



# Rusmisbruk og gruppebehandling

**”Hvordan opplevde pasientene effekten av gruppebehandlingen ved en avdeling for rus og avhengighetsbehandling?”**

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA),  
Sørlandet Sykehus HF, Kristiansand

Marie Møretrø, Therese Holtebu, Anne Lene Henriksen Siira.  
29.04.2010.

Forskningsserie fra A-klinikken

Kristiansand S.

2010

Nr. 26

Kontaktinformasjon:

*Sørlandet Sykehus HF  
Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling  
Postboks 416  
4604 Kristiansand*

*Kontaktperson:  
Bente Hjemdahl  
[bente.hjemdahl@sshf.no](mailto:bente.hjemdahl@sshf.no)  
Tlf. 38148000*

*Hjemmeside: [www.avhengighetsbehandling.no](http://www.avhengighetsbehandling.no)*

*Opptrykk ved Avd. for rus- og avhengighetsbehandling, Kristiansand, 2010*

ISBN 978-82-91191-24-9

# Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning: .....	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven: .....	1
1.2 Fra tema til problemstilling: .....	2
1.3 Oppgavens videre gang. ....	2
2.0 Teori. ....	3
2.1 Rusbehandling. ....	3
2.1.1 Grupper og gruppebehandling .....	3
2.1.2 Selvhjelpsgrupper:.....	5
2.2 Livskvalitet.....	7
3.0 Metode.....	9
3.1 Metodevalg, vitenskapssyn og forforståelse. ....	9
3.2 Spørreskjemaundersøkelse. ....	10
3.2.1 Kritikk av metoden, spørreundersøkelse. ....	10
3.3 Kvalitativt intervju. ....	11
3.3.1 Kritikk av metoden, kvalitativt intervju. ....	12
3.4 Deltagende observasjon.....	12
3.4.1 Kritikk av metoden, deltagende observasjon. ....	13
3.5 Reliabilitet og validitet. ....	14
3.6 Etikk. ....	14
4.0 Gruppebehandling og selvhjelpsgrupper.....	15
4.1 Opplevelse av effekten av behandlingen.....	15
4.1.1 Opplevelse av behandling. ....	15
4.1.2 Opplevelse av livssituasjon. ....	16
4.1.3 Bruk av rusmidler.....	16
4.1.4 Relasjoner.....	16
4.1.5 Helse.....	17

4.1.6 Bolig, økonomi og jobbsituasjon. ....	17
4.1.7 Deltagelse i selvhjelpsgrupper. ....	17
4.2 Gruppebehandlingens intensjon. ....	17
4.3 Selvhjelpsgrupper. ....	19
4.1 Oppsummering av funn. ....	19
5.0 Opplevelse og livskvalitet. ....	20
5.1 Å føle seg vel. ....	21
5.2 Å ha relasjoner. ....	23
5.3 Å få ivaretatt rettigheter. ....	27
5.4 Å være i aktivitet. ....	27
5.4 Å kunne bestemme selv. ....	28
6.0 Oppsummering. ....	30
Litteraturliste: ....	33
Vedlegg 1 ....	35
Vedlegg 2 ....	36

# 1.0 Innledning:

## 1.1 Bakgrunn for oppgaven:

Vi er tre vernepleierstudenter som har hatt vår bachelor praksis ved en avdeling for rus og avhengighetsbehandling. Praksisstedet er delt i to avdelinger: en avgiftningspost og en avdeling for gruppebehandling. Vi skulle konsentrere oss om gruppebehandlingen.

Behandlingen består av tre faser, forvern som er en individuell samtale, gruppeprogrammet som varer ni uker og obligatorisk ettervernsgruppe som har en varighet på elleve måneder. Gruppen er åpen for både kvinner og menn med ulike rusproblemer, og alderen kan variere. Avdelingen har et personale på fire; en sosionom, en vernepleier, en hjelpepleier og en fengselsbetjent, to av de ansatte har tileggsutdannelse i gruppeterapi. Hver gruppe består av 6 deltakere, og fungerer som en lukket gruppe. I gruppemøtene tas det utgangspunkt i felles erfaringer og at man har samme forforståelse av rusproblemer og livssituasjon. Gruppemøtene tar opp ulike temaer som for eksempel å være åpen om sitt eget rusproblem, bevisstgjøring av valg og tankemønster, hvordan kan man endre dette og få kontroll over sitt eget liv. I løpet av behandlingen tilbys også pasientene undervisning om rus og andre temaer. Det arrangeres overnattingstur i løpet av behandlingen, og en pårørende dag hvor pasientene kan invitere sine nærmeste til et orienteringsmøte.

Avdelingen hadde på forhånd utført en spørreundersøkelse, hvor de ved bruk av postintervju søkte informasjon fra brukere som hadde deltatt og fullført gruppebehandling og ettervern i løpet av de to siste årene. Det er 19 brukere utav 40 som har returnert og utfyllt spørreskjemaet. Spørreskjemaet tar for seg mange ulike temaer, som hvordan brukerens situasjon er i etterkant, om behandlingen hadde noe for seg og andre faktorer som kan ha påvirket situasjonen. Spørreskjemaene ble sendt ut til de ulike brukerne per post(derav postintervju). Praksisstedets ønske med denne undersøkelsen var å få kunnskap om hvordan brukerne opplevde behandlingen. Håpet var å få en ”riktig” fremstilling. Skjemaet tar for seg mange følsomme temaer, men brukerne ble likevel oppfordret til å svare så ærlig som mulig. Spørreskjemaet er utformet som en kvantitativ spørreundersøkelse. Allikevel søker undersøkelsen etter opplevelsen av behandlingen til brukerne, og en opplevelse må behandles kvalitativt. Dette fordi en opplevelse er subjektiv. Man må da benytte seg av hermeneutisk tilnærming, der kunnskapssynet går ut på å beskrive og fortolke individers opplevelse og

mening knyttet til erfaring (Aadland, 2004). Det var derfor praksisstedets ønske at vi i vår oppgave skulle gå dypere inn i de utfylte spørreskjemaene og analysere funnene.

## **1.2 Fra tema til problemstilling:**

I og med at det var et ønske fra praksisstedet at vi skulle analysere funnene måtte vi forsøke å finne en problemstilling som tok for seg de ulike temaene som spørreskjemaet tar opp. Under den prosessen var vi innom flere alternativ. Svarprosenten var under 50%. En hypotese som ble presenter for oss var at de som ikke har svart er de det har gått dårligs for etter behandlingen, og det var noe vi synes hørt interessant ut. Allikevel måtte vi konsentrere oss om de spørreskjemaene som har kommet inn, for det var de brukerne vi hadde informasjon fra. Den første problemstillingen vi tenkte på var: hvordan bidrar gruppebehandlingen til å bedre rusmisbrukerens livskvalitet etter endt behandling og hvilke andre faktorer spiller inn. Livskvalitet var noe vi hadde lyst til å gå nærmere inn på, og selvhjelpsgrupper var noe praksisstedet ytret ønske om at vi skulle se nærmere på. I og med at spørreundersøkelsen søker etter opplevelsen av behandling måtte problemstillingen inneholde det faktum. Vi kom til slutt frem til denne problemstillingen:

### **”Hvordan opplevde pasientene effekten av gruppebehandlingen ved en avdeling for rus og avhengighetsbehandling?”**

Vi har valgt å analysere og fortolke opplevelsene av effekten i lys av begrepet livskvalitet ut i fra Schalock og Alonso (2002) sine åtte domener. Spørreskjemaet tar for seg ulike spørsmål som vi mener passer inn i disse domene, og fordi å ha fokus på livskvalitet er en stor del av det vernepleierfaglige arbeidet.

## **1.3 Oppgavens videre gang.**

I teoridelen har vi valgt å ta for oss rusbehandling generelt, gruppebehandling, selvhjelpsgrupper og livskvalitet. Spørreundersøkelse som metode var på forhånd valgt for oss i og med at praksisplassen hadde utført dette på forhånd. Videre har vi valgt å bruke metodene kvalitativt intervju og deltagende observasjon. Disse metodene blir presentert i eget metodekapittel. Vi har valgt å dele funnene vi gjør oss inn tre avsnitt, under de ulike metodene vi har tatt i bruk. Disse blir presenter i eget funn kapittel. I drøftingsdelen har vi og valgt å dele det inn i Schalock og Alonso sine domener, vi forsøker da å se på opplevelsene av

effekten av behandlingen i lys av elementene som inngår i de ulike domeneene. Noen domener har vi valgt å slå sammen i drøftingsdelen.

## **2.0 Teori.**

### **2.1 Rusbehandling.**

Det offisielle diagnosesystemet har definisjoner på "rusavhengighet", men man kan få merkelapp som narkoman, rusmisbruker og alkoholiker uten at det knyttes til bestemte definisjoner. Det er heller ikke disse definisjonene som tas i bruk når man skal avgjøre hvilke pasienter som skal få behandling. Det overlates i stor grad til pasienten selv, eller pårørende å definere problemet og om behandling kunne vært nyttig (Fekjær, 2009). De fleste mennesker med et rusproblem kommer ikke til behandling. Det kan være mange grunner til det, og det er rimelig å tro at de det gjelder er de som enten tror at det ikke nytter med behandling, de som ikke ønsker å slutte eller de som mener de kan klare det best på egen hånd. Det finnes ikke klare data på hvem som så kommer til behandling. Men man mener det er trolig at det er en eller flere av følgende grunner som gjør at de søker behandling: ambivalens, følelsen av hjelpeløshet, av velvilje til pårørende (presset til det) og/eller ønske om et avbrekk fra et slitsomt liv. Det er sjelden på grunn av selve rusen at en rusmisbruker søker behandling, det er oftere på grunn av konsekvensene rusbruket fører med seg (Fekjær, 2009). Det gis ofte inntrykk av at det er avvenning fra rusmidlet som er det store problemet for en rusmisbruker. Men realiteten er at de fleste rusmisbrukere har vært avvent mange ganger. Det egentlige problemet er at de begynner igjen etter avvenning. Sammenhengen mellom rusbruk og samfunnets "tapere" er stor. En teori er derfor at bruk av rus kan være motivert av ønske om å beskytte selvbildet mot en erkjennelse av nederlag. Man får et handikap gjennom rusbruken som fungerer som en forklaring på hvorfor man ikke mestrer. Rusmiddelbruk av forskjellig slag har mange underliggende årsaker, som varierer fra individ til individ. For å kunne forandre ulike rusmiddelvaner finnes det derfor mange innfallsvinkler man kan velge (Fekjær, 2009).

