

Universitetet i Stavanger
Det Samfunnsvitenskapelige fakultet
Institutt for Helsefag

Endringsprosesser hos unge rusmisbrukere forut for behandling

En kvalitativ studie om endringsprosesser hos unge rusmisbrukere forut for henvisning til Psykiatrisk ungdomsteam, PUT

Inger Guggedal

Juni 2013



Masteroppgave i helsevitenskap med spesialisering i rusproblematikk

SPESIALISERING: Rusproblematikk

SEMESTER: Vår 2013

FORFATTER/MASTERKNDIDAT: Inger Guggedal

VEILEDER: Sverre Nesvåg, Forskningsleder ved Regional kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Endringsprosesser hos unge rusmisbrukere forut for behandling.

Engelsk tittel: Change processes prior to treatment among young drug addicts.

EMNEORD/STIKKORD: Motivasjon, endring, endringsforløp, avhengighet, rusmisbruk, helsepsykologi, self-efficacy

ANTALL SIDER: 64

STAVANGER 27.06.2013

Forord

Denne masteroppgaven er siste del av min studie i Helsevitenskap med fordypning i rusproblematikk. Arbeidet med oppgaven har vært en endringsprosess i seg selv med nye arbeidsmetoder, nye tanker og mye ny kunnskap.

Det er flere å takke i denne prosessen. Først av alt mine fire informanter som gjennom intervjuer raust delte av sine opplevelser og erfaringer. Jeg er ydmyk og glad for at jeg fikk møte dere. Uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt til.

En stor takk går til Sverre Nesvåg, som har veiledet meg med stor faglighet, tålmodighet, tillit, tilgjengelighet og konstruktive tilbakemeldinger gjennom oppgaven. Thomas Solgård Svendsen fortjener en takk for rekruttering av informanter.

Takk også til mine barn, Anders og Lena som har oppmuntret og støttet meg gjennom hele studiet, og bidratt med kyndig hjelp når dataproblemene syntes å være uoverkommelige.

Sist, men ikke minst må jeg takke min medstudent Ingeborg, for støtte, motivasjon, gleder, sorger og for mange lange kvelder med faglige diskusjoner gjennom studietiden.

Stavanger, 27.06.2013

Inger Guggedal

Sammendrag

Innen kommune- og spesialisthelsetjeneste er målet å implementere helsefremmende tiltak hos ungdom før problematferd utvikler seg til avhengighet. Å heve kvaliteten på tiltak til denne gruppen er både viktig og nødvendig. Hensikten med studien var å prøve finne frem til faktorer som hadde vært medvirkende eller avgjørende for ungdommer med rusproblematikk i endringsprosessen frem til de kontaktet Psykiatrisk ungdomsteam, PUT. Det empiriske materialet for studien er kvalitativ metode i form av semistrukturerte intervju. Fire informanter ble rekruttert fra PUT Stavanger og Sandnes. Dataene ble tolket og tematisert i en hermeneutisk referanseramme og funnene ble sett i lys av en teoretisk referanseramme. Resultatet av studien viste flere faktorer som hadde vært medvirkende for ønske om endring gjennom prosessen. De mest fremtredende faktorene i endringsprosessen hadde vært en gradvis dårligere fysisk og psykisk helse, tilhørighet i rusfrie sosiale nettverk, kontakt med familienettverk, en følelse av ikke å komme videre i livet og samtaler med hjelpeapparatet før rusatferden var et erkjent problem. Det hadde vært en sammenheng mellom påvirkning av de ulike ytre faktorene som hadde ført til økt motivasjon og modning og hvor summen av disse hadde ført vendepunkter i endringsprosessen hvor informantene hadde vært mer mottakelige for endring av sitt rusmisbruk og behandling. Studiens resultat vil kunne øke forståelse og kunnskap om endringsprosesser hos unge rusmisbrukere slik at hjelpeapparatet kan nå denne gruppen på et tidligere tidspunkt.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
Figuroversikt	2
Tabelloversikt	2
1 Innledning	3
1.1 Hensikt og mål	5
1.2 Problemstilling	7
1.3 Avgrensning og begrepsavklaring	7
1.4 Annen forskning på området	7
2 Teori	9
2.1 Endringsforløp	9
2.2 Psykologiske faktorer ved atferdsendring	9
2.2.1 Motivasjon og ambivalens	9
2.2.2 Self-efficacy	11
2.2.3 Mestring	11
2.2.4 Skam og skyld	13
2.3 Prochaska og DiClementes transteoretiske modell	13
2.4 Robert West sin forståelse av den transteoretiske modell	16
3 Metode	18
3.1 Metodologiske overveielser	18
3.2 Metodologisk forankring	18
3.3 Utvalg	19
3.4 Valg av metoderedskap - intervju	20
3.5 Transkribering	21
3.6 Forskningsetiske vurderinger	21
3.7 Forforståelse	22
3.7 Gyldighet, troverdighet og overførbarhet	23
4 Analyse	24
5 Resultat	27
5.1 Hvem var informantene?	27
5.2 Betydningsfulle hendelser	27
5.2.1 " Den gode rusopplevelsen ble gradvis borte"	28
5.2.2 "Selv om rusen holdt på å ta livet av meg, fortsatte jeg"	30
5.2.3. Livet på pause	32

5.3 Bidrag fra familie og venner	33
5.3.1 Støtte og motivasjon fra familie og venner	33
5.3.2 Tap av familie og venner	34
5.4 Bidrag fra profesjonelle instanser	36
5.5 Avgjørende hendelser	37
5.6 Egne bidrag.....	38
5.6.1 Eget valg	38
5.6.2 Distanse fra rusmiljøet	39
5.6.3 Følelse av skam og skyld.....	40
5.7 Kontakt med barneverntjenesten	40
5.8 Veien tilbake.....	41
6 Diskusjon	42
6.1 Helsekadelig utvikling	43
6.2 Støtte fra familie, venner eller andre.....	44
6.2.1 Skam, skyld og avvising	45
6.3 Avgjørende hendelser	45
6.4 Kontakt med barneverntjenesten	46
7 Konklusjon	48
8 Referanser	49
9 Vedlegg.....	52
9.1 Forespørsel til brukere om deltakelse i forskningsprosjektet.....	52
9.2 Intervjuguide	55
9.3 Søknad om forhåndsgodkjenning til REK.....	57

Figuroversikt

Figur 1: Endringsforløp (KORFOR, 2010)	6
--	---

Tabelloversikt

Tabell 1: Eksempel fra skjematisk oversikt over analyseprosessen under temaet <i>Betydningen av sosialt felleskap</i>	26
---	----

1 Innledning

Beregninger tyder på at mellom 300 000 - 400 000 personer har et problematisk forhold til alkohol, medikamenter eller narkotika, i tillegg er mange pårørende sterkt berørt av andres misbruk (Lossius, 2011). Utvikling av rusvaner og rusmiddelavhengighet skjer i et samspill med ulike faktorer, både individuelle/psykologiske, sosiale og kulturelle. Lossius (ibid.) mener at mennesker som har utviklet avhengighet til rusmidler er en svært uensartet gruppe, både i alder, kjønn, bakgrunn, evner, ressurser og individuelle mål. Felles for denne gruppen er at de har omfattende problemer på flere livsområder. Til tross for problemene har alle et ønske og håp om endring, at det finnes en mulighet for å få kontroll over livet igjen. Å endre vaner, tankemønstre og reaksjonsmønstre kan være hardt arbeid.

Lossius (2011) viser til forskning som hevder at mennesker med dysfunksjonell familiebakgrunn og ulike traume – og relasjonsskader er mer sårbare for å utvikle rusproblemer. Ungdom som føler seg marginalisert i samfunnet trekkes til rusmiljøer for å finne en gruppetilhørighet.

Rusmiddelavhengighet og rusmiddelmisbruk er sammensatte og komplekse begrep, som ikke lar seg beskrive med kun en enkel, ensidig forklaring. Misbrukerbegrepet er flytende, men fokuserer i de fleste tilfeller på ulike skadevirkninger ved bruk av rusmidler, både legale og illegale, samt fare for avhengighet. Rusmiddelavhengighet har ingen klar definisjon med mindre en omtaler begrepet som diagnose. SIRUS (2010) forstår rusmiddelavhengighet som noe som ikke lenger dreier seg om frivillighet, men at den avhengige personen har mistet evnen til å tenke og velge fornuftig. Inntak av rusmidler og atferden til en avhengig person er basert på en uimotståelig trang etter rusmidler, og den avhengige er uten tanke på skadene den påfører seg selv eller andre. Det finnes mange former for rusmisbruk, og de finnes i alle samfunnslag. Misbrukerbegrepet omfatter alt fra overdreven bruk av legale legemidler, alkohol til tunge illegale narkotiske stoffer.

I følge St.meld. nr. 16 (2002-2003), Resept for et sunnere Norge, Folkehelsepolitikken, er selvhjelp et satsingsområde. Selvhjelp blir i meldingen definert som:

”Selvhjelp er å ta tak i egne muligheter, finne frem til egne ressurser, ta ansvar for eget liv og selv styre det i den retning en ønsker. Selvhjelp er å sette i gang en prosess, fra passiv mottaker til aktiv deltaker i eget liv” (St. meld. nr. 16: 57).

Gode helsevaner blir assosiert med bedre livskvalitet og bedre funksjonsevne på en rekke områder, og folk flest er enige om at livskvalitet er et uttrykk for ens subjektive vurderinger av sitt eget liv (Mæland, 2005). Livsstilsendringer handler om å bli bevisst på handlinger en gjør i hverdagen. Det handler om å tilegne seg kunnskaper og verktøy for å se ulike muligheter og for å bevisst velge endringer som hjelper. Varige endringer handler om å opprettholde endret ønsket atferd over tid og ikke falle tilbake til tidligere uønsket atferd (Mæland, *ibid.*).

Helsepsykologi er utviklet for å forstå psykologiske innflytelser på hvordan mennesker holder seg friske, hvorfor de blir syke, og hvordan de responderer når de blir syke. I tillegg studerer og danner helsepsykologer intervensjoner som skal hjelpe mennesker til å bli – og holde seg friske (Taylor, 2006). Helseteorier søker å forklare og forutsi menneskelig atferd som enten bidrar til økt risiko for helseskader, eller atferd som bidrar til å redusere helseskader. Det finnes mange som ønsker å ta kontroll over egne valg knyttet til livsstil og som er motivert for endringer, men som likevel ikke får det til. Det kan være usikkerhet i forhold til valgene en må ta, eller en vet ikke hvilke råd en skal følge. Informasjon og rådgivning må dekodes for å bli anvendt kunnskap eller klientlig kunnskap. Det er nødvendig med forståelse for hva som påvirker menneskers atferd (St. meld. Nr. 16, 2002-2003, Mæland, *ibid.*).

I følge Statens Helsetilsyn (2000) ble Psykiatrisk ungdomsteam, (PUT) etablert på nasjonalt plan rundt 1985 i de fleste fylker. Etter at rusreformen ble innført i 2004 gikk rusmisbrukere fra å være sosialklienter til å bli pasienter i helsevesenet på lik linje med andre pasienter, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. PUT ble i forbindelse med den store sykehusreformen i 2002 overført til spesialisthelsetjenesten. Målet med sammenslåingen var å styrke helsetilbudene for denne pasientgruppen. Henvisningene til PUT kommer i første rekke fra fastlege, sosialkontor, leder for barneverntjenesten, skolehelsetjenesten, legevakt eller psykiatriske avdelinger ved sykehus. PUT er et poliklinisk tilbud innen spesialisthelsetjenesten for ungdom og unge voksne mellom 15 og 30 år med rusproblemer, oftest i kombinasjon med psykiske og sosiale vansker. PUT tilbyr individuell samtaleterapi og oppfølging, og samarbeider med andre instanser innen hjelpeapparatet når det er naturlig. PUT teamene er tverrfaglige med lege, psykolog, barnevernspedagog og sosionom. I en rapport fra Statens Helsetilsyn (2000) viser en til at om lag 30 % av behandlingsforløpene ikke fullføres på grunn av at pasientene ikke møter opp (Statens Helsetilsyn, 2000).

En ungdomsundersøkelse, "Ung i Stavanger 2010" (Frøyland & Aaboen Sletten, 2010) viser en nedgang i bruk av alkohol og illegale rusmidler de siste 15 årene, trenden er også gjeldene for resten av landet. Likevel står de som bruker illegale rusmidler i fare for å utvikle alvorlige rusmiddelproblem. Undersøkelsen viser også at det er en klar sammenheng mellom bruk av rusmidler og psykisk helse, dette gjelder først og fremst angst, depressive lidelser og ensomhet.

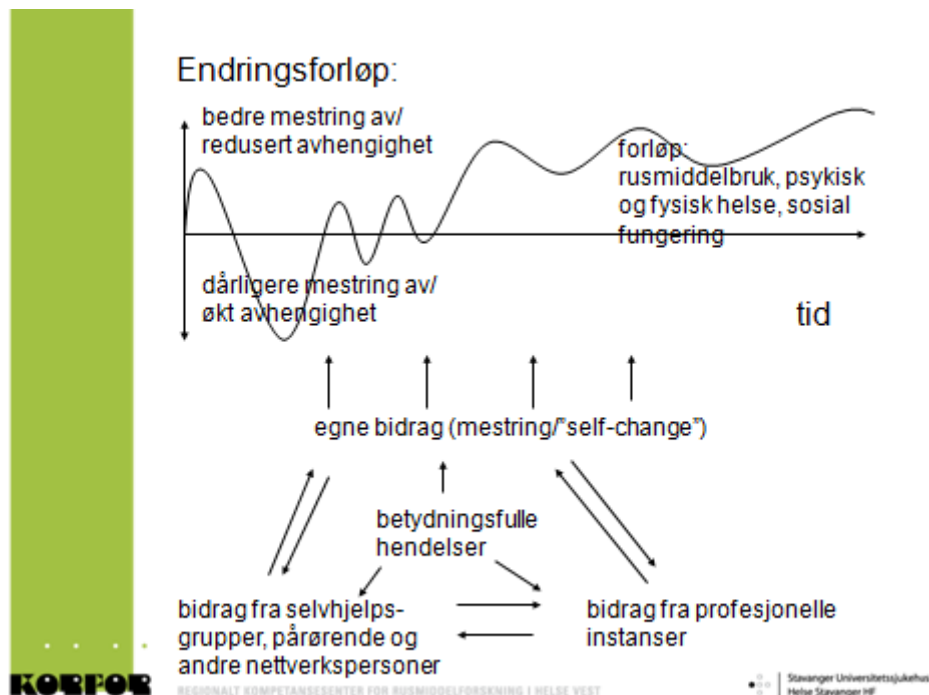
Mennesket endrer seg kontinuerlig gjennom livet og tar hele tiden små eller store beslutninger som virker inn på hverdagen, men også beslutninger som kan få større konsekvenser for hvordan en lever livet sitt. Endringer kan være resultat av mange ulike valg, både bevisste og ubevisste. Livserfaring, sosialisering, tilpasning til krav fra omgivelser eller biologisk modning kan være årsaker til endring. Prescott & Børtveit (2004) hevder det finnes endringer som kommer av at en har bestemt seg for noe. Disse selvbestemte endringene har ofte en lang forhistorie og kan inneholde flere ulike årsaker. For noen kan det være hendelser eller opplevelser tilbake i tid som på et senere tidspunkt får en annen betydning og kan bli viktig for at en bestemmer seg for en endring. For andre kan det være nylige hendelser eller opplevelser, eller det kan være summen av både tidligere og nyere opplevelser som fører til endring. For noen kan det ha vært et ytre press om forandring som ligger til grunn, likevel er det personen selv som på et gitt tidspunkt tar den avgjørende beslutningen om endring. I denne studien søker en å finne ulike bakenforliggende årsaker til at en person på et gitt tidspunkt ønsket endring i sitt rusmiddelbruk. Slik sett vil startpunktet for ønske om endring og kontakt med det profesjonelle hjelpeapparatet ha startet på et langt tidligere tidspunkt enn ved oppstart hos PUT.

1.1 Hensikt og mål

I denne studien rettes oppmerksomheten mot endringsprosesser, men der det profesjonelle hjelpeapparatet på et gitt tidspunkt blir involvert i prosessen. Hos denne gruppen av ungdom med rusproblemer er det to vilkår som ligger til grunn for at de har kontaktet hjelpeapparatet. Det første vilkåret er at de har både bestemt seg for en endring, og det andre er at de har frivillig blitt henvist til Psykiatrisk ungdomsteam, (PUT). I min studie vil jeg se på endringsprosesser hos unge rusbrukere forut for kontakt med PUT. Hva var foranledningen til kontakt hos den enkelte, hva var det av betydning som startet endringsprosessene, eller hva var det som bidro til at den enkelte klarte å stå i endringene og opprettholde motivasjonen forut for kontakt med PUT.

