av søkene som ble gjort var 15 artikler, der fire ble plukket ut som de mest relevante for oppgaven. Ordet «ettervern» ble ofte koblet med barnevern i stedet for rusbehandling, det var også lettere å finne litteratur på engelsk, selv om det aller meste på engelsk også var forskning fra Norge. Etterpå leste jeg gjennom de valgte artiklene og skrev sammendrag og stikkord, setninger og beskrivelser jeg mente var viktige og som skulle brukes i analysen.

4.1 Sammendrag av artikler

«A life more ordinary - Processes of 5-Year Recovery from Substance Abuse. Experiences of 30 Recovered Service Users» (Bjørnstad et al. 2019).

Studien ser på hvilke faktorer mennesker som har en rusavhengighet selv synes er viktige for å bli bedre, og informantene har alle vært rusfri i flere år på tidspunktet undersøkelsen ble gjort. Det ble brukt intervju som metode, og de 30 informantene ble intervjuet mellom oktober 2017 og april 2018. De som ble intervjuet ble valgt ut fra en større studie (Stayer) som fremdeles pågår, i regi av Stavanger Universitetssykehus. Der de ser på prosessen og resultatet av langtids recovery, eller bedring, fra rusavhengighet. De 30 informantene måtte oppfylle krav som gikk på langtids rusfrihet (over flere år), og god sosial fungering.

«Into the unknown: Treatment as a social arena for drug users' transition into a non-using life» (Robertson & Nesvåg, 2019).

Studien hadde som mål å undersøke prosessen som rusavhengige går gjennom når de går fra en livsstil der de bruker rusmidler aktivt til en uten rus. For å finne ut mer om dette har de sett på hvor involvert brukerne var i behandling, prosessen med å avslutte behandling, og den første tiden etter, når de skulle endre sine daglige rutiner til en rusfri måte å leve på. Informantene var 17 menn og kvinner (70,6% menn), som hadde vært rusavhengige i flere år. To av dem foretrakk kun alkohol, en kun cannabis, og resten brukte flere typer rusmidler. Temaer som ble sett på i alle intervjuene var når brukeren begynte å ruse seg, hvordan det eskalerte, livssituasjon, forsøk på å slutte, sosialt nettverk, tilbakefall og involvering i behandling.

«Assessing health service satisfaction among users with substance use disorders within the municipalities in Norway» (Flemmen, Nordfjærn, Salthammer & Stallvik, 2019).

Studien hadde som mål å undersøke hva som var viktig for at mennesker med rusavhengighet når det gjelder relevante kommunale helse- og omsorgstilbud, og hva som burde forbedres. Undersøkelsen ble gjort i september og oktober i 2017 via spørreskjema, og det var 491 informanter der 70% var menn. Spørreskjemaer og informasjon om prosjektet ble utdelt på

kommunale venterom der brukerne kom for å bruke de utvalgte tiltakene, og noen valgte å ta undersøkelsen elektronisk. Kriteriene som ble stilt informantene var at de måtte være over 18 år, og ha eller tidligere hatt rusavhengighet som definert i ICD-10.

«Drop-out fra langtids døgnbasert rusbehandling» (Nesvåg, et al., 2017).

Studien hadde som mål å se på hvilke forskjeller som kan ha en betydning i forhold til tidlig drop-out i langtids døgnbehandling for brukere med rusavhengighet og psykiske vansker. Studien undersøker om og hvordan ulike faktorer virker inn på drop-out raten. De har undersøkt både individuelle faktorer som kjønn, alder, og kognitiv fungering, i tillegg til sosiale, som boligforhold og utdanning- eller jobbsituasjon. Studien ble utført med spørsmål via spørreskjema med brukere (12 kvinner og 38 menn) i en behandlingsinstitusjon for rusavhengighet. Undersøkelsen ble gjort på tre tidspunkter underveis i behandlingsforløpet, over en periode på tre år.

4.2 Tematisk innholdsanalyse

Tematisk innholdsanalyse er en metode som brukes for å finne temaer og mønster i dataene man jobber med på en systematisk måte, og deretter analysere dem. På denne måten blir analysen gjort med utgangspunkt i data, og ikke i teori. Dette er en fleksibel metode, som kan brukes sammen med mange forskjellige typer forskningsspørsmål (Braun & Clarke, 2013, s.175 og 178).

Måten jeg har gjort dette på, er at jeg har notert ned stikkord eller setninger fra de valgte artiklene etter hvert som jeg leste dem. Jeg skrev ned temaer som ble tatt opp som var felles for artiklene, og som var unike for hver av dem. Jeg så også etter temaer som var motstridende, men fant ikke noe på det området. Deretter så jeg på de forskjellige temaene og omgrupperte dem, slik at jeg etter hvert satt igjen med fire kategorier temaene passet inn i. Den første var «tilbakefall», og handlet om hvordan dette er en naturlig del av bedringsprosessen og behandling, «selvutvikling», som viser at brukere må gjennom en omfattende utvikling av sin identitet og tankemønster. Til slutt «ambivalens og mestring» som

viser at ambivalens er vanlig, og ofte kan ha en sammenheng med mestringsfølelsen. Deretter så jeg på sammenhengene mellom de forskjellige kategoriene.