#### **2.1.1 Grupper og gruppebehandling.**

Menneske er et sosialt og relasjonelt vesen, vi fødes inn i en gruppe, familiegruppen og erfaringene fra den preger oss på godt og vondt gjennom resten av livet. Vi mennesker blir født fullstendig hjelpeløse og er avhengige av andre i lang tid for å kunne overleve. Vi har

nesten ingen ferdig programmerte ferdigheter med oss inn i denne verden, men må lære alt, og det er i relasjoner til andre mennesker at læringen finner sted (Kjølstad, 2004). Vi er alle medlemmer av forskjellige grupper i det daglige. Gruppedeltagelse av ymse slag har gjort stor del av vår læring mulig og mer effektiv, vi får styrket, klargjort eller endret meninger og verdier gjennom diskusjoner i grupper. Det er en gjensidig avhengighet tilstede mellom gruppe og individ. Uten medlemmer eksisterer ikke gruppene, og uten grupper vil mange menneskers behov stå udekket. Denne avhengigheten og påvirkningen mellom gruppe og individ er et gjennomgripende og avgjørende trekk ved menneskets tilværelse (Heap, 2005). Gruppedeltagelse er med på å påvirke vår selvoppfattning, vår relasjonelt funderte identitet blir styrket eller svekket gjennom samhandling i grupper. Muligheten til å styrke og bygge opp deltagerens selvoppfattning positivt i gruppe med andre mennesker danner grunnlaget for å jobbe gruppeterapeutisk (Kjølstad, 2004).

Heap (2005) hevder at kunnskap om gruppedeltagelse i dagliglivet gir oss et logisk og realistisk grunnlag for utvikling av gruppemethoder som terapi. I en gruppe finnes der innebygde muligheter når det gjelder å gi og å få støtte, løse problemer, ta avgjørelser, utvikle og fastholde hensiktsmessig atferd, og å framlegge våre synspunkter og krav effektivt. Bak gruppebehandling ligger tanken om at de ulike medlemmene hjelper seg selv og andre ved å dele, sammenligne og støtte og ved å utvikle personlige forhold seg imellom. Hovedressursen i gruppebehandling er gruppeprosessen. Vi må anerkjenne og stimulere de mulighetene og ressursene som finnes innad i gruppen. Meningen er at deltagerens egne ressurser skal bli bedre utnyttet og at det skal bidra til styrket selvaktelse, dette fordi avgjørelser og løsninger i stor grad er bestemt av klienten selv. Nettverket i en terapigruppe preges av noenlunde jevnbyrdighet og følelsen av å være i samme båt, i alle fall sammenlignet med hjelpeapparatets mer hierarkiske tradisjoner (Heap, 2005). Samhandlingen i terapigrupper har klare paralleller til situasjoner og relasjoner utenfor gruppen. Målet med gruppeterapien er derfor at klienten skal fungere og trives bedre i dagliglivets grupper, og på den måten få et bedre liv (Kjølstad, 2004).

Gruppedlemskap kan være både positive og negative. Når man opplever at et gruppedlemskap av ulike grunner opphører kan det føles som et stort tap. Hos mange rusmisbrukere er denne tapsopplevelsen påfallende. De har mistet kontakten med familie og gamle venner, og om de skal satse på et nøkternt liv må de bryte ut av kanskje det eneste



nettverket de har igjen i dagliglivet, det rusrelaterte nettverket (Kjølstad, 2004).

Gruppebehandling ved behandling av rusmisbrukere er vanlig. En av grunnene er at det har ressursøkonomiske fordeler, men det er også fordi mange elementer i en terapeutisk prosess bearbeides best i grupper(Fekjær, 2009). Fekjær (2009) hevder at gruppebehandling er nyttig for de fleste rusmisbrukere, men de som har best nytte av det er personer som enten: har opplevd skader eller nederlag, opplever sosial isolasjon, har mangelfull sosial trening, har liten evne til selvhevdelse og/eller har et negativt selvbilde og opplevelse av å være alene med sine problemer.

Gruppebehandlingen ved praksisstedet opererer med lukkede grupper. I lukkede grupper kommer ingen nye medlemmer inn etter gruppen er satt i gang. Det er aktuelt å ta i bruk lukkede grupper når formålet er klart og avgrenset og når møtevirksomheten er begrenset med et fastsatt antall gruppemøter (Kjølstad, 2004). Tidsbegrensede grupper passer særlig godt til personer med samme type problem (Karterud, 1999). I lukkede grupper vil man ofte få mer dybde og intensitet en i åpne grupper, fordi medlemmene etter hvert blir tryggere på hverandre (Heap, 2005).

### **2.1.2 Selvhjelpsgrupper:**

Rusbehandlingsposten som vi har hatt praksis ved oppfordrer til bruk av selvhjelpsgrupper, og de har et obligatorisk møte i NA/AA i løpet av behandlingsoppholdet. Selvhjelpsgrupper er en viktig supplerende mulighet uten de begrensinger som man finner i det offentlige behandlingsapparatet. Selvhjelpsgrupper er gratis å bruke, de har god tilgjengelighet og der er ingen byråkratiske hindringer for å delta. De tilbyr døgkontinuerlig støtte, man kan ringe gruppemedlemmer utenom møtetid om en skulle trenger det(Vederhus, 2009). Det finnes ulike typer selvhjelpsgrupper. Den mest dominerende og verdensdekkende er Anonyme Alkoholikere. Det er en såkalt tolvtrinnsbasert selvhjelpsgruppe. Den største delen av selvhjelpsgrupper lokalisert i Norge er tolvtrinnsbasert. De få andre typer selvhjelpsgrupper i landet ligger i hovedsak på Østlandet (Vederhus, 2009). Derfor har vi valgt å kun ta med teori om Anonyme Alkoholikere og Anonyme Narkomane siden det er de som er aktuelle for brukerne som har svart på spørreundersøkelsen.

Selvhjelpsgrupper fungerer som åpne grupper. Det vil si at nye personer kan komme inn underveis. I prosessorienterte grupper som varer over lang tid og som har et bredspektret formål er det en fordel å operere med åpen gruppe (Kjølstad, 2004). Heap (2005) hevder at

åpne grupper ofte er en fordel i arbeid med alkoholrammede fordi forholdene i gruppen tvinger frem en erkjennelse og en problemkonfrontasjon hos de nye deltagerne. Det er også ofte en nødvendighet med åpne grupper i ”grisgrendte” strøk for å få nok medlemmer (Heap, 2005).

### **Anonyme alkoholikere og Anonyme narkomane:**

Anonyme Alkoholikere er den første selvhjelpsgruppen som startet opp for personer med et rusproblem. Den startet i USA i 1935 og ble etablert i Norge i 1946 (Vederhus, 2009)..

Anonyme narkomane springer ut fra bevegelsen Anonyme Alkoholikere, og tilfriskningsprogrammet er en tilpassning av de tolv trinn som brukes av AA. NA startet opp i USA på slutten 40- tallet, men kom ikke til Norge før 1990.

<http://www.nanorge.org/fakta.asp>).

AA og NA har en tydelig strategi for å løse et avhengighetsproblem som kalles de tolv trinn<sup>1</sup>. De har også klare retningslinjer for hvordan fellesskapet skal drives, de såkalte tolv tradisjoner. Den primære funksjonen i 12-trinnsgruppene er gruppemøtene. Den eneste forutsetningen for å delta på AA eller NA møter er et ønske om å slutte med rusmidler. En kan delta selv om man ikke er rusfri, men målet er totalavhold (Vederhus, 2009).

Norske og internasjonale studier viser at det er liten tvil om at de som deltar på møter i AA/NA har god nytte av dette (Vederhus, 2009). Tilknytning til AA/NA er ikke bare avhengig av pasientens egenmotivasjon, men er sterkt påvirket gjennom informasjon fra behandlere. Studier av feltet viser at behandlingsmetodikk som fremmer og vektlegger deltagelse i tolvtrinnsgrupper øker deltagelsen i AA/NA, og at deltagelse påvirker behandlingsresultater i positiv retning (Vederhus, 2009). Individuer som prøver å kontrollere sitt rusinntak burde bli oppmuntret til deltagelse i et 12 – stegs program, dette fordi det er en effektiv strategi for å kontrollere et rusmisbruk (Davey-Rothwell m. fler, 2008). Flere kritikere av 12-stegs

---

<sup>1</sup> De tolv trinn består av at man innrømmer at man har et rusproblem, søker hjelp, foretar en selvransakelse, gjør opp for seg der man ser at man har påført andre skade, og arbeider med andre rusavhengige som ønsker å komme seg ut av problemene. Deltagerne må fullføre stegene i riktig rekkefølge, og gjøre seg ferdige med det ene før de tar for seg neste (Vederhus, 2009).

selvhjelpsgrupper har hevdet at det ikke er selve programmet som fører til avholdenhet, men rusmisbrukernes egen motivasjon, dette begrunnes med at det er de rusmisbrukerne som er mest motivert for forandring som deltar i selvhjelpsgrupper (McKellar, 2008).

## **2.2 Livskvalitet.**

Livskvalitet er et innholdsrikt begrep som gir rom for mange ulike tolkninger. Mennesker har ulikt referansegrunnlag når de vurderer sin egen livskvalitet (Espenes og Smedslund, 2001). Espenes og Smedslund (2001) skriver at man kan trekke et skille mellom levekår og livskvalitet, hvor levekår dreier seg om de objektive og materielle forholdene man lever under, mens livskvalitet er den subjektive opplevelsen av disse forholdene. De to mest kjente norske forskerne på området, Siri Næss og Arne Mastekaasa, har definert begrepet livskvalitet som enkeltpersoners subjektive opplevelse av å ha det godt eller dårlig (ibid).

Den finske sosiologen Erik Allardt definerer i 1975 begrepet livskvalitet, og deler begrepet inn i tre dimensjoner. Den første dimensjonen beskriver forhold som inntekt, bolig, arbeid, materielle ressurser, helse og utdanning. Den andre dimensjonen beskriver forhold som kjærlighet, vennskap, sosiale forbindelser, ekteskap, slekt og tilhørighet i et sosialt miljø. Den tredje dimensjonen beskriver forhold som prestisje, opplevelsesrikdom, følelse av å være uerstattelig, politisk deltakelse og sjølstyring (Espenes og Smedslund, 2001).

Generelt kan man si at livskvalitet er et uttrykk for hvordan individet har det fysisk, mentalt og sosialt. Det blir påvirket av omgivelsene og av forventninger om hvordan man ønsker å ha det. Begrepet opplevd helse er derfor ofte benyttet som et tilnærmet synonym til livskvalitet. Spesielt gjelder dette for forhold som er avhengig av kultur og normer i det samfunnet man lever i. Forskningen har derfor i det siste i økende grad fått innslag fra sosiologisk teori, der man vektlegger hva individene mener om forhold som berører dem (Espenes og Smedslund, 2001).

I følge Espenes og Smedslund (2001) er det et problem innenfor forskningen på livskvalitet at begrepet ikke har noe teoretisk fundament. Måleinstrumentene er derfor i stor grad basert på ad hoc hypoteser. I forskningssammenheng er det en viktig oppgave å avgrense hvilke forhold/variabler som begrepet skal fange opp, og som man ønsker å kunne si noe om (Espenes og Smedslund, 2001).

En kan gå helt tilbake til da Sokrates levde, og se at det allerede da ble fundert på hva livskvalitet var og hvilke kriterier som må til for å oppnå lykke. Det er nå i senere tid at begrepet livskvalitet i økende grad blir forsket på i forbindelse med helse- og sosial tjenester, utdanning og familie. Ord som lykke, suksess, rikdom, helse og tilfredshet kan ofte assosieres med begrepet livskvalitet. Schalock og Alonso(2002) skriver om åtte domener som kriterier for å oppnå livskvalitet. Disse åtte domenene går ofte inn i hverandre og noen av underpunktene kan gå ut på mye av det samme.