Formålet med studien er å bidra til økt kunnskap og forståelse om hvilke endringsfaktorer som ligger til grunn hos ungdom som har valgt en endring i sitt rusmiddelbruk slik at behandlingsapparatet kan nå denne gruppen på et tidligere stadium.

Med utgangspunkt i Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) sin modell om endringsforløp, vil jeg se på disse områdene;



Figur 1: Endringsforløp (KORFOR, 2010)

Den enkeltes opplevelser - hvilke motivasjonsfaktorer og erfaringer har bidratt til at en ønsket en henvisning til et profesjonelt hjelpeapparat.

Bidrag fra andre, venner og familie - opplevd støtte eller kontroll fra familie, venner eller andre.

Hendelser som har hatt betydning - betydningsfulle hendelser i fortid eller nåtid som har vært medvirkende eller avgjørende for at en ble henvist til hjelpeapparatet.

Bidrag fra profesjonelle instanser - kontakt med skole, uteseksjon, barneverntjeneste, politi etc. før bruk av rusmidler ble oppfattet som et problem.

1.2 Problemstilling

Studien tar utgangspunkt i problemstillingen;

Endringsprosesser hos unge rusbrukere forut for henvisning til Psykiatrisk ungdomsteam, PUT.

Forskningsspørsmålet jeg ønsket å få svar på gjennom denne studien;

Hvilke faktorer har vært avgjørende i endringsprosessen forut for kontakt med PUT?

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

Studien er avgrenset til endringsprosesser hos unge rusmisbrukere mellom 19-26 år som frivillig har ønsket en henvisning til PUT Stavanger eller Sandnes. Fokuset i denne studien vil være de faktorer som informantene formidler, andre faktorer utelukkes.

Sentrale begreper vil være;

Rusmisbruker, rusavhengig eller rusbruker - personer som i ulik grad bruker, misbruker eller som har et problematisk forhold til rusmidler. Begrepene blir brukt likestilt gjennom studien.

Ruskarriere - beskriver tiden personen har brukt rusmidler

Rusmiljø - miljø bestående av personer som selger, kjøper, bytter og bruker rusmidler

Ungdom – anvendes om informantene i funn- og resultat delen

1.4 Annen forskning på området

De fleste studier som tidligere er gjort innenfor unge rusbrukere og endring, er gjort i forhold til gruppen som har etablert en kontakt og en relasjon innenfor hjelpeapparatet. En studie gjort av Drug Abuse Research Center, USA, (1998) av 276 rusmiddelbrukere viste at det var tre fremtredende faktorer hos de som søkte hjelp for sine problemer. Den første var avhengighetsgraden av rusmidler og et problematisk rusbruk. Den andre var personens individuelle forhold, som påvirkning fra familie, miljøet rundt og sosiokulturell kontekst. Den siste faktoren var tilgjengeligheten av hjelp, kunne en ta kontakt direkte eller måtte en gjennom flere instanser på veien, valg mellom flere og ulike hjelpetiltak.

En studie utført av (Sobell et al., 2000) viste at noen på egenhånd, uten hjelp fra behandlingsapparatet, klarte å komme ut av sitt rusmiddelbruk, eller reduserte sitt bruk av rusmidler betydelig. I følge Sobell et al. (ibid.) forløper endringsprosessene her ved at personen like før den slutter med rusmiddelbruket, bestemmer seg for en endring av sin livsstil. Det ligger ingen lang overveielses - eller planleggingsfase forut. I litteraturen anvendes betegnelsene *self-change* eller *natural recover* på disse prosessene. (Aakerholt & Nesvåg 2010) bruker begrepet ”self-change” eller ”egenendring”, og viser til Klingemann & Sobell, (2007) om endringsprosesser hvor det profesjonelle hjelpeapparatet ikke har vært involvert i prosessen. Disse studiene viser til personer som på et tidlig tidspunkt var i kontakt med det profesjonelle hjelpeapparatet, men som på et langt senere tidspunkt bestemte seg for endring av sine rusvaner. Chiauzzi og Liljegren (1993) hevder at dersom en person selv er i stand til å avslutte sin rusavhengighet (addictive behaviour), har denne personen aldri vært avhengig. De hevder også at personer som avslutter sin rusavhengighet på egen hånd, uten hjelp fra profesjonelle behandlingsapparat eller selvhjelpsgrupper, oppnår en mangelfull helbredelse. Siden denne gruppen ikke er i kontakt med behandlingsapparatet finnes det ingen sikre tall på hvor mange dette gjelder eller om disse personene oppnår varig rusfrihet.

2 Teori

Studien tar utgangspunkt i relevant litteratur som artikler, tidligere forskning og bøker som tar for seg endringsforløp. Det finnes ulike tilnærminger til emnet, jeg velger en psykologisk tilnærming som best kan beskrive den enkeltes egen opplevelse av endringsforløpet, opprettholdelse av motivasjon og hva som har vært avgjørende faktorer i endringsprosessene.

2.1 Endringsforløp

Prescott & Børtveit (2004) viser til at endringsforløp foregår både på det tankemessige- og det handlingsmessige plan hos individet. Endringsarbeid deles i tre hovedoppgaver, bevisstgjøring av atferden og dens negative konsekvenser, beslutninger om endring hvor en gjennomarbeider ambivalenser og gjør beslutninger forpliktende. Den tredje oppgaven er å igangsette og samle endringer for å finne frem til gode og akseptable fremgangsmåter. For å vedlikeholde endringer over tid er det viktig med utholdenhet og fornyelse av motivasjon. Atferdsendring inneholder mange komponenter, endringsforløpet har ulike oppgaver som skal løses på veien mot varig endring.

2.2 Psykologiske faktorer ved atferdsendring

Helsepsykologi er på mange måter det samlede bidrag psykologien gir for å forstå helse og velvære, og handler om hvordan følelser, atferd og psykiske tilstander påvirker ens helsetilstand (Espnes og Smedslund, 2001). Helsepsykologisk teori legger vekt på at individet har muligheter til å påvirke egne atferdsvalg. Det er flere faktorer og prosesser som er av betydning når atferd påvirkes og endres, jeg vil videre ta for meg noen av disse.

2.2.1 Motivasjon og ambivalens

Motivasjon er et samlebegrep for de krefter som igangsetter og vedlikeholder atferd og gir atferden retning. Begrepet motivasjon har sin opprinnelse i de latinske ordene ”*motives*” som betyr beveggrunn og ”*movere*” som betyr å bevege (Lillemyr, 2007). Dette sier noe om de aktiverende egenskapene knyttet til motivasjon. Motivasjonspsykologien forsøker å gi svar på hva det er som beveger individet til handling. I denne oppgaven brukes begrepet i en sammenheng som har å gjøre med endring og valg av atferd knyttet til livsstil, å endre sine rusvaner og søke om hjelp for sitt rusproblem. Motivasjonen dreier seg her om hvilke drivkrefter som får individet til å handle (Lillemyr, *ibid.*). Det sentrale aspektet i motivasjon for atferdsendring er i følge Barth et al. (2001) et perspektivskifte på hvordan personen ser på atferden og konsekvensene av den.

En videre utdypning av motivasjon gir Miller og Rollnick (2004) som fremhever tre sentrale dimensjoner i motivasjonsbegrepet som til sammen er avgjørende for endring, *villighet, evne og parathet*.

Villighet til endring er hvor sterkt personen ønsker endring. Miller og Rollnick (ibid.) bruker teorien om selvregulering, hvor diskrepans er en sentral del. Diskrepans blir her en manglende overensstemmelse mellom hvordan personens nåværende atferd er og ønsker for fremtidig atferd. Når det er en diskrepans mellom nåværende og fremtidig ønsket atferd, oppstår det en motivasjon for endring. Ved tydeliggjøring av diskrepansen vil en etter denne forståelsen kunne styrke personens egen opplevelse av viktigheten av endring.

Evne, å ha tro på å klare å gjennomføre en endring, er et annen sentralt element i motivasjonsbegrepet. Det er en sammenheng mellom en persons forventning om å klare å endre på noe, og sannsynligheten for at endring vil skje. Teorien om selvregulering og diskrepans hevder det er mulig å ha stor diskrepans og dermed vilje/villighet til å gjøre endring, men samtidig ikke ha tro på at det er mulig å gjennomføre nødvendige endringer i sin livsstil (Miller og Rollnick, 2004). Barth et al. (2001) støtter dette ved å hevde at motivasjon ikke alene er nok for å endre atferd, tiltro til egen mestring er nødvendig for å gjennomføre endringer som en trenger og har bestemt seg for å gjøre. Manglende tro på evne til å gjøre endring kan føre til bruk av forsvarsmekanismer som benektelse, bortforklaring og projeksjon, hvor en fraskriver seg ansvaret for endring og legger skylden over på andre. Individet trenger forsvarmekanismer for å beskytte seg selv mot smerten i det og ikke mestre.

Det sist elementet er parathet, også omtalt som prioritering (Miller og Rollnick, 2004). Personen kan ha høy villighet og tro på endring, men ikke ha en parathet til å gjøre endringen nå, vil endringen blir bortprioritert. Manglende parathet handler ikke om manglende motivasjon, men om hva en er motivert for på nåværende stadium i endringen (Miller og Rollnick, 2004).

Ambivalens vil ha en direkte innflytelse på motivasjonen, og kan ses på som en motivasjonskonflikt, en vil slutte med rusmidler samtidig som en vil fortsette med rusatferden. Ambivalens knyttet til rusmiddelbruk varierer med opplevelsen av negative konsekvenser, noe som igjen avhenger av den enkelte sitt bruksmønster. Ambivalens kan ses på som en normal og nødvendig del av endringsprosessen.

2.2.2 Self-efficacy

Albert Banduras *self-efficacy* begrep er hentet fra sosial- kognitiv teori og er karakterisert av tanken om at mennesker verken er drevet av indre krefter eller av omgivelsenes påvirkning, men at utvikling skjer gjennom en vedvarende og gjensidig interaksjon mellom personlige og sosiale faktorer. Innenfor sosial- kognitiv teori hevdes det at menneskelig trang til å utøve kontroll og troen på egne evner eller ferdigheter med tanke på å kunne endre sin atferd er infiltrert i alt en gjør i løpet av livet (Bandura 1986,1997). *Self-efficacy* defineres av Bandura som;

” Perceived self-efficacy refers to beliefs in one`s capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments” (Bandura 1997: 3)

Selvbilde er et relativt konstant fenomen som er basert på summen av opplevelser og troen på seg selv. *Self-efficacy* leder til en egen kontroll og kan påvirke selvtilliten. *Self-efficacy* handler om å tenke positivt om egne utsikter ved å verdsette og ha tiltro til seg selv som en aktiv aktør i eget liv. Det handler om å tro på seg selv og sine ferdigheter og på at en som individ kan bruke disse ferdighetene til å påvirke resultat Bandura (ibid.). Selv om *self-efficacy* er en personlig kompetanse som må erkjennes av det enkelte individ, ligger det muligheter i miljøet for å fremme eller hemme denne prosessen. Rutter (1990) hevder dette når han sier at, *self-efficacy* skjer ved å sikre trygge og harmoniske relasjoner til andre mennesker, og gjennom mestring av oppgaver som individet verdsetter. Opplevelsen av å lykkes gir følelsen av å få til noe, som igjen bidrar til økt tro på seg selv.

2.2.3 Mestring

En relevant teoretisk referanse for mestringsforståelse og helsefremmende perspektiv er Antonovsky (2000) sin teori om hvordan helse blir til (salutogenese). Antonovsky begrunner i sin forskning at helse ikke er et spørsmål om hva en utsetter seg for, men ens evne til å takle det som skjer i livet. Helse er et kontinuum mellom det syk og det frisk, i dette bildet er hele individets historie. Det sentrale i hans forskning er betydningen av å fokusere mer på hva som forårsaker helse enn hva som forårsaker sykdom. Det salutogene perspektivet styrer interessen mot de faktorer som fører en person mot å være så frisk som mulig.

Antonovsky bruker begrepet *Sence of coherence*, altså *opplevelse av sammenheng*, (OAS). OAS defineres som følger;

”Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker den utstrekning i hvilket man har en gjennomgående, blivende, men også dynamisk følelse av tillit til at de stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø er strukturere, forutsigelige og forståelige, det står tilstrekkelige resurser til rådighet for at man skal klare de krav disse stimuli stiller, og disse krav er utfordringer det er verdt og engasjere seg i” (Antonovsky, 2000: 37).

Generelt gode motstandsressurser gir en sterk OAS og man er derfor i stand til å håndtere utfordringer og spenninger i livet på en tilfredsstillende måte. Man kan si at jo sterkere denne følelse er, jo sunnere er man fordi man blir motstandsdyktig i å takle livets utfordringer.

Antonovsky (2000) inndeler stress i tre faktorer; kronisk, vesentlige livsbegivenheter og akutte, daglige irritasjonsmomenter. Overgangen mellom disse tre er flytende, og det kan være vanskelig å finne svar på hvorfor de oppstår. Stressfaktorer kan være alt fra overbelastning til utelukkelse og inkonsistens (Antonovsky, *ibid.*). Med dette mener han at individets motstandskraft beror på en opplevelse av sammenheng når det utsettes for psykososialt stress og at en må kjenne at livet er meningsfullhet, forståelighet og håndterbarhet. Jeg vil i det neste avsnitt beskrive de tre momenter.

Begripelighet omhandler i hvilken grad man oppfatter stimuli fra det indre eller ytre miljø, som er kognitivt forståelige, sammenhengende og strukturert. De som har en sterk begripelighet forventer fremtidige stimuli som kan settes i en sammenheng og forklares (Antonovsky, *ibid.*).

Håndterbarhet defineres ut fra hvilken grad man føler at man har resurser til rådighet, og at disse ressurser er tilstrekkelige for å klare kravene man blir stilt ovenfor i form av nye stimuli. Resurser er noe man selv har kontroll over, eller omhandler andre man har tillitt til. En sterk følelse av håndterbarhet gjør at man ikke føler seg som offer for uheldige hendelser, men er i stand til å håndtere dem (Antonovsky, *ibid.*).

Meningsfullhet er OAS sitt motivasjonselement. Det handler om hvordan vi som mennesker med en engasjerende innsats investerer tid og energi for å løse utfordringer, som gir mening i både følelsesmessig og kognitiv forstand. Dersom personer med sterk opplevelse av meningsfullhet møter utfordringer i livet, tar de utfordringen med et mål om å finne meningen med den og gjør det beste for å komme godt ut av situasjonen (Antonovsky, *ibid.*).

Antonovskys salutogenetiske modell understreker betydningen av de psykologiske stressfaktorene en møter i hverdagen og hvordan disse påvirker helsen. Å ha utviklet en avhengighet til rusmidler kan i seg selv ha vært en langvarig stressfaktor for den enkelte. En endring i livsstilen, når bruk av rusmidler skal trappes ned og ny hverdag ikke skal inneholde bruk av rusmidler, vil dette oppleves som en ytterligere stressfaktor (Antonovsky, *ibid.*).

2.2.4 Skam og skyld

Skam og skyld kan oppleves ved at en fordømmer seg selv for å ha gitt tapt for egen svakhet, opplevelse av manglende selvkontroll og impulsstyring. For ungdom med et problematisk rusmiddelbruk kan muligheten for å gjøre endringer oppleves som vanskelig fordi følelse av skam og skyld er tilstede. Skam er tett knyttet til avhengighet og kan være et hinder i seg selv til at en ønsker hjelp. Tidligere vonde og vanskelige opplevelser og erfaringer som ikke har blitt bearbeidet kan gi en forsterket følelse av skam, skyld og selvdestruktiv atferd, og rusen blir et middel for å redusere det vonde (Luoma et al., 2012).

2.3 Prochaska og DiClementes transteoretiske modell

For å se på hvilke faktorer som kan være involvert i en atferdsendring der rusmiddelavhengighet er et problem, vil jeg bruke (beskrive) den transteoretiske modellen (TTM) til Prochaska og DiClementes.