5 Funn

5.1 Tilbakefall

Et funn i denne studien er at prosessen med å bli rusfri for mange innebærer tilbakefall, dette kan trigges av mangel på motivasjon, utfordringer, belastninger eller sterke emosjoner (Bjørnstad, et al. 2019, s. 5). Utfordringer eller belastninger kan være for eksempel ensomhet, vanskeligheter med å holde på struktur og rutiner eller mangel på sosialt nettverk (Nesvåg & Robertson, 2019, s. 259; Stallvik, Flemmen, Salthammer & Nordfjærn, 2019, s.8). Utilstrekkelig sikring av overgangen mellom institusjonsbehandling og kommunalt ettervern gir også økt sannsynlighet for tilbakefall, fordi tilværelsen i behandling oppleves å være veldig annerledes enn den tilværelsen mange befinner seg i utenfor behandling.

Tilbakefall er et vanlig element ved behandling av rusavhengighet, dette sier også teorien om endringsprosesser der endringshjulet er et eksempel som har tilbakefall med som en naturlig del (Christiansen, 2018, s. 171). Bjørnstad, et al. (2019, s. 8) sier at individuell tilpasning av behandling og tilbud om langtids døgnbehandling og oppfølging er nødvendig for at personer med rusavhengighet skal klare å holde seg rusfri på egenhånd. Dette kan ta år, og for noen flere omganger i behandlingsapparatet (Nesvåg et al., 2019, s. 106). Brukere bør på grunn av dette få planer som går over lang tid. En studie viser at av 491 informanter hadde 16% fått hjelp i spesialisthelsetjenesten tidligere, 40% hadde vært i et avrusningstiltak tre eller flere ganger før og 31% hadde vært innlagt i døgnbehandling flere enn tre ganger tidligere (Stallvik, et al., 2019, s. 4). Dette indikerer også at tilbakefall er vanlig i en recovery- eller bedringsprosess, og at flere brukere har behov for enten behandlingsforberedende tiltak i forkant av behandling (Nesvåg, et al., 2017, s. 106), eller tilbud om flere forsøk i behandlingsapparatet dersom behandlingen blir avbrutt.

5.2 Selvutvikling

Å bli rusfri innebærer selvutviklingsarbeid, og forskning viser at dette både er en individuell og sosial prosess. En studie beskriver at en person med rusavhengighet går gjennom flere overganger i recovery-prosessen, og at tidlig i prosessen overgis kontrollen til en autoritet og senere tas det avstand fra den samme autoriteten når behovene endres, personen blir mer selvstendig og får et klarere bilde av hvem den er. Autoritet blir her brukt om en «ekstern kilde til kunnskap og støtte» (min oversettelse). Jo lengre informantene kom i recovery-prosessen, jo mer individuelle behov og preferanser viste seg (Bjørnstad, et al., 2019, s. 7). Personer med rusavhengighet uttalte at de var relativt fornøyde med hjelpen de fikk fra kommunen som gjaldt å håndtere utfordringer relatert til rusavhengighet (41%), men mindre fornøyd med hjelp til å håndtere andre psykiske og fysiske utfordringer, komme i gang med fysisk aktivitet og etablere et sosialt nettverk (Stallvik, et al. (2019, s. 8). Tidligere forskning har vist at sosial støtte er en beskyttelsesfaktor når noen skal endre atferd og levevaner, som for eksempel det å bli rusfri (Johansen og Orford, sitert i Stallvik, et al., 2019, s. 8).

Å starte langtids døgnbehandling krever at brukeren er dedikert og har vilje til å holde ut en lang endringsprosess, og forskning viser at behandlingsforberedende tiltak kan gjøre personer med rusavhengighet mer forberedt på det som skal skje, og bedre rustet til å håndtere en krevende selvutviklingsprosess. De som hadde vært i et slikt tiltak i forkant av behandling hadde en drop out-rate som var 10% lavere enn hos de som ikke hadde det (Nesvåg, et al., 2017, s. 106).

I selvutviklingsprosessen uttaler noen personer med rusavhengighet at de mister sin gamle identitet, og at gjennom deres individuelle og sosiale utvikling skaper de en ny identitet. Nye sosiale settinger som ikke handler om rus og å forholde seg til uvante sosiale normer og regler gjør at de finner ut hvem de er på en ny måte (Robertson & Nesvåg, 2019, s. 259-260). Dette tar igjen opp viktigheten av støtte fra et nettverk som er med på å motivere til rusfrie aktiviteter og mestring av nye sosiale situasjoner. Tankegangen i recovery er sentral i forhold til dette, der det jobbes for å fremme brukernes ressurser, følelse av mestring og en opplevelse av å høre til i et sosialt fellesskap (Evjen, Kielland & Øiern, 2018, s. 41-42).