**Å føle seg vel** omtaler Schalock og Alonso (2002; I Høydal m.fler, 2009) som et kriterie for å oppnå en god livskvalitet, og definerer noen underpunkter som må være tilstede, som; trygghet, støtte, lykke, åndelighet og mental helse. I definisjonen av trygghet ligger det at en har selvtillit og en identitet, og at en kan sette grenser. Støtte innebærer nærvær fra familie og nære venner. Lykke defineres som at man er tilfreds med livet, og i begrepet åndelighet ligger det at en har frihet til å velge religion. Mental helse handler om fravær fra stress, og om å kunne finne en indre ro (ibid).

**Å ha noen å forholde seg til** handler om relasjoner med andre mennesker. Schalock og Alonso (2002; I Høydal m.fler, 2009) trekker her frem underpunkter som anerkjennelse, aksept, respekt, gjensidig tillit, og det å kunne ha det gøy sammen med andre.

**Å ha tilgang på materielle goder** handler om økonomiske og fysiske rammer, og omhandler underpunkter som å ha et sted å bo, mat, arbeid, transportmiddel og økonomisk sikkerhet (Schalock og Alonso, 2002; I Høydal m.fler, 2009).

I domenet **å ha muligheten til å utvikle seg selv**, ligger tilgang til utdanning og aktivitet, samt å oppdage egne ferdigheter. Det er i dette domenet at individets mulighet til å lære nye ting, ligger. Personlig utvikling kan også innebære å ”utforske” seg selv, f.eks ved å prøve nye ting (Schalock og Alonso, 2002; I Høydal m.fler, 2009).

**Å ha god helse** handler om fravær av sykdom og å ha fokus på et godt kosthold, søvnhygiene, god hygiene, og tilgang på helsetjenester (Schalock og Alonso, 2002; I Høydal m.fler, 2009).

**Å kunne bestemme selv** omhandler det å kunne ta egne valg, ha fremtidige mål og utfordringer, og det å ha kontroll over sitt eget liv (Schalock og Alonso, 2002; I Høydal m.fler, 2009).

**Å ha sosial tilhørighet** handler om å ha et trygt nettverk rundt seg, og at en har en akseptert sosial rolle, at en deltar i samfunnet (Schalock og Alonso, 2002; I Høydal m.fler, 2009).

**Å få ivaretatt rettigheter** innebærer at en har en plass å bo, at en har mat samt tilgang på medisinsk assistanse. Å kunne si sin mening, og retten til å ha et privatliv er også i dette domenet (Schalock og Alonso, 2002; I Høydal m.fler, 2009).

### **3.0 Metode.**

I denne delen av oppgaven vil vi først komme med en generell presentasjon av metodene vi har brukt, så skrive litt om hvordan vi praktisk har gjennomført dette. Til slutt vil vi gi kritikk på metodene som er brukt, og hva vi mener vi kunne gjort bedre.

#### **3.1 Metodevalg, vitenskapssyn og forforståelse.**

I og med at praksisstedet søkte etter svar på pasientenes opplevelse av behandlingen måtte vi analysere svarene kvalitativt. Dette fordi opplevelse er noe som oppleves subjektivt og det kan ikke behandles kvantitativt. De kvalitative metodene tar i det store og hele sikte på å finne essensen av opplevelsen som ikke lar seg tallfeste eller måle. Ordet kvalitativ viser til karaktertrekk eller egenskaper ved fenomener. Kvalitativ orienterte metoder brukes for å fange opp data som kan tolkes som et fenomen (Dalland, 2007). Kvalitative metoder bygger på et hermeneutisk vitenskapssyn. Hermeneutikk er fortolkningsvitenskap, og har et subjektivt kunnskapsideal hvor målet er å forstå (Aadland, 2004). Hermeneutikken handler om å forstå og tolke grunnlaget for menneskelig eksistens, derfor er denne tilnærmingen meget viktig for dem som forbereder seg til å jobbe med mennesker. Hermeneutikken blir sett på som åndsvitenskapens grunnleggende vitenskapssyn og er knyttet til skillet mellom forklarende og forstående vitenskap (Aadland, 2004).

Som hermeneutisk innstilte forskere nærmer vi oss det som skal utforskes med vår egen forforståelse. Den kunnskapen vi sitter inne med, samt inntrykk, tanker og følelser, er en ressurs og ikke et hinder for å tolke og forstå det fenomenet vi står over for (Dalland, 2007). Vår forforståelse i gruppa spriker en del, men alle tre har allikevel en felles forforståelse som vi har fått gjennom skolen, media og synlige rusmisbrukere i samfunnet. Vår forforståelse er at rusmisbruk er et relativt stort samfunnsproblem og vi tenker at ulike behandlinger ofte er mislykket. De rusmisbrukerne man møter i behandling tenker vi ofte er gjengangere som kommer inn til behandling med jevne mellomrom.

## **3.2 Spørreskjemaundersøkelse.**

Spørreskjemaet som er blitt sendt ut er et postintervju, som vil si at det blir sendt ut til informantene per post (Dalland, 2007). I følge Dalland, (2007) finnes det fordeler og ulemper ved et postintervju. Fordelene er at det koster lite og krever lite arbeid, det gir anledning til å bruke mer omfattende spørsmål og svar, informantene kan svare i eget tempo og kan være helt anonym. Ulempene er at det kan være vanskelig å få høy svarprosent, det stilles krav til lese- og skriveferdigheter, og man kan ikke kontrollere at det er riktig person som har svart. Når informantene skal svare er det ingen der som kan forklare og sikre at spørsmålene er oppfattet korrekt, så alt må stå i introduksjonsbrevet (Dalland, 2007). Det må ikke være for mange spørsmål. Et spørreskjema kan ha lukkede eller åpne svaralternativ. Ved lukkede svar må informanten krysse av ved det svaralternativet som passer best, og det er ikke bestandig svaralternativene passer for det som informanten har opplevd. Ved åpne svar står informanten fritt til å selv formulere svaret. Dette kan føre til at vi ikke får det svaret vi er ute etter. Her må intervjuerne tolke svarene (Dalland, 2007).

Vi fikk tildelt ferdig utfylte spørreskjemaer fra avdelingen vi jobber på oppdrag fra. Vår jobb gikk ut på å analysere svarene som er kommet inn, for å se hvilken opplevelse de som har deltatt har av behandlingen. Vi har som tidligere nevnt valgt å se på opplevelsene av effekten i lys av begrepet livskvalitet, da mange av spørreskjemaets spørsmål dreide seg om det. Dette innebærer at vi har valgt å unnlate å se på de spørsmålene som vi mener faller på siden av begrepet livskvalitet. Vi har valgt å bearbeide svarene på de ulike spørsmålene i lys av svarene på spørsmålet: ” hvor fornøyd er du med behandlingen du fikk totalt sett?”

### **3.2.1 Kritikk av metoden, spørreundersøkelse.**

Reliabilitet til en metode er hvor nøyaktig den måler det den er ment å skulle måle (Dalland, 2007). I vårt tilfelle var det opplevelsen av effekten av behandlingen. En opplevelse er ikke lett målbar. I kvalitative undersøkelser tar en sikte på å finne opplevelse og meninger som ikke lar seg tallfeste eller måle (ibid). Det er vanskelig å si om vår analyse av spørreskjemaet måler den virkelige opplevelsen av behandlingen. Det er våre tolkninger av svarene som ligger til grunn for konklusjonene. En ny analyse av spørreskjemaet foretatt av andre ville muligens gitt andre svar, grunnet tolkningene som vi har foretatt.

Metodens validitet viser til om det som undersøkes virkelig gir informasjon om det forskeren ønsker å se nærmere på (Dalland, 2007). Spørreskjemaet var noe praksisstedet hadde utført på

forhånd, så vår problemstilling er formulert ut ifra hva de søkte svar på gjennom denne. Dalland (2007) viser til viktigheten av å samle inn data på en slik måte at de er pålitelige. Spørreskjemaet bruker i hovedsak lukkede svaralternativ. Dette kan føre til en mulig feilkilde fordi svaralternativene ikke passer til informantenes opplevelse, han må derfor velge det som ligger nærmest (Dalland, 2007).

Tilbakemeldingen var under 50% på spørreundersøkelsen, Dalland (2007) hevder at en av ulempene med postintervju kan være at det er vanskelig å få høy svarprosent, og at dette kan være fordi det stilles krav til lese og skriveferdigheter. Spørreskjemaet inneholder førtifire spørsmål, i tillegg er det fire utfyllingsspørsmål. Dalland (2007) mener at det ikke bør være for mange spørsmål. Jo mindre gruppen informanter er, jo vanskeligere vil det være å generalisere funnene, dette fordi for å kunne generalisere må informantene være representativ for hele gruppen (Dalland, 2007).

### **3.3 Kvalitativt intervju.**

I følge Dalland (2007) er formålet med kvalitativt intervju å få informantens beskrivelse av det man er ute etter som forskere. Med kvalitativ menes det at intervjuet har som formål å få frem nyanserte beskrivelser av den situasjonen som informanten befinner seg i. For at intervjuet skal bli dekkende nok er det ofte nødvendig å ha et utfyllende spørsmål og gjerne noen oppfølgingsspørsmål. I dette ligger det at man må følge godt med, dette for å kvalitetssikre resultatet. Man kan også bruke båndopptaker. En bør også forsøke å få informanten til å være beskrivende, med dette menes at man som intervjuer forstår hva som egentlig blir sagt. Man bør også få beskrivelse av spesifikke situasjoner og ikke masse generell informasjon, som kanskje ikke har noen betydning for de som intervjuer. Intervjueren skal ta seg i akt for å fortolke og legge seg opp meninger, men la informanten snakke ut, og heller være bevisst naiv. Intervjuer bør også være observant på informantens kroppsspråk, mimikk, lytte aktivt og vise interesse for det som blir sagt. En intervjuguide er den planen vi selv har lagt for intervjuet. Den er til for at vi skal kunne forberede oss faglig og mentalt, og være klare for intervjuet (Dalland, 2007).

Behandlingsopplegget på praksisstedet legger, i følge nettsiden deres, vekt på psyko- og gruppedynamiske terapeutiske teknikker. For å få innblikk i hvordan dette ble praktisert i den daglige behandlingen valgte vi å foreta et kvalitativt intervju av to av personalet på posten. Valget av informanter til intervjuet falt på to av personalet som vi fikk informasjon om var

blant de best egnet til å gi oss svar på våre spørsmål, da begge to har jobbet med gruppebehandling gjennom flere år, og har bred erfaring. Vi sendte intervjuet på forhånd til våre informanter slik at de kunne forberede seg, og ha litt forforståelse av hva vi var ute etter. Vi tok intervjuet opp på båndopptaker, noe vi i forkant hadde fått samtykke til. Vi var alle tre tilstede, så vi som ikke foretok intervjuet noterte for å være sikre på at vi fikk med oss alt.

