

Bedringsprosesser hos mennesker med psykisk lidelse og samtidig ruslidelse

Masteroppgave i familieterapi og systemisk praksis

Sandra Elizabeth Furset

Diakonhjemmet Høgskole Mgfam 11

Innleveringsfrist 29.mai 2015

Veileder: Dagfinn Ulland

Antall ord: 20073

”Skeiserenn”

Du startar i lag med storskridaren.

Du veit du ikkje kan fylgja han,

men du legg i veg

og brukar all di kraft

og held lag ei stund.

Men han glid ifrå deg –

glid ifrå deg, glid ifrå deg –

Snart er han heile runden fyre.

Det kjennest litt skamfullt med det same.

Til det kjem ei merkeleg ro yver deg,

kan ikkje storskridaren fara!

Og du fell inn i di eigi takt

og kappestrid med deg sjølv.

Meir kan ingen gjera.

(Olav H. Hauge)

Sammendrag

Denne masteroppgaven handler om mennesker som har hatt en psykisk lidelse og samtidig en ruslidelse (ROP lidelse), og deres fortellinger om bedringsprosesser. Jeg har gjennomført forskningen med utgangspunkt i følgende problemstilling: Hva fremmer bedringsprosesser for mennesker med ROP lidelse?

Det finnes generelt lite forskning på ROP lidelser og bedringsprosesser, dette til tross for at forskning både internasjonalt og også i Norge viser til høye tall av komorbiditet når det gjelder samtidighet av ruslidelse og psykiske problemer.

Jeg har brukt kvalitativ forskningsmetode og jeg har gjennomført dybdeintervju av fire informanter som har hatt en ROP lidelse, og som har kommet seg. Som analysemetode valgte jeg systematisk tekstkondensering, som er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og modifisert av Kirsti Malterud.

Funn fra studien viser at det å erverve seg kunnskap om diagnoser hadde en betydning for bedringsprosessen. Det viste seg også at det å erverve seg kunnskap om sosiale normer og diskurser i samfunnet var viktig for noen. Et annet funn i studien var at mestringsopplevelser er viktige i en bedringsprosess, men at mye fokus på mestring i en behandlingskontekst kan gi den enkelte en opplevelse av å måtte prestere for å føle seg god nok. Et tredje funn var at et rusfritt nettverk er av betydning for bedringsprosessen, og at deltagelse i selvhjelpsgrupper var viktig for å føle seg som del av et fellesskap.

Forord

De 4 siste årene har jeg vært student på familieterapistudiet ved Diakonhjemmet høgskole og det har vært tidvis krevende, men også svært berikende år. Sluttresultatet ble en masteroppgave, og jeg er så stolt over at jeg har fullført løpet!

Jeg er privilegert fordi jeg har noen som heier på meg, og som har tro på at jeg kan nå de mål jeg setter meg. Gode venner, arbeidskolleger og familien. Helt fremst i heiagjengen står min mor. Hun har passet barna, vasket huset og ryddet i kaoset, laget pannekaker, passet hunden, lest bøker og sunget rare godnattsanger for barna, når jeg har vært bortreist på studieuker eller vært opptatt med masteroppgaven. En stor takk til deg mamma!

Så er det Pål Ribu, en leder som Sørlandet Sykehus kan være stolte av. Jeg har lært mye av deg, og jeg er evig takknemlig for din fleksibilitet og din positive innstilling.

Så vil jeg også rette en stor takk til min veileder, Dagfinn Ulland. Du har alltid møtt meg på en vennlig måte, og du har gitt meg mange gode innspill underveis i skriveprosessen. Det har jeg satt stor pris på. Jeg vil også nevne Håkon Hårtveit, Anne Hedvig Vedeler og Hans Christian Michalsen. Dere er inspirerende lærere og veiledere, jeg har blitt både beveget og begeistret av deres formidlingsevner, klokskap og engasjement, dere har lært meg mye.

Ivar, Markus og Pernille. Dere har holdt ut med en tidvis stresset mor og kone (dere har jo ikke hatt så mye valg), men jeg synes likevel dere har klart det godt. Jeg gleder meg til sommeren som venter på oss.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke informantene for deltakelse i denne studien. Jeg har stor respekt over den endringen dere har fått til.

INNHold

1.0 Innledning	8
1.1 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål	9
1.2 Bakgrunn og kontekst for studien.....	9
1.3 Selvhjelpsgrupper	11
1.4 Begrepsavklaring	11
1.5 Oppbygging av oppgaven	13
2.0 Forskningskontekst	14
2.1 Forskning om bedringsprosesser.....	14
2.1.1 Bedringsprosessen som en personlig prosess.....	15
2.1.2 Bedringsprosessen som sosial prosess	15
2.1.3 Bedringsprosessen som klinisk resultat	16
2.2 Aktuell forskning om bedringsprosesser og ROP lidelse	16
2.4.1 Andre relevante studier.....	18
3.0 Faglig kontekst for studien	20
3.1. Hva er familierterapi?.....	20
3.1.2 Gregory Bateson	21
3.2 Systemteori	23
3.3 Familierterapifeltet og bedringsprosesser	24
3.4. Narrativ teori.....	26
3.4.1 Eksternaliserende samtaler	27
3.5 Samarbeidende språkssystemisk tilnærming.....	28
3.5.1 Den ikke vitende posisjon.....	29
3.6 Oppsummering.....	30
4.0 Metodologi	31
4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted.....	31
4.1.2 Sosialkonstruksjonisme.....	32
4.2 Forforståelse.....	33
4.3 Utvalg og rekruttering:.....	34
4.3.1 Semistrukturert intervju.....	35
4.3.2 Gjennomføring av intervjuene.....	35
4.3.3 Transkripsjon.....	35
4.4 Analysemetoden systematisk tekstkondensering	36
4.5 Reliabilitet /validitet	38

4.6 Etiske hensyn	39
4.6.1 Betragtninger om rollen som forsker.....	40
5.0 Presentasjon av funn	41
5.1 Om betydning av kunnskap	41
5.1.1 Oppsummering	43
5.2 Mestring med måte	43
5.2.1 Oppsummering	46
5.3 Et rusfritt nettverk	46
5.3.1 Oppsummering	49
6.0 Diskusjon.....	51
6.1 Innledning	51
6.2 Betydning av kunnskap: Er dette bipolarart eller er det bare happy?	51
6.3 Mestring med måte	55
6.4 Betydning av et rusfritt nettverk	57
6.5 Konklusjon	58
6.5.1 Svakheter og styrker ved studien:.....	59
6.5.2 Implikasjoner for fagfeltet familieterapi:	59

Litteraturliste

5 Vedlegg

1.0 Innledning

Denne masteroppgaven handler om bedringsprosesser hos mennesker som har en ruslidelse og som samtidig også har en psykisk lidelse, heretter kalt ROP lidelse. Jeg har i denne studien hatt et ønske om å få frem deres erfaringer, deres virkelighet og deres opplevelse av hva det er som er med på å fremme bedring, og jeg tror at deres fortellinger kan være et viktig bidrag i utviklingen av en praksisnær kunnskap om bedringsprosesser. Pasienter som har hatt en ROP lidelse og som har vært i behov av behandling har tidligere falt mellom mange stoler i norsk helsevesen. En grunn til dette har vært at rusinstitusjonene ikke har hatt tilstrekkelig kompetanse på psykisk helse og psykisk helse feltet ikke har hatt tilstrekkelig kompetanse på rusproblematikk. I dag er behandlingstilbudet til denne pasientgruppen betraktelig bedre, selv om mange antagelig vil hevde at det fremdeles er en del som gjenstår. Spesialisthelsetjenesten har opprettet tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Det er utarbeidet nasjonale retningslinjer hvor det satses på en integrert behandling av ROP pasienter, fordi ruslidelser og psykiske lidelser påvirker hverandre gjensidig (Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP lidelser 2012). De siste 9 årene har jeg arbeidet som spesialsykepleier ved en egen ROP enhet i spesialisthelsetjenesten, og her har jeg møtt mange med mennesker som strever med denne problematikken. Det er først og fremst møtene med dem som har berørt meg og inspirert meg til å fordype meg i ROP lidelser. Min nysgjerrighet på bedringsprosesser har sin bakgrunn i min rolle som gruppeterapeut ved enheten. Jeg har vært så privilegert at jeg sammen med en kollega har vært terapeut i ukentlige samtalegrupper på enheten hvor jeg jobber. Samtalegruppene har vært drevet som åpne grupper hvor innlagte pasienter har delt sine tanker om livet. Et stadig tilbakevendende tema i samtalegruppa har handlet om fremtiden og den enkeltes ønsker og lengsler etter en bedre fremtid uten rus, og med en bedre psykisk helse.

Lederen ved Familievårdstiftelsen i Göteborg, Carina Håkansson, inspirerte meg også i forhold til mitt valg av tema. I en samtale med henne fortalte jeg om mine tanker om tema for min master og jeg fortalte at jeg vurderte å skrive om mennesker med ROP lidelser sine egne fortellinger om bedring. Jeg husker godt at hun da entusiastisk utbrøt: ”Å samle historier fra mennesker som har klart å komme seg ut av rusproblemer og psykiske problemer er å samle skatter. Vi behøver slike skatter for å gi dem videre til noen som behøver dem”.

Jeg skal forsøke å formidle skattene videre til noen som behøver dem, og en masteroppgave i dette temaet er et forsøk på det.

1.1 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål

Det er god grunn til å anta at personer med ROP problematikk får ekstra utfordringer knyttet til bedringsprosesser, og jeg har blitt nysgjerrig på de prosesser som bidrar til at mennesker med både rusavhengighet og psykisk lidelse etter hvert blir rusfrie og oppnår bedre psykisk helse. Med dette som bakteppe har jeg formulert følgende problemstilling: **Hva fremmer bedringsprosesser for mennesker med ROP lidelse?**

Min bakgrunn i spesialisthelsetjenesten har bidratt til at jeg er nysgjerrig på hvordan selve behandlingskonteksten oppleves for den som mottar hjelp og hva som i en slik kontekst kan være med på å fremme bedring. Jeg undret meg også over om det var noen viktige faktorer for bedring i en slik kontekst som ble oversett av profesjonelle hjelpere? Denne undringen resulterte i følgende forskningsspørsmål: 1) **Hvilke faktorer i behandling bidro til at du ble bedre?** Dette er et spørsmål som favner bredt, men jeg mener er et spørsmål som er åpent nok til at mange ulike perspektiver kan dukke opp.

Jeg er også nysgjerrig på hva det er som kan være med på å bidra til bedring for den enkelte etter avsluttet behandling. I en behandlingskontekst har pasienten ofte forholdsvis tett oppfølging av miljøpersonale og behandlere, de deltar kanskje i felles aktiviteter, og er i mindre grad eksponert for rusmidler. I samtalegruppa har noen pasienter tidligere beskrevet for meg at overgangen fra en behandlingskonteks til ”livet der ute” var veldig krevende for dem. Dette var ofte tilbakevendende tema i samtalegruppa, og dette var med på å gjøre meg nysgjerrig på hvilke faktorer det kan være som blir viktige i en sosial kontekst etter behandling i forhold til det å bli bedre. Mitt andre forskningsspørsmål ble derfor: 2) **Hvilke faktorer i den sosiale konteksten etter behandling bidro til at du ble bedre?** Dette er også et åpent spørsmål som favner bredt, men jeg tror den åpne formuleringen på begge forskningsspørsmålene kan bidra til å få frem en viktig variasjon i funn som kommer frem i denne studien.

1.2 Bakgrunn og kontekst for studien

Nasjonalt folkehelseinstitutt har nylig gjennomført en 5 års studie i Norge hvor en forsøker å tallfeste omfanget av ROP lidelser i Norge. Studien har sett på komorbiditeten av ruslidelse og samtidig psykisk lidelse hos mennesker som har blitt behandlet for schizofreni, bipolaritet og alvorlig depressiv lidelse. Funnene viser at hver 4. person som hadde en schizofrenidiagnose, og hver 5. person som hadde diagnosen bipolaritet, hadde ruslidelse i

tillegg. Hos dem som mottok behandling for alvorlig depresjon viste studien at en av ti personer også hadde en ruslidelse (Nesvåg et. al 2015). Studien sier imidlertid ikke noe om forholdet mellom alkoholbruk og samtidig ruslidelse, og den sier heller ikke noe om alle de ruslidelser som folk holder skjult. Psykiater og prosjektleder for studien, Harald Nesvåg, sier nylig i et intervju til NRK at tallene fra studien antagelig er høyere på grunn av underrapportering (Nesvåg 2015).

Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP lidelse. Retningslinjene er utarbeidet for å være toneangivende for hva som er god praksis knyttet til denne pasientgruppen, og spesialisthelsetjenesten er pålagt i størst mulig grad følge de nasjonale retningslinjene. Anbefalingene i retningslinjene er basert på vitenskapelig kvantitativ forskning med randomiserte kontrollerte forsøk og metaanalyser, men også kvalitativ forskning i noen grad. Retningslinjene sier noe om bedringsprosesser i sin anbefaling nummer 37.

Når det er etablert en god relasjon, er det vesentlig at man har et helhetlig perspektiv på pasientens tilfriskning. Målet er å finne pasientens egne ressurser når det gjelder å finne meningsfylt aktivitet, få jobb, øke det sosiale nettverket, løse økonomiske og boligmessige behov for å øke livskvalitet og selvfølelse (Prochaska et.al 1992). Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres (ROP retningslinjen 2012, anbefaling 37: 58).

Når jeg bringer inn begrepet bedringsprosesser i denne studien gjøres det med utgangspunkt i en kunnskapssammenstilling om begrepet. Kunnskapssammenstillingen er utarbeidet ved Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid NAPHA 2013). Arbeidet har vært gjennomført av professor Marit Borg, professor Bengt Karlsen og bibliotekarleder Anne Stenhammer, alle tilhørende Senter for rus og psykisk helse ved Høgskolen i Buskerud. Noe av hovedpoenget med dette arbeidet var å se nærmere på hvordan bedringsprosesser/ recovery beskrives i bruker-, forsknings- og fagmiljøer, og dermed forsøke å tydeliggjøre en mer enhetlig forståelse av begrepet. En definisjon på bedringsprosesser hentet fra denne kunnskapssammenstillingen er:

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

1.3 Selvhjelpsgrupper

I Norge er det mange rusavhengige som benytter seg av selvhjelpsgruppene AA (Anonyme alkoholikere) og NA (Anonyme narkomane) i sine bedringsprosesser. AA ble etablert i USA i 1935, og etter hvert har det kommet flere lignende bevegelser som for eksempel NA som har tilnærmet lik funksjon. AA beskriver rusavhengighet som en kronisk og livslang sykdom. Selve fundamentet for AA er 12 trinns filosofien, som kort fortalt består av at den rusavhengige innrømmer sitt rusproblem og søker hjelp for det, og at den rusavhengige foretar en selvransakelse og gjør opp for seg selv. AA sine grunnleggere hadde fra starten av en tilknytning til en kristen gruppe (Oxford bevegelsen), og mye av AA sitt tankegods i forhold til å utvikle de 12 trinn er arvet fra denne tradisjonen (Vederhus 2010). I dag er imidlertid Gudsbegrepet i de 12 trinn åpnet opp og betyr nå ” Gud slik vi selv oppfatter ham”. Vederhus poengterer at selve prinsippet i de 12 trinn og Gudsbegrepet handler om at den enkelte deltager utfordres til å stole på noen eller noe utover seg selv (ibid: 18). I selvhjelpsgruppene er det også innarbeidet en fadderordning (en sponsor) hvor de nye medlemmene kan få veiledning og hjelp også utenfor møtene. Sponsoren er et mer erfarent medlem som har vært rusfri noe tid.

1.4 Begrepsavklaring

Når jeg bruker begreper som pasient, psykisk lidelse og ruslidelse er dette begreper som bærer preg av et medisinsk psykiatrisk perspektiv på psykisk helse. Denne tradisjonen har sine røtter i naturvitenskapen, og har som hovedfokus å finne frem til den rette diagnose som igjen er med på å legge føringer for hvilken type behandling som skal tilbys. Mye av den individual terapien som gjøres i psykiatrien er påvirket av psykodynamisk tenkning (Haugsgjerd et. al 2010: 183). I det moderne psykiske helsevernet i Norge er det preferanser for hvilke behandlingsmodeller som anses for å være god praksis. Nasjonale og internasjonale retningslinjer for hvordan mennesker som har ulike typer lidelser og sykdommer bør forstås og behandles er med på å forme behandlingsmodeller, og retningslinjene skaper også en forforståelse, både hos terapeuter og pasienter.

Bedringsprosesser / recovery

Recovery, eller bedringsprosesser som det kalles på norsk, kalles både for en modell, en tilnærming eller et erfaringsbasert kunnskapsfelt. Begrepet har mange likheter med begrepene empowerment, resiliens, rehabilitering og salutogenese (NAPHA 2013: 9).

I denne masteroppgaven bruker jeg oftest begrepet bedringsprosesser som er det norske ordet for recovery. Begrepet recovery brukes imidlertid av noen fagfolk og brukere også i Norge, derfor benytter jeg recovery begrepet i noen sammenhenger hvor jeg presenterer aktuell forskning og teori der forfatterne jeg viser til bruker det engelske begrepet.

Ruslidelse

Begrepet ruslidelse bruker i denne sammenheng der personen oppfyller diagnostiske kriterier for rusavhengighet i det internasjonale diagnosesystemet ICD-10 (International Classification of Diseases). Informantene i studien oppfyller diagnostiske kriterier i ICD-10 for rusavhengighet.

Ruslidelse og samtidig psykisk lidelse (ROP lidelse)

I dette begrepet inkluderer jeg mennesker som har fått diagnose rusavhengighet i ICD -10 og som i tillegg til dette har fått diagnostisert en psykiatrisk diagnose i ICD-10. Psykiatriske diagnoser de har fått kan være bipolar lidelse, schizofreni, post traumatisk stresslidelse (PTSD), psykose, alvorlige personlighetsforstyrrelser som paranoide, schizoide, antisosiale, og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (ROP retningslinjen 2012: 32). Det er viktig å understreke at ROP pasienter ikke er å anse som en ensartet gruppe mennesker, men mennesker som har en rusavhengighetsdiagnose og i tillegg ulike typer psykiatriske diagnoser.

Pasient

Jeg bruker i noen grad begrepet pasient i denne oppgaven, dels fordi jeg arbeider i en sykehuskontekst, men også fordi jeg ofte viser til helsedirektoratets retningslinjer som bruker pasientbegrepet i sine anbefalinger. Informantene i studien har tidligere vært pasienter i spesialisthelsetjeneste/kommunehelsetjeneste.

