

Masteroppgave

Ruspasientens opplevelse av eget ettervern

- En syntese av kvalitative studier

Beathe Sunde

Mestring og myndiggjøring 2017
30 studiepoeng



HØGSKULEN
I VOLDA

Forord

Å foreta denne metasyntesen har vært en lærerik opplevelse som har krevd tid og mot. Det er flere jeg gjerne vil takke etter å ha fordypet meg i arbeidet med denne oppgaven. Først vil jeg takke veilederen min førsteamanuensis Silje Louise Dahl for tillit, tålmodighet og nyttige tilbakemeldinger.

Familien min skal ha en stor takk for å ha bidratt, hver på sin måte. Tusen takk til Bjørn for all støtte og tålmodighet, som har gjort at jeg har kunnet komme i mål med denne oppgaven. Takk til foreldre og svigerforeldre for uvurderlig barnepass, og til mine barn som har måttet vente lenge på at mamma skal bli ferdig med leksene.

Kristin vil jeg takke for hennes gjestfrihet de ukene jeg har vært på studiesamling i Volda, for utallige tommer opp og for å ha gjort studietiden min i Volda helt spesiell. Jeg vil også rette en takk til Kirsti Malterud som publiserte boken «Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag» høsten 2017, akkurat når jeg trengte den mest – Boken har vært en klippe i analysearbeidet og anbefales varmt til alle som vurderer å foreta en lignende studie.

En stor takk går også til Line, Sia og Kristin som har lest korrektur.

Summary

This paper is based on a meta-ethnographic analysis of nine qualitative studies. The experience of 335 Scandinavian informants is explored to analyse how recovery from substance abuse is described post treatment. The aims of this study were: (1) To analyse existing userknowledge about what promotes recovery. (2) To examine if the informants perception of addiction is connected to how well they cope and recover from substance abuse.

Recovery is described both as a process and a goal, towards better health and wellness. The process is expressed as a self defined non-linear journey towards wellness and a better quality of life. The drug patients aftercare program is adjusted to his or her needs, and seen as a valuable support for those who need it. Coping post treatment is determined largely by factors related to the patient's socioeconomic status and psychosocial functioning. Few of the informants describe their addiction as a chronic illness with somatic symptoms at this point.

The findings in this study indicate that years are normally spent adapting to what is described as a new way of life and a new version of themselves. New reforms have created a shift in how substance abuse is addressed and highlights user needs as a leading indicator for service efficiency and quality. Contemporary recovery research is used as a theoretical frame to address how coping from substance abuse is described both as a process and as a new goal for the new services. The informant's stories indicate that after their somatic symptoms are addressed the patient's emotional, mental and social wellbeing needs attending to keep the addiction at bay.

Innhold

Masteroppgave	0
Beathe Sunde.....	0
Mestring og myndiggjøring 2017	0
30 studiepoeng.....	0
Forord.....	1
Summary	2
1 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema - Flytting av terskler.....	5
1.2 De reformerte aktørene.....	7
Det nye hjelpeapparatet	7
Fra rusmisbruker til pasient og tjenestemottaker.....	8
Staten som aktør i norsk rusbehandling.....	9
1.3 Tidligere forskning - Behov og kvalitet i ettervernet	10
Å få være aktør i eget liv	10
Kontinuitet.....	13
Tilfriskning handler om å komme overens med seg selv	14
1.4 Oppsummerende avslutning på kapittelet	15
1.5 Oppgavens oppbygning	16
2 Teori	16
2.1 Recovery som mål, personlig utvikling og sosial prosess	16
2.2 Begrepsavklaringer.....	18
Avhengighet som begrep og sykdom	18
Begrepet ettervern	19
Omliggende terminologi.....	20
3 Valg av metode.....	21
3.1 Vitenskapsteoretiske utgangspunkt	21
3.2 Den hermeneutisk fenomenologiske metasyntesen.....	22
3.3 Metaetnografi som empirisk grunnlag.....	23
Analysestrategi i syv trinn.....	25
3.4 Refleksjoner rundt forskningsopplegget.....	33
Validitet og reliabilitet.....	33
Forskerrollen	34

Etikk	35
4 Analyse.....	36
4.1 Presentasjon av primærstudier.....	36
4.2 Presentation av analyseresultat.....	38
4.2.1 Det gode ettervernet - De ferdigbehandlede opplevelse av recovery	38
4.2.2 Hva fremmer bedring i tiden etter gjennomført rusbehandling?	41
4.2.3 Hvilken betydning har brukernes sykdomsopplevelse for deres opplevelse av bedring?	46
5 Syntese	50
5.1 Helse til alle.....	50
5.2 Tilfriskning.....	52
5.3. Bruerkunnskap med brodd	54
Gapet mellom fag og erfaring.....	55
6 Avslutning	56
Refleksjoner rundt funn.....	56
Kunnskapsutvikling.....	57
Veien videre.....	57
7 Referanseliste	59

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema - Flytting av terskler

Rusfeltet har vært gjenstand for omfattende reformer de siste tiårene, som har redefinert aktørene og måten hjelpeapparatet tilnærmer seg den rusavhengige. Ord som mestring, brukermedvirkning, empowerment, tverrfaglighet og recovery har sammen med helsepedagogisk terminologi og diagnostikk formet nye sannheter på feltet – Sannheter om hva som nytter og lindrer (Ekeland & Heggen, 2010; Fekjær, 2007; Lossius, 2011; Miller & Carroll, 2006; Kunnskapsdepartementet, 2003).

Denne masteroppgaven er en metasyntese som ser på rusmestring sånn den beskrives av brukere i ni kvalitative undersøkelser. Den ruspolitiske omvendingen en har sett fra 80 - tallets krig mot narkotika til nå å tildele brukergruppen pasientrettigheter og ansvar for egen tilfriskning, er unikt i et mestringsperspektiv. Ved å analysere ni skandinaviske studier ønsker jeg å utforske hvordan pasientgruppen beskriver tiden etter avsluttet rusbehandling og egen tilfriskning ut fra problemstillingen:

Hvordan opplever ruspasienten egen tilfriskningsprosess?

Norske reformer har varslet et økonomisk og kvalitetsmessig løft av hjelpeapparatet rundt ruspasienten, der ruspasientens «behov skal være utgangspunktet for omfang av og innhold i tjenestene» (Opptappingsplanen for rusfeltet, 2016–2020, s. 6). I en slik sammenheng er det fristende å tolke kvalitet som noe som oppstår i individets møte med sine hjelpere og egen behandlingsplan. Om en derimot skal knytte organisatoriske endringer til brukernes kollektive behov ser en at brukerne i liten grad fremstår som en ensartet gruppe, og at deres hjelpebehov ofte er nært knytt til hvordan ruspasientens ser på egen avhengighet.

For mange av brukerne er rusgiftene en kilde til glede og et hjelpemiddel i møte med voksenlivets krav og forventninger, som i liten grad oppleves som en sykdom (Pedersen, 2006). I en amerikansk undersøkelse som nådde ut til 22 millioner rusavhengige oppgav eksempelvis 40,3 % av respondentene med alkoholavhengighet at de ikke ønsket hjelp til å stoppe (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013. s. 93-98). De hadde ikke behov for det. Rusavhengighet har blitt beskrevet som «et såkalt nærsynt og

irrasjonelt valg» preget av en ambivalens mot å bli rusfri og som en «evne til å leve i nået, dvs. den egenskapen å kunne isolere de umiddelbare fordelene ved å ruse seg slik at de framtidige ulempene ikke blir synlige» (Brunmoen, 2017, s.164). I Norge har vi lange tradisjoner med å knytte skadelig bruk av rusmidler til sosial kontroll, der pårørende og nærmiljøet rundt brukeren ofte fremstår som de største pådriverne for behandlingen. Studier indikerer at nettverket rundt brukeren kan ha en tendens til å friskmelde og beskrive bedring ut fra indikatorer knytt til sosial fungering og rusadferd. Tall fra norsk pasientregister og selvrapporderingsundersøkelser viser at dette kanskje også kan ha påvirket hvem som kommer til behandling, da majoriteten av pasientene er «skilte menn i 40-50 årsalderen, som har problemer med arbeid og bolig » (Fekjær, 2004, s. 215). Disse tallene viser også at de fleste brukerne ikke kommer i kontakt med hjelpeapparatet, og at majoriteten av brukermassen er betydelig yngre (Fekjær, 2004).

Det er et uttalt behov for tverrfaglighet i måten en tilnærmer seg rusmestring, der jeg opplever at vi i større grad enn tidligere beskriver bedring som et mål og en prosess. At vår bedring og våre hjelpebehov knyttes til «alder, kjønn, fysiske og psykiske helse, rusproblemets alvorlighetsgrad, sosial situasjon, økonomi, utdanning, kognitive evner, kontakt med familien og muligheten til å delta i meningsfulle aktiviteter og/eller arbeid» er derfor noe jeg håper å se nærmere på i denne studien (Lossius, 2011, s. 34).

Helsedirektoratet anerkjenner at de som tar kontakt med hjelpeapparatet har ulike behov og at alle mennesker «gjærne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet» (Helsedirektoratet, 2017). Her har det skjedd en demokratiseringsprosess på feltet, som har dempet stigma og skam i brukernes møte med hjelpeapparatet. Ruslidelser har historisk sett blitt beskrevet som en motkultur, der hensynsløs rusadferd har blitt oppfattet som et tegn på moralsk forfall og som svært ødeleggende for brukerens nærmeste. En har straffet bruken og brukerne hardt, og «feltet har en lang tradisjon med å forklare rusproblemer som sosiale og moralske mangler, og mange rusavhengige er derfor blitt forsøkt behandlet med arbeidstrening og salmesang» (Lossius, 2011, s. 28). En skal heller ikke gå langt tilbake i tid før en opplever behandlingsideologier «spekket med straff, konfrontasjon, moralisering, overtalelse og belæring» som i liten grad inkluderte rusmisbrukeren som aktør i egen behandling (Duckert m.fl, 2008).

Hvordan forandringene i hjelpeapparatets terminologi og tilnærming til rusbehandling har påvirket brukernes syn på egen avhengighet og hva som hjelper er vanskelig å måle, men i denne studien ønsker jeg å utforske dette og se på hvordan denne bedringen beskrives i kvalitative studier.

1.2 De reformerte aktørene

Det nye hjelpeapparatet

Pasientrettighetsloven sikrer nordmenn rett til å få vurdert sin helsetilstand etter henvisning fra NAV eller lege, og den lovfester ruspasientens rett til helsehjelp. Trenger en mer spesialisert behandling enn det fastlegen eller en allmennpraktiserende lege kan tilby, blir en etter lov om spesialisthelsetjenesten henvist til Spesialisthelsetjenesten. Henvisningene blir vurdert ut fra alvorlighet, hvorvidt vedkommende vil kunne dra nytte av behandlingen og et kostnadskriterium.

Spesialisthelsetjenesten har et tverrfaglig fokus med tilbud om «avrusning, akutt behandling, utredning og spesialisert behandling, institusjonsplasser der rusavhengige kan holdes tilbake ved tvang og legemiddelassistert rehabilitering» (Hatlebakk, 2014). Lengden på tiltakene varierer mellom ulike behandlingssteder og fra pasient til pasient.

Utover dette er det kommunene som har ansvaret for tiltak innen forebygging, kartlegging og oppfølging i tilknytning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Sosialtjenesteloven 2009, Helse- og omsorgstjenesteloven 2011 og Pasient- og brukerrettighetsloven 2001). I de tilfellene der det er behov for overlappende eller parallelle tiltak fra ulike aktører, så har kommunen et særskilt ansvar for å koordinere disse.

Rammene for behandling i helsevesenet er forankret i et sykdomsbegrep som «er grunnleggende for å tildele rettigheter, frita fra plikter, for vitenskapelig å identifisere og klassifisere enkeltsykdommer og for helsepolitisk å definere og avgrense helsevesenets anliggender» (Hofmann, 2003). I møte med avhengighetsbegrepet og ruspasientens symptombylle har sykdomsdebatten vært en sentral del av den ruspolitiske diskursen de siste tiårene, noe som tilsynelatende har blitt dempet til fordel for diskurser som fokuserer på myndiggjøring av tjenestemottakerne og folkehelsen. I 2012 får vi folkehelseloven der prinsippet om å utjevne sosiale helseforskjeller, brukermedvirkning og ”helse i alt vi gjør”

(Health in All Policies) styrker helsevesenets rolle som en sentral politisk aktør innen rusomsorgen.

Nasjonale føringer er tydelige når en nå setter likhetstegn mellom brukermedvirkning og kvalitet. Mestring og endring må styres av den som eier problemet og som har definisjonsmakt over det « Endringsarbeid starter i personens forståelse for hva som styrer problemet, og hvordan det kan kontrolleres. Derfor brukes formuleringen å «understøtte endring». Å være ekspert er sjelden god hjelp» (Brunmoen, 2007, s. 6).

Fra rusmisbruker til pasient og tjenestemottaker

Norsk pasientregister oppgir at 31 416 pasienter personer mottok behandling innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2016, noe som indikerer at de fleste brukere av rusmidler ikke kommer i kontakt med hjelpeapparatet. Forskningsdirektør ved Senter for rus og avhengighetsforskning Jørgen G. Bramness mener tallene avhenger av flere faktorer, men anslår selv at vi har «minst 2-300 000 mennesker med alkoholproblemer i Norge, minst 20-30 000 mennesker med problemer med narkotika og minst 30-50 000 mennesker med et problemfylt forhold til reseptbelagte legemidler med misbrukspotensial» (Lossius, 2011, s. 5).