TTM ble utviklet av Prochaska og DiClemente på begynnelsen av 1980- tallet for endring av avhengig atferd. Modellen var et resultat av både teoretisk og empirisk arbeid over tid på flere områder, og ble først brukt i forhold til røykeslutt. Senere er den modifisert for bruk på andre områder, også ved rusbehandling. Prosessene i TTM anvendes av mennesker både i og utenfor behandling. Et viktig aspekt ved modellen er at atferdsendringen finner sted gjennom ulike stadier, og at individets mentale beredskap i form av motivasjon, vilje og preferanse for å endre atferd samsvarer med det stadiet i prosessen en befinner seg på (Prochaska, DiClemente, 1992). TTM består av ulike deler, en av delene er fem endringsstadier (stages of change) som beskriver prosessene individet går gjennom når det skal endre en atferd. Stadiene har glidende overganger og personen beveger seg frem og tilbake mellom de ulike stadiene før endringen blir integrert i ny atferd. I følge Fekjær (2004) er det helt avgjørende i møte med rusmiddelavhengige å identifisere hvilket stadium de er på i endringsprosessen for å vite hva som er viktig for at de skal komme videre i prosessen. Hvor raskt en beveger seg gjennom stadiene vil variere fra person til person. Ny atferd må stadig vedlikeholdes, tilbakefall er regelen snarere enn unntaket, for hvert tilbakefall vil en neste gang gå raskere gjennom

stadiene. TTM er deskriptiv, og mer rettet mot hvordan, enn hvorfor menneskelig endring skjer.

Stadiene i modellen beskrives av (Barth, Børtveit, Prescott, 2001) og forløper som følger;

Føroverveielse: Individet tenker ikke på å endre sin atferd i forestående fremtid. Selv om atferden kan være et problem for omgivelsene, opplever ikke individet selv den som problematisk og ser bare gode sider ved sin nåværende atferd. Det er ikke slik at individet ikke kan se løsningen, men heller at det ikke kan se problemet eller behovet for endring.

Dersom individet søker endring i dette stadiet, er det oftest etter påtrykk og press fra andre og en vil snart være tilbake til tidligere atferd. De aller fleste er i dette stadiet i lang tid, det er viktig med bevisstgjøring omkring behovet for atferdsendring.

For å kunne fortsette med helseskadelig atferd når en på mange måter er klar over negative konsekvenser ved nåværende atferd, er det nødvendig å ta i bruk forsvarsmekanismer for å beskytte seg. Forsvarsmekanismer som benyttes kan være resignasjon, benekting, bagatellisering og rasjonalisering. Benekting og bagatellisering er å benekte at problemet finnes, eller det har negative konsekvenser for en selv eller andre. Personen kan mene at vedkommende ikke ruser seg for mye eller at rusingen får negative konsekvenser for seg selv eller omgivelsene. Rasjonalisering handler om at en vet atferden er helseskadelig og negativ, men rettferdiggjør den ved å hevde at den er rasjonell. Det handler om å gi en fornuftig forklaring til sin livsstil, som kan være å si at rusen er nødvendig for å gi litt "fred i hodet" og en får slappe av. Resignasjon innebærer at personen er klar over hva den påfører seg selv og sine omgivelser ved å fortsette å ruse seg, men evner ikke å ta dette inn over seg og mangler tro på at endring er mulig. Tidligere erfaringer hvor en har mislykkes med å endre sin rusatferd, kan bidra til at resignasjonen forsterkes.

Overveielse: Individet blir mer oppmerksom på uheldige og negative sider ved sin nåværende atferd, og veksler mellom de gode og mindre gode sidene ved atferden. Det kan komme frem ønsker og tanker om forandring, samtidig som en er usikker på om endring er nødvendig.

Fordelene med endring må her være tilstrekkelig overbevisende for å få en til å forplikte seg til endring. En vil se ubevisste og bevisste sider ved nåværende atferd, men er usikker om en vil klare å endre sitt rusbruk. Den viktigste oppgaven i denne fasen er å gjøre opp regnskap for å forberede en forpliktende og gjennomtenkt beslutning. Ambivalente følelser og tanker er fremtredende i overveielsesfasen.

Årstad (2011:13) hevder;

”Selv om mennesker med rusmiddelproblemer ofte erkjenner skadevirkningene og risikoen ved å opprettholde rusmiddelbruket, opplever de gjerne en konflikt mellom tiltrekkende og frastøtende aspekter ved nåværende atferd. Det påpekes at ambivalent dermed kan mistolkes som tegn på lav grad av motivasjon”.

(Barth, mfl., ibid.) hevder det finnes *feller* i denne fasen som individet kan gå i. Det kan være og vente til en er hundre prosent sikker på at atferden er et problem, en venter på det magiske øyeblikket, ønsketenkning og for tidlig handling. Disse fellene låser individet fast i nåværende atferd og utgjør et hinder for å kunne ta en forpliktende beslutning. Individet stopper endringsprosessen og det er fare for at rusatferden kan bli kronisk.

Forberedelse: Beslutningen om endring av atferden tas av individet i denne fasen. Personen skifter nå perspektiv fra tidligere å ha hatt fokuset på de problematiske sidene ved rusbruken, til nå å tenke på hvordan livet kan bli etter endringen. Det innebærer likevel ikke at en er kvitt all ambivalens, en trenger fortsatt mye overbevisning om at endring er det rette for å opprettholde motivasjonen. Det er også viktig å utarbeide en gjennomføringsplan og strategi for endringen. For noen kan det være viktig å finne løsninger og personer som kan være til hjelp når endringen settes ut i livet. Å være godt forberedt vil styrke sannsynligheten for at resultatet blir vellykket. Denne fasen er for de fleste relativt kort, men det er her andre, både personer i og utenfor hjelpeapparatet, har størst innflytelse på personen selv.

Handlingsfasen: I denne fasen settes endringen ut i livet og den blir synlig for omgivelsene. Selv om endringen har pågått hos individet over lang tid, er det først nå omgivelsene kan se den. Dette fører ofte til støtte og positive tilbakemeldinger, og starten i handlingsfasen er ofte preget av optimisme. Det skjer et klart skille mellom tankenivå og handlingsnivå hos individet ved at atferden modifiseres og at nytt handlingsmønster bygges opp. Hvor nøye en har planlagt å takle motstand i gjennomføringsplanen og hvilke strategier en har lagt i tidligere faser, særlig i forberedelsesfasen, vil være avgjørende for å lykkes og ikke falle tilbake til tidligere rusatferden. For en rusmiddelavhengig kan han som en av sine strategier ha bestemt seg for en henvisning til PUT i denne fasen.

I handlingsfasen blir betydningen av mestringstillit (*self-efficacy*) tydelig. At personen har tiltro på egen mestringsevne vil være viktig for flere aspekter ved endring. Det kan være om

en i det hele tatt vil forsøke å endre sin rusatferd, hvorvidt en har tro på at en endring vil lykkes eller i hvilken grad en holder ut endringen ved motgang (Prescott & Børtveit, 2004).

Vedlikeholdsfasen: Her handler det om å vedlikeholde den nye atferden. Vedlikehold er ikke en passiv, statisk tilstand, men aktivt arbeid for å holde motivasjonen oppe, mestre utfordringer, få støtte, vedlikeholde de gode holdningene og mobilisere til å stå imot fristelser en utsettes for. Fekjær (2008) hevder at hovedutfordringen er når en møter situasjoner som er forbundet med den gamle livsstilen, og nå skal ny livsstil utfordres i disse situasjonene. For rusmiddelavhengige vil situasjoner hvor en tidligere ruset seg og tilknytning til venner i tidligere rusmiljø være vanskelige utfordringer å takle.

Innenfor hver fase i endringsprosessen er det muligheter for tilbakefall, eller en bevisst velger å trekke seg fra å endre seg. Om en person har gjennomført en vellykket endring begynner og bruke rusmidler igjen, er det sjelden et totalt tilbakefall dit personen var før endringsprosessen startet. Et tilbakefall kan både begrenses og mestres. Mange må gjennom endringsprosessen flere ganger før de kommer ut av avhengigheten. Først når personen har fått en stabil og vedvarende endring av livsstil, er en ute av endringsprosessen (Prescott & Børtveit, 2004).

2.4 Robert West sin forståelse av den transteoretiske modell

I boken Theory of Addiction, viser Robert West (2006) en kritisk gjennomgang av tidligere forskning og avhengighetsteorier på feltet. Fra å forstå avhengighet hevder West (ibid.) det handler om individets valg og beslutninger, impuls- og selvkontroll, vaner og motivasjon. Motivasjonssystemet er i følge West (ibid.) et system av motiver, planer, impulser, responser og evalueringer som styrer og gir kraft til individets handlinger.

I følge West (2006) prøver den transteoretiske modellen, TTM, å forklare når, hvordan og hvorfor individer klarer å slutte med, eller endre uønsket atferd. Han mener modellen har vesentlige mangler og er kritisk til stadiene i TTM som han hevder ikke er nøyaktig beskrevet eller dokumentert, stadiene i modellen representerer heller ikke en ”syklus av forandring”, og West kan vanskelig se de psykologiske effektene de har. West (ibid.) hevder videre TTM er et tydelig eksempel hvor individer blir kategorisert i ulike stadier ut i fra når de har tenkt å gjennomføre endringen.

Stadig flere forskere har vært kritiske til den transteoretiske modellen. En av årsakene til kritikken er de ulike ”stadiene” modellen er inndelt i. De hevder modellen trekker vilkårlige linjer for å kunne differensiere overgangene mellom de ulike stadiene, noe som setter

spørsmål om hvor en skal sette inn tiltak i forhold til individer som er motivert for en endring. Videre mener West (ibid.) at personer som besvarer ”multiple-choice”-undersøkelser vil velge et svar, men det betyr ikke at de tenker på de vilkårene som fremgår av svaralternativene. Sett bort fra de individer som har en bestemt anledning eller dato for start av endringen, eksempel som nyttårsforsett, kan det virke som om intensjonene vedrørende endringen virker mindre åpenbar.

Videre hevder West (ibid.) at modellen har fokus på bevisste beslutnings - og planleggingsprosesser, og trekker dermed fokus vekk fra det som er viktige grunnleggende menneskelige motivasjoner. Han mener TTM fokuserer for mye på faktorer som er innenfor individets egen kontroll og for lite på utenforstående faktorer som påvirker individet. Modellen neglisjerer blant annet rollen av belønning og straff som er en viktig grunnpilar i menneskelig motivasjon. Andre studier viser at mer enn halvparten av de som deltok og som sluttet å røyke ikke hadde behov for planlegging eller forberedelser i det hele tatt, noe som er motstridende med teorien. West (ibid.) mener det ikke finnes noen overbevisende dokumentasjon på å ”flytte” et individ frem eller tilbake mellom ulike endringsstadier vil resultere i en varig ending i atferd på et senere tidspunkt. West (ibid.) hevder varig atferdsendring er avhengig av en balanse i motiverende krefter om en bestemt atferd som fører til at individet ikke tiltrekkes tidligere problematferd. En som har sluttet med rusmidler er motivert for ikke å oppsøke triggere for rusmidler om rusug skulle oppstå.

Årsaken til at den transteoretiske modellen fremdeles er populær kan i følge West (ibid.) baseres på flere faktorer. For det første gir det tilsynelatende vitenskapelige verktøyet inntrykk av at en slags diagnose er fremstilt slik at en behandlingsplan kan bli utformet. For det andre så tillater modellen å bruke svake utfall for å flytte et individ fra blant annet stadiene ”føroverveielse” til ’overveielse uten dokumentert verdi. Videre så bruker modellen ”merkelapper” på individer for å kunne kategorisere dem i ulike endringsstadier i stedet for å bruke det faglige språket. West hevder det åpenbart er nødvendig med en bedre modell for atferdsendring.

3 Metode

På bakgrunn av studiens hensikt og problemstilling, som krevde innsikt i ungdommers subjektive oppfatning og opplevelse av eget liv og egen endringsprosess, ble det valgt en kvalitativ metodisk tilnærming. Datamaterialet i kvalitativ tilnærming består hovedsakelig av tekst og resultatene gis i form av kategorisering av meningsinnhold og sitater (Malterud, 2011).

3.1 Metodologiske overveielser

Før en velger metode, hvordan man skal gå frem, må en ha klart for seg hva det er man ønsker å finne ut av og få svar på. Hvilken metode en velger vil påvirke både det som undersøkes og resultatene (Jacobsen, 2010). Det er ikke slik at en metode er bedre enn en annen, metodene er ulike og har svake og sterke sider og er dermed egnet i bestemte sammenhenger (Jacobsen, ibid.).

3.2 Metodologisk forankring

Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelig erfaring, fenomenologi, og menneskelig fortolkning, som er den hermeneutiske tilnærmingen (Malterud, 2011). Denne studien bygger på en fenomenologisk filosofi som er opptatt av å forstå fenomenene ut fra aktørenes egne perspektiver og egen livsverden (Kvale & Brinkman, 2009). Fenomenologien ble introdusert av Edmund Husserl og har senere blitt videreført i flere retninger. Armedo Giorgi og Jonathan Smith har utviklet kvalitative analysemetoder bygget på fenomenologisk filosofi. Kvalitativ metode handler om å utvide forståelsen av fenomener knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet. Innunder her vektlegges personens livsverden i form av egen opplevelse av sin egen livssituasjon og beskrivelse av situasjonen. Det handler om å få en dypere innsikt i hvordan mennesker forholder seg til sin livssituasjon (Dalen, 2008). Metoden omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig tekst. På områder der det finnes lite forskningsbasert kunnskap fra før, kan kvalitative forskningsmetoder være velegnet. Kvalitativ forskning kan bidra til å bringe frem i lyset fenomener som har vært lite studert, og til å utvikle velegnede begreper for å studere slike fenomener. Bruk av kvalitative metoder er regnet som velegnet for problemstillinger som omhandler opplevelser, erfaringer og holdninger. Forskning der en forsøker å forstå deltakernes felles eller delte erfaringer med et fenomen er godt egnet for bruk av fenomenologisk design. Innenfor dette perspektivet er en ikke opptatt av å finne objektive sannheter, men å få tak i og forstå individets livsverden. (Thagaard, 1998).

Videre er kvalitativ metode å gi informasjon som er vanskelig å tallfeste, det vil si at hovedfokuset er innsikt i og forståelse av menneskers liv (Dalland, 2000 & Thagaard, 2003). Dette er sentrale sider ved min studie. Den kvalitative metoden kan gi meg dybdekunnskap om problemstillingen. En ulempe med å bruke denne metoden sett i forhold til en kvantitativ metode er at den gir mindre mulighet til generalisering av slutninger man har kommet frem til (Thagaard, 2003).

Hermeneutikk betyr læren om tekstfortolkning og bearbeidelse av tekst. Hermeneutikken danner et vitenskapsteoretisk fundament for den kvalitative forskningens sterke vekt på forståelse og fortolkning. En grunntanke i hermeneutikken er at en ikke kan møte verden forutsetningsløst, en vil alltid forstå noe på bakgrunn av visse forutsetninger (Malterud, 2011). Et grunnleggende prinsipp i fortolkningsprosessen er en stadig veksling mellom forståelsen av deler av teksten, og forståelsen av teksten som helhet. Man lar betydningen man har funnet i deler av teksten belyse teksten som helhet, samtidig som teksten som helhet påvirker forståelsen av delene. Denne prosessen kalles en hermeneutisk sirkel, og pågår til man opplever å forstå teksten som sammenhengende og konsistent. Hermeneutikken er relevant i kvalitative intervjuer fordi den blant annet fanger opp atferdsmønstre, normer, regler, verdier og sosiale rollemønstre (Gilje & Grimen, 1993, Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

3.3 Utvalg

Kvalitative studier baserer seg på strategiske utvalg. Det vil si at man velger ut informanter som har egenskaper eller kunnskaper som kan besvare problemstillingen (Thagaard, 2006). Utvalget vil ha mye å si for gyldigheten av funn og bidra til at studien utforsker det den har tenkt å utforske (Kvale & Brinkmann, 2009).

For å kunne svare på problemstillingen og få en forståelse av hvilke faktorer som var av betydning i endringsprosessen hos ungdommer som frivillig var henvist til Psykiatrisk ungdomsteam, PUT, Sandnes og Stavanger, var det av betydning å få informanter fra disse stedene. Utvalget ble gjort av Regionalt Kompetansesenter for rusmiddelforskning, KORFOR, i samarbeid med PUT Sandnes og PUT Stavanger.