5.3 Ambivalens og mestring

Et tredje funn er at ambivalens er vanlig for personer med rusavhengighet. Informantene i en studie mente at å være involvert i behandlingsprogrammet og at innsatsen var oppriktig og ekte var avgjørende for resultatet. En informant uttalte å ha vært i behandling flere ganger, uten å innerst inne ønske å bli rusfri på de aktuelle tidspunktene (Robertson & Nesvåg, 2019, s. 256). Ambivalens kan være noe av forklaringen på at 32% av informantene i en studie droppet ut fra behandling innen 3 måneder. Studien viste at det var yngre brukere, brukere med lav utdanning og kvinner som hadde høyest drop out-rate (Nesvåg et al., 2017, s. 103).

En studie som undersøker hvor fornøyd personer med rusavhengighet var med hjelp de fikk i kommunen, viste at de var lite- eller ikke fornøyde med hjelp til å komme i gang med utdanning (76%), etablere et sosialt nettverk (62%), komme i gang med fysisk aktivitet (58%), finne seg jobb (54%) og økonomi (47%). Disse faktorene samlet sett kan gi en mening i hverdagen som kan konkurrere mot de positive opplevde effektene av rusmidler (Stallvik, et al., 2017, s. 6 & 9). Hvis vi skal hjelpe en person med rusavhengighet, kommer vi ikke utenom å forsøke å sette oss inn i deres opplevde positive effekter av rusmidler, og derfra prøve å erstatte disse med mer konstruktive og oppbyggende metoder eller aktiviteter (Nesvåg, 2018, s. 21).

6 Diskusjon

6.1 Tilbakefall

Funnene har vist at tilbakefall er en naturlig del av prosessen med å bli rusfri og at behandlingsforløpet ikke tar tilstrekkelig høyde for dette (Nesvåg, et al., 2019). I litteraturen finner vi teorier om endring av atferd som avhengighet, og her ser vi også at det er risiko for tilbakefall på et hvilket som helst tidspunkt i en slik prosess (Christiansen, 2018). Selv om dette ser ut til å være et kjent fenomen, er det allikevel slik at personer med rusavhengighet ofte kjenner på skyldfølelse, skam og nederlag hvis de dropper ut eller har tilbakefall. Behandlingsforberedende tiltak ser ut til å gjøre at brukere er mer forberedt på hva behandlingen de skal i gang med innebærer, noe som gjør at de har større sjanse for å lykkes (Nesvåg, et al., 2017). I helse- og omsorgstjenesteloven står det at pasienter og brukere skal få

et «helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester», som innebærer at spesialisthelsetjenesten og kommunen skal inngå avtaler der det avklares hvem som skal utføre hvilke tjenester når en person med rusavhengighet for eksempel skal skrives ut fra behandling og skal over i kommunalt ettervern. Dette er et spesielt sårbart tidspunkt for tilbakefall, fordi overgangen blir for stor mellom strukturen, rutine og den sosiale støtten i institusjonen til det som for mange blir en ensom tilværelse med lite sosial kontakt og manglende støtte fra hjelpeapparatet til grunnleggende faktorer for en bedre tilværelse, som hjelp til å komme i gang med utdanning, jobb, etablering av sosialt nettverk eller økonomi, (Stallvik, et al., 2019). Utfordringer knyttet til behovet for sammensatte tjenester i denne brukergruppen og mangelfullt samarbeid mellom nivåene og sektorene i behandlingsapparatet tas også opp i Samhandlingsreformen. I sosialt arbeid og i behandling av rusavhengighet er tverrfaglig samarbeid ofte brukt, der flere etater eller støttespillere jobber sammen med brukeren for å få et mer helhetlig bilde av situasjonen og bedre grunnlag for at alle faktorer blir tatt hensyn til (Willumsen, 2015). Her bør nok allikevel samarbeidet bli enda bedre og tettere for et optimalt resultat, og mer inngående strategier for at behandlingsnivåene skal få best utbytte av hverandres spesielle kompetanse vil nok komme både behandlingsapparat og brukere til gode.