Hovedtyngden av pasientene som tar kontakt med TSB er i alderen 30-49 år, og ca. to tredjedeler er menn (Helsedirektoratet, 2016). Ifølge studier som ser på selvrappporterte problemer knytt til bruk av rusmidler er dette derimot ikke den aldersgruppen som scorer høyest, noe som har fått rusforskere til å stille spørsmål ved hvilke forventninger pasientgruppen har til behandlingen – Er det fravær av rusadferd, økt psykososial mestring eller avgiftning som gjør at ruspasienten oppsøker hjelpeapparatet? Studier viser at det oftest er uønskede konsekvenser av rusbruket eller flere sammenfallende forhold direkte knytt til egen livskvalitet som er avgjørende for om en ønsker rusbehandling. Rusforsker Hans Olav Fekjær viser til flere studier som har sett på hvorfor og hvordan ruspasienten søker hjelp, og han mener å se fire hovedgrupperinger: Det er de ambivalente, de som føler seg hjelpeløse, de som blir presset til å søke hjelp av sine pårørende og de som har behov for et avbrekk fra et slitsomt liv (Fekjær, 2007, s. 212).

At risikoen for helseplager og sosiale problemer øker med økt bruk av rusmidler kommer tydelig frem i studier som ser på ruspasientens levekår (Folkehelseinstituttet, 2014). En ser også en tendens til at mennesker med omfattende helseplager og sosiale problemer har økt risiko for å utvikle ruslidelser (Fekjær, 2007; Lossius, 2011).

En norsk studie av 482 stoffmisbrukere i rusbehandling viser videre at en høy andel av pasientene som møter til rusbehandling har psykiske lidelser. I studien fra 2003 oppgav 46 % av respondentene at de hadde forsøkt å ta sitt eget liv, 52 % var diagnostisert med antisosial personlighetsforstyrrelse, 61 % med depresjon og 58 % med en angstdiagnose (Melberg, Lauritzen & Ravndal, 2003). Årsaken til de høye tallene kan tenkes å være at risikofaktorene for å utvikle en psykisk lidelse ofte sammenfaller med det som gir risiko for å utvikle en ruslidelse. Flere studier viser også at psykisk syke kan oppleve en kortsiktig lindring av egne symptomer ved inntak av rusmiddel og at flere psykiske lidelser kan utløses som følge av rusinntak. At psykiske lidelser i stor grad påvirker vår helse og opplevelse av mestring, gjør trolig at denne pasientgruppen er spesielt sårbar (Lossius, 2011, s. 101).

Etter flere år med høye overdosetall, høy sykkelighet og høy sosial nød blant brukergruppen opplevde en behovet for helsehjelp som stort blant brukergruppen. En så at straff i liten grad hadde ønsket effekt, og hjelpen som ble gitt ikke opplevdes som hjelp. Sosialektorens tradisjon med å tematisere «maktesløyse, undertrykking og klientskapande krefter i samfunnet» skapte diskusjoner også på rusfeltet (Ekeland & Heggen, 2010, s.14). Studier som så på relasjonen mellom byråkrati og klient, gav økt fokus på brukermobilisering og demokratisering av sosiale tjenester. Med pasientrettighetene kom en økt mulighet til å klage på vedtak, en utvidet helsefaglig tilnærming til rusbehandling, økt ansvar for egen tilfriskning og rettigheter til helsehjelp.

Staten som aktør i norsk rusbehandling

Det sterke bruker- og mestringsperspektivet i rusomsorgen er som pasientrettighetene lovfestet, noe som krever fleksibilitet i en offentlig sektor som har blitt beskyldt for en økonomisme på grensen av det uansvarlige. Retningslinjene for bruk av faglig skjønn, brukerens medbestemmelse og økonomiske rammer er ruspolitisk forhandlet, i en tid der driftskostnadene for spesialisthelsetjenesten er satt til 138 milliarder kroner (Helsedirektoratet, 2015). I Norge har en i søken etter å få mer helse i hver krone stilt rapporteringskrav til behandlingsinstitusjonene og sett på tallene fra TSB som indikerer en høy tilbakefallsprosent og en lav tilfredshet hos brukergruppen.

Det statlige aktøransvaret krysser sektorer som berører folkehelse, jus, utjevning av sosiale ulikheter, fattigdom, økonomi, kriminalitetsforkjempelse og arbeidsledighet. Staten har ansvar for bevilgninger, den sosiale kontrollen og løsningene. Helsefremmende behandling av

ruspasienter handler i dagens ettervern i stor grad om å skape tillit og en trygg base for mestring. Deler av ansvaret og makten til å definere tiltak har i møte med nye helsefremmende strategier på individ- og samfunnsnivå, forflyttet seg til pasienten (Larsen, 2012). En av disse strategiene er at en økt myndiggjøring av brukerne vil fremme mestring og god helse. Noen av spørsmålene en nå stiller seg er om dette er en ansvarsfraskrivelse, om staten som aktør kan stille krav til ruspasientens tilfriskning og om i hvilken grad et samfunn er ansvarlig for sine borgeres helse om de ønsker å leve et rusfritt liv?

1.3 Tidligere forskning - Behov og kvalitet i ettervernet

«Ingen har ennå funnet en behandlingsform som hjelper alle med alle typer rusproblemer(...) Mange ruspasienter har behov for sammensatte tjenester, inkludert psykologisk, medisinsk, økonomisk og sosial hjelp» (Lossius, 2011, s.34- 35). Ofte kvalitetmåles hjelpetiltak ut fra frafall i behandlingen, brukernes tilfredshet, kostnadseffektivitet, endringer i rusinntak og fravær av rusadferd. Kari Lossius skriver at det ikke finnes noen mal på «Det ferdigbehandlede mennesket» og at det ikke finnes standardiserte hjelpetiltak med lik effekt på tilnærmede like symptomer.

Om ruspasientens behov skal danne grunnlaget for ettervernets innhold og omfang viser forskning at hjelpeapparatet må våge å satse på fleksible tidkrevende ordninger som kan utarbeides sammen med pasienten. Ordninger som ved første øyekast ikke fremstår som hverken effektive eller inovative – en må lytte, inkludere, tenke langsiktig og en må åpne for at tilfriskning som prosess tar tid.

Å få være aktør i eget liv

Hjelpen som gis er i høy grad kommunikativ og med på å danne grunnlaget for pasientens motivasjon og opplevelse av mestring. Mats Hilte (1990) peker på en diskrepans mellom klienten og personalets syn på hva som hjelper, der klientene vil ha hjelp til bolig og sysselsettingstilbud, mens personalet ønsker fokus på livsstil og rusbruk (Hilte, 1990). Om en har behov for å skape seg et «frirom» fra hverdagen som skissert i en studie fra Berit Andersson (1991) eller om en er på utkikk etter noe som kan «konkurrere med de positive sidene ved rusen» (Svensson, 1996) må dette avklares tidlig i behandlingsforløpet. Når en ser på dagens føringer for brukermedvirkning og myndiggjøring av ruspasienten er det tydelig at disse har endret seg de siste 30 årene og at maktbalansen mellom hjelper-pasient er

forskjøvet: «Pasienten er den reelle ekspert på eget liv og vet best hva som må til for å utløse endringer. Terapeutens rolle er å stimulere pasienten til å bli bevisst på egne ressurser og samtidig bli en «medhjelper» i hans/hennes endringsprosjekt» (Lossius, 2011, s.33).

Tilsynsrapporter viser at pasientgruppen opplever dagens tilbud som fragmentert og at en kommer for sent inn med forebyggende tiltak overfor den gruppen pasienter som står i faresonen for å utvikle en ruslidelse (Opptappingsplanen for rusfeltet, 2016–2020, s. 20). En mengde studier peker på at behandlingseffekten og kvaliteten ikke avhenger av ruspasientens problematikk og motivasjon alene, men at møtet mellom hjelper og pasient ofte legger føringer for hvilke hjelpetiltak som hjelper. En høy «emosjonell temperatur» i møte med «utrangerte intervensjoner og behandlingssideologier spekket med straff, konfrontasjon, moralisering og belæring» skaper motstand og bryter ned den tilliten som må være tilstede for at den ambivalente pasienten skal ønske å stå i behandlingen (Lossius, 2011, s.28; Miller & Carroll, 2006, s. 301). I en oppsummering av dagens forskning heter det at

It makes a difference, for example, who is delivering a treatment for drug problems. (...) Counselors who are higher in warmth and accurate empathy have clients who show greater improvement in drug use and problems. As early as the second session, clients' ratings of their working relationship with the counselor are predictive of treatment outcome. Motivation for change seems to emerge in the interpersonal interaction of counselor and client, even in relatively brief spans of counselling (Miller & Carroll, 2006, s. 301).

Å skulle erkjenne at en har et rusproblem som en ikke makter å komme ut av kan være forbundet med skam, sårbarhet og stor skyldfølelse. En ser at et hjelpeapparat som makter å formidle håp og aksept når brukeren er på sitt svakeste, legger grunnlaget for den motivasjon og tilliten som kreves for å bli rusfri eller for å oppnå en bedring. Innen psykoterapien har effektforskningen lenge drøftet om det er spesifikke tilnærminger eller om det er visse «common factors» i møtet mellom hjelper og pasient som i størst grad påvirker effekten av tiltakene en setter inn. Flere understreker her, som Miller og Carroll, at valg av behandler og måten hjelpen blir kommunisert på er av stor betydning (Lambert & Barley, 2001; Laska & Wampold, 2014).

Kladden og Litt hevder at å «uttrykke tro på klientens evne til å gjennomføre forandring» fremmer klientens opplevelse av mestring og forebygger tilbakefall (2011). Tilbakemeldinger fra brukere av selvhjelpsgrupper fremhever at den sosiale støtten som eksempelvis selvhjelpsgrupper som AA gir over tid ikke bare modellerer mulige veier ut av misbruket, men at den også bygger håp og mestringstro (self-efficacy). En spørreskjemaundersøkelse fra 2005 som så på deltakelse i selvhjelpsgrupper i forbindelse med rusbehandling støtter opp om denne uttalelsen, og viste en signifikant samvariasjon mellom regelmessig deltakelse i selvhjelpsgruppe og rusfrihet to år etter oppstart (Kristensen & Vederhus, 2006). Studier peker på at en opplevelse av mestring er nært knytt til pasientenes opplevelse av helse (Steptoe og Appels, 1989), og at når «vi føler vi mestrer og har kontroll, betyr det også at vi opplever at vi har innflytelse og om nødvendig kan iverksette endringer hvis noe oppleves som utilfredsstillende» (Håkonsen, 2006, s.13). For ruspasientene utgjør dette slik mange ser det kjernen til bedring, ettersom rusavhengigheten kjennetegnes av at «vedkommende er styrt, dvs. at han ikke makter å kontrollere bruken på tross av åpenbare tegn på skadelige konsekvenser» (Brunmoen, 2007, s.36).

I en studie fra 2012 løfter en også frem verdien av den hverdagslige samhandlingen mellom behandlere og klienter, samt at tid og pauser kan være et «kraftfullt» virkemiddel i møte med denne pasientgruppen. «Noen ganger kan det se ut som om pausene er der hvor det mest virksomme for klientenes bevegelse mot en rusfri identitet skjer. I disse situasjonene ser det ut til at pausene går fra å være uvirksom virksomhet til å bli virksom uvirksomhet» (Skatvedt & Scheffels, 2012, s. 38). I vår higen etter en kvalitet og effektivitet er det flere forskere på rusfeltet som maner til forståelse for at et kjennetein ved pasientgruppens skadelige bruk av rusmidler er at den «vever seg inn i bredere livsmønstre og relasjoner» på en måte som tvinger en til å sette spørsmålstein ved sin livsstil og identitet (Pedersen, 2006, s. 14). Dette kan være en vond og tidkrevende prosess. Tolmodighet, empati - og omsorgens plass i hjelpeapparatet er av flere forskere holdt frem som en sentral del av hjelpen som gis, selv om den vanskelig lar seg dokumentere og standardisere (Lossius, 2011; Ekeland & Heggen 2010; Miller & Carroll, 2006).

I studier som ser på brukererfaringer fremheves det at det å bli møtt med høflighet, tid og respekt når en er på sitt svakeste som grunnleggende, der «45 prosent av pasientene svarte at de ”ikke i det hele tatt”, ”i liten grad” eller ”i noen grad” har fått nok tid til samtaler og kontakt med behandlerne/personalet» (Haugum, Holmboe, Iversen & Bjertnæs, 2016).

Kontinuitet

Ikke uventet ser en at lengden og kontinuiteten på støttetiltakene en setter inn er av stor betydning for ruspasientene, og da særlig for de med høyest hjelpebehov. Flere studier gir støtte til at lengre behandlingsvarighet har positiv effekt på misbruket, og at desto tidligere i forløpet en kommer inn med støttetiltak desto bedre. I en større amerikansk studie av et utvalg ruspasienter i behandling estimeres median til 9 år fra første behandlingskontakt til siste rusmiddelbruk. Utvalget viste en noe lengre varighet for menn enn for kvinner, for de som debuterte tidlig og for de med mest omfattende psykisk komorbiditet (Titus, J.C, Dennis, M., White, W. L., Scott, C. & Funk, R.R., 2003).

Lignende studier viser at «pasienter som oppnår rusfrihet etter seks måneder i poliklinisk behandling hadde en langt høyere sannsynlighet for å være rusfri etter fem år, enn de som ikke oppnådde rusfrihet etter relativt kort tid i behandling» (Weisner, Ray, Mertens, Satre, & Moore, 2003). En ser også i en 16-års oppfølgingsstudie av 461 alkoholavhengige at de som faktisk kom inn i behandling hadde klart seg langt bedre i forhold til de som ikke kom inn i behandling. Her fant en at tilbakefallsprosenten etter 16 år var på 43 % for de behandlede og 61 % for de som ikke hadde vært i kontakt med hjelpeapparatet, noe forskerteamet tok som en indikasjon på at ruslidelser ikke kan kategoriseres som kroniske (Moos & Moos, 2006). Man ser at avhengigheten utvikler seg gradvis etterhvert som brukerens liv i økende grad sentrerer rundt rusgiftene, og at det som oppleves som god hjelp for noen brukere ikke oppleves som tilstrekkelig for de med mer brukererfaring.