Jeg benyttet meg av et strategisk utvalg, hvor informantene var typiske for variasjonsbredden, på ulike variabler. Strategisk utvalg vil også være å foretrekke hvis utvalget en ønsker å bruke er lite. Det er viktigere at informantene bidrar med betydningsrike data enn at de er mange. Inklusjonskriteriene for utvalget var;

- ungdom med rusproblematikk mellom 17-25 år, med spredning i ulike alder
- alle skulle være førstegang og frivillig henvist til PUT
- en jevn fordeling mellom jenter og gutter

Utgangspunktet for studien var å gjennomføre 6 intervju, dette viste seg å bli vanskelig da to av informantene ikke møtte til avtale for intervju. Forsker gjorde flere forsøk på å oppnå kontakt med informantene uten at en oppnådde resultat. En lyktes heller ikke i å få rekruttert nye informanter fra PUT, Sandnes eller Stavanger innen rimelig tid. Studien ble gjennomført med fire informanter, hvorav to jenter og to gutter i alderen 19 til 26 år ble intervjuet.

3.4 Valg av metoderedskap - intervju

Ettersom forsker tidligere har hatt en nærhet til feltet var det viktig å bevare en åpenhet i spørsmålsstillingen for å bidra til validitet i intervjuene. Ingen av informantene har tidligere hatt tilknytning til forsker.

Intervju er en av de mest brukte metodene innenfor kvalitative studier. Metoden er fleksibel og er egnet til bruk nesten overalt. Intervju som metode gjør det mulig å få fyldige og detaljerte beskrivelser om emnet (Johannesen m.fl. 2010). Hensikten med intervjuet er å få viktig informasjon om hvordan andre mennesker opplever sin livssituasjon og hvilke perspektiver de har på de temaene som blir tatt opp i intervjusituasjonen. Metoden gir et godt grunnlag for å søke innsikt i informantens opplevelser, tanker og følelser (Johannesen m.fl. 2010). Semistrukturerte dybdeintervju var hensiktsmessig i denne studie for i størst mulig grad å få frem informantens egen opplevelse av sin livsverden. Hva hadde vært betydningsfullt for den enkelte i foranledningen for at en tok kontakt med hjelpeapparatet.

Forsker gjennomførte selv alle intervjuene, som varte fra 45 minutter til en time. Tre av intervjuene ble gjennomført ved PUT sine lokaler i Stavanger og Sandnes, hvor forsker fikk låne samtalerom der intervjuene kunne gjennomføres uforstyrret. Alle intervjuene ble tatt opp på lydfil. Et intervju ble gjennomført på telefon som ble satt på høyttaler, og samtidig tatt opp på lydfil. Lydkvaliteten på dette intervjuet var like bra som på de tre første. Forsker noterte stikkord underveis under alle intervjuene.

Intervjuene ble gjennomført etter en semistrukturert intervjuguide. Med en semistrukturert intervjuguide styrer forskeren intervjuet med noen få overordnede temaer som viser til essensen i studien, men likevel lar informantene relativt fritt dele sine erfaringer. Når formålet er å få frem ny kunnskap er det viktig at intervjuguiden ikke er for detaljert, den behøver ikke

følges slavisk, men er åpen for å følge opp nye relevante temaer som kan fremkomme under intervjuet (Malterud, 2011). Hovedtemaene i intervjuguiden var hendelser i livet, både i nåtid og fortid som hadde vært medvirkende til kontakt med PUT.

Intervjuguiden ble delt inn i tre hovedområder, *Bidrag fra familie og venner i endringsprosessen, bidrag fra profesjonelle instanser i endringsprosessen og egne bidrag i endringsprosessen*. Til hvert område ble det utformet egne intervju spørsmål (Vedlegg 2). Ved å inndele intervjuguiden i ulike områder ville jeg få en bedre struktur i analysearbeidet.

3.5 Transkribering

Kvale (2006) hevder transkribering er en tolkningsprosess i seg selv. Alle lydfiler ble transkribert fortløpende etter at intervjuene var gjennomførte. Dette ga mulighet til refleksjon over innholdet etter hvert intervju, samt mulighet til å kunne gå tilbake til råmaterialet for å oppklare betydning av mening der det var uklarheter. Dialekter ble omskrevet til bokmål, navn, bosted, skole, arbeidssted eller annet som kunne knytte informantene til teksten ble utelatt for å sikre best mulig anonymitet. Forsker forsøkte å skrive så ordrett som mulig for å få frem det informantene formidlet, dialekt gjorde det noen ganger vanskelig å oppfatte enkelte ord som ble sagt, men det var likevel mulig å forstå hovedinnholdet. Malterud (2011) mener at selv om en er svært nøye med transkriberingen, vil bare deler av informasjonen som blir formidlet under intervjuet ivaretatt. Non-verbale uttrykk og samtalens naturlige kontekst som er med og former meningen i samtalen vil umulig la seg formidle skriftlig. Språket blir fattigere og endimensjonalt ved transkripsjon, men det blir tilgjengelig for analyse.

3.6 Forskningsetiske vurderinger

All forskning og vitenskapelig aktivitet må forholde seg til etiske prinsipper og retningslinjer. Etiske problemstillinger oppstår når forskning direkte berører mennesker, og da spesielt i forbindelse med datainnsamling. Å ta etiske hensyn som forsker betyr å tenke over hvordan et tema kan belyses uten at det får etiske uforvarselige konsekvenser på individ-, gruppe-, eller samfunnsnivå. (Johannessen et al., 2006).

En undersøkelse bryter som regel inn i privatlivet til enkeltindivider som krever aktsomhet og det opereres vanligvis med tre grunnleggende krav; krav om informert samtykke, krav til privatliv og krav om at en blir korrekt gjengitt (Jacobsen, 2003).

I helseforskningsloven kapittel 4. heter det at samtykket skal være frivillig, informert, uttrykkelig og dokumenterbart (LOV av 2008-06-20 nr. 44). I denne studien ble dette ivaretatt ved at informantene frivillig meldte sin interesse og de fikk først muntlig informasjon om

studiet. I avtalt møte med forsker, som ble gjort på telefon, fikk informantene informasjonsskriv med vedlagt samtykkeerklæring (vedlegg 2) hvor det ble informert om studiens hensikt, gjennomføring, anonymisering av data, samt opplysning om at informantene kunne trekke seg fra deltakelse i studiet når som helst. Før intervjuet startet ble samtykket signert. Der hvor intervjuet ble gjennomført på telefon, ble samtykket og informasjon om studie sendt pr. post. Signert samtykke ble mottatt pr. post. Informantene hadde tilgang til å trekke samtykket til deltagelse gjennom prosessen ved å kontakte forsker på telefon.

Intervju som metode er fylt med moralske og etiske spørsmål. Disse oppstår spesielt fordi intervjuforskning baserer seg på utforskning av menneskers private tanker og meninger, og at disse publiseres til offentligheten. Det er derfor viktig å ta hensyn til mulige etiske problemstillinger gjennom hele forskningsprosessen, fra tematisering til rapportering (Kvale & Brinkmann, 2009). Å sikre informantenes anonymitet har vært vesentlig. Alle opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner er anonymisert eller utelatt. Dette innebærer skole, arbeidssted, bosted, behandlingsinstitusjon eller liknende. I retningslinjene nevnes det at forsker har et særlig ansvar for at utsatte gruppers interesser ivaretas.

Helsinkideklarasjonen ble utformet av Verdens legeforening i 1964 og understreker at det forskningsetiske ansvaret hviler på forskeren, og at ivaretagelsen av individet går over alle andre interesser i forskning (Førde, 2010).

Studiet ble først søkt om godkjenning fra Regional Etisk Komite (REK) som mente at det ikke var fremleggingspliktig jf. Helseforskningsloven § 10, jf. Forskningsetikkloven § 4, 2.ledd. (vedlegg 3).

Studiet ble videre søkt til, og godkjent av Personvernombudet ved Stavanger Universitetssjukehus, jf. Helseforskningsloven § 9.

3.7 Forforståelse

I følge Malterud (2011) vil alle ledd i forskningsprosessen være påvirket av forskeren, både måten en samler inn og leser data på. Forforståelse innebærer det jeg som forsker har med meg inn i studien ved oppstart som kunnskap, erfaringer og kjennskap til feltet. Vi møter aldri verden uten visse forutsetninger. Forskers egen forforståelse kan representere en trussel gjennom de spørsmål som stilles. Dersom egen forventning kontrollerer forskningen, kan dette overskygge kunnskap som forsker ikke hadde forventet å støte på.

Ofte er forforståelsen en viktig side for motivasjon til å velge et bestemt tema, en velger tema som en ønsker å få vite noe mer omkring. Min tidligere tilknytning til fagfeltet hadde en betydning for hvorfor jeg ønsket å få mer kunnskap om endringsprosesser hos unge rusbrukere som frivillig ønsket kontakt med hjelpeapparatet, og min erfaring vil prege min forforståelse og forskningsprosessen.

Utfordringen blir å legge egen forforståelse til side slik at forskningen ikke blir en bekreftelse på egne hypoteser, men en kunnskapsbeskrivelse av innholdet i det empiriske materialet. Jeg har så langt det har vært mulig, lagt min forforståelse til side i forskningen.

3.7 Gyldighet, troverdighet og overførbarhet

Gyldighet sier noe om forskningen er sann, om det som var ment å undersøke er blitt undersøkt. Malterud (2011) mener høy grad av gyldighet kan best sikres gjennom at forsker er klar over, og kan synliggjøre svakheter i egen forskning. Forskning vil alltid ha sterke sider og svake sider. Funnene i studien vil være subjektive tolkninger, og representerer en av flere måter å se verden på. Malterud hevder;

”Som forsker er ikke min oppgave å fastslå at funnene mine er sanne eller gyldige, men å vise at jeg har overveid rekkevidden av deres gyldighet og kan gi en begrunnet anvisning av hva de sier noe om” (Malterud, 2011: 188).

I denne studien kan en mulig feilkilde være at jeg som forsker har skapt resultater ved valg av intervju spørsmål eller egen tolkning underveis i intervjuene, eller gjennom transkriberingen og presentasjonen som ikke nødvendigvis stemmer helt overens med det informantene ga uttrykk for. Likeledes kan informantenes utsagn være usanne av ulike grunner.

Troverdighet innenfor det kvalitative forskningsintervjuet innebærer at forsker har kommet frem til resultater som er pålitelige, gyldige og overførbare (Malterud, 2011).

Overførbarhet er et spørsmål om resultatene i studiet er gyldige eller relevante for andre enn de som deltar i studiet (Thagaard, 2003). Ved kvalitative studier kan det forekomme skjeve utvalg, en kan aldri vite om utvalget er representativt for populasjonen. Ofte er utvalgene i kvalitative studier små, på grunn av mangel på tid eller liten kapasitet. Ved mindre utvalg øker muligheten for å kunne gå i dybden på det en forsker på. Spørsmålet blir om resultatet er generaliserbart til populasjonen (Jacobsen, 2010).

Utvalget i dette studiet bestod av fire informanter som alle viste sammenfallende resultater. Av den grunn mener jeg at resultatet har en overføringsverdi til en større populasjon.

4 Analyse

Tekstanalyse handler om å få en forståelse av dataene, systematisering av tema og å finne mønster for å gjøre materialet tilgjengelig for tolkning. På bakgrunn av informantenes beskrivelser er målet å komme frem til kjernen eller essensen i det opplevde fenomenet, som i denne studien er endringsprosesser forut for kontakt med PUT (Malterud, 2011).

Den analytiske fremgangsmåten for denne studien er ”systematisk tekstkondensering” som er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og modifisert av Malterud (Malterud, 2011). Formålet med denne typen analyse er å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt. Videre ser en etter betydelige kjennetegn og essenser ved de fenomener som studeres. Det er her viktig å sette forforståelsen til side og møte datamaterialet med et åpent sinn. Analyseprosessen er i følge Malterud delt inn i fire trinn:

Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer

I første trinn av analysen fokuserte en på helheten fremfor detaljer. Gjennom transkriberingen hadde jeg dannet meg et helhetsinntrykk av materialet. Jeg var åpen for de inntrykk som materialet formidlet, og prøvde å sette min forforståelse til side. Malterud (2011) hevder på dette stadiet er det viktig å legge egen forforståelse og den teoretiske referanseramme til side. Materialet inneholdt seks temaer som fanget min interesse. I følge Malterud (ibid.) er ikke disse temaene resultater eller kategorier, de er ikke utviklet som følge av systematisk refleksjon, men er et første intuitive steg i organiseringen av datamaterialet.

Identifisere meningsbærende enheter – fra temaer til koder

Gjennom andre trinn skal materialet organiseres og meningsbærende enheter identifiseres (Malterud, 2011). Det ble skilt mellom relevant og irrelevant tekst, og den relevante teksten ble systematisk gjennomgått. En identifiserte tekst som bar med seg kunnskap om ett eller flere temaer fra første trinn. Hvert tema representerer foreløpige ideer om ulike sider ved problemstillingen en skal belyse.

Hvert tema fra første trinn ble merket med en fargekode. Videre ble tekstmaterialet gjennomlest for å lete etter meningsbærende enheter, de meningsbærende enhetene ble merket med samme fargekode som temaet de kom inn under. Fargene representerte en

systematisering som i følge Malterud (ibid.) kalles koding. Enkelte av de meningsbærende enhetene kunne passe inn under flere kodegrupper, det ble da nødvendig å gå tilbake til teksten for å se hvilken sammenheng de opptrådte i. Malterud (ibid.) bruker begrepet dekontekstualisering der hvor deler av teksten er tatt ut av sin opprinnelige kontekst. Denne prosessen ble gjort for hvert tema. Alle setninger og tekstbiter som bar med seg mening om temaet ble tatt med, det ble ikke vurdert om de kunne brukes videre eller ikke.

Abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannede enheter – fra kode til mening

Analysens tredje trinn omhandlet abstraksjon av kunnskap innenfor de meningsdannende enheter. Meningen ble hentet ut ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som i forrige trinn ble identifisert og kodet sammen. Materialet ble redusert til 5 kodegrupper; ”ønske om endring”, ”relasjon til andre”, ”positive samtaler og opplevelser”, ”fysisk og psykisk helse”, ”motivasjon”. Videre ble teksten sortert i ulike subgrupper som synliggjør ulike fasetter av innholdet i kodegruppen som virkemiddel for kondensering. Malterud hevder; ”Heretter er det subgruppen som er analyseenheten. I systematisk tekstkondensering lager vi på dette trinnet et kondensat – et kunstig sitat” (Malterud, 2011: 106).

Sammenfatte betydningen av dette

Det fjerde trinn handlet om å sammenfatte kunnskap og essens fra hver kodegruppe og subgruppe i gjenfortelling. Innholdet beskrives under egne avsnitt med overskrifter som sammenfatter essensen, sammen med et flere sitater fra informantene. Beskrivelsene skal vurderes i lys av den opprinnelige sammenhengen (rekontekstualisering), funnene valideres opp mot det opprinnelige datamaterialet og transkripsjonene (Malterud, 2011).

Som en oppsummering av analyseprosessen ovenfor har jeg laget en oversikt nedenfor som gir en oversikt over de fire trinnene i en tabell.

Tabell 1: Eksempel fra skjematisk oversikt over analyseprosessen under temaet *Betydningen av sosialt felleskap*

<u>Trinn 1</u> Helhetsinntrykk til tema	<u>Trinn 2</u> Meningsbærende enheter - fra temaer til koder	<u>Trinn 3</u> Subgruppe, Kondensering- fra kode til mening	<u>Trinn 4</u> Sammenfatning- fra kondensering til beskrivelser og begreper
Betydning av sosialt felleskap	Ensomhet	Følelse av avvising	<p>”..de har kuttet kontakten med meg på grunn av det jeg har gjort i fylla, jeg skjønner jo nå at de ikke orket å ha noe med meg å gjøre...”</p> <p>”..det å bli dømt hver dag, det å bli utestengt av forskjellige folk fordi de ikke vil ha noe med deg å gjøre, det er ganske tungt altså, likevel forståelig..”</p>
		Relasjon til andre	<p>”.. har to unger som jeg er onkel til som jeg elsker og som jeg har sittet barnevakt for ofte. Etter siste overdose ville de ikke akseptere meg som barnevakt lenger. Det er dødskjipt å ikke få lov til det lenger, jeg fikk et slag i trynet, men det fikk meg til å tenke...”</p>

5 Resultat

Det teoretiske fundamentet vil være en del av referanserammen for forståelse av funnene i min studie. Før funnene presenteres, vil jeg gi en kort presentasjon av informantene.