6.2 Selvutvikling

Funnene har også vist at i prosessen med å bli rusfri skjer det mye med en persons identitetsfølelse, og noen personer med rusavhengighet forklarer det som å endre, eller skape en ny identitet (Robertson & Nesvåg, 2019). Rusmidler kan ha mange funksjoner, som for eksempel «(...) slippe hemninger, oppnå bedre kommunikasjon, endre sanseinntrykk, skape distanse eller nærhet, oppnå nytelse og behag, vise følelser, regulere selvfølelse, slippe ansvar (...)» for å nevne noe (Nesvåg, 2018). Når en person med rusavhengighet i tillegg til å endre så mye ved sin personlighet og opplevelse av omverdenen, i tillegg til å oftest ha sosial kontakt med andre rusavhengige i sammenhenger som handler om rus, er det forståelig at det skjer mye når alt dette skal endres på relativt kort tid. Forskning viser at brukere i behandling viste økende behov for individuelle tilpasninger i behandling etter hvert som de ble bedre, og at den sosiale støtten i behandlingsapparatet kombinert med rusfrie aktiviteter gjorde at de begynte å skape seg en «ny» identitet (Bjørnstad, et al., 2019; Robertson & Nesvåg, 2019). Viktigheten av sosial støtte har vist seg å være et gjennomgående element både i litteratur og forskning, og er en tydelig beskyttelsesfaktor som viser verdien av gode relasjoner. En sentral

del av recoverytenkning er å være en støttespiller som hjelper brukeren å oppdage sine egne ressurser og bruke disse i prosessen med å få det bedre, noe som også vil være med på å hjelpe brukeren å utvikle seg som person og lære seg selv å kjenne bedre (Evjen, Kielland & Øiern, 2018). Recovery som metode og begrep blir brukt og definert av mange, og har også blitt kritisert for å være et diffust begrep og en måte å overlate for mye ansvar for fremgang på brukeren. Selv om sentrale deler av recovery handler om at brukeren skal lære seg selv å kjenne bedre både på godt og vondt, se sine egne ressurser og hvordan de kan oppleve et bedre liv, så er det et viktig element at behandlingssystemet rundt brukeren også må gi dette anerkjennelse og mulighet for å skje (Evjen, Kielland & Øiern, 2018, s. 45).

Brukermedvirkning bør prioriteres gjennom hele behandlingsforløpet for at individuelle preferanser skal komme til uttrykk i utformingen av innhold og varighet. Helsedirektoratet (2017) anbefaler at brukere selv deltar i utforming av tjenester og planer, og at dette gir både mestringsfølelse og mer motivasjon for videre endringsarbeid. I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 står det om hvilke tjenester kommunen er pliktet å tilby blant annet denne brukergruppen, og dette innebærer «sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering», og skal altså også dekke sosiale behov.

6.3 Ambivalens og mestring

Et tredje funn handlet om at ambivalens er vanlig når en person med rusavhengighet er i prosessen med å slutte å ruse seg og også gjennom behandlingsperioden, og at dette kan ha en nær sammenheng med følelse av mestring. Ambivalens kan handle om at rusen har opplevde positive effekter (Nesvåg, 2018) som er vanskelige å gi slipp på eller se for seg at kan erstattes, tvil når det kommer til egne evner til å klare å bli rusfri, om det egentlig er noe personen selv ønsker eller om det er press fra omgivelsene (Bjørknes & Sælør, 2018, s. 148). En studie viste at informantene noen ganger hadde vært i tvil om de skulle slutte å ruse seg i flere år før de tok en endelig avgjørelse, noen ganger innebar disse årene også en eller flere omganger med behandling (Pettersen, et al., 2018, s. 4-6). Ifølge nevrovitenskapelig forskning dannes det nye koblinger i hjernen når en person bruker rusmidler om og om igjen, noe som fører til at de kan føle et behov for å ruse seg, selv lenge etter at de har sluttet, fordi disse koblingene fremdeles finnes, og derfor kan hjernen «lure oss» til å tro at det å ruse seg er viktig for å overleve (Føyn & Shaygani, 2010, s. 61). Andre årsaker til ambivalens kan være en manglende følelse av mestring i uvante sosiale eller praktiske situasjoner, som gir en

følelse av å ikke ha noe å bidra med eller å ikke høre til. En person som har levd i et rusmiljø over tid har lært seg hvilke verdier som fremheves i et slikt miljø, og hva slags sosiale normer og regler som gjelder, noe som oppleves å være veldig annerledes enn i rusfrie kontekster (Robertson & Nesvåg, 2019). Ambivalens kan også komme av at en del personer med rusavhengighet er vant med å ha det vondt og vanskelig, ofte på flere områder i livet samtidig. Når de begynner å få det bedre kan det være skremmende for noen, fordi da har de plutselig noe å miste, og dette kan føre til at det å gå tilbake til det gamle, kjente livet føles trygt.