This means that, as with many other conditions, society needs to address a wide array of problem severity, and that interventions appropriate to one region of the continuum may be unhelpful or even counterproductive at another level of development. In general, it is easier to back out of drug use at earlier and less severe stages of problem development (Miller & Carroll, 2006, s. 296).

Fokuset på kontinuitet i møte med ruspasienten har blitt tatt til inntekt for utviding og styrking av det vi i Norge kaller ettervern, for de av brukerne som har behov for det. I en nasjonal undersøkelse fra Kunnskapssenteret, så en at pasientene i liten grad opplevde at de fikk den oppfølgingen de trengte etter utskrivning. Sammenlignet med resultat fra tidligere undersøkelser viste denne studien at pasientene opplevde en økt grad av inflytelse på egen behandling og økt grad av kontinuitet i form av tildeling av faste kontaktpersoner som kan følge en gjennom forløpet (Haugum et al. 2016).

Tilfriskning handler om å komme overens med seg selv

Marit Borg har også fremhevet betydningen av det hun omtaler som «virksomme relasjoner», og har pekt på at mye av bedringsforskningen frem til nå har vært individfokustert «med vektlegging av den personlige og unike prosess, av den enkeltes evne og mulighet til å utvikle og endre holdninger, verdier og mål for sitt liv, av ferdigheter og roller, og av individuelle mestringsstrategier(coping)» (Borg, 2016. s 453). I en studie der hun ser på bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet etterlyser hun en mer helhetlig tenking rundt ruspasientens behov.

Her peker hun på at tiden etter gjennomført rusbehandling gir det kommunale ettervernet en unik mulighet til å se ruspasienten som en person i en hverdagssammenheng, der en kan benytte hverdagslivet kan ramme for å «retablere et sosialt liv og sosiale relasjoner».

Innenfor disse rammene ser en at «Bedring skjer i det samfunnet man i utgangspunkt har et følelsesmessig problem med å takle. Du blir ikke frisk i spesialisthelsetjenesten eller de kommunale tjenestene. Du blir frisk ute i samfunnet» (Biong, 2016, s.141). Her beskrives tilfriskning som en prosess som må vedlikeholdes, og som grunnleggende handler om å komme overens med seg selv. Som hjelper mener han nøkkelen ligger i å skape engasjement rundt brukerens målsetninger ved rette fokus mot økt livskvalitet og «hva som hjelper i vid forstand» (2016, s. 19). For brukere med samtidig rus og psykisk lidelse beskrives eksempelvis betydningen av «tilhørighet, håp, identitet, mening og kontroll» i møte med en ny hverdag som sentralt for brukernes opplevelse av mestring. Noen oppgir også at ulike former for fysisk aktivitet eller at det å skaffe seg hund har bidratt til de ble rusfri (Biong, 2016, s.142).

I en intervjuundersøkelse som så på strategier for å redusere risikoen for tilbakefall til rus ble det å fylle tomrommet som misbruket etterlater seg med nye vennskap og en aktiv fritid oppgitt som det som gir en «livet ny verdi, mening, hensikt og fremtidshåp» (McIntosh & McKeganey 2000; Svensson, 1996).

Flere studier har pekt på at det kan være forskjell i hvilke støttetiltak kvinner og menn ønsker i møte med hjelpeapparatet. Kvinner oppgir i større grad enn menn at de foretrekker poliklinisk behandling og hjelp som ikke går på bekostning av arbeidsgiver eller tid med egne barn. Videre ser en at egne rusbehandlingsopplegg for kvinner «kan føre til redusert frafall fra behandlingsoppleggene og at det kan bedre den psykiske helsen» til kvinnene (Dalsbø, Steiro & Høie, 2009, s.3). Mødre til små barn opplever en særlig økt nytte av behandlingen om en tilrettelegger for pasientenes foreldrerolle (Dalsbø, Steiro & Høie, 2009; Duckert, Lossius, Ravndal & Sandvik, 2008; Lander, 2003).

1.4 Oppsummerende avslutning på kapittelet

Reformene på rusfeltet gjør at en i større grad enn tidligere sikrer helsehjelp og avrusning til en pasientgruppe som sjelden ber om det. Studier viser at støttetiltakene virker, at en har senket terskelen for å søke hjelp, at en i større grad enn tidligere adresserer komorbide lidelser og at en gjennom innføringen av individuell plan har lykket med å skape et kontaktpunkt i hjelpeapparatet som kan nås ved tilbakefall.

Marianne Stallvik fra Korus - Midt-Norge beskriver at

Faktorene som bidrar til og påvirker utvikling, opprettholdelse og behandling av rusavhengighet er komplekse og krever en bred tilnærming, ikke minst for å kunne tilpasse behandlingstilbudene ytterligere slik at pasientenes behov blir møtt. En slik tilnærming viser et nytt skifte innen rusfeltet. Før var det bare hvor lang tid man var i behandling som skilte omsorgsnivåene fra hverandre. Nå går vi mer mot å definere omsorgsnivå ut i fra tilbudets intensitet og ressurser (Stallvik, 2011).

At pasientundersøkelser og brukerorganisasjoner ber om et utvidet ettervernstilbud for de ruspasientene som trenger det mest, kan tolkes som et uttrykk for økt sosial nød eller tas til inntekt for at ruslidelser i økende grad oppleves som kroniske. Brukerne av de kommunale ettervernstiltakene danner ikke et bilde av det typiske behandlingsforløpet eller av den typiske rusmisbrukeren. Informantene i denne studien er likevel alle tidsvitner og viktige informanter i en ruspolitisk brytningstid, der våre definisjoner av avhengighet og ettervern er i bevegelse. Flere rusforskere har spurt brukergruppen hva de opplevde som god hjelp i tiden etter avsluttet rusbehandling, og om deres syn på egen rusmestring. I denne studien undersøker jeg hvordan informantene opplever egen tilfriskningsprosess, med følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvordan beskrives et godt ettervern?
- 2) Hva fremmer bedring i tiden etter gjennomført rusbehandling?
- 3) Hvilken betydning har brukernes sykdomsopplevelse for deres opplevelse av bedring?

1.5 Oppgavens oppbygning

Studien består av 6 kapitler der jeg innledningsvis presenterer bakgrunnen for studien, sammen med tidligere forskning og studiens forskningsspørsmål. Kapittel 2 utgjør studiens teoridel, mens det i kapittel 3 gjøres rede for metodiske valg. Her reflekteres det over etiske problemstillinger, epistemologisk utgangspunkt, metasyntesens begrensninger og min rolle som forsker. I kapittel 4 presenteres de ulike primærstudiene, før funnene presenteres og analyseres. Kapittel 5 utgjør studiens syntese og en drøfting av funnene. Kapittel 6 vil inneholde avsluttende refleksjoner.

2 Teori

Det engelske uttrykket recovery oversettes ofte til norsk med ordet «bedring» eller tilfriskning, og brukes for å beskrive nyansene i personlige og sosiale tilfriskningsprosesser som leder til bedre helse. Begrepet recovery rommer mye og defineres ulikt om en beskriver «en tilnærming, en modell, et erfaringsbasert kunnskapsfelt, en filosofi, et paradigme, en bevegelse, en visjon og blant skeptikerne en myte eller et slogan» (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2014, s. 9). Som et motstykke til det medisinske paradigmet innen rusforskningen, handler recovery om «positive endringer i handlingsrepertoar, roller og identiteter så vel som symptommestring» (Brendbakken, 2017, s. 152).

Recovery er nært beslektet med perspektiver innen empowerment, resilience, salutogenese, mestring og helsebegrepet (Askheim, 2016; Brendbekken, 2016; Landheim et. al, 2016). Ole Petter Askheim opplever at de ulike begrepene har fått hegemoni i ulike deler av samfunnsforskningen, der recovery-perspektivet for ham fremstår som for «utydelig og uavklart» til å kunne stå alene (Askheim, 2017, s.192).

2.1 Recovery som mål, personlig utvikling og sosial prosess

Endring beskrives ofte i trinn eller sykluser, der valg og milepeler knytt til helse spiller en viktig rolle. Forskning viser at bedring og avhengighet arter seg ulikt for brukerne, noe som har skapt debatt rundt «why we persist in patterns of behaviour that clearly lead toward devastating consequences; the tensions among our biological, individual, and social selves;

whether and how to regulate our emotions; the trade-offs of immediate gratification versus long-term personal, family, and communal welfare» (Carroll & Miller, 2006, s. 6).

Bedring berører på rusfeltet grunnleggende debatter rundt hvordan en skal forstå avhengighet som fenomen, og spørsmålet om hvem som skal ha definisjonsmakt over symptomene og løsningene. I en gjennomregulert offentlig sektor ønsker en avklaringer rundt spørsmål knytt til kostnadseffektivitet, ansvar og behandlingens lengde: Er ruslidelser kroniske? I hvilken grad er staten ansvarlig for innbyggernes helse? Hvor går grensen mellom det en omtaler som behandling og ettervern? For brukerne og deres pårørende utgjør forventninger om bedring nøkkelen til motivasjon, håp og symptomlindring.

Recovery beskrives i forskningslitteraturen som en ikke-linjær prosess uten endepunkt, som ikke forutsetter brukerens avholdenhet. «There are many paths to recovery. People will choose their pathway based on their cultural values, their socioeconomic status, their psychological and behavioral needs, and the nature of their substance use disorder» (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016). Et spørsmål jeg håper å kunne belyse i denne oppgaven er hvordan sykdomsbegrepet i rusomsorgen har påvirket pasientgruppens syn på egen bedring. Beskriver informantene egen avhengighet som kronisk? Brumoen hevder at det å få tildelt en rusdiagnose kan gjøre det lettere for brukerne å forsones seg med sin fortid, gir økt forståelse i nærmiljøet, genererer mer omsorg og kan redusere stigmaet som er knytt til ruslidelser (Brumoen, 2007).

«Selv om recovery først og fremst er personens egen prosess og arbeidsinnsats, er andre mennesker rundt og de sosiale betingelsene viktige» (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2014, s. 10). Askheim peker på «Hverdagslivet i lokalsamfunnet fremstår som nedslagsfelt for recovery-arbeid» der de strukturelle og kontekstuelle faktorer til bedring kan spille en like sentral rolle som selve behandlingstiltaket (2016, s.197). Innen recoveryforskningen fremstår sosial støtte som en buffer som kan ha en direkte sykdomsforebyggende effekt.

Brukerundersøkelser indikerer at bedret helse og opplevd økt livskvalitet påvirker stress og tilbakefallsraten hos brukerne (Laudet, 2013). En ser også at en opplevd tilfriskning fra ruslidelser utløser det Laudet beskriver som en dramatisk forbedring i livskvalitet og på områder som «healthier/better financial and family life, higher civic engagement, dramatic decreases in public health and safety risks, and significant

increases in employment and work» (Laudet, 2013, s.1). I denne studien pekte funnene på at brukernes opplevelse av bedring økte i takt med brukernes med tid og at «Life keeps getting better as recovery progresses» (2013, s.2). At komorbide lidelser spiller inn på overskudd, mestringstillit og livskvalitet indikerer at det for mange brukere kan være viktig å motta kvalifisert helsehjelp tidlig i behandlingsforløpet.

2.2 Begrepsavklaringer

Begrepene vi bruker utgjør en meningsbærende kjerne i hvordan vi tenker og kommuniserer vår verden, der teorien utgjør en forklaring av det vi observerer og erfarer (Kvalsund, 2017). Rusterminologien og innholdet i de nye fagtermene er en sentral del av rusdebatten, der mellom annet et komplekst avhengighetsbegrep blir kritisert for ikke å være dekkende (Shaffer, 1997; Fekjær, 2007; Reinås, s.a).

Avhengighet som begrep og sykdom

Bruken av ordet avhengighet rører ved sentrale deler av arv-miljø debatten som tidligere har dominert rusforskningen og synet på hva som er årsaken til at brukere har vansker med å velge et rusfritt liv. Begrepet legger føringer for håp, motivasjon og mestring -«nær sagt alle felt av menneskelig atferd, og det stiller grunnleggende spørsmål om vår frihet» (Brumoen, 2007, s.261).

Den internasjonale sykdomsklassifikasjonen (icd-10) diagnostiserer avhengighetssyndrom på bakgrunn av om tre eller flere av følgende seks kriterier inntreffer over et gitt tidsrom: 1) Sterk lyst el tvang. 2) Manglende kontroll på innledning, avslutning og mengde. 3)Fysiologisk abstinensstilstand når rusbruken har opphørt, som eventuelt fører til ny bruk for å lindre. 4) Toleranseutvikling. 5) Likegyldighet overfor andre gleder eller interesser. 6) Opprettholdelse av bruken tiltros for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser.

Det skilles videre mellom skadelig bruk og avhengighet av rusmidler. Skillet går her ved om bruken gir fysiske og/eller psykologiske skader, eller om den faller inn under deres definisjon av avhengighet: «et spektrum av fysiologiske, adferdsmessige og kognitive fenomen der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn atferd som tidligere var av stor verdi (ICD-10:73, i Lossius, 2011, s. 24)».

Helsevesenet bruker begrepet avhengighet kun om « vedkommende er styrt, dvs. at han ikke makter å kontrollere bruken på tross av åpenbare tegn på skadelige konsekvenser» (Brumoen 2007, s.36). Rusforsker Hans Olav Fekjær mener dette blir upresist og at sykdomsforløpet er mer preget av ambivalens enn tvang. Han advarer mot å definere avhengighetsbegrepet for vidt, og han spør seg om vi sykeliggjør motsetningsforholdet mellom holdning og handling av sympati til brukergruppen (Fekjær, 2007).