5.1 Hvem var informantene?

Gruppen informanter bestod av to jenter og to gutter, alderen var 19, 23, 24 og 26 år som alle var førstegangs henvist til PUT. Gruppen hadde hatt ulike ruskarriere både i forhold til lengde, men også i forhold til hvilke rusmidler de hadde brukt. En hadde startet med alkohol i 15-års alder og illegale rusmidler i 20-årsalder, debuterte med amfetamin, brukte hasj for å roe seg ned og gikk over heroin og Subutex etter kort tid. En hadde hovedsakelig ruset seg på alkohol fra 14-års alder, og inntatt hasj og medikamenter som en form for selvmedisinering. En annen hadde startet med alkohol og hasj og medikamenter ved 14-15 års alder, etter hvert hadde hovedrusmidlet vært GHB og hasj. Den fjerde informanten begynte og drikke alkohol i 12-13 års alder. Hadde gått over til hasj og medikamenter ved 14-års alder. Etter dette og frem til intervjuet hadde informantene brukt alle typer rusmidler, fra alkohol til heroin.

Gjennom intervjuene kom det frem at tre av informantene var vokst opp i dysfunksjonelle familier med omsorgssvikt, den fjerde hadde vært utsatt for traumer i relativt tidlig barndom. Oppveksten hadde ført til komplekse problemer i ungdomsalder og inn i tidlig voksen alder. En var forelder, men hadde ikke daglig omsorg for barnet. En informant hadde fått diagnose ADHD som barn. En av informantene var på intervjuet rusfri, to hadde redusert sitt inntak av rusmidler betraktelig, en som nylig hadde startet i døgnbehandling hadde hatt flere sprekker i løpet av siste måned da intervjuet fant sted. Ingen av informantene var under utdanning, en var i jobb. Ut fra informantenes opplysninger kan dette stemme overens med hva Lossius (2011) sier om barn og unge som er vokst opp under dysfunksjonelle familieforhold og tidlig traumatisering, denne gruppen er mer sårbar for tiltrekning til rusmiljøer og utvikling av rusproblemer.

For å ivareta best mulig anonymitet siden utvalget var lite, blir alle informantene beskrevet som ungdom.

5.2 Betydningsfulle hendelser

Hva var det av betydningsfulle hendelser ungdommene hadde opplevd på veien mot å søke hjelp? Ungdommene fortalte om hendelser og opplevelser de hadde opplevd både relativt tidlig, men også sent i sin ruskarriere, som de ved intervjuet så på som medvirkende i endringsprosessen frem til at de hadde søkt om hjelp. Ingen av ungdommene formidlet at det

var en enkeltstående situasjon av nyere dato som førte til at de ønsket en henvisning til PUT, men summen av flere gjennom hele ruskarrieren.

5.2.1 " Den gode rusopplevelsen ble gradvis borte"

I starten av ruskarrieren formidlet ungdommene om rusopplevelser som ga de en anledning til å slippe og tenke på alle vanskelighetene i livet. De fortalte også om følelse av å være annerledes, ikke helt passe inn i fellesskapet med jevnaldrene og opplevelsen av å stå utenfor det sosiale nettverket, de passet ikke inn i det vanlige samfunnet. Dette var noe de hadde følt fra tidlig ungdomsalder. Å få tilhørighet i et rusmiljø på en eller annen måte ga opplevelse av å bety noe og bli godtatt for den en var. Tilhørighet i rusmiljøet og rusfølelsen ble assosiert med spenning, glede og frihet.

En av ungdommene beskrev bruken av amfetamin som å få ny energi, det ble utrettet mye og psyken var stabilt god under selve rusen. Nedturene i etterkant ble desto mer ustabile.

"Jeg har vært spenningsøkende så lenge jeg kan huske. Alt skulle være helt på kanten, møte med rusmiljøet ga meg den spenningen jeg søkte. Jeg var på farten fra morgen til kveld, bena gikk som trommestikker. Jeg ble på en måte helt utslitt, samtidig så kunne jeg holde det gående i flere døgn. Jeg måtte røyke meg noen piper¹ for å "lande", da var jeg fullstendig tom".

Noe som var av betydning for to av ungdommene var økonomi, det var store penger å tjene for den som deale² og kunne finansiere eget misbruk. Det var alltid tilgang på rusmidler og han følte seg sjelden ensom og alene på grunn av jevnt tilsig av kunder, men dårlig samvittighet ble etter hvert et tankekors.

"Jeg hadde alltid mye penger og ble behandlet med respekt av de andre i rusmiljøene. Det var ingen som "kødda" med meg. Så begynte jeg å tenke på alle nye og veldig unge som kom for å kjøpe, da fikk jeg veldig dårlig samvittighet. Om jeg ødela eget liv, kunne jeg ikke lenger være ansvarlig for å ødelegge andre sitt, jeg fikk dårlig samvittighet".

For den som måtte kjøpe heroin eller Subutex hver dag, ble økonomi et problem. Det ble etter en tid en daglig kamp for å skaffe penger til stoff som videre førte til negative konsekvenser.

"Heroin suge penger, du utsetter deg for risiko og overdose hver dag. Du vanker i kriminelle miljøer med fare for eget liv. Jeg måtte begå kriminelle handlinger for å få tak i penger. Det

¹ Røyke noen piper i denne sammenheng betyr å røyke hasj

² Deale betyr å selge eller omsette rusmidler til andre

begynte å balle på seg med negative ting, jeg mistet bostedene etter kort tid og har flyttet mye rundt”.

Misbruket bidro til fred fra hverdagens stress, press og krav. Rusen ble opplevd som en god flukt fra det vanskelige de ikke orket å forholde seg til eller ta tak i på annen måte, alle problemer og vanskeligheter skjøv de foran seg og opplevelse av maktesløshet økte.

Ungdommene fortalte om problemer i livene sine før de startet sin ruskarriere, i form av indre smerte og uro, lav selvfølelse, ensomhet og sosiale vansker. Under intervjuene beskrev ungdommene at de på et tidspunkt hadde vært avhengige av rusmidler og at avhengigheten på et tidspunkt var kommet ut av kontroll, selv om de lenge benektet avhengigheten både overfor andre og seg selv. To av dem sa;

”Jeg kom meg vekk, jeg hadde ingen ansvarsfølelse og jeg fikk slappe av litte grann. Så hadde det godt der og da. Det ble et friminutt fra alt som var vanskelig Rusen ble noe jeg så frem til i hverdagen, helt til den tok overhånd.”.

”I dag tenker jeg at jeg ble veldig raskt avhengig av stoffet, det var som å leve et annet liv. Et liv som var så mye bedre, men det varte bare i korte perioder. Etter hvert ble rusingen en besettelse og førte til mye negativt”.

Det som hadde startet som en virkelighetsflukt med positive og gode opplevelser, hadde etter hvert utviklet seg til å øke den indre smerten og ført til ytterligere problemer og kaos i livet. Selv om ungdommene gradvis opplevde ubehag ved rusen fortsatte de med den, og et par av dem snakket om tiden da de innså at de var blitt avhengige av rusmidlene. En formidlet;

”I begynnelsen var alt bare positivt, absolutt alt. Opplevelsen av selve rusen var fantastisk, da forsvant alle bekymringer, jeg taklet alt, psyken var så dempet at jeg tålte hva som helst. Etter hvert forsvant den gode rusopplevelsen, jeg ble oftere stresset og dårlig. Dosene mine ble høye, høyere enn normalt og jeg ble ikke bedre, men jeg var avhengig”.

De holdt likevel fast ved det positive ved rusen, den gode følelsen av å mestre noe og rusen var blitt en stor del av hverdagen. Et par av ungdommene fikk tilhørighet i et rusmiljø som både var inkluderende og ekskluderende på samme tid.

”De fleste av mine venner ruser seg. Her kunne jeg bare være meg selv, det var ingen som spurte om noe eller kritiserte deg for noe og det var fint. Vi var alle like på en måte, det var bare når det var lite rusmidler eller lite penger det kunne bli bråk. Over tid ble det mange

dårlige opplevelser, jeg ble utsatt for mye. Jeg skylte hele tiden folk penger, hadde folk etter meg som skulle ha penger. Hele livet var kaos”.

En av ungdommene brukte rusen som en belønning for å komme gjennom dagen.

”Det var noe jeg så frem til i hverdagen, jeg kunne fullføre jobb eller skole så lenge jeg fikk ruse meg etterpå”.

Ungdommene formidlet positive opplevelser i starten av sin ruskarriere, livet ble merkbart bedre på mange områder. Etter hvert endret den gode rusfølelsen seg til å medføre større kaos i livene, en fikk store økonomiske vansker som førte til kriminalitet og utkastelse fra flere leiligheter. Tre av ungdommene som hovedsakelig ruset seg på illegale rusmidler ble slitne og lei av jaget etter stoff og penger. Når livet med begynte å røyne på kom også tanken og ønsket om endring.

5.2.2 ”Selv om rusen holdt på å ta livet av meg, fortsatte jeg”

Ungdommene hadde dårlige erfaringer og nederlagsopplevelser fra oppveksten, som hadde ført til lav motivasjon for å ta tak i egen situasjon. De fortalte om omfattende psykiske og fysiske plager som følge av sitt rusmiddelbruk, for noen gikk det flere år før de tok en beslutning om å slutte med rusen. Rusen ble på en måte en hvilepute i forhold til andre måter å ta tak i problemene på. De beskrev rusmisbruket som veien til avgrunnen med økende selvmordstanker, psykoser og kroppslige smerter. Både bruken av rusmidler og helseplager hadde gått i bølger, det hadde vært perioder hvor de hadde hatt en bedre kontroll med lavere inntak av rusmidler hvor også den psykiske helsen hadde vært mer stabil. Alle hadde hatt rusfrie perioder over noen dager, men det hadde ikke vært helhjertede forsøk på å slutte. Det kom klart frem at dårlig helse til sist ble viktig faktor for å endre sin livsførsel.

”Du har på en måte to personligheter i hodet på en gang, den ene sier, jeg vil slutte, men den andre sier, hva er vitsen å slutte. Fikk jeg ikke heroinen min hver dag, fikk jeg det (...) Jeg skremte meg selv, temperamentet mitt var blitt annerledes, jeg klikket for ingen ting, var ustabil i hodet og var redd. Jeg var blitt trett og lei av ruslivet og redd for min egen helse”.

Det å føle at en hadde nådd bunnen betydde ikke nødvendigvis å kutte ut rusen, det ble mer en erkjennelse av å nå et endepunkt for hvor stor psykisk belastning en kunne klare. Det var en tilstand av fortvilelse, tretthet og resignasjon.

”Jeg så personer som ikke var der og sånn (...) Ble redd av meg selv og tenkte jeg var blitt gal. Noen ganger ble jeg syk med skjelvninger og kastet opp. Etter hvert følte jeg meg helt

ødelagt, jeg gråt mye og ble mer og mer deprimert. Jeg hadde på et tidspunkt bare lyst til å dø, jeg var så (...)sliten og syk”.

Det var tydelig at ungdommene så en sammenheng mellom økende rusmisbruk og dårlig helse. De holdt likevel fast ved at positive sider ved misbruket oppveide det negative, rusmidlene ble brukt som en form for selvmedisinering for å dempe ubehagelige symptomer. De manglet motivasjon Tanker og opplevelser om at misbruket kunne føre til døden var ikke alene nok på et gitt tidspunkt til å oppsøke hjelp.

”Det med å våkne opp i bakrus og (...) det er jo ganske så (...) ja, jeg var jo på en måte borte fra alt. Jeg gjorde og sa masse dumme ting i fylla. Jeg ramla og skadet meg, våknet opp med sår og blåmerker, blod og skitt overalt. Heller ikke at jeg var to ganger inne til pumping fikk meg til å slutte. Jeg begynte å se ting som andre ikke så, havnet i en psykose rett og slett. Jeg ville ta livet mitt, jeg hadde hatt en del tanker om det tidligere også. Det gikk så langt at jeg ble tvangsinnlagt ved psykiatrisk avdeling, der ble jeg i to måneder.

Likegyldighet i forhold til alvorlige konsekvenser som følge av misbruket kom frem gjennom samtalen med ungdommene. Selv om flere hadde opplevd overdoser og psykoser, var ikke dette nok til å slutte. Ungdommene formidlet at helsepersonell gjennom samtaler før utskrivning hadde snakket om hvor nær døden de hadde vært. En sa etter at han hadde overlevd to overdoser på gammahydroksybutyrat, (GHB);

”Jeg brydde meg ikke. Da de etter den siste gangen sa på sykehuset at de så vidt greide å få liv i meg, betydde det ingen ting. Jeg var ikke redd, det som skjer, det skjer..liksom. Jeg var mer opptatt av å komme meg ut for å deale”.

En av ungdommene fortalte om langvarige psykiske vansker med to innleggelses etter rusutløste psykoser og overdoser. Fungeringen i dagliglivet var dårlig, han fulgte ikke opp arbeidstiltak og hadde problemer med å ta vare på seg selv.

”Har hatt flere overdoser og tvangsinnleggelses ved psykiatrisk avdeling fordi jeg fikk ruspsykoser. Har også hatt opphold ved langtids psykiatriske avdelinger. Den siste tiden gikk det mest i heroin, dager eller netter uten penger eller tilgang til stoff var dager med store kroppslige smerter og mye angst. Så snart mer rusmidler var tilgjengelig, var jeg i gang igjen. Jeg klarte ikke selv å ta tak i problemene”.

Med et økende bruk av rusmidler økte også de psykiske vanskene og et par av ungdommene fikk rusrelaterte psykoser. Hos enkelte individer kan rusmidler fremkalle og utløse en psykisk lidelse som kanskje ville ha forblitt latent hele livet.

Flere innså etter hvert at det måtte komme en endring og hadde ønsker om å slutte og ruse seg, men de var ikke klar for endring eller manglet motivasjon. De oppsøkte rusmiljøet eller steder som trigget rusatferden like etter alvorlige hendelser selv om de var klar over risikoen det førte med seg. Livet som rusmisbruker fortonet seg som en berg- og dalbane, med glede, frihet og samhold, men også med gradvis forfall av helse og kaotiske liv.

5.2.3. Livet på pause

”Livet på pause” var et uttrykk ungdommene brukte når de beskrev opp- og nedturen og tapsfølelser, de var lei av ikke komme videre i livene sine. Selv om alle hadde hatt avbrudd i rusmisbruket for kortere eller lengre perioder, så de disse avbruddene som pauser i livet. Veien tilbake til rusen hadde frem til nå vært kort. En av ungdommene hadde sonet fengselsstraff, en annen hadde gjennomført en lengre samfunnstjeneste. Disse forholdene hadde verken bidratt til mindre rusbruk eller endret syn på misbruket da de skjedde. Alle formidlet at livet med rus var en evig runddans hvor de oppnådde lite, to av ungdommene ga uttrykk for at de ikke var kommet særlig videre med noe i livet siden de startet med rusmidler. De følte på mange måter at livet var i ferd med å gå fra de, og at de nå måtte selv ta tak i livene sine for å komme videre.

”Nå har jeg hatt pause lenge nok, nå jeg vil tilbake til et normalt liv. Livet med rus fører ingenting godt med seg, du kommet ikke et steg videre. Alt går i dass..”.

”Siden jeg nå har fått en diagnose, kan jeg velge å akseptere den og gjøre det beste ut av det, eller jeg kan gå resten av livet å synes synd på meg selv og ruse meg videre. Jeg vil gå fremover, jeg vil ikke ha flere pauser i livet mitt. Jeg fortjener et godt liv”.

Det å se rusfrie venner fikk utdannelse, arbeid, familie og barn var noe ungdommene reflekterte over. De beskrev eget liv i perioden de ruset seg som en lang pause.

”De vennene jeg har hatt som ikke ruser seg ser jeg på som vellykkede med normale liv. De er i arbeid og har barn, og vil ikke ha noe med meg å gjøre. Jeg har ikke kommet et steg videre på mange år, jeg har ingenting”.

5.3 Bidrag fra familie og venner

Et liv med rus innebærer mange brutte relasjoner, både til familie, venner og tap av omsorg for egne barn. Ofte vil rusmisbruk prege hele familiesystemet, og være belastende for rusfrie nettverk, det kan ta tid å bearbeide vonde opplevelser og utvikle ny tillit. Det kan også være store utfordringer for den rusavhengige å gjenoppta og styrke positive relasjoner til familie og venner.

5.3.1 Støtte og motivasjon fra familie og venner

Det var gjennomgående hos ungdommene at de hadde et noe problematisk og distansert forhold til eget familienetteverk med indirekte liten støtte og hjelp i denne prosessen, likevel var det en slags støttende relasjon mellom ungdommene og familien gjennom det de formidlet. To av ungdommene hadde ikke snakket direkte om rusproblemene med nærmeste familie eller venner, to hadde foreldre som selv tidvis ruset seg.