### **3.3.1 Kritikk av metoden, kvalitativt intervju.**

Vi gjorde intervjuet veldig tidlig i forberedelsesfasen, så i ettertid har vi sett at vi kunne stilt andre spørsmål som hadde vært mer relevante for oppgaven vår. Dalland (2007) hevder at man bør få beskrivelse av spesifikke situasjoner isteden for masse generell informasjon, som kanskje ikke har noen betydning for intervjuerne. Vårt intervju innholdt mange spørsmål, så vi fikk mye informasjon, noen mere nyttig en annet.

Reliabiliteten til intervju som metode blir påvirket av om informanten forstår spørsmålene riktig, om intervjueren noterer riktig og at meningsinnholdet beholdes ved renskriving (Dalland, 2007). Vi brukte diktafon under intervjuet, men vi hadde litt problemer med å høre alt som var blitt tatt opp, da lyden ikke alltid var like bra. Vi sikret oss med notater, så vi mener vi fikk med oss det som var vesentlig. Vi mener også at ved at alle tre var tilstede under intervjuet, to noterte og en intervjuet, så øker dette sjansen for at vi har fått rett informasjon. Intervjuet ble foretatt av to av personale. På noen av spørsmålene ga den ene personalet mer utfyllende svar enn den andre, men stort sett var svarene sammenfallende. Ved å sette to ulike kilder opp mot hverandre vil de til en viss grad kunne ”kryss-validere” hverandre, avhengig av om resultatene viser det samme (Askerøi og Barikmo, 2005).

### **3.4 Deltagende observasjon.**

Dalland (2000) sier at når vi bruker observasjon som metode krever dette skjerping av sansene, ikke bare synssansen, vi observerer gjennom alle våre sanser. Observasjon gir oss anledning til å se med egne øyne hvordan folk handler og samhandler. I følge Fangen(2004) er det viktig å få et så nært forhold som mulig med miljøet man skal observere. Det finnes forskere som utfører hele sin analyse fra skrivebordet, mens det er de forskerne som går helt opp i det og inntar en full deltagerrolle, vi har valgt delvis deltagende observasjon, det vil si å være tilstede, men ikke notere det vi har observert før vi har forlatt møtene, dette av respekt for informantene. Det er ikke enkelt å bestemme hvor mye man skal delta, dette bestemmes som regel over tid, men i vårt tilfelle bestemte vi på forhånd at vi skulle ha en tilskuerrolle.



Den vanligste forskerrollen i feltarbeid er å delta i sosiale sammenhenger, det vil si at man er deltakende i de aktivitetene som er særegne for miljøet. Idealet er at deltagelsen ikke skal være ubehagelig for deltagerne. Fangen(2004) sier at det ikke er like viktig å innta en nøytral rolle i feltarbeid slik som det er i en intervjusetting, der forskerne skal være helt nøytrale. Under deltagende observasjon skal man oppføre seg som en behagelig samtalepartner som lytter og deltar i det som situasjonen tilsier. Vanligvis må man tilpasse seg situasjonen, og gjøre det som faller naturlig. Deltakere i ulike miljøer har ofte stor forståelse for at man som observatører ikke mestrer settingen i miljøet like godt som dem, det kan være godt for dem å se at vi også er usikre, og ikke mestrer alt.

For å få en bedre forståelse av hva som skjer i selvhjelpsgrupper, og hva nytte deltagerne har av det har vi valgt å bruke delvis deltagende observasjon som metode. Vi var på et AA møte og et NA møte. Da vi var på AA møte presenterte vi oss som studenter med en gang vi kom inn på møte. På NA møte hilste vi på møtelederen da vi kom inn i møtelokalet, men vi sa ikke at vi var studenter, fordi vi ikke følte det falt seg naturlig der og da. Da møtelederen startet møte, begynte han med å si at det var et lukket møte, da rakk vi opp hånden, og presenterte oss som studenter, og sa at vi kunne gå om det var et problem at vi var der. Svaret vi fikk var at møte ikke var lukket likevel, de hadde tatt feil og vi kunne bare bli. Møtene i og for seg var veldig like, vi ble godt mottatt og informantene delte informasjon med oss selv om vi på forhånd hadde fortalt at vi var studenter. Etter møtene gikk vi hvert til vårt og noterte det vi hadde opplevd, så sammenlignet vi dette i etterkant.

### **3.4.1 Kritikk av metoden, deltagende observasjon.**

Ved vår bruk av deltagende observasjon var vi ute etter å finne ut hva selvhjelpsgrupper bidro med for den enkelte som deltok. Vi fikk med oss mye som angikk dette, men de som deltok under vår observasjon er ikke de samme informantene som har deltatt i spørreundersøkelsen. Man kan ikke med sikkerhet si at informasjonen vi fikk gjennom observasjonene gjelder for informantene fra spørreundersøkelsen. Men i og med at de ulike observasjonene vi gjorde ga oss mange delvis like funn, mener vi det er med rette vi generaliserer funnene til også å kunne være gyldige for informantene fra spørreundersøkelsen.

Vi valgte å ikke notere mens vi var på møtene av respekt for deltakerne, men skal man se kritisk på dette, så kan det være at vi har gått glipp av informasjon, for det er ikke lett å huske alt som er blitt sagt når man skal ta notater etter et møte. Det er mange nye inntrykk og mye å

ta innover seg. Dalland (2007) hevder at det er en utfordring å skrive i etterkant av en observasjon, fordi viktig informasjon kan bli glemt. Metodens reliabilitet blir påvirket. Det er derfor viktig at en har klart for seg hva en ser etter i forkant (ibid), og dette hadde vi etter vår mening godt avklart før vi foretok observasjonene. I og med at vi alle tre skrev hver for oss, for så å sammenligne, så er muligheten større for at det vi har notert er rett informasjon. Nilsen og Wasender (2005) hevder at man ved å bruke flere observatører og sammenligne observasjonsnotatene, kan det være med på å styrke reliabiliteten og validiteten.

Noe vi har tenkt på i ettertid er at ved å presentere oss som studenter, så ble fokuset rettet mot oss, og informantene ga oss kanskje den informasjonen de trodde vi var ute etter. Det kalles forskningseffekt når de personene som vet de blir observert begynner å oppføre seg annerledes enn de ellers ville gjort, dette påvirke gyldigheten av observasjonene (Dalland, 2007).

### **3.5 Reliabilitet og validitet.**

Reliabilitet betyr pålitelighet. En metodes reliabilitet handler om hvor nøyaktig den måler det den er ment å skulle måle (Dalland, 2007). Validitet står for gyldighet og relevans. Ved dette menes at det som undersøkes er av relevans for oppgaven (Dalland, 2007).

### **3.6 Etikk.**

Etikk handler om de normer og regler vi lever etter i samfunnet. Når vi blir stilt overfor vanskelige valg og avgjørelser i livet skal etikken veilede og gi oss retningslinjer til å ta gode valg. Det er slik at selv om det er snakk om forskjellige typer etikk, så er det egentlig ikke noe grunnlag for å skille mellom forskningsetikk og fagetikk. Forskningsetikk kan kalles for områdeetikk. Det som kan skje når man forsker er at man vil komme i forskjellige dilemmaer når man vil vinne ny kunnskap, men dette må ikke gå på bekostning av enkeltindivider (Dalland, 2007). I følge Dalland (2007) så må hensynet til informantenes helse og integritet komme før hensynet til forskning og samfunn. Spørreundersøkelsen var allerede utarbeidet og svarene som kom tilbake var for oss anonyme. Vi har valgt å bruke en del direkte utsagn fra spørreundersøkelsen og fra selvhjelpsgrupper, noe som kan svekke anonymiseringen. Vi har deltatt på NA og AA møter, men dette har vært åpne møter, så deltakerne har vært klar over at det kan komme personer uten rusproblemer til disse møtene. Vi som studenter har taushetsplikt. På møtene vi var på ble det gjort klart at deltagerne er anonyme, det vil si at treffer vi vedkommende andre steder en på møtene gir vi oss ikke til kjenne.

Det kan ligge et etisk ansvar i å bruke informasjonen fra spørreundersøkelsen ettersom det var samme instans som både foretok behandling og undersøkelsen. Det ligger en fare i dette ved at informantene ikke tør å svare ærlig, i redsel for å bli gjenkjent, eller at de vil gjøre personalet til lags ved å svare det de tror de vil høre.

## **4.0 Gruppebehandling og selvhjelpsgrupper.**

Vi har valgt å dele inn funnene vi har gjort oss i tre deler. Inndelingen er gjort ut fra de tre metodene vi har brukt. Vi starter med funnene fra spørreskjemaet, da dette er våre hovedfunn, etterfulgt av funnene fra intervju av personalet, og observasjon i selvhjelpsgrupper.

### **4.1 Opplevelse av effekten av behandlingen.**

Spørreundersøkelsen som praksisstedet har utført tar for seg mange ulike temaer. De går ut på å finne ut av hvordan vedkommende opplevde behandlingen og hvordan situasjonen i forhold til bolig, jobb, økonomi, psykisk helse, bruk av rusmidler, deltagelse i selvhjelpsgrupper og relasjoner til familie og venner har vært i tiden etter behandlingen. Vi har bearbeidet svarene på disse spørsmålene fra de nitten spørreskjemaene som praksisstedet har fått inn fra tidligere pasienter. Funnene vi har gjort oss har vi valgt å dele inn i de ulike temaene som spørreskjemaet tar for seg.

#### **4.1.1 Opplevelse av behandling.**

Av de atten informantene som har svart, så svarer halvparten at de er fornøyd og den andre halvparten at de er svært fornøyd med behandlingen. Alle informantene utenom en, svarer at de ville anbefalt behandlingen til bekjente med rusproblematikk. De som er svært fornøyd med behandlingen svarer at behandlingen har betydd mye for dem. De som svarer at de er fornøyd med behandlingen er spredt i sin mening om hvor mye behandlingen har betydd.

Direkte utsagn fra spørreskjemaet som omhandler behandlingen:

*”Fikk meg til å tenke igjen, og fikk lyst til å gjøre forandringer med livet mitt for å få det bedre. Veldig mange flinke folk som jobber der”.*

*”Pårørende dagen bør utvides for å bedre forståelsen av rusproblematikken”.*

*”Bare å være der var terapi i seg selv, fikk snakke og være sammen med andre i samme situasjon”.*

*”Det kunne vært mer aktivitet i behandlingsopplegget”.*

*”Det var litt for mye fokus på de narkomane og ”kriminelle/eks-kriminelle” fremfor alkohol og såkalte ”vanlige arbeidsfolk”.*

*”Gruppearbeidet hjelper de fleste til å bli mer åpne, ærlige og villige til å innse sine egne problemer med rus”.*

Det ligger utfordringer til behandlingen i disse svarene, og utsagnene representerer ikke bare å være fornøyd.

#### **4.1.2 Opplevelse av livssituasjon.**

Ett direkte utsagn fra spørreskjemaet:

*”Jeg har det helt fantastisk bra nå. Har fått et nytt liv i gave, en ny start. All ære, takk og pris til Jesus, min herre og frelser, Amen”.*

Alle bortsett fra tre svarer at livssituasjonen er blitt bedre etter behandlingen, de resterende tre svarer at livssituasjonen er blitt verre.