Begrepet ettervern

I retningslinjene fra Helsedirektoratet åpner en for å utarbeide «en mer ensartet benevnelse» på tjenestene som ytes innenfor rammene av kommune og spesialisthelsetjeneste, da en opplever at disse «brukes om hverandre uten et omforent meningsinnhold (omsorg, behandling, ettervern o.l.)» (Helsedirektoratet, 2014). I denne studien brukes «ettervern» om oppfølgingstiden etter utskrivning fra døgnopphold i tverrfaglig spesialisert behandling. I denne oppfølgingstiden er målet «å støtte opp om en gradvis tilpasning og tilbakeføring til vanlig yrkesliv og en selvstendig hverdag» («ettervern», s.a.). I en studie fra Agder fremkom det at kommunene tolket ordet ettervern ulikt, og at de heller brukte ord som «oppfølging, prosessjobbing, individuelle samtaler, bo team, ansvarsgruppe og individuell plan» når de omtalte ruspasientens tilbud i kommunene. Studien stiller seg spørrende til om en uklar definisjon av det kommunale ettervernstilbudet kan virke negativt inn på brukernes møte med tjenestetilbudet, i en tid der « Ettervern har vist seg å være viktigere og viktigere. Det er ikke vanskelig å bli rusfri, det er det å leve rusfritt som er vanskelig» (Andreassen, et al., 2009, s. 31). Ordet ettervern er på mange måter verdiladet, i møte med sektoroverskridende- og helsefremmende tiltak som i mange tilfeller er direkte knyttet til å redusere lidelsestrykket hos pasienten. RIO (rusmisbrukernes interesse organisasjon) mener en i større grad bør se på tiltakene etter utskrivning som behandling, og at begrepene som brukes i dag er med på å opprettholde en todeling i hjelpeapparatet som de mener er uheldig. Begrepsmessig kan en få inntrykk av at en som pasient i helsevesenet er «frisk» og «ferdig behandlet» ved utskrivning, med et påfølgende ettervern som er tilstede for å opprettholde resultatene av behandlingen og for å forhindre tilbakefall.

I denne studien brukes begrepene rusfeltet, rusomsorgen og tverrfaglig spesialisert behandling (omtales heretter som TSB) for å forsøke å skissere grenser for støttetiltakene. De to første benyttes om hele det profesjonelle hjelpeapparatet rundt brukeren, TSB brukes om døgnbehandling innen spesialisthelsetjenesten slik det omtales i studiens del 1.2.

Omliggende terminologi

Askheim (2016) oppgir at han opplever deler av recovery-perspektivet som uavklart, og tett knytt til myndiggjøring (empowerment). Han viser her til en mye sitert beskrivelse fra Helsedirektoratets veileder i psykisk helsearbeid der recovery omtales som «myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv» (2016, s.195). Når det kommer til de to ulike perspektivene opplever han at recovery som forskningsperspektiv i liten grad adresserer systemorienterte bakenforliggende maktforhold som avmakt og marginalisering. Verdens helseorganisasjon definerer myndiggjøring som en prosess der «mennesker får økt kontroll over beslutninger og handlinger som virker inn på deres helse»(Who.int).

Mestringbegrepet viser til hvordan en person håndterer «stress, påkjenninger, kriser eller sykdom slik at ein kjem seg vidare på ein god nok måte. Det handlar om å ta i bruk dei ressursane som ein rår over for å betre situasjonen» (Heggen, 2010, s.64). Begrepet brukes som recoverybegrepet om både mål og prosess, der en ser for seg at en beveger seg på en skala fra svak mestring til en gradvis bedring. En person sin mestringsevne handler om individets «tilgang til ressursar-til kunnskapar, ferdigheiter, sosiale ressurser, hjelparar eller utstyr, og evne til å utnytte desse», men ses oftes i et systemperspektiv der en ser at ens mestringsevne er vevd inn i sosiale nettverk og ideologiske strukturer som omhandler «makt som den einskilde har eller ikkje har tilgang til for å styrke sin situasjon» (Heggen, 2010, s.64-65). Studier av ruspasienters tro på egen mestring (self efficacy) viser at hvorvidt man tror man kan kontrollere egen utføring av en bestemt oppgave påvirker motivasjon, stresshåndtering og rusfrie perioders lengde (Bandura, 1977; Moos and Moos, 2006).

3 Valg av metode

Sosiale fenomener studeres og forstås best i sin naturlige kontekst, uavhengig av om en velger å observere, telle eller spørre sine informanter. I en metasyntese bruker en andre forskere sin empiri for å belyse egne forskningsspørsmål, ved å tolke funn fra ulike studier opp mot hverandre. De 9 kvalitative studiene som danner grunnlaget for denne studien tar utgangspunkt i 335 ruspasienters erfaringer med hva som hjelper og deres opplevelse av egen rusmestring.

I statistisk summering av kvantitative studier (metaanalyser) har funn fra sammenlignbare studier blitt brukt til å bygge evidens og for å øke vår kunnskap om årsak-virkning forhold. I den kvalitative metasyntesen summeres ikke de ulike funnene på samme måte, men en trekker «slutninger fra det enkeltstående til det allmenne med fokus på subjektivitet, både når vi samler inn data og i fortolkning og analyse» (Malterud, 2017, s. 17). Slik kan en gjennom en fortolkende analyse av primærstudiene gi økt fokus på bakenforliggende diskurser, innhold og empirisk variasjon.

I en tid med rusreform vil mening og ideologiske konstruksjoner slå rot i fagtermer og måten språket former vår sosiale verden. Ved å se på flere skandinaviske forskningsrapporter i en metasyntese, håper jeg å få innblikk i hvordan rusmestring beskrives i møte mellom informanter og forskere, og om brukernes årsaksforklaring av egen problematikk kan tenkes å påvirke deres opplevelse av mestring.

3.1 Vitenskapsteoretiske utgangspunkt

Innen sekundærforskning er det epistemologiske skillet mellom kunnskapsinnhenting og kunnskapsproduksjon grunnleggende (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 69). Premissene for en metasyntese hviler på det sistnevnte, at en i møte med primærstudiene søker ny erkjennelse gjennom analyse og tolking. Her er vårt syn på sannhet, kunnskap, tolkning og menneskelig forståelse sentralt - kunnskap om samfunnsfenomen som rusavhengighet er kontekstuell og skapt i møte mellom mennesker, ikke et universelt råstoff en kan forske frem.

Primærstudiene som utgjør empirien i denne metasyntesen er bygget på informantenes subjektive opplevelser og erfaringer. De ulike historiene om mestring er fortalt av de som har opplevd dem, de er sanne og de er en rik kilde til kunnskap. Brukerorganisasjonene opplever likevel «at brukererfaringer lett forenkles eller patalogiseres, og at brukerperspektivet

domineres av profesjonell og akademisk makt» (Borg, 2009, s.4). I en brytningstid preget av reformer, kunnskapsbasert praksis og redefinering av feltets aktører er det derfor ekstra nyttig å kunne dvele ved hva vi mener med kunnskap.

Kunnskap kan defineres som en begrunnet sann oppfatning («kunnskap», s.a.). En definisjon som åpner for at all informasjon kombinert med erfaring, tolkning og refleksjon kan likestilles som kunnskap. Spørsmålet her blir hva en anser som sant og hvilke krav en skal stille til måten en begrunner kunnskap. Sett med vitenskapsteoretiske øyne er det her i grensen mellom hva en kan kategorisere som sann viten og hva som kvalifiserer til vitenskap en finner de største uenighetene. Kritikken mot metasyntesen er at distansen mellom forsker og feltet en studerer blir for stor, og at verdifull kunnskap går tapt når en inntar en tilskuerposisjon i møte med mennesket som studieobjekt. Nyanser og grunnleggende uenigheter i måten en tilnærmer seg kunnskapsproduksjon på gjør at jeg innledningsvis velger å gå nærmere inn på studiens hermeneutisk fenomenologiske tilnærming til analyse.

3.2 Den hermeneutisk fenomenologiske metasyntesen

Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). I denne studien undersøkes rusmestring som fenomen, med en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming som tolker allerede publiserte forskningsfunn i lys av en ny problemstilling. I den positivistiske tradisjonen er kunnskap noe som øker og forbedrer seg, mens en innen hermeneutisk forskning opplever forståelse som et samspill mellom forforståelse og ny viten som aldri ender og som ikke starter fra et nullpunkt. Hanne Tuntland beskriver dette skillet som skillet mellom aggregerte og fortolkende synteser. I aggregerte synteser samles og oppsummeres data om et sammenlignbart fenomen, mens fortolkende synteser ønsker «å formidle en presis tolkning av et fenomen og å sammenligne og kontrastere de individuelle studiene for å oppnå enighet om en ny konstruksjon av fenomenet» (Tuntland, 2009, s.5).

Denne formen for kunnskapsforståelse er vanlig å beskrive som en hermeneutisk sirkelformet prosess der helheten virker på delene, og delene virker tilbake på helheten. Vi befinner oss slik «alltid i en eller annen sammenheng av eksisterende kunnskap og forståelse» (Malterud, 2017,s.17-18).

I en metasyntese har en flere lag med tolkning og forståelse, der en som forsker må forholde seg til at den sosiale virkeligheten en er satt til å fortolke alt er fortolket. En har informantenes tolkning av egen hverdag, som tolkes av forskerne bak primærstudiene før en i metasyntesen vurderer disse i lys av en ny problemstilling. Faren her er at fortolkningene blir så distanserte og abstrakte at verdifull kunnskap går tapt, informantene føler seg feiltolket og at en mister den dybdeforståelsen som kjennetegner kvalitativ forskning.

3.3 Metaetnografi som empirisk grunnlag

Forskningsspørsmål, formålet ved studien og erkjennelsesteoretisk ståsted er alltid førende for metodiske valg som omhandler analyse (Saini & Shlonsky, 2014; Berg & Munthe-Kaas, 2013). I denne studien legger min tidligere analyseerfaring og størrelsen på undersøkelsen også rammer for valg av analyseform. Ønsket om å ivareta primærstudienes kvalitative egenart, metaetnografis blikk for det kvalitative og kontekstuelle har sammen med godt utarbeidde retningslinjer for analyse gjort til at det ble valgt en metaetnografisk tilnærming til denne studien

Måten en benytter kvalitative studier som empiri i en metastudie er fortsatt under utvikling, og er en sentral del av metoddebatten. Flere forskere har pekt på et kategorisk skille mellom beskrivende, teoriforklarende og teoribyggende metasynteser. Skillet er imidlertid ikke absolutt ifølge Finfgeld som peker på at en ofte ser element av alle tre i en studie og at det å plassere enkeltstudier etter disse tre kategoriene fremstår som vanskelig ettersom «they are complementary and overlap» (Berg & Munte-Kaas, 2013; Finfgeld, 2003; Noblit & Hare, 1988; Schreiber et al., 1997; Tuntland, 2009). Skulle jeg plassere min egen studie hadde jeg valgt å beskrive den som teoriforklarende. Min opplevelse er at recoveryforskning som tar utgangspunkt i ruspasientens mestringsopplevelse reiser flere spennende spørsmål, som kan forklares og perspektivers på en ny måte gjennom denne formen for forskningssyntese.

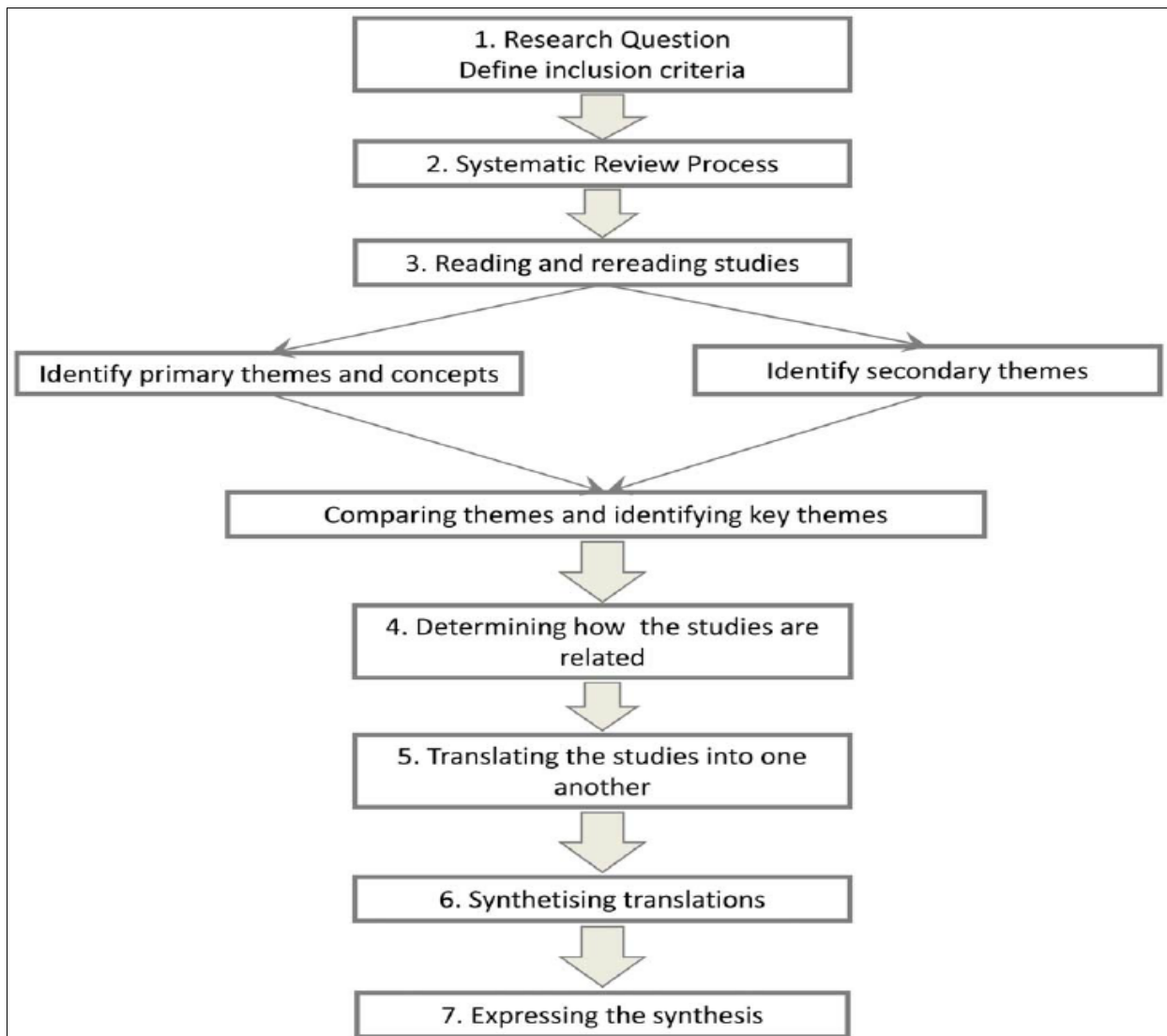
Metaetnografi er et middel og ikke et mål når en velger å «oversette» funnene fra de ulike primærstudiene til hverandre, der fokuset er rettet mot det å konstruere «interpretations, not analyses» (Noblit & Hare, 1998, s.11; Malterud, 2017). Med dette ønsker metaetnografis grunnleggere å understreke at all syntese er tolking og at en syntese gir mening til primærstudiene slik en etnograf tolker kultur (Noblit & Hare, 1998, s.7-17). 30 år etter at metoden ble lansert er det flere forskere på feltet som opplever det som vanskelig å

argumentere for bruken av ordet etnografi i denne typen studier. Malterud anbefaler eksempelvis at en heller tar med seg «de viktigste prinsippene fra Noblit og Hare enn å argumentere for at dette skal være etnografi i dagens betydning» (2017, s.85).