Familien til en av ungdommene som hadde vært utsatt for traumer i barndommen, hadde vært bekymret for den eskalerende rusutviklingen ungdommen hadde vist. Han hadde snakket med familien om problemene sine, om hvordan rusatferden ble mer og mer problematisk i forhold til skole, jobb og venner. Ungdommen var opptatt av at rusingen var symptomer på traumer han hadde vært utsatt for i barndommen. Han følte liten støtte i forhold til de underliggende årsakene til rusingen, dette ble det ikke snakket om.

”De mistet vel håpet for meg ganske tidlig egentlig. Så det var ikke før jeg selv bestemte meg for å bli bedre at de støttet meg. Det var ikke mye de tok tak i under denne prosessen, de sa lite. Vi snakket aldri om traumene mine, bare det overflatiske som ble diskutert”.

To av ungdommene hadde sporadisk kontakt med sine fedre, begge formidlet at da de forsøkte å snakke om problemene sine, ble de ikke hørt eller tatt på alvor.

”Jeg prøvde flere ganger å ringe far som er bosatt i utlandet, for å snakke om hvor vanskelig jeg hadde det. Det eneste han ville snakke om var hvordan været var hjemme, han spurte aldri om hvordan jeg hadde det. Han unngikk alle problemer. Jeg tror han hadde nok med sine egne problemer. Det var likevel godt å høre stemmen hans”.

En av ungdommene hadde tilfeldig møtt på sin far under et idrettsarrangement, her hadde ungdommen fått et illebefinnende, noe han selv mente var et epileptisk anfall. Han hadde opplevd liten støtte i situasjonen.

”Far min kom bort og sparket i meg da jeg lå der. Det eneste han sa var at nå må du slutte med dette stoffet”.

En av ungdommene hadde en mor som var psykisk syk og bror som ruset seg, far var død. Ungdommen sa han sjelden snakket med moren om sine problemer da hun hadde mye å stri med selv. Han snakket med moren til sin samboer, og følte de samtalene var nyttige og viktige for han.

”Jeg snakker med NN tre til fire ganger i uken, kan snakke med henne om alt. Hun er egentlig den moren jeg skulle hatt, kjefter på meg og alt sånn... det er positivt for meg”.

Foreldre med periodevis egne rusproblemer hadde ikke vært til støtte i endringsprosessen, det hadde derimot gitt ungdommene et annet syn på det å bruke rusmidler. Det hadde vekket sinne, sorg og fortvilelse.

”Jeg fikk høre mye i miljøet jeg vanket i, også at mor min gikk i et kriminelt motorsykkelmiljø hvor det ble omsatt mye narkotika. Jeg reiste dit, og der satt mor mi bak i en bil og tok ”cola³”. Hva (...) gir du meg..., da mistet jeg all respekt, jeg ble trist og forbannet. Det er vel noe av det minst respektable jeg har sett”.

Vennenettverket besto av både rus og rusfri venner, en av ungdommene hadde ikke kontakt med rusfrie venner på intervju tidspunktet fordi han enda ikke var klar for å gjenoppta kontakt. To av ungdommene formidlet at de syntes det var vanskelig å snakke med jevnaldrende etter flere år i rusmiljøet, dette fordi de hadde mistet flere sosiale koder og samhandlingsformer utenfor rusmiljøet.

5.3.2 Tap av familie og venner

En av ungdommene hadde forståelse for at rusfri venner trakk seg unna etter at de over en tid hadde forsøkt å snakke med han om hans bekymringsfulle rusatferd. Ungdommen mente selv at tapet av vennene hadde vært av betydning når tanken for å oppsøke hjelp kom. De ble mer og mer alene og ensomme.

”En negativ side med å ruse seg var å miste veldig mange positive venner og gode relasjoner. De kuttet kontakten med meg på grunn av det jeg har gjort i fylla, jeg skjønner jo nå at de ikke orket å ha noe med meg å gjøre. Jeg bekymret jo folk rundt meg, jeg tok ingenting alvorlig egentlig, jeg skjøv de vekk”.

³ Cola betyr i denne sammenheng Kokain

Når rusatferden vedvarte over tid ble det vanskelig for rusfrie venner å holde kontakt. Det hadde vært mange avtalebrudd, og enkelte ungdommer hadde vist en dårlig oppførsel overfor sine venner. En av ungdommene var blitt ekskludert fra vennenettverket på grunn av nedverdiggende oppførsel.

”Det å bli dømt hver dag, det å bli utestengt av forskjellige folk fordi de ikke vil ha noe med deg å gjøre, det er ganske tungt altså, likevel er det forståelig sånn som jeg oppførte meg”.

En av ungdommene som hadde hatt aleneomsorg for et barn hadde i lang tid slitt med dårlig samvittighet og hatt det svært vanskelig, han hadde vært ambivalent til hva han skulle gjøre med tanke på omsorgssituasjonen. Da han frivillig hadde gitt fra seg barnet, beskrev han det slik;

”Det var ikke til å holde ut den siste tiden, selv om jeg begrenset rusingen til kvelden og natten. Jeg levde med konstant dårlig samvittighet, alt i livet var vanskelig, ikke bare rusen. Jeg vil alltid ha et håp og ønske om at barnet mitt kan komme tilbake til meg, men først må livet mitt bli stabilt. Dette er med og driver meg og gir meg motivasjon”.

Selv om mange hevder at det å bryte med rusmiljøet er vanskelig på grunn av samhold og sterkt fellesskap, ga en av ungdommene en annen refleksjon over miljøet han hadde vært en del av.

”Når jeg nå tenker på... En har ikke venner i rusmiljøer, du tror de er vennene dine, men de driter i deg. Du tror de er kompiser og står bak deg, men det gjør de ikke. De bryr seg ikke om deg, de er der aldri når du trenger de, de bryr seg bare om seg selv og rusen sin. Ingen hjalp meg, absolutt ingen var der når jeg trengte hjelp”.

Og ikke å få lov til å ha kontakt med familiemedlemmer ble for to av ungdommene vanskelig og noe de tenkte mye på. Begge var blitt bedt om å holde seg unna nieser og nevøer frem til de var blitt rusfrie. Barna hadde vært viktige for dem begge, den ene ungdommen hadde vært mye brukt som barnevakt og avvisningen hadde vært vanskelig å forstå da den skjedde.

”Er onkel til to barn, snart tre, som jeg ofte satt barnevakt for og som jeg elsker. Etter siste overdose ville de ikke akseptere meg som barnevakt lengre. Det er dødskjipt å ikke få lov til det lenger, jeg fikk et slag i trynet, men det fikk meg til å tenke”.

”Da søsteren min sa at jeg ikke fikk møte NN så lenge jeg ruset meg, tenkte jeg at hun var viktigere enn rusen. NN er den eneste jeg bryr meg om i hele familien, de andre driter jeg i. For meg ble dette den største motivasjonen for å starte i behandling”.

Avvisningen fra familien om ikke å få ha tilhørighet på grunn av rusmisbruket hadde gitt økt motivasjon for endring.

5.4 Bidrag fra profesjonelle instanser

Ungdommene snakket om samtaler og møter de hadde opplevd gjennom tiden etter at de hadde startet å ruse seg som de i dag tenkte hadde vært positive og nyttige under endringsprosessen. Selv om kontakten med personer fra det profesjonelle hjelpeapparatet mer eller mindre vært hadde vært spontant, hadde den likevel etterlatt seg noe hos ungdommene som de hadde holdt fast ved.

En hadde ved en anledning blitt brakt inn til politiet etter at han var blitt tatt sammen med to andre etter et ran. Ungdommen selv hadde ikke deltatt under selve ranet, men oppholdt seg med ranerne etterpå.

”Da jeg ble satt i politibilen var jeg så redd, var sikker på at jeg ville bli buret inne for lang tid. Da politiet ville snakke med meg på stasjonen sa de at de så det var håp for meg, at jeg måtte komme meg ut av det miljøet jeg nå vanket i. De sa jeg var altfor klok og oppegående til å ødelegge livet mitt med rus og kriminelle ting. Måten de sa det på var så fin, de var så greie mot meg. Jeg ble ikke koblet til ranet. Denne samtalen har jeg tenkt på mange ganger, de sa det var håp for meg...”.

En hadde gjennomført videregående skole, og hadde slitt med mye fravær og mange dårlige skoledager på grunn av misbruket. På skolen hadde det vært en rådgiver som hadde forstått at ungdommen strevde med noe.

”Jeg var veldig åpen med henne når det gjaldt problemene mine, hun forstod hva jeg slet med. Om jeg kom for sent på grunn av at jeg hadde ruset meg, ble hun aldri sint eller kjeftet. Hun ba meg gå hjem å hvile, hun prøvde ikke å fikse problemene mine der og da. Hun skjønnte at det var en grunn for at jeg ruset meg, det var på den måten hun hjalp meg. Hun fikk meg til å føle at jeg ikke var mislykket”.

En av ungdommene hadde vært langt nede psykisk med fremtredende paranoide og suicidale tanker og bedt sin fastlege om hjelp, like etter hadde han fått innkalling til polikliniske

samtaler ved et Distrikt psykiatrisk sykehus, (DPS). Her var han blant annet blitt anbefalt en bok som han burde lese. For ungdommen ble dette en ny oppdagelse i livet, men det ble også en følelse av å bli verdsatt.

”Jeg opplevde at psykologen brydde seg om meg, at han ville meg godt. Han hadde ikke så mye greie på rus, men han hadde greie på mye annet som jeg ikke hadde tenkt på før. Bare det at han gadd å skrive ned navnet på en bok for meg, det sier jo litt... Og jeg som ikke hadde lest en hel bok i hele mitt liv. Denne boka ble viktig for meg. Det stod at jeg selv var ansvarlig for mine valg i livet, relasjoner rundt meg, om rusmisbruk og hva som påvirker ditt selvbilde og liv. Jeg leste boka, dette tenker jeg på hver dag, det er mitt ansvar...”

5.5 Avgjørende hendelser

For alle ungdommene hadde det vært spesielle hendelser som var blitt avgjørende for at de hadde bedt om hjelp for sitt rusproblem. Det var hendelser som hadde oppstått like før, og det var hendelser av eldre dato som likevel hadde hatt en avgjørende betydning for at de ønsket henvisning til PUT.

En av ungdommene var samboer med en rusmisbruker. Begge hadde i flere måneder ønsket å kutte ut rusen, men den ene hadde dradd den andre med seg og de hadde fortsatt med rusingen. De hadde likevel støttet hverandre gjennom opp – nedturen og gradvis bygget opp en motivasjon for å slutte.

”Jeg var nok mer klar for å slutte enn henne, hun hadde fått innvilget LAR behandling, men utsatte det hele tiden. Vi hadde begge ruset bort mange år av livet vårt, nå var tiden inne for å gjøre noe. Dagen hun tok bussen til legen for å starte på Subutex, den dagen kuttet jeg ut heroinen. Jeg hadde to grusomme måneder med mye fysisk og psykisk smerte, jeg lå for det meste på baderomsgulvet. Nå har jeg vært ren⁴ i tre måneder”

En annen fortalte om en bestemor han var veldig glad i og som hadde vært en viktig person gjennom hele livet. Han hadde ikke snakket noe særlig om sine rusproblemer med henne, fordi det hadde hun ikke greie på. En kveld hadde han satt et ”skudd” like før han skulle hjem til bestemoren.

”Da jeg kom inn var jeg så fjern at jeg kunne verken snakke eller se klart. Bestemor begynte å gråte, hun sa hun snart var 90 år, og at jeg bare var en ungdom som hadde livet foran meg og

⁴ Ren betyr i denne sammenheng rusfri

ikke skulle dø før henne. Hennes siste ønske før hun døde var at jeg fikk hjelp. Noen få dager etter kontaktet jeg fastlegen min”.

En ungdom som hovedsakelig hadde ruset seg på alkohol, hadde i tiden før nyttårshelgen drukket tett. Alle helligdager hadde vært vanskelige og han hadde ofte drukket seg gjennom disse. Det var lite han kunne huske fra ”fyllekulen” annet enn at venner en eller annen gang hadde fått han hjem.

”Jeg ødela hele kvelden for alle, da jeg våknet opp var det et nytt år og jeg tenkte at jeg kan ikke holde på sånn lenger. Det var den episoden er grunnen til at jeg går på PUT”.

Refleksjon over positive og negative konsekvenser ved rusen ble for en av ungdommene det som skulle bli avgjørende for at han ønsket hjelp.

”Da kjæresten min kastet meg ut og jeg satt alene i en leilighet, fikk jeg tid til å tenke. Hele livet var (...) og jeg var veldig nedfor. Jeg tenkte at dette er ikke rusen verd, så jeg mannet med opp og fikk en samtale med fastlegen min”.

5.6 Egne bidrag

Ungdommenes historier viste at det var ulike veier å gå mot et rusfritt liv, de hadde gjort seg ulike erfaringer og tatt ulike valg gjennom endringsprosessen. Det hadde vært både gode og dårlige erfaringer de hadde gjort seg gjennom ruskarrieren som til sammen ble avgjørende for det måtte komme en endring. De hadde alle gått flere runder med prøving og feiling før de hadde opparbeidet nok motivasjon og var klar å ta en endelig avgjørelse om å be om henvisning til PUT. En ting var de felles om, skal en slutte med rusmidler, må en ville det selv og være klar for en endring.

5.6.1 Eget valg

Ungdommene hadde selv tatt valget om å slutte med rusmidlene selv om andre hadde påpekt at rusmisbruket var kommet ut av kontroll. De hadde hatt ulike motivasjonsfaktorer, ingen hadde blitt ”tvunget” av andre til å slutte. Å slutte fordi andre ønsket det, hadde ikke vært noen suksessfaktor for et par av ungdommene tidligere.

”Jeg sluttet mange ganger, men sprakk like etterpå, var vel mest for andre sin del at jeg sluttet. Denne gangen er jeg fordi jeg selv vil, bare for min egen del”.

En mente at flere omganger med ” pauser og sprekk” hadde i tillegg til et sterkere ønske om å slutte, gitt han økt motivasjon og større tro på å klare det denne gangen.

”Det å prøve å slutte uten å klare det, gjorde meg forbannet selv om jeg var syk. For hver gang trodde jeg at jeg skulle klare det, men ser nå at ville det ikke nok de gangene. Nå vil jeg slutte både i hodet og hjertet”.

Å starte opp med andre aktiviteter ble viktig for en ungdom. Det ble nødvendig å få tankene over på annet enn rus. Ensomhet, kjedsomhet og utrygghet var faktorer som ble viktige å fylle med noe annet.

”Hva skulle jeg gjøre, skulle jeg bare sitte for meg selv og være redd og så ruse meg for å få det bedre? Nei, jeg måtte finne noe annet. Først så skaffet jeg meg en cross sykkel, jeg har alltid likt fart og spenning. Senere så har jeg kjøpt meg hund som jeg går tur med og som jeg snakker med”.

I situasjoner hvor en tidligere brukte rusmidler for å oppnå en tilfredsstillelse, ble det viktig å finne andre måter å håndtere disse på. Ungdommen visste også når rusuget ville melde seg og hadde derfor skaffet seg aktiviteter for å dempe på dette.

5.6.2 Distanse fra rusmiljøet

Å distansere seg fra det tidligere rusmiljøet hadde for to av ungdommene vært avgjørende. Disse hadde periodevis holdt seg borte fra rusvenner, kontakten hadde vært i aktive rusperioder og ved kjøp av rusmidler.

”Ingen vet hvor jeg bor nå, så de har jeg ingen kontakt med. Jeg har også skiftet telefon nummer, har fått hemmelig nummer. Det nytter ikke å omgås folk som er på kjøret om du vil slutte”.

En hadde fått foreskrevet et medikament som skulle dempe suget etter alkohol. Ungdommen beskrev seg ikke som alkoholiker, men at drikkemønsteret var uakseptabelt og hadde ødelagt for veldig mye.

”Jeg har gått på Campral lenge, sluttet med den i perioder men begynte straks å drikke igjen og kontaktet andre som ruset seg. Medisinen har vært til stor hjelp for meg i denne prosessen. Jeg må lære meg å drikke på en annen måte, jeg kan ikke drikke som folk flest. Jeg har ikke kontakt med rusvenner nå, jeg trenger tid for meg selv for å bygge meg opp igjen. Jeg har tre jobber for øyeblikket for ikke bli fristet til å drikke, det har jeg ikke tid til”.