Et verktøy man kan bruke for å kartlegge tydeligere hva ambivalens kommer av, kalles ambivalensvekten. Der skriver man ned hva som er grunner for å fortsette og slutte med rusmidler, noe som kan gi et klarere bilde for både bruker og behandler (Andresen, 2012, s. 212). I tilfeller der brukeren har bestemt seg, er det ikke nødvendig å gå dypere inn i eventuelle følelser av ambivalens, det samme gjelder hvis utforskning av dette kan utgjøre en for stor belastning for brukeren på det tidspunktet. Slike faktorer bør vurderes, på grunn av at dette noen ganger til og med kan bli en risikofaktor (Andresen, 2012, s. 213).

Det kan se ut som vi hadde vært tjent med at overgangen fra institusjon til et liv utenfor var mer gradvis og «sømløs» enn det den er i dag, med mer trening på sosiale situasjoner utenfor et rusmiljø og praktiske ferdigheter som den enkelte kan trenge når de blir skrevet ut.

Sælør og Bjerknes (2018, s. 148-149) tar opp bruken av uttrykket motivasjon, og hvordan dette tolkes veldig forskjellig i behandlingsapparatet, og at det kan påvirke behandlingsforløpet. Her kommer vi igjen innom tilbakefall, og hvordan det i noen tilfeller tolkes som mangel på motivasjon til endring, noe det ofte ikke er. Hole (2014) sier at motivasjon vil variere, og følelsen av ambivalens vil nok også følge med i perioder med mindre motivasjon. Han forklarer at «motivasjon er de positive kreftene i individet som ønsker en positiv endring, men som står i et samtidig spenningsforhold til de kreftene som bidrar til fortsatt avhengighet.» Dette spenningsforholdet vil mest sannsynlig alltid være til stede til en viss grad for en person med avhengighetsproblematikk selv om de er rusfrie, men som Bjørnstad et al. (2019) sier så kreves det mindre av personen å holde seg rusfri etter å ha levd slik over en viss tid. I lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen §42 står det at tjenestetilbudet skal i den grad det er mulighet for det «utformes i samarbeid med tjenestemottaker» (sosialtjenesteloven, 2009), og at vi bør se på hva den enkelte motiveres av og tilpasse behandlingen så langt det er mulig slik at brukeren føler seg hørt og kjenner på mestring og motivasjon i forhold til sin egen situasjon (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106). I

Samhandlingsreformen sies det at brukermedvirkning er blitt mer vanlig i mange deler av tjenesteapparatet, og at «pasienter som medvirker i planlegging og oppfølging av egen helsehjelp, er bedre i stand til å mobilisere egne ressurser». Allikevel er brukermedvirkning blitt kritisert for å være et diffust begrep som tolkes forskjellig fra person til person, og at noen som er i en hjelperrolle kan ha inntrykk av at brukeren medvirker i planlegging og oppfølging, mens brukeren har et annet inntrykk. Brukermedvirkning kan også være vanskelig å utføre, for eksempel i situasjoner eller faglige systemer der brukeren ikke føler seg i stand til å ta del i arbeidet rundt egen sak, på grunn av manglende kunnskap, liten tro på egne evner eller dårlig fysisk eller mental helse (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 110). Det viktigste vil nok være å føle seg hørt, sett og respektert, og at brukere får inntrykk av at deres ønsker og tanker faktisk har noe å si i utformingen av tjenestetilbudet.

7 Avslutning og konklusjon

I denne oppgaven har jeg tatt for meg hva vi som sosialarbeidere kan fokusere på for å bidra til at personer med rusavhengighet får bedre utbytte og et mer varig resultat av behandling, oppfølging og ettervern relatert til rusavhengighet og psykiske utfordringer. Dette er et komplekst område av helse- og omsorgsapparatet, der vi kan treffe på individer fra nesten alle stadier av livet, med varierende bakgrunn, problematikk og varierende grad av konsekvenser fra sin rusbruk. Det finnes nok ikke et enkelt svar på problemstillingen min, men jeg har ut fra arbeidet med denne oppgaven funnet mange elementer som kan gjøre det mer sannsynlig at personer med rusavhengighet lykkes i å få en bedre livskvalitet etter behandling. De som søker hjelp for rusproblemer kan ha blandede følelser overfor endringsprosessen det er å slutte å ruse seg, og ambivalens overfor både ruslutt og det å få et mer «normalt» eller sosialt akseptert liv. En sosialarbeider befinner seg ofte i såkalte spenningsfelt, der vi samtidig skal utøve hjelp til den enkelte og også ha en viss kontrollfunksjon, samtidig er det viktig med brukermedvirkning og autonomi. Vi skal også ta hensyn til både individet og samfunnet rundt samtidig.