Malterud skiller mellom ulike former for kvalitative metastudier der metaetnografien oppgis å være utgangspunktet for all metasyntese, den best utviklede og den mest brukte. Hun går videre inn på 3 andre retninger som alle har etnografiske trekk, men som tilnærmer seg metoden på en annen måte enn Noblit og Hare. «Critical interpretive synthesis» åpner eksempelvis for å inkludere både kvalitative og kvantitative studier i en syntese, samt for å inkludere et betydelig høyere antall studier i en syntese enn det som blir anbefalt av Noblit & Hare. Denne formen for syntese anbefaler et utvalg basert på stor bredde og variasjon, som åpner for at en kan stille kritiske spørsmål til antakelser vi tar for gitt i møte med temaet vi studerer. Fremgangsmåten for hvordan en utfører denne typen syntese og hvordan en best håndterer store utvalg med stor tematisk bredde er i liten grad spesifisert (Dixon-Woods , Sutton, Shaw, Miller, Smith , Young, Bonas, Booth, Jones 2007). En tematisk tilnærming til syntesen ved å se på likheter mellom primærstudiene induktivt, deduktivt eller i lys av teori er også en mulighet (Thomas & Harden, 2008). Det er også utviklet en realist syntese (realist review) som en motvekt mot Cochrane-tradisjonens systematiske oversikter. Her er årsaksteorier den sentrale analyseenheten, med et utvidet fokus på kontekst og kompleksitet. Her spør en ikke om noe virker eller ei, men ut fra et tilnærmet «strategisk utvalg» undersøker en hva som virker for hvem og når (Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G. & Walshe, K, 2005).

Som empirisk grunnlag er Noblit og Hare sin tilnærming til syntese valgt for best å kunne bevare primærstudienes kvalitative tilnærming til feltet. Målet med den induktive metaetnografien er å kunne gjennomføre en tolkende sammenlikning av primærstudiene der deres helhet og særegenhet ivaretas og der «multiple perspectives promise us a richer and deeper understanding of our craft and our world» (Noblit & Hare, 1998, s.82).

Analysestrategi i syv trinn



Figur 1: Metaetnografiens 7 trinn.

(Noblit & Hare, 1988; Royo, Villavicencio-Chávez, Tomás-Sábado, Mahtani & Balaguer, 2012)

Metaetnografi blir beskrevet som en syv trinns strategi, der målet er «å produsere en ny og integrert forståelse av funnene som går ut over den forståelsen som fremgår i de individuelle studiene» (Berg & Munte-Kaas, 2013, s. 133). De syv trinnene «overlap and repeat as the synthesis proceeds», og har mye til felles med andre former for fortolkende analyse (Noblit & Hare, 1988, s.26).

Steg en omfatter det innledende arbeidet med å komme i gang med litteratursøk, å lage en søkestrategi, å skissere en fremdriftsplan og å formulere studiens forskningsspørsmål. Her dannes grunnlaget for studiens validitet (Bondas & Hall, 2007,s.117). I utarbeidingen av en

søkestrategi ble Høyskolebiblioteket i Volda kontaktet gjentatte ganger for uvurderlig hjelp i valg av søkeord, bruk av ulike databaser og tilgang til forskningsrapporter som ellers ikke ville vært tilgjengelig for meg. Her fikk jeg også innføring i hvordan en under litteratursøk kan snevre inn søk ved bruk av MASH termer og å filtrere ut studier uten fagfelleevaluering. I metodelitteraturen blir en oppfordret til å starte søkene sine så bredt at en er sikker på at det rommer feltet og fenomenet en ønsker å studere (Malterud, 2013, s.166). I denne studien var tilbakemeldinger fra forskere på feltet og databasesøkene at det ikke hadde blitt gjennomført nok norske fagfellevurderte studier på tematikken til å gjennomføre en metasyntese.

Hvilke og hvor mange studier en bør inkludere i en metasyntese beror på hvilket forskningsspørsmål som skal belyses. Noen foretrekker å velge ut artikler som imøtekommer en viss metodologi som fenomenologi eller etnografi, noen søker å oppnå en viss "metning" innen tematikken og noen ønsker et høyest mulig antall studier med tanke på mulighetene for teoriutvikling (Dixon-Woods, Sutton, Shaw, Miller, Smith, Young, Bonas, Booth & Jones, 2007). De siste årene har det blitt gjennomført metasynteser med alt fra 3 til 292 inkluderte primærstudier, men 10-12 artikler har blitt anbefalt som en norm da et for stort antall kan vanskeliggjøre dype analyser (Bondas & Hall, 2007; Finfgeld, 2003). Når det kommer til hvilke studier som bør inkluderes er meta-etnografien tydelig på at det beror på studiens forskning design, og introduserer tre alternativ. 1) En kan velge «beslektede» studier som ved en sammenligning gir overordnede metaforer eller konsept som binder primærstudiene sammen tematisk (Reciprocal syntese). 2) Man kan velge å sette sammen primærstudier som lar en utforske og forklare motsetninger innen tematikken (Refutual syntese). 3) En kan velge studier en setter sammen for å skape et bilde av en kulturell eller organisatorisk helhet («Line-of-argument» syntese). I denne studien har jeg valgt det sistnevnte.

I steg to tar en stilling til utvalg og generaliseringssspørsmål ved å justere studiens inkluderings- og ekskluderingskriterier underveis i søkeprosessen. Mangelen på treff i databasene gjorde at studiens inkluderingskriterier ble revurdert i lys av problemstillingen: Hva har det å si for studien at en eksempelvis utvider søket geografisk, til å inkludere studier gjennomført i de Skandinaviske landene? Et prøvesøk viste at det unektelig gav flere treff, og at landene ruspolitisk har vært gjennom mange av de samme diskursene. Den ruspolitiske satsingen og oppbyggingen av hjelpeapparatene i Skandinavia har likevel sine forskjeller, noe som har gjort at spørsmålet om validitet måtte veies opp mot viktigheten av en rikere empiri. Kontekst er sentralt i enhver kvalitativ studie og på mange måter gjør konteksten her

informantene til sentrale tidsvitner i en tid preget av ruspolitisk reform. Å sammenligne studiene på tvers av nasjonalitet har vært utfordrende og tidkrevende, men valget om å inkludere studier fra tematisk sammenlignbare land har gitt utvalget mer dybde og bredde.

Inkluderingskriteriene ble i steg 2 justert til:

Fagfellevurderte kvalitative studier utgitt i tidsrommet 1.1.2004 - 1.8.2017. Det var også et krav at studiene skulle ha et tydelig brukerperspektiv, og kunne belyse studiens problemstilling. Studier som omhandler andre former for avhengighet enn de som er knyttet til inntak av alkohol eller narkotiske substanser er valgt bort. Forsknings spørsmål og inkluderingskriterier har blitt justert underveis for å optimalisere søket (Bondas & Hall, 2007, s. 117). Geografiske rammer har blitt utforsket, sammen med mulighetene for å snevre inn studien etter primærstudienes metode, kjønn eller det å inkludere kun studier som omhandlet skadelig bruk av alkohol.

Litteratursøket er gjort i databasene: BibSys, Oria, Google Scholar, ScienceDirect, Cinahl, PsykINFO, Medline og Cristin (Se tabell 1).

Følgende søkeord med ulike kombinasjoner er brukt: Narkotika, alkohol, rus, oppfølging, ettervern, rusbehandling, empowerment, avhengighet, coping, brukererfaring, drogmisbruk, attitudes, droger, drugs, substance abuse, rehabilitation, mestringstillitt, treatment, aftercare, posttreatment, addiction, change, endring, recovery, mestring, lengde, sykdom, tilbakefall og relapse. Søkestrategier er forsøkt tilpasset de ulike databasene og tilpasset språkene: Engelsk, dansk, norsk og svensk.

Database	Søkeord	Funn	Kommentar
PubMed	#Recovery og #addiction, sammen med geografiske avgrensinger: Denmark – gir 11 treff. Norway – gir 35 treff Sweden – gir 14 treff Scandinavia – gir 14 treff	En stor og mye brukt database som med et tastetrykk lot en utforske «lignende studier» ved funn av en inkludert studie. Studie 1 og 9 ble funnet	Dato: Gjentatte søk i perioden 1. januar 2017 til 1 september 2017.

		ved hjelp av denne søkemotoren.	
Oria	<p>Søkeord i ulike kombinasjoner gir rikt med treff, og sorteres for å imøtekomme inkluderings- og ekskluderingskriterier.</p> <p>Rus* gir eksempelvis 735505, derav 351929 som er listet som fagfellevurderte. #Drug kombinert med #recovery gir 99103 fagfellevurderte treff. Kombinerer en de to med #first-person gav det 1469 treff.</p>	<p>Oria gav rikt med treff og muligheten til å utforske studier etter eksempelvis fagfellevurdering, utfra aktuelle studiers kildehenvisninger og etter hvem som har sitert en gitt forskningsrapport. Studie 6 ble funnet ved hjelp av denne søkemotoren.</p> <p>Et søk på navnene bak studie 9, gav studie 7 og 8 av den danske forskeren Ditte Andersen. Et søk på navnene bak studie 5, gir studie 4.</p>	Gjentatte søk i perioden 1. januar 2017 til 1 september 2017.
Chinal/ Helse- biblioteket	#pasienterfaringer gav 244 treff. #rusbehandling 101	<p>Internasjonal artikkelbase for helsefag, som utmerker seg innen kvalitativ forskning og stoff om pasienterfaringer.</p> <p>Funn: Studie 2</p>	
Cristin	Forskerne bak de norske studiene ble alle kryssjekket for lignende studier. De svenske og danske forskerne ble kryssjekket	Ingen funn som innfrir inkluderingskriteriene.	

	i Oria.		
Idunn	#107 treff på #rus kombinert med #ettervern. #Brukererfaring + #rus gir 29 treff, mens #ettervern i kombinasjon med #bruker erfaring gir 4 treff. Søk ble også utført på engelsk der #Addiction kombinert med #recovery gav 18 treff.	Ingen funn som innfrir inkluderingskriteriene.	
PsycInfo	#Recovery og #addiction gir 103 treff. #Drugabuse gir rikt med treff, og i kombinasjon med coping 5 treff. Coping alene gir 2376 treff, mens #coping og #drug gir 521. #coping # drug #addiction gir 173 treff, derav ingen som innfrir geografiske inkluderingskriterier.	Ingen som innfrir inkluderingskriteriene.	
SweMed+	Nevnte søkeord er forsøkt i ulike kombinasjoner, og forsøkt tilpasset svensk terminologi.	Nordisk database innen medisin og helsefag, gir studie 5.	
Google	Nevnte søkeord er forsøkt i ulike kombinasjoner.	Studie 3 blir omtalt i et intervju på nettstedet erfaringskompetanse.no. Ved å ta kontakt med forskerene bak studien, får vi tilsendt en lenke til en elektronisk utgave av forskningsrapporten. Studien er nå søkbar på søkemotoren Cristin.	

Tabell 1: Søkeresultat sortert etter databaser.

Etter å ha justert inkluderingskriteriene og funnet de to første studiene startet en periode med omfattende tilleggssøk der primærstudienes referanselister ledet til forskere som har fordypet seg på rusmestring. Det ble utført tilleggssøk på forfatterne av samtlige primærstudier i Oria, Google og Cristin. I metodelitteraturen advarer en mot at denne formen for intuitiv «snøballsøking» kan skape en uønsket skjevhet i materialet som gjør at en « ender opp med et kart av forskningslitteraturen som bekrefter våre egne forestillinger om hva som er gjeldene kunnskap på feltet» (Malterud, 2013, s. 166). For å unngå dette og for å styrke validiteten i søkene velger mange forskere å jobbe i grupper når det utarbeides metasynteser, noe som av kapasitetshensyn ikke har vært mulig i denne metasyntesen. Det at Ditte Andersen står bak tre av ni primærstudier og at studie 4 og 5 er utført av samme forskerpar kan i denne undersøkelsen tenkes å ha påvirket syntesen. Jeg merket også at det i denne studien tidlig meldte seg en draging mot studier knytt til dobbeltdiagnoser og Marit Borg, noe som ubevisst førte til at studier fra eksempelvis AA-tradisjonen ikke ble representert. Dette er forsøkt balansert ved senere søk.