#### **4.1.3 Bruk av rusmidler.**

Av alle informantene er det rundt halvparten som har brukt rusmidler i forskjellig grad etter endt behandling. Av de som opplever sin livssituasjon som bedret etter behandling har halvparten brukt rusmidler. Av dem som har brukt rusmidler er oppfattningen av behandlingen jevnt fordelt mellom fornøyd og svært fornøyd.

#### **4.1.4 Relasjoner.**

På spørsmålene om hvordan relasjonene til familie og venner er etter endt behandling, svarer de aller fleste at forholdene er blitt bedre, mens noen få svarer uendret. Ingen svarer at forholdene har blitt verre.

Direkte utsagn fra spørreskjemaet som omhandler relasjonene innad i gruppen til andre deltagere og til personalet:

*”Ble kjent med nye mennesker”*

*”Behandlerne/terapeutene var noen utrolige omsorgspersoner”*

*”Dyktig og positivt personale”*

#### **4.1.5 Helse.**

Over halvparten av alle informantene har mottatt profesjonell hjelp for psykiske problemer i løpet av det siste året, jevnt fordelt mellom de som har svart at de er fornøyd eller svært fornøyd med behandlingen.

Ingen svarer at de har opplevd vrangforestillinger eller hallusinasjoner i mer enn en uke, de siste fire ukene. Majoriteten har heller ikke opplevd alvorlig depresjon eller angst med varighet på mer enn en uke, de siste fire ukene. En tredje del oppgir å ha hatt alvorlige spenninger/ smerter i kroppen i mer enn en uke, de siste fire ukene. Av disse er det dobbelt så mange som er fornøyd fremfor svært fornøyd med behandlingen. En av informantene har hatt alvorlige tanker om å ta sitt eget liv de siste fire ukene. Denne oppgir for øvrig å være svært fornøyd med behandlingen.

#### **4.1.6 Bolig, økonomi og jobbsituasjon.**

Alle informantene bor i egen bolig, eiet eller leiet. Rundt halvparten er i jobb, eller under utdanning. Resten er uføretrygdet. To tredje deler av de som er svært fornøyd med behandlingen er i jobb, deltidsjobb eller under utdanning. Majoriteten av de som er fornøyd med behandlingen er uføretrygdet. På spørsmål om hvordan økonomien har vært de siste seks månedene, spriker svarene fra verre, til uforandret eller bedre, med ingen tydelige tendenser.

#### **4.1.7 Deltagelse i selvhjelpsgrupper.**

Det er få som svarer at de har deltatt i selvhjelpsgrupper i forskjellig grad, ca en tredjedel. Av de som svarer at de har deltatt på selvhjelpsgrupper er alle utenom en svært fornøyd med behandlingen. Når vi ser deltagelse i selvhjelpsgrupper opp mot spørsmålet om bruk av rusmidler etter behandling, så finner vi at av alle de som svarer at de har brukt rusmidler er det ingen av dem som har deltatt på selvhjelpsgrupper. De som svarer at de har gått i selvhjelpsgrupper i forskjellig grad har ikke brukt rusmidler etter behandling.

## **4.2 Gruppebehandlingens intensjon.**

Vi har fortatt et kvalitativt intervju med to av de ansatte ved gruppebehandlingen for å få informasjon om behandlingen.

Personalet informerer om at når gruppesammensetningen planlegges er det gruppeleder og en av de andre ansatte som vurderer hver kandidat, ved å ha en samtaler med kandidatene. Ingen av kandidatene er automatisk kvalifisert til gruppebehandlingen selv om de er på forvernssamtaler. Det er som oftest flere kandidater enn det er plasser ved gruppeprogrammet. Det forsøkes å lage gruppesammensetninger med individer som kan tenkes å fungere i sammen.

Hver dag er planlagt, mandag, tirsdag og torsdag er det to gruppemøter på en time hver. Av de to timene hver dag er den første timen terapi og det andre møtet fungerer som undervisning med ulike aktuelle tema. Dette kan være tema som rettigheter i forhold til NAV, ernæring og motivasjon. Onsdag er aktivitetsdag med diverse forskjellige utflukter. Fredag er det et gruppemøte på en time. Mange ønsker mer aktivitet på ettermiddagen, tur eller trening i trenings rom, og det gis det anledning til. Et stykke ut i behandlingen arrangeres det en pårørende dag, hvor pårørende av pasienten kommer for å snakke om hvordan pasientens rusmisbrukt har påvirket livet deres. I løpet av behandlingen er det et obligatorisk møte i en selvhjelpsgruppe, og pasientene oppfordres til videre deltagelse. Etter to uker kan pasientene ha permisjon i helgene, og kan reise ut etter gruppemøtene, bare de er tilbake ved avdelingen til halv ti.

Gruppebehandlingen bygger på kognitivt terapi og på erfaring. I terapitimene er det meningen at pasientene deler erfaring, og støtter og utfordrer hverandre. Innholdet er løsningsorientert og fokuserer på hvordan hver enkelt kan finne sin vei til bedring. Gruppefellesskapet er ment å gi en opplevelse av å ikke være alene med sine problemer. Hver enkelt deltaker oppfordres til å være ærlig og tydeligere for seg selv og i forhold til hverandre. Dette skal skape relasjoner i gruppa og tilbakemeldingen de gir hverandre er ment å ha en terapeutisk effekt. Intensjonen er at gruppa skal ta styringen selv, mens personalet veileder dem. Det er viktig at pasientene deltar aktivt i egen endringsprosess. Personalet ønsker at pasientene skal se at de er gode på ansvarsfraskrivelse, og tydeliggjøre situasjonen hver enkelt er i. Personalet ved avdelingen prøver å være åpen for at det ikke er en fasit for enkeltpersoner eller for gruppa som helhet, hver gruppe er forskjellig. Alle har vekst potensial, som det er viktig at personalet fokuserer på slik at pasienten skal se dette hos seg selv. Den største utfordringen for personalet er å ikke være for aktive, og ikke tro at en sitter med fasit for endringsprosessen. Endringsprosessen er krevende. Jobb, bolig, økonomi, stabilt familie liv med gode relasjoner,

og et godt nettverk er forutsetninger de fleste som deltar i gruppa, ikke har. Disse forutsetningene jobbes det en del med underveis i behandlingsopplegget med å få på plass, ettersom dette skaper trygghet. Forhåpentligvis har de et godt nok utgangspunkt når de forlater gruppa.

### **4.3 Selvhjelpsgrupper.**

Vi har brukt deltagende observasjon i selvhjelpsgrupper for å finne ut hva de bidrar med for deltagerne. På de åpne møtene i NA og AA opplevde vi en positiv og imøtekommende atmosfære. Begge møtene var ledsaget av en lett og god stemning, med rom for humor og en god latter. De aller fleste deltagerne sa noe i løpet av møtene. Under følger noen av utsagnene vi fikk med oss på møtene:

*”Vi lærer å være ærlige med oss selv gjennom å dele med andre.”*

*”Man har noe fast å gå til, det hjelper meg å holde meg edru den dagen.”*

*”Det godt for oss som er nye og på bunnen å se at dere som har deltatt lenge har kommet så langt.”*

### **4.1 Oppsummering av funn.**

Av undersøkelsen kommer det fram at alle informantene svarer at de er fornøyd i noe ulik grad med behandlingen, men vi finner også utsagn som kan virke motstridende. De aller fleste anser sin livssituasjon som bedret i etterkant av behandlingen. Alle svarer at de har bolig, og litt i overkant av halvparten er i jobb eller under utdanning. En av pasientene skriver at det er ønskelig med mer aktivitet under behandlingsoppholdet. Alle informantene svarer at de har en uendret eller bedre relasjon til venner og familie etter endt behandling, ingen svarer å ha fått en verre relasjon. Gruppebehandlingen er ment å bidra til å skape relasjoner både innad i gruppen og til pårørende. Spørreundersøkelsen viser at få av informantene deltar i selvhjelpsgrupper. De blir oppfordret til deltagelse i selvhjelpsgrupper av personalet under behandlingen. Når vi ser på deltagelse i selvhjelpsgrupper opp mot spørsmålet om bruk av rusmidler etter behandling, ser vi at av dem som har gått i selvhjelpsgrupper i forskjellig grad, ikke har brukt rusmidler etter behandling. Funnene fra vår observasjon i selvhjelpsgrupper viser at de som deltar opplever det som et positivt bidrag til tilfriskningen. På spørsmålene angående ulike psykiske vansker, svarer få å ha slitt med dette. Men mange av informantene

fra spørreundersøkelsen har mottatt profesjonell hjelp for psykiske problemer i løpet av det siste året.

## **5.0 Opplevelse og livskvalitet.**

### **”Hvordan opplevde pasientene effekten av gruppebehandlingen ved en avdeling for rus og avhengighetsbehandling?”**

Vår problemstilling er å finne ut hvordan opplevelsene av gruppebehandlingens effekt er blant pasienter som har deltatt og fullført behandlingen. Vi har brukt en spørreundersøkelse som er utført av praksisstedet samt intervju av personalet og deltagelse på åpne selvhjelpsgrupper for å forsøke å finne svar på vår problemstillingen. Det blir spurt etter hvor fornøyd vedkommende er med behandlingen totalt sett. Dette spørsmålet er gradert med: svært fornøyd, fornøyd, litt fornøyd, verken eller, litt misfornøyd, misfornøyd og svært misfornøyd. Alle informantene har svart svært fornøyd eller fornøyd på dette. Ut ifra dette er opplevelsen av behandlingen blant pasientene svært god. Hvis vi ser på de utfyllende kommentarer i spørreskjemaet så er der nesten like mange negative utsagn som positive, dette er litt betenkelig, i og med at alle tilsynelatende er fornøyd med behandlingen.

Av informantene svarer alle bortsett fra tre at livssituasjonen er blitt bedre etter behandlingen, de resterende tre svarer at livssituasjonen er blitt verre. Blant alle disse er oppfatningen av behandlingen jevnt fordelt mellom fornøyd og svært fornøyd. Espenes og Smedslunds(2001) hevder at ord som lykke, suksess, rikdom, helse og tilfredshet, ofte assosieres med begrepet livskvalitet. I følge Espenes og Smedslund (2001) er begrepet livskvalitet et innholdsrikt begrep som gir rom for mange ulike tolkninger. Begrepet livskvalitet er generelt et uttrykk for hvordan individet har det fysisk, mentalt og sosialt, og det blir påvirket av omgivelsene og av forventninger om hvordan man ønsker å ha det. Espenes og Smedslund(2001) hevder videre at mennesker har ulikt referansegrunnlag når de vurderer sin egen livskvalitet. Derfor kan vi hevde at informantene kan ha en ulik forståelse av begrepet ”livssituasjon”, og ha et ulikt referansegrunnlag når de vurderer sin egen livskvalitet. Men vi vet ingenting om hvilke kriterier pasientene som har deltatt på behandlingen legger i ordet livskvalitet. Det kan tenkes at de tre som har svart at de har en verre livssituasjon etter endt behandling har andre kriterier i begrepet enn dem som svarer at de har fått en bedre livssituasjon. Kriteriene for følelsen av god livssituasjon er sannsynligvis individuell blant informantene, og opplevelsen av



livssituasjon er og ulik blant dem. Vi mener at det er sannsynlig at den opplevde livskvaliteten informantene har på tidspunktet de fyller ut spørreskjemaet, kan påvirke opplevelsen av effekten av behandling til en viss grad.