Behandling

Begrepet behandling forstås i denne studien til å være innenfor spesialisthelsetjeneste eller kommunehelsetjeneste.

Sosial kontekst

Begrepet sosial kontekst betyr i denne sammenheng de sosiale sidene ved livet, de sosiale arenaer vi lever våre liv i; eksempelvis familie/nettverk, arbeidsplass eller studiested, i kirka, på treningsstudioet osv.

1.5 Oppbygging av oppgaven

I kapittel 2 vil jeg i først introdusere leseren for aktuell forskningskontekst. Jeg vil i dette kapitlet vektlegge aktuell forskning knyttet til bedringsprosesser og vektlegger da noen av Marit Borg sine arbeider. Jeg presenterer også her en fersk litteraturstudie om bedringsprosesser og ROP lidelse av Ottar Ness, Marit Borg og Larry Davidson. I kapittel 3 presenterer jeg leseren for den faglige konteksten som ligger til grunn for studien. Dette er en masteroppgave i familieterapi og systemisk praksis, og teorier fra denne fagtradisjonen vil derfor vektlegges. Av familieterapeutiske retninger er jeg særlig inspirert av den narrative retningen og også den språkssystemiske retningen, og noen hovedtrekk fra disse retningene vies dermed også noe plass i dette kapitlet. I kapittel 4 redegjøres det for mine metodiske valg samt analysemetoden systematisk tekstkondensering, og i kapittel 5 presenteres studiens funn. Kapittel 6 er studiens diskusjonsdel, hvor funnene drøftes i lys av tidligere presentert teori. Implikasjoner for praksisfeltet og svakheter ved studien er også å finne i diskusjonskapitlet.

2.0 Forskningskontekst

Dette kapitlet har som formål å presentere noe av den forskningen som er relevant for studien. Det finnes generelt lite forskningsstudier på mennesker med ROP lidelse og deres bedringsprosesser i motsetning til forskning på bedringsprosesser på rusavhengige som en gruppe og mennesker med psykisk lidelser som en gruppe (Ness et. al 2014). Dette til tross for at det er mange mennesker som har ROP lidelse.

2.1 Forskning om bedringsprosesser

Marit Borg er professor ved Høgskolen i Buskerud og hun publiserte i 2007 en doktorgrad som handlet om brukeres erfaringer med bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser (Borg 2007). Et sentralt funn her var hvor betydningsfullt hverdagslige trivialiteter viste seg å være for den enkeltes bedringsprosess (Borg 2010). Borg beskriver hvordan det hverdagslige blir så selvfølgelig at det dermed får lite oppmerksomhet av fagfolk. Hun sier også noe om hvordan informantene i studien snakket om hvor viktig det var for dem å kunne føle seg normal som folk flest, og hvor viktig det var å bli sett på som normal av andre, og ikke minst forstå seg selv som en alminnelig samfunnsborger. Hun gir et eksempel på hvordan en av hennes informanter for eksempel hatet å si høyt på bussen at hun var uførepensjonist, fordi dette minnet henne på at hun var annerledes. Borg mener at følelsen av å føle seg annerledes er veldig ubehagelig for mange mennesker (ibid). Marit Borg har skrevet en rekke artikler og bøker om temaet bedringsprosesser, og hun var også en av forskerne bak NAPHA sin kunnskapssammenstilling om recovery begrepet.

Sett i forhold til en forskningskontekst er bedringsprosesser og kunnskap om den utviklet gjennom personers levde erfaringer med psykisk helse og deres personlige erfaringer om bedring (NAPHA 2013: 10). Mange personer har fortalt om sine erfaringer med å få en psykisk lidelse og å komme seg av den, og Borg hevder at denne kunnskapen fra brukermiljøene har vært helt avgjørende for å forstå begrepet bedringsprosesser (Borg 2009: 452). I Norge har psykolog Arnhild Lauveng vært en viktig bidragsyter i denne sammenheng. Lauveng var innlagt i mange år i psykiatrien med diagnosen schizofreni, men arbeider i dag som psykolog og forfatter. Hun har utgitt flere bøker og artikler, hvor hun beskriver viktige faktorer i sin bedringsprosess (Lauveng 2006).

2.1.1 Bedringsprosessen som en personlig prosess

Recovery presenteres i forskningslitteraturen både som en personlig prosess og som en sosial kontekstuell prosess (Ness et. al 2014). Recovery som en personlig prosess kan defineres slik:

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

Det handler om å få tilbake en selvkontroll over livet sitt og sette seg selv i stand til det, og at ingen skal gis merkelappen så kronisk syk at en ikke kan leve et selvstendig liv som er meningsfullt og verdig i sitt valgte lokalmiljø. Recovery som personlig prosess bygger på en grunnleggende holdning om at vi alle er en del av den samme menneskeheten, med samme rettigheter, ressurser og med en kompetanse, og at vi alle har et vekstpotensiale som mennesker (NAPHA 2013: 11).

2.1.2 Bedringsprosessen som sosial prosess

Recovery defineres også i forskningslitteraturen som en sosial prosess, da det i det personlige aspektet finnes noen sosiale betingelser for recovery. Sosiale faktorer som fremmer recovery kan forklares som de sosiale strukturene i samfunnet som bidrar til at personer utvikler en identitet utenfor problemene sine. Personene og omgivelsene rundt personen er i et dynamisk forhold til hverandre, og må derfor ses og forstås i en sammenheng (NAPHA 2013). Dette er for en systemisk familierapeut kjente grunnlagsteoretiske betraktelser i systemteori.

Steven J. Onken, en Amerikansk professor ved Universitetet i Hawaii, har sammen med kolleger fra andre universiteter i Amerika publisert en artikkel i tidsskriftet "Psychiatric Rehabilitation Journal", hvor de der blant annet definerer recovery som en sosial prosess slik:

Recovery is multidimensional, fluid, nonsequential, complex, and permeates the life context of the individual, with some elements linked primarily to the individual and others that are more deeply infused with the role of the community to provide resources and opportunities to individuals as they embark on a recovered journey. All elements of recovery involve interactions and transactions between the individual and community and within society (Onken et al 2007: 10).

Professor Onken og hans kolleger beskriver i denne definisjonen at interaksjoner mellom individet og samfunnet er å finne i alle elementer av bedringsprosesser. Et menneske kan ikke bli bedre helt alene, det skjer ved hjelp av og i samspill med andre mennesker og i sine omgivelser. Omgivelsene spiller en viktig rolle, og det er en viktig faktor for bedring at livet til den enkelte leves i en støttende sosial kontekst. Slike støttende kontekster kan for eksempel være på jobben, på fotballarenaen, treningssenteret, puben, parken, bingoen osv. Felles for slike sosiale arenaer er at det er gode recovery arenaer hvor det vanlige livet leves og hvor man kan øve seg på å være et helt menneske og finne mening i sin tilværelse (NAPHA 2013: 18).

2.1.3 Bedringsprosessen som klinisk resultat

Recovery kan også defineres som et resultat eller klinisk recovery. Denne bruken av begrepet innbefatter den profesjonelle behandlingskonteksten sin bruk av begrepet når de for eksempel forsøker å utvikle verktøy for å måle behandlingseffekt (NAPHA 2013: 16). Målingsverktøy som brukes i en klinisk recovery er for eksempel RAS; Recovery Assessment Scale eller IMR; Illness Management and Recovery Scales. Dette er begge målingsverktøy som kartlegger, måler og evaluerer personorientert recovery (ibid: 35). Forfatterne av kunnskapssammenstillingen til NAPHA understreker at det pågår en diskusjon i fagmiljøene om hvorvidt recovery i det hele tatt skal måles (ibid: 34).

2.2 Aktuell forskning om bedringsprosesser og ROP lidelse

Høsten 2014 ble det publisert en litteraturstudie om ROP lidelse og bedringsprosesser i tidsskriftet "Advances in Dual Diagnoses", forfattet av Ottar Ness, Marit Borg og Larry Davidson. Hensikten med studien var å forsøke å identifisere hva som ROP pasienter selv opplevde at hemmet og fremmet deres bedringsprosess slik det fremsto i forskningslitteraturen (Ness et. al 2014). Metoden som ble benyttet var en systematisk tematisk tekstkondensering tilslutt basert på 7 aktuelle studier som omhandlet bedringsprosesser hos ROP pasienter. Studiens funn viser at det er særlig tre områder som er viktige i en bedringsprosess hos mennesker med ROP lidelse, 1) meningsfullt hverdagsliv, 2) fokus på ressurser og 3) fremtidstro og reetablering av et sosialt liv. Denne studiens funn anses som særlig aktuell for min studie, og funnene utdypes derfor ytterligere.

1) Meningsfullt hverdagsliv

I 6 av de 7 studiene som ble gjennomgått beskriver informantene hvor viktig det er å ha et meningsfylt liv. Et meningsfylt liv kunne være seg den verdien det er å ha et arbeid, delta i sportsaktiviteter eller for eksempel besøke sine venner. Sagt på en annen måte var det å ha noe å fylle hverdagen sin med, noe som var interessant og som var meningsfylt å holde på med viktig, fordi dette ga en mening i den enkeltes hverdag. Forskerne beskriver også hvordan disse erfaringene var med på å gi den enkelte en følelse av velvære. Forskerne peker også på hvordan det å gjennomføre hverdagsrutiner ga en følelse av ”å være en del av samfunnet”(ibid).

2) Fokus på ressurser

En annen viktig faktor for bedring var den enkelte person sin tro på egne evner til å klare å komme seg videre. Forfatterne beskriver hvordan fremtidstro og optimisme hos den enkelte gjorde en forskjell. De nevner også hvordan utsagn som å ” ta en dag av gangen” gikk igjen i materialet, samt at håp om bedring hos den enkelte også var en vesenlig komponent i bedringsprosessen (ibid).

3) Reetablere et sosialt liv og ha støttende relasjoner.

I 6 av de 7 gjennomgåtte studiene fremheves det at det er en viktig komponent i bedringsprosessen å reetablere et sosialt liv og ha støttende relasjoner i livet sitt. Forfatterne beskriver at det å være en del av et sosialt nettverk blir som en motsats til følelser av ensomhet og kjedsomhet. I forhold til det å ha støttende relasjoner i livet sitt innebar dette å kjenne seg akseptert som ”den jeg er”, og at noen andre har tro på meg. I tillegg var det viktig at de gode relasjonene ”var der” for den andre (ibid).

Forfatterne av denne studien beskriver hvordan stigmatisering i samfunnet kan tenkes at påvirker personer som har en ROP diagnose. De understreker at ROP pasienter ofte kan føle på en skam og at dette bidrar til at de antagelig forsøker å skjule sine problemer så lenge som overhodet mulig. Selvfølelsen hos den enkelte preges av ideer om at de tenker at ”samfunnet ser ned på dem”, og at de er vanskelige å hjelpe. Forfatterne trekker også frem verdien alle mennesker har av å delta i meningsfulle aktiviteter og hvordan ønsket om å høre til er universelt for alle mennesker, og at dette ikke noe som kun gjelder dem med en ROP lidelse. Sist men ikke minst understreker forfatterne hvor viktig det er at terapeuter eller andre hjelpere inntar en samarbeidende holdning og forsøker å nærme seg en likeverdig relasjon, og

de trekker forbindelser til en dialogisk tilnærming når de sier at terapeuter og hjelpere bør tilstrebe å tenke på de berømte ordene til Tom Andersen ”*Who should be talking with whom, when, Where, and about What*” (ibid: 113).

En annen viktig bidragsyter på forskningsfeltet i forhold til bedringsprosesser og ROP lidelse er Larry Davidson. Han har sammen med flere forskerkolleger blant annet utarbeidet en modell som har til hensikt å beskrive hva som kan tenkes at er viktige momenter i en bedringsprosess for mennesker med ROP lidelse. Modellen er utviklet ved å sammenfatte eksisterende bedringsmodeller fra psykisk helse feltet og fra rusfeltet, og dette er gjort i samarbeid med begge brukergruppene. Noen av de komponentene som ifølge Davidson blir viktige i en slik integrert bedringsmodell for mennesker med ROP lidelse er blant annet; å bli en aktør i samfunnet, å overkomme stigma, få tilbake en følelse av kontroll, å kunne forstå seg selv og fortsette å ha fokus på egen bedringsprosess, involvere seg i lokalmiljøet og finne seg et eget miljø (en nisje), samt finne tilbake til en trygghet og inneha et håp om å bli stadig bedre (Davidson et. al 2008).

2.4.1 Andre relevante studier

Patricia E. Deegan er en anerkjent amerikansk forsker og psykolog som har publisert en rekke artikler om recovery perspektivet i psykisk helse. Deegan fikk selv en schizofreni diagnose da hun var ung. I 2005 gjennomførte hun en kvalitativ studie hvor hun intervjuet 29 personer som hadde fått ulike typer psykiatriske diagnoser. Et viktig funn i denne studien var informantenes beskrivelser av egne personlige strategier de benyttet seg av i sin bedringsprosess, og virkningen dette hadde på dem. Deegan kalte disse strategiene for *personlig medisin*, og personlig medisin er ifølge Deegan å forstå som aktiviteter som gir livet mening og som hever selvfølelsen, som reduserer symptomer, og som har en positiv effekt på tanker og humør. Deegan formidler i samme artikkel hvordan det å fokusere på personlig medisin for den enkelte implisitt også betyr at en tar en aktiv rolle i sin egen bedring (Deegan 2005).

Forskning viser også at det er grunn til å hevde at det faktisk hjelper å gå i selvhjelpsgrupper i forhold til det å holde seg rusfri. I USA er det gjennomført flere metastudier som bekrefter at rusbruk reduseres og også at bruken av formalisert behandling reduseres ved å delta i selvhjelpsgrupper (Vederhus 2010). I 2005 gjennomførte Vederhus og Kristensen en studie i Norge som ble publisert i tidsskriftet for den norske lægeforening, hvor hensikten med studien

var å undersøke hvilken effekt oppstart i selvhjelpsgrupper hadde i forhold til rusfrihet. Inkludert i denne studien var 114 pasienter, hvor samtlige informanter startet opp i selvhjelpsgruppe (AA og NA) i forbindelse med en 12 trinns basert rusbehandling. Funnene viste at det var en betydelig forskjell med hensyn til fortsatt rusfrihet etter 6 måneder for de som deltok jevnlig i selvhjelpsgrupper i forhold til de som ikke deltok (81 % versus 23 %). Dermed konkluderte de med at det bør legges til rette for at pasienter som starter i en behandling også bør motiveres til å delta i selvhjelpsgrupper som et viktig supplement til behandling (Kristensen og Vederhus 2005). I USA finnes det egne selvhjelpsgrupper for mennesker med ROP lidelser (Vederhus 2010). I en studie fra USA ble ROP pasienter som gikk fast på ROP selvhjelpsgrupper (n=277) fulgt over et år i forhold til å kartlegge effekt og nytte den enkelte opplevde å få ved å delta i en ROP selvhjelpsgruppe versus en ordinær 12 trinns selvhjelpsgruppe. Funnene fra denne studien beskriver flere forhold som var av betydning for dem som gikk i en ROP gruppe og et av funnene var at de opplevde det som positivt å kunne møte andre med tilsvarende problematikk og identifisere seg med dem. Det var også et funn i studien som pekte mot at deltagerne i ROP gruppe også opplevde det som positivt å ha mer fokus på den psykiske helsen. Det viste seg at både det å få nyttig informasjon om psykisk helse, men også en mulighet til å snakke om egen psykisk helse, var av betydning (Laudet et. al 2007).

3.0 Faglig kontekst for studien

Dette er en masteroppgave i familierapi og systemisk praksis, og funn fra studien vil derfor hovedsakelig drøftes i lys av teori fra systemisk familierapi. Systemisk familierapi har sine røtter i sosialkonstruksjonismen, som hevder at virkeligheten konstrueres i språket. Sosialkonstruksjonisme som epistemologi gjøres ytterligere rede for i metodekapittelet.

3.1. Hva er familierapi?

Wifstad mener det er vanskelig å finne konkrete kjennetegn på hva familierapi faktisk er, hvor han hevder at ”faget familierapi er mange ting” (Wifstad 2001: 75). Noe av det samme beskrives også av Håkon Hårtveit og Per Jensen hvor de sier: ”Det er som å fortelle om musikk, som å tegne en sirkel med rette streker” (Hårtveit og Jensen 2008: 17).

Familierapifeltet slik det fremstår i dag har utviklet seg i mange ulike retninger, men det finnes likevel en rekke fellesnevner og prinsipper som er med på å synliggjøre hva som er av grunnleggende ideer i faget familierapi (Wie Torsteinsson og Johnsen 2012: 15). En grunnleggende ide i familierapi er forståelse av psykiske problemer som problemer mellom mennesker – ikke som problemer ved det enkelte individ. Forfatterne Wie Torsteinsson og Johnsen beskriver at ”problemer er noe som vi er sammen om, som vi strever med i et fellesskap og som vi har mulighet til å løse sammen” (ibid: 16). Det er også en grunnleggende ide at et menneske ikke alene er bærer av et problem, men at alle i systemet (familien) deler problemet. En annen fellesnevner for faget familierapi er ideen om sirkularitet, hvordan forståelse av problemer utforskes i en sirkulær sammenheng. Jensen og Ulleberg sier følgende om å fokusere på sirkulære samspill:

Ved å fokusere på det sirkulære samspillet vi er en del av fremfor egenskapen ved den andre, kan vi få en ny måte å tenke og tolke kommunikasjonen på. Analyseenheten blir relasjonen, samspillet og kommunikasjonen, og mulighetene for løsning av problemet eller endring i kommunikasjonen kan bli flere (Jensen og Ulleberg 2011: 26).

Familierapifeltet har som nevnt utviklet seg i mange retninger siden 1950 tallet, her kan nevnes strukturell familierapi, språkssystemisk retning, narrativ terapi og en strategisk og løsningsfokuset familierapi. Det epistemologiske utgangspunktet for dem alle er å finne i postmodernismen og da i konstruksjonisme. Odd Arne Tjersland beskriver i en artikkel i Fokus på Familien i 1989 at familierapeuter med sitt konstruksjonistiske standpunkt

tenderer til å bite seg selv i halen, ved å ikke mene noe om noe som helst (Tjersland 1989: 13). I tidsskriftet "Fokus på familien" 01/2015 beskriver Rolf Sundet at familieterapien er i ferd med å marginaliseres i en diagnosefokuset helsetjeneste. Sundet understreker i artikkelen hva han tenker familieterapi handler om og han beskriver da at det er en vesensforskjell for både klienten og terapeuten å snakke om en annen person i en individuell terapi, enn det å snakke om denne personen når han /hun sitter i samme rom (Sundet 2015: 9).