Steg 3 handler om nærlesing av studiene for å vurdere relevans, kvalitet og for å skaffe seg en tematisk oversikt. I denne studien har bruken av matriser som analyseredskap vist seg nyttig både for å vurdere relevans, kvalitet og tematikk (Malterud, 2017, s.79). Kvalitetsvurderingen av studiene hviler i stor grad på fagfelle vurderingen. Studiene er også nærlest med tanke på geografisk kontekst, valg av informanter, eventuelle styrker-svakheter, at de oppfyller inkluderingskriteriene og har gjennomgått en CASP- vurdering (Critical Appraisal Skills Program, 2017) der de er validerte etter tre hovedspørsmål: 1)Hvordan er studiens gyldighet? 2)Hva oppgis som resultat? 3) Er resultatene nyttige? I systematiske oversikter er det ikke uvanlig å benytte seg av standardiserte vurderingsskjema for å danne seg et overblikk over forskningsfeltet. I denne studien opplevde jeg CASP-vurderingen som et tidkrevende og nyttig verktøy, som på en god måte kunne supplere tematiske matriser.

Tematisk vurdering av studiene ble gjort ved at funnene og hovedtema for hver studie ble identifisert, ved å markere kjernen i teksten (resultatene) med gul markeringstusj etter modell fra Kirsti Malterud. De ulike tekstbitene ble så ført inn i en matrise, som lettet oversikten og det videre arbeidet med analysen. I matrisen vurderes det hvordan de ulike studiene og tekstbitene er beslektet med hverandre. Her identifiseres fellestrekk på tvers av primærstudiene og en utforsker eventuelle sammenhenger mellom tekstbitene en har ført inn i matrisen. Ved bruk av en elektronisk matrise kan en enkelt justere rekkefølgen og synliggjøre

eventuelle kontraster mellom de ulike kolonnene. Malterud anbefaler at en lagrer ulike versjoner av denne matrisen med dato, og at en konsentrerer seg om tekstbiter som inneholder ord og uttrykk som kan fungere som bærekraftige metaforer for syntesen. I denne fasen av metaethnografien minner opplever jeg at analysearbeidet minner om måten en tenker analyse under en systematisk tekstkondensering (Malterud, 2013, s.96).

I artikkelen «Metasynthesis and Bricolage: An Artistic Exercise of Creating a Collage of Meaning» sammenliknes denne fasen med måten en kunstner lekent setter sammen de ulike delene av et lappeteppe. Måten en pusler ulike bruddstykker sammen krever kreativitet og intuisjon, gjennom en «analytic and playful back-and-forth process» (Kinn, Holgersen, Ekeland & Davidson, 2016, s. 1286-1291).

Steg fire går over i steg fem ved at en på dette trinnet i økende grad har fokus på å oversette studiene til hverandre. I en metasyntese er det tolkningene til forskerne bak primærstudiene som utgjør datagrunnlaget for analysen (andreordens tolkninger), i form av tekstbiter med sentrale nøkkelbegrep som jeg mener belyser min tematikk.

I denne studien er dette gjort i en elektronisk matrise, der empirien (primærstudiene) ble fortolket i lys av metasyntesens forskningsspørsmål og teorikapittel. I matrisen ble konsept fra primærstudiene og andreordens tolkninger bearbeidet og organisert til en form der de blir tilgjengelige for analyse (Malterud, 2017, s.79). Her ble de ni studiene tildelt hver sin kolonne, og radene organisert etter studiens forskningsspørsmål. For å lette oversikten ble det tilføyd to kolonner til, en for «studiens hovedfunn» og en for «sentrale kjennetein ved studien». Analysefasen beskrives av Malterud som «Systematisk gjennomgang og organisering av resultattekst med beslektede tema og metaforer på tvers av studiene i de horisontale radene i matrisen, med vekt på likheter og forskjeller i begrepsbruk»(Malterud, 2017, s.79). I Malteruds tilnærming til metaetnografi beskrives dette som en «oversettelse» basert på en nyansert sammenlikning av kolonnenes meningsinnhold. Til hjelp i oversettelsen ble tekstbiter og nøkkelord sortert etter farge i den elektroniske matrisen, før de ble forsøkt ordnet i grupper. I denne studien viste matrisen at de ulike primærstudiene belyste problemstillingen i ulik grad og med ulike fokus, men ikke i en slik grad at dette ble vurdert som ødeleggende for analysen.

I analysedelen ser en nærmere på grupperingene som har dannet seg i matrisen, som etter oversettelsen «dekker alle tema og metaforer i form av et nytt uttrykk som gir en original og

selvstendig forståelse av funnene» (Malterud, 2017, s.79). Denne studien gav tre grupperinger: Livskvalitet, prosess og relasjoner.

Avslutningsvis i trinn 7 skal det organiserte datamaterialet fortolkes, sammenfattes og formidles på en leservennlig måte som ivaretar integriteten til primærstudiene. Som i andre kvalitative analyser er det å sette ord på funn og egne tolkninger en viktig og krevende del av analyseprosessen. I en britisk artikkel om metaetnografiske synteser beskrives dette som en metodisk uklarhet «In the same way that it is often difficult to explain exactly how qualitative analysis is actually done, this stage of the synthesis cannot be reduced to a set of mechanistic tasks» (Britten et al., 2002, s. 211). For å øke validiteten ser en at flere av forskerne på feltet etterspør en tydeligere beskrivelse av hvordan en best formidler og gjennomfører syntesen (Kinn et al., 2013, s.1287). Bruken av matriser som anbefalt av Malterud er et eksempel på hvordan en med utgangspunkt i metaetnografien tilbyr en form for manualbasert gjennomføring av de siste stegene i Nobelit og Hares 7 trinns syntese. Nobelit og Hare er slik jeg tolker dem tydelige på at deres syntese handler om tolkning av kultur, og at metaetnografien er en av flere måter en kan foreta en metastudie.

At analysen skal danne grunnlaget for en syntese tolker jeg slik at funnene fra de ni primærstudiene tolkes til “en helhet”. Ordet syntese brukes slik om den prosessen hvor man sammensetter bruddstykker av viten og derved kommer frem til en ny erkjennelse eller om resultatet av samme prosess. I metaetnografien forstås syntesen som en tolkende tilnærming der «synthesis can be used to refer to all efforts to relate knowledge, including previously unrelated or contradictory knowledge, and to show it is relevant to a specific situation or topic» (Noblit & Hare, 1988, s. 16). Slik omformes kunnskapen og funnene fra primærstudiene i møte med teori og nye forskningsspørsmål, til «en helhet» gjennom mine tolkninger.

3.4 Refleksjoner rundt forskningsopplegget

Slik jeg ser det berører studiens kvalitative forskningsspørsmål en sårbar informantgruppe i deres møte med en skambelagt lidelse. Med min begrensede tidsramme og erfaring, har det å hente empiri fra andre kvalifiserte forskere fremstått som nødvendig og spennende. Måten de enkelte primærstudiene tematiserer ettervern, rusmestring, aktørens forventning om bedring, og rusidentitet snakker for seg selv – Ved å benytte de i møte med mine forskningsspørsmål håper jeg å kunne aktualisere de ulike studiene og å belyse nye diskurser.

I arbeidet med metasyntesen har det å avslutte søket etter studier vært utfordrende. Søkeprosessen har vært spennende og krevende, spesielt i de svenske og danske databasene. At det å få tilgang til de studiene jeg har vært på utkikk etter skulle vise seg å være tidkrevende selv med utvidet studenttilgang, kursing i bruk av databasene og hjelp fra en bibliotekar overrasket meg. For selv om forskning ofte er finansiert av offentlige midler viser det seg at den imidlertid ikke alltid er gratis eller lett tilgjengelig for det praksisfeltet den er tenkt å berike (Grønli, 2003).

Validitet og reliabilitet

Det har blitt stilt spørsmål ved validiteten til metasyntesen, og ved hvorfor en velger å slå sammen funn fra kvalitative studier. Kvalitativ forskning kjennetegnes av nære dype analyser og sine «tykke beskrivelser» av sosiale mønstre, noe mange mener blir borte om en bruker primærstudiene utenfor deres kontekst. At en i en metasyntese ikke har tilgang til informantenes beskrivelser av egen livssituasjon (rådata), setter tydelige rammer for kunnskapsproduksjon og hvorvidt funnene i en metasyntese kan generaliseres. Dette innebærer eksempelvis at informantene blir fratatt sin mulighet til å verifisere studiens funn, og en økt sjanse for feiltolkning av en kontekstsensitiv virkelighet.

Validiteten i en metasyntese er knytt til forskerens refleksivitet rundt egne tolkninger og egen tilstedeværelse i studien, der «a meta-ethnographic synthesis reveals as much about the perspective of the synthesizer as it does about the substance of the synthesis (Noblit & Hare, 1988, s. 14)». Flere forskere reagerer på det de oppfatter som tankegods fra den kvantitative meta-analysen, og at en i metasyntesen velger bort det særegne i de kvalitative primærstudiene til fordel for det som tolkes som validitet:

By its very nature and purposes, qualitative research appears resistant to, and endangered by, efforts to synthesize studies. Just as it goes against the nature of poetry

to attempt to summarize even one poem about love, so it seems both epistemologically and ethically inappropriate to attempt to summarize findings from one or more qualitative studies about human experiences of health and illness (Sandelowski, Docherty & Emden, 1997, s. 366).

Av validitetshensyn anbefaler en at metasynteser gjennomføres av flere forskere, og at en søker bibliotekfaglig støtte i søkeprosessen. Malterud (2017) anbefaler at en avslutter studien om en oppdager at en «ikke har tilstrekkelig bærekraftige data som inngående evidens» eller nok erfaring som forsker til å gjennomføre en tilstrekkelig systematisk «vurdering, uttrekk, analyse og syntese av data». Nå finnes det ingen standardisert måte for gjennomføring av denne typen studier, og kvaliteten på en metasyntese vurderes slik jeg ser den ut fra hvor godt den belyser problemstillingen. Selv har jeg som uerfaren forsker vert alene om analysearbeidet, noe som trolig har påvirket både funn og validitet. Jeg har etterstrebet å bevare primærstudienes egenart og integritet, i møte med ni ulike studier. Noen av studiene er brukt mer enn andre, da jeg opplevde at de så tematikken fra ulike vinkler. At studiene er hentet fra ulike land og at forskningsrapportene er på ulike språk, kan ha påvirket mine tolkninger og min kontekstuelle forståelse. Å kommunisere syntesen i tekst har vert krevende, noe som har gjort meg nysgjerrig på Nobelit og Hare sin oppfordring til «experimentation with various media, much as the British anthropologists are experimenting with film» (1988, s.77). At en åpner for bruk av drama og video som verktøy i syntesen sier noe om metodens spennvidde og metaetnografiens målsetning - fortolkning av kultur.

Spørsmål om studiens reliabilitet beror slik på i hvilken grad en makter å kommunisere syntesen, fagfellevurderingene, om en som forsker er bevisst egen tilstedeværelse i studien og om tolkningene «enrich human discourse» (Nobelit & Hare, 1988, s. 80; Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2011).

Forskerrollen

Innen kvalitativ forskning er spørsmålet om forskerens deltakelse en sentral del av debatten rundt objektivitet og validitet. Her blir metasyntesen kritisert for å imøtekomme myten om den distanserte nøytrale forskerrollen, på en måte som frarøver både informanter og forskerne bak primærstudiene sin del i kunnskapsproduksjonen. Ved å studere kultur uten å oppsøke kulturen, reises det spørsmål ved om den analytiske distansen blir for stor og ved om en som forsker ikke anerkjenner andres subjektstatus. Innen sosiologien advarer en mot en distanse som gjør forskeren til en «overmodig» objektiverende tilskuer til sosialt liv. En peker på at det

alt asymmetriske maktforholdet mellom forsker og informant under en metasyntese økes på en måte som kan påvirke funnenes validitet (Kinn, Holgersen, Ekeland & Davidson, 2013; Holst, u.å).

Selv har jeg forsøkt å forstå enkeltmenneskets opplevelse av rusmestring i sammenheng med det samfunnet de er en del av og diskursene som omgir oss. Underveis ser jeg at den overnevnte kritikken nok er berettiget, og jeg utelukker ikke at den metodiske rammen for studien til dels kan ha skygget for brukernes uttalelser. Med dette mener jeg ikke at 335 informanternes historie er mer sann enn 1, eller at fenomenene jeg ønsker å belyse har til mål å predikere mestringsadferd. Jeg mener at brukerstemmen belyses i primærstudiene, og at målet med å gjøre en ny analyse av disse studienes rådata er å oppnå andre svar og en annen form for perspektivering.

Etikk

I studier som berører sensitive forskningstema har jeg som forsker et særlig ansvar om forskningen kan tenkes å ha negative konsekvenser for informantene eller om funnene kan fremstå som truende (Dahl, 2012). I en metasyntese har en et ansvar for å bevare integriteten til forskerne bak primærstudiene og deres informanter, samtidig som en er ansvarlig for å opprettholde et tydelig skille mellom de ulike tolkningsnivåene og hvem som mener hva. Dette ansvaret følger en som forsker gjennom prosessen, der en ser at egne tolkninger av andres meningsproduksjon blir stående som uimotsagte sannheter. For informanter og forskere som opplever seg feiltolket kan det at deres uttalelser har blitt tatt ut av sin kontekst og til å støtte en syntese de ikke har tiltro til oppleves som et overgrep. En utvidet bevissthet rundt det asymmetriske maktforholdet mellom forsker og informant er derfor særlig viktig i studier knytt til sårbare grupper og sensitiv tematikk.

At en som forsker er bevist på hvordan en preger egen studie og tolker andres virklighet blir også spesielt viktig ettersom en ikke har tilgang til rådata.