For å finne ut mer om de ulike elementene som påvirker den opplevde livskvaliteten har vi derfor valgt å se på opplevelsen av behandling i lys av livskvalitet. Vi har valgt å bruke Schalock og Alonso (2002; I Høydal m.fl., 2009) sin definisjon og deres åtte domener som omhandler livskvalitet. Dette fordi vi mener at deres teori passer bra med spørreskjemaets temaer. Drøftingen er derfor delt opp slik at vi ser på opplevelsen i lys av de åtte domene (Schalock og Alonso, 2002; I Høydal m.fl., 2009). Vi har valgt å slå sammen noen av domene, av den grunn at de glir inn i hverandre. Schalock og Alonso (2002; I Høydal m.fl., 2009) skriver at noen av de åtte domene ofte går i hverandre og at noen av underpunktene går ut på mye av det samme.

## **5.1 Å føle seg vel.**

Et underpunkt under domenet "Å føle seg vel" er mental helse (Schalock og Alonso, 2002; I Høydal m.fl., 2009). Vi mener at mental helse også kan passe inn under domenet "Å ha god helse", fordi mental helse påvirker den generelle helsen. Og den totale helsen til en person påvirker hvordan en føler seg, og motsatt. Derfor har vi valgt å slå sammen domene "Å føle seg vel" og "Å ha god helse".

*"Jeg har det helt fantastisk bra nå. Har fått et nytt liv i gave, en ny start. All ære, takk og pris til Jesus, min herre og frelser, Amen".*

Denne informanten har helt tydelig nærvær av noen av underkategoriene i disse domene, som lykke, åndelighet og trygghet (Schalock og Alonso, 2002; I Høydal m.fl., 2009). Å oppleve at en har det fantastisk bra tolker vi som ensbetydende med å oppleve lykke, og helt opplagt er det en åndelighet til stede når informanten nevner Jesus som grunn til sitt gode liv. Vi mener også at det er grunn til å hevde at når en stoler på en høyere makt er det sannsynlig at en opplever en type trygghet gjennom troen. Det kan være sannsynlig at denne informantens opplevelse av effekten av behandlingen blir påvirket av tilstedeværelsen av å føle seg vel. Selv om vedkommende kanskje ikke mener det er behandlingen som er grunnen til sitt bedre liv, så vil en lykkelig sinnstilstand etter endt behandling sannsynligvis påvirke behandlingsresultatet positivt.

Spørreundersøkelsen viser at en tredjedel av informantene svarer at de har hatt alvorlige spenninger/smerter i kroppen i mer enn en uke. Spørreundersøkelsen sier likevel ingenting om utgangspunktet, om de kan ha hatt dette problemet tidligere, før de begynte behandlingen. Det er kun en person som har svart at han har hatt alvorlige tanker om å ta livet sitt de fire siste ukene. Vedkommende oppgir på tross av dette å være fornøyd med oppholdet, noe vi mener kan tenkes å være fordi gruppebehandlingen gav en trygghet, med helsepersonell tilgjengelig hele døgnet. Informantenes svar viser at de har ulik mental helse etter behandlingsoppholdet. Hvordan dette påvirker behandlingen kan vi ikke si noe sikkert om. Det kan likevel tenkes at de som har en bedre mental helse har en bedre opplevd livskvalitet, og at dette kan påvirke opplevelsen av effekten av behandling positivt.

Over halvparten av alle informantene fra spørreundersøkelsen har mottatt profesjonell hjelp for psykiske problemer i løpet av det siste året, jevnt fordelt mellom de som har svart at de er fornøyd eller svært fornøyd med behandlingen. Funnene i spørreundersøkelsen viser at selv om man har gjennomført en gruppebehandling med påfølgende ettervern, har mange fremdeles problemer å jobbe med ettersom funnene viser at de trenger profesjonell hjelp utover gruppebehandlingen. De informantene som sier at de får profesjonell hjelp er svært fornøyd eller fornøyd med gruppebehandlingen, noe vi mener kan tyde på at storparten har hatt god hjelp av gruppebehandlingen, og at de er blitt ”friske nok” til å ta tak i problemene sine og søke videre hjelp. Ettersom halvparten av informantene har oppsøkt profesjonell hjelp oppfylles også Schalock og Alonso (2002; I Høydal m.fler, 2009) sitt underpunkt om å ha tilgang på helsepersonell. De informantene som ikke har oppsøkt profesjonell hjelp for psykiske problemer, har muligens ingen grunn for å søke hjelp. Det kan også tenkes at de ikke har tilgang til helsepersonell. Schalock og Alonso(2002; I Høydal m.fler, 2009) sier at et godt kosthold, god søvnhygiene og god hygiene er definisjon på god helse. I løpet av behandlingen er disse kriteriene i fokus, en går inn for å ”lære” pasientene å leve et tilnærmet normalt liv.

Ut ifra vår tolkning av funn kan det se ut til at opplevelsen av effekten i forhold til disse domene er god. Det er få av pasientene som oppgir å ha dårlig mental helse, hvor en del av dem har oppsøkt profesjonell hjelp etter endt behandling. Dette kan tyde på at kriteriet ”tilgang på helsepersonell” er tilstede. En av informantene ser ut til å oppleve tilstedeværelse av lykke, åndelighet og trygghet, og dette påvirker sannsynligvis opplevelsen av effekten av behandlingen positivt.

## 5.2 Å ha relasjoner.

Domene "Å ha sosial tilhørighet" handler blant annet om å ha et trygt nettverk rundt seg og domene "Å ha noen å forholde seg til" handler om relasjoner med andre mennesker (Schalock og Alonso, 2002; I Høydal m.fler, 2009). Vi mener disse domenene omhandler mye av det samme, og har derfor valgt å slå de sammen til et punkt. Personalet hevder at terapi timene i gruppebehandlingen fungerer relasjonsskapende gjennom at pasientene oppfordres til å være åpne og ærlige ovenfor seg selv og i forhold til hverandre. Disse domenene handler i følge Schalock og Alonso (2002; I Høydal m.fler, 2009) blant annet om å ha relasjoner til andre mennesker. Heap (2005) hevder at en av tankene bak gruppebehandling er at de ulike medlemmene hjelper seg selv og andre ved å dele, sammenligne og støtte, og ved å utvikle personlige forhold seg imellom. I spørreundersøkelsen fant vi noen direkte utsagn som bekrefter at gruppebehandlingen fører til gode relasjoner for noen av pasientene.

*"Bare å være der var terapi i seg selv, fikk snakke og være sammen med andre i samme situasjon"*

*"Ble kjent med nye mennesker"*

Heap (2005) hevder at nettverket i terapigrupper preges av noenlunde jevnbyrdighet og en følelse av å være i samme båt. Dette bekrefter uttalelsen fra spørreundersøkelsen som går på at man fikk være med andre mennesker i samme situasjon. Schalock og Alonso (2002; I Høydal m.fler, 2009) nevner blant annet anerkjennelse, aksept og respekt som underpunkter under disse domenene. Et utsagn fra en av informantene er at han opplevde å bli tatt på alvor og møtt med respekt under behandlingen. Det er trolig at det er lettere å oppnå dette i relasjoner mellom mennesker med en fellesnevner, ettersom man har lettere for å forstå mennesker som er i samme situasjon som en selv. Gruppebehandlingen opererer med lukkede grupper, som vil si at ingen nye medlemmer kommer inn etter oppstart (Kjølstad, 2004). Lukkede grupper tas ofte i bruk når behandlingen er tidsbegrenset, og tidsbegrensede grupper passer særlig godt til personer med samme type problem (Karterud, 1999).

Gruppesammensetningen er det i stor grad personalet ved avdelingen som bestemmer, og det forsøkes å lage grupper av personer som kan fungere sammen. Kjølstad (2004) hevder at lukkede grupper er aktuelt å ta i bruk når formålet er avgrenset og møtevirksomheten er begrenset med et fastsatt antall møter. Pasientene som deltar på gruppebehandlingen har sitt rusproblem som en fellesnevner, det vil si at formålet er å arbeide med rusproblemet og tiden

er fastsatt til ni uker. I spørreundersøkelsen finner vi utsagn om hvor viktig det er at gruppesammensetningen er riktig.

*”LAR pasienter som blandes med pasienter som vil være helt rusfri, oppleves som problematisk”*

*”Det var flere som var kriminelle eller x-kriminelle. Det ble litt mye om dem og lite om alkohol og såkalt vanlige arbeidsfolk”.*

Disse uttalelsene tyder på at når forskjellen blant pasientene oppleves som for forskjellig, er dette ødeleggende for relasjonsskapingen. Heap (2005) hevder at man ved bruk av lukkede grupper vil få mer dybde og intensitet i møtene, fordi medlemmene blir tryggere på hverandre, men uttalelsene fra spørreundersøkelsen tyder på at dette forutsetter at medlemmene er fornøyd og føler seg komfortabel med gruppesammensetningen. Vi mener helt klart at de informantene som opplever at behandlingen bidrar til noe positivt i forhold til relasjoner, også får en mer positiv total opplevelse av effekten av behandlingen. Som vi har sett ser det ikke ut til at alle pasientene opplever at gruppebehandlingen bidrar til å skape gode relasjoner for dem innad i gruppen. Vi mener derfor å kunne hevde at opplevelsen av effekten av behandlingen ut ifra dette kunne blitt bedre dersom noen av gruppesammensetningene hadde vært annerledes.

Kjølstad (2004) hevder at samhandlingen i terapigrupper har klare paralleller til situasjoner og relasjoner ellers i livet, og at et av målene med gruppeterapi er at pasientene skal kunne fungere og trives bedre i dagliglivets grupper, og dermed få et bedre liv. Intensjonen med gruppebehandling er ikke bare å skape relasjoner innad i gruppen, men også bidra til at den enkelte får kunnskap som en kan overføre for å kunne få en akseptert sosial rolle ute i samfunnet. Personalet informerer om at de fleste pasientene som kommer til behandling ikke har et stabilt familieliv og gode relasjoner. Det jobbes derfor en del med dette underveis i behandlingen, i tillegg til hva selve gruppeterapien er ment å bidra med, blant annet en pårørende dag. Denne har som mål å informere de pårørende til pasientene.