5.6.3 Følelse av skam og skyld

En følte skam og dårlig samvittighet både overfor seg selv og andre. Dette var følelser som økte i takt med ruskarrieren. Skamfølelsen hadde over tid blitt en barriere for å bryte ut av rusmisbruket fordi den ble et hinder for å snakke om problemene og førte til isolasjon og ensomhet.

”Når du er rusmisbruker blir alt ved deg sett ned på, jeg følte mange ganger skam og skyld over det livet jeg levde. Livet passerte på en måte, problemene økte og skammen ble større. Mitt liv handlet om å skaffe penger og rusmidler til meg og samboeren min uten å se noen i øynene, helt til jeg ikke maktet det lengre”.

5.7 Kontakt med barneverntjenesten

Tre av ungdommene hadde hatt kontakt eller tiltak fra barneverntjenesten inne i familien da de vokste opp. De hadde alle gjort seg ulik erfaring med hjelp og støtte fra barneverntjenesten i denne perioden.

”Det var etter at far tok livet av seg problemene begynte. Mor ble psykisk dårlig og begynte med piller og alkohol, en yngre bror fikk atferdsproblemer og startet tidlig med rusmidler. Jeg tok over alt ansvar hjemme, jeg handlet inn mat, vasket og ryddet, smurte matpakker og vekket broren på morgenen, da var eg 13 år. Barneverntjenesten var hele tiden inne med tiltak i forhold til broren min, meg snakket de aldri med. Jeg var stille og rolig, hjemme var det ryddig når de kom på hjemmebesøk”.

En hadde hatt tiltak fra han var ganske liten på grunn av ADHD som hadde ført til skole- og fritidsproblemer. Han kunne i dag ikke si noe om tiltaket hadde vært til hjelp.

”Ja, de var der hele veien. (...) støttekontaktdritt, de hentet meg på skolen. Jeg gikk alltid på spesialskoler og hadde en som passet på meg, så tvang de i meg Ritalin for at jeg skulle bli rolig og lære noe, men jeg fikk aldri et eneste vitnemål fra skolen. Så måtte jeg være med på fritidsaktiviteter noen dager i uken, det var litt kjekt husker jeg. Har aldri hatt kontakt med barnevernet i forhold til rusproblemene mine”.

En ungdom hadde blitt utsatt for fysisk og psykisk vold fra mor og søsken fra han var liten og til han flyttet til sin mormor, da hadde den fysiske volden avtatt. Det hadde vært vanskelig for han å formidle noe til barneverntjenesten om sine hjemmeforhold, både på grunn av lav alder og at familien dekket over hvordan det faktisk var.

”Barnevernet var hele tiden inne i bildet, men mamma manipulerte de så de trodde jeg hadde det greit. De fikk høre at det var hestene i stallen som hadde bitt meg eller at jeg hadde ramlet og fått blåmerker og sånn. Hun lurte de trill rundt. Tror ikke jeg sa så mye, kan ikke huske de snakket noe spesielt med meg”.

Ungdommen var tydelig på at oppveksten og det han var blitt utsatt for hadde medvirket til flukten ut i rusmisbruket.

5.8 Veien tilbake

Integrering tilbake til samfunnet med nye sosiale nettverk og sosiale koder, selv etter relativt kort ruskarriere, var det noe ungdommene var opptatt av. Hvordan skulle de klare seg ute i samfunnet. De uttrykte manglende ferdigheter og følte de hadde mistet verdifull kunnskap og kompetanse, og var engstelige for ”hvilken plass” de skulle ha i samfunnet.

”Jeg har ikke fullført noen skoler og har bare noen få kortvarige arbeidsforhold. Det er mye jeg må lære meg for å klare å fungere i et vanlig arbeid.

En av ungdommene som hadde noen års arbeidserfaring fra tidligere, håpet snart å være i jobb igjen, men han var usikker på ”hvem” han skulle være når han ikke ruset seg.

”Det er derfor jeg sliter sånn med å bli helt rusfri, hvor skal jeg plassere meg, hvor og hvem skal jeg bli nå? Skal jeg bli en sånn normal voksen, og hvordan er en normal voksen?”

6 Diskusjon

Målet med studien var å søke finne svar på hvilke faktorer som hadde vært avgjørende i endringsprosessen hos unge rusbrukere forut for kontakt med Psykiatrisk ungdomsteam, PUT. Gjennom fire intervjuer ble det fortalt en samlet historie om konsekvenser ved å ta feil valg, og om veien tilbake frem til et ønske om en henvisning til PUT. Alle hadde startet sin ruskarriere ved å bruke rusmidler for å lindre en indre smerte og et vanskelig liv. For ungdommene ble det de trodde skulle bli løsningen på problemet, etter hvert selve problemet.

Ungdommene hadde gjennomgått prosessen i to trinn. I første trinn kom etter hvert tanken om at en endring måtte til, denne tanken som gradvis ble sterkere, hadde de frem til de gjorde den om til handling i andre trinn, hvor de ba om en henvisning til PUT.

I starten beskrev ungdommene livet med rus og rusopplevelser som en fest med glede, frihet, spenning og tilhørighet i et miljø utenfor samfunnets normer og regler. Rusmisbruket eskalerte og tok mer og mer plass i hverdagen, de negative rusopplevelsene var begynt å merkes. Tanken og et ønske om en endring vokste frem etter hvert som rusmisbruket kom ut av kontroll. Ungdommene beskrev at de både ville og ikke ville forlate ruslivet, men manglet motivasjon for å ta tak i problemene. Manglende motivasjon for handling og ambivalens var gjennomgående hos alle informantene. Sett i lys av Prochaska og DiClementes transteoretiske modell (TTM) vekslet ungdommene mellom overveielse – og forberedelsesfasene i varierende grad, og i varierende tid. Banduras (1997) self-efficacy begrep kan også bidra til å forklare den relativt lange tiden ungdommene trengte for å ta et valg om endring. De hadde få tidligere erfaringer i å lykkes, de var i et miljø hvor det var tilgang til og bruk av rusmidler, og de møtte liten påvirkning til å endre sitt bruk av rusmidler i positiv retning.

Mestringstilliten var på dette tidspunktet lav, de manglet troen på at de kunne klare å komme ut av rusmisbruket. Miller og Rollnick (2004) tre sentrale dimensjoner som er avgjørende for at motivasjon skal føre til endring er villighet, evne og parathet. Paratheten viste at de ikke var klar for en endring nå, den ble bortprioritert til fordel for rusen. Ungdommene viste også diskrepans mellom å ville og ikke ville klare en endring. De ga uttrykk for at bunnen var nådd, men hadde liten tro på at endring var mulig. Konsekvenser for bruk av rusmidler var tilstedet, men gevinsten av rusmisbruket holdt ungdommene tilbake fra å ville en endring nok.

Gjennom rusen fikk de en virkelighetsflukt fra problemene de strevde med som ble viktigere enn å gjøre noe med problemene. Evnen eller troen på å skulle klare å slutte med rusen hadde de dårlige erfaringer med, de hadde hatt flere forsøk på å kutte ut ruse, men var relativt snart tilbake i rusmisbruket. Gjennom ungdommenes historier kom det frem at de manglet tidligere

erfaringer på å lykkes med mål de hadde satt seg, noe som kan ha vært medvirkende til lav selvfølelse, lavt selvbilde og manglende tiltro til suksess. Tidligere mislykkede forsøk på å slutte med rus, ble forklarte med at de ikke hadde vært klar nok for å slutte og at forsøkene hadde vært gjort i perioder da de var mer nedkjørt og slitne av rusingen. Det hadde vært halvhjertede forsøk, ofte på grunn av andre som ønsket at de skulle slutte. Ungdommene brukte forsvarsmekanismer for å beskytte seg når de ikke klarte å slutte med rusen på et tidligere tidspunkt. De hadde blant annet bagatellisert, benektet eller fortrenget farene og negative konsekvenser ved bruken av rusmidler, både i forholdt til seg selv, men også i forhold til omgivelsene.

Hvilke faktorer hadde vært til hjelp og støtte for ungdommene i prosessen?

6.1 Helseskadelig utvikling

Skadelig bruk av rusmidler og avhengighet utgjør et betydelig helsemessig problem, og opprettholdes av flere ulike faktorer. For ungdommene ble den første faktoren i endringsprosessen forårsaket av tiltagende dårlig helsetilstand. De var kommet til et stadium der helseproblemene var blitt uhåndterbare. Det finnes ingen entydige grenser for når bruk av rusmidler blir farlig eller skadelig for en person. Årsakene er ofte individuelle og sammensatte. Psykiske vansker og rusmisbruk inngår i komplekse samspill, hva som utløser det ene eller det andre kan være vanskelig å gi eksakt svar på. Rusmidler vil i noen tilfeller utløse psykoser som går tilbake når årsaken til psykosen uteblir, to av ungdommene hadde vært innlagt ved psykiatrisk avdeling grunnet rusutløste psykoser. Ungdommene hadde også erfaring med en bedre psykisk og fysisk helse i de periodene rusmisbruket hadde vært lavere og fraværende. Dette ga en bekreftelse på at misbruket var en viktig faktor for sviktende helse. Lossius (2011) hevder barn oppvokst under dysfunksjonelle familieforhold er mer sårbare for utvikling av følelsesmessige og atferdsmessige problemer enn andre. Dette samsvarer med utvalget i denne studien, ungdommene hadde på ulike måter hatt vanskelige og traumatiske oppvekstforhold. De hadde utviklet få ”verktøy” til å håndtere sine problemer utenom rusmidlene som mestringsstrategier. De fleste misbrukere som har sluttet å ruse seg, legger avgjørende vekt på at de selv har tatt en beslutning om det (Fekjær, 2008). Videre hevder han det oftest er ressurssterke mennesker, med god støtte fra familie og venner, som bestemmer seg for en ”spontan helbredelse”, men at det likevel forekommer i alle typer misbruker grupper. Dette gir et annet syn på rusmisbrukere, og går bort fra offertenkningen som råder innen rusfeltet. Fekjær hevder;

”Selv om svært mange rusmisbrukere har vært ofre for traumatiske omstendigheter, hindrer det dem ikke i å kunne tenke, velge og handle på en selvstendig måte” Fekjær (ibid: 242).

Sett i lys av Antonovsky`s teori om salutogenese hvor oppmerksomheten er rettet mot de faktorer som bidrar til opprettholdelse av god helse, fremheves komponentene forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet som avgjørende for en opplevelse av sammenheng, (OAS), ungdommene måtte først forstå, erfare og erkjenne at misbruket førte til helseskader før de kunne ha tanker og ønsker om endring i sitt rusmisbruk. De måtte også ha en tro på at det var en mulighet å komme ut av misbruket, og at de selv hadde de forutsetningene som skulle til for å klare det. Det er nødvendig å oppleve at en kan ha innflytelse på eget liv. Flere hadde gått mange runder med å slutte og begynne igjen med rusingen før de bestemte seg for at ”nok var nok”. Dette synes å bekrefte forskning som hevder at tilbakefall er en naturlig del av en endringsprosess (Prochaska et al., 1994). Til sist måtte de innse at livet kunne bli bedre uten rusmidler. Ungdommen gikk ulike veier for å bedre sin helse, noen trappet gradvis ned på rusmisbruket, en kuttet det ut umiddelbart og en brukte et foreskrevet substitutt for å dempe russug. For å få frem egne iboende krefter og muligheter for endring måtte ungdommene ”nå bunnen” og jobbe med seg selv for å øke motivasjonen.

6.2 Støtte fra familie, venner eller andre

Et uventet funn var hvor lite støtte ungdommene hadde hatt fra familie, venner eller andre i endringsprosessene. To av ungdommene hadde hatt minimal kontakt med familie – eller rusfritt vennenettverk, kontakten de hadde hatt ble opplevd de som negativ og personlig krenkende. Ingen ga uttrykk for en sterk følelsesmessig tilknytning til nær familie, med unntak av kjærester og barn. Selv om ingen av ungdommene formidlet at de hadde opplevd direkte støtte fra familie og venner, hadde de likevel hatt en støttende funksjon for to av ungdommene. Kontakten i seg selv hadde vært positiv, bare det å vite at det var noen andre et sted, hadde hatt en positiv betydning. Det var få tydelige forankringer i det rusfrie sosiale nettverket som hadde vært til støtte. Rutter (1990) hevder self-efficacy eller mestringstillit bygges opp ved trygge og harmoniske relasjoner til andre mennesker, og forsterkes gjennom opplevelser av å lykkes. Prochaska et al.(1994) understreker viktigheten av sosial støtte og omsorg i en endringsprosess ved at personen selv må sørge for at relasjonen blir hjelpsom. Gjennom intervjuene kom det frem at alle hadde opplevd tilfeldige møter eller samtaler med personer fra det profesjonelle hjelpeapparatet i løpet av endringsprosessen som hadde styrket ungdommenes selvbilde. Dette var hendelser og opplevelser av både nyere og eldre dato. Mye av rusbehandlingen i dag foregår i grupper eller etter bestemte program hvor en ser på

viktigheten av å dele erfaringer, speile seg i andres liknende historier for felles forståelse og få en fellesskapsfølelse som veien å gå for å bli rusfri. Kan det da være slik at en nødvendigvis ikke trenger kontinuerlig støtte, hjelp og tette relasjoner for å nå målet om rusfrihet?

6.2.1 Skam, skyld og avvisning

Opplevelse av skam og skyld for det livet de levde, og belastninger de følte de hadde påført andre, hadde ført til at sosial tilbaketrekking for noen av ungdommene. Det var spesielt atferden knyttet til rusmisbruket som økte skamfølelsen, kriminelle handlinger, kjøp av rusmidler og manglende evne til omsorg for barn. Det var også bevisste og ubevisste tanker de følte andre hadde om seg. Over tid ble ensomheten og usikkerheten stor og førte til et avgrenset liv med lite positivt innhold utenom rusopplevelser. I følge Prescott & Børtveit (2004) er skam og skyld affekter som fremtrer i uoverensstemmelse mellom den en er og den en ønsker å være, og hva en tenker andre mener om en. Skam - og skyldfølelser har negativ påvirkning på ens selvbilde. Råd fra andre om ”å ta seg sammen” eller ”å skjerpe seg” kan også bidra til økt skamfølelse, selv om rådene var velmente. Fekjær (2008) hevder at rusmisbrukere ofte var plaget av skam og skyldfølelse før de ble rusavhengige fordi skamfølelse ofte grunnlegges i barndommen. Funnene i studien viser det er stor sannsynlighet for at ungdommene utviklet en skamfølelse på grunn av sine oppvekstforhold i tidlig barndom, som trolig ble forsterket av hendelser innenfor ruskarrieren.

To av ungdommene formidlet at de ikke fikk ha kontakt med familiemedlemmer på grunn av sitt rusmisbruk. En av ungdommene formidlet at da han ble nektet å møte et familiemedlem, var det første gangen han opplevde en negativ konsekvens av sitt rusmisbruk. Disse opplevelsene hadde vært tankevekkende og videre blitt en del av bevisstgjøringsprosessen. Rusfrie venner hadde gjennomgått store prøvelser og belastninger som til sist hadde ført til avvisning. Ungdommene hadde i ettertid reflektert over dette og sett at det var en sammenheng mellom deres rusatferd og hva venner kunne akseptere.

6.3 Avgjørende hendelser

Ungdommene gikk gjennom en modningsprosess med både positive og negative påvirkninger gjennom hele ruskarrieren. Funnene viste at både indre og ytre faktorer hadde medvirket til en gradvis endring av rusatferden. Problemene hadde utviklet seg fra milde til mer alvorlige, og til sist blitt opplevd som u håndterlige for den enkelte. Ungdommene hadde hatt flere vendepunkt hvor de var fysisk og psykisk langt nede og hadde sluttet med rusmidlene for en lengre eller kortere periode. Vendepunktene og modningsprosessen hadde til sammen gradvis

endret tankemønsteret og igangsatt en bevisstgjøringsprosess som til slutt endte med at de ønsket en henvisning til PUT.

Ungdommene gikk over i trinn to, og handlingsfasen i TTM da de bestemte seg for å gjøre tanke om til handling. Alle kunne fortelle om viktige hendelser og opplevelser som hadde vært avgjørende for at de tok dette valget. Dette var opplevelser og hendelser som hadde oppstått i nære relasjoner og ført til store konsekvenser for et par av ungdommene. Selv om den enkelte kunne konkretisere en avgjørende hendelse eller opplevelse, ble den på mange måter det siste de kunne klare av påkjenninger. Barth, Børtveit og Prescott (2001) hevder avhengighet består i å gjenta atferd i bestemte situasjoner, slik at atferden blir automatisert i en situasjon. De bruker begrepet klassisk betinging om avhengighet som er utløst av ytre stimuli. Aktive valg vil her bety og bryte med en etablert atferd eller vane. En velger en annen handling i en situasjon hvor en tidligere valgte og ruse seg. Atferden går fra å være situasjonsstyrt til å bli personstyrt ved at personen er sterkere enn situasjonen. Slike situasjoner og kalles gjerne for sterke øyeblikk.