3.1.2 Gregory Bateson

En av grunnleggerne for faget familieterapi er sosialantropologen og biologen Gregory Bateson. Gregory Bateson forsket og skrev i over 50 år, og arbeidene hans omfatter alt fra antropologiske avhandlinger, genetisk forskningsfilosofi, biologi, psykiatri, økologi og familieterapi (Lock og Strong 2014: 224). Bateson slo seg aldri helt til ro på noe områdene, men mange av hans arbeider har påvirket familieterapifaget i stor grad (ibid: 224). Bateson knyttet på 1950 tallet til seg et forskerteam ved Mental Research Institute (MRI) ved Palo Alto i California. Dette forskningsteamet besto av kommunikasjonsforskeren Jay Haley, legen William Fry, antropologen John Weakland og etter hvert psykiateren Don Jackson (Hårtveit og Jensen 2008: 30). Bateson og hans forskerteam utviklet her blant annet "double bind" hypotesen. Dette var en ny og banebrytende teori som understreket hvilken rolle kommunikasjon spilte for utviklingen av schizofreni. Bateson publiserte en rekke artikler og hans berømte bok "Steps to an ecology of mind" er ifølge Wie Torsteinsson og Johnsen å anse som familieterapiens bibel (Wie Torsteinsson og Johnsen 2012: 26). Bateson er blant annet opptatt av å se på sammenhenger og mønstre i naturen, hvordan mennesker og dyr og planter har sammenheng og hvilke mønstre som binder forskjellige deler av naturen sammen (Jensen 2009: 28). Bateson hevder at det ikke eksisterer et skille mellom mennesket og naturen, fordi det er mønstre som forbinder dem - og naturen er derfor integrert i mennesket. Når vi da for eksempel forurenses en innsjø så skjer det noe mer enn at vi forurenses, det skjer noe mentalt med oss (Ølgaard 2012: 211):

You decide that you want to get rid of the bi-product of human life and that Lake Erie will be a good place to put them. You forget that the eco mental system called Lake Erie is a part of your wider eco-mental system – and that if Lake Erie is driven insane, its insanity is incorporated in the larger system of your thought and experience (Bateson 1972: 492).

Dersom vi forstår naturen som noe som vi kan bruke og ikke som noe som vi står i en relasjon til, kan dette føre til uopprettelige skader i disse relasjonene og deres mønstre (Lock og Strong 2014: 229).

Fanny Morell og Lisa Koser forklarer i en artikkel i "Fokus på familien" hvordan Bateson er opptatt av det relasjonelle forholdet som det som er det viktige. Hvor de sier følgende:

Bateson menade at kunskap er relationell- inget går at forstå lösryct utan alt er i relation til annat. Det er et tankefel att t ex hevda at opium er sovande. Opium er inte sovande i sig sjalv. Det sover innta stenar: derimot sover opium manniskor. Manniskor sjølva er inte søvda/bedövade i sig sjalva. Det er i relationen manniska och opium som søving/ bedövning oppstår (Marell og Koser 2015: 46).

Bateson skrev på et tidspunkt et essay i boken "Steps to an ecology of mind" om alkoholisme med tittelen "The cybernetics of "self": A theory of alcoholism", hvor han der presenterer noen ideer om alkoholisme og alkoholikerens selvforståelse (Bateson 1971). I overskriften til essayet skriver han "the cybernetics of self", og her forsøker Bateson ifølge Ølgaard å gjøre et poeng ut av at individet (selvet) er viklet inn i en et større kommunikasjonsnettverk som det er en uløselig del av (Ølgaard 2012: 250). Bateson hadde i utgangspunktet fått et oppdrag der han skulle skrive et system teoretisk essay om alkoholisme ut fra datamateriale han hadde fått tilgang på fra organisasjonen AA (anonyme alkoholikere). Han skriver i artikkelen at han likevel ikke kunne unngå å bli opptatt av selve organisasjonens AA sin kontekst og deres premisser. Bateson stiller seg positiv til deler av AA sitt behandlingsprogram, og han kaller de 12 trinn for AA sin teologi. Noe av det han fremhever ved AA er deres bruk av begrepet "en høyere makt", og Bateson mener at dette i kybernetikken kan omskrives til at selvet er noe som er en del av noe større (Ølgaard 2012: 248). Ifølge Ølgaard tillegger Bateson relasjonen mellom del og helhet en betydning også i forståelsen av alkoholisme, og viser til Batesons følgende utsagn i boken Steps:

Det er vikitgt at se en bestemt ytring eller handling som en del av det økologiske subsystem, der kaldes konteksten, og ikke som produktet eller virkningen af resten av konteksten, efter at det stykke, vi ønsker at forklare, er skåret ud (Ølgaard 2012: 251).

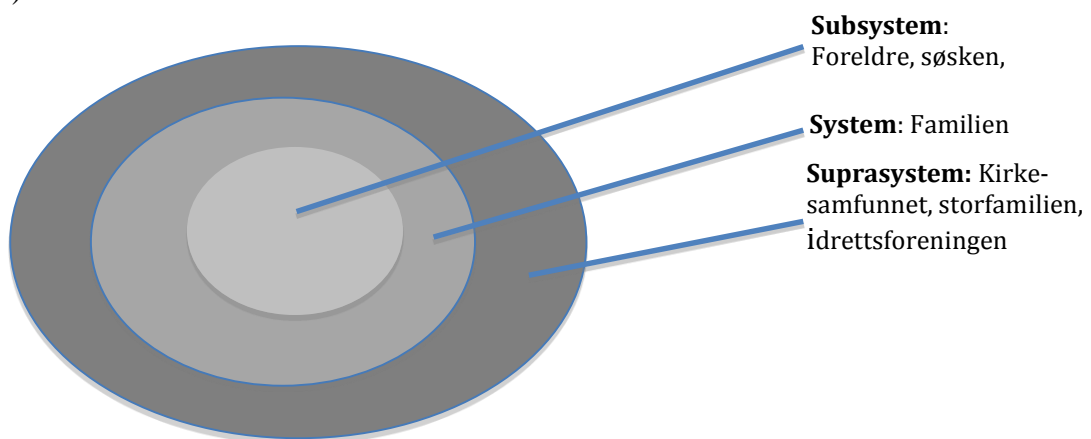
Alkoholikeren må forstå seg selv som en del av et større hele. Først da mener Bateson at forandring kan inntreffe. Dermed blir kampen som alkoholikeren kjemper mot seg selv og

etter hvert verden, en kamp han er dømt til å tape, om han ikke endrer innfallsvinkel og slutter å forsøke å være herre i sitt liv alene (Bateson 1971).

3.2 Systemteori

Familieterapien har hentet mye av sin grunnlagsteori fra systemteorien. Dette er en teori som kortfattet forstår et system som mer enn summen av delene, og i en overført betydning til familien betyr dette at en familie er mer enn en samling individer. To systemer blir definert som et sett komponenter eller enheter som interagerer med hverandre. Et åpent system utveksler energi og informasjon med sine omgivelser, og det står da i et gjensidig forhold til omgivelsene på alle måter og er et system som er en del av et større hele (Jensen 2009: 52-53). Sagt på annen måte er systemteori opptatt av kontekst, og kontekstens betydning for systemet, og en forstår dermed et system i en kontekstuell ramme. Per Jensen beskriver en kontekstuell forståelsesramme som systemer som står i et forhold til andre systemer; suprasystemer og subsystemer. Et eksempel på dette kan være familien som også er medlem av en storfamilie, en idrettsorganisasjon og kanskje et kirkesamfunn. Dette blir suprasystemer som interagerer med familiesystemet (Jensen 2012: 52). Subsystemer finnes i ethvert system, og forklares ifølge Jensen slik:

”Et subsystem adskiller seg fra andre subsystem ved at samhandlingen komponentene imellom er forskjellige fra samhandlingen mellom komponentene i andre subsystem” (Jensen 2009: 53)



Kopi av Figur 3.2 De tre systemnivåer (Jensen 2009: 53)

I denne studien hvor tema er bedringsprosesser har det vært interessant å se nærmere på hvordan systemteorien forklarer forandring. Et sentralt begrep innenfor systemteori som sier noe om dette er feedbackprosesser. Kort fortalt er dette en ide om at systemer hele tiden er i interaksjon med andre systemer, og at systemene får tilbakemeldinger som enten bidrar til at

stabilitet opprettholdes (negativ feedback) eller får tilbakemeldinger som gjør at systemet endrer seg (positiv feedback). Feedbackprosesser forstås i en sirkulær sammenheng i den kontekst systemet befinner seg i (ibid: 29).

Systemteoretikerene fra MRI Institute; Paul Watzlavick, John Weakland og Richard Fish har skrevet en bok som omhandler forandring og introduserer og beskriver her begrepene *første* og *annen ordens forandring* (Watzlavick et. al: 1980). Kort fortalt er *første ordens forandring* forandringer som finner sted innefor et system sin forståelsesramme, for eksempel helsesøster som gir råd til de nybakte foreldrene om hvordan barnet deres bør sove. Foreldre følger rådet og forandring inntreffer og dermed er problemet løst (Jensen 2009: 39). Ved *annen ordens forandring* skjer forandring fordi det letes frem nye, gjerne ulogiske forståelsesrammer utenfor systemet sin forståelsesramme. Den forståelsen vi har av et problem er ikke tilstrekkelig for å kunne løse problemet, og dermed må forståelsesrammen utvides eller forandres (Ibid: 39). Watzlavick et. al beskriver annen ordens forandring slik:

Men når det inntreffer en annen ordens forandring, blir det vanligvis betraktet som noe ukontrollerbart, til og med noe ubegripelig, et tilfeldig sprang, noe det plutselig blir kastet lys over og som uten forutsigelse dukker opp på slutten av et langt, ofte skuffende åndelig og følelsesmessig arbeid (Watzlavick et. al 1980: 42).

3.3 Familieterapifeltet og bedringsprosesser

To artikler som er særlig relevant for denne studiens tema er Diane Gehart`s to publiserte artikler fra 2012 i tidsskriftet ”Journal of Marital and Family Therapy”. Hun beskriver her hvordan recovery begrepet kan forstås og redegjør også for hva en recovery orientert praksis og tilnærming kan innebære for familieterapeuters praksis. Gehart hevder at det finnes mange fellesnevner i en recovery orientert tenkning og i systemiske teorier, og hun beskriver hvordan en recovery orientert forståelse har mange elementer av det systemiske tankegodset med seg. Hun illustrerer dette ved å hente frem teorier av blant annet Gregory Bateson, og understreker at recovery tenkning handler om en tilnærming og forståelse som er opptatt av den psykososiale funksjon hos mennesket. Gehart mener at recovery tenkningen i likhet med familieterapifaget ikke er særlig opptatt av medisiner og patologi. Hun hevder videre at recovery tenkningen i psykisk helse feltet bryter med det tradisjonelle medisinske psykiatriske perspektivet, og hun sier vi bør forstå recovery som et paradigmeskifte sådan. Der medisinen fokuserer på diagnoser, symptomer og medisiner fokuserer recovery på menneskets ressurser, og er ikke- patologiserende i sitt vesen (Gehart 2012). Gehart er inspirert av Steven J. Onken

og hans medforfattere sin artikkel fra 2007 om definisjoner av recovery og viser til hvordan Onken beskriver det kontekstuelle perspektivet i recovery tenkningen:

A fundamentally ecological systems framework, which involves viewing a person from an ecological perspective, with an eye towards examining how the individuals's unique characteristics interact with environmental elements (Gehart 2012: 431).

Denne beskrivelsen, slik jeg forstår den, handler om viktigheten av å se mennesket i en sosial kontekst, og at det bærer med seg en grunnleggende forståelse av at mennesket lever i et samspill i et miljø, og at dette miljøet er av betydning. Som tidligere nevnt kan ikke mennesket bli bedre helt alene, mennesket lever i samspill med sine omgivelser. Dette er helt på linje med, og også en grunnleggende tenkning i systemisk teori. Gehart beskriver i artikkelen hvordan familieterapeuter i årtier har vært opptatt av kontekst mer enn av person, og at endringer i konteksten er det som kan gjøre en forskjell. Gehart trekker linjer tilbake til Gregory Bateson og hans økologiske, sosiologiske perspektiver på mennesket.

Gehart plasserer recovery modeller som mest hjemme i en postmoderne og sosialkonstruksjonistisk tilnærming, og sier at recovery tradisjonen ser mennesket gjennom en postmoderne linse (ibid: 434). Dette forklarer hun med at det innenfor recovery perspektivet er viktig for den enkeltes bedringsprosess å dekonstruere de diskurser som er gjeldende i samfunnet når det gjelder psykiatriske diagnoser, og samtidig være opptatt av å utvide forståelsen av hvordan individets narrativer påvirkes. Onken beskriver noe av det samme i sin artikkel, hvordan personers narrativer forteller noe om hvilke diskurser i samfunnet de internaliserer i seg selv (Onken et. al 2007). Dette resulterer ifølge Onken til at mennesker definerer seg til å være annerledes enn de andre, ikke normal, ikke sunn, gal og så videre (Ibid). Både Onken og Gehart er tydelig inspirert av Michael White og viser i sine artikler til Michael White og hans utvikling av narrativ teori og praksis.

Brukermedvirkning er et sentralt element i recovery orientert tekning og Gehart mener dette også er et bærende element i en samarbeidende språkssystemisk tilnærming innenfor familieterapifeltet (Gehart 2012). Terapeuten er ikke en ekspert, og en samarbeidende tilnærming til klienten er viktig for å kunne utforske sammen hva klienten behøver hjelp til. Narrativ teori og samarbeidende språkssystemisk tilnærming blir presentert ytterligere i følgende avsnitt.

3.4. Narrativ teori

Det narrative perspektivet har sitt utgangspunkt i to nysgjerrige terapeuter; Michael White og David Epston, som på begynnelsen av 1980 tallet eksperimenterte seg frem til en metode og en teori som kort fortalt handler om de utallige historier vi mennesker forteller både til oss selv og hverandre, og hvordan disse historiene får en betydning for vår meningsdannelse. Epston og White var blant annet inspirert av kommunikasjonsideene til Bateson og også idehistorikeren Michel Foucault og hans arbeider med begrepet makt og sosial disiplinering (Lundby 2009: 26). De var opptatt av hvordan vi ved hjelp av historiene vi forteller lager mening av og i det som skjer med oss i våre liv (Wie Torsteinsson og Johnsen 2012). Den danske psykologen Anette Holmgren definerer essensen i narrativ terapi slik:

Narrativ terapi handler om å fylle sidene i en persons roman med mer av det allerede levde livet. Det handler om å skrive inn flere av de erfaringene, ferdighetene og intensjonene et menneske har sanket gjennom sin bestrebelse på å ”overleve” livet, og dermed nyskrive personens fortelling (Holmgren 2010: 36).

Historiene vi forteller har en innvirkning på hvordan vi forstår oss selv, og er derfor uløselig knyttet til identitet. Jeg forteller i fortellinger frem informasjon om hvem jeg er og finner en mening med fortellingen som implisitt understreker hvem jeg er og egenskaper jeg har. Holmgren er opptatt av hvordan vi mennesker konstruerer vår selvforståelse i samspill med våre omgivelser, og beskriver hvordan vi etablerer identitetskonklusjoner. Hun forklarer begrepet identitetskonklusjoner som den selvoppfatningen man trekker ut av begivenhetene og hendelsene man har tatt del i, og som internaliseres og blir til dominerende identitetskonklusjoner. De dominerende identitetskonklusjonene får en makt fordi de blir en del av en fortolkningsramme for nye erfaringer som et menneske gjør seg.

Det er også en kulturell kontekst som har betydning for hvordan vi etablerer vår selvforståelse. Vi er født inn i en kulturell kontekst hvor det ligger utallige diskurser som påvirker oss i hvordan i kategoriserer og organiserer våre meningsdannelser. Det er diskurser som forteller oss hva som er rett og galt, hva som er å være vellykket eller mislykket. For eksempel er jeg som småbarnsmor farget av utallige diskurser som påvirker min selvforståelse i forhold til om jeg oppfatter meg selv som en god mor eller som en dårlig mor. Ofte er det i tillegg slik at personens personlige verdier ligger tett opp til de diskurser som en forsøker å leve opp til. I narrativ terapi er det viktig å bli oppmerksom på noen av de diskursene eller verdiene som styrer handlingene mennesket gjør. Det er i narrativ terapi ikke et poeng å styre mennesker bort fra en kulturell kontekst eller sine verdier, men heller å gjøre dem

oppmerksom på denne kulturelle ”målestokken ”som bidrar til de valgene en tar og den selvoppfattelse en har. Denne oppmerksomheten kan bli en oppdagelse av hvordan valg formes, hvordan mine fortellinger fortelles, og dermed bidra til en utvidet forståelse av hvorfor jeg oppfatter meg selv slik jeg gjør (Holmgren 2010: 220).

Mange mennesker kommer i terapi med historier om avmakt, følelsen av å ikke være god nok eller at de føler seg utilstrekkelige. I narrativ terapi brukes begrepene tynne og tykke historier. En tynn historie kan beskrives som en historie som skjuler mange andre historier fordi den er trang og har blitt til en sannhet. For eksempel kan jeg fortelle en historie til en terapeut som handler om at jeg er ikke klarer å bli rusfri fordi jeg ikke takler abstinensplagene. Eksemplet ”jeg klarer ikke bli rusfri” er en slik tynn beskrivelse, og den utelater mange historier som ikke fortelles. En narrativ terapeut ville i dette eksempelet sannsynligvis være opptatt av å tykne historien, det vil si gjøre den rikere og mer beskrivende. Det er flere metoder en narrativ terapeut kan ta i bruk for å tykne historien, hvor eksternaliserende samtaler kan være en måte å gjøre dette på.

3.4.1 Eksternaliserende samtaler

White utviklet eksternaliserende samtaler, som er samtaler der tilnærmingen blir å se problemet som problemet og ikke som en del av personens identitet. Poenget er å utforske problemet slik at det etter hvert oppdages hvordan problemet lever sitt liv og hvilke funksjoner det har for vedkommende. For eksempel kan en klient som lider av panikkangst studere og utforske angsten og snakke om den som noe utenfor seg selv, eksternalisere angsten, slik at det blir en avstand mellom henne og ”problemet angsten”. Terapeuten skal ifølge White ligne på en undersøkende journalist når han spør sine spørsmål, og klienten skal utforske sammen med terapeuten på problemets karakter og måten det opererer på. Eksempler på slike spørsmål i eksternaliserende samtaler kan da være: Hva liker angsten å få for å bli sterkere? Hva ville angsten si til deg dersom den hadde en stemme? I hvilke situasjoner dukker angsten opp? og så videre. Dermed skapes det en avstand til problemet og problemet er ikke en del av identiteten, men utenfor den (White 2009: 32).