*”Pårørende dagen bør utvides for å bedre forståelsen av rusproblematikken.”*

Dette utsagnet fra spørreundersøkelsen mener vi viser at pårørende dagen er noe som oppleves som en positiv del av behandlingen, i og med at den ønskes utvidet. Ifølge Fekjær (2009) er det sjeldent på grunn av selve rusbruket at en rusmisbruker søker behandling, men

på grunn av konsekvensene det medfører i livets andre aspekter, som forholdet til familie og venner. Det rusrelaterte nettverket er ofte det eneste nettverket de har igjen (Kjølstad, 2004). Dette stemmer overens med det personalet sier, at de sosiale relasjonene til de som kommer til behandling ofte er mangelfulle. Å ha sosial tilhørighet handler i følge Schalock og Alonso (2002; I Høydal m.fler, 2009) blant annet om å ha et trygt nettverk rundt seg, og vi tenker at et rusrelatert nettverk er sjeldent trygt, i alle fall ikke for dem som ønsker et nøkternt liv. Fra spørreundersøkelsen kommer det frem at mange av informantene har fått bedre forhold til familie og venner etter endt behandling. Ingen svarer at relasjonene har blitt verre. Dette kan tyde på at gruppebehandlingen har nådd frem med sin intensjon om å bidra til at det sosiale nettverket til pasientene blir styrket. Fekjær (2009) hevder at gruppebehandling er spesielt nyttig for de rusmisbrukerne som blant annet opplever sosial isolasjon eller har mangelfull sosial trening, og som har en opplevelse av å være alene med sine problemer. Vi vil med dette hevde at opplevelsen av å ha andre å forholde seg til, og å oppleve en sosial tilhørighet påvirker opplevelsen av effekten av behandlingen. Det er tydelig at mange opplever at det sosiale nettverket er blitt bedret etter behandlingen, kanskje som en konsekvens av relasjonene i gruppeterapien og av pårørende dagen. Vi mener det er mulig at ved å utvide pårørende dagen og endret noen gruppesammensetninger, ville enda flere hatt en positiv opplevelse av effekten av behandlingen i lys av disse to domeneene.

Personalet forteller at det i løpet av behandlingen er et obligatorisk møte i en selvhjelpsgruppe, og pasientene oppfordres til videre deltagelse. Det er ikke så mange av informantene som svarer at de har deltatt i selvhjelpsgrupper, men av de som har deltatt er det ingen som har brukt rusmidler etter endt behandling. Vederhus (2009) refererer til ulike studier som er gjort på feltet som viser at deltagelsen i NA/AA øker der behandlingen oppfordrer til det, og at deltagelse påvirker behandlingsresultatet i positiv retning. Individuer som prøver å kontrollere sitt rusinntak burde bli oppmuntret til deltagelse i et 12 – stegs program (Davey-Rothwell m. fler, 2008). Dette mener vi taler for at personalet bør jobbe med å få flere pasienter til å delta i selvhjelpsgrupper. En av grunnene til at deltagelse i selvhjelpsgrupper gir positive resultater kan tenkes å være at man får relasjoner til andre mennesker. Å ha relasjoner er et av de underpunktene Schalock og Alonso (2002; I Høydal m.fler, 2009) nevner under disse domeneene. Det kan og tenkes at siden selvhjelpsgrupper ikke har de begrensingene som man finner i behandlingsapparatet, og at de tilbyr døgkontinuerlig støtte ved at man kan ringe andre medlemmer om en skulle trenger det, også bidrar positivt

(Vederhus, 2009). Dette mener vi også kan bidra til å styrke tilstedeværelse av noen av de andre kriterier under domenenene. Det vi vil dra frem er følelsen av å ha et trygt nettverk rundt seg (Schalock og Alonso, 2002; I Høydal m.fler, 2009). Ved at selvhjelpsgrupper gir støtte og hjelp når du måtte trenge det, kan det bidra til å skape et trygt nettverk for deltagerne.

Under vår deltagende observasjon i åpne selvhjelpsgrupper fikk vi med oss atmosfæren og en del utsagn som bekrefter tilstedeværelsen av anerkjennelse, aksept, respekt og gjensidig tillit, som er underpunkter Schalock og Alonso (2002; I Høydal m.fler, 2009) trekker frem:

*”Man kan snakke om det som opptar en der og da”.*

*”Det er ingen pekefinger om man har sprekt”.*

Ved begge møtene vi har deltatt på var det en positiv og lett stemning. Stort sett alle deltagerne sa noe i løpet av møte, og de viste hverandre respekt og aksept ved å gi hverandre konstruktive tilbakemeldinger. Det at deltagerne delte så åpenhertig med seg mener vi kan tolkes som gjensidig tillit. Møtene var ledsaget av en god dose humor og latter. Schalock og Alonso (2002; I Høydal m.fler, 2009) trekker det å kunne ha det gøy sammen med andre som et annet underpunkt under disse domenenene.

Selvhjelpsgrupper opererer med åpne grupper, som vil si at nye deltagere kommer til underveis (Kjølstad, 2004). Heap (2005) hevder at åpen gruppevirksomhet er en fordel i arbeid med alkoholrammede fordi det fremtvinger en erkjennelse av problemet hos de nye deltagerne. Vi antar at dette også gjelder for andre rusproblemer. Vi fikk med oss ett utsagn fra et åpent møte som vi mener kan støtte opp under det Heap (2005) hevder:

*”Det er godt for oss som er nye og på bunnen å se at dere som har deltatt lenge har kommet så langt”.*

Det er slik at blant de informantene som svarer at de har deltatt i selvhjelpsgrupper, er alle utenom en svært fornøyd med behandlingen. Om dette har noen direkte sammenheng er bare noe vi kan anta. Men i og med at vi hevder at deltagelse i selvhjelpsgrupper bidrar til at deltagerne får andre å forholde seg til, kan det jo tenkes at deltagelse i selvhjelpsgrupper også

bidrar positivt i forhold til opplevelsen av effekten av behandling. Vi kan av den grunn hevde at om gruppebehandlingen kunne klart å få flere til å delta i selvhjelpsgrupper, ville dette sannsynligvis bidra til å bedre den totale opplevelsen av effekten av behandlingen.

### **5.3 Å få ivaretatt rettigheter.**

Schalock og Alonso(2002; I Høydal m.fler, 2009) skriver i sitt domene om ”å ha tilgang på materielle goder” at det er viktig å ha trygge økonomiske og fysiske rammer. I dette ligger det å ha et sted å bo, mat, arbeid, transportmiddel, og økonomisk trygghet. Mange av disse underpunktene er noe man har rettighet på i Norge, som for eksempel bolig og penger til mat. Vi mener derfor at domeneene ”Å ha tilgang på materielle goder” og ”Å få ivaretatt rettigheter” går i hverandre, og velger av den grunn å slå dem sammen. Spørreundersøkelsen viser at alle informantene bor i egen bolig, eiet eller leiet. På spørsmål om hvordan økonomien har vært de siste seks månedene, spriker svarene fra verre, til uforandret eller bedre, uten noen tydelige tendenser. Personalet forteller at endringsprosessen for pasientene er krevende, og forutsetninger som jobb, bolig og økonomi ofte er mangelfulle. Personalet samarbeider med andre instanser for å få på plass ordninger i forhold til dette. Det arrangeres også ulike undervisningstimer i løpet av behandlingen, som for eksempel om rettigheter i forhold til NAV. Schalock og Alonso (2002; I Høydal m.fler, 2009) drar frem elementer som at en har en plass å bo og at en har tilgang på mat og medisinsk assistanse i disse domeneene.

Alle informantene har som nevnt egen bolig, eiet eller leiet. Om dette er behandlingsoppleggets fortjeneste kan vi ikke påstå. Det kan likevel tenkes at det har en sammenheng i og med at de i løpet av behandlingen får informasjon fra NAV om rettigheter de har og at det jobbes med å få ordninger på plass i forhold til bolig og økonomi. Hvordan dette påvirker opplevelsen av effekten av behandling vet vi ingenting sikkert om. Men om pasientene opplever at deres rettigheter blir ivaretatt, skulle man tro at det hever den enkeltes følelse av livskvalitet, og at det da påvirker opplevelsen av effekten av behandlingen positivt.

### **5.4 Å være i aktivitet.**

Domenet ”Å ha muligheten til å utvikle seg selv”, har underpunkt som går på muligheten til aktivitet og utdanning (Schalock og Alonso, 2002; I Høydal m.fler, 2009). Personalet forteller at onsdagene fungerer som en aktivitetsdag med diverse forskjellige utflukter eller turer. På denne måten vil de vise pasientene at aktiviteter og turer kan være bra også uten

ruspåvirkning. Intensjonen er også at pasientene og personalet skal tilbringe tid og gjøre aktiviteter sammen, uten at rusavhengigheten skal være i fokus.

*”Det kunne vært mer aktivitet i behandlingsopplegget”*

Med utgangspunkt i dette utsagnet kan vi hevde at opplevelsen av effekten av behandlingen i forhold til dette domenet ”Å ha mulighet til å utvikle seg” er begrenset ved for lite aktivitet under behandlingsoppholdet. Men det kan også tolkes slik at de eksisterende aktivitetene er noe som oppleves positivt, i og med at det ønskes mer av det.

Rundt halvparten av informantene fra spørreundersøkelsen er i jobb, eller under utdanning, resten er uføretrygdet. To tredjedeler av de som svarer at de er svært fornøyd med behandlingen er i jobb, deltidsjobb eller under utdanning. Majoriteten av de som er fornøyd med behandlingen er uføretrygdet. Svarene fra spørreundersøkelsen viser oss at majoriteten av de pasientene som er i jobb eller under utdanning ser ut til å være mer fornøyd med behandlingen enn dem som er uføretrygdet. Personalet forteller oss at det jobbes en del med å få på plass ordninger i forhold til jobb underveis i behandlingsopplegget. De som etter endt behandling er i jobb eller under utdanning kan tenkes å ha en mer positiv opplevelse av effekten av behandlingen. Vi vil derfor påstå at om det i løpet av behandlingen hadde lyktes med å få flere i jobb eller utdanning så ville det bedret opplevelsen av effekten av behandlingen. Utsagnet fra spørreskjemaet tyder på at opplevelsen av effekten også kunne vært bedre i lys av dette domenet hvis behandlingen la opp til mer aktivitet i løpet av oppholdet.