4 Analyse

4.1 Presentasjon av primærstudier

I tabell 1 presenteres en oversikt over inkluderingskriterier, utvalg og hovedfunn i de ni artiklene som utgjør metasyntesens empiriske grunnlag. Det er i tabellen gitt ett kort sammendrag av studiens hovedfunn, som vil utdypes i analysen.

Studie 1 er skrevet av Trond Nordfjærn, Torbjørn Rundmo og Reidar Hole, med utgangspunkt i 13 norske ruspasienters opplevelse av behandling og bedring (recovery). De intervjuet pasienter som hadde fullført og droppet ut av behandlingen, der en mellom annet så at «Social relations to therapists and other patients in treatment are important for positive and negative experiences» og tilbakefall (2010, s.46).

Studie 2 ser på hva ruspasienter opplever som viktig innen norsk rusbehandling, og er gjennomført av Kari A. Dahle og Hilde H. Iversen for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 13 intervju viste at pasientenes behov og meninger ikke er ensartede, men at gode relasjoner og trygge rammer flere ganger ble fremhevet som viktige for pasientgruppen. Dette ble av forskerne bak studien tolket til at «Det er avgjørende at pasientene ikke opplever at de blir overlatt til seg selv etter at oppholdet er over, for mange er det her de virkelige prøvelsene starter» (2011, s.2).

I studie 3 intervjues 8 personer med samtidig rus og psykisk lidelse om deres opplevelse av tilfriskning (recovery). Eva Brekke, Lars Lien, Larry Davidson og Stian Biong fant her det de beskriver som «four dimensions of recovery: Feeling useful and accepted; coming to love oneself; mastering life; and emerging as a person» (2017, s 13).

I studie 4 og 5 undersøker Ninive Von Greiff og Lisa Skorgens svenske ruspasienters forandringsprosesser. Studiene bygger delvis på det samme utvalget, men studie 4 ser på endringen i et kjønnsperspektiv der utvalget er balansert for kjønn som variabel. I denne studien fant en at menn i større grad oppgir at de blir mer sensitive og endrer tankemønstre, mens kvinner beskriver bedret psykisk helse, overskudd og økt kontakt med sine barn som viktig (2017). I studie 5 ser en på hva som fremmer og hemmer bedring på ulike tidspunkt i forløpet, og konkluderer med «The variation of timing and severity for different factors

implies that it is very difficult to predict when a factor is important or not. This underlines the importance of treatment systems with a structure and a flexibility that enables supporting factors to be used when they are of importance for the individual client» (2012, s.195).

Studie 6 ser på hvordan nedskjæringene i den svenske rusomsorgen har påvirket brukernes opplevelse av hjelpen som gis. Bengt Svensson og Arne Kristiansen intervjuer her 45 brukere, der en konkluderer med at byråkratiske hensyn nå i større grad enn tidligere vektet over bruker- og fagkunnskap.

Danske Ditte Andersen undersøker i studie 7 ruspasienters bedring ut fra et identitetsperspektiv, der hun utforsker hvordan hjelpeapparatets «institutional storytelling» former våre forventninger om hva som er mulig og akseptert bedring. Intervjuene peker på at

(1) stories of change function locally as institutional requirement; (2) professional drug treatment providers edit young people's storytelling through different techniques; (3) the narrative environment of the drug treatment institution shapes how particular stories make sense of the past, present and future; and (4) storytelling in drug treatment is an interactive achievement (2015, s. 668).

I studie 8 undersøker Margaretha Järvinen og Ditte Andersen hvordan 30 metadonbrukeres forventninger til bedring formes av samfunnet gjennom det de beskriver som «institutional identities» og bruken av en «formula story». Her ser en på bruk av metadon og skadereduserende tiltak i møte med danske opiatbrukere, og advarer mot at «Definitions and categorizations of clients are not innocent, and naming people and their problems is the same as changing them» (2009, s.865).

Studie 9 er utført for Det nationale forskningscenter for velfærd i Danmark av Katrine S Kohl, Marlene Lue Kessing, Lars Fynbo, Ditte Andersen, Alexandrina Schmidt, Mette N. Jensen og Mathilde C. Munkholm. 106 intervju viser at det er store ulikheter i informantgruppens beskrivelser av hvordan de blir møtt av hjelpeapparatet, og i deres beskrivelser av hva som hjelper eller ikke hjelper. Her pekes det på viktigheten av at hjelpen er tilpasset den enkelte brukers behov og en har valgt å gruppere svarene i tre utvalgs kategorier: unge (under 25 år eller innskrevet i «ungebehandling»), voksne (over 25 år) og de som ikke søker seg til

behandling (over 25 år). Den siste gruppen inngår ikke i denne studien, da disse informantene ikke har behandlingserfaring og slik ikke oppfyller inkluderingskriteriene til denne studien.

4.2 Presentation av analyseresultat

4.2.1 Det gode ettervernet - De ferdigbehandlede opplevelse av recovery

Under rusbehandlingen adresseres avgiftningsproblematikk, rusrelaterte skader, komorbide lidelser og hvordan ruspasienten opplever egen rusbruk. Det utredes, henvises og legges behandlingsplaner i møte med hjelpeapparatet. Etter avsluttet behandling starter det studie 4 og 5 omtaler som en vedlikeholdsfasen, som vi i Norge har en tradisjon for å kalle «ettervern» (Von Greiff & Skorgens, 2017; Von Greiff & Skorgens, 2012).

Denne delen av forløpet er vanskelig å standardisere, og en ser at brukernes behov er ulike og at en har behov for individtilpasset hjelp (Brekke et al., 2017; Kohl et al., 2016; Nordfjærn et al., 2010; Dahle & Iversen, 2011; Von Greiff & Skorgens, 2017; Von Greiff & Skorgens, 2012; Svensson & Kristiansen, 2005; Andersen, 2015; Järvinen & Andersen, 2009; Kohl et al., 2016).

Ruspasientene utgjør ingen ensartet gruppe, men studiene viser at mennesker i møte med livskriser ofte kan oppleve det å be om hjelp til å mestre eget liv som vanskelig. Ofte har ruslidelsen vevd seg inn i brukerens liv på en måte som gjør at symptomene har vokst og fremstår som uløselige. Kontakten med arbeidslivet, den sosiale støtten fra familien, psykisk helse, økonomi, nettverk, selvrespekt, daglige rutiner, egen trygghet og selv det å ha en normal samtale med folk beskrives som arenaer for endring.

Flere av primærstudiene peker på at brukernes psykososiale fungering og sosioøkonomiske status påvirker deres behov for ettervern (Nordfjærn et al., 2010; Von Greiff & Skorgens, 2017; Von Greiff & Skorgens, 2012; Kohl et al., 2016). Studie 1 beskriver konsekvensene av brukernes misbruk som kompleks, og at i hvilken grad misbruket har hatt «somatic and psychosocial implications both for the individuals and their significant others» vil påvirke behovet for støtte etter gjennomført behandling (Nordfjærn et al., 2010, s. 46). En ser at ruspasientene etter utskriving har ulike behov når det kommer til spørsmål om ettervernets innhold og lengde, men et felles behov for trygghet og respekt i møte med en ny hverdag. I denne tiden ønsker en «God og tett oppfølging» og gjerne hjelp til å ordne praktiske ting knytt

til sin nye hverdag som eksempelvis medisinerer, spørsmål som omhandler økonomi, hjelp i forbindelse med arbeidslivet, fritidsaktiviteter og hjelp til å skaffe seg en egnet bolig. Noen beskriver også «dødtid» som det verste, og at det å eksempelvis komme til dagbehandling eller å delta på fritidsaktiviteter kan fremme bedring og hindre tilbakefall (Dahle og Iversen, 2011).

I studie 3 beskrives bedring og tilfriskning som en personlig og sosial prosess, der det å få kontroll over rusbruken oppleves som et viktig ledd i tilfriskningen for pasienter med ROP-lidelser. Dette er en tid som preges av brukernes ønske om anerkjennelse og tilknytting til eget nærmiljø. En ser at flere opplever en økt grad av mestring og at flere av informantene uttrykker at de i denne tiden gradvis ble seg selv igjen. Alle informantene i denne studien oppgav at rusbruk og problemer med psykisk helse hadde påvirket eller påvirket deres liv og selvrespekt i stor grad. Flere av informantene opplevde at minsket rusinntak gav økt livskvalitet og bedringer i psykisk helse. Et sentralt funn i denne studien var hvor viktig det er å oppleve at en har en lokal forankring der en føler en kan bidra og at en føler seg respektert. Studien beskriver at det å lære å like seg selv, å vokse som menneske og at det å lære å mestre egen hverdag kan virke myndiggjørende i møte med et komplekst sykdomsbilde som assosieres med «having poorer life circumstances» enn gjennomsnittsbefolkningen. For de som ikke ønsket seg tilbake til et «tidligere selv» ble det å skape seg en positiv identitet som ikke var knyttet til egen sykdom viktig. Informantene i denne studien beskrev sin tidligere rustilværelse som «all-consuming and associated with low self-esteem», noe som gjør overgangen til en ny hverdag stor (Brekke et al., 2017, s.18). Anger og selvklandring for valg en har tatt som ruset, beskrives av flere som en del av tilfriskningen.

Von Greiff og Skorgen sin inndeling etter en initieringsfase og vedlikeholdsfasen, viser at de faktorene som fremmer bedring i den ene fasen også fremmer det i den andre (Von Greiff & Skorgens, 2012). At det som motiverer en til å søke hjelp og behandling også er det som gjør at en lykkes med å holde ut og mestre livet som rusfri. Faktorene som fremmer bedring virker tilsynelatende med ulik kraft til ulik tid, etter hvor pasientene befinner seg i prosessen. Hvilke faktorer som er mest sentrale for hvem og når er slik vanskelig å predikere. I studie 4 og 5 opererer en med en gruppering av de ulike faktorene, under kategoriene: Interne faktorer, sosiale faktorer og behandlingsfaktorer. En av de interne faktorene som går igjen i flere av intervjuene er det som beskrives som «Livsföring». Livsföring handler om en ny måte å «handla/agera» på som knyttes til psykisk og fysisk helse, noe som eksemplifiseres av forskerne gjennom følgende sitat: ”gör saker så att jag är nöjd med mig själv”, ”lättare att ta

tag i saker”, ”lyssnar bättre och är lugnare”(2012, s. 201). I denne studien kobles endrede rusvaner til en opplevelse av bedret psykisk helse og glede. Her ser en også en tendens til at brukernes beskrivelse av egne behov endrer seg gjennom behandlingsforløpet, sammen med måten de velger å skille mellom fysisk og psykisk helse.

De ni ulike studiene beskriver alle brukernes lengsel etter bedre helse. En ser også at flere av studiene viser til en form for positiv mestringsspiral, der en etter rusbehandlingen opplever økt bedring i møte med overskuddet som kommer av minsket rusbruk. I studie 1 understrekes det at behandling hjelper, at rusbehandling bedrer informantenes selvbilde og at den forenkler hverdagen (Nordfjærn et al., 2010). Informantene uttrykker dette som en positiv endring mot en mer «meningsfull hverdag» (Brekke et al., 2017), en annen «way of life» (Von Greiff & Skorgens, 2017), bedre helse (Von Greiff & Skorgens, 2017), endret «livsførsel» (Von Greiff & Skorgens, 2012) og økt livskvalitet (Andersen, 2015; Järvinen & Andersen, 2009). I møte med danske metadonbrukere kommer dette også til uttrykk i deres valg av medikamentell behandling, der det til en viss grad settes likhetstein mellom metadon og livskvalitet. Metadonen beskrives her som et normaliserende tiltak som påvirker ens fysiske, mentale og sosiale velvære (Järvinen & Andersen, 2009, s.876).

Hvordan en tilpasser seg sitt rusfrie liv handler i samtlige studier om en form for framtidorientering, trygghet og mestringstillit hos informantene. Håp, tillit, forståelse og aksept beskrives som viktig i en tid preget av selvutvikling og endring (Brekke et al., 2017; Nordfjærn et al., 2010; Von Greiff & Skorgens, 2012; Svensson & Kristiansen, 2005). Dette beskrives eksempelvis som «self awareness» (Von Greiff & Skorgens, 2017), «emerging as a person» (Brekke et al., 2017), «coming to love oneself» (Brekke et al., 2017) og i ruspasientens møte med en annen «way of life» (Von Greiff & Skorgens, 2017). Denne tilpassingen beskrives ulikt av menn og kvinner, noe Von Greiff og Skorgens utforsker i studie 4 der det blir pekt på at «A challenge for practical treatment work is to create possibilities for clients to broaden their repertoire of ways of living and thinking about themselves, expressed by women as the importance of taking space and speaking up and by the men of showing emotion and listening more» (Von Greiff & Skorgens, 2017, s. 186). Studie 7 viser også til funn som indikerer at menn og kvinner tilpasser seg livet etter rusbehandling ulikt, noe Andersen knytter til ulikheter i «institutional storytelling» (Andersen, 2015).

I studie 1 oppgav majoriteten av informantene at selve rusbehandlingen hadde gitt dem bedre mestringsstrategier, gitt dem økt mestringstillit og bedre selvbilde. Flere av de spurte fremhevet nytten ved at behandlingsinstitusjonen holdt kontakten etter avsluttet behandling, mellom annet for å kunne fange opp et eventuelt hjelpebehov (Nordfjærn et al., 2010).

4.2.2 Hva fremmer bedring i tiden etter gjennomført rusbehandling?

Å få bestemme tempo, retning og destinasjon selv - Rusmestring som personlig prosess

I studiene blir brukernes opplevelser av bedring beskrevet som et mål og en prosess, der helse tilsynelatende fremmer helse. Etter avsluttet behandling opplever en økt overskudd, økt helse og økt motivasjon til å leve et liv uten rusmidler.