I sosialt arbeids litteratur finner vi veldig mye som er relevant å ha fokus på når det gjelder å hjelpe personer med rusavhengighet til å få en opplevelse av bedre livskvalitet, mye mer enn

det jeg har hatt mulighet for å gå inn på i en studie av dette omfanget. Risiko- og beskyttelsesfaktorer er en viktig faktor å se på for å forsøke å forstå hvorfor en person utvikler rusavhengighet, og hva som kan gjøre at en person står sterkere som rusfri. Sosialt arbeids perspektiver på endring er meget sentralt når det kommer til å forandre livet sitt på så mange områder som personer med rusavhengighet gjør når de slutter å ruse seg, og å ha et helhetssyn gjør at man ikke bare ser på og behandler rusavhengigheten som et eget fenomen, men tar også resten av situasjonen i betraktning, fordi vi alle er sammensatte mennesker og de forskjellige faktorene i våre liv påvirker hverandre. Brukermedvirkning henger sammen med recovery-tradisjonen, og kan gjøre at brukeren føler på mestring og deltakelse i egen bedringsprosess. Studiene som har blitt brukt som data i denne oppgaven bekrefter tydelig at det er behov for mer individuell tilpasning i behandlingsapparatet, både når det gjelder innhold i og lengden på behandlingsopphold. Det har også vist seg å være en faktor for å lykkes med behandling at den enkelte er godt forberedt på hva som skal skje, så mer bruk av behandlingsforberedende tiltak vil nok være verdt å vurdere i større grad for fremtiden. Å forandre fokus fra hvilke negative konsekvenser av rusavhengigheten brukeren kan eliminere, til hvilke positive effekter man kan oppnå i fremtiden kan gi nytt håp (McKay, referert i Aakerholt & Nesvåg, 2010). Videre har studier vist at sosial støtte og gode relasjoner, både mellom brukere og profesjonelle hjelpere, brukere og likemenn, og i familie- eller vennenettverk kan gjøre en stor forskjell. Mestring av nye sosiale situasjoner, og aksept fra kolleger eller et rusfritt nettverk har vist seg å være avgjørende for mange som har klart å bli rusfrie.

7.1 Mulige konsekvenser for praksis

I denne bacheloroppgaven har jeg forsøkt å sette meg inn i hvorfor det er en stor andel av personer med rusavhengighet som ønsker å bli rusfrie, og som går gjennom deler av eller hele behandlingsopplegg, gjerne også flere runder i behandlingsapparatet, uten å oppnå et rusfritt liv eller en bedret livskvalitet. Det jeg har sett er at det gjøres en god del forskning på hva som fungerer og ikke, og at det er mye god kunnskap på feltet. Allikevel er det veldig varierende tilbud i kommunene og manglende samarbeid mellom de forskjellige forvaltningsnivåene i behandlingsapparatet, og det er absolutt behov for at hver enhet tilrettelegger bedre for mer

glidende overganger og for at neste instans skal få et best mulig utgangspunkt for å lykkes i sitt arbeid (Nesvåg, et al., 2017).

7.2 Videre forskning

I studiene som har blitt gjennomgått i arbeidet med denne oppgaven viste det seg at en av gruppene som ofte avbryter behandling før den er ferdig, såkalt tidlig drop out, er personer med lav utdanning (Nesvåg et al., 2017). En annen studie som undersøkte hvor fornøye brukere var med hjelpen de fikk i kommunen blant annet etter behandling, viste at 76% var misfornøye med hjelp til å komme i gang med utdanning og 54% var misfornøye med hjelp til å få seg en jobb (Stallvik et al., 2019). Hvis dette har en sammenheng syns jeg det virker som et tema som bør bli forsket videre på, slik at vi kan unngå at mennesker blir værende i en situasjon som i dagens samfunn er belastende og kan føre til videre stigmatisering, på tross av ruslutt.

Nesvåg, et al. (2017) fant også i sin undersøkelse at kvinner er en annen gruppe som oftere dropper ut av behandling. Samtidig sier Meld. St. 30: «Se meg!» at rundt 30% av dem som får behandling for ulike rusrelaterte problemer er kvinner. Selv om det er en relativt liten del av totalen, så er det flest kvinner som blir behandlet med tvang i psykisk helsevern. Det har også vært en jevn økning av kvinners inntak av alkohol, helt siden 70-tallet. Helse- og omsorgsdepartementet mener dette er bekymringsverdig, og uttaler at dette krever mer innsats og oppmerksomhet, og «tilbud om kjønnsesifikk behandling» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 18). Min opplevelse er at kvinner ofte er i mindretall både i studier og behandlingspopulasjoner, og at de derfor kan ende opp med behandling som er mindre tilrettelagt for denne gruppen og på grunn av dette et mulig dårligere resultat.