#### **5.4 Å kunne bestemme selv.**

Domenet ”Å kunne bestemme selv” handler om å ha kontroll over sitt eget liv (Schalock og Alonso, 2002; I Høydal m.fler, 2009). Fra personalet kommer det frem at intensjonen med gruppa er at de skal ta styringen selv. Ifølge Heap (2007) er hovedressursen i gruppebehandling selve gruppeprosessen. Man må anerkjenne og stimulere de mulighetene og ressursene som finnes innad i gruppen. Personalet sier at det er ofte en stor utfordring for dem å ikke være for aktive, men samtidig hjelpe pasientene å innse at de er gode på ansvarsfraskrivelse. Deres oppgave er å få pasienten til å delta aktivt i egen endringsprosess. I følge Heap (2007) er det ved bruk av gruppebehandlingen meningen at deltagerens egne ressurser skal bli bedre utnyttet og at det skal bidra til styrket selvaktelse, dette fordi



avgjørelser og løsninger i stor grad skal bestemmes av klienten selv. Under dette domenet finner man underpunkter som omhandler det å kunne ta egne valg, ha fremtidige mål og utfordringer, ha kontroll over sitt eget liv (Schalock og Alonso, 2002; I Høydal m.fler, 2009). Dette er ifølge personalet noe av det man forsøker å få til gjennom gruppebehandlingen. Ifølge personalet kommer det frem at de ofte sitter igjen med en forståelse av at rus, for mange av gruppedeltakerne, er en flukt fra seg selv, livet sitt og sine nærmeste, og at den største utfordringen for pasientene å forbli rusfri. Ifølge Fekjær (2009) gis det ofte inntrykk av at det er avvenning fra rusmidlet som er det store problemet for en rusmisbruker, men realiteten er at de fleste rusmisbrukere har vært avvent mange ganger. Det egentlige problemet er at de begynner igjen etter avvenning. Dette bekrefter sådan forståelsen som personalet ofte sitter igjen med. Videre hevder Fekjær (2009) at rusbruk har mange underliggende årsaker. Et av motivene kan være å beskytte selvbilde mot erkjennelse av nederlag. Ved at personalet forsøker å rettlede uten å gi en fasit, skal det forhåpentligvis bidra til styrket selvaktelse, samtidig som det styrker dette domenet. Ut i fra spørreundersøkelsen kommer det frem at av de som opplever sin livssituasjon som bedret etter behandling, har halvparten brukt rusmidler. Blant disse er oppfattningen av behandlingen jevnt fordelt mellom fornøyd og svært fornøyd. Her bekreftes det som Espenes og Smedslund(2001) hevder om livskvalitet, at mennesker har ulikt referansegrunnlag når de vurderer sin egen livskvalitet. Selv om personalet mener at den største utfordringen hos pasientene er å forbli rusfri, ser det ikke ut som at alle pasientene mener at det er et kriterium for følelsen av god livskvalitet. Det finnes ifølge Fekjær (2009) mange ulike behandlingstilnærminger for mennesker med et rusproblem, grunnet de ulike underliggende motivene for rusbruk. En kommentar vi fikk med oss på et selvhjelpsgruppemøte var følgende:

*”Jeg har deltatt på utallige behandlingsopplegg, de kunne ikke hjelpe meg uansett, ikke før jeg selv var klar for det. Å bli rusfri bunner i ens egen motivasjon”.*

Dette tyder på at det ikke nødvendigvis er selve behandlingsmetodikken som spiller den avgjørende rollen, men pasientenes egen motivasjon. Med denne kommentaren viser informanten fra selvhjelpsgruppemøte at det er å ha kontroll over sitt eget liv er viktig. Dette kan styrkes av hva McKellar (2008) hevder kritikere mener om deltagelse i selvhjelpsgrupper. De hevder at de positive resultatene som deltagelse i selvhjelpsgrupper medfører, bunner i at det er de pasientene som er mest motivert til å slutte med rus i utgangspunktet som deltar.

Disse funnene viser at det å kunne bestemme selv påvirker behandlingsresultatet, og det er sannsynlig at behandlingsresultatet påvirker opplevelsen av effekten av behandlingen.

Det kommer fram av intervjuet av personalet at pasientene har helgepermisjon et stykke ut i behandlingsopplegget. Når de skal inn etter permisjonen har de et klokkeslett å forholde seg til som de må være på huset. Dette viser at behandlingsopplegget har visse begrensinger i forhold til det å kunne bestemme selv. Det kan godt tenkes at de som virkelig er motivert for behandlingen hadde kommet på huset til en rimelig tid uten at grensen var satt på forhånd. Ut i fra dette kan vi konkludere med at det å kunne bestemme selv er noe som er satt fokus på i behandlingen, men ikke grenseløst. Vi mener vi kan hevde at opplevelsen av effekten av behandling blir påvirket av om pasientene opplever å få bestemme selv. Vi har ingen funn fra spørreundersøkelsen som viser oss hvorvidt pasientene opplever at selvbestemmelse er tilstedet under behandlingen. Men de andre funnene vi har gjort i forhold til dette domenet tyder på at pasientenes motivasjon for behandling påvirker følelsen av selvbestemmelse. Å jobbe aktivt med å få pasientene mest mulig motivert for behandling, mener vi å kunne hevde gagnar den totale opplevelsen av effekten av behandlingen i positiv retning.

## **6.0 Oppsummering.**

Vår problemstilling går ut på å finne ut hvordan opplevelsen av effekten av behandlingen er blant pasientene som har fullført programmet. På spørsmålet fra spørreundersøkelsen som går på hvor fornøyd pasientene er med behandlingen, ser det tilsynelatende ut som alle er fornøyd. Dette mener vi er litt betenkelig i og med at vi nesten finner like mange negative som positive utsagn i spørreundersøkelsen. Vi har valgt å se svarene fra spørreundersøkelsen i lys av begrepet livskvalitet. Espenes og Smedslund(2001) hevder at mennesker har ulikt referansegrunnlag når de vurderer sin egen livskvalitet. Opplevelsen av livskvalitet er individuell, dette mener vi påvirker den totale opplevelsen av effekten av behandlingen.

Under avsnittet ”Å føle seg vel” ser vi at selv om informantene har gjennomført en gruppebehandling med påfølgende ettervern, har mange fremdeles problemer å jobbe med ettersom funnene viser at de trenger profesjonell hjelp utover gruppebehandlingen. Svarene viser at de har ulik mental helse etter behandlingsoppholdet. Det kan tenkes at de som har en bedre mental helse har en bedre opplevd livskvalitet, og at dette kan påvirke opplevelsen av effekten av behandling positivt. En av informantene ser ut til å oppleve tilstedeværelse av

lykke, åndelighet og trygghet, og dette påvirker sannsynligvis opplevelsen av effekten av behandlingen positivt.

Vi har under avsnittet ”Å ha relasjoner” hevdet at opplevelsen av å ha andre å forholde seg til, og å oppleve en sosial tilhørighet påvirker opplevelsen av effekten av behandlingen. Det er tydelig at mange opplever at det sosiale nettverket er blitt bedret etter behandlingen, kanskje som en konsekvens av relasjonene i gruppeterapien, av pårørende dagen og gjennom deltagelse i selvhjelpsgrupper. Vi mener det er mulig at ved å utvide pårørende dagen, endre noen gruppesammensetninger og få flere til å delta i selvhjelpsgrupper, ville kanskje flere hatt en positiv opplevelse av effekten av behandlingen.

Under avsnittet ”Å få ivaretatt rettigheter” hevder vi at om pasientene opplever at deres rettigheter blir ivaretatt, er det sannsynlig at det hever den enkeltes følelse av livskvalitet. Dette mener vi vil kunne påvirke opplevelsen av effekten av behandlingen positivt. Alle informantene har som nevnt tidligere egen bolig, eiet eller leiet. Om dette er behandlingsoppleggets fortjeneste kan vi ikke påstå. Det kan likevel tenkes at det har en sammenheng i og med at de i løpet av behandlingen får informasjon fra NAV om rettigheter de har og at det jobbes med å få ordninger på plass i forhold til bolig og økonomi.

Rundt halvparten av informantene fra spørreundersøkelsen er i jobb, eller under utdanning, resten er uføretrygdet. To tredje deler av de som svarer de som er svært fornøyd med behandlingen er i jobb, deltidsjobb eller under utdanning. Majoriteten av de som er fornøyd med behandlingen er uføretrygdet. De som etter endt behandling er i jobb eller under utdanning kan tenkes å ha en mer positiv opplevelse av effekten av behandlingen. Vi vil derfor påstå at om det i løpet av behandlingen hadde lyktes med å få flere i jobb eller utdanning så ville det bedret opplevelsen av effekten av behandlingen.

*”Det kunne vært mer aktivitet i behandlingsopplegget”*

Dette utsagnet tyder på at opplevelsen av effekten kunne vært bedre i lys av dette domenet hvis behandlingen la opp til mer aktivitet i løpet av oppholdet.

Vi hevder at opplevelsen av effekten av behandling blir påvirket av om pasientene opplever å få bestemme selv. Vi har ingen funn fra spørreundersøkelsen som viser oss hvorvidt pasientene opplever at selvbestemmelse er tilstedet under behandlingen. I avsnittet ”Å kunne bestemme selv” hevder vi at pasientenes motivasjon for behandling påvirker følelsen av

selvbestemmelse. Å jobbe aktivt med å få pasientene mest mulig motivert for behandling, mener vi å kunne hevde gagnar den totale opplevelsen av effekten av behandlingen i positiv retning.

Det ser ut til at de informantene som har besvart spørreundersøkelsen har fått en bedre livskvalitet etter endt behandling, og dette mener vi tyder på at opplevelsen av effekt er god i forhold til de ulike domenene. Ved å se på funnene våre i lys av begrepet livskvalitet ut fra Schalock og Alonso (2002) sine åtte domener, har vi sett at opplevelsene av effekten av behandlingen har mange nyanser. Selv om vi mener denne inndelingen kan anses som litt kunstig, så har det vært nyttig å bruke denne inndelingen for å kunne finne tendenser.

## Litteraturliste:

Anonyme Narkomane (2010). *Fakta om NA*. Hentet 3. februar 2010 fra <http://www.nanorge.org/fakta.asp>

Askerøi, E , Barikmo, I (2005). Forskning mellom utfordringer og muligheter. I: Howe, A., Høium, K., Kvernmo, G., Knutsen, I.R. (Red.). *Studenten som forsker i utdanning og yrke: vitenskaplig tenkning og metodebruk*.(s. 21-49) Oslo: Høgskolen i Akershus.

Davey-Rothwell, M.A., Kuramoto, J. S., Latkin, C. A.(2008). Social networks, norms, and 12-step group participation.*The American journal of drug and alcohol abuse*. 34, 185-193.

Dalland, O.(2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*.(4utg). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Espnes, G. A.,Smedslund, G. (2001) *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Fekjær, H.O.( 2009). *Rus; bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Heap, K (2005). *Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Høydal, A., Jamvold, A., Omland, C., Svendsen, M. (2009). *Hvordan beskriver brukere og ansatte et lavterskeltilbud for rusmisbrukere? Hvordan kan vi forstå og fortolke disse beskrivelsene i lys av begrepet livskvalitet?* Bachelor i vernepleie Universitetet i Agder 2009

Kjølstad, H. (2004). *Gruppeterapi*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Karterud, S.(1999). *Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi*. Valdres: Pax forlag.

Mc Kellar J.D., Harris, A.H., Moos, R.H. (2008). Patient's abstinence status affects the benefits of 12- steps self-help group participation on substance use disorder outcomes. *Drug and alcohol dependence*. 99, 115-122.

Nilsen, S.E., Wasender, W.(2005). Kvantitative metoder for datainnsamling og analyse. I: Howe, A., Høium, K., Kvernmo, G., Knutsen, I.R. (Red.). *Studenten som forsker i utdanning og yrke: vitenskaplig tenkning og metodebruk*.(s. 246- 267) Oslo: Høgskolen i Akershus.

Schalock, R., Alonso, M.A.V.(2002) *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington DC: American Assosiation on Mental Retardation.

Vederhus, J.K.(2009). *Selvhjelpsgrupper i rusfeltet*. Rapport fra doktorgradstipendiat ved universitetet i Oslo.

Aadland, E (2004). *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

## **Vedlegg 1**

## **Vedlegg 2**