Terapeutens rolle i narrativ terapi er å innta en undersøkende men samtidig lyttende holdning, og å forsøke å være en terapeut som har stor respekt for klientens beskrivelser av sine problemer. Terapeuten blir som en redaktør som forsøker å finne sammenhenger i de alternative historiene slik at de gir mening til klienten. Terapeuten kan også være en

medforfatter som sammen med klienten forteller frem nye fortellinger. Den narrative terapeuten er ikke opptatt av nøytralitet, og Lundby beskriver hvordan Epston tok en aktiv holdning mot problemet, hvordan han mobiliserte klientene til å gjøre et opprør mot problemet og frigjøre seg fra det (Lundby 2008: 102). En narrativ terapeut har ikke som sitt utgangspunkt å fikse klienten sin, men heller lytte til fortellinger klienten kommer med, bidra til å tykne dem, la klienten snakke frem alternative fortellinger, og slik i beste fall få til en utvidelse av forståelse hos klienten hvor ny mening kan finnes (ibid: 107).

3.5 Samarbeidende språkssystemisk tilnærming

Brukermedvirkning er som tidligere nevnt et sentralt element i recovery orientert tekning og professor Gehart hevder at dette også er et viktig element i en samarbeidende språkssystemisk tilnærming innenfor familierapifeltet. Den språkssystemiske retningen innen familierapifeltet vokste frem på slutten av 80 tallet og begynnelsen av 90 tallet, med den amerikanske psykologen Harlene Anderson og hennes kollega Harold A Goolishian som viktige bidragsytere. Goolishian og Anderson var blant annet også inspirert av vår egen Tom Andersen og Jakko Seikkula i Finland. Det er en retning som har sine røtter i et postmoderne perspektiv, og som henter mye av sin tenkning fra et sosialkonstruktivistisk ståsted og hermeneutikkens tolkningslære (Anderson 2003: 66).

Hovedtrekk ved den språkssystemiske retningen er at vi mennesker skaper vår mening i språket, og at dialogen blir som en dynamisk arena der språket mellom oss gir grunnlaget og mulighet for ny meningsdannelse. Tom Andersen forsøker å fange noe av essensen i betydningen av språket og dets rolle når han siterer Harry Goolishian fra en konferansetale i Texas i 1988:

Det ville være umuligt at tænke på lov, samarbejde, magt eller forelskelse uden det rette sprog til at beskrive disse handlinger. Vi kunne ikke leve, som vi gør, hvis vi ikke talte som vi gør. Uten kærlighedens ordforråd ville det simpelthen være umuligt at gå ind i et romantisk forhold. Uden magts sprog ville vi ikke kunne undertrykke hinanden. Uden hadets sprog ville vi ikke kunne såre hinanden (Andersen 2010: 98).

Det er i en språkssystemisk samarbeidende tilnærming ikke opp til terapeuten hvilken retning samtalen skal gå, eller hvilke tema en skal snakke sammen om. Det handler om å legge fra seg forforståelsen og være tilstede i dialog med den andre. Terapeuten er først og fremst en samtalepartner og det er klienten som er ekspert på sitt liv. En språkssystemisk terapeut har sitt

fokus på det unike mennesket i sin unike kontekst. Ekspertisen til terapeuten ligger i å etablere et godt samarbeidsklima med klienten, og å skape en dialog, slik at det kan dannes nye meninger. Terapeuten er spørrende og nysgjerrig, og denne holdningen er smittsom på den måten at klienten blir nysgjerrig på sine meningsdannelser (Wie Johnsen og Torsteinsson 2012: 160). Ved og sammen utforske ord, lytte til ordene og være i språket, kan ny mening eller innsikt snakkes frem. Harlene Anderson sier det slik:

Målet er at fremme dialog, og via denne skape optimal mulighet for nye betydninger, fortellinger, adferdsformer og følelser (Anderson 2003:134).

3.5.1 Den ikke vitende posisjon

Harlene Anderson og Harry Goolishian lanserte i 1992 begrepet ”ikke vitende posisjon” i to artikler, og sa selv at de nå beveget seg mot en mer hermeneutisk posisjon (Lundby 2008: 108). Å innta en ikke vitende posisjon var først og fremst å ikke fremstå som en ekspert på den andres problem, fordi en terapeut kan ikke vite noe sant om den andre. Begrepet brakte mye diskusjon med seg, og mange stilte spørsmål ved hvordan det i det hele tatt skulle være mulig å fremstå som noe annet enn en ekspert. Noen mente at det lå implisitt i terapeutrollen at dette ikke i utgangspunktet var en likeverdig relasjon mellom klienten og terapeuten, fordi klienten oppsøkte terapeuten for å få hjelp av terapeutens kunnskaper som kunne løse problemet, og dermed også forventet slik hjelp (ibid). En vesenlig faktor for en ikke vitende posisjonering var nettopp det at terapeutens forforståelse skulle forsøkes å legges til side. Randi Bagge skriver i 2007 en artikkel i ”Fokus på familien” om begrepet ikke vitende posisjon og understreker her at det kreves høy grad av selvrefleksivitet hos terapeuten for å kunne innta en slik posisjon. Hun sier videre at terapeuten alltid har en forforståelse med seg inn i rommet, og det er viktig at terapeuten er klar over og i dialogen aktivt arbeider med å legge forforståelsen til side, ved å være klar over og minne seg selv på at det ikke er mulig å kunne vite noe sant om den andre (Bagge 2007). Det kan være gode argumenter for å hevde at å innta en ikke vite posisjon som terapeut langt på vei er å arbeide i en recovery orientert ramme. Marit Borgs doktorgradstudie av bedringsprosesser trekker frem at det er viktig å være en brukerorientert hjelper, og beskriver en rekke komponenter som er med på å gjøre terapeuten brukerorientert i sin tilnærming. For det første handler det ifølge Borg om å være lydhør for det som fortelles av klienten, og at klienten får en opplevelse av å bli hørt. For det andre handlet det om at klienten opplever at terapeuten/hjelperen er interessert i det som fortelles og at terapeuten hadde en åpen holdning til det som ble fortalt (Borg 2010).

3.6 Oppsummering

I narrativ teori har jeg redegjort for hvordan historiene vi forteller om oss selv har en direkte innvirkning på hvordan vi forstår oss selv og hvem vi er. Jeg konstruerer hvem jeg er når jeg forteller hvem jeg er. Det er et spennende perspektiv å innta, fordi det åpner for å kunne endre på egen forståelse av identitet ved hjelp av å endre på hvordan jeg forteller om min identitet. For en person som har ROP diagnose blir det da interessant å undre seg over i hvilken grad dette påvirker bedringsprosessen. Kan en med dette perspektivet hevde at det å fortelle at jeg er rusfri og i bedring være fortellinger som blir betydningsfulle og endrer, og også styrker nye konklusjoner om egen identitet? Språkssystemisk retning og den ikke vitende posisjon er en retning som ligger tett opptil recovery orientert tenkning fordi den ifølge Gehart har brukermedvirkning som et bærende element. En ikke vitende posisjon innebærer som nevnt å være sammen med klienten i språket, utforske ordene - og sammen finne frem til mening. I en bedringsprosess er det ifølge tidligere presentert teori vesentlig at brukeren selv setter seg mål som handler om sin egen hverdag og at terapeuten inntar en støttende og likeverdige rolle for å styrke klientens bedringsprosess.

I neste kapittel presenteres de metodiske valg som er gjort for å gjennomføre denne studien.

4.0 METODOLOGI

Det gjøres i dette kapittelet først rede for det vitenskapsteoretiske ståstedet for studien samt studiens forskningsdesign. Deretter beskrives systematisk tekstkondensering som forskningsmetode. Egen forforståelse og etiske hensyn belyses også i dette kapittelet.

4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Målet med studien er å utvikle kunnskap om viktige faktorer i bedringsprosesser for ROP pasienter - både i behandling og etter behandling. Jeg ønsker å få frem informantens beskrivelser av sin livsverden. For å finne svar på mine forskningsspørsmål har jeg valgt å bruke en kvalitativ forskningsmetode. Mitt vitenskapsteoretiske ståsted er innenfor en fenomenologisk hermeneutisk ramme. Det som kjennetegner fenomenologien er at den tar utgangspunkt i den enkeltes subjektive opplevelse, og forsøker å få en forståelse av en dypere mening i enkeltpersoners erfaringer (Thagaard 2013: 11). Å inneha et fenomenologisk perspektiv i denne studien betyr at jeg som forsker må søke å ha et så åpent blikk som mulig, og være i stand til å sette min egen forforståelse i en parentes. Det er informantenes beskrivelser ut i fra sin livsverden jeg ønsker å forstå. Olsson og Sørensen definerer i boken ”Forskningsprosessen” fenomenologi slik:

Fenomenologien forsøker å trenge under overflaten for å gjøre det usynlige synlig. Et fenomenologisk perspektiv innebærer å sette søkelyset på livsverden, det vil si være åpen for den intervjuedes opplevelser. Forskeren prøver å isolere sin førkunnskap og identifisere vesentligheter i beskrivelsene (Olsson og Sørensen 2008: 110).

Hermeneutikk er en tolkningslære og betyr å tolke, oversette, tydeliggjøre, klargjøre og forklare (Widerberg 2011: 24). Fenomenologi og hermeneutikk er vevet sammen på en måte som gjør at det ikke er mulig å skille dem (Hårtveit og Jensen 2004: 60). Å forske ut fra et hermeneutisk perspektiv betyr at jeg som forsker må være opptatt av å se helheten i lys av delene og vice versa. Hermeneutikkens prinsipp om vekslingen mellom å forstå delene i lys av helheten kalles den hermeneutiske sirkel (Olsson og Sørensen 2008: 106). Å innta en slik tilnærming betyr at forskeren først leser gjennom intervjuene for å gjøre en helhetsvurdering, deretter studerer enkeltdeler og forsøker finne frem til den enkeltes dypere meningsinnhold, for så å sette dette inn i en større helhet igjen. Jeg som forsker har da hele tiden en ”dialog” med teksten hvor dialogen etter hvert tilfører en større og større forståelse for innholdet i teksten. Denne prosessen med å stadig vende frem og tilbake i eget materiale, lese på nytt og på nytt, har pågått gjennom hele prosjektet, og jeg må hele tiden være meg bevisst min egen

forforståelse. Hermeneutikken har en fellesnevner med sosialkonstruksjonisme, da også hermeneutikken har som prinsipp at mening skapes i språket.

4.1.2 Sosialkonstruksjonisme

Mitt epistemologiske ståsted er innenfor en sosialkonstruksjonistisk forståelsesramme. Jeg tror ikke virkeligheten kan beskrives som noe objektivt og sant. Sosialkonstruksjonisme er en teori som handler om at jeg hele tiden konstruerer min egen virkelighet. Det finnes dermed ingenting som er ekte eller sant i et sosialkonstruksjonistisk perspektiv, men det finnes konstruksjoner som jeg har dannet meg gjennom livet for å kunne forstå verden og finne en mening. Alt jeg omgir meg med i mitt liv tillegger jeg en mening for å kunne forholde meg til det, og språket gir meg en mulighet til å kategorisere alt jeg sanser og opplever. En annen måte å si det på er at jeg har utallige meningsbærende konstruksjoner med meg, og jeg har lært dem gjennom språket og i språket. Språket er det som gir ting mening. Dagfinn Ulland beskriver i sin doktorgradsavhandling i religionspsykologi følgende om sosialkonstruksjonisme:

Ifølge denne oppfatningen finnes det ingen objektiv virkelighet utenfor våre begreper om virkeligheten. Det vil med andre ord være et antirealistisk og relativistisk standpunkt: Dersom det ikke finnes noen form for objektiv sannhet og alle subjektive sannheter er like gode, så må dette også gjelde for utsagnet ”det finnes ingen sannhet” og ”alle sannheter er like gode”. Eller sagt med den amerikanske psykologen Kenneth J. Gergen: Hvis den sosiale konstruksjonen går bort fra sannhetsbegrepet, hvordan kan den så selv gjøre krav på å være sann? (Ulland 2007: 68).

Ulland illustrerer med dette hvordan sosialkonstruksjonisme kan oppfattes som selvmotsigende i sin natur. Likevel oppfatter jeg at sosialkonstruksjonismen sine perspektiver på hva som er virkelighet og sannhet gir meg en referanseramme for terapi, fordi den implisitt sier noe om terapeutens rolle overfor sin klient. En terapeut kan ikke være en ekspert overfor sin klient, fordi terapeuten ut fra et sosialkonstruksjonistisk perspektiv ikke har tilgang til noe som er sant. Wifstad er opptatt av dette og viser til Gergen og Kay i boken ”Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri” hvor han sier følgende om sosialkonstruksjonismens implikasjoner for terapi:

Ifølge Gergen og Kay har vi tilgang til en alternativ måte å tenke om terapi på. I et sosialkonstruksjonistisk perspektiv er poenget nettopp at det er den profesjonelles diskurs som må tilpasses den dagliglivets diskurs som pasienten befinner seg i, ikke omvendt (Wifstad 2001: 121).

Av de familierapeutiske retninger har jeg latt meg inspirere av Harry A Goohlisian og Harlene Anderson sin ikke vitende posisjon, samt Tom Andersen og hans reflekterende prosesser. Sosialkonstruktivismen tillegges hos dem alle en vesentlig legitimerende funksjon (Wifstad 2001: 127).

Sosialantropologen Gregory Bateson, en av grunnleggerne av systemisk teori, har i boken ”Steps to an ecology of mind” en dialog med sin datter om temaet ”How much do you know”. Bateson forsøker her å svare på sin datters spørsmål noe om hva kunnskap er og hvordan vi kan vite det vi vet, og mot slutten av samtalen konkluderer Bateson følgende:

D: Daddy, why don't you use the other three-quarters of your brain?

F: Oh, yes-that-you see the trouble is that I had school teachers too. And they filled up about a quarter of my brain with fog. And then I read newspapers and listened to what other people said, and that filled up another quarter with fog.

D: And the other quarter, Daddy?

F: Oh-that`s fog that I made for myself when I was trying to think. (Bateson 1972: 27).

4.2 Forforståelse

Det er et hermeneutisk prinsipp at jeg som forsker er opptatt av den forforståelsen jeg har med meg inn i studien og hvordan den preger min tolkning av det materialet jeg analyserer (Olsson og Sørensen 2008). Forforståelsen består av mine konstruksjoner og er en teoretisk referanseramme jeg har med meg inn i denne studien med sine ulike teorier, forsknings-tradisjoner og begreper (Malterud 2011: 40). Psykiater og familierapeut Tom Andersen sier følgende om forforståelse:

Vores for-forståelse, som vi altså uundgåelig har med os til en hver tid, vil innvirke på, hvad det er vi ser efter og lytter efter i vore forsøg på at forstå, og den vil også indvirke på, hvordan vi ser og hører på det, vi ser og hører, og det vil også indvirke på, hvordan vi beskriver det vi ser og hører, og det vil innvirke på, hvordan vi vi forstår det, vi beskriver (Andersen 2010: 148).

Jeg er utdannet sykepleier og spesialsykepleier i psykisk helsearbeid, og har teoretiske referanser og begreper med meg fra min utdanning og mitt yrke som sykepleier og spesialsykepleier. En velkjent definisjon på sykepleie er:

Å hjelpe mennesket sykt eller friskt, når vi utfører de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller en fredfull død), noe han eller hun kunne gjort uten hjelp

dersom han eller hun hadde tilstrekkelig krefter eller vilje og kunnskaper, og å gjøre dette på en slik måte at han eller hun gjenvinner selvstendighet så fort som mulig (Henderson 1997: 9).

Hendersons definisjon sier slik jeg forstår det noe om menneskets grunnleggende behov for selvstendighet, og hvordan sykepleieren er en som hjelper mennesket til i størst mulig grad å gjenvinne sin selvstendighet. Mitt valg av tema kan tenkes at preges av min sykepleiefaglige forforståelse, fordi tema for dette prosjektet handler om mennesker som blir bedre. Ved videreutdanningen i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder ble jeg introdusert for mange ulike teoretiske perspektiver på psykisk helse, og der fattet jeg særlig interesse for det systemiske perspektivet som igjen bygger på sosialkonstruksjonistisk teori.

4.3 Utvalg og rekruttering:

Jeg intervjuet mennesker med en ROP diagnose som har vært i behandling og som selv opplever at de er i en bedringsprosess, og jeg ønsket å spørre dem om deres erfaringer knyttet til hva det er som fremmer bedringsprosesser for dem. Jeg intervjuet 4 personer, og personene som deltok i studien skulle ikke ha en pasientstatus. Intervjupersonene hadde vært rusfrie fra 3 til 9 år og alle hadde tidligere i livet fått psykiatriske diagnoser i tillegg til en rusavhengighetsdiagnose. To av intervjupersonene hadde fått diagnosen manisk depressiv lidelse og to av intervjupersonene hadde blitt diagnostisert med depressiv lidelse og angstlidelse, en intervjuperson hadde også en Asberger diagnose i tillegg til en psykiatrisk diagnose. Ingen av diagnosene er i analysearbeidet og presentasjonen av funn knyttet direkte til informantene, dette for å sikre intervjupersonens anonymitet. Av de fire intervjupersonene var det en kvinne og tre menn og deres alder var fra 27-55 år. Informantene ble rekruttert via brukerorganisasjoner og det var da gitt at informanten var medlem eller bruker av en av de nevnte brukerorganisasjoner. Det viste seg også at alle informanter hadde vært noe aktive i selvhjelpsgruppene AA eller NA. Hvilke implikasjoner dette hadde for mine funn vil jeg komme tilbake til når jeg gjør rede for studiens validitet, reliabilitet og overførbarhet.

For å komme i kontakt med aktuelle intervjupersoner henvendte jeg meg pr. brev og pr. telefon til aktuelle brukerorganisasjoner og deres daglige leder hvor jeg informerte om hensikt og formål med studien. Brukerorganisasjoner som jeg kontaktet var: Rusmisbrukernes interesseorganisasjon RIO, A:larm, selvhjelpsgruppene Anonyme Narkomane og Anonyme Alkoholikere, samt ROM Agder (brukerstyrt kompetansesenter for rus og psykisk helse).

Daglige ledere videreformidlet informasjon om prosjektet til sine brukere hvor de da kontaktet meg pr telefon for å melde sin interesse for å delta i prosjektet. To av intervjupersonene ble rekruttert etter at jeg deltok på et åpent medlemsmøte hvor jeg personlig informerte om studien. Disse intervjupersonene tok da i etterkant kontakt med lederen sin som formidlet deres interesse for å delta.

4.3.1 Semistrukturert intervju

For å kunne gjøre denne studien har jeg gjennomført et semistrukturert intervju, der jeg hadde med forskningsspørsmålene, samt noen oppfølgingsspørsmål. Jeg valgte å fokusere på forskningsspørsmålene og hadde noen oppfølgingsspørsmål der jeg ønsket at informanten skulle utdype ytterligere omkring et tema som dukket opp i samtalen. På denne måten kunne jeg som forsker følge informantenes fortelling og samtidig sørge for at temaene som ble viktige i forhold til problemstillingen ble fulgt opp (Thagaard 2013: 98).

4.3.2 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i tidsperioden september - oktober 2014.

Informantene fikk på nytt en muntlig informasjon om forskningsprosjektets formål, samt rettigheter som deltager før vi startet selve intervjuet. Intervjuene foregikk på kontorer til de ulike brukerorganisasjonene og alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Ett intervju ble gjennomført hjemme hos en informant etter informantens eget ønske. Intervjuene varighet var fra ca 1 time til 1,5 timer pr. intervju.

4.3.3 Transkripsjon

Alle intervjuene ble tatt opp på en diktafon og etter hvert intervju transkriberte jeg intervjuet i sin helhet. Ved og selv å transkribere intervjuene fikk jeg en god kjennskap og nærhet til materialet. For å sikre den enkeltes anonymitet skrev jeg alt ut på bokmål, samt at jeg utelot konkrete navngitte institusjoner og andre personers navn der det ble navngitt. Jeg forsøkte å skrive ut intervjuet så nøyaktig som mulig, også med tegn for pauser og latter. Malterud peker på teksten aldri må forveksles med virkeligheten, og sier at den mest nøyaktige transkripsjonen aldri kan gi mer enn et avgrenset bilde av det vi skal studere (Malterud 2011: 75).

4.4 Analysemetoden systematisk tekstkondensering

Valg av metode for å analysere data falt på systematisk tekstkondensering, som er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og modifisert av Kirsti Malterud. Denne analysemetoden anså jeg som hensiktsmessig å bruke fordi jeg ønsket å utvikle kunnskap om intervjupersonens erfaringer i deres livsverden. Malterud henviser til Giorgi som sier at formålet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt (Malterud 2011: 91). En systematisk tekstkondensering betyr kort fortalt at all transkribert tekst blir organisert, fortolket og sammenfattet, og Malterud beskriver analyseprosedyren i 4 trinn: 1) å danne seg et helhetsinntrykk og lete etter aktuelle tema 2) å finne frem til meningsbærende enheter i materialet og knytte det til riktige kodegrupper og 3) at meningsbærende enhetene sammenfattes og kondenseres til kunstige sitater, og 4) kunstige sitater bearbeides slik at det som til slutt presenteres står i en sammenheng til sitt opprinnelige materiale (ibid: 97-110).

1. Helhetsinntrykk – Fra vilniss til ideer

I dette første trinnet beskriver Malterud hvordan forskeren skal lese gjennom alle transkripsjonene fra et fugleperspektiv, hvor det viktige er å se etter mulige foreløpige temaer som dukker opp i teksten og som vekker forskerens oppmerksomhet. Jeg leste gjennom alle transkripsjonene flere ganger og forsøkte å stille meg åpen for de beskrivelsene intervjupersonene kom med. Jeg oppdaget mange temaer i teksten, og jeg noterte temaene ned på et eget ark. Til sammen ble det totalt 15 foreløpige temaer.

2. Meningsbærende enheter – fra temaer til koding

I andre del av analysen skal det arbeides systematisk med teksten linje for linje, og det vesentlige på dette trinnet er å velge ut tekstbiter som bærer med seg kunnskap om ett eller flere av temaene fra første trinn (meningsbærende enheter). De meningsbærende enhetene kan være korte eller lange og tatt helt ut av sin sammenheng. Jeg fant mange meningsbærende enheter til de temaene jeg hadde funnet frem til fra første trinn i analysen, og jeg gjorde da igjen et sorteringsarbeid hvor jeg sorterte inn meningsbærende enheter som ga mening til de ulike temaene. Mange temaer var imidlertid sammenfallende og jeg sammenfattet da de 15 foreløpige temaene til 9 temaer.

Å systematisere meningsbærende enheter inn under temaer kalles for koding. På dette trinnet satt jeg igjen med 9 koder som var:

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1) Betydning av kunnskap om sosiale normer | 5) Mestring i hverdagen |
| 2) Betydning av kunnskap jeg fikk i behandling | 6) Rusfritt nettverk |
| 3) Følelser | 7) Meningsfulle aktiviteter |
| 4) Mestring som balansekunst | 8) Relasjoner |
| 9) Selvhjelpsgrupper | |

3. Fra kode til mening

På dette trinnet sammenfattet jeg de meningsbærende enhetene jeg hadde sortert i kodegruppe i trinn 2 og utarbeidet kunstige sitater (kondensater). Et kondensat under temaet ” Betydning av kunnskap fått i behandling” fremsto slik:

”Den kunnskapen jeg fikk gjennom behandling det var å bli kjent med sine egne følelser, og bli kjent med hvordan jeg håndterer dem. Jo mer kunnskap jeg har om mine lidelser jo mer beskyttet er jeg inn i mitt indre. Jeg har fått en kunnskap som gjør meg i stand til å endre livet mitt. Jeg kunne ikke gjort så forbanna mye mer for å endre på ting før jeg fikk redskapene til å håndtere det”

Kodegrupper:

Kodene fra trinn 2 i analyseprosessen kunne etter sitt ulike innhold abstraheres ytterligere til følgende tre kodegrupper.

- Kunnskap
- Mestring
- Rusfritt nettverk

4. Sammenfatning, fra kondensering til beskrivelser og begreper

På dette trinnet, med utgangspunkt i kondensatene, gjenfortelles det til leseren hva informantene har sagt om de temaer jeg har funnet i teksten. Bitene settes sammen igjen, teksten rekontekstualiseres (Malterud 2011: 106). Jeg skal i dette trinnet gå tilbake til de meningsbærende enhetene i transkripsjonene og hente ut gullsitater, slik at analyseenhetene hele tiden forankres i intervjupersonenes egne utsagn slik de opprinnelig fremsto. På dette

trinnet peker Malterud på viktigheten av å lete etter det som motsier de konklusjonene vi har kommet frem til, dette er viktig i forhold til overførbarhet (ibid: 107).

4.5 Reliabilitet /validitet

Begrepet validitet betyr gyldighet, og begrepet brukes i kvalitative forskningsstudier for å kunne si noe om studiens funn er gyldige og om metoden som er brukt undersøker det den sier den skal undersøke (Kvale og Brinkmann 2012: 326). Å undersøke studiens validitet betyr det samme som å vurdere forskningens legitimitet (Thagaard 2013: 23). Hvor gyldig denne studiens funn er kommer blant annet ann på forskerens evne til å være transparent i sin metodiske fremgangsmåte. Hvilke metodiske valg som er tatt underveis i forskningsprosessen skal være belyst, samt at forskeren behersker å redegjøre for forforståelsen og teoretisk utvalg som ligger til grunn for studien. Ifølge Kvale og Brinkmann skal forskeren spille rollen som djevelens advokat overfor sine egne funn (Kvale og Brinkmann 2012: 254). I denne studien har jeg presentert forskningsmetoden systematisk tekstkondensering trinnvis og redegjort for min forforståelse og teoretiske referanseramme. Dette er viktige faktorer som har betydning for både intervjusituasjonen, informantenes svar og de funn jeg presenterer. Utvalget har bestått av fire personer som det viste seg at noe aktive i selvhjelpsgruppene NA og AA. Dette var med på å prege funnene i studien og derfor ble det viktig å synliggjøre denne oppdagelsen slik at validiteten i studien opprettholdes. Begrepet reliabilitet betyr pålitelighet (Kvale og Brinkmann 2012:118), og i denne konteksten handler reliabilitet om forskningens pålitelighet. Et sentralt spørsmål for å si noe om studiens reliabilitet er å svare på spørsmålet: ”Er forskningen utført på en tillitvekkende måte for en kritisk leser?” (Thagaard 2013: 193). Ved å følge en metode for analyse av data, være transparent i metodiske valg og redegjøre for hvordan jeg har kommet frem til funnene i studien økes muligheten for at studien fremstår som pålitelig. Reliabilitet står også i en sammenheng med begrepet repliserbarhet som omhandler nøytralitet, dette kalles ekstern reliabilitet. Dette begrepet brukes når en diskuterer hvorvidt en annen forsker hadde kommet frem til det samme resultat (ibid: 202). I kvalitative fenomenologiske studier er slik form for reliabilitet vanskelig å oppnå og heller ikke noe mål fordi en fenomenologisk tilnærming innebærer å studere fenomener slik de fremstår for informanten i sin livsverden i en gitt kontekst.

4.6 Etiske hensyn

Denne studien er fremleggsvurdert hos regional etisk komité (REK), der jeg redegjorde for prosjektet og dets formål. Studien ble av REK definert til å ikke falle inn under helseforskningslovens virkeområde (ref. nr 2014/1036 D). Neste steg ble da å søke norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), siden studien innebefattet at jeg skulle behandle personopplysninger og dermed hadde meldeplikt. Prosjektet ble godkjent av NSD (prosjektnummer 39268). Studien er basert på 4 individuelle intervjuer av mennesker som har hatt en ROP diagnose og som selv opplever at de har kommet seg. Alle intervjupersonene ble intervjuet av forskeren selv, og det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide med få åpne spørsmål som et utgangspunkt for intervjuet. Alle intervjuene ble transkribert og deretter analysert ved bruk av analysemetoden systematisk tekstkondensering. Forskningsprosjektet er basert på frivillig deltakelse, og intervjupersonene mottok informasjon om studien både skriftlig og muntlig før de bestemte seg for om de ville delta i studien. I informasjonen vektla jeg at vedkommende som ble intervjuet kunne trekke seg fra studien når som helst dersom vedkommende likevel ikke ønsket å være informant. Det foreligger et skriftlig informert samtykke til å delta i studien fra alle intervjupersoner. Det er viktig å ivareta anonymitet til alle intervjupersoner, og jeg vil derfor bruke fiktive navn når jeg presenterer data i denne studien. Jeg oppbevarer alt transkribert materiale nedlåst i en safe som står på mitt kontor. Jeg arbeider på et sykehus og har på kontoret tilgang til en safe med nøkkel, hvor jeg der vil oppbevare alt transkribert materiale, samt båndopptager. Alt transkribert materiale og lydfil slettes når masteroppgaven er godkjent.

Det er viktig at jeg som forsker er opptatt av å vise respekt for intervjupersonens grenser, - for stor åpenhet omkring et tema kan føre til at intervjupersonen kan få problemer i ettertid. Dette betydde i praksis at jeg i intervjusituasjonene var klar over og tok hensyn til at intervjupersonen kunne få reaksjoner når han /hun fortalte om personlige erfaringer. Denne etiske betraktningen medførte at jeg som forsker informerte alle intervjupersonene om eventuelle slike komplikasjoner ved å delta i studien, samt at jeg informert om hvor en kan henvende seg dersom han/hun hadde behov for å snakke med noen i etterkant av intervjuet. Jeg anbefalte da Mental helse sin hjelpetelefon, samt at jeg oppga jeg private mobiltelefon nummer og også telefonnummer til veileder. I tillegg til dette brukte jeg god til på å snakke med intervjupersonene om deres opplevelse av å bli intervjuet.

4.6.1 Betraktninger om rollen som forsker

En utfordring ved kvalitative studier der menneskets livsverden skal studeres er å reflektere over hvordan relasjonen mellom forskeren og intervjupersonen påvirker empirien (Thaagaard 2014: 113). Forskningsintervjuet er en spesifikk profesjonell samtale med et klart asymmetrisk maktforhold mellom forskeren og den som intervjues (Kvale 2009: 52). Jeg som forsker definerer intervjusituasjonen, bestemmer temaet for intervjuet og stiller spørsmål og oppfølgende spørsmål (Ibid: 52). Det kan også være at intervjupersonen ikke opplever seg tilstrekkelig forstått av forskeren, eller det kan være ulike grader av forventninger til forskeren som ikke forskeren kan innfri. En annen utfordring er om intervjupersonen forteller det han/hun tror at forskeren vil høre. Derfor er det viktig å forsøke å etablere en god og tillitsfull atmosfære i rommet hvor intervjuet skal foregå (ibid: 113). Intervjupersonene i denne studien var alle aktive, pågående og argumenterte i situasjoner de opplevde seg misforstått. Dette kan være kriterier for at de ikke opplevde seg misforstått og at jeg som forsker behersket å skape en tillitsfull og god atmosfære i rommet. Som spesialsykepleier i psykisk helsearbeid og som familieterapeut har jeg erfaring i å samtale med mennesker om personlige problemer. Denne erfaringen var god å ha med seg da jeg er vant med å møte mange ulike mennesker, men samtidig var det overraskende utfordrende og ikke være i en terapeutisk rolle. Jeg var ved flere anledninger i intervjuene nærmest fristet til å gå over til en terapeutisk tilnærming, men forsøkte hele tiden å fokusere på å lytte til det som intervjupersonene fortalte, og innta en anerkjennende holdning til det som ble fortalt

Jeg arbeider i spesialisthelsetjenesten med ROP pasienter i en TSB utredningsenhet. Hovedfokus for oppholdet er utredning av videre behandlingsbehov for den enkelte pasient, så dermed har jeg lite praksiserfaring med langtidsbehandling, oppfølging og ettervern av mennesker med ROP lidelse. Min motivasjon for å gjøre denne studien har mye sin bakgrunn i min yrkeserfaring, og min kjennskap til tematikken gjorde meg godt i stand til å stille gode oppfølgingsspørsmål. Likevel er min forforståelse alltid til stede, og selv om forforståelsen kan være nyttig kan den også bidra til at jeg går inn i dette prosjektet med skylapper (Malterud 2011: 41). Det kan tenkes at det ikke er til å komme bort i fra at skylappene er der, men det er vesentlig at jeg er klar over dem, og at jeg lykkes i å gi leseren forståelse av min forforståelse.

5.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet presenterer jeg funnene jeg har tolket som de mest vesentlige i forhold til den problemstilling jeg har valgt. Tema for studien er ”Bedringsprosesser hos mennesker med ROP lidelse. Jeg har valgt å presentere funnene fra de tre kodegruppene som jeg har valgt å kalle 1) **Betydning av kunnskap** 2) **Mestring med måte** og 3) **Betydning av et rusfritt nettverk**. Forskningspørsmålene jeg ønsket å belyse var 1) hvilke faktorer i behandling bidro til du ble bedre? og 2) hva var det i den sosiale konteksten som ble viktig for at du ble bedre?

5.1 Om betydning av kunnskap

Så, det er det jeg har lært av bloggene: er dette bipolart eller er dette bare happy, for å si det sånn.. å si hva som er forskjellen på de to (Informant 2).

Alle informantene snakker om at kunnskap er en viktig nøkkel i en bedringsprosess, og informantene beskriver ulike typer kunnskap som har hatt en betydning for dem. To av informantene beskriver hvordan det å erverve seg kunnskap om de diagnoser de har fått i behandling kan være med på å gi en bedre forståelse av seg selv. En av informantene benyttet seg for eksempel av ulike blogger på nettet for å lære seg så mye som mulig om de ulike diagnosene han hadde fått i behandling, og beskrev i intervjuet hvordan denne kunnskapen ga ham en økt selvinnsikt og dermed en evne til å se forskjellene på hva som var hva. Han beskriver noe av dette slik:

Jeg begynte å se på de bloggene som gjorde at jeg fikk selvinnsikt når det gjaldt diagnosene.. de tingene der.. hvordan det fungerte (Informant 2)

Litt senere i intervjuet utdypet informanten dette og knyttet det til hvordan kunnskapen han fikk om diagnosene ga ham en beskyttelse, og beskrev dette slik:

Så for meg er det slik at jo mer kunnskap jeg har om mine lidelser, jo mer beskyttet er jeg inn i mitt indre (Informant 2).

To av informantene sier noe om betydningen av å få kunnskap om egne følelser og hvordan følelsene påvirker dem. En av informantene sier at det hjalp ham å bruke tid i behandlingen på å arbeide med å bli kjent med egne følelser, slik at han ikke lenger ble skremt av egne følelser. Han beskriver dette slik:

Det er ikke farlig å være engstelig.. det er ikke farlig å rødme.. det er ikke farlig å .. jeg er ikke så selvhøytidelig lengre (Informant 3).

En annen informant har en positiv opplevelse av å lære om hjernen og hvordan hjernen styrer følelsene. Han sier at det var viktig for ham å vite noe om hvordan serotonin nivået i hjernen ble redusert etter mye rusbruk, for dermed kunne forstå seg selv og sine reaksjoner bedre, - og for å igangsette tiltak for å endre på dette. Han beskriver det slik:

Det at du har ruset deg veldig mye.. sant.. masse dopamin til belønningssenteret i hjernen din. Sånn jeg ser det så pumper du inn dopamin og serotonin inn i belønningssenteret og dermed blir de midlertidig ødelagt, kanskje helt ødelagt så da må de bytte ut den vanen der.. som jeg hadde.. og trene og få den dopaminfølelsen.. serotoninfølelsen av velvære..og føle at du har det bra (Informant 1).

En informant er opptatt av behandlingsstedets mulighet til å formidle kunnskap om diagnoser og rusavhengighet til pasientene, og mener slik jeg forstår det at behandlingsinstitusjonene har et ansvar for å tilrettelegge for undervisning om ulike typer diagnoser. Han sier det på følgende måte:

Hvis de har en psykisk lidelse.. gjerne kurse dem til doktorgradsnivå på den lidelsen.. klarer du det vil de få en åpenbaring på hva de kan gjøre for å få det bedre.. og da kommer handlingen av seg selv (Informant 2).

Den samme informanten sier også noe om at det for behandlingsinstitusjonen bør være mindre viktighet om vedkommende pasient da er rusfri eller ikke, og beskriver dette slik:

Hvis du fant et behandlingssted hvor det hadde vært sånn at du.. ja.. vi driter i om du er rusfri.. bare prøv å huske det du har fått med deg av informasjon.. så kan du bygge opp kunnskapen (Informant 2).

Det var i tillegg til kunnskaper om psykisk lidelse og rusavhengighet også viktig for informantene å tilegne seg kunnskaper om det vanlige hverdagslivet livet sine normer. En av informantene kalte slik kunnskap for de ”sosiale kodene”, og en annen informant beskrev det samme som ”sosial kapital”. En informant sier følgende om sosiale koder:

Å lære disse kodene i samfunnet, disse normalitetskodene. For eksempel om hvordan man kler seg når man går ut for å spise på en lørdag. Det er jo her det er fryktelig fort gjort å føle seg annerledes (Informant 3).

Informanten beskriver videre hva han legger i begrepet sosial kapital:

Jeg kommer tilbake til samfunnet med en sosial kapital jeg ikke kan bruke, jeg har masse sosial kompetanse til å være i et rusmiljø men det fungerer ikke i et normalsamfunn. Det som på en måte var jobben min da var å bygge opp en sosial kompetanse til det normale samfunnet (Informant 3).

5.1.1 Oppsummering

Funnene i denne kodegruppen tyder på at det å erverve seg kunnskaper har en betydning for bedringsprosessen, både i en behandlingskontekst og også i en sosial kontekst etter behandling. I diskusjonskapittelet vil jeg særlig drøfte betydning kunnskap om diagnoser og kunnskap om sosiale koder kan ha i en bedringsprosess.

5.2 Mestring med måte

Så får vi andre ting å gjøre også, om det er å gå i fjellet eller isbading.. jeg er helårsbader for eksempel (Informant 4).

Alle informantene snakker om positive opplevelser over at de mestrer, og at slike opplevelser er av betydning for å bli bedre, både i en behandlingskontekst og i det sosiale livet etter behandling. Det beskrives ulike typer mestringsopplevelser hos den enkelte, men felles for dem alle er at de beskriver opplevelse av glede over noe konkret som de nå får til, sett i forhold til tidligere i livet da rusbruken eller psykiske problemer sto i veien. En informant sier noe om mestringsglede på følgende måte:

Og så kjenner jeg det sånn, at nå, det er veldig godt å leve..den gode følelsen som ligger i å få ting til..og det å føle..at en er inkludert..alle disse positive følelsene som jeg før opplevde når jeg tok beroligende..det opplever jeg nå når jeg ikke tar dem (Informant 3).

Informantene utdyper konkrete situasjoner/aktiviteter hvor de har opplevd mestring. En intervjuperson kjenner seg for eksempel stolt når hun kan kjøre bil igjen, og dermed nå kan hente familiemedlemmer når som helst. Hun beskriver dette slik i teksten: ”Jeg er alltid i kjørbar stand, det er stas det på en måte”(Informant 4).

Informantene knytter også mestringsopplevelsene til meningsfulle aktiviteter, og de beskriver hvordan det å gjennomføre meningsfulle aktiviteter blir en viktig faktor for å bli bedre, både under behandling og etter behandling. En beskriver for eksempel en situasjon der han fikk drahjelp av en medpasient i behandling til å komme i aktivitet. De hadde samme interesse for trening og gjennomførte treningsøkter sammen på institusjonen. Samme informant beskriver tilfredsheten som oppstår etter at han har gjennomført et treningsmål han har satt seg, og minner seg selv på tidligere opplevelser av slik mestring når han skal gjennomføre nye aktiviteter og sette seg nye mål. Han beskriver dette slik:

Jeg har lært av erfaringer at når jeg gjør det så er det ikke så ille som du tror.. og sånn er det med trening også.. det er ikke så ille som jeg tror.. bare gjør det..... jeg føler meg bedre etterpå.. så da gjør jeg det bare (Informant 1).

En informant snakker om hvordan det å bruke egen livserfaring til å hjelpe andre mennesker gir ham mestringsopplevelse, og sier det slik: ”Nå lever jeg mer for å hjelpe andre, det gir meg kjempemye mestring som menneske”(Informant 3). Samme informant er opptatt av å formidle at det bør være fokus på at pasienter kan få oppleve mestringsopplevelser i en behandlingskontekst, og beskriver det slik:

Hvis de ikke har fått kjent på følelsen av å leve rusfritt, eller fått kjent på følelsen av noe form for suksess eller mestring så tror jeg veien tilbake er fryktelig kort (Informant 3).

Han snakker også om at det er viktig å bli introdusert for steder der en kan oppleve å mestre, og beskriver det slik: ”Du må få en arena hvor du kan bygge selvtillit, hvor du kan få fri” (Informant 3). Han beskriver videre hvordan introduksjon til meningsfulle aktiviteter er noe en behøver hjelp til, og sier:

Hvordan skal du for eksempel melde deg inn i en dykkerklubb eller andre aktiviteter som finnes i kommunen? Du har aldri gjort det og da må du ha noen som kan lære deg det, og som kan vise deg.. og som spør deg og som spør om hva du liker, om du synes det er greit å være på slalomtur? Eller om du liker å lese en bok? Eller som spør deg om du liker å spille fotball? (Informant 3)

To av informantene beskriver hvordan de hjemme bruker en dagsplan eller en ukeplan til å planlegge aktiviteter, og at det er viktig å ha noe å se frem til. En av informantene er opptatt

av å ha en individuell plan, og at aktiviteter skal være noe som planlegges og sikres i en individuell plan. Han beskriver det slik:

En individuell plan er kjempebra hvis det er brukeren sin plan og ikke systemet sin. For det må være.. Du må få lov til å ha inn noen av drømmene dine der.. Jeg har endret mine drømmer veldig ofte.. Men det er jo på en måte sånn at det er ingen som har sagt at det kan du ikke.. For det kunne da hendt at jeg kunne blitt trassig (Informant 3).

En informant beskriver at han har talenter som han kan ta i bruk og som dermed gir han opplevelse av mestring, hvor han sier: ”Jeg er dykkerinstruktør, så det betyr at jeg kan.. jeg har talenter og ting og tang jeg kan bruke der”(Informant 2).

En annen informant sier at meningsfulle aktiviteter for henne er en måte å medisinere seg på, han går tur i fjellet, leser bøker eller tar for eksempel et isbad. Han sier videre at det for ham blir viktig å ikke kjede seg og beskriver dette slik :

Ja, jeg må hele tiden ha noe å gjøre. Så kall det en flukt eller ikke. Jeg har veldig problemer med å kjede meg og de sier det skal være sunt å kjede seg men det synes ikke jeg da (Informant 4).

To av intervjupersonene knytter mestringsopplevelser til opplevelsen av eget selvbilde og sier at det å føle seg god nok på grunn av at du mestrer er med på å øke kravene til egen prestasjon, og en informant illustrerer dette dilemmaet på følgende måte:

Hvis det er sånn at jeg føler meg god nok på grunn av det jeg mestrer så vil jeg begynne å sette veldig høye krav til meg selv (Informant 2).

Tre av informantene snakker i intervjuene om at det er viktig å ikke stille for høye krav til seg selv fordi dette kan resultere i en følelse av nederlag eller stress. En informant sier følgende om sammenhengen mellom å sette høye krav til seg selv og risiko for å bli utbrent: ”Setter jeg for høye krav til meg selv så kan jeg risikere at jeg begynner å jobbe meg selv fordervet” (Informant 2).

En annen intervjuperson sier dette om samme tema: ”Å passe på at det ikke blir for mye, at det vipper over til stress. At jeg finner den balansen der” (Informant 1).

En informant snakker om en mestringskultur som eksisterer i en behandlingskontekst og som kan gi negative konsekvenser, hvor han sier:

Når de kommer ut av behandling da.. så har de fått inn i hodet at de må prestere for å være gode nok.. og så drar de det med seg inn i hverdagen.. og det er en helt annen kultur i hverdagen .. enn det er i en behandlingsinstitusjon.. så da vil jo kravene være langt opp igjennom taket.. og da begynner de å prestere og prestere.. for de skal gjøre dette på jobb eller.. og så trappes de opp med oppgaver og klarer ikke si nei..da møter de veggen. Og det startet med å gå for en mestringskultur i begynnelsen. Det var en bra ide i begynnelsen.. men når det kommer til stykket så kan det være en fare igjen (Informant 2).

5.2.1 Oppsummering

Funnene tyder på at mestringsopplevelser spiller en viktig rolle i en bedringsprosess, både i en behandlingskontekst, men også i en sosial kontekst etter behandling. I diskusjonskapittelet vil jeg i drøftingen særlig legge vekt på hvordan mestring og balanse må ses i en sammenheng. Jeg vil også da drøfte hvordan mestringsopplevelsene kan bidra til å oppleve det som krav om å skulle prestere, og hvordan dette igjen kan påvirke selvfølelsen. En av informantene sier noe om hvordan noen aktiviteter kan oppleves som en personlig medisin i en bedringsprosess, og dette er også noe jeg kommer tilbake til i diskusjonskapittelet.

5.3 Et rusfritt nettverk

Uten nettverk, det er ikke noe poeng å sende noen til behandling hvis ikke de ikke er villig til å bygge opp nytt nettverk, det er ikke vits i å mase på at han skal slutte å ruse seg, bare la han fortsette (Informant 3).

Alle informantene snakker om betydningen av å ha et rusfritt nettverk som viktig for å bli bedre, både i behandling og i livet etter behandling. En informant beskriver dette slik: ”Hvis han ikke har nettverk så har han ikke den minste bedøvelse for ensomheten sin”(Informant3). En annen informant beskriver betydningen av å ha et nettverk slik: ” Nettverk er alfa og omega”(Informant 2).

Alle informanter fremholder at det er avgjørende for å klare å holde seg rusfrie at de ikke pleier kontakten med folk som ruser seg, og en av informantene beskriver det på følgende måte: ”Nettverk og sånt er viktig.. det nytter ikke å gå tilbake til de gamle vennene igjen. Det er bare å lure seg selv å tro at en kan oppsøke de”(Informant 1).

Samme informant sier noe om at det har vært vanskelige valg å ta i forhold til å ikke lenger ha kontakt med tidligere kamerater, og beskriver det slik: ”Du kan ikke fly med de gamle kameratene dine.. jeg har tatt mange vanskelige valg..som har vært veldig kjipe”(Informant 1).

To av intervjupersonene beskriver hvordan gode relasjoner virker motiverende for å leve rusfritt. En av informantene beskriver dette slik:

De sier jo det at du skal gjøre ting for deg selv.. du skal slutte å ruse deg for din egen skyld.. altså.. du skal gjør det for din egen skyld.. du skal.. jeg vet ikke jeg.. det er jo noe med at .. at du er verdt noe i deg selv.. uavhengig av andre.. men altså.. jeg vet ikke om jeg hadde brydd meg om ikke det var for dem (Informant 4).

Tre av intervjupersonene sier det er på grunn av de nærmeste i familien at de bestemmer seg for å bli rusfrie. En informant sier noe om dette på denne måten: ”Familien.. jeg vil ikke skuffe dem.. jeg vil ikke det..alt jeg kan gjøre er å prøve..se om dette går bra”(Informant 4). En annen informant beskriver det å leve uten relasjoner på følgende måte: ”Et liv uten relasjoner er ikke vits i å leve rusfritt”(Informant 2).

En informant trekker frem betydningen av å treffe en likemann og sier:

Dette med likemannen kan være en fantastisk støtte.. for da får jeg en mer likeverdig relasjon.. jeg har ikke den skammen over meg.. og så er man i den kun i verdi av seg selv... uten noe medisiner eller økonomi eller straff (Informant 3).

Samtlige informanter har erfaring med å gå i selvhjelpsgrupper, da enten NA eller AA grupper. Tre av intervjupersonene går fremdeles på møter i selvhjelpsgruppa mange år etter rusfrihet er oppnådd. Samtlige beskriver deltagelse i en selvhjelpsgruppe som en viktig faktor for å komme seg. En informant beskriver viktigheten av å delta i selvhjelpsgruppe slik:

Det som gjør at jeg fortsetter å holde meg rusfri er jo at jeg kommer ikke til å slutte å gå i NA og jeg kommer med rullator der og har de vennene der for du blir jo så glad i folk, og du kjenner at det er der du hører hjemme da (Informant 4).

Selvhjelpsgruppene har mange møter i uken, og tre av intervjupersonene har erfaring med å gå fast på møter ukentlig. En informant beskriver noe om hvordan han merker en forskjell denne gangen, og sier noe om hvordan han nå ved å gå i selvhjelpsgruppa har forstått noe som

er viktig for ham i forhold til å meste å holde seg rusfri og ha det bedre psykisk. Han sier noe om dette på denne måten:

Jeg kjenner forskjell denne gangen. Og derfor har jeg skjønt det denne gangen at jeg skulle ha en sponsor, gå i NA og følge programmet og jeg skulle ta service når jeg flyttet hjem til huset (Informant 4).

Å ta service betyr å ta på seg en fast oppgave i selvhjelpsgruppa, for eksempel kan dette være å koke kaffe til alle møtedeltagerene før de kommer. Kaffekokeren må da være en av de første som ankommer til møtelokalet.

To av informantene understreker at de ikke alltid opplever å bli tilstrekkelig forstått i selvhjelpsgruppa i forhold til at de har en tilleggsproblematikk med psykisk lidelse. Når vi i intervjuet kommer inn på dette temaet og forsker spør om erfaringer på dette sier den ene informanten følgende: ”Jeg blir hos noen møtt med forståelse av andre møtte med fordommer”(Informant 1).

En annen av informantene opplever det motsatte og beskriver da en opplevelse av å bli forstått av de andre deltagerne i selvhjelpsgruppa:

Noen ganger er det pyton å gå på møte, har ikke lyst. Men når jeg kommer ned så er det alltid greit. For det er jo de rusavhengige som skjønner deg. Når det deles på møtet så tenker jeg at det er meg hun snakker om for du sliter med de samme tingene.. det er ingen som forstår en rusavhengig bedre enn en annen rusavhengig (Informant 4).

Alle informanter beskriver det å arbeide med de ulike trinnene i 12 trinns modellen som en del av sin bedringsprosess, og en informant beskriver det slik: ”det som er viktig for meg er jo å jobbe med trinnene.. trinnarbeid” (Informant 1).

En annen intervjuperson snakker om betydning av et enkelt trinn som har gjort en forskjell for ham, og viser da til trinnet som handler om å innrømme egen maktesløshet, og knytter dette trinnet til det åndelige aspektet ved 12 trinns modellen. Han beskriver det slik:

Det er jo et 12 trinns program, og det første trinnet handler om å innrømme en maktesløshet.. og det kan jo hvilken som helst narkoman i en rennestein forstå at han er maktesløs.. men det hjalp litt at jeg gikk i kristent miljø..for NA snakker om en høyere makt og jeg hadde et forhold til Jesus.. sånn som i de kristne miljøet.. og da

overlater vi i praksis så å si å gjøre det de sier.. jeg tar ikke alt men.. godt nok (Informant 2).

Tre av informantene er snakker om at å gå i selvhjelpsgrupper er noe en ”bare må gjøre” og ikke tenke så mye på, og at selve hjelpen ligger i å gjennomføre det å gå på møter. En informant beskriver noe av dette slik:

Jeg må ta meg selv litt i nakken, jeg ser jo det. Jeg må bare ringe til den sponsoren min.. og alt det der.. jeg må bare gjøre det.. det handler om å bare gjør det.. ikke tenke om det.. bare gjøre det (Informant 1)

Samme informant beskriver videre om samme tema:

Du må lære deg å tenke at det blir bedre hvis du gjør de rette valgene og går på møter, noe som gir deg noe, komme deg ut i fra den bobla du er i. Det er jo depresjonen du er i på en måte, du må jo leve. Herregud, du har jo resten av livet ditt foran deg og du må prøve å leve litt da (Informant1).

5.3.1 Oppsummering

Funnene tyder på at det å være en del av et rusfritt nettverk er en viktig komponent i en bedringsprosess. Samtlige av informantene har erfaring med å gå i selvhjelpsgrupper, og selvhjelpsgruppa representerer slik jeg forstår det ut fra informantens utsagn en følelse av tilhørighet, samt at selvhjelpsgruppa også blir et rusfritt nettverk for den enkelte. I diskusjonskapittelet vil jeg vektlegge selvhjelpsgruppenes sosiale betydning i en bedringsprosess, samt diskutere forhold omkring det en informanten beskriver i forhold til at han opplever at deltagere i selvhjelpsgruppa viser en manglende grad av forståelse i forhold til psykiske lidelser.

6.0 DISKUSJON

6.1 Innledning

Målet med denne studien var å få økt forståelse for hva det er som fremmer bedring for mennesker med ROP lidelse. Jeg var interessert i å undersøke både hva som var viktige faktorer for bedring en behandlingskontekst og hva som ble viktige faktorer for bedring i en sosial kontekst etter behandling. Selve undersøkelsen gjennomførte jeg ved å analysere fire semistrukturerte intervjuer, hvor jeg brukte den fenomenologiske analysemetoden systematisk tekstkondensering. I diskusjonsdelen vil jeg ta utgangspunkt i de tre hovedfunnene som ble presentert i det foregående kapittelet, og deler derfor opp diskusjonskapittelet i tre deler. I 1. del av diskusjonskapittelet ønsker jeg å diskutere det som kommer frem i funnene knyttet til den betydningen kunnskap kan ha i en bedringsprosess. Del 2 vil omhandle ulike aspekter ved meningsfull aktivitet og mestring, samt diskutere hvordan mestringsopplevelser kan påvirke selvbildet både positivt og negativt. I del 3 vil jeg diskutere nettverket og selvhjelpsgruppene sin betydning for bedringsprosessen slik det fremkommer av funnene. Tilslutt vil jeg presentere en konklusjon samt utdype noen temaer som kan være interessante å forske videre på. Svakheter ved denne studien vil også nevnes her.

6.2 Betydning av kunnskap: Er dette bipolarart eller er det bare happy?

Alle informantene i studien beskriver at det å få økte kunnskaper er viktig, og at ulike typer kunnskap var av betydning for deres bedringsprosess. To av informantene snakket om at det var viktig for dem å få kunnskaper om diagnosen de hadde fått i behandling. En av informantene utdypet dette ytterligere og beskrev hvordan kunnskap om diagnosene gjorde at han fikk mer selvinnsikt. Han mente, slik jeg oppfattet det, at kunnskap om diagnosen bidro til at han lettere kunne forstå seg selv. Informanten forteller også hvordan han hentet informasjon ved å benytte seg av blogger på internett som er skrevet av mennesker med tilsvarende diagnoser.

Vi har et klassifikasjonssystem i dagens psykiatri, og ICD-10 systemet er en samling symptomer plassert i kategorier med den hensikt å definere grenseoppgangene mellom de ulike kategoriene (ICD-10: 2). Ved å definere et menneske sine problemer ved å bruke en diagnose kan en risikere at pasienten kan føle seg lite forstått og i verste fall endre pasientens selvbilde til å føle seg som en diagnose, et "case". I familieterapifaget er konteksten det viktigste, og ved å åpne opp for å la konteksten bety noe, må pasienten fortelle sine

fortellinger fra livet sitt. Jeg tror diagnosesystemet kan begrense mange fortellinger, fordi diagnosen gir en forståelsesramme pasienten forstår seg selv ut ifra. Men diagnosen kan også ha en eksternaliserende effekt, og den kan dermed gi pasienten handlingsrom til å ta en aktiv rolle til sine problemer. Rolf Sundet diskuterer i en artikkel i "Fokus på familien" diagnosen betydning og hvordan det kan tenkes at den påvirker mennesket. Han peker der på hvordan det å få en diagnose kan være med på å generalisere og objektivisere personen. Sundet hevder at ved å forstå et menneske ut fra en diagnose kan en risikere å forsterke klientens lidelse. Dette fordi en forståelse ut fra et generalisert perspektiv kan være et perspektiv og en beskrivelse som klienten ikke kjenner seg igjen i. Sundet argumenterer i artikkelen også for at diagnosen avskjærer personen fra sin relasjonelle sammenheng og livskontekst, og her vil antagelig mange familieterapeuter være enig med ham (Sundet 2015: 9). I recovery tradisjonene finner vi noe av den samme argumentasjonen i forhold til diagnostiseringens mulige ulemper. Borg og Topor hevder for eksempel i boken "Virksomme relasjoner" at diagnosen i seg selv ikke tar hensyn til den enkeltes livssituasjon, personlige meninger eller hva den enkelte måtte ha opplevd tidligere i livet. Ifølge dem tar diagnosen heller ikke noe hensyn til hva som den enkelte selv mener han trenger for å bli bedre. De mener at diagnoser er et klinisk bilde som bidrar til at det særpregede ved mennesket forsvinner (Borg og Topor: 2007). Det som imidlertid blir interessant ved Sundet sin artikkel i forhold til denne studien er at han også drøfter en annen og mer positiv side av diagnostiseringens konsekvenser. Sundet hevder at det å få en diagnose for mange kan være med på å redusere en følelse av skyld og skam, og han understreker også at diagnosen er med på å skille person og problem fra hverandre (Sundet 2015: 9). Informanten sier at han opplevde at kunnskap om diagnosen ga ham en mulighet til å forstå seg selv bedre, og han opplevde at kunnskapen gjorde ham i stand til å ta en aktiv rolle i sin bedringsprosess.

I teorikapittelet har jeg redegjort for hvordan narrativ terapi benytter eksternaliserende samtaler som en metode for å kunne objektivisere problemet, for dermed å kunne gjøre det lettere for personen å samle seg til kamp mot problemet. Problemets identitet holdes dermed adskilt fra personens identitet, og på denne måten forteller ikke lenger problemet hele sannheten om den enkelte person som har en lidelse eller en diagnose (Lundby 2008). Sitatseksempelet brukt i overskriften "*er dette bipolart eller det bare happy*" kan tolkes til å være et uttrykk for hvordan kunnskap om diagnosen bipolar lidelse muliggjør at problemet er problemet, og det har sin egen identitet. Informanten eksternaliserer problemet og objektiviserer selve diagnosen. Bedringsprosesser handler ifølge Borg og Topor om å finne

frem til sine egne mestringsstrategier, og for denne informanten kan det virke som om det å få en diagnose og da eksplisitt kunnskap om den var til hjelp for ham (Borg og Topor 2007).

Den samme informanten kommer med en appell i forhold til behandlingstilbud ansvar for å legge til rette for å undervise om de ulike diagnosene. Dette utsagnet finner jeg både spennende og interessant, og det utfordrer meg til å tenke på i hvilken grad behandlingstilbudet og behandlere fokuserer på å undervise om de diagnoser de gir. For ikke lenge siden hadde jeg en pasient som hadde fått diagnose Diabetes type 2. Hun fikk time hos diabetessykepleier, meldte seg på diverse kurs og ble med i en vennegruppe for dem med diabetes på facebook. Jeg tror denne jenta fikk god informasjon om sin sykdom, og at dette gjorde henne i stand til å forstå sykdommen så godt at hun kunne kjenne en kontroll over den. Et aktuelt spørsmål å stille blir da i hvilken grad behandlingstilbudene er opptatt av å gi informasjon om de diagnoser de gir? Og, kan eventuelt en slik manglende informasjon om diagnose være med på å bidra til at personen som mottar diagnosen risikerer å stå i en fare for å føle seg både objektivisert og generalisert, - og i ytterste konsekvens føle seg fremmedgjort for seg selv? ROP pasienter har diagnosen rusavhengighet og i tillegg en psykiatrisk diagnose. De har med andre ord flere diagnoser, og nasjonale retningslinjer for behandling av ROP lidelser understreker at denne samtidigheten av lidelser påvirker hverandre gjensidig og forsterker begge. Det er da et betimelig spørsmål å stille seg hvorvidt det legges tilstrekkelig rette for å gi informasjon om lidelsene i en behandlingstilbud for ROP pasientene? Blir det dobbelt så viktig?

Det fremkommer også av funnene at to av informantene er opptatt av hvordan de i en behandlingstilbud ble introdusert for generell kunnskap om følelser og hvordan egne følelser påvirker dem i deres liv. En av informantene beskriver at denne kunnskapen har bidratt til at han ikke lenger opplever det som farlig å kjenne på engstelse og han sier blant annet at han ikke lenger er så redd for å rødme. Det kan være sannsynlig at personer som har rust seg store deler av livet i liten grad er kjent med sine egne følelser, og kan hende føle seg overveldet av følelser og til og med kan føle at en mister kontroll over sine reaksjoner. Kunnskap om følelser og hvordan de kan virke i kroppen og hodet er en kunnskap jeg har savnet i familierapifaget. I familierapifaget finnes det noe fokus på følelser i tilknytningsbasert familierapi, og innenfor parterapi feltet er emosjonsfokusert terapi (EFT) veldig populært. Likevel er min påstand at familierapien som fag kjennetegnes av hvordan en forstår psykiske problemer som noe som oppstår mellom mennesker, ikke som problemer

ved det enkelte individ. Det at familierapeuten er opptatt av å inkludere klientens opplevelse av følelser behøver ikke utelukke den kontekstuelle forståelsen.

I tillegg til kunnskap om diagnoser og følelsers betydning beskrev en informant om viktigheten av å inneha kunnskap om hverdagslivet sine sosiale koder, og hvordan det kunne påvirke ham å ikke ha denne typen kunnskap. Jeg velger å gjengi sitatet fra informanten fordi det så godt illustrerer den opplevelsen han får ved ikke å ha slike kunnskaper.

Å lære seg disse kodene i samfunnet, disse normalitetskodene. For eksempel om hvordan man kler seg når man går ut for å spise på en lørdag. Det er jo her det fryktelig fort gjort å føle seg annerledes (Informant3).

Informanten beskriver her, slik jeg forstår det, at han opplever at han har bruk for en kunnskap i forhold til ulike typer normer i samfunnet. Og at dersom han ikke innehar denne kunnskapen kan dette være med å bidra til at han får en negativ opplevelse i en sosial setting, som i dette eksempelet er en restaurant. Det kan virke som om siste del av setningen hvor han beskriver ”å føle seg annerledes” bærer i seg en klang av skamfølelse. For noen mennesker som har oppholdt seg mye i et rusmiljø kan det tenkes at det kan være ekstra utfordrende å forstå en rekke sosiale spilleregler. Dermed kan det oppstå en del situasjoner hvor vedkommende kan føle seg annerledes og ikke som folk flest. Borg sine funn knyttet til dette med hvor viktig det er for folk å ikke føle seg annerledes stemmer overens med denne studiens informant sin beskrivelse. Han sier noe om hvor viktig det var for ham å få økte kunnskaper om de sosiale spilleregler i samfunnet for å unngå å føle seg annerledes. Et betimelig spørsmål å stille blir da i hvilken grad behandlingsinstitusjonene er opptatt av å formidle kunnskap om hverdagslige selvfølgeligheter og trivialiteter for sine innlagte pasienter? Kan det tenkes at behandlingskonteksten ikke legger nok til rette for å styrke den enkelte sin sosiale kompetanse? For hvor mye snakkes det egentlig om sosiale normer i en behandlingskontekst? I familierapien er vi opptatt av konteksten og hvordan ulike kontekster påvirker oss som mennesker. Er vi flinke nok til å utforske sammen med våre klienter hvordan de opplever seg i forhold til sine subsystemer og suprasystemer, og da hvilke normer og diskurser som gjøres seg gjeldende i de ulike systemene? Kan økt fokus i en behandlingskontekst på diskurser i samfunnet bidra til at mennesker som er i behandling får en økt kompetanse, som igjen kan bidra til en økt forståelse? Og kan denne økte forståelsen for diskurser og normer bidra til at følelser av skam og annerledeshet får et mindre spillerom?

6.3 Mestring med måte

I studien forteller alle informantene om gleden de opplever ved å få noe konkret til, det være seg å få tilbake sertifikatet eller gjennomføre treningsøkter. En av informantene beskriver at fjellturer og isbading er som en personlig medisin for henne, og sier i intervjuet at hun medisinerer seg selv med slike opplevelser. Jeg synes det er et interessant funn i denne studien, og det samsvarer med Patricia Deegan og hennes forskning i forhold til personlig medisin som faktor i en bedringsprosess. Informantene beskriver følelser av glede og stolthet når de gjennomfører aktiviteter som de opplever som meningsfulle. Informantenes ulike beskrivelser får meg til å undre meg over hvorvidt det legges tilstrekkelig til rette i en behandlingskontekst i forhold til at den enkelte kan finne frem til sin egen personlige medisin. Min personlige medisin mot tunge tanker er ofte å spille musikk høyt i stua, kanskje ta meg en dans for meg selv, eller skrive dagbok, eller andre aktiviteter. Det har jeg erfart at er aktiviteter som hjelper meg, løfter humøret mitt og som gir meg noe energi. Jeg mener ikke at vi alle skal danse i stua til høy musikk når det er noe som er vanskelig, men, poenget mitt er at jeg benytter meg av ulike kjente strategier når jeg for eksempel behøver motivasjon for noe eller energi til noe. Jeg tror det er mye spennende informasjon som ligger i informantens utsagn om å aktivt bruke personlig medisin i en bedringsprosess, og at det er noe som behandlingsinstitusjoner bør være opptatt av. Ness, Borg og Davidsons litteraturstudie om ROP lidelser og bedringsprosesser identifiserer noe av det samme i sin studie, og beskriver den allmennmenneskelige verdien det er for alle mennesker å ha et liv som inneholder noen meningsfulle aktiviteter (Ness et. al 2014).

En av informantene i min studie beskriver hvordan det blir viktig for ham å bli introdusert for arenaer der han kan utvide sine muligheter til å oppleve meningsfulle aktiviteter, og at dette er noe han tenker han kan behøve hjelp til. Jeg velger igjen å gjengi et direkte sitat fra denne informanten, fordi jeg mener det så godt illustrerer hans perspektiver:

Hvordan skal du for eksempel melde deg inn i en dykkerklubb eller andre aktiviteter som finnes i kommunen? Du har aldri gjort det og da må du ha noen som kan lære deg det, og som kan vise deg, og som spør deg om hva du liker, og om du synes det er greit å være med på slalomtur? Eller om du liker å lese en bok? Eller som spør deg om du liker å spille fotball? (Informant 3).

Det handler ikke bare om å bli introdusert for en rekke aktiviteter, men også om det at noen spør om hva du foretrekker å gjøre. Informanten sier i sitatet noe om at det faktisk ikke alltid er like lett å vite hva man liker å gjøre - dersom en ikke har noen preferanser for ulike typer

aktiviteter. For å kunne vite noe om hva man liker å gjøre må en utforske nye arenaer som kan være med på å utvide ens interesseområder. Dette vil mange hevde at er allmennmenneskelige sannheter, men for mennesker som skal bevege seg mot rusfrihet og bedre psykisk helse kan det å ha interesser som kjennes meningsfulle være viktig i en bedringsprosess

To av informantene knytter mestringsopplevelser direkte til opplevelsen av sitt selvbilde og sier begge at dersom det i for stor grad blir slik at det er prestasjonene som indirekte ”forteller” at en er god, kan dette ha en uheldig utvikling i forhold til stadig å øke kravene til å prestere for nettopp å kjenne seg god nok. Informantene mener slik jeg oppfatter det, at dersom det blir et for ensidig fokus på prestasjon, kan dette bidra til en økt opplevelse av stress og nederlag. En informant beskriver hvordan han opplevde en ”mestringskultur” i den behandlingskonteksten han på et tidspunkt hadde vært en del av. Og han beskrev hvordan han opplevde at denne mestringskulturen bidro til at de fokuserte i for stor grad på prestasjoner. Dette reiser flere interessante spørsmål. Et slikt spørsmål er om mestringsopplevelser lett kan bli til krav om å prestere? Og er det slik at prestasjoner alltid bare kan bekrefte deler av oss som gode nok? Og, dersom vi tillegger for mye vekt på å legge til rette for prestasjoner i behandlingsinstitusjoner, som har som sin gode hensikt å bidra til å gi vedkommende økt selvtillit, kan vi risikere å gjøre motsatt av det som var hensikten? Det er antagelig mange som vil hevde at det er en sannhet at vi mennesker føler oss bra når vi får noe til, men det kan virke som informantene beskriver en sårbarhet knyttet til det å føle seg god nok. Som jeg har redegjort for i tidligere kapittel understreker Ness, Borg og Davidsons studie hvordan stigmatisering i samfunnet påvirker personer som har en ROP lidelse. De er opptatt av hvordan stigmaet påfører den enkelte skamfølelse, og de hevder at mange kan tenkes at preges av en personlig opplevelse av at samfunnet ser ned på dem, og at de også opplever selv at ”de er noen som er vanskelige å hjelpe” (Ness et. al 2014). I et recovery perspektiv hevdes det at recovery handler om at hver enkelt skal ha muligheten til å leve et verdig liv i en kontekst der en er en del av samme menneskeheten, har de samme rettighetene og at en ikke skal få noen merkelapp på seg at en er kronisk syk (NAPHA 2013: 11). Derimot vil det i et narrativt perspektiv alltid være slik at den kulturelle konteksten vil være av betydning for hvordan en opplever seg selv, fordi det i den kulturelle konteksten til enhver tid er så mange diskurser som påvirker oss i hvordan vi forstår oss selv.

Det kan tenkes at en sårbarhet knyttet til det å føle seg god nok er noe som kommer som et resultat av det stigmaet som mange mennesker med ROP lidelse kjenner på, og at denne

sårbarheten kanskje ikke i tilstrekkelig grad får mulighet til å bli bearbeidet? Ville det være av betydning for den enkeltes bedringsprosess dersom behandlere brukte mer tid på å bearbeide slik sårbarhet?

6.4 Betydning av et rusfritt nettverk

Uten nettverk, det er ikke noe poeng å sende noen til behandling hvis ikke de ikke er villig til å bygge opp nytt nettverk.. det er ikke vits i å mase på at han skal slutte å ruse seg, bare la han fortsette (Informant 2).

Jeg har valgt ut dette sitatet fordi det sammenfatter noe alle nevner som viktige for dem i deres bedringsprosess, det rusfrie nettverket. Recovery teorier er opptatt av at alle mennesker behøver en sosial arena som er støttende, fordi der finner vi tilhørighet og også da en mening med vår tilværelse. Funnene fra denne studien bekrefter at en bedringsprosess har noen sosiale betingelser ved seg. Et menneske kan ikke bli bedre helt alene, fordi det er noe som skjer i et samspill sammen med andre mennesker. For en systemiker er dette et kjent tankegods. Det er konteksten for våre liv som er det elementære, - mennesker lever sine liv i sosiale kontekster, og er hele tiden i dynamisk samspill med sine omgivelser. Det kan være sannsynlig at mange mennesker med ROP lidelse har et begrenset rusfritt nettverk når de går i behandling. Dette kan være fordi rusbruken har stått i veien for å opparbeide seg gode relasjoner og hindret en i å delta i sosiale arenaer. Risiko for å føle seg veldig ensom er absolutt tilstede. Men så kommer spørsmålene; Hvor finner man nye venner? Og hvordan går en fram for å bli kjent med andre mennesker? Her seiler det opp mange vanskelige problemstillinger for den det gjelder. Et viktig moment i denne tematikken blir å undre seg over på hvilken måte et hjelpeapparat kan bidra til å arbeide konstruktivt med å bygge opp et nytt nettverk for mennesker med ROP lidelse.

Ulike brukerorganisasjoner som A-Larm, Mental helse, AA, og NA kan være viktige sosiale arenaer for mennesker med ROP lidelse i en bedringsprosess. Samtlige av informantene i denne studien har erfaring med å gå i selvhjelpsgrupper, både NA og AA. Og alle informantene sier noe om at det å delta i en selvhjelpsgruppe har vært en viktig faktor i deres bedringsprosess. Selvhjelpsgruppa representerer slik jeg forstår det en personlig opplevelse av tilhørighet for den enkelte deltager. Selvhjelpsgrupper som AA og NA kan sies å ha flere fordelaktige sider ved seg. De er gratis å delta i, det er god tilgjengelighet på grupper i de

fleste byer i Norge, det er ofte flere møter pr uke, og en kan gå i en gruppe så lenge en vil. I tillegg til dette er det muligheter for å få en sponsor som følger en personlig opp, og som også kan være en ressursperson utenom møtetidene. Vederhus peker i tillegg på at det å delta i slike grupper kan være med på å mobilisere egen aktiv rolle i sin bedringsprosess (Vederhus 2009). Et annet poeng er at diagnosen rusavhengighet betraktes som en ressurs på den måten at erfaringen kan brukes til å hjelpe andre mennesker i samme situasjon. Samtlige informanter i denne studien bekrefter at det å delta i selvhjelpsgruppe har hatt en positiv betydning for dem, og forskning som er presentert viser at det er en signifikant forskjell på oppnådd rusfrihet etter behandling hos dem som har deltatt i selvhjelpsgruppe. Dette bekreftes også av funnene i denne studien. Det blir da et tankekors at 6 av 10 profesjonelle hjelpere ikke forteller om eller motiverer sine klienter til å forsøke å delta i en selvhjelpsgruppe, og det blir da interessant å reflektere på hva det er som gjør at det er en så stor motstand hos hjelpeapparatet i forhold til selvhjelpsgruppe miljøer (Vederhus 2009). Helse og sosialpsykolog Frederick Nathaniel hevder i en artikkel i Psykisk Helse og Rus at en mulig årsak til motstanden kan ha med AA og NA sitt åndelige "språk" å gjøre, og han mener at dette språket bidrar til at fagfolk tolker AA/ NA mer som en religiøs bevegelse eller sekt (Nathaniel 2013: 24).

Selv om alle informanter mener at selvhjelpsgruppa er viktig for dem, sier en av informantene at han har opplevd å møte på fordommer av andre deltagere i selvhjelpsgruppa i forhold til hans psykiske lidelse. Jeg mener at dette er et viktig moment å være klar over i en behandler rolle dersom en forsøker å motivere mennesker med ROP lidelse til å delta i selvhjelpsgruppe. Det kan tenkes at det er nødvendig å bruke noe tid på å snakke om det at deltagelse i selvhjelpsgruppa også for noen kan by på opplevelser som ligner denne informantens opplevelse.

6.5 Konklusjon

Målet med denne studien har vært å få større forståelse for hva det er som er med på å fremme bedring for mennesker med ROP lidelse. Mine forskningsspørsmål har vært knyttet til hva det er i en behandlingskontekst som fremmer bedring, og hva det er i en sosial kontekst som fremmer bedring. Jeg har funnet frem til noen viktige momenter, og jeg sammenfatter kort funnene fra studien:

Jeg fant at det å erverve seg kunnskap kunne ha betydning for den enkeltes bedringsprosess, og at denne kunnskapen kunne handle om både diagnoser og følelser, men også om sosiale normer og diskurser i samfunnet. To av informantene sa noe om at det å tilegne seg nødvendig kunnskap i en behandlingskontekst var nyttig fordi det hadde en overføringsverdi til livet etter behandling. Jeg fant også at mestringsopplevelser er viktige i en bedringsprosess, de gir mennesker opplevelser av glede og stolthet. Det å legge til rette for mestring blir dermed viktig for bedringsprosessen både i en behandlingskontekst, men også i livet generelt. Det var imidlertid interessant å oppdage at for noen kan det bli for mye fokus på mestring i en behandlingskontekst, og at dette kan bidra til at det kan føles som et krav om stadig å prestere for å føle seg bra nok. En informant kalte det for en mestringskultur, og derfor ble tittelen *mestring- med måte*. Sist men ikke minst, fant jeg at nettverk kan være av betydning i en bedringsprosess hos mennesker med ROP lidelse. Dette er for så vidt ikke noe nytt på fagfeltet, men denne studien viser at det for noen mennesker med ROP lidelse kan det by på noen ekstra utfordringer ved å knytte seg til en brukerorganisasjon. En informant beskriver at han opplevde noen grad av manglende forståelse for sin tilleggsproblematikk i selvhjelpsgruppa.

6.5.1 Svakheter og styrker ved denne studien:

Jeg har intervjuet 4 personer om deres erfaringer med bedringsprosesser. De var alle aktive brukere av ulike brukerorganisasjoner. For å få større variasjon på funnene kan det tenkes at dersom flere informanter ikke hadde vært aktive i brukerorganisasjoner hadde andre interessante momenter i bedringsprosesser kommet tydeligere frem. Det er også slik at ved å velge en annen analysemetode kan det tenkes at andre funn hadde kommet frem. En styrke ved denne studien er at jeg har forsøkt å være så transparent som mulig i forhold til hvordan jeg valgte å gjøre analysen. Jeg har forsøkt å sette min forforståelse i en parentes, men min forforståelse vil likevel alltid prege hvordan jeg tolker funnene (Olsson og Sørensen 2008).

6.5.2 Implikasjoner for fagfeltet familierapi:

To the post-modern eye truth is not out there waiting to be discovered and measured, leading to rules and regularities, but is something which is constructed by people interacting with their environment; it is always provisional and contingent on context (Roberts 2000: 434).

Denne definisjon av postmodernismen griper et tak i noe av det som jeg oppfatter at er noe av det mest vesentlige og grunnleggende i faget familieterapi. Ved å skrive om denne tematikken har det blitt tydelig for meg at recovery orientert praksis og teori har mange fellesnevnerne med systemisk familieterapi, og begge tradisjoner er influert av nettopp postmodernismen. Den kontekstuelle og sirkulære tenkningen som kjennetegner familieterapifaget er også viktige momenter i recovery tradisjonen. Den ikke vitende posisjon hvor terapeuten ikke fremstår som noen ekspert er å innta et brukerperspektiv.

Forskning i Norge og internasjonalt viser høye tall av komorbiditet når det gjelder samtidighet av ruslidelse og psykiske problemer. Det undrer meg i stor grad at familieterapeuter ikke er en representert faggruppe der hvor det utarbeides nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av ROP lidelse. Jeg tror vårt fagfelt kunne bidratt med viktige perspektiver inn i dette arbeidet med sin recovery orienterte, kontekstuelle tilnærming.

Borg og Karlsson påstår i en artikkel i tidskrift for psykisk helsearbeid at tiden er overmoden for de ulike postmoderne fagtradisjonene å samarbeide. De hevder at det i fremtiden vil bli viktig å stå sammen og representere en kritikk mot den retningen i psykisk helsefeltet som fremhever det individorienterte og den ensidige medisinske forståelsen (Borg og Karlsson 2011).

Litteraturliste

Anderson, Harlene (2003). *Samtale, språk og terapi, et postmoderne perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag

Andersen, Tom (2010). *Reflekterende prosesser*. Dansk Psykologisk Forlag

Bagge, Randi (2007). *Refleksjoner omkring begrepet "ikke vitende posisjon"*. I: *Fokus på familien* 2/2007, s.113-126

Bateson, Gregory (1972). *Steps to an ecology of mind*. USA: Aronson Inc.

Bateson, Gregory (1971). *The cybernetics of "self": A theory of alcoholism*. I: *Psychiatry* 34, s.1-18. URL <http://dx.doi.org/10.1037/10112-038>

Borg, Marit og Alain Topor (2007). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget A/S

Borg, Marit m.fl (2011). *Recovery med nordisk blick*. I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2011/04 s.290-293

Borg, Marit (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. Trondheim: NTNU.

Doktorgradsavhandling

Borg, Marit (2010). *Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser*. I: *Ergoterapeuten* 06.10, s.1-10

Borg, Marit og Bengt Karlsson (2011). *Recovery- og hva så? Om erfaringsbasert kunnskaps vilkår og muligheter*. I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* nr 4 s. 314-323.

Davidson, Larry m fl. (2008). From “*Double trouble*” to “*Dual Recovery*”. *Integrating Models of recovery in Addiction and Mental health*. I: *Journal of Dual Diagnosis*, vol 4 (3) 2008, s.273-290

Deegan, Patricia E (2005). *The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities*. I: *Scandinavian Journal of Public Health*, 2005/33, s.1-7

Gehart, Diane (2012). *The mental health recovery movement and family therapy, part I. Consumer-led reform of services to persons diagnosed with severe mental illness*. I: *Journal of Marital and Family Therapy* 2012 Vol.38 No 3, s.429-442

Gehart, Diane (2012). *The mental health recovery movement and family therapy, part II. A collaborative appreciative approach for supporting mental health recovery*. I: *Journal of Marital and Family Therapy* 2012 Vol.38 No 3, s.443-457

Haugsgjerd m.fl. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse- ROP lidelser*. 15-1948

Holmgren, Anette (2010). *Terapifortellinger. Narrativ terapi i praksis*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag

Hårtveit, Håkon og Per Jensen (2004). *Familien-pluss en*. Oslo: Universitetsforlaget

Jensen, Per og Inger Ulleberg (2011). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Jensen, Per (2009). *Ansikt til ansikt. Kommunikasjons og familieperspektivet i helse - og sosialarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Johnsen, Astrid og Vigdis Wie Torsteinsson (2012). *Lærebok i familierapi*. Oslo: Universitetsforlaget

Kvale, Steinar og Svend Brinkmann (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal forlag

Kristensen, Øystein og John- Kåre Vederhus (2005). *Selvhjelpsgrupper i rusbehandling*. I: *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 125,s. 2798-2801

Laudet, Alexandre B m.fl (2003). *Participation in 12-Step-Based Fellowships Among Dually Diagnosed Persons*. I: *Alcohol Trea Q*.2003,21/3, s 19-39. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc1821137/> (lest 26.02.2015)

Lauveng, Arnhild (2006). *Unyttig som en rose*. Oslo: Cappelen forlag

Lock, Andy og Tom Strong (2014). *Sosial konstruksjonisme. Teorier og tradisjoner*. Bergen:

Lundby, Geir (2008). *Historier og terapi. Om narrativer. Konstruksjonisme og nyskriving av historier*. Tano Aschehoug

Malterud, Kirsti (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget

Marell, Fanny og Lisa Koser (2015). *Familjeterapi och New Public Management. Konsten att vara lagom annorlunda och skapa en skillnad som gör en skillnad. I: Fokus på familien 1-2015*,s. 42-57.

Nathanael, Frederick (2013). Effektivt ettervern ved dobbeltdiagnose. I: *Psykisk helse og rus* 2013/3, s.20-26

NAPHA, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*. Rapport nr 4/2013.

Ness, Ottar m.fl (2014). *Facilitators and barriers in dual recovery: A literature review of first person perspectives*. I: *Advances in Dual Diagnosis*. Vol 7, iss 3, s.107-111

Nesvåg, Ragnar m.fl. (2015) Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: A registry based study. I: *The International Journal for Research in social and genetic Epidemiology and Mental health Services*. URL: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-015-1025-2/fulltext.html> (lest 2. 5.2015)

Nesvåg, Ragnar (2015). Intervju på NRK.no. URL: <http://www.nrk.no/norge/ny-studie-om-rus-og-psykiatriske-lidelser-1.12330113> (lest 23.5.2015).

Olsson, Henny og Stefan Sørensen (2008). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Roberts, Glenn A (2000). *Narrative and severe mental illness: What place do stories have in an evidence-based world?* I: *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000/6. pp.432- 441

Sundet, Rolf (2015). *Kunnskap i evidensens tid – mot en kunnskapsforståelse for praktiserende familieterapeuter*. I: *Fokus på familien 1-2015*,s.6-23

Tjersland, Odd Arne (1989). *Fra univers til multivers- og tilbake igjen*. I: *Fokus på familien* 1989/01,s.3-14

Thagaard, Tove (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vederhus, John- Kåre (2009). *Selvhjelpsgrupper i rusfeltet. En kunnskapsoppsummering av aktuell forskning om selvhjelp i rusfeltet*. Rapport til Helsedirektoratet /Norsk Selvhjelpsforum.

Watzlawick, John, John Weakland og Richard Fisch (1980). *Forandring. Prinsipper for hvordan problemer oppstår og hvordan de løses*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S

Wifstad, Åge (2001). *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse*. Universitetsforlaget.

Widerberg, Karin (2011). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget

White, Michael (2009). *Kart over narrativ praksis*. Oslo: Pax Forlag

Ølgaard, Bent (2012). *Kommunikasjon og Økomentale systemer ; en introduksjon til Gregory Bateson forfatterskap*. Akademisk forlag



Hans Christian Michaelsen
Diakonhjemmet Høgskole
Postboks 184 Vinderen
0319 OSLO

Vår dato: 14.08.2014

Vår ref: 39268 / 4 / LB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.07.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39268	<i>Bedringsprosesser hos mennesker med rusavhengighet og samtidig psykisk lidelse</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Diakonhjemmet Høgskole AS, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Hans Christian Michaelsen</i>
<i>Student</i>	<i>Sandra Elizabeth Furset</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lene Christine M. Brandt

Kontaktperson: Lene Christine M. Brandt tlf: 55 58 89 26

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Sandra Elizabeth Furset sandrafurset@hotmail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no



Utvalget består av tidligere pasienter i spesialisthelsetjeneste og/eller kommunehelsetjeneste som har fått en ROP-diagnose. Utvalget rekrutteres primært gjennom ulike brukerorganisasjoner eller evt. foredragsholdere. Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen, og anbefaler at brukerorganisasjoner/foredragsholdere videreformidler kontakten/informasjonen om prosjektet på vegne av student, og at interesserte informanter blir bedt om å ta kontakt direkte med student. Slik legges det opp til at informantene rekrutterer seg selv. Det bør da understrekes i informasjonsskrivet at studenten ikke kjenner de som forespørres sin identitet før de eventuelt samtykker til deltakelse.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, forutsatt at dato for forventet prosjektslutt (01.06.2015), og dermed når materialet senest anonymiseres/slettes, tilføyes. Videre bør kontaktopplysninger til veileder ved Diakonhjemmet Høgskole tilføyes skrevet.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Diakonhjemmet Høgskole AS sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.06.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

Kopiert fra e.mail adresse:

OPPFØLGING AV ENDRINGSMELDING

Vi viser til endringsmelding mottatt 15.08.2014 for prosjekt:

Prosjektnr: 39268. Bedringsprosesser hos mennesker med rusavhengighet og samtidig psykisk lidelse

Personvernombudet har registrert 01.09.2015 som ny dato for prosjektslutt og anonymisering.

Vi legger til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret. Du vil motta en ny statushenvendelse ved prosjektslutt.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

--

Vennlig hilsen / Best regards

Lene Chr. M. Brandt
Rådgiver / Adviser

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
(Norwegian Social Science Data Services)

Personvernombud for forskning
(Data Protection Official for Research)

Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN
Tlf. direkte: (+47) 55 58 89 26
Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80 / 55 58 21 17
Faks: (+47) 55 58 96 50
Epost: lene.brandt@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no/personvern

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.

Denne studien har fokus på mennesker som har hatt en ruslidelse og samtidig psykisk lidelse (ROP lidelse) og hensikten med studien er å belyse deres erfaring om hva det er som er med på å fremme bedring.

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningstudie som vil belyse dine personlige erfaringer om hva det var som var viktig i forhold til at du ble bedre. Formålet med studien er å bidra til mer kunnskap om temaet, og at denne kunnskapen kan være med på å utvikle hjelpetiltak som fremmer bedringsprosesser for mennesker som har ruslidelse og samtidig psykisk lidelse. Personene som velges ut til å delta er mennesker som har vært i behandling på institusjon, sykehus, poliklinikk eller i kommunehelsetjeneste for ROP lidelse, - og som opplever at de har kommet seg. Personene skal ikke ha en aktiv pasientstatus, det vil si at du må være ferdig med all eventuell behandling. Studien gjøres i regi av Diakonhjemmet høgskole, som en del av et masterprogram i familieterapi og systemisk praksis.

Hva innebærer studien:

Studien innebærer å delta i et individuelt dybdeintervju, hvor du vil sitte sammen med forskeren og svare på noen spørsmål. Spørsmålene som stilles vil være få og åpne, - dette for i størst mulig grad få frem dine personlige erfaringer om tema. Forskeren vil stille noen oppfølgende spørsmål som er med på å holde en tråd i samtalen. Intervjuet blir tatt opp på lydbånd, og blir i etterkant skrevet ned og analysert av forskeren.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysninger gitt av deg vil bli gjengitt i studien uten navn og fødselsnummer. Dersom du under intervjuet benevner konkrete navn på institusjoner eller personer, vil forskeren anonymisere dette i presentasjonen av studien. En kode knytter din identitet til dine opplysninger ut i fra en navneliste. Det er kun forsker Sandra Elizabeth Furset og veileder Hans Christian Michalsen ved Diakonhjemmet Høgskole, samt biveileder Dagfinn Ulland ved Universitetet i Agder som har adgang til navnelisten, og som kan spore informasjonen du har gitt i intervjuet tilbake til deg. Alt nedskrevet materiale og lydopptak vil bli oppbevart innelåst i safe på forskerens kontor på Sørlandet sykehus Kristiansand under arbeid med analyse av data, - og alt materiale vil bli slettet når studien er fullført og godkjent.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har også rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er publisert i masteroppgaven.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i denne studien, og du kan når som helst, uten å oppgi grunn trekke ditt samtykke til å delta. Dersom du ønsker å delta i studien vil du signere et skjema som kalles for "informert samtykke", dette signeres når du møter forskeren. Dersom du ønsker å trekke deg i etterkant av intervjuet kan du kontakte Sandra Elizabeth Furset på telefon nr 92 66 71 30 .

Tid og sted for intervju.

Intervjuene vil finne sted i august-september 2014, og du vil bli kontaktet i forkant pr telefon for å avtale tid og sted for gjennomføring av intervjuet. Intervjuet vil ta inntil 1-1,5 time å gjennomføre. Da forsker ikke har midler til å dekke utgifter for informanters utgifter knyttet til reisevei til og fra intervjusted, vil forskeren så lang det er mulig forsøke å være fleksibel og kan ha mulighet til å reise innenfor regionen Sør- Øst Norge (fortrinnsvis Stavanger – Oslo/ Akershus). Hvor intervjuet finner sted avhenger av hvor du bor, men det kan være aktuelt å benytte lokale bibliotek eller andre offentlige institusjoner i nærheten av der du er bosatt - hvor det er mulig å gjennomføre et intervju uten avbrytelser og med tilstrekkelig ro.

Fordeler og ulemper for deg ved å delta i denne studien

For noen mennesker kan det å snakke om deler av sin livshistorie frembringe følelsesmessige reaksjoner i etterkant av intervjuet, og forskeren vil derfor drøfte dette med deg før intervjuet starter, samt snakke med deg om hvordan du opplevde å bli intervjuet i etterkant av intervjuet. Dersom du opplever at du får en reaksjon og ønsker å snakke med noen i etterkant av intervjuet kan du kontakte Mental Helse sin hjelpetelefon (tlf nr 116123). Der kan du ringe anonymt og samtale med mennesker som har egenerfaring. Du kan også kontakte forskeren direkte. En fordel med å delta i denne studien er at du bidrar til å sette fokus på et viktig tema, som kan bidra til at fagfolk innenfor fagfeltet rus og psykisk helsearbeid får økt forståelse for hva som kan være god hjelp for å komme seg av psykisk lidelse og samtidig ruslidelse. En annen viktig fordel er at din fortelling om bedring kan være med på å gi håp til mennesker som strever med denne problematikken.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

INTERVJUGUIDE

Innledning:

Introdusere meg og fortelle kort om min faglige bakgrunn. Informere om studien. Gjenta rammer for intervjuet.

Tema for semistrukturert intervju:

Bedringsprosesser og ROP lidelse.

Forskningsspørsmål 1: Hvilke faktorer i behandling bidro til at du ble bedre?

Oppfølgingsspørsmål: Kan du si noe mer om det? På hvilken måte var det en viktig faktor?

Forskningsspørsmål 2) Hvilke faktorer i den sosiale konteksten etter behandling bidro til at du ble bedre?

Oppfølgingsspørsmål: Kan du si noe mer om det? På hvilken måte var det en viktig faktor?

Avslutte med å åpne opp for eventuelle spørsmål, samt bruke tid på å snakke om hvordan det var for informanten å delta i intervjuet.