Litteraturliste

- Aakerholt, A. & Nesvåg, S. (2010). *Stortingsmelding om den nasjonale rusmiddelpolitikken. Forløp og kunnskapsoppsummering: Tilgjengelighet, kontinuitet og individualisering*. KORFOR/Stavanger Universitetssjukehus. Hentet fra <https://docplayer.me/551500-Stortingsmelding-om-den-nasjonale-rusmiddelpolitikken-forlop-og-kunnskapsoppsummering-tilgjengelighet-kontinuitet-og-individualisering.html> ***45 sider**
- Aasmundsen, H. & Sagvaag, H. (2012). «Som å snakke til en vegg»: Personer med rusproblemer og deres erfaringer med brukermedvirkning. I A. G. Jensen & I. M. Tronvoll (Red.), *Brukermedvirkning: Likeverd og anerkjennelse* (s. 188 – 200). Oslo: Universitetsforlaget. ***12 sider**
- Amundsen, E. J. & Skretting, A. (2018, 18. september). Historisk oversikt over narkotika i Norge 1912 – 2018. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/narkotika-i-historien/historisk-oversikt-over-narkotika-i-norge-1912-2018/> ***15 sider**
- Andresen, N. E. (2012). Motiverende samtale. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (2. utg., s. 194-221). Oslo: Gyldendal Akademisk. ***27 sider**
- Askheim, O. P. (2016). Recovery-perspektivet: Utfordrende, men utydelig og uavklart. I S. Biong (Red.), *Et bedre liv: Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer* (s. 192 – 202). Oslo: Gyldendal Akademisk. ***10 sider**
- Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I. & Kleppe, L. C. Hva er sosialt arbeid? I L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 19 – 35). Oslo: Universitetsforlaget.
- Biong, S. & Landheim, A. (2016). Recovery sett fra brukerne, fagfolk og forskning. I S. Biong (Red.), *Et bedre liv: Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer* (s. 13 - 16). Oslo: Gyldendal Akademisk. ***3 sider**
- Biong, S. (Red.). (2016). *Et bedre liv – Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*. Oslo: Gyldendal Akademisk. ***189 sider**
- Biong, S. (2018). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utg., s. 21 - 42). Oslo: Cappelen Damm.
- Bjerknes, S. O. & Sælør, K. T. (2018). Miljøterapi i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 141-158). Oslo: Cappelen Damm.
- Bjørnstad, J., Erga, A. H., McKay, J. R., Moltu, C., Nesvåg, S., Skaalevik, A. W., Slyngstad, T. E., Svendsen, T. S. & Veseth, M. (2019). “A Life More Ordinary” Processes of 5-Year

Recovery From Substance Abuse. Experiences of 30 Recovered Service Users. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00689> *9 sider

Bramness, J. G. & Johansen, A. B. (2018). Psykososial og medikamentell behandling ved rusmiddellidelser. I S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., s. 114 – 140). Oslo: Cappelen Damm.

Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research – a practical guide for beginners*. London: Sage Publications. *73 sider

Bukten, et al./ SERAF/Senter for rus & avhengighetsforskning (2016). *Rusmiddelbruk og helsetilstand blant innsatte i norske fengsel*. (Rapport 2/2016). Hentet fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2016/nedlastinger/seraf-rapport-nr-2-2016-rusmiddelbruk-og-helsesituasjon-blant-innsatte.pdf> *40 sider

Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid – Å skape rom for hverandre*. (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget. *13 sider

Christiansen, Å. (2018). Tidlig intervensjon ved rusmiddelrelaterte lidelser i sykehus. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utg., s. 159 - 177). Oslo: Cappelen Damm.

Dahl, U. P. (2019). Ettervern og reintegrering av rusavhengige. I A. L. Svalastog, N. J. Kristoffersen & H. S. Lile (Red.), *Psykososialt arbeid – Kunnskap, verdier og samfunn* (s. 293 – 311). Oslo: Gyldendal Akademisk. *18 sider

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk. *33 sider

Direktoratet for e-helse. (2020, 8.5.). ICD-10. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2596289>

Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp – Om ruslidelser og psykiske lidelser* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Fellesorganisasjonen (FO). (2017). Global definisjon av sosialt arbeid. Hentet fra <https://www.fo.no/aktuelle-brosjyrer/global-definisjon-av-sosialt-arbeid-article5620-1335.html> *2 sider

Føyn, P. & Shaygani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo: Universitetsforlaget. *58 sider

Halvorsen, J. S. (2012). AA (Anonyme Alkoholikere), 12-trinnsprogrammet og rusbehandling. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (2. utg., s. 275-301). Oslo: Gyldendal Akademisk. *26 sider

Hansen, T. Holm, A. Østerby, S. (2003). *Bostedsløse i Norge – En kartlegging*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/krd/tid/2004/0004/ddd/pdfv/214536-prosjektrapport3711.pdf> *6 sider

Haugum, M. & Iversen, H. H. (2014). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling – resultater etter en nasjonal undersøkelse*. (PasOpp-rapport nr. 6-2014.) Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. ***8 sider**

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring – lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. (Nasjonal veileder). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne> ***30 sider**