6.4 Kontakt med barneverntjenesten

Tre av ungdommene hadde hatt tiltak, eller barneverntjenesten hadde vært inne i familien under deres oppvekst. Et annet funn som overrasket var at barneverntjenesten ikke hadde hatt individuelle tiltak direkte i forhold til ungdommenes rusproblemer. Ingen av ungdommene hadde hatt kontakt med barneverntjenesten etter at rus ble et problem. De formidlet at de aldri på noe tidspunkt gjennom sin oppvekst hadde snakket med barneverntjenesten om hvordan de hadde egentlig hadde det. Dette er et tankekors når en vet at barn som vokser opp under dysfunksjonelle familieforhold utvikler en større sårbarhet for å tiltrekkes rusmiljøer og utvikle rusmisbruk, samt at barneverntjenesten har en unik mulighet til å gå inn med individuelle tiltak rettet direkte mot rusproblemer på et tidlig stadium. Fekjær (2008) hevder det ikke er tilfeldig hvem som blir rusavhengig, de aller fleste har hatt store personlige problemer i livene sine før de ble rusavhengige. Han viser blant annet til lærings – og atferdsproblemer i skolen, utsatt for mobbing, rusproblematikk i hjemmet, under omsorg av barnevernet, seksuelt misbruk i eller utenfor familien og skilte foreldre. Videre hevder Fekjær (ibid.) foreldre til rusmisbrukere oftest toner ned problemene misbrukere har hatt i oppveksten, og i stedet retter fokuset mot selve konsekvensene av rusmidlene. Fekjær (ibid.) viser også til faktorer utenfor hjemmet som spiller en rolle i utviklingen av rusproblematikk, det kan være ulike miljøer med draging mot spenningsatferd og biologiske faktorer. Sett i lys av denne

forklaringen kan det være vanskelig for barneverntjenesten å fange opp disse ungdommene på et tidlig stadium i oppveksten og hindre utvikling av rusatferd.

7 Konklusjon

Funnene i denne studien viser at ungdommene måtte gå mange runder med seg selv før de var klar for endring. Endringen hadde vokst frem i en prosess mellom ubehag og håp, mellom en følelse av ikke å orke mer, og ønske om noe bedre. Gjennom hele prosessen var det ulike indre og ytre faktorer som hadde bidratt til økende motivasjon, som sammen med økt grad av modning hadde ført valg om å slutte med rusmidlene. Selv om ønske om endring kom gradvis i endringsprosessen gikk det lang tid før vilje og parathet til endring ble fremtredene.

Ungdommene fremhevet dårlig psykisk og fysisk helse, betydningen av tilhørighet i sosiale nettverk, positive og motiverende samtaler med personer i det profesjonelle hjelpeapparatet før rusatferden var et erkjent problem og følelsen av ikke å komme videre i livet med utdanning, jobb eller familie som viktige faktorer i endringsprosessen frem til kontakten med PUT.

Sett i lys av Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) sin modell om endringsforløp, samsvarer denne med funnene i studien. Ungdommene sin endringsprosess gikk i bølger som var påvirket av de ulike faktorene. Det var da de var lengst nede motivasjonen var størst og de selv hadde gjort flere forsøk på å kutte ut rusmidlene.

Det kan synes vanskelig å se at ungdommenes endringsprosess samsvarer helt med Transteoretiske modell. Selv om overgangen mellom overveielse – og forberedelsesfasene fremkom tydeligst, har ungdommene hoppet mer på kryss og tvers innenfor de ulike fasene modellen beskriver, i stedet for glidende overganger frem og tilbake mellom fasene.

Det er nødvendigvis ikke nye teorier og nye metoder som skal til for å få rusavhengige til å bli rusfrie, ungdommene selv besitter mye kunnskap som kan tas i bruk. Studien kan sies å tilføre ny kunnskap ved at den kan peke på vendingspunkt for denne gruppen da de er mest mottakelige for hjelp og behandling. For det profesjonelle hjelpeapparatet vil det være av betydning å kunne implementere tiltak på dette tidspunktet for å hindre en videre utvikling av rusmisbruket.

8 Referanser

- Aakerholt, Nesvaag. (2010) KORFOR. *Stortingsmelding om den nasjonale rusmiddelpolitikken*. http://www.helse-stavanger.no/omoss/avdelinger/regionalt-kompetansesenterforrusmiddelforskning/Documents/Publiserte%20rapporter/publrapport%20Forl%C3%B8p%20og%20kunnskapsoppsummering_%20tilgjengelighet,%20kontinuitet%20og%20individualisering.pdf
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels forlag.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought & action. A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert Rådgivning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Chiauzzi, E.J., & Liljegren, S. (1993). *Taboo Topics in Addiction Treatment*. Journal of Substance Abuse Treatment, 10, 3003-3316.
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Espnes, G.A., & Smedslund, G. (2001). *Helsepsykologi*. Gyldendal Akademisk.
- Fekjær, H.O. (2009). *RUS- Bruk-Motiver- Skader- Behandling- Forebygging- Historikk*. (3. utg.). Oslo:Gyldendal Akademisk.
- Frøyland, L. R., & Aaboen Sletten, M. (2010). *Ung i Stavanger 2010. Endring, risiko og lokale forskjeller*. (NOVA Rapport Nr. 7/11). Oslo: Norsk Institutt for forskning om oppvekst, levekår og aldring.
- Førde, R. (2009). *Helsinkideklarasjonen*. <http://www.ettkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> Lastet ned 20.06.2013.
- Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hser, Y.I m.fl (1998). *Predicting Drug Treatment Entry Among Treatment-Seeking Individuals*. Journal of Substance Abuse Treatment, Vol. 15, No. 3, pp. 213-220.
- Johannessen, A., Tuft, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lillemyr, O. E. (2007). *Motivasjon og selvforståelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Lossius, K. (red.). (2011). *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Luoma, J., B., Kohlenberg, B., S., Hayes, S., C., Fletcher, L., (2012). *Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial on acceptance and commitment therapy targeting shame in substance abuse disorders*. Journal of consulting and clinical psychology, Vol. 80, No. 1, 43-53.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2004). *Motivasjonssamtalen*. København: Hans Reizels Forlag.
- Mæland, J., G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). *In search of how people change. Applications to addictive behaviors*. American Psychologist, Vol. 47 (9), 1102-1114.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1994). *Changing for good*. New York: Morrow.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. I: J. Rolf, A.S Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weintraub (Red.). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (181-214). New York. Cambridge University Press.
- Statens Helsetilsyn. (2000). *De psykiatriske ungdomsteamene*.
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/psykiatriske_ungdomsteamene_IK-2728.pdf Lastet ned 03.11.2012
- St.meld. nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003-/4.html?id=328663> Lastet ned 03.12.2012
- Thagaard, T.(1998). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tidsskrift for Den norske legeforening. (2001). *Transteoretisk Modell*
<http://tidsskriftet.no/article/279435>. Lastet ned 03.05.1013
- West, R. (2006). *Theory of Addiction*. London: Blackwell Publishing Ltd.
- Årstad, J. (2011). *Motivasjonsutvikling i behandlingsstart for unge voksne med rusmiddelproblematikk – og nytten av et standardisert kartleggingsverktøy*. En kvalitativ

studie om utvikling av motivasjon og nytten av kartleggingsverktøyet Drug Use Disorder Identification Test – Extended. Masteroppgave i Helse og sosialfag. Universitetet i Stavanger.

9 Vedlegg

9.1 Forespørsel til brukere om deltakelse i forskningsprosjektet

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie hvor formålet er å innhente opplysninger som kan bidra til økt kunnskap om endringsprosesser før en henvisning til psykiatrisk ungdomsteam, PUT. Intervjuet er en del av et forskningsprosjekt hvor hensikten er å finne frem til hvilke faktorer som har vært av betydning eller avgjørende for at en ønsket en henvisning til psykiatrisk ungdomsteam, PUT. I tillegg til andre brukere av tjenesten, er du valgt ut til å forespørres om temaet ”endringsprosesser hos unge rusbrukere forut for henvisning til psykiatrisk ungdomsteam, PUT”. Fokus under intervjuene vil rettes mot dine opplevelser, hendelser eller annet som var avgjørende for deg for at du ønsket en henvisning til psykiatrisk ungdomsteam, PUT. Funnene i studien vil presenteres i en mastergradsoppgave som forventes fullført innen 30. juni 2013. Ansvarlig for studien er Universitetet i Stavanger.

Hva innebærer studien?

Din deltakelse i studien innebærer et intervju hvor det vil bli stilt spørsmål knyttet til temaet nevnt ovenfor. Spørsmålene vil delvis være styrt av en intervjuguide, men det vil legges vekt på en åpen samtale omkring dine erfaringer knyttet til temaet. Intervjuet vil finne sted i de samme lokalene du møter til oppfølging med din kontaktperson, under intervjuene er det intervjuer og du som informant som vil være tilstede. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbandopptaker, som er på størrelse med en mobiltelefon. Lydbånd er et hjelpemiddel for intervjuer, for å sikre en nøyaktig gjengivelse av det du formidler under intervjuet.

Mulige fordeler og ulemper

Deltakelse i studien vil ikke gi noen umiddelbare fordeler eller ulemper. Ved å delta i studien vil du få muligheten til å formidle dine personlige erfaringer og opplevelser forut for din avgjørelse om en henvisning til psykiatrisk ungdomsteam, PUT. Ditt bidrag er viktig for utviklingen av tjenesten du mottar, og andre lignende tjenester.

Hva skjer med informasjonen du oppgir?

Forsker har taushetsplikt, jmfør Helseforskningsloven § 7, og har ansvar for å hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysningene du avgir. Informasjonen som registreres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer, eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun undertegnede, som gjennomfører forskningsstudiet og intervjuet, som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Navnelisten vil bli oppbevart på en ekstern harddisk og bare være tilknyttet forskers pc under arbeid med studien. Lydfiler fra intervjuene vil bli oppbevart på en sikret server til KORFOR (Regionalt Kompetansesenter for rusmiddelforskning) i Helse Vest. All informasjon og data vil bli slettet ved studiens slutt, jmfør Helseforskningsloven § 38. Informasjonen du formidler i intervjuet knyttes ikke til navn, og dette betyr at opplysningene

avidentifiseres. Dette innebærer at det ikke vil være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når denne publiseres. Studien er godkjent av Personvernombudet ved Stavanger Universitetssjukehus, jmfør Helseforskningsloven § 9, og er forventet avsluttet juni 2013.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Ved deltakelse kreves at du som informant skriver under på samtykke, jmfør Helseforskningsloven § 13. Du kan når som helst, uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til deltakelse uten at det har betydning for din øvrige oppfølging i tjenesten. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side i dette dokumentet. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Sverre Nesvåg

Forskningsleder, Regionalt Kompetansesenter for rusmiddelforskning

Mobil: 90837431

Vedlegg: Samtykkeskjema

Samtykke til deltakelse i studien

På bakgrunn av informasjon gitt om studiens hensikt og formål, samt informasjon om mine rettigheter som informant, er jeg villig til å delta i studien.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert av forsker, dato)

9.2 Intervjuguide

1. Kan du fortelle litt om deg selv;

- kjønn og alder
- familie, oppvekst, skole/utdanning, arbeid, fritid, eller annet som er viktig for deg
- din aktuelle livssituasjon i dag
- har du venner i både ”positive” (ikke rus) og ”negative” (rus) miljøer
- hvor lang rushistorie har du
- hvor gammel var du første gang du brukte illegale rusmidler
- hvilke rusmidler brukte du
- negative og positive opplevelser med bruk av rusmidler
- har du noen gang hatt tiltak fra barneverntjenesten

2. Bidrag fra familie og venner i endringsprosessen

- hva har familie eller venner sagt og gjort i denne prosessen
- snakket du mye om å endre ditt rusbruk med familie eller venner
- hvordan opplevde du disse samtalene
- var det noe i disse samtalene som ble avgjørende for deg at du ønsket en henvisning til PUT
- har du opplevd spesielle hendelser i familien eller blant venner som kan ha påvirket deg i din endringsprosess frem til du bestemte deg for å søke hjelp
- tror du familien eller vennene dine har vært med å bidratt til å endre dine tanker eller ønsker om å oppsøke hjelp for bruk av rusmidler
- har du opplevd støtte fra familie og venner i endringsprosessen din, hvilken støtte, og hvordan opplevde du støtten

3. Bidrag fra profesjonelle instanser i endringsprosessen

- var du noen gang i kontakt med uteseksjonen, barnevernet, PPT, politi eller andre før bruk av rusmidler ble oppfattet som et problem for deg

- har du opplevd noen spesielle samtaler eller hendelser med noen av disse instansene som har vært viktig for deg

- tenker du at denne kontakten på noen måte kan ha bidratt til at du ønsket å bli henvist til PUT, på hvilken måte

4. Egne bidrag i endringsprosessen

- kan du huske noe spesielt, hendelser, opplevelser eller situasjoner nå eller tidligere, som kan ha vært medvirkende til at du ønsket en endring i ditt bruk av rusmidler

- har du selv gjort noen konkrete handlinger eller opplevd konkrete hendelser som har vært positivt eller negativt viktig for deg i prosessen

- har du vært i spesielle situasjoner eller samtaler som kan ha påvirket deg til å ønske en endring av bruk av rusmidler, hvordan opplevde du dette/disse

- er det noe eller noen som har vært motiverende for deg for at du ønsket å bli henvist til PUT

- hvor lang har endringsprosessen vært for deg, fra du begynte å tenke på å endre dine rusvaner til å be om en henvisning til PUT

- hva har vært det viktigste for deg i denne prosessen

- hva var avgjørende for deg for å ta valget om å bli henvist PUT

Er det noe vi ikke har snakket om som du mener er viktig i denne sammenhengen?

9.3 Søknad om forhåndsgodkjenning til REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord			29.01.2013	2012/2206/REK nord
			Deres dato:	Deres referanse:
			11.12.2012	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Sverre Nesvåg
Postboks 8100

2012/2206 Endringsprosesser forut for henvisning til PUT

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nord) i møtet 10.01.2013. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Forskningsansvarlig: Stavanger Universitetssjukehus
Prosjektleder: Sverre Nesvåg

Prosjektleders prosjekttomtale:

Formålet med prosjektet er å utforske endringsprosesser hos unge rusbrukere forut for henvisning til spesialisert rusbehandling. Hvcordan har ungdommen selv, andre nettverkpersoner, betydningsfulle hendelser og profesjonelle instanser for bruk av rusmidler ble oppfattet som et problem, bidratt til endringen? Metoden vil være kvalitativ, intervju av 5-7 informanter mellom 17-25 år. Formålet med studien er å få frem en forståelse av den unges egne opplevelser, hendelser og oppfatninger som var avgjørende eller medvirkende for at vedkommende frivillig ønsket en henvisning til psykiatrisk ungdomsteam. Denne kunnskapen vil kunne bidra til at hjelpeapparatet kan bli mer tilgjengelig for ungdom som ønsker hjelp for sitt rusbruk og mer presise sine bidrag til den videre endringsprosessen.

Framleggingsplikt

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, human biologisk materiale eller helseopplysninger", jf. helseforskningsloven (h) § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i h § 4 a) definert som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

I dette prosjektet er formålet å få frem en forståelse av den unges egne opplevelser, hendelser og oppfatninger som var avgjørende eller medvirkende for at vedkommende frivillig ønsket en henvisning til psykiatrisk ungdomsteam. Målet med studien er å få frem nyttig informasjon som hjelpeapparatet kan nyttiggjøre i forhold til unge med samme problematikk.

Komiteen vurderer at dette prosjektet ikke vil gi ny kunnskap om sykdom eller helse. Prosjektet skal således ikke vurderes etter helseforskningsloven.

Personvern

Komiteen minner om at prosjektleder selv har ansvar for å vurdere om prosjektet skal godkjennes eller meldes til andre instanser, som for eksempel personvernombudet.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf. helseforskningslovens § 10, jf. forskningsetikkloven § 4, 2. ledd.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK nord. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK nord, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Kopi til: stein.tore.nilsen@sus.no; forskning@sus.no