«Recovery» som begrep går igjen i flere av primærstudiene, og benyttes som et samlebegrep for å beskrive en sosial og personlig prosess som for flere av brukerne handler om mer enn symptomreduksjon (Nordfjærn et al., 2010; Brekke et al., 2017; Von Greiff & Skorgens, 2017; Andersen, 2015). At recovery oversettes til norsk med ord som bedring, mestring og tilfriskning gjør at terminologien på feltet tidvis kan oppleves som utflytende. Et sentralt funn i studie 3 er at recovery for informantene ble beskrevet som 1) en økt følelse av å være nyttig og akseptert, 2) å lære å like seg selv, 3) å mestre livet og 4) å bli seg selv (emerging as a person) (Brekke et al., 2017). Her beskrives det å erfare at en mestrer hverdagen som motiverende og myndiggjørende. Informantene nevner her eksempelvis det å gå i butikken selv eller å betale egne regninger, som mestringsfremmede milepeler for egen recovery. En av informantene beskriver dette som «The more you learn to cope, the better you feel about yourself, in a way» (Brekke et al., 2017, s.17). Gjennom et utvidet fokus på egne styrker og en økende fremtidsorientering blir brukeren slik gradvis bedre til å møte eventuell motstand.

I studie 1 brukes recovery som en endringskategori, som kommer i etterkant av «treatment» (Nordfjærn et al., 2010). Funnene viser at kategorien påvirkes av rusbruk, deltakernes evne til å håndtere negative følelser, nettverk og selvtillit. Studien drøfter i liten grad egen inndeling og bruken av ordet recovery, men konkluderer avslutningsvis med at «Substance use appears to be only one of several domains where there is potential for changes and recovery for these patients» (Nordfjærn et al., 2010, s.63). I forlengelse av denne konklusjonen anbefaler en et økt fokus på kontekstuelle variabler som påvirker recovery, for å hindre tilbakefall. Som eksempler på viktige kontekstuelle variabler gis «housing, economy, occupation and social networks» (Nordfjærn et al., 2010, s. 63).

I studie 5 undersøker en hvilke faktorer som initierer og vedlikeholder en positiv endringsprosess hos ruspasienten, og konkluderer med at hvor sterke behov en har og når tiltakene kommer inn har vel så stor betydning som hvilken faktor ruspasienten oppgir som mest sentral (Von Greiff & Skorgens, 2012). Faktorer som er relatert til fysisk og psykisk helse er sammen med mellom annet vilje, egen innsikt, livsførsel og individet som aktør kategorisert som interne faktorer. I denne studien avdekte en at «Stora skilnader i klientgruppen avseende socioøkonomisk status och problemtyngd resulterar i att utsagnor om livsföring har ett brett spektra från små steg mot ett «Svenssonliv» till att unna sig mer och sätta guldkant på tillvaron». Studien beskriver også at «Förändringar relaterade till en förbättrad psykisk helse var ett återkommande tema; att i högre utsträckning acceptera sig själv och andra människor, att känna tillit och glädje. Vissa klienter med ångstsymptom och depression vittnar om store förbättringar» (Von Greiff & Skorgens, 2012, s.201). I denne studien fant en at deltakerne tidlig i prosessen i liten grad skilte psykisk fra fysisk helse, men at dette endret seg etter hvert som en opplever overskudd og har lært seg selv å kjenne. At få deltakere løfter frem den fysiske helsen som viktig og betydningsfull, beskrives som et av de mest overraskende funnene i studien. I lys av annen forskning fremheves også det som i funnene blir beskrevet som et overraskende høyt fokus på helse (Von Greiff & Skorgens, 2012, s.204).

Helse, livskvalitet & velvære

Helse defineres av WHO som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte». En slik definisjon utfordrer på mange måter helsevesenets diktomiske oppfatning av et tydelig skille mellom helse - uhelse, og synliggjør at helserelevante spørsmål også er knytt til hvordan vi har det sosialt og psykisk. I møte med ruspasientens avhengighetsbegrep legger denne definisjonen seg tett opp til begrep som recovery, empowerment, mestring, lykke og livskvalitet.

Ruspasientens velvære, livskvalitet og lykke oppleves av mange som kjernen i brukernes sykdomsbilde. Forholdet mellom helse og nytelsesmidler er komplisert, noe som kommer til uttrykk i studier som har sett på hvorfor brukergruppen velger rusen over eksempelvis det studie 5 omtaler som et «Svenssonliv» (Von Greiff & Skorgens, 2012). For de fleste ruspasienter har rusen vert en ambivalent kilde til lykke og livskvalitet, som i ettervernet etterlater seg et tomrom som må fylles om en velger bort rusen (Svensson & Kristiansen, 2005). I studie 6 beskrives dette i forskernes dialog med informantene, der eksempelvis

«tomhet, sysselløshet och ensamhet» oppgis som årsaker til at informantene valgte seg tilbake til rusen og brukermiljøets «intensiva socialitet» etter lengre perioder som rusfrie (Svensson & Kristiansen, 2005).

Studiene viser at ruspasientens sosiale helse og velvære er nært knytt til kommunikasjon og det å oppleve at en hører til. I studie 1 fant en at det sosiale klimaet (social relations) som oppstår i møte mellom ruspasienten og hjelpeapparatet er avgjørende for ens opplevelse av recovery, for om en gjennomfører behandlingen og for hvordan en vurderer behandlingseffekt (Nordfjærn et al., 2010). Studien som undersøker positive og negative opplevelser (perceptions) knytt til rusmestring, viser at pasientene selv ofte knytter tilbakefall til hvordan de håndterer «negative life events». Andre faktorer som påvirker negativt er ifølge brukerne rusbruk, psykososial tilstand, sosialt nettverk, yrke, økonomi, bolig og stigma. Mens pasientene er til behandling topper «relation to clinical staff and other patients» listene over hvilke faktorer som i positiv og negativ grad oppleves å påvirke forløpets behandlingseffekt (Nordfjærn et al., 2010). Studien viser at medpasienter under behandlingen også kan spille en sentral rolle for pasientens opplevelse av mestring, ved det som beskrives som en gjensidig motivering i positiv eller negativ retning. Undersøkelsen fant at hvordan en opplever egen behandling og bedring er påvirket av «a complex interaction between several interrelated components», men at «therapeutic relationship characterized by mutual respect, understanding and availability is of high importance for how patients perceive the quality of treatment» (Nordfjærn et al., 2010, s.60).

Dette understøttes i stor grad av funnene i studie 2 der en undersøker hva som er viktig for pasienter innen rusbehandling. Funnene viser at deltakerne i studien hadde ulike behov og meninger om hjelpen de mottok, og at det var fire områder som gikk igjen som viktige for brukernes opplevelse av mestring: 1) God mottakelse og trygge rammer, 2) Bli tatt på alvor og respektert, 3) Tilgjengelige ansatte og meningsfulle program, og 4) God og tett oppfølging etter utskrivning (Dahle & Iversen, 2011). Dette tolkes av forskerne bak studien som at «det er viktig at ansatte er bevisst på å skape gode relasjoner og på pasientenes behov for trygge rammer og relevante aktiviteter. Det er avgjørende at pasientene ikke opplever at de blir overlatt til seg selv etter at oppholdet er over, for mange er det her de virkelige prøvelsene starter» (Dahle & Iversen, 2011, s. 2).

Relasjoner

Brukernes sosiale nettverk oppleves som en viktig kilde til økt livskvalitet for mange av brukerne. I studie 4 studeres kjønn som variabel i endringsprosessen, der funnene tyder på at menn og kvinner oppfatter den sosiale støtten de får fra sine nærmeste ulikt. Undersøkelsen viser at kvinner i mindre grad blir oppfordret til å søke behandling av sin partner, enn det menn blir. Kvinner beskriver i mindre grad enn menn at deres partner fremstår som en viktig del av bedringsprosessen og de av kvinnene som tillegger partner en viktig rolle gjør det i lys av negative erfaringer. At kvinner venter lengre før de oppsøker hjelpeapparatet og har større psykososiale problemer ved innskriving, tokes her delvis i sammenheng med at kvinnenenes ettervern i større grad beskrives som en ny start som krever «taking control of their life» (Von Greiff & Skorgens, 2017, s.198). Studien peker på at menn og kvinner bruker rusen ulikt og at «men tend to have supportive partners while women describe the importance of breaking away from negative relationships (...) Although there are some quantitative differences between the groups, the similarities regarding descriptions of the importance of family, partner and children are predominant» (Von Greiff & Skorgens, 2017,s.200). I få av primærstudiene er ruspasientens barn og partner nevnt som en viktig del av bedringsprosessen, noe som drøftes i studie 9:

Udover sociale relationer i stofmiljøet beskriver særligt de voksne i behandling, hvordan deres aktive stofbrug ofte giver dem en følelse af skam i forhold til deres nære familie. Nogle brugere forklarer, at de af-bryder kontakten til familien, når de er i misbrug, men ikke når de er stoffrie. Andre beskriver, at de ikke længere har kontakt med deres familie som følge af længerevarende stofmisbrug. Nogle af borgerne føler sig ekskluderet fra familien på grund af deres stofbrug (Kohl et al., 2016, s 158).

Studiene viser at informantenes forhold til egne barn også er forskjelligartet, beskrevet som en kilde til motivasjon og bekymring. I studie 9 blir foreldreskap presentert som en mulig barriere for at en søker behandling, en kilde for svekket livskvalitet og som noe som kan minske pasientens behandlingsutbytte (Kohl et al., 2016, s 158). Funnene indikerer at «De oplevede behov omfatter både hjelp til at håndtere tab af børn og til at pleje relationen til børn og plejefamilier efter anbringelse. Frykten for tvangsfjernelse af børn optræder som en selvstændig barriere i forhold til at have en åben dialog med diverse indsatser» (Kohl et al., 2016, s 158).

I studie 5 oppgis familie som en støttende sosial faktor, der en av informantene eksempelvis oppgir at «min relation till mina barn är ärligare och roligare, de känner sig tryggare» (Von

Greiff & Skorgens, 2012, s 202). Funnene her peker på at familien kan initiere til forandring både ved å fremstå som viktige støttespillere, men også ved at de setter krav. Studie 4 fant at kvinner i større grad enn menn beskriver sine barn som en viktig årsak for at de oppsøkte hjelpeapparatet, der «Half as many male clients as female clients describe their *children* as important for initiating change» (Von Greiff & Skorgens, 2012, s.197). Kanskje henger dette sammen med det en i studie 7 beskriver som gjenoppretting av skam og gjenoppbygging av femininitet? (Andersen, 2015).

Når det kommer til betydningen som tillegges nettverk utover nærmeste familie og hjelpeapparatet, viser funnene i studie 5 til at denne øker i takt med mestringen. Bedre psykisk helse, minsket inntak av rusgifter og økt trygghet bidrar til at en i høyere utstrekning kan «acceptera sig själv och andre människor, att känna tillit och gledje» (Von Greiff & Skorgens, 2012, s 204).

I det som omtales som initieringsfasen blir familien en betydningsfull støttespiller, mens en senere utvider eget nettverk og er mottakelig for det som blir beskrevet som en bredere sosial støtte. For flere av deltakerne som er i fast arbeid oppgis det at en kjenner på et visst ytre press fra arbeidsgiver og trivsel på jobb som motiverende (Von Greiff & Skorgens, 2012).

I studie 6 indikerer funnene at et liv som rusfri krever «ett nytt livsinnhold» om det ikke skal oppleves som ensomt og tomt. En løsning som etterlyses her er en mer utstrakt bruk av subutex kombinert med «sysselsättning samt socialt och emotionellt stöd» (Svensson & Kristiansen, 2005, s.226). I flere av studiene oppgis støttegrupper i regi av AA/NA (Anonyme alkoholikere) som et positivt mestringfremmende tiltak der en kan oppleve støtte fra et tilgjengelig og ikke-dømmende felleskap (Von Greiff & Skorgens, 2012; Svensson & Kristiansen, 2005; Andersen, 2015; Kohl et al., 2016).

Betydningen av et tydelig brudd med det som i studie 7 omtales som “bad company” beskrives av flere som viktig for å kunne holde seg rusfri (Von Greiff & Skorgens, 2017; Von Greiff & Skorgens, 2012; Andersen, 2015). I studie 3 beskrives det å skape en distanse fra alkohol og rusbruk, som en nødvendig del av bedringsprosessen. Studie 4 peker at behovet for å “break away from their old social network” trolig fremstår som viktigere for menn enn kvinner, ettersom de har et mer “sosialt” forankret misbruksmønster.

Flere av studiene viser at brukernes tilknytning til egen bolig blir fremhevet som en grunnleggende faktor for tilfriskning etter endt behandling. Sterkest kommer dette frem i studie 6 der «Intervjupersonerna framhöll att det var närmast omöjligt att kombinera

bostadsløshet med drogfrihet. Intervjuerna tydeliggjorde at bostadsfrågan måste lösast om behandlingar och andre insatser ska få effekt mot missbruket» (Svensson & Kristiansen, 2005, s.225). Studie 9 knytter boligspørsmålet til brukerens nettverk og mestring, med et sitat fra 58 år gamle Randi med 49 års ruserfaring: «(Der mangler) ligesom(...) en bro fra det sted, man bliver sluppet, så du ikke bare bliver sluppet til den gamle lort, du kommer fra» (Kohl et al., 2016, s. 92).

At bedringsfremmede hjelp må ta utgangspunkt i brukernes livsvilkår og være bygget på tillit, trygghet og respekt er et gjennomgående tema i de ni primærstudiene. Ivaretagende hjelp som oppleves som tett (Dahle & Iversen, 2011), «flerstrengt» (Kohl et al., 2016), fleksibel (Kohl et al., 2016), valgt (Järvinen & Andersen, 2009) og tilgjengelig (Svensson & Kristiansen, 2005) fremstår som en viktig motvekt til pasientens opplevelse av stigma og som et nødvendig grunnlag for videre mestring (Kohl et al., 2016).

4.2.3 Hvilken