Helsedirektoratet. (2018). Kunnskapsgrunnlag – Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-metoder-for-tidlig-identifisering-av-risiko-hos-barn-og-unge/Kunnskapsgrunnlag%20%E2%80%93%20metoder%20for%20tidlig%20identifisering%20av%20risiko%20hos%20barn%20og%20unge.pdf> /attachment/inline/d41f4072-ab66-4747-90e9-e9dcfe96ff65:ad36b31ca6167e7b8b1a61acab675effd970366a/Kunnskapsgrunnlag%20%E2%80%93%20metoder%20for%20tidlig%20identifisering%20av%20risiko%20hos%20barn%20og%20unge.pdf ***4 sider**

Helsedirektoratet. (2019). *Kostnader i spesialisthelsetjenesten. Rapport IS-2949*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kostnader-i-spesialisthelsetjenesten-2019/Kostnader%20i%20spesialisthelsetjenesten%202019%20-%20IS%202949.pdf> /attachment/inline/7b171ed2-9ef8-4834-8143-397a0d3f6d75:32a12747d28e19778a4946a467e19d1d6bc1e3eb/Kostnader%20i%20spesialisthelsetjenesten%202019%20-%20IS%202949.pdf ***5 sider**

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted - til rett tid*. (St. meld. nr. 47 (2008 – 2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> ***32 sider**

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Meld. St. 30 (2011 – 2012): *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bba17f176efc40269984ef0de3dc48e5/no/pdfs/stm201120120030000dddpdfs.pdf> ***25 sider**

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Meld. St. 11 (2015 – 2016): *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/> ***15 sider**

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Meld. St. 34 (2015 – 2016): *Verdier i pasientens helsetjeneste: Melding om prioritering*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/?ch=1> ***1 side**

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer – En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget. ***8 sider**

Holter, H. K., Nesvåg, S., Njå, A. L., Moe, M., Myhre, C. & Scott, B. E. (2017). Drop out fra langtids døgnbasert rusbehandling. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Volum 14 (Nr. 2), s. 98-108. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-02-02> ***11 sider**

Jordheim, H. M. (2016, 13. april). *Hver dag straffes 22 personer for bruk og besittelse av narkotika*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/11AlG/hver-dag-straffes-22-personer-for-bruk-og-besittelse-av-narkotika>

KORFOR/Helsedirektoratet. (2019). *BrukerPlan Årsrapport 2019 - Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunen*. Helse Stavanger, Stavanger Universitetssjukehus. Hentet fra: https://helse-stavanger.no/seksjon/KORFOR/Documents/Brukerplan/5650_BrukerPlan_A%CC%8Arssrapport_digital_2020_06_02_ef_ny.pdf ***10 sider**

Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid?* Oslo: Universitetsforlaget.

Lossius, K. (Red.) (2012). *Håndbok i rusbehandling* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk. ***40 sider**

Navarsete, L. S. & Toppe, K. (2018, 3. oktober). Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Liv Signe Navarsete om å be regjeringen evaluere samhandlingsreformen og fremme sak for Stortinget om nødvendige tiltak for at samhandlingsreformens intensjoner kan nås. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2018-2019/dok8-201819-019s/?all=true> ***4 sider**

Nesvåg, S. (2018). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2. utg., s. 21-43). Oslo: Cappelen Damm.

Nordfjærn, T. Flemmen, G., Salthammer, J. A., Stallvik, M. (2019). Assessing health service satisfaction among users with substance use disorders within the municipalities in Norway. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0207-4> ***11 sider**

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pbrl>

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. *Substance Abuse: Research and Treatment*. (Volume 12: 1-8). <http://doi.org/10.1177/1178221817752678> ***8 sider**

Robertson, I. E. & Nesvåg, S. M. (2019). Into the unknown: Treatment as a social arena for drug users' transition into a non-using life. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, Vol. 36(3), <https://doi.org/10.1177/1455072518796898> ***19 sider**

Sosialtjenesteloven. (2009). Lov om sosiale tjenester i arbeid- og velferdsforvaltningen (LOV-2009-12-18-131). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131#KAPITTEL_4

Stallvik, M., Flemmen, G., Salthammer, J. A. & Nordfjærn, T. (2019). Assessing health service satisfaction among users with substance use disorders within the municipalities in Norway. *Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy*. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0207-4> *11 sider

Svalastog, A. L., Kristoffersen, N. J. & Lile, H. S. (Red.). (2019). *Psykososialt arbeid – Kunnskap, verdier og samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk. *42 sider

Tronvoll, I. M. (Red.). (2012). Brukermedvirkning: Likeverd og anerkjennelse. Oslo: Universitetsforlaget. (Kap. 2 & 3) *11 sider

Willumsen, E. Tverrprofesjonelt samarbeid i sosialt arbeid. I Kleppe, L. C. (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 154 – 170). Oslo: Universitetsforlaget.

Valgfritt pensum: **874 sider**