

Autonomi i limbo

Utvikling av helsetjenester til personer med problematisk rusbruk, men uten avhengighet

Berge-Andreas Steinsvåg



Masteroppgave

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2015

1 Autonomi i limbo

Limbo er en mellomtilstand eller tilstand av lammelse til sjeler fra gode mennesker som døde før Jesu oppstandelse befant seg i inntil Jesus for ned til dødsriket og forløste sjelene.

(Norsk Wikipedia: Limbo). Limbo er også en danseform og konkurranse fra Trinidad der deltakerne danser under en stokk som blir senket stadig lavere. Den som klarer å danse under det laveste punktet vinner. Dansen krever stor smidighet og styrke.(Engelsk Wikipedia: Limbo, dance). Limbo er også en fruktig, alkoholholdig drink. I noen oppskrifter oppgis ananas juice og ferskenlikør, mens andre bruker bananlikør og lys rom (Hentet 10.05.15 fra www.mixthatdrink.com, www.spiritdrinks.com) .

Autonomi betyr selvstyre, etter de greske begrepene autos («selv») og nomos («lov», «regel» eller «styre»). Autonomi ble opprinnelig brukt om bystater der innbyggerne fastsatte sine egne lover (Store norske leksikon, hentet 10.05.15 fra www.snl.no). Autonomi betyr også en persons kompetanse, rasjonalitet og generelle evne til å vurdere hva som er gode grunner for å handle. (store norske leksikon, www.snl.no)

Ordene limbo og autonomi beskriver situasjoner med dans og glede, risiko for å falle og miste troverdighet.

Begge ordene har flere betydninger, og kunne på folkelig norsk blitt satt sammen til en ”sjanglende selvstendighet”. Autonomien beskriver selvstendighet man kan miste, men også kraften som kan gjenvinne balansen. Limbo beskriver fest og glede, og også spenningen og redselen med å stadig komme i litt mer ubalanse. Begge ordene illustrerer dramatikken, forvirringen og fortvilelsen mennesker med et høyt rusinntak kan leve i, men også spenningen og utviklingsmuligheten. Risikoen er høy, og veien til endring er ikke tydelig. Denne oppgaven er et forsøk på å skissere noen veier til endring.

© Forfatter

År 2015

Tittel Autonomi i limbo

Forfatter Berge-Andreas Steinsvåg

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Rusfeltet har liten oppmerksomhet på endringsbistand til personer med risikoforbruk av rusmidler, men som har bolig, sosialt nettverk og arbeid. Denne befolkningsgruppen har behov for å distansere seg sosialt fra pasienter med avhengighetslidelser som er preget av bostedsløshet, mangel på sosialt nettverk og arbeidsledighet. Det er grunn till å tro at personer med risikoforbruk i liten grad kontakter helsevesenet for råd om reduksjon av rusmidler. De er bekymret for stemping i møte med helsevesenet, og at stempingen blir varig. Helsevesenet bør øke kunnskap om befolkningsgruppens behov og mulige metoder for å bistå. Autonomi og verdighet står som sentrale verdier i hjelpesøkingen. Ett av helsevesenets tiltak bør være å gi informasjon og veiledning om egenhjelp og selvhjelp, i grupper eller individuelt. Informasjonen må være lett tilgjengelig. Endringstilbud bør både være eksplisitte på reduksjon av rusmidler, men også implisitte der rusendring inngår i et tiltak sammen med andre livsendringer. Tilbud bør være både anonyme og der identitet blir oppgitt, og der det er mulig å starte et tiltak anonymt for å være åpen med hjelpeinstansen etterhvert. Både metoder som kunnskapsbaserte og alternative metoder framstår som interessante, men appellerer til ulike segmenter. Kommersielle behandlingstilbud i form av implisitt livstilsendring ved for eksempel Sats Elixia eller Grete Roede er aktuelle for noen segmenter, og eksplisitt rusendring ved kommersielle rusbehandlingsteder i Norge og utlandet oppfattes som aktuelle for andre segmenter. Særlig ser det ut til at det er viktig med anonyme hjelpetilbud for personer som har bekymring og frykt for forstigmatisering og sanksjoner. Eksplisitte og individuelle helseråd om rusmidler gitt i sammenheng med somatiske undersøkelser utført av helsepersonell oppfattes som en god måte å bli gjort oppmerksom på endringsbehov.

I informasjonsinnhenting har det blitt gjennomført to fokusgrupper, og innholdet har blitt analysert ved å bruke metoden needs assesement i tillegg til ordinære analysemetoder for fokusgruppe.

Forord

Befolkningsgrupper og lidelser som helsevesenet kjenner lite til, omtales ofte som smale grupper. Med det reduseres betydningen, og også kravet til innsats. Rusbehandling og pasienter med rusproblemer er ofte omtalt slik i spesialisthelsetjenesten. Kvinner, funksjonshemmede, homofile, andre kulturer enn norsk, eldre, barn, overgrepsutsatte, pasienter med psykiske lidelser og flere omtales også gjerne som smale og spesielle pasientgrupper. Erfaringsmessig har mange lidelser og befolkningsgruppers behov utviklet seg fra å være på siden til å bli en viktig del av virksomheten til helsevesenet. Veien fram til å bli en del av den vanlige virksomheten er likevel unødige lang og strevsom, og for mange mennesker får ikke helsehjelpen de bør ha. Jeg etterlyser en enda større ledelsesmessig, strategisk nysgjerrighet på smale grupper i helsevesenet. Min påstand er at de brede gruppene ikke finnes, men at alle pasientene er et uttall med smale grupper. Å se flere smalere grupper betyr at vi ser flere nyanser i behov. Utviklingen er tydelig på en bredere interesse for ulike pasient- og befolkningsgrupper i spesialisthelsetjenesten, og en katalysator for dette er vektleggingen av brukerråd i sykehusdriften. Denne oppgaven omtaler befolkningsgrupper som er antallsmessig store, men der ambivalensen for helsehjelp gjør de lite synlige. Dermed søker de i mindre grad helsehjelp. De er dermed et godt eksempel på at å overse smale grupper er et problem for folkehelsen.

Denne masteroppgaven er et ledd i en lang faglig interesse for metoder for å planlegge tjenester med utgangspunkt i befolkningens behov. Jeg skrev avsluttende oppgave i bachelorutdanningen om temaet, mottok Fulbright og AWC stipend til å fortsette med disse temaene til en Master of Science grad i USA. Siden har jeg arbeidet med mange prosjekter og befolkningsgrupper. Takk til veileder Olaf Aasland for tillit og tro, og til Oslo Universitetssykehus for permisjoner og tilrettelegging på mange områder. Særlig takk til spesialbibliotekar Eldbjørg Nåheim Eien. Takk til Solveig Steinsvåg Lie for barnevakt og støtte. Til Sigrun, Selma og Sivert for at de har skjont at far må arbeide lenge, og for at de er gode å komme hjem til. Takk til min elskede Odd for det meste og for at du også gjennom denne oppgaven har øvd på å være tålmodig.

Innholdsfortegnelse

1	Autonomi i limbo	IV
2	Innledning	1
3	Utvikling av rusproblemer	2
4	Potensielle pasienter.....	3
5	Fokus og avgrensinger	7
6	Begreper	10
7	Nytteverdi av temaet	13
7.1	Forbruk av rusmidler i befolkningen.....	13
7.2	Kunnskap om hjelpesøking	14
8	Forskningsspørsmål	16
9	Metoder	17
9.1	Litteratur og fagressurser	17
9.2	Kvalitativ metode og fokusgrupper.....	17
9.3	Needs assessment	18
10	Fokusgruppene	20
10.1	Om fokusgruppene	20
10.1.1	Organisering og vurderinger.....	20
10.1.2	Analyse av fokusgruppene	23
11	Resultater	25
11.1	Opplysning og erkjennelse	25
11.2	Sanksjoner og insentiver for endring	28
11.3	Vurdering av endringsmetoder.....	29
11.4	Metoder til endring av høyt rusinntak	32
11.4.1	Evidensbasert eller alternativ behandling.....	32
11.4.2	Selvhjelp og egenhjelp	33
11.4.3	Implisitte eller eksplisitte assisterte programmer	34

12	Konklusjoner.....	36
12.1	Organisering av arbeid med potensielle pasienter.....	36
12.2	Segmentering.....	37
12.3	Kommersielle, frivillige organisasjoner og kommune.....	38
12.4	Spesialisthelsetjenesten	39
12.5	Anonymt helsetilbud	39
12.6	Videre forskningstema	40
	Litteraturliste.....	41

2 Innledning

Rusbehandling ble etablert i spesialisthelsetjenesten fra 2004, og begynte en sakte endring i retning av å møte krav og standarder til dette helsenivået. Tverrfaglig spesialisert behandling blir nærmere beskrevet og omtalt under kapitlet om begreper senere i oppgaven. Jeg ble ansatt som fagsjef i Avdeling Rus og Avhengighetsbehandling ved Aker Universitetssykehus i 2006. Pasientrettigheter og prioriteringsforskrift var en ny og viktig endring, og ledermøtene som jeg deltok i ble dominert av diskusjoner om hvordan vi kunne innfri pasientens rett til behandling innen tidsfristen. Fokuset var nødvendig, men likevel utilstrekkelig. Antallet pasienter i behandlingsskø var naturligvis kun de som søkte behandling, men ble for ofte forvekslet med antall personer som ønsket eller hadde nytte eller behov for behandling. Oppdraget til et universitetssykehus er å innfri rettighetene, og fokuset i ledermøtene ble derfor deretter. En av befolkningsgruppene som sjeldent ble henvist til behandling var personer med bolig, arbeid og sosialt nettverk. Denne masteroppgaven gir meg mulighet til å arbeide med en befolkningsgruppe som rusfeltet har oversett, som ikke har en pasientorganisasjon som representerer seg og som derfor ikke får oppmerksomheten og endringshjelpen man kan gi dem.

Det er naturlig å reflektere over valg av metoder eller eget perspektiv som kan ha påvirket resultatet (Tjora, 2012, s.217) . Jeg bruker selv alkohol, men ikke illegale rusmidler. Jeg er ikke medlem eller aktiv i noen ruspolitiske organisasjoner, og har ikke selv særskilt personlig erfaring som jeg ser kan gi meg kompetanse eller påvirke meg i arbeidet med oppgaven. Jeg har vært oppmerksom på at eget arbeidssted i spesialisthelsetjenesten kan begrense meg til en oppfattning av at helsetjenester bør løses av profesjonelle, at de bør være evidensbaserte og innenfor et eksisterende helsesystem. Jeg har etter beste evne forsøkt å være åpen for ulike oppfatninger av rusmidler, behov for endring, metoder for endring og organisering av hjelpeinstanser.

3 Utvikling av rusproblemer

Spesialisthelsetjenesten er bygd opp med behandlingslinjer med en begynnelse og slutt. Det er naturlig overfor pasienter, myndigheter og befolkning å forklare arbeidet med en inngang og en utgang. Det er lett å tenke seg en misbrukskarriere med tobakk og alkohol i ung alder, og videre en utvikling med større kvantum, sterkere effekt, økt risiko og økende grad av straffbare handlinger. Parallelt er det lett å tenke seg en psykososial utvikling der man tenker seg en utvikling ved at bolig, arbeid og sosialt nettverk blir ødelagt, skadet eller ikke naturlig opparbeidet med bakgrunn i en misbruksutvikling. Enklere intervensjon og mer tilgjengelige endringsmuligheter kunne kanskje føre til at flere har muligheten til å justere forbruket tidligere, og kanskje også flere ganger gjennom livet. Høyt forbruk og avhengighet utvikles ikke alltid i en klar progressiv linje, og de psykososiale følgene, endringene eller behandlingen skjer derfor heller ikke et lineært pasientforløp (Vaillant, 1995, s. 163, Lund, 2010, s.8). Forventningene til enklere intervensjon er dermed mer komplisert enn at flere bør komme tidligere i et endringsforløp eller behandling og at man dermed kan belønnes ved at færre personer trenger avhengighetsbehandling lenger ut i en ruskarriere. Det kan gi en slik effekt for noen, eller at resultatene av et høyt forbruk blir mer regulert og mindre ødeleggende for person og sosialt nettverk. Hensikten med masteroppgaven er ikke å argumentere enkle løsninger og resultater, men å peke på muligheter som premissleverandører, beslutningstakere og helseledere har til å konstruere helsetjenester i vid forstand.

Av og til omtales pasientgruppen som har mottatt behandling som “toppen av isfjellet”, og at impliserer dermed at det er en stor udefinert mengde med personer med rusproblemer i samfunnet som hadde trengt rusbehandling. Implisitt antas det da gjerne at resten av isfjellet er lik toppen, og at pasientene vi møter er identisk med personer som ikke kommer. Personer med et misbruk eller avhengighet er sannsynligvis annerledes enn mange av pasientene som mottar avhengighetsbehandling i dag. Det betyr at kunnskapen og erfaringen vår er begrenset om befolkningsgruppen omtalt i denne studien. Opprettelse av flere plasser, ansettelse av flere fagpersoner eller mer informasjon om behandlingsmuligheter er tre umiddelbare handlingsalternativer, men som kan vise seg å ha en begrenset effekt. Andre segmenter av befolkningen trenger andre typer tjenester som presenteres på andre måter. For å vite hva disse vil ønske er det viktig å innhente denne kunnskapen.

4 Potensielle pasienter

Visjonen til min arbeidsplass, Oslo Universitetssykehus, er: Sammen med pasienten utvikler vi morgendagens behandling. Vi har dermed en målsetning om at pasienter skal delta i utvikling av behandlingen. På pasientnivå oppfatter jeg at pasienten i økende grad er delaktig i behandlingen. På systemnivå deltar brukerorganisasjoner, og gjør et viktig bidrag. Vi kommuniserer ikke med *potensielle pasienter*, med andre ord pasienter som ikke har vært i behandling eller trenger reinnleggelse. Tradisjonelt mottar behandlere henviste pasienter, og der det i liten grad er aktivitet mot å få flere pasienter. Fokuset har i større grad vært på å håndtere ventelister, og også etter hvert i forhold til pasienter som avslutter behandlingsforløp før behandling er gjennomført (drop out). Stadig flere virksomheter har erfart at de har mistet bevilgninger, og noen pasienter ønsker velger bort enkelte behandlingssteder. Noen pasientgrupper, og særlig unge mellom 15-25 år, ser ut til å ikke lenger ønske behandling slik den er i dag og særlig gjelder dette døgnbehandling. En rekke behandlingssteder har dermed en egeninteresse i å være mer tilgjengelig for potensielle pasienter, endre behandlingstilbudet eller å presentere det annerledes.

I TSB legges det et stort arbeid i å håndtere ventelister, pasientrettigheter, og det brukes mye tid på å debattere og følge opp rettigheter. Lovverket er slik, og som sykehus utfører man oppgaver man er satt til. Likevel kan det framstå underlig at det brukes en håndfull stillinger til håndtering av venteliste og pasientrettigheter, mens det i liten grad er oppmerksomhet og ingen arbeidsressurser til oppmerksomhet på personer som burde oppsøkt behandling. Disse kan ha gode grunner til at de ikke oppsøker behandling, og disse grunnene er interessante for rusfeltet å få mer kunnskap om.

Det finnes flere metoder for å beregne et høyt forbruk av alkohol, og som kan gi grunn til en bekymring. De ulike metodene gir ulike tall, men der det øverste tallet for stordrikkere i Norge er 377.00 (Lund, 2010, s. 64). 15 % av deltagerne som svarte på en norsk telefonundersøkelse i regi av Sirius (Statens Institutt for Rusmiddelforskning) hadde et alkoholkonsum som er skadelig, og hadde økt risiko for skader, og utvikling av misbruk eller avhengighet over tid. Disse kan møtes med enkel rådgivning og/eller oppfølging (Halfjelsvik og Storrø, 2014). Det er flest yngre (16-30 år), og fra 20 årsalderen er det en stor overvekt menn. Kun 2 % av deltagerne ville trenge behandling. Vi har ikke tilsvarende kunnskap om bruk av illegale stoffer. Forbruket av illegale stoffer i Norge er betydelig lavere enn alkohol. Rundt 1 % av befolkningen har brukt amfetamin eller kokain, og anslagsvis 10.000 har brukt heroin (Sirius. Faktaark om narkotika, udatert). Det er med andre ord en stor del av befolkningen som kan ha nytte av en endring i alkoholkonsum, og særlig unge. En kuriositet som jeg ble gjort oppmerksom på i fokusgruppene er at Clas Ohlsson selger promillemåler til 998 kr. Den får

karakteren 3,9 av 5 mulige av respondentene i nettbutikken. Det er en indikasjon på en oppmerksomhet på temaet (www.clasohlson.com/no).

Det er naturlig at behandlingstilbud rettes mot pasientgrupper der det er mange som kan ha nytte av behandlingen. Ulempen er at størrelsen på målgruppen kan avgjøre om man som en lavfrekvent gruppe får behandling. Det er derfor viktig å poengtere at personer og grupper som antallsmessig er få kan ha stor nytte av tilpasset helsehjelp. Ett eksempel på dette er personer med bolig, arbeid, sosialt nettverk som bruker heroin, og som har få eller ingen steder å søke hjelp.

Et annet, og kanskje enda mer komplisert poeng, er at befolkningen med et rusproblem ikke nødvendigvis er interessert i behandling. 15,2 millioner amerikanere er beregnet til å være avhengige av alkohol, 3,9 millioner av ulovlige stoffer, og 3,2 millioner av både alkohol og ulovlige stoffer. Av disse sier henholdsvis 88% (alkohol) og 77 % (stoff) at de ikke ønsker behandling. Kombinasjonen av rusmidler er ikke omtalt. Fekjær konkluderer med at flertallet ikke ønsker å slutte, og ikke et sterkt nok ønske til at de oppsøker behandling (Fekjær, 2008). Fekjær kan ha rett i konklusjonen, men det også være at et ønske om å ikke slutte er avvisning av behandling. Det er ikke en forutsetning for TSB i dag at man skal slutte å bruke rusmidler, og det er også slik at slike avgjørelser gjerne vurderes og revurderes av pasienten i behandlingsforløpet. Felles for pasientene er at man ønsker en stopp, reduksjon eller en pause fra avhengighet og misbruk. I tillegg arbeider pasient og behandlere sammen om å behandle psykiske lidelser, somatiske lidelser og sosiale problem uavhengig av om pasienten ønsker å permanent avslutte et skadelig rusinntak. Det er mulig at befolkningen ikke er kjent med denne åpne målsettingen for behandling, og tenker at behandling innebærer en forpliktelse til å slutte å bruke rusmidler.

I andre organisasjoner vil man utføre markedsundersøkelser med omfattende analyse for å kartlegge kjøper- og brukergrupper for så å velge ut noen man særlig retter seg mot. Man kan velge ut forbrukergrupper basert på vilje til å kjøpe, evne til å kjøpe, om man er en innovativ person som gjerne kjøper nye produkter og tjenester eller en kunde som først kjøper produkter og tjenester etter at de er blitt vanlige. Disse inndelingene, sammen med flere andre, er sentrale begrep i markedsføring. Dette er ikke like åpenbart i offentlig helsevesen der man derimot har en tradisjon for å behandle personer som selv oppsøker helsevesenet med en lidelse, og etter hvert utfører en prioritering av hvem av disse som får hjelp og hvem av disse som får hjelp først. Pasientene kommer etter hvert som de, eller andre, mener de trenger hjelp. Det foregår det en grovsortering hos fastlegen (og hos NAV for personer som ønsker rusbehandling), og en finsortering ved henvisningsmottak ved helseforetaket. Prioriteringen som skjer i TSB, er av pasienter som er søkt inn.

De innsøkte pasientene blir vurdert opp mot kriterier i prioriteringsveilederen til TSB (Helsedirektoratet, 2012). Risiko for nedsatt livslengde og livskvalitet er vektlagt som kriteringspunkt. Personer uten en fullt utviklet avhengighetslidelse, og ev også med bolig, arbeid og sosialt nettverk vil bli nedprioritert ved at de har forholdsvis stabile sosiale forhold. Dette kan være en riktig prioritering, men det er likevel naturlig at personer i en slik situasjon får et annet mer tilpasset tilbud i helsevesenet. Det er likevel tegn på en utvikling der TSB får forventninger om en endret praksis. I oppdragsdokumentet fra Helse og Omsorgsdepartementet til Helse Sør Øst, og også videre i Helse Sør Øst sitt oppdragsdokument til Oslo Universitetssykehus nevnes pålegg som antyder et bredere pasienttilfang. TSB instrueres i større grad innrette sine tjenestetilbud slik at personellet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene. Pasienter som behandles for somatiske lidelser skal også mer effektivt få tilbud om behandling for rusproblemer (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2014, og Helse Sør-Øst, 2014).

Rusfeltet har tradisjonelt ytt omsorg og behandlet pasienter som er forkomne, og som ofte ikke har hatt annet valg enn behandling. Dette er i ferd med å nyanseres, men er fortsatt preget av at pasientene oftere er uten bolig, oftere opplevd omsorgssvikt som barn, oftere har hatt skolevansker, oftere vært i fengsel enn resten av befolkningen. Sammenhengen mellom disse og flere erfaringer og rusavhengighet er høy, og feltet bør ha en bred kompetanse på å arbeide med pasienter med store sosiale problemer. De potensielle pasientene som i liten grad er marginalisert gjennom boligmangel, arbeidsløshet, ensomhet og lite sosialt nettverk blir likevel mer utsatt ved at tilbud i rusfeltet ikke er tilgjengelige for dem. De er sjeldnere i behandling i rusfeltet, og hjelpeapparatet har derfor mindre erfaring med å behandle disse personene. På samme vis kan det være slik at disse personene ikke har kompetanse om hjelpesøking, og derfor ikke søker hjelp eller finner andre metoder for endring. En studie som støtter et slikt syn er NTNUs forskning om førskolebarn av foreldre med lavere utdanning som oftere får hjelp til psykiske lidelser konkluderer en undersøkelse fra NTNU. Det er foreldrene som selv oppsøker hjelpen, og årsaken kan være at foreldrene er mer vant til å oppsøke helsevesenet for hjelp (Wichstrøm, 2014). Det vil ikke være utenkelig at det også er slik i rusfeltet. Personer som selv har mottatt hjelpetjenester eller har andre nærstående som har fått det, vil nok selv lettere oppsøke hjelp. Informasjonen vil være tilgjengelig i nettverket, og nettverket har en aksept for å oppsøke hjelp fra andre til slike problemer. Det kan være en for enkel kobling mellom utdanning og hjelpeatferd, og kan kanskje være mer en korrelasjon enn en kausalitet.

Det er også en utfordring at de potensielle pasientene kan i høyere grad ligne på behandlerne med utdanning, bolig, familieforhold og bruk av rusmidler. Det kan bety at fagpersoner i sterkere grad blir utfordret på egne rusvaner.

Vi har liten direkte kunnskap om personer som står i overveielsesfasen. Det er som sagt grunn til å tro at de er annerledes enn tradisjonelle pasienter. Det kan kanskje være noen elementer som er felles eller almenngyldige, og jeg velger å omtale disse. Reidar Hole (Hole, 2014) omtaler *motivasjon, samarbeid og samspillslyst* som viktige utgangspunkt for å behandle rusproblemer. *Motivasjonen* består av ønsket om å endre eller slutte, men også av ønsket om ikke endre eller slutte. Det er ikke slik at motivasjonen er en konstant størrelse, og pasientens ambivalens er dermed en naturlig del av behandlingsforløpet. Vi bør sannsynligvis tenke det samme om personer som vurderer endring av eget rusinntak, og ikke forvente et entydig ønske om bedring. Videre er *samarbeidet*, eller behandlingsalliansen, sentral. Pasienter med avhengighetslidelser må selv være styrende og sterkt delaktig i egen behandling, og ikke innta en passiv rolle. De må ofte snakke åpent om tema som de kjenner ubehag i forhold til, og som kan være medårsak til rusproblemene. I en overveielsesfase er det nok fristende å velge å unngå å bearbeide ubehagelige episoder og kjenne på vonde følelser. Pasienter med avhengighetslidelser er vant til og kjenner seg selv som ruspåvirket, og det kjennes uvant og ubekvemt å samspille med andre sosialt uten å være ruspåvirket. Personer i overveielsesfasen vil sannsynligvis vurdere ubehaget med leve livet uten rusmidler som ofte kan gi en god effekt i samspillet med andre.

5 Fokus og avgrensinger

Oppgaven omhandler ulike former for avhengigheter, og der både lovlige og ulovlige rusmidler inngår. Jeg åpner også for å omtale skadelig atferd som spill, bruk av anabole steroider og andre tema hvis det skulle vise seg aktuelt. Jeg er dermed interessert i å belyse temaet bredt, og ser derfor at jeg bør være tilsvarende åpen i målgruppe, rusmidler og atferd. Det stiller særlige krav til avgrensninger og fokus i oppgaven, og jeg gir derfor dette kapitlet særlig plass.

I forståelsen av endring av rusvaner brukes ofte den transteoretiske modellen med Føroverveielsesfasen, Overveielsesfasen, Forberedelsesfasen, Handlingsfasen:, Opprettholdelse/Vedlikeholdsfasen illustrerer endringsutviklingen. Fasene kommer påfølgende, men personene beveger seg frem og tilbake mellom de ulike fasene når de prøver å endre helseatferden. Ofte er modellen omtalt som en ”spiralmmodell” fordi stadiene ikke alltid følges lineært, men heller i sykluser. Tilbakefall fører til at man rykker tilbake til tidligere stadier (Prochaska, 1997). Jeg er også kjent med endringsfokusert rådgivning (opprinnelig motivational interviewing), og metoder for å arbeide med og i retning av endring av problematisk atferd (Barth et al, 2001). Det kunne vært naturlig å bruke disse modellene som et utgangspunkt for å tilnærme seg temaet, og organisere spørsmål i fokusgruppe, fortolkning og inndeling i oppgaven etter de ulike fasene. Jeg har istedenfor valgt å se temaet mer åpent, og håper at jeg dermed ser atferden bredere. Jeg oppfatter at disse modellene ville vært begrensende siden jeg er interessert i respondentenes vurderinger, og ikke i å arbeide med en endring av deres atferd. Disse metodene vil derimot være interessante i en utforming av konkrete helsetilbud til grupper som omtales senere i denne oppgaven. Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester rett til å få utarbeidet en individuell plan, uavhengig av alder, diagnose og funksjon. Langvarig betyr at behovet antas å strekke seg over en viss tid, men uten at det behøver å være varig. «Koordinerte» tjenester betyr at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester.

I valget av respondenter har jeg satt opp en tidslinje med før, under og etter en endring av høyt rusinntak. Som jeg argumenterer for i oppgaven, så kan avhengighet vanskelig settes opp som et behandlingsforløp i en lineær linje. Som respondenter kan man tenke seg at personens vurderinger om rusendring før, under og etter et høyt forbruk gir ulik informasjon.

Jeg har valgt å intervju personer som ikke oppfatter at de har et problematisk inntak, om deres refleksjoner om hva de kunne og ville gjort om de hadde et rusproblem. Dette er med andre ord en potensiell før-situasjon. Jeg tror at identiteten som gjennomsnittsbefolkning er noe man bærer med seg også i en situasjon der man har et høyt rusinntak. Det er særlig refleksjonen over egne reaksjoner og handlinger i en slik situasjon jeg er interessert i å belyse. På bakgrunn av denne kunnskapen kan

helsevesenet få innsikt i hvordan man best kan bistå personer i denne posisjonen. Dermed ble det viktig å invitere fokusgruppedeltakere til å sette seg inn i en situasjon der man selv trenger hjelp til å endre egen rusbruk. Personer i denne posisjonen er ikke ruspåvirket, i sterkt forsvar eller på vikende front i forhold til egne ønsker til livet. Jeg tror at ved å ikke være direkte i posisjonen klarer man i sterkere grad å reflektere over egen mulig atferd og holdning. Med det forutsetter jeg at personer med et høyt rusforbruk ikke har andre kjennetegn enn tilfeldig, utvalgte personer. Det er sannsynlig at personer med et høyt rusforbruk også kan ha økt forekomst av psykiske helseproblemer, familie- og nettverksproblemer, økonomiske problemer og lignende. Det betyr at det er aspekter jeg ikke vil få belyst ved å intervjuere personer uten rusproblemer, og med bolig, arbeid, sosialt nettverk. Jeg vil se bort fra disse aspektene i denne sammenhengen, men dette er et punkt jeg er oppmerksom på. Et alternativ ville vært å intervjuere personer med høyt forbruk, med bekymring for forbruket og som var i ferd med å vurdere endringsalternativer. De er vanskelige å rekruttere, og intervjuet kan lett bli mer preget av rådgivning. Det bør i andre prosjekter vurderes om disse er mulig å rekruttere enkeltvis, innhente informasjon kvalitativt eller kvantitativt via sosiale medier, eller at man kan rekruttere pårørende som respondenter. Jeg vurderte også å rekruttere personer som har utført en endring i rusbruk uten at de har mistet bolig, arbeid, og sosialt nettverk. De er vanskelig å rekruttere, men det er mulig å intervjuere noen enkeltvis. Dermed ville jeg ikke hatt muligheten til å bruke fokusgrupper, og med de mulighetene fokusgrupper gir til å generere data. Jeg vurderte videre å invitere deltagere som har gjennomført behandling for avhengighetslidelser til fokusgruppe, og gjerne sammen med andre som ikke har mottatt behandling. Jeg vurderte at de vil lett bli sett på som eksperter i en fokusgruppe, og dermed lagt premisser i samtalen. De vil mest ha en erfaring fra en endring fra avhengighet, og siden jeg i denne oppgaven har mest fokus på personer uten avhengighet kan samtalen dermed bli for lite aktuell i forhold til temaet.

Bolig, arbeid og sosialt nettverk er i denne oppgaven brukt som et uttrykk for at en person har et rusinntak som ikke har ført til en utviklet avhengighet som har gitt bostedsløshet, arbeidsledighet og at sosialt nettverk ikke er opparbeidet eller mistet. Denne antagelsen er nyttig for å tilnærme seg tematikken, men har naturligvis begrensninger. Mennesker med bolig, arbeid og nettverk kan være avhengige av rusmidler, og kan ha rammer som gjør at et svært høyt forbruk kan pågå lenge uten at de får vansker som er tilstrekkelige til at de hindres å fortsette forbruket. Senere i oppgaven presenterer jeg rusbehandlingsinstitusjoner som ser ut til å behandle pasienter med bolig, arbeid og sosialt nettverk. Det er likevel grunn til å tro at en avhengighet, særlig over tid, vil øke sannsynligheten for at bolig, arbeid og sosialt nettverk står i fare. Dermed vurderer jeg at begrepet er en tilstrekkelig nyttig målestokk til denne studien.

I oppgaven problematiserer jeg heller ikke alvorligheten av rusproblemet i form av for eksempel riskoforbruk eller misbruk. Et problematisk forbruk av rusmidler kan bety lovlige og ulovlige

rusmidler, medikamenter foreskrevet av helsearbeider eller kjøpt ulovlig. Forbruket kan være hyppig eller i lengre perioder. Det problematiske forbruket kan være naturlig i den sosiale situasjonen, tolerert, men også bryte med aksepterte normer. Forbruket kan være knyttet til fysiske eller psykiske lidelser, men også være delvis eller helt uavhengig av slike forhold. Valg av rusmidler og rusatferd er knyttet til en rekke faktorer som f.eks. oppvekstvilkår, biologisk disposisjon, andre komorbide lidelser, men jeg velger å ikke legge vekt på dette i denne oppgaven. Jeg omtaler ikke behandlingseffekter i oppgaven, men spør mer åpent om betydningen av evidens i behandlingsvalg. Dette er naturligvis en utfordring når befolkningen vil ønske seg tjenester som vi er kjent med har en lav effekt. Det gir også en mulighet for å kommunisere bedre behandlingsmetoder som har god effekt, og som kanskje kan presenteres og settes sammen på en måte som gjør de lettere for pasienter å ta imot.

I fokusgruppene spør jeg deltagerne om evidensbasert og kunnskapsbasert behandling er et vesentlig tema i hjelpesøkingen uten å definere dette presist i gruppene. Diskusjonen var knyttet til valg av endringsmetoder, og om evidens hadde betydning for valget av metode. Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten er i økende grad kunnskapsbasert, men behandlingsmetodene er i liten grad evidensbaserte slik vi kjenner det fra somatikk. Det er også et spørsmål om det er mulig og ønskelig å arbeide mot et slikt evidensnivå. Jeg presiserer ikke disse diskusjonene videre i gruppene, men oppfatter at et høyere presisjonsnivå ikke gir tilstrekkelig nytte innenfor de rammene denne oppgaven har.

Jeg velger heller ikke omtale barn og ungdom som målgrupper, og omtaler ikke særskilt andre tema som kjønn, sosio-økonomisk situasjon, seksualitet, etnisitet eller kulturell identitet. Jeg omtaler heller ikke kunnskap om genetisk disposisjon for rusproblemer. Dette, og flere andre forhold, vil være interessante for å forstå hjelpesøkingen. Jeg vil framholde at dette er nødvendige valg innenfor det som er mulig å gjennomføre denne oppgaven. Jeg gjør likevel oppmerksom på at dette er en begrensning i materialet, og at videre arbeid bør arbeide mer med en presisering av gruppene.

Tittelen på oppgaven er ”Utvikling av helsetjenester til personer med problematisk forbruk av rusmidler, men uten avhengighet”. Med dette uttrykker jeg fokuset på helsetjenester, og har bevisst ikke valgt begrepet helsevesenet. Helsetjenester kan ytes av en rekke instanser, og er ikke begrenset til kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, men også treningssentre, apotek, skole, kirke og foreninger. Ikke minst gir venner, naboer, familie mange helsetjenester, og vi yter i siste instans helsetjenester til oss selv. Begrepet helsetjenester er dermed ment å favne vidt.

6 Begreper

Det brukes flere begreper i rusfeltet som kan være ukjent eller forvirrende for personer som ikke har daglig arbeid i feltet. Temaet er også uvant i rusfeltet, og begreper brukt om behandling av pasienter med avhengighetslidelser eller bruker av kommunale tjenester kan ikke automatisk brukes til en studie som omtaler til dels andre befolkningsgrupper enn rusfeltet har arbeidet med. Jeg velger derfor å beskrive og diskutere noen begrep her. Jeg har også brukt flere begreper for å få språklig variasjon. Definisjonene er ikke nødvendigvis utømmende, men har som funksjon å gi mening til innholdet i denne oppgaven:

Endring: Endring bruker jeg i denne sammenhengen om at man reduserer rusforbruk eller atferd med eller uten behandling fra aktører på rusfeltet.

Enklere intervensjon: Helsepersonell som utfører screening for rusmiddelbruk med påfølgende samtale. Metoden er en variant av begrepet tidligere intervensjon som tar sikte på å avdekke et problematisk forbruk tidligere i forløpet. Ulempen med tidligere intervensjon er at man forutsetter rusproblematikk som en progredierende lidelse. Effekten av metoden har vært uklar og med forbehold i følge kunnskapsoppsummering utført av Cochrane (Berg, R, 2009). Tidligere kunnskapsoppsummeringer har blitt kritisert for å ikke skille mellom pasienter med avhengighetslidelser og andre, men at klinisk skjønn og oppfølging over tid bør brukes i tillegg til screening (Hem, E. 2003).

Erkjennelse: En prosess der personer blir oppmerksom på et problematisk inntak av rusmidler. Prosessen kan gjerne gå i bølger, være en indre dialog eller med andre, svinge mellom ulike vurderinger og standpunkt, og være preget av ambivalens om endringsønske.

Helsetilbud: Tilbud i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, men også helseinformasjon via media og interaktiv rådgivning på internett, telefon eller en kombinasjon.

Hjelpesøking: Prosessen med å orientere seg om behovet for å endre rusforbruk, og om metoder eller hjelpemidler til å gjøre dette. Metodene kan være samtale med fastlege eller NAV, nettsider, selvhjelpgrupper, app'er, ressurspersoner eller annet.

Individuell Plan (IP): Brukere og pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. I denne oppgaven vektlegger jeg IP i liten grad. Fokuset i oppgaven er på pasienter med bolig, arbeid, sosialt nettverk, og IP vil i mindre grad være sentralt i arbeidet.

Normalsamfunnet: I rusfeltet brukes frasen ”tilknytning til normalsamfunnet” for å uttrykke om en pasient har fast bolig, arbeid (eller lignende) og et sosialt nettverk, og gjerne også om personen har sosial atferd som passer med situasjonen. Dette er et nyttig begrep i kliniske situasjoner, selv om det er upresist og sannsynligvis stigmatiserende. Jeg har primært forsøkt å unngå dette i denne oppgaven siden gruppen ”normalsamfunnet” blir svært vid, og dermed mindre presis i denne oppgaven. Jeg bruker heller begrepet personer med bolig, arbeid og sosialt nettverk.

Potensielle pasienter: Personer som sannsynligvis har høyt forbruk av legale eller illegale rusmidler, og som bør vurderes å redusere forbruk av rusmidler. Helsetilbudet kan også bestå av råd, veiledning og helseinformasjon. Potensielle pasienter innbefatter personer med rusproblemer eller avhengighetslidelser, og som har behov for eller har en mulighet for å trenge helsetjenester. I denne masteroppgaven omtaler jeg primært potensielle pasienter uten tidligere behandlingserfaring, og med bolig, arbeid og sosialt nettverk.

Rusfeltet: kommunal sosial-, helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjeneste, ideelle, kommersielle og interesseorganisasjoner som deltar med forebygging, selvhjelp eller behandling, debatter og saker som angår framstilling, distribusjon av rusmidler eller atferd som kan være avhengighetsskapende.

Rusbehandling: Avgiftning, utredning, behandling (dagbehandling, døgnbehandling med 5 døgn, døgnbehandling med 7 døgn, ambulant, poliklinisk og arenafleksibelt), oppfølging av pasienter eller klienter utført sammen med aktører i spesialisthelsetjenesten.

Rusomsorg: Hjelpetiltak for personer med ruslidelser utført i kommunen.

Sanksjoner: I denne oppgaven omtaler jeg primært negative sanksjoner som hjelpesøkende kan frykte i hjelpesøking. Eksempler på dette er inndragning av førerkort, melding til barneverntjenesten, eller omtale som rusmisbruker i sykehusjournaler, på arbeidsplass og i sosialt nettverk. Det kan også tenkes at personer kan oppleve reaksjoner som respekt og inkludering, og dermed får positive reaksjoner.

Selvhjelp, egenhjelp og assistert egenhjelp: Ofte blir selvhjelp brukt om organisert likepersonsarbeid der tidligere rusavhengige hjelper andre, og også selv får støtte til å fortsette uten et misbruk. Det kan også brukes om personer med et høyt inntak av rusmidler som selv eller etter råd fra andre finner metoder for å redusere eller avslutte bruk av rusmidler. På engelsk bruker man begrepet self-remittance, og på norsk oppfatter jeg at begrepet spontan helbredelse er brukt som et slags synonym. Jeg er i økende grad gjennom arbeidet med temaet blitt tvilende til om det er et nyttig begrep.

Livsendringen som blir utført uten bistand av fagpersonell framstår som systematisk og består av flere deler. Den framstår derfor i liten grad som spontan eller mirakuløs, og man er sannsynligvis ikke mer helbredet eller vaksinert for misbruk i framtiden enn andre. Jeg tilstreber å bruke begrepet egenhjelp

om situasjoner der en person i høy grad selv tar ansvar for egen endring, og for å markere at personen i mindre grad bruker selvhjelpsorganisasjoner. Noen ganger begrepet assistert egenhjelp brukt som uttrykk der person selv er autonom i endringsarbeidet, men bruker en eller flere medhjelpere med eller uten bakgrunn fra rusfeltet.

Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB): Benevnelsen på tjenester som utfører rus- og avhengighetsbehandling på spesialisthelsetjenestenivå. Begrepet ble tatt i bruk i 2004, stortinget overførte kommunal rusbehandling til spesialisthelsetjenesten (Rusreform I og Rusreform II). Etter Rusreformene har rusmiddelavhengige gjennom pasient- og brukerrettighetsloven de samme pasientrettigheter som andre pasienter i spesialisthelsetjenesten. Behandlingen utføres av sykehusene eller av ideelle og kommersielle virksomheter som har avtaler med helseforetak. Tverrfagligheten betyr at den utføres av både helsefaglig og sosialfaglig personell. Behandlingen i TSB kan bestå av Rusakuttmottak og avgiftningsenheter, korttids- og langtidsbehandling i behandlingssenheter (5 eller 7 døgn), ambulante tjenester eller i polikliniske tjenester, inkludert legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Ofte utføres behandlingen som en kombinasjon av behandlingstyper. Spesielt for TSB er at både sosialtjenestene i kommunene (NAV) og leger kan henvise pasienter til behandling. Om lag 30 000 pasienter får hvert år tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer.

7 Nytteverdi av temaet

7.1 Forbruk av rusmidler i befolkningen

Jeg har allerede nevnt at helsevesenet i første rekke er opplært til å behandle pasienter, og selve virksomheten til særlig spesialisthelsetjenesten er knyttet til å behandle pasienter som blir henvist og får pasientrettigheter. Helsevesenet har dermed i mindre grad kompetanse på å arbeide med personer og grupper som ikke oppsøker behandling og er ambivalent til å motta denne, og det er en rekke helsearbeidere ikke vurderer dette som en av helsevesenets kjerneoppgaver. Det er muligens en av årsakene til et manglende fokus på temaet i fagmiljøer. Det er en økende interesse for arbeid med adherence i fagmiljøer, og en fortolkning av dette temaet som adherence vil kanskje plassere et slikt arbeid inn i pasientforløp. Det er tillatt å ta helseskadelige livsvalg, og dermed velge en livsførsel med et skadelig forbruk av rusmidler. Noen av årsakene til at befolkningsgrupper ikke oppsøker behandling er sannsynligvis også knyttet til at helsevesenet ikke er tilgjengelig for å diskutere rusproblemer, ikke tilrettelegger og informerer. Da rusbehandling ble flyttet til spesialisthelsetjenesten fikk også hjelpesøkende en portvakt ved fastlege eller NAV. Tidligere kunne man selv oppsøke hjelpen direkte. Selv om mottakelsen da var lite standardisert, og behandlingen tilfeldig så var ansatte kanskje mer mottagelige for å ta imot personer på kort varsel og med uklare bestillinger. Hvis det er slik at vansker med en erkjennelse og dermed etterfulgt hjelpesøking er et kjennemerke på rusproblemer så har kanskje helsevesenet er særskilt ansvar for å være faglig kompetent i møte med personers ambivalens for rusendring. Videre bør samfunnet vurdere en samfunnsøkonomisk effekt av enklere intervensjon, og om en bedre tilrettelegging vil redusere kostnader i forhold til arbeidsliv og tiltak for pasient og pårørende.

Det er en allmenn oppfordring fra fagpersoner i rusfeltet at befolkningen bør vurdere eget rusforbruk med jevne mellom rom (Hole, 2014, Gjetrang, 2011). Flere nettsider har ulike former for tester for om man er i faresonen for å utvikle rusproblemer. I tillegg har rusfeltet fått økt kunnskap om den glidende overgangen mellom bruk, misbruk og avhengighet av alkohol. Nettstedet SnakkOmRus, av Korus Øst og Helsedirektoratet, gir informasjon og kartleggingsverktøy. De tilbyr også en gratis app. Begrepene lørdagsnarkoman og hobbynarkoman viser til personer som har et regelmessig inntak av illegale rusmidler, men som har bolig, arbeid og sosialt nettverk. Bruken deres av illegale stoffer er sosialt belastende, og det foregår i hemmelighet (Monsen, 2005). Kunnskapen om dette har fortsatt liten oppmerksomhet i rusfeltet, og har i enda mindre grad ført til en strategisk lederrespons der man har utformet helsetjenester til disse gruppene.

Det er grunn til å tro at skyld, skam og stigma er medvirkende årsaker til at personer med et høyt forbruk ikke søker hjelp til endring. Vansker med rusmidler er forbundet med egenkontroll og vilje, og om man er et dugende og godt menneske. Å ha et høyt inntak åpner for at andre kan mene noe om en, omtale og irettesette. Skyld fører med andre ord til skam. Mennesker med rusproblemer blir gjerne som gruppe betraktet med skepsis, og med egenskaper som gruppe. Å bli avslørt eller avsløre seg innebærer risiko for tap av sosial anerkjennelse. Disse faktorene er så sterke at det er lettere fornekte, også overfor seg selv, et høyt forbruk. Selvbildet og selvforståelsen blir så utfordret at det er lettest å ikke ta bekymringene inn over seg. Dette understreker betydningen av respekt og konfidensialitet hos behandlingsapparatet. I Norge har vi hatt sterke samfunnsbevegelser som har hatt rusinntak som en av kjernesakene. Arbeidsbevegelsen, lekmannsbevegelsen og avholdsbevegelsen omtalte rusbruk i sterke ordelag. Mange av disse holdningene er fortsatt sterke i befolkningen, og der en av virkningene er misbrukerens sterke ønske om ikke å tilhøre en utgruppe som rusmisbrukere. Det er de siste årene blitt etablert en rekke brukerorganisasjoner på rusfeltet, og der disse har stor innflytelse i politiske prosesser og i drift av rusbehandling. Flere av disse har pasientrettigheter og en verdig behandling som viktige saker. Dette er også viktige tema for mange fagpersoner, og stadig oftere er brukerorganisasjonene også representert ved fagpersoner som er engasjert i organisasjonene.

Helsevesenet har en stor interesse av å unngå overdiagnostikk, overbehandling og feilbehandling (Helsedirektoratet, 2013). Helsevesenet bør være oppmerksom på risikoen for overdiagnostikk og overbehandling av personer som har et høyt rusinntak. Ofte, men ikke alltid, vil problemene være håndterbare av personen selv og sosialt nettverk. Det er sannsynlig at pasienter med et problematisk forhold til rusmidler ofte ikke blir tilbudt helsehjelp for dette, men at lidelsen blir underkommunisert. Følgelidelser knyttet til psykisk og fysisk helse, er sannsynligvis lettere å ta opp med pasienten.

7.2 Kunnskap om hjelpesøking

Hjelpesøking og helsetilbud er en prosess som er gjensidig påvirkbar. Helsevesenet oppretter behandlingstilbud som følge av henvisninger fra fastleger eller NAV om personer med helseproblemer. Hvis få henvises blir det ikke opprettet et helsetilbud. Befolkningen (eller NAV og fastlege) vil ikke søke om helsehjelp for helseproblemer de ikke er kjent med at det finnes hjelp for. Dermed blir et helseproblem liggende urørt inntil det har blitt enten tilstrekkelig alvorlig eller gjelder tilstrekkelig mange. Personer med rusproblemer er ikke en organisert gruppe som krever behandlingstilbud, og få andre interesseorganisasjoner ser på seg selv som talspersoner. Det er dermed få som oppfatter seg ansvarlig for denne pasientgruppen.

Gjennom å få mer kunnskap kan helsevesenet velge om man bør utvikle helsetjenester til personer i disse situasjonene. Oppdraget i kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven er utformet slik at det sannsynligvis er tilstrekkelig lovoppfyllelse med eksisterende tjenester. Dermed er det ikke selvfølgelig at helsevesenet skal velge å rette oppmerksomheten mot denne befolkningsgruppen. Likevel er det et aktuelt oppdrag som bør vurderes både av hensyn til folkehelsen og samfunnsøkonomi. Forutsetningen for å velge og handle er uansett å vite om Det er nødvendig å tilnærme seg temaet med en åpenhet på at både spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, ideelle og kommersielle aktører, eller frivillige best kan utvikle helsetjenester til potensielle pasienter. Ikke minst vil fastlege og somatisk helsevesen ofte møte pasientene. Metoder som webbasert behandling, treningssentra, selvhjelpsgrupper, selvhjelpsbøker, private kursarrangører som Grete Roede, ernæringsrådgivere, AA, coach, AKAN, og andre være interessante hjelpeinstanser.

8 Forskningsspørsmål

Hvilke vurderinger gjør personer med forbruk av rusmidler i forhold til metoder for endring av atferd hvis de skulle trenge det? Det er mulig at erkjennelsen mot endring er gradvis, og at den er påvirket av kunnskap og fordommer om rusforbruk, behandlingsmuligheter, annen kunnskap om endring, tidligere erfaringer med å søke hjelp, kunnskap om helsevesenet, om andre mennesker med et avhengighetsproblem etc. Hvilke kunnskapskilder bruker man, og hvem ville man ev. diskutert alternativene med? Det er interessant å få kunnskap om vurderinger, og videre vurdere om man har mulighet til å bruke denne kunnskapen til en ev. enklere intervensjon.

9 Metoder

9.1 Litteratur og fagressurser

Min første runde med interesse for temaet, før MHA studiet, ble jeg rådgitt til at det mest nyttige søkeordet var «barriers to treatment». Jeg har under tvil brukt dette i litteratursøk. «Barriers to treatment» omtaler nettopp hindringene for å søke behandling, mens min interesse er derimot mulighetene for å gjøre endring. Det er mulig å få kunnskap om muligheter ved også å få kunnskap om hindringene, og at dette dermed er et brukbart søkeord å starte med. Gjennom lesing av denne litteraturen ble jeg oppmerksom på forskere som har skrevet artikler om ”recovery without treatment” og lignende søkeord. I artikler og bøker som omhandler dette temaet ble selve hjelpesøkingsvurderingen beskrevet og diskutert. Jeg fant etter hvert forskning og fagressurser i andre land som arbeider med dette temaet. Videre har veileder vist til faglitteratur og artikler som er nyttige i oppgaven.

Jeg har brukt litteratur fra egen bokhylle, bestilt bøker fra nettbokhandler og også hentet informasjon og artikler selv direkte fra ulike nettsteder. Den største delen av bistand har jeg likevel fått fra bibliotekar i Seksjon Utdanning og Fagutvikling i egen avdeling.

Rusfeltet i Norge har i liten grad vært opptatt av vurdering av endring av høyt rusinntak hos mennesker med bolig, arbeid, sosialt nettverk. Forskere og noen organisasjoner vil til dels ha temaet på agendaen. AKAN og Av-og-Til er to organisasjoner som arbeider med tilgrensende tema, men som ikke direkte berører det. Noe av arbeidet kan framstå som gode, men egeninitierte virksomhet av terapeuter med interesse for temaet. Det er ikke en del av et helsevesenet. Flere virksomheter i TSB er engasjert av NAV for å tilby ”raskere tilbake” kurs for mennesker i arbeidslivet med rusproblemer, og noen av deltakerne vil nok være i målgruppen for tiltak som er omtalt i denne oppgaven. Jeg har ikke vært i kontakt med organisasjoner eller virksomhetene, men har innhentet generell kunnskap om disse slik at jeg har vært kjent med disse til diskusjon i fokusgrupper og i analyse.

9.2 Kvalitativ metode og fokusgrupper

Jeg har valgt kvalitativ metode med fokusgrupper til informasjonsinnhenting, og har dermed en ambisjon for å forstå mer enn å forklare vurderinger knyttet til eventuell endring av høyt forbruk av rusmidler i målgruppen. Fokusgrupper er strukturerte gruppeintervjuer der tema til diskusjon blir lansert, men der selve samtalen og ordveksling mellom deltakerne bringer fram nye tema og

nyanseringer. Metoden er dermed særlig egnet til å få fram nye aspekter, se sammenhenger og dilemmaer. (Tjora, 2012, Malterud, 2012, Morgan, 1997) Spørsmål og perspektiver er dermed innrettet på å forstå prosessen, og også å reflektere rundt tema som man gjerne kan oppfatte som selvfølgeligheter. Ett eksempel på en slik selvfølgelighet er at en person med et problematisk inntak av rusmidler nødvendigvis vil redusere inntaket, og at et behandlingstilbud fra helsevesenet vil bli ønsket velkomment. Et annet er at rusfeltet og befolkningen generelt kan ha oppfatninger om hva man personer med høyt rusinntak gjør og burde gjøre, men at det gir en annen situasjon hvis man selv skal reflektere rundt handlingsalternativer. I en fokusgruppe kan et slikt tema diskuteres og reflekteres rundt, og der det også er mulig å diskutere avvisningen, ambivalensen eller alternativet til et helsetilbud (Tjora, 2012, s. 22). Tjora omtaler dette som pragmatisk kvalitativ tilnærming. Gruppeprosessen gir mulighet for at interaksjonen driver samspillet i gruppen, og at det dermed kommer mer interessant informasjon. Enigheter, uenigheter og justeringer av argumentasjon samt refleksjon over andres utsagn gir et rikt materiale.

9.3 Needs assessment

Fokusgruppene gir rammer for å diskutere prosesser, men er en datainnsamlingsmetode. Ambisjonen til arbeidet er å ikke kun forstå personer og prosesser bedre, men å kartlegge behov som på ulike måter presenteres i fokusgruppene. Behovene som blir gitt uttrykk for kan også uttrykkes som helsevesenets *muligheter* til å møte personer med et endringsønske. Needs assesement er en kjent metode for et slikt analysearbeid. Ett sentralt element i needs assessment er sorteringen mellom behov ("needs" og ønsker ("wants"). Behov referer til grunnleggende behov som har betydning for helse og livsvilkår. Ønsker viser til ønsker som oppfattes som nyttige, men ikke har en grunnleggende betydning. Ett eksempel på dette skillet er at et behov er lett tilgjengelig, anonym og personlig kontakt med helsearbeider, men et ønske vil være en slik tjeneste som er tilgjengelig hele døgnet. Behov er dermed grunnleggende forutsetninger, mens ønsker viser til tema som kan større eller mindre betydning uten å være utslagsgivende. Videre skilles behov fra løsninger ("solutions"). For å bruke forrige eksempel videre er behovet fortsatt lett tilgjengelig, anonym og personlig kontakt med helsearbeider. Dette behovet kan løses ved at tjenesten legges til fastlege, legevakt, netjtjeneste, frivillige organisasjoner, oppsøkende arbeid. Formålet med inndelingen er å skille vesentlige elementer fra mindre vesentlige elementer, og heller ikke bli så opptatt av noen få løsninger, virkemidler, organiseringer eller metoder. Ett eksempel på en slik situasjon er å vurdere fastlege, annen kommunehelsetjeneste, NAV eller spesialisthelsetjeneste som leverandører av endringstjenester for mennesker i denne situasjonen (Altschuld, 2010).

Needs assessment er en gjennomgående metode i utvikling av forskningsspørsmål, bruk av litteratur, utarbeidelse av intervjuguide, og i gjennomføring av intervjuer og i analysedelen.

Bruk av metoden Needs Assessment i denne masteroppgaven innebærer blant annet følgende:

- At diskusjonen i fokusgruppen omhandler konkrete preferanser på helsetjenester, og i mindre grad på negative opplevelser.
- At deltagerne i fokusgruppen blir utfordret til å designe sin egen endringsprosess, slik de aller helst vil ha den.
- At behov uttalt i fokusgruppene blir koblet til metoder, og at disse drøftes opp mot blant annet konkrete eksempler, dokumenterbar effekt, organisasjon og kostnader.

I needs assessment brukes også inndeling av personer i grupper som har felles holdning og preferanse, og dermed har tilstrekkelig med fellestrekk til at de utgjør en gruppe som man kan utforme en helsetjeneste til. I markedsføring, også i sosial markedsføring, kalles dette *segmentering*; tilpasning av tjenester og budskap til individer og grupper ut fra kunnskap om atferd og preferanser (Kotler, 1989). Needs assessment er metodisk nært markedsføring, og i min første mastergrad studerte jeg disse metodene. Jeg har brukt disse i en rekke prosjektarbeider, og det er derfor naturlig å bruke de i denne oppgaven. Oslo Universitetssykehus, og en rekke andre offentlige institusjoner, bruker både needs assessment og tjenstedesign (også kalt servicedesign) som metoder i utvikling av helsetjenester. Metodene er svært like, men jeg bruker i denne oppgaven needs assessment.

10 Fokusgruppene

10.1 Om fokusgruppene

10.1.1 Organisering og vurderinger

Jeg gjennomførte to fokusgrupper, med henholdsvis 6 og 7 deltakere. Deltakerne kjente hverandre hovedsakelig ikke eller kun fjernt, og var rekruttert gjennom en kombinasjon av sosiale medier, telefon og snøballmetoden. Inviterte ble informert om temaet i invitasjonen, og bedt om selv å ikke melde seg på hvis de hadde gjennomgått behandling for rusproblemer eller oppfattet at de var i en personlig krise. Deltagerne fikk informasjon om at fokusgruppen ble brukt til et masterstudie i helseledelse, og at jeg arbeidet ved Oslo Universitetssykehus. Svært mange som var invitert responderte ikke på invitasjonen. Jeg var særlig forsiktig med å purre eller følge opp invitasjonene siden jeg hadde bedt om selvekskludering hvis man selv hadde mottatt behandling for rusproblemer av betydning eller var i en nåværende personlig krise. Jeg antok at personen kunne oppleve et forklaringskrav på årsaken til at man ikke ville delta, og ville da stille den inviterte i en vanskelig situasjon.

Jeg ville gjerne ha deltagere som hadde et lignende utgangspunkt for gruppesamtalen, og som dermed beveget seg sammen inn i et samtaletema som man var lite kjent med. Jeg oppfatter at deltagerne var forholdsvis homogene i livsførsel. Deltagerne var i samme aldersgruppe (35-60 år) og hadde egen bolig (leid eller eid), i arbeid eller lignende, og et fungerende sosialt nettverk. Alle som deltok forsto norsk tilstrekkelig til å delta i en gruppesamtale, men en av deltakerne responderte på engelsk. Ut over dette er jeg ikke kjent med at deltakerne hadde andre felles karakteristika. Deltagerne fikk melding i invitasjon, i telefonsamtale, påminning og i innledning til gruppen at vi ikke ønsket å dele privat informasjon. Med privat informasjon pekte jeg på for eksempel eget rusinntak, erfaring med andre næres rusproblemer, egne psykososiale problem eller lignende. Dette er en bred definisjon, men jeg oppfattet at deltagerne skjønte grensen. En invitasjon til å dele privat informasjon vil gjøre det mindre interessant for mange å delta, og gruppen vil lett få et terapeutisk tilsnitt. Jeg antar videre at privat informasjon vil ta for mye tid, stille deltakerne i forlegenhet i etterkant. Gjennom å lytte til privat informasjon fra andre deltageren vil gjerne også noen binde seg, og være ukomfortable i gruppen. Deltagerne omtalte videre i liten grad eget personlige liv. I innledningen understreket jeg at privat informasjon om egne opplevelser med rusmidler, behandlingsbehov eller lignende ikke var nødvendig eller nyttig for studien. Deltagerne uttalte seg heller ikke om egen rusbruk, utdannelse, arbeidssted,

familieforhold, religion eller lignende. Jeg var en aktiv moderator i gruppen. Samtalene ble transkribert i dagene etter fokusgruppen. Deltagerne mottok gavekort på 500 kr etter at fokusgruppen var avsluttet. Jeg oppfatter at gavekortet var en motivasjon for deltagerne som ikke blir aktivert av budskap om samfunnsansvar eller samfunnsengasjement, og dermed deltar uten godtgjøring. Deltagelse uten godtgjøring ville sannsynligvis også vanskeliggjort rekruttering, og deltagelse kunne blitt oppfattet som en vennetjeneste til meg eller andre som jeg rekrutterte gjennom. Tjora viser til at forskere gjerne oppfatter at man blir stående i gjeld til personer og organisasjoner som man forsker på (Tjora, 2012, s. 40). Summen på gavekortet er likevel ikke så høy at de fleste deltagerne vil delta av økonomiske grunner hvis de var lite interessert. Videre var rammen for gruppen tydelig, og det var viktig å unngå inntrykket at man skulle dele privat informasjon mot en økonomisk godtgjøring. Jeg oppfattet at gavekortet var et incitament for personer som kunne være litt nølende til deltagelse, og også fungere som en forklaring til andre på hvorfor de deltok.

Gruppene ble holdt i et nøytralt lokale, og varte i to timer. Samtalene ble tatt opp på både iphone og ipad, for å sikre en reserveløsning i tilfelle det oppsto tekniske problemer. Jeg hadde utarbeidet en intervjuguide med en informasjonssekvens, oppvarmingsspørsmål, bolker med tema og avslutning med evaluering. Presentasjonen var kun på fornavn. Jeg oppfattet at fraværet av meningsmarkører (som utdanning, bruk av rusmidler eller politisk engasjement) bidro til å åpne samtalen, og hjalp til at samtalen var reflekterende. I samtalene ba jeg deltagerne rådgi meg i ulike fiktive situasjoner, eller jeg viste til noen jeg kjente eller hadde møtt. Dermed kunne vi diskutere følsomme tema uten at deltagerne presenterte særlig mye informasjon fra eget liv. Samtalene var alvorlige og intense, og med mye latter. Jeg valgte oppvarmingsspørsmålene: -Hva er det gode liv? – Når har du det best? Spørsmålet ga en bakgrunn for samtalen, og var noe vi gikk tilbake til i løpet av diskusjonen. Spørsmålene ble stilt til alle deltakerne, i tilfeldig rekkefølge. Deltakernes refleksjoner ble gitt uten en åpning for diskusjon. Dermed har jeg valgt oppvarmingsspørsmål som er annerledes enn beskrivelsen hos Aksel Tjora (Tjora, 2012 henviser til McCracken 1988, s.228). Han viser til nøytrale tema og som er uformelle, ufarlige og ikke krever refleksjon. Herman eksempler er bosted, arbeid, alder og lignende. Jeg oppfatter at slike spørsmål gir et signal om at man representerer noe eller noen, og det er lett å kategorisere de andre deltakerne. Spørsmålet jeg valgte er derimot almenne og krever tankevirksomhet. Jeg oppfattet at mine spørsmål satte en ramme og bakteppe for dialogen, og åpnet for å snakke om tema som er private uten å blottlegge seg selv. Jeg oppfattet at spørsmålet også ga et anslag til å snakke om viktige tema uten å gi ut privat informasjon til gruppen.

I fokusgruppen vekslet vi mellom å snakke om deltakernes egne potensielle valg, holdninger, preferanser og vurderinger. Jeg brukte i tillegg case der jeg ba deltakerne om å rådgi meg eller personer som jeg kjente om hva jeg skulle gjøre i en situasjon der man har et høyt forbruk av rusmidler. Ved at jeg selv inntar ulike roller er det lettere for deltagerne å reagere på utsagn uten å ta

hensyn til mine reaksjoner. De kunne dermed både gi uttrykk for forståelse og forferdelse som man ellers ville lagt bånd på seg for. Jeg oppfattet at deltagerne satte seg emosjonelt og praktisk inn i situasjonen og posisjonen til en person med høyt rusinntak. Terje sa: ”-Jeg hadde sikkert drukket meg sikkert langt ned i grøfta – ikke kommet opp igjen. Noen måtte ha dyttet meg inn et sted (Intervju 2, linje 297). Det er interessant at en fortsettelse av et høyt forbruk også oppleves som et alternativ for personer som uttaler seg fra et ståsted der man sannsynligvis ikke har et høyt forbruk. Det kan bety at deltagerne evnet å tenke seg selv i situasjonen med et høyt inntak.

Noen av deltakerne antydde egne erfaringer enten med eksperimentering selv eller der andre nærstående hadde brukt rusmidler. Noen hadde også erfaringer med helsevesenet som pasient og helsearbeider som kan ha preget synspunktene deres. Deltagerne var dermed ikke objektive i den forstand at de var uten tidligere erfaringer eller holdninger i forhold til rusmidler, helsevesen, livsendringer eller andre forhold som kan ha betydning. De deltok i samtalen med sine subjektive vurderinger, men kun noen almenngyldige vurderinger ble markert i gruppen. Eksempler på det var at yrker, deltakelse i organisasjoner, familieforhold kunne gjenkjennelse. Det er en mulighet at deltagerne kunne være mer konkrete i preferanser fordi de hadde blitt bedt om å ikke grunnge i egne liv, referere til erfaringer og dermed gjøre seg mer sårbar.

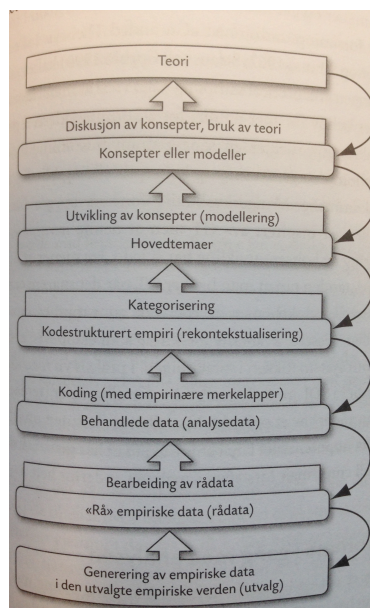
Deltagerne evaluerte på slutten av fokusgruppeintervjuet. Evalueringen blir gitt i plenum, og er en del av en avslutning av en samtale slik at det er vanskelig for deltakere å komme med negative kommentarer. Responsen må ses i den sammenhengen. Tilbakemeldingen var positiv, og en av deltagerne beskrev det som bedre enn å delta i radioprogrammet Verdibørsen på NRK (Intervju 2, s. 19, linje 490). En annen av deltagerne sammenlignet samtalen med talkshowet Skavlan, og at det var få slik anledninger der man hadde et tema, kunnskap og ordstyrer (Intervju 2, s. 19, linje 501-503). Flere beskrev samtalen som utviklende, interessant og at det var nytt å snakke om et slikt tema så direkte uten at det var truende (transkripsjon, s. 18, linje 482). En nevnte spøkefullt at hun umiddelbart kunne tenke seg ett nytt møte (Intervju 1, s. 15, linje 576-577). Jeg oppfatter at temaet, lengden på samtalen og samspillet gir en gruppefølelse og samhold. Deltagerne får god tilbakemelding på ulike vurderinger, og uenighet eller nyanseringer får oppmerksomhet. Ca halvparten av deltakerne tok kontakt på sms eller sosiale medier i etterkant og takket for at de fikk delta.

Samtalen gir deltagerne en mulighet for en alvorlig og viktig samtale som gir liten personlig risiko. Det har en selvstendig verdi for deltakerne. Hensikten med fokusgruppeintervjuet er å innhente informasjon, og ikke å utføre endringsarbeid som man ellers gjør i helsevesenet. Likevel oppfatter jeg at deltagerne selv oppfattet at kvelden ga dem noe personlig og at de deltok i et arbeid av betydning. ”

10.1.2 Analyse av fokusgruppene

Needs assessment har blitt brukt gjennomgående i oppgaven, og inngår som en underliggende metode. Jeg har utført needs assessment analysen som en del av fokusgruppeanalysen. Jeg har beskrevet behov, analysert og etterfulgt av en diskusjon om aktuelle metoder som kan møte behovet. Noen ganger lanserer jeg ikke tiltak, men setter søkelys på ordninger som hindrer hjelpesøking. Dette vil også være nyttige elementer av å være oppmerksom på i utforming av tjenester til disse befolkningsgruppene, og man kan vurdere om man kan påvirke slike ordninger.

Jeg har erfaring med analyse av fokusgrupper fra før, og er vant til å se etter interessante utsagn i et datamateriale. Jeg tror dermed at jeg har et visst håndlag med arbeidet, som omtalt i Tjora, men likevel med en respekt for hensikten med oppgaven til at jeg har valgt å bruke en anerkjent analysemetode. Aksel Tjora (2012) viser til at denne erfaringen er viktig, og at man øver opp en forståelse for de ulike trinnene og veksling mellom dem. Jeg har brukt Stegvis-deduktiv metode (Tjora, 2012). Metoden tar utgangspunkt i data for å utvikle teori, men også at man videre sjekker tilbake til forrige kobling. Tjora illustrerer modellen slik:



Tjora understreker at det ikke er en klar oppskrift på hvordan denne framgangsmåten skal være, men at det kan være en god begynnelse med å notere umiddelbare observasjoner. Det kan være elementer som er uvanlige eller overraskende ut fra kjennskap til feltet, men også en identifikasjon av det vanlige (Tjora, 2012). Materialet er begrenset, og jeg har dermed kodet og kategorisert samtidig (Tjora, 2012, s.191). Et kvalitetsmål på koding er at kodesettet ikke kunne vært før datainnsamlingen, men er basert på empirien. Kodingen og kategoriseringen i denne oppgaven kunne ikke, slik jeg vurderer, blitt opprettet på forhånd. Jeg vurderer dermed at det er en signal på en god prosess. Kategoriseringen har

jeg brukt til å utvikle konsepter. I utviklingen av konsepter har jeg brukt litteratur, modeller og eksempler på eksisterende tiltak som eksempler på hvordan behovet kan bli møtt. Hensikten med konseptene er å se større sammenhenger, og å forsøke hva temaene handler om bak det umiddelbare (Tjora, 2012, s. 215). Det er naturlig med forsiktighet i analyse og konklusjon fra fokusgruppene. En tommelfingerregel fra kvalitativt arbeid er at man har fått tilstrekkelig informasjon når intervjueren merker at synspunkter og perspektiver blir gjentatt i flere samtaler. Det har jeg ikke i dette arbeidet, og vurderer at det derfor er flere aspekter som ikke er dekket. Jeg har likevel fått en bredde i viktige momenter, og prøvd ut metodikk som kan brukes til planlegging og utvikling av helsetjenester. Likevel har det kommet fram resultater fra fokusgruppene som også omtales eller bekreftes i forskning og faglitteratur. Jeg velger å presentere og diskutere disse for å anspore til videre arbeid og faglig oppmerksomhet. Intervjuene er transkribert og linjene er nummerert slik at sitat brukt i teksten kan ses i sammenheng. Kodingen inngår i kategorier, og disse er omtalt under egne overskrifter. Dette er kategoriene:

Kategorier

- 1 Opplysning og erkjennelse. Kategorien omhandler om å selv forstå eller bli fortalt at rusinntaket er bekymringsfullt, og videre prosessen i retning av endring.
- 2 Sanksjoner og insentiver til endring. Reaksjoner fra andre på veien mot endring.
- 3 Ressurser for endring. Søkeprosessen etter informasjon, ressurspersoner, metoder for ulike måter å endre på rusinntaket.
- 4 Valg av metoder for endring. Preferanser og behov i valg av metoder for å endre rusinntak.

11 Resultater

11.1 Opplysning og erkjennelse

Eget initiativ til endring er foretrukket som inngang til en endringsprosess. Eget initiativ gir mer kontroll, mer verdighet og bedre respons fra andre. Sannsynligvis har man da også ikke utført påfallende handlinger, satt andre i forlegenhet eller i fare, og kan også velge tidspunkt, publikum og arena for en eventuell informasjon til sosialt nettverk. Det vil være en lettelse å ikke bli avslørt, men eventuelt avsløre seg selv, og dermed igangsette et endringsprosjekt med sosial aksept på linje med vektreduksjon, røykeslutt eller samlivsproblemer. Deltakerne i fokusgruppene er gjennomgående bekymret over å selv ikke kunne vurdere eget rusinntak, og at andre skal måtte fortelle dem om det. Det kan være nyttig å illustrere dette ut fra modellen Joharis vindu (Luft, J. og Ingham, H., 1955). En oppfatning av å være noenlunde kjent med informasjon som man gir om seg selv, regulerer andres kunnskap om en selv, og deres inntreden i privatliv gir forutsigbarhet og trygghet. Det markerer autonomi og voksenrolle. Deltagerne i fokusgruppene uttrykte at henvendelser om rusmisbruk blir oppfattet som et sterkt personlig angrep, og svært ubehagelig. Rusmisbrukere er kjent for å ikke erkjenne og benekte misbruket, og dermed er det særlig vanskelig å forsvare seg. Beskyldning om rusmisbruk kan brukes som en metode for å diskreditere en person i konflikter, og er kjent som metode både i arbeidslivet og ved samlivsbrudd. Dermed er avsender og hensikt nært knyttet sammen. Deltagerne beskriver en melding om at andre er urolig for rusinntaket som forferdelig, og at man blir lamslått og sårbar (Intervju 2, linje 155-).

	Kjent for meg	Ukjent for meg
Kjent for andre	Åpen arena	Blindpunkt
Ukjent for andre	Bak fasaden	Ukjent

Det er særlig de skraverte områdene i modellen som oppleves dramatiske når andre tar opp en persons rusbruk. At andre mennesker har sett som man selv ikke har forstått eller forsøkt skjult oppleves ydmykende. Når det er nærstående som gir tilbakemelding opplever man seg særlig forsvarsløs. Ett eksempel på en særlig ydmykende situasjon er å bli overasket med ”interventionmodels” der familie, venner, naboer og kollegaer tar opp personens rusinntak (www.rehabs.com). Interventions er ment å igangsettes i sammenhenger der familie og venner over tid har forsøkt å ta opp temaet med en

nærstående med høyt rusinntak. Hvis metodene brukes uten forvarsel overfor en person kan det sannsynligvis oppleves som et svik, og relasjoner kan bli skadet.

Ivan stiller spørsmål om han hadde merket en utvikling i retning av et høyt rusinntak selv. Kunne ikke en usedvanlig festlig festsesong umerkelig endret seg til et problem? (Intervju 1, linje 73). Nils mener at han ville vurdert inntaket som et symptom på et underliggende problem, og i første rekke stolt på seg selv og sine vurderinger og ev. diskutert det med en venn (Intervju 1, linje 84). Kari er usikker på om hun hadde selv forstått avhengigheten, men hadde utvilsomt valgt å oppsøke alternative behandlere som hun tidligere hadde god erfaring å diskutere med (Intervju 1, linje.81). Jon hadde ikke valgt helsevesenet som hjelpeinstans: -Fordi at det handler om å skjerpe seg. Det er også flere som ikke hadde valgt å handle. Stein og Terje forteller begge at de ville valgt å dra på hytta, og ta med spriten eller pillene. Likevel er det en viss åpning for at selvhjelpsgrupper med andre kunne vært en mulighet for de to, bare de hadde fått summet seg (Intervju 1, linje 114, linje 546). De fleste aksepterer at slike samtaler kan være uunngåelige, men viste tydelig ubehag ved tanken.

Derimot er samtaler med somatisk helsepersonell med utgangspunkt i medisinske data lettere å godta. Herman og Mari understreker at det er ugiendrivelig informasjon som helsepersonell presenterer (Intervju 1, linje 186 og 198), og Solbjørg understreker at helsepersonellet sannsynligvis ikke har noen annen hensikt enn å opplyse deg. Hensikten med informasjonen og dermed mangel på sanksjoner gjør at deltagerne mener de ville sluppet mer av, og dermed fokusert på informasjonen. Forsvar og avvising ville blitt redusert, framholder flere av deltagerne. Helsepersonell er dermed gode budbringere hvis budskapet er støttet av faktabasert, somatisk informasjon. Betydningen av å ta opp bruk av rusmidler ved somatiske undersøkelser er ofte nevnt i rusfeltet, og TSB har fått bestilling fra Helse- og Omsorgsdepartementet i oppdragsdokumentet for 2015 om å sørge for behandling (i vid forstand) for somatiske pasienter med rusproblemer. Deltagerne i fokusgruppene bekrefter at det er lettere å ta imot et helsebudskap i den situasjonen, og at det kan føre til en endring. Noen av deltagerne i fokusgruppen understreket at slike budskap hadde en kortvarig effekt på dem, men erfaringene deres var likevel positive. Terje forteller det slik: ” ...jeg har det slik med tanntråd. Jeg er flink med det i 2 måneder etter at tannlegen har påpekt det.” (Intervju 2, linje179) Effekten av helseopplysning kan lett forsvinne hvis ikke informasjonen følges opp med kunnskap om endringsmuligheter. Det er dermed en utfordring og viktig oppgave å utforme helsetilbud som skal komme etter slike samtaler. Kanskje er budskapet om et bekymringsfullt rusinntak tilstrekkelig med informasjon i første samtale, eller kanskje er det en anledning for å peke videre til informasjonskilder. Uansett er hensikten med en informasjon hos helsepersonell ha en funksjon som et slags ”nudge”. Ett nudge kan oversettes som en dult eller ansporing til å rette oppmerksomhet og igangsette en endringsprosess (Taler og Cass R Sunstein, 2009). I dag er det en systematisk oppfølging med somatiske pasienter med et høyt rusinntak ved Stavanger Universitetssykehus og Haukeland Universitetssykehus, og det er også muligens flere.

Alkoholbruk bidrar til mer enn 60 ulike sykdommer i tillegg til ulykker, og Nasjonal Kompetansetjeneste TSB utfører nå et prosjektarbeid med faglige nettverkssamlinger om temaet. Arbeidet samhandler med fagressurser i Verdens Helseorganisasjon, og deltar i samarbeid med fagressurser i England som over tid har arbeidet med temaet (Harwiss, ukjent dato).

Kommunikasjonen i disse inngangene til en samtale om høyt rusinntak er ulik: i den første beskrivelsen av en samtale er samtalepartneren privat, har langvarige relasjoner, og vurderingene er subjektive. Samtalepartneren blir gjerne oppfattet som invaderende og paternalistisk. I den andre samtalen er samtalepartneren i en profesjonell rolle som helsepersonell, har en avgrenset relasjon som helsepersonell og pasient, og vurderingene er objektive. I den siste samtalen blir fokuset på kommentarer av resultater i et dokument eller pc monitor, og ikke direkte på personens reaksjoner og atferd. Dette gir nyttig informasjon om hvordan samtalen kan bygges opp, men der hensikten i denne sammenhengen er å konstruere helsetjenester. Informasjonen er faktabasert, og der helsepersonell relasjonsmessig og i utforming av budskap stiller seg mer på siden av pasienten i en utforskende og fortolkende rolle enn foran og konfronterende.

Mari framholdt i fokusgruppen muligheten i å bli tatt av politiet for kjøring i påvirket tilstand (Intervju 2, linje, 153). Dette gir en tredje inngang til en dialog om rusinntak. Det kan være en lettelse å oppleve en grensesetting der bevisene er målbare og loven er klar. Midt i katastrofen kan gjennomskuelen og grensesettingen oppleves som en befrielse og redning (Intervju 1, linje 153, 170, 175). Antall sjåførere som er pågrepet for mistanke om kjøring i ruspåvirket tilstand har vært relativt stabilt de siste årene med cirka 6000 for alkoholpåvirkning og ca. 4000 for andre rusmidler (FHI). Kriminalomsorgen tilbyr program mot ruspåvirket kjøring som alternativ straffereaksjon til fengselsstraff. Programmet er 20-30 timer med samtaleorientert undervisning i grupper (Ottar, 2013). Trondheim kommune sammen med St. Olavs Hospital og Kompetansesenter Rus Midt-Norge har i 2014 gjennomført en pilotundersøkelse om utprøving av det svenske tiltaket SMADIT (Samverkan mot alkohol och droger i trafikken). Dette tiltaket er for førstegangs overtrедere, og er individuelt (St. Olav, rapport 04/2014) Det vil for målgruppen i denne studien være nyttig å vurdere særlig tilbudet fra Trondheim. Målgruppen er førstegangsovertrедere, og det er grunn til å tro at de dermed oftere ikke har utviklet et avhengighetsproblem, men kan motta endringsbistand på et lavere nivå.

Også AKAN (Arbeidslivets komite for narkomani), ble nevnt i en fokusgruppe som ett alternativ. Jon sa: “ Akan er ufarlig, eller ihvertfall mindre farlig.(Intervju 1, linje 128) ” Akan framstår likevel mest som et hjelpemiddel for arbeidsgiver, og ikke som en ressurs for enkeltpersoner som vurderer endring av rusinntak.

11.2 Sanksjoner og insentiver for endring

-En ting er erkjennelse, også er det noe å gjøre med det...en kan sitte og kjenne på at du har et problem... man kanskje får det gå sin gang. (Torill, fokusgruppe 2, linje 213-214). Opplysning kan føre til erkjennelse, og erkjennelse kan føre til endring. På alle disse punktene kan man reversere eller stoppe opp. Ikke minst er det aktuelt å bare fortsette rusinntaket, og flere av deltagerne i fokusgruppene nevnte dette.

Mari sier at hun kjenner seg trygg på fastlegen, og at han har taushetsplikt. Solbjørg forteller at fastlegen likevel kan og må ringe barnevernet hvis pasienten har et rusproblem der det er usikkert om omsorgen er god nok over tid (Intervju 1, linje 520) . –Hvis det er problemer, og jeg trenger hjelp, og de henter unga, da sitter det langt inne tror jeg. Det var jeg ikke klar over (Terje, Intervju 1, linje 524). Lysten til å ta kontakt med helsevesenet ble redusert blant deltagerne i fokusgruppene da jeg informerte om muligheten av at helsevesenet skal vurdere behovet for å sende melding til barneverntjenesten og skikkethet til å inneha førerkort (www.lovdata.no, Forskrift om førerkort med mer, og helsepersonellov §34.) På den ene siden uttalte de en motstand på at noen skulle gripe inn i deres eget liv, og særlig når de ba om helsehjelp og dermed var åpen for endring. Nettopp det burde gi støtte, imøtekommenhet og tillit. På den andre siden så de nødvendigheten av at det er ordninger der barn ikke skal oppleve omsorgssvikt og at trafikkulykker ikke kan risikeres. Løsningen som ble lansert av fokusgruppedeltakerne var å søke hjelp hos kommersielle, i utlandet eller egenhjelp. Ca 200-250 personer dør i trafikken hvert år (Folkehelseinstituttet, 2004). Føreren er den viktigste årsaken til trafikkulykker. I 50 % av dødsulykkene i vestlige land, er føreren påvirket av alkohol, illegale rusmidler eller legemidler. 3 prosent av de 9000 hadde alkohol, rusmidler eller sløvende legemidler i kroppen mens de kjørte (Mørland, 2010) . Det er med andre ord ikke uten grunn at helsearbeidere må ta ansvar for å hindre trafikkulykker. Forekomsttallene for å vokse opp med alkoholmisbrukende foreldre varierer noe avhengig av hvordan man definerer rusmisbrukets alvorlighetsgrad, men estimatene ligger mellom 2.7% - 8.3% av alle norske barn, dvs. mellom 30.000 – 90.000 barn. (Torvik, 2011). I tillegg kommer barn som har foreldre som bruker illegale rusmidler. Helsepersonell har derfor plikt til å melde til barneverntjenesten (Lov om helsepersonell § 33). Det er sannsynlig at muligheten for en melding til barneverntjenesten er en betydelig hindring for at man søker hjelp av helsetjenesten for rusmisbruk. Foreldre med et høyt rusforbruk kan ivareta foreldrerollen tilstrekkelig, men også utøve omsorgssvikt. Helsepersonell og barneverntjeneste må vurdere nødvendigheten av melding, undersøkelse og tiltak. Helsepersonell og barneverntjeneste sin vurderingskompetanse vil variere, og de kan lett vurdere feil i møte med personer med helseproblemer som de er lite trent på å møte. Denne vurderingen er det sannsynligvis en rekke foreldre som ikke vil risikere hvis de er kjent med lovverket. Det er gode grunner for at regelverket pålegger helsepersonell å melde fra om sjåfører

med rusproblemer og omsorgssvikt av barn. Ulempen med systemet er at noen personer som har bruk for helsehjelp vil unndra seg denne av frykt for å miste førerkort og å miste omsorg for barna. Disse sanksjonene forsterker også en stigmatisering av personer med rusproblemer, og kan forsinke eller hindre disse i å få hjelp. Helsepersonelloven har lignende bestemmelser om pliktmessig avhold i (Lovdata. Forskrift om pliktmessig avhold, 2012). Helse- og Omsorgsdepartementet har nå på høring en omfattende endring av Gjennomføringsforskriften der helsepersonell gis ansvar for en omfattende sikkerhetsundersøkelser av pasienter og brukere med rusproblemer i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Forslaget vil inkludere gjennomgang av bagasje, ransaking og kroppshuler, inndragning av elektronisk utstyr (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2015).

Det skilles ikke på tilbakeholdelse i institusjon, poliklinisk og ambulant behandling, og kan gjelde private behandlingssteder der pasienten betaler selv. Slike sanksjonsmuligheter vil nok gjøre at mange ikke vil ønske bistand fra helsevesenet, men ikke søke helsehjelp eller velge private løsninger som kanskje ikke praktiserer bestemmelsene. Behandling i utlandet er også er alternativ. Det kan framstå som om forslaget i liten grad har vurdert effekten slike regelverk vil ha på personer som vurderer endring i rusbruk. Videre viser dette behovet for helsetjenester der det er mulig å søke råd og veiledning anonymt, enten fordi at dette er tilstrekkelig for en endring eller som et ledd i å søke rusbehandling.

Det kan virke som om det er påfallende få umiddelbare insentiver til endring, men at sanksjonene er størst og de langvarige insentivene er størst. Det er en god mulighet for at det må være slik, men understreker hvor lite attraktivt det kan oppleves å endre seg og hvor fristende det kan være å fortsette med et høyt inntak. I planlegging av helsetjenester er det en nyttig påminner, og understreker verdighet overfor personer som oppfatter seg krenket og skamfulle, er ambivalente og kjemper for å opprettholde en autonomi.

11.3 Vurdering av endringsmetoder

Har man rotet det til, vil man selv rydde opp, hvis man i det hele tatt vil rydde. Det er gjennom denne opprydningen at man opprettholder eget selvbilde og egenverdi. Kanskje er evnen til å selv igangsette en endring ett av punktene som skiller rusproblemer og rusavhengighet. Handlekraft og tro på egen vurderingsevne framstår som viktige elementer for fokusgruppedeltakere i en søking etter informasjon og hjelp. Ulikheten mellom personer som er avhengige og personer med et risikabelt forbruk blir tydelig hvis vi si på de fem første av Anonyme Alkoholikere sine 12 trinn (www.anonymealkoholikere.no) :

1. Vi innrømmet at vi var maktesløse overfor alkohol, og at vi ikke lenger kunne mestre våre liv.

2. Vi kom til å tro at en Makt større enn oss selv kunne bringe oss tilbake til sunn fornuft.
3. Vi bestemte oss til å overlate vår vilje og vårt liv til Guds omsorg, slik vi selv oppfattet Ham.
4. Vi foretok en fryktløs og grundig selvransakelse.
5. Vi innrømmet, ærlig og utilslørt, våre feil for Gud, for oss selv og et annet menneske.

Ordene er store og dramatiske, og beskriver personer som ikke lenger ser at de kan styre sine egne liv. Deltagerne i fokusgruppen beskriver at de selv vil være handlende, myndige, og aktive i sin endringsprosess. Selvransakelsen i punkt 4 omtales som aktuell, men deltakerne beskriver seg selv ikke like duknakket som AA sine 12 trinn.

Hvis inngangen til en hjelpesøking og informasjon er at en har blitt konfrontert av nærstående så kan man tenke seg at gjenopprettingen av autonomien blir særlig viktig. Ubehaget, uansett årsak til at man har bestemt seg for å vurdere endring, bør resultere i en vurdering av endringsmetoder. Det er ikke utenkelig at en samtale om høyt rusinntak fører til en økt rusinntak, og dermed har en motsatt effekt av ønskelig.

I fokusgruppene responderte de fleste med ønsker om selv å håndtere sitt eget høye rusinntak. I vurdering av endringsmetoder var det ikke slik at man umiddelbart tenkte på helsevesenet. Jon sier at det ikke ville falt han inn å kontakt helsevesenet: ”...det handler om å skjerpe seg, den som drikker har lav karakter. Jeg røykte med begge hendene i alt for mange år. Voldsomt helseproblem, alle vet jo det. Det var ikke helsevesenet som hjalp meg” (Intervju 1, linje 93 - 94). Det kan derfor være slik at høyt rusinntak blir vurdert som et helseproblem, men er noe man kan ordne selv. Det er verdt å merke seg at selvhjelpstanken her ikke indikerer at det er enkelt å gjøre selv, men at det er mulig. Jon fortsetter senere i intervjuet: ”...vi bruker masse ressurser på helsevesenet, (vi her) 6 mennesker her, og ingen tror at helsevesenet kan hjelpe (Intervju 1, linje 225-226). Dette kan bety at det er få forventninger til at helsevesenet vil prioritere en bistand, at man ikke tror på helsevesenets metoder eller andre forhold. Uansett betyr dette at helsevesenet ikke selvfølgelig kan ta posisjonen sin for gitt i en endringsfase. Ivan problematiserer at man tar bort eget ansvar og handlingsmulighet ved å kalle det sykdom (Intervju 1, linje 237). Det kan se ut som om helsevesenet dermed kan ha en klar rolle som budbringer om farene ved rusinntak, men ikke en like selvfølgelig rolle som informasjonskilde i hjelpesøking eller som leverandør av endringsmetoder.

Flere nevnte at fastlege ikke var et naturlig startsted å drøfte dette temaet. De viste til at de ikke kjente legen noe særlig, og også ville føle seg utrygge på å ta opp temaet. Fastlegen har en rekke sanksjonsmuligheter, og de hadde en generell ubekvemhet med å diskutere dette temaet med legen. Noen hadde valgt fastlege, og særlig hvis forholdet var etablert og godt (Intervju 2, linje 295,296). Det

er dermed mulig at fastlege overvurderes som en hjelpeinstans, men også at dette møtepunktet med helsevesenet har et betydelig utviklingspotensial. Det er likevel for begrenset informasjon i intervjuene til at det er mulig å vurdere om dette er et bredt problem, eller mer et uttrykk for en holdning blant mine informanter. Uansett er det et signal at fastlege ikke vil være en aktuell instans for en del personer, og at det betyr sannsynligvis at man må arbeide særskilt med fastlegene i tillegg til at man sikrer at det er flere informasjonskilder. I fokusgruppeintervju 1 frambrakte spørsmålet om NAV som hjelpeinstans latter fra alle. Sofie forklarte det slik: ”Man er ikke interessert i å gå et sted der man kan bli ytterligere humiliert. De er ikke spesialisert på dette, man blir stilt opp mens andre ser på, å brette ut problemene er ikke fristende” (Intervju 1, linje 227-229). NAV blir vurdert lavt på omdømmemålinger generelt i befolkningen, og dermed kan de lett velges bort som informasjonskanal om hjelpesøking for målgruppen i denne studien (Apeland, 2010). Blant de som har fått hjelp er langt flere fornøyd (VG 06.09.2014) . Dette kan bety at NAV gjør en bedre innsats for eksisterende brukere enn de blir vurdert av befolkningen generelt. Ulempen med et lavt omdømme i befolkningen er at NAV dermed blir en mindre aktuelle kanal og samarbeidspartner for informasjon om endringsmetoder.

Hvis problemet var stort nok ville flere valgt privat, kommersiell behandling der man reiste bort, og der foretok en diskret og effektiv behandling. Flere nevnte reklame på tv og radio for Vangseter, det nystartede 12-trinn og lignende kommersielle steder. Behandlingsstedene kommuniserer løsning, omtanke, verdighet og diskresjon (www.vangseter.no og www.12-trinn.no), har døgnåpen telefon, viser til 30 års erfaring, og Vangseter har mottoet: Ta livet tilbake. Og, at man betaler for behandlingen forplikter til deltagelse og effekt. Behandlingsstedet 12-trinn tilbyr også forbrukslån. Begge stedene informerer om at de samarbeider med arbeidsgiver. Sannsynligvis rekrutterer dermed disse to behandlingsstedene pasienter som både har et høyt forbruk og som har avhengighetslidelser, men som har til felles at de ofte har bolig, arbeid og sosialt nettverk. Det krever flere former for ressurser for å komme på disse stedene. Dette understreker den glidende overgangen mellom høyt forbruk, misbruk og avhengighetslidelser, og at ofte strekker familie, venner og arbeidsgiver seg svært langt for å hjelpe. Behovet for autonomi og unngåelse av sanksjoner gir behovet for diskresjon. Flere av deltagerne ville vurdert behandling i utlandet for å unngå at informasjon skulle komme inn i journal, og for å sikre en så god avstand mellom dagligliv og endring som mulig. Vi kan sannsynligvis lære noe fra private, kommersielle behandlingssteder. Når noen av behandlingsstedene reklamerer med pasientrom med hotellstandard så indikerer de også verdighet og mulighet for personen til å trekke seg tilbake. Videre kan helge-, ovale helger eller ukesopphold, og gjerne flere, fungere for en del personer i denne målgruppen. Det gir mulighet for diskresjon og konsentrasjon, men krever videre vurdering før det kan konkluderes med.

Personer i målgruppen trenger kunnskap om hvor de kan henvende seg. Døgnåpent, diskret og uforpliktende tilbud som kommuniserer verdighet og omtanke ser ut til å være stikkord til et en første

skisse. Deltagerne i fokusgruppen ville gjerne ha en vurdering av størrelsen på rusproblemet, potensielle skader, informasjon om selvhjelp, egenhjelp, samt behandlings- og endringsalternativer. Dette er signaler om at det er mulig å for eksempel opprette en nettsted med informasjon, e-post og chat, støttet av telefonsamtaler. Dette er en ganske direkte og tydelig kommunikasjon om temaet. Det kan se ut som om at noen ønsker slike eksplisitte programmer, mens andre ønsker mer implisitte tilbud der høy rusmiddelbruk inngår som ett av flere tema.

Deltakerne, riktignok med varierende intensitet, ga uttrykk for at illegale rusmidler var betydelig verre å søke hjelp for enn legale rusmidler. Blant de illegale rusmidlene ble heroin vurdert som det mest stigmatiserte, amfetamin og kokain på en mellomplass og hasj som den minst krevende av de illegale stoffene. Det kan virke som både kombinasjonen av problematisk bruk og lovbrudd gir særlige høye barrierer for bruk, men også tilsvarende barrierer for å søke hjelp. Alkohol er lovlig og dermed er hjelpesøkingen på en måte enklere, men også et rusmiddel som er forbundet med mangel på selvkontroll. Problemnivå ser ut til å spille en sterk rolle. Det vil være sosialt akseptabelt å søke informasjon om “hvite uker” der man ikke vil bruke alkohol i en periode, men betydelig vanskelig å søke informasjon om det samme for amfetamin, kokain eller heroin. Det er også hevdet at siden alkohol er akseptert som et lovlig rusmiddel blir et høyt forbruk vurdert som alvorlig, men at bruk av illegale rusmidler fører raskere til kontakt for bistand (Grella et al, 2009).

11.4 Metoder til endring av høyt rusinntak

11.4.1 Evidensbasert eller alternativ behandling

Kari sier at når hun har oppsøkt behandling tidligere så har hun brukt coach, kommunikolog eller readers, i tillegg til fysisk aktivitet (Intervju 1, linje 65-). Mange i fokusgruppene uttalte ønske om at endringstilbud var evidensbaserte. Likevel framholdte flere at de ville ha søkt alternativ behandling som ikke er evidensbasert. Ønsket om egenkontroll, og også troen på egen evne og betydning i behandling, ble nevnt som årsak til andre former for endring. Også tidligere erfaring med alternativ behandling spilte en viktig rolle i søkingen etter andre behandlingsformer. Dette tyder på at flere verdivalg eksisterer samtidig; der man både ønsker evidens og ønsker alternativ behandling. Jeg oppfatter at evidensbasert behandling ble oppfattet som at andre behandlet pasienten med en redusert involvering, men at alternativ behandling ga mer autonomi, var mer helsefremmende og krevde egenmobilisering. Det er dermed kanskje en mulighet for at evidensbasert behandling blir valgt med hode, og ikke med hjertet. Et høyt forbruk av rusmidler er sterkt emosjonelt på flere områder, og for mange vil man nok velge endringsmetode Et annet aspekt er at alternative terapeuter ikke vil være

vant til å tenke meldinger til barneverntjenesten og til politiet om førerkort. Sofie sier at det slett ikke er så sikkert at akupunktører melder fra til barnevernet, og hun har sannsynligvis rett i at disse ikke så lett ser eller tar denne oppgaven. I tillegg kan denne befolkningsgruppen også gjerne motta behandling fra terapeuter og rådgivere uten at et høyt rusinntak blir registrert eller diskutert. De færreste treningsrådgivere, ernæringsrådgivere, kommunikologer og aromaterapeuter vil vurdere meldinger hvis ikke behovet var slående. Det er lite kunnskap om det meste av alternativ behandling i rusbehandling, men både fysisk aktivitet og ernæring er anerkjente metoder i rusbehandling. Det er muligens også en positiv effekt med å fokusere på endring, og at flere metoder kan ha betydning for å opprettholde endringsfokuset.

11.4.2 Selvhjelp og egenhjelp

De fleste endringer i bruk av alkohol skjer ved at man bestemmer seg for en endring, og uten behandling fra frivillige organisasjoner, spesialist- eller kommunehelsetjenesten (Cunningham et al, 2000, Sobell et al, 1996, Rumpf et al 2000). Pasienter som har hatt en slik endring legger vekt på ny partner, helseproblemer, skifte av livssyn, skifte av bosted og miljø, vansker med bolig, arbeid eller økonomi. Det er overraskende at ikke omsorg for egne barn er med på denne listen. I denne sammenhengen bruker jeg kunnskapen som en faktor som personer med et høyt forbruk kanskje forholder seg til når de skal vurdere endringsmetoder. I begge fokusgruppene var det stor interesse for egenbehandling, selvhjelp og rådgivning eller assistert behandling. Alle variantene understreker behovet for autonomi. Noen ville ønsket å dra på hytta, og på den måten få ro og fjerne seg fra rusmidler. Andre ville snakke med familie og venner, og bruke disse som en aktiv del i behandling. En del ville brukt strategier med alternativ behandling, trening, sunn mat og avspenningsteknikker. Flere beskrev kosthold og fysisk trening som tema de ville vurdert. Og, flere kunne tenkt seg en form for rådgivning i valg av metoder. Det finnes lite informasjon om slike alternativer i rusfeltet i Norge, og det er vanskelig å finne konkrete råd og erfaringer. Ett av unntakene er kampanjen Hvite Uker til Helsedirektoratet ifra 2012 der man oppfordret kjendiser og folk fleste til å avstå fra alkohol en bestemt periode. Kampanjen var kortvarig og begrenset til å avstå fra alkohol, og ga lite andre råd. Likevel ansporer kampanjen til et fokus på rusreduksjon som er almen og lite dramatisk. Også kampanjeorganisasjonen Av og Til arbeider med temaet, men er på nettsidene sine fokusert på å fortelle om risiko og skadevirkninger. Disse, og en rekke andre, kunne sannsynligvis vært gode en av flere gode informasjonskilder for en endring av rusbruk (www.avogtil.no).

Egenhjelp er påfallende lite omtalt i rusfeltet.. Temaet er sjelden omtalt på fagseminarer eller vurderes som en mulighet ved vurdering av behandlingsbehov, pasientrettigheter eller I dialog med pasienter og pårørende. . Dette fenomenet er svært interessant, og tema for en egen studie. Hvis

personene har endret seg selv, gjerne sammen med nærmiljø, så er det sannsynligvis faktorer som virker som TSB vil ha stor nytte av å kunne mer om. Det vil sannsynligvis ha stor overføring til ordinær behandling.

11.4.3 Implisitte eller eksplisitte assisterte programmer

Er det lettere å snakke om et rusproblem hvis man ikke omtaler det direkte, men lar det være en del av en samtale om andre viktige tema? Kan potensielle pasienter lettere oppsøke helsetjenester som ikke er stigmatiserte som rusjenester? Deltagerne i fokusgruppene hadde ulike oppfatninger om endringsmetoder som var eksplisitte på rusendring og på endringsmetoder som hadde rusendring som en av flere tema. På den ene siden uttrykte alle et behov for diskresjon om rusproblemene sine. Behandling som bisto på flere områder i livet som samliv, ernæring, fysisk aktivitet, karriere, men også rusrelaterte tema som angst og depresjon var dermed aktuelle. På den andre siden var det også en bekymring over hjelpetilbud der selve hovedtemaet ikke ble omtalt direkte, men ble liggende som et uutalt bakteppe. Det implisitte endringstilbudet som tilslører det egentlige formålet etterlater et inntrykk av ytterligere krenkelse ved at man dermed bekrefter at man til og med må lures inn i en behandling. Sammensetningen mellom tema må derfor tenkes gjennom nøye, og utføres med kunnskap. “Å gå på Sats eller til fysioterapeut med de andre fyllekene i gruppa du er blitt en del av – det er vanskelig”, sier Terje (Intervju 2, linje 421-422). Endringsprosessen er med andre ord preget av avveininger om det er behov for endring, og om hvor eksplisitt selve rusproblemet må adresseres,. Selvbildet og identiteten må justeres, men ikke mer enn at man håndterer det. Å ble henvist til å tilhøre gruppen med rusavhengige er et sosialt nederlag, men reduserer også håp om en endring med metoder som er innenfor ens egen rekkevidde. Det er lett å karakterisere denne reaksjonen som snobberi, men der reaksjonen er på ingen måte utenfor kulturelle normer. Det er også opprettholdning av et selvbilde, og en selvforståelse som man sannsynligvis kan brukes til å redusere et rusinntak. For noen vil det være akseptabelt å motta rusbehandling som en del av annen livsstilsendring som vektreduksjon eller trening. Solbjørg sier at kanskje Elixia og Grete Roede kunne fungert for henne (intervju2, linje 412), men antyder at det er litt uvant. Terje nevner at kanskje livsstilsendring med sunn mat, søvn og gode vaner kunne vært aktuelt (Intervju 2, linje 424,426) Coach og selvutvikling kan være alternativer for flere. Flere i fokusgruppen nevner akupunktur, homeopati, reading og kommunikologi som metoder de ville oppsøkt. Hensikten er at de gjerne ville styrket sin egen helse bredt.

Andre nevner at de i en slik situasjon ville tenke at de har noen underliggende psykologiske vansker som de ville grepet fatt i selv. Sannsynligvis vil det også være flere stadier i hjelpesøkingprosessen, og der man kan ha behov for å starte anonymt for å orientere seg om muligheter for bistand. Videre vil

personer med et større problem ha mer behov for å en mer eksplisitt oppfølging. På den andre siden kan det også tenkes at nettopp disse opplever at de har mest å tape og dermed trenger å bli møtt anonymt. Jeg vil presentere eksempler på to ulike endringstilbud der det ene anonymt og eksplisitt gir endringsbistand for høyt forbruk av alkohol, og det andre åpent og implisitt endringsbistand for rusmidler sammen med en rekke andre tema.

Det danske programmet Lidt for Meget, administrert av Horsens kommune, gir informasjon og er i dialog via e-post eller telefon med personer som ønsker å justere sitt forbruk. Fokuset er på alkoholinntak, og de presenterer en endring i forbruk av alkohol udramatisk og lett tilgjengelig. Sannsynligvis kan man henvende seg gjennom anonym e-postadresse og gjennom skjulte telefonnummer. Et slik tiltak vil sannsynligvis møte en stor del potensielle pasienter som har behov for et enkelt, anonymt eller delvis anonymt tilbud. Det vil sannsynligvis være mindre tilgjengelig for personer som bruker illegale rusmidler.

Linda Sobell og Mark Sobell, ved NOVA South Eastern University i Florida har utformet et evidensbasert selvhjelpsprogram med profesjonell støtte i hjelp mot overforbruk av rusmidler, overvekt, øke fysisk trening, redusere spilling, få bedre søvnvaner, redusere internett bruk. Programmet er i første rekke til selvhjelp, men der man får profesjonell oppfølging. Ofte ses selvhjelp på som et alternativt til profesjonell hjelp, men her har de valgt å kombinere arbeidsmetodene. Man vil sannsynligvis måtte identifisere seg, men tilbudet har en helhetlig tilnærming og rusmidler blir dermed ikke en hovedsak (www.nova.edu).

Det er grunn til å tro at begge disse tilbudene er nyttige, men har hver sin funksjon overfor hvert sitt segment. Anonymitet er størst i det danske tilbudet, og anonymiteten gir også en autonomi til å fortsette eller avslutte endringen. Tilbudet gir personen mulighet til å fortsette hverdagen, men en kontroll slik at man beholder egne grenser. Det amerikanske tilbudet er derimot mer helhetlig og omfattende. Det er diskret, men samhandling med andre er viktig. Ved NOVA trer man ut av hverdagen, og kan konsentrere seg om endring.

Endringsarbeid i gruppe vil vanligvis være åpen ved at deltagerne kjenner hverandres identitet. Åpenheten er et problem for flere i fokusgruppene, men aller mest bekymringen over å måtte lytte på andres problemer. Bekymringen for at de andre deltagerne er mennesker man ikke vil assosiere seg med er nesten like høy. Individuell kontakt oppfattes som lettere i en hjelpesøkingfase. Autonomien blir i større grad opprettholdt ved en individuell kontakt. Likevel er det mulig at en individuell kontakt kan munne ut i en gruppe på et senere stadium. Og, det er interessant å vurdere grupper, men som er nettbaserte og anonyme, men modererte.

12 Konklusjoner

12.1 Organisering av arbeid med potensielle pasienter

Bør arbeidet med temaet organiseres og dermed bli en del av helsetjenesten og folkehelsestrategien? Betydning og sannsynlig effekt er så høy at det er grunn til å arbeide bedre og mer med temaet. Det er likevel for enkelt å umiddelbart organisere en slik innsats innenfor rusfeltet. Det vil være nyttig å vurdere innsats med dette temaet som man arbeider med overvekt, fysisk aktivitet og tobakk, og dermed tenke bredere enn ordinært arbeid i første- og andrelinjetjenesten. Det betyr tiltak på samfunnsnivå med reklame, merking, og prisstyring på lik linje med tobakksalg, men også tjenester som tilrettelegger for fysisk aktivitet og medikamenter som kan avhjelpe. Mange av disse tiltakene er allerede vurdert, og noen er igangsatt. Passiv drikking ble introdusert for et par år siden som en parallell til passiv røyking, men har ikke slått an som begrep. Andre tiltak som merking, prising og rusfrie soner er iverksatt. Selv om det er muligheter i å tenke parallelle tiltak med tobakk, mat og fysisk aktivitet så er det ikke alle tiltak som kan kopieres. Det kan dermed være grunn til å fortsatt vurdere rusfeltet som en av flere aktuelle aktører til å arbeide med dette temaet. Ulempen med rusfeltet er en for lav faglig interesse for befolkningsgruppene med denne type tematikk, og mangelen på faglig interesse hindrer utvikling av helsehjelp. Det er dermed nyttig å reflektere rundt om det finnes metoder for å øke interessen. I rusfeltet er det en rekke tema som kan beskrives som fagområder. Forebygging, skadereduksjon, legemiddelassistert behandling og flere er slike områder. Det er mulig at disse potensielle pasientene kunne fått en større faglig oppmerksomhet ved at fagpersoner hadde samlet seg om å lansere dette som et slikt fagområde. Noen av virkemidlene som ofte har betydning for TSB er forskningsmidler, bestillinger i anbudsdokumenter fra regionale helseforetak til private institusjoner, og konkretisering i årlige oppdragsdokumenter fra Helse- og Omsorgsdepartementer og videre fra Helse Sør Øst til det enkelte sykehus. Det er tilsvarende liste med virkemidler for kommuner, frivillige organisasjoner og andre aktører. Slike fagområder vedtas ikke, men utvikles over tid. Sentrale helsemyndigheter kan derfor velge å igangsette et sett av virkemidler som øker sannsynligheten av at temaet utvikles til et fagområde.

I tillegg til en faginteresse vil arbeidet vært styrket ved en brukerinteresse for temaet. Potensielle pasienters interesser kan bli bedre ivaretatt ved at interesseorganisasjoner dannes eller at en av de eksisterende organisasjonene hadde tatt temaet. Nasjonalforeningen for folkehelsen for eksempel kan utvide formålet fra demens og hjerte- og kar til også å arbeide med rusmidler. Et annet alternativ er at

de tradisjonelle pasientorganisasjonene i rusfeltet kan utvide formålet til å arbeide med flere enn pasienter med avhengighetslidelser.

12.2 Segmentering

Materialet i oppgaven er begrenset, og styrken i konklusjonene reflekterer denne begrensningen. Det er likevel tilstrekkelig med informasjon til at det er mulig å peke på noen mulige retninger, og som kan arbeides videre før man trekker sikrere konklusjoner. På bakgrunn av oppgavens størrelse og ambisjon har jeg fokusert på behov (needs), og i mindre grad ønsker (wants) slik jeg tidligere har omtalt disse i metodekapitlet. I et videre arbeid vil slike ønsker være interessante ved at de beskriver elementer som kan brukes i utvikling av et helsetilbud. Slike ønsker kan være lokalisering, lokaler, klesdrakt på ansatte, internettsider og system for booking av timeavtaler. I fokusgruppene oppfatter jeg at informantene ga uttrykk for fire ulike sett med preferanser, og dermed delte seg inn i fire segmenter. Informantene kunne veksle mellom flere segmenter avhengig av tema og situasjon som ble diskutert. Vanligvis i slike undersøkelser vil segmenter omtale alder, kjønn, sosio-økonomisk bakgrunn, handlingsmønstre ved andre helse- og livsproblemer og lignende. Disse fokusgruppene var forholdsvis homogene og temaet fokusert på hjelpesøking. Dermed er allerede deltakerne segmentert i alder, boligsituasjon, arbeid, nettverk og hadde alle manglende erfaring med hjelpesøking for rusproblemer. Segmentene kan i denne sammenhengen best beskrives som verdier eller elementer som personene kretset rundt, og som de framholdt var vesentlige i hjelpesøkingen

- Med eksplisitt endring menes det tiltak der rusproblemene adresseres direkte, og der fokuset i endringsarbeidet er på endring av rusproblemet.
- Med implisitt endring er tiltaket fokusert på en sunn livsstil, og man arbeider med generelle teknikker for endring. Rusinntak vil bli omtalt på lik linje med ernæring, samliv, trening, røyking og andre livsforhold som man ønsker å endre.
- Ved en åpen identitet vil man gi tiltaket informasjon om seg selv slik at det er mulig å koble informasjon om rusinntak til identitet, og man risikerer sanksjoner.
- Ved en anonym identitet kan man diskutere temaet med tiltaket anonymt. Man kan også delta i et endringstilbud som er mer generelt, men oppgir ikke at man bruker endringsarbeidet til å arbeide med rusinntaket. På den måten risikerer man ikke sanksjoner.

	Åpen identitet	Anonym identitet
Eksplisitte endring	1	2
Implisitt endring	3	4

Eksplisitt endring/ Åpen identitet betyr at man oppsøker tiltaket, er villig til å oppgi personalia, og dermed viset tillit. Man er også åpen på høyt rusinntak, og dette diskuteres åpent med hjelpetiltaket.

Eksplisitt endring/ Anonym identitet betyr at man oppsøker tiltaket, uten å oppgi navn, yrke, barn etc., og dermed beskytter seg mot sanksjoner. Årsaken til at man tar kontakt er klargjort slik at man kommuniserer eksplisitt om rusproblem.

Implisitt endring og Åpen identitet betyr at man oppsøker tiltaket som tilbyr endring og utvikling helhetlig, og relasjoner, vekt, tobakk og andre tema diskuteres sammen med eget høyt rusinntak. Man er åpen om navn, bosted, familieforhold, og er også åpen om egne rusproblemer.

Implisitt endring og Anonym identitet betyr at man oppsøker tiltaket som tilbyr endring og utvikling helhetlig der relasjoner, vekt, tobakk og andre tema diskuteres. Man kan være åpen om navnet, men beholder en anonym identitet ved å ikke oppgi at man har et rusproblem. Teknikker og rådgivning på livsendring generelt blir brukt av personen til å støtte opp om egenhjelp.

Dette betyr at helsetilbud som er utformet rundt minst en av disse kategoriene er i samsvar med hva informantene ga uttrykk for, og kan ha en god mulighet for å møte behovene til det segmentet. I beskrivelsen av mulige tiltak har jeg lagt vekt på å beskrive helsetilbud som kan nå disse en eller flere av disse gruppene.

12.3 Kommersielle, frivillige organisasjoner og kommune

For personer i segment 3 og 4 der endringen er implisitt er kommersielle organisasjoner som SATS Elixia og Grete Roede nyttige hjelpeinstanser hvis de inkluderer redusert rusinntak som et ledd i endringsarbeid for et sunt liv. Omtalen av rus må gjøres på en gjennomtenkt måte. Også kommersielle behandlingssteder i Norge og utlandet har et marked blant segment 1 og 2 som har enten en høy bekymring eller et svært høyt inntak eller begge deler. Det er også mulig at segment 4 som velger

implisitt endring kan velge å være mer åpne og direkte særlig i behandling ved kommersielle behandlingssteder som tilbyr trenings- og kostholdsrådgiving, samlivsrådgiving etc. Behandlingssteder som framhever gode resultater over begrenset tid, diskresjon og der det er mulighet for at de ikke praktiserer melding til offentlige myndigheter på førerkort, barn eller lignende vil oppfattes som interessante for særlig segment 2.

Frivillige organisasjoner og kommune har muligens også en mulighet til å utvikle tiltak for noen av disse segmentene ved å gi rådgivningstilbud på alternative arenaer som bibliotek, frisklivssentraler og lignende. Rådgivningstilbudene kan både være eksplisitte på rusinntak, men også implisitt med bredere helseinformasjon. Frivillige organisasjoner og kommune er dermed aktuelle leverandører for alle de fire segmentene, men der det må utarbeides ulike tilbud for hvert segment basert på kombinasjon av åpen eller skjult identitet og implisitt eller eksplisitt endring.

12.4 Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten behandler personer med et høyt inntak som pasienter i behandling for andre lidelser, og har dermed en særegen mulighet til å gi helsehjelp med rusproblemer. Det er helsearbeideren som oppsøker pasienten med et helsebudskap mens pasienten er i behandling, og med en allerede akseptert kontrakt om helsehjelp. Dermed er dette tiltaket egnet for alle de fire segmentene. I fokusgruppene ser vi at dette er et møte med helsevesenet om temaet som lettest aksepteres, og det er en bred klinisk erfaring på dette møtet. Det kan framstå som om TSB på sykehus er litt mer akseptert som hjelpeinstans en annen TSB, og kan bli akseptert hvis behandlingen ikke blir assosiert til etablerte rusmisbrukere i form av blant annet felles lokaler, utforming og lignende. TSB ved OUS kan, i tillegg til å gi tjenester til somatiske pasienter med høyt forbruk, utforme egne tilbud til personer som ikke er erfarne ruspasienter. Det er også mulig at disse tilbudene gis like godt eller bedre i kommunehelsetjenesten, i frivillige organisasjoner eller hos kommersielle.

12.5 Anonymt helsetilbud

Det er grunn til å tro at en del personer med høyt rusinntak ikke oppsøker helsehjelp fordi de ikke ønsker å bli assosiert med etablerte avhengighetspasienter eller risikere sanksjoner med førerkort, barnevern og lignende. Disse er beskrevet som segment 2 i tabellen, og har et særlig behov for eksplisitt rådgivning om sine rusproblemer anonymt. Også andre segmenter kan bruke denne tjenesten, og særlig segment 4 som velger generell livsstilendring som metode uten å snakke åpen om rusproblemer vil kunne bruke dette alternativet. Det er et faglig og etisk dilemma at offentlige

myndigheter igangsetter sanksjoner, men ikke åpner for en alternativ metode å drøfte eget misbruk anonymt. Erkjennelse og hjelpesøking er en kompleks prosess, og samfunn og individ vil ha nytte av at man kan få rådgivning i denne prosessen. At slike assisterte egenhjelpprogrammer allerede eksisterer og at mange har god erfaring med egenhjelp er gode argumenter for å vurdere et slikt tilbud i Norge. Det er naturlig å vurdere nettside, chat, telefon, men også anonyme samtaler som metode til en slik tjeneste. Tjenesten bør tilby rusrådgivning bredt, og ikke skille på høyt forbruk av alkohol og narkotiske stoffer.

12.6 Videre forskningstema

Hovedtemaet og konklusjonene i denne masteroppgaven bør arbeides med videre før man kan trekke klarere konklusjoner. I denne masteroppgaven har jeg segmentert til fire grupper. I et videre arbeid kan man sannsynligvis beskrive hvert segment bedre, og særlig legge vekt på sosio-økonomisk status, alder, kjønn, etnisitet og andre markører som kan være interessant i utforming av helsetilbud.

Det er i tillegg flere tema som er relatert til dette temaet som kan vurderes for videre arbeid:

1. Pårørende, venner, arbeidsgiver og andre nærstående til disse befolkningsgruppene vil kunne belyse temaet fra et annet perspektiv, og dermed gi en bredere innsikt. I tillegg kan pårørende ha egne hjelpebehov, og har også rett til egen helsehjelp som rollen som pårørende. Det er dermed naturlig at man også vurderer lignende tiltak for disse. Personer som selv har hatt et slikt risikoinntak, men som på ulike måter har redusert det vil være nyttige informanter i en bredere studie av temaet. Det er også interessant å vurdere om man kan intervju personer mens de er i en hjelpesøkningsfase.
2. Egenhjelp og selvhjelp er omtalt i en rekke publikasjoner, og råd og erfaringer som kan brukes i klinisk rådgivning bør samles, vurderes og brukes aktivt i klinisk virksomhet med disse befolkningsgruppene.
3. Man bør vurdere i hvilken grad offentlige sanksjoner (som melding til barnevern, inndragelse av førerkort og lignende) reduserer hjelpesøking for rusproblemer. Videre bør man vurdere om det er ordninger der man kan ivareta trafikksikkerhet og barnevern, men i ev mindre grad redusere hjelpesøking. Hvis sanksjonene skal opprettholdes bør man vurdere tiltak som kan øke forståelse og aksept av sanksjonene.

Litteraturliste

- Altschuld, J.W., & Kumar, DD. (2010). Needs Assessment. Thousand Oaks, CA., Sage Publications.
- Andrews, D., Kramer, R., Kiumper, L., & Barrington C. (2012). A qualitative exploration of individuals' motivators for seeking substance user treatment. *Substance Use & Misuse*, 47(11), 1224-1233.
- Apeland Reputation Institute.(2010). Rep Track 2010. Hentet 4. mai 2015 fra http://multimedia.api.no/www.kampanje.com/archive/03504/Omd_mmek_ring_3504480a.pdf
- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Berg, R.C. (2009). Usikkert om en enkel intervensjon for voksne med risikofyllt alkoholbruk har effekt. Omtale av Cochrane-oversikt. Oslo: Kunnskapssenteret.
- Blomqvist, J. (1996). Paths to recovery from misuse: Change of lifestyle and the role of treatment. *Substance Use & Misuse*, 31(13), 1807-1852.
- Blomqvist, J. (2002). Recovery with and without treatment: A comparison of resolutions of alcohol and drug problems. *Addiction Research & Theory*, 10(2), 119-158.
- Cunningham JA., Sobell LC., Sobell MB., Agrawal S., & Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors*, 18(3), 347-353.
- Dawson D., Goldstein RB., & Grant, B.F. (2012). Factors associated with first utilization of different types of care for alcohol problems. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(4), 647-656.
- Edlund, MJ., Boothe, BM., & Han, X. (2012). Who seeks care where? Utilization of mental health and substance use disorder treatment in two national samples of individuals with alcohol use disorders. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(4), 635-646.
- Fekjær, HO. (2008). *Rus; motiver, skader, behandling, forebygging og historikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (udatert). *Trafikkulykker og rusmidler – faktaark, 2004*. Hentet 5. mai 2015 fra <http://www.fhi.no/tema/rusmidler/rusmiddelgrenser-i-trafikken>
- Forskrift om førerkort. (2004). Forskrift om førerkort. Hentet 04.05.2015 fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-01-19-298?q=f%C3%B8rerkort>
- Forskrift om pliktmessig avhold for helsepersonell. (2012). Forskrift om pliktmessig avhold for helsepersonell. Hentet 04.05.2015 : <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-05-04-400?q=pliktmessig+avhold>
- Gjetrang, H., & Steinsvåg, B.A. (2011, 20.oktober). En belastende diagnose. *Aftenposten*.

- Grella, C., Karno, M.P., Wanda, U.S., Moore, A.A., & Niv, N. (2009). Perceptions of need and help received for substance dependence in a National Probability Survey. *Psychiatric Services*, 60(8), 1068-1074.
- Grosso, J.A., Grosso, E.E., McCrady, B.S., Gaba, A., Cook, S., Backer-Fuighum, L.M., & Graff, F.S. (2013). Women's motivators for seeking treatment for alcohol use disorders. *Addictive Behaviors*, 38 (6), 2236-2245.
- Halkjelsvik, T., & Storvoll, E.E. (2015). Andel av befolkningen i Norge med et risikofyllt alkoholkonsum malt gjennom Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32(1), 61-72.
- Harwiss, H. (udatert). Rus i kroppen; bruk av somatiske avdelinger for áfange opppasienter med underliggende rusproblemer. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste TSB. Prosjektbeskrivelse.
- Helsedirektoratet. (2012) Prioriteringsveileder Tverrfaglig Spesialisert Rusehandling (TSB). Hentet 11.05.2015 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/101/IS-2043-Prioriteringsveileder-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling.pdf>
- Helsedirektoratet. (2013) Overdiagnostikk og overbehandling. Hentet 05.05.15 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/44fdf47da7d24f01baa55cc11cf8aafa/rapport_overbehandling.pdf?id=2159706
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2015). Høring – lov og forskrifter om gjennomføring i rusomsorgen. Hentet 5.mai 2015 fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/horing--lov-og-forskrifter-om-gjennomforing-av-rusomsorgen/id2365124/>
- Hem, E. (2003). Alkoholscreening i allmennpraksis. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123(20), 2841.
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m. v. (helsepersonelloven). Hentet 05.05.2015 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hole, R. (2014). Forebygging og behandling av rusproblemer. Oslo: Universitetsforlaget.
- Klingemann, H.K. (1992). Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland. *International Journal of the Addictions*, 27 (12), 1359-1388.
- Klingemann, H., & Sobell, L.C. (Red.), (2007). Promoting self-change from addictive behaviors. New York, Springer.
- Lovdata. Forskrift om førerkort. Hentet 05.05.15 <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-01-19-298>
- Lovdata. Helsepersonelloven. Hentet 10.05.15. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Lovdata. Forskrift om pliktmessig avhold. Hentet 12.05.15. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-05-04-400>

- Luft, J., & Ingham, H. (1955). The Johari Window; A graphic modell of interpersonal awareness. Proceedings of the Western Training Laboratory in Group Development. Los Angeles, UCLA.
- Lund, I., Bretteville-Jensen, AL., Skretting, A., Rise, R., Nordlund, S., & Amundsen, EJ. (2010). Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang. (SIRUS-rapport 4/20 10). Oslo: SIRUS.
- McQueen, J., Howe, TE., Allan, L., Mains, D., & Hardy, V. (2011). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospitals wards. Cochrane Database of Systematic Reviews, (8) CDOO5 191.
- Monsen, T. (2008). Lørdagsnarkomane. Intervju med forsker Flore Singer Åslid. Hentet 4.mai 2015 fra <http://forskning.no/alkohol-og-narkotika-sosialantropologi/2008/02/lordagsnarkomane>
- Morgan, D.L. (1998). The Focus group kit 1-5. Thousan Oaks, CA: Sage Publications.
- Mørland, J. (2013). Kan legen forebygge veitrafikkulykker? Tidsskrfl for Den norske legeforening, 133(14), 1432.
- Prochaska, J.O., & Velicer, WF. (1997). The transtheoretical modell of health behavior Change. American Journal of Health Promotion, 12 (1), 38-48.
- Rumpf, H.J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2006). Stability of remission from alcohol dependence without formal help. Alcohol & Alcoholism, 41(3), 3 11-314.
- Statens institutt for rusmiddelforskning (Sirus). (udatert). Faktaark om narkotika. Henter 10.05.15 fra <http://www.sirus.no/publikasjoner/faktaark/>
- Thaler, R.H. & Sunstein, C.R. (2009). Nudge; Improving decisions about health, wealth and happiness. London, Penguin Books.
- Tjora, A. (2012). Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Gyldendal akademisk.
- Torvik, F.A., & Rognmo, K. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser el/er alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. (Rapport fra Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2011: 4). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Vaillant, GE. (1983). The natural history of aicholism: C'auses, pattens, and path to recovery. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wichstrom, L., Beisky, J., Josefiak, T., Sourander, A., & Berg-Nielsen TS. (2014). Predicting Service use for mental health problems among young children. Pediatrics, 133 (6), 1054- 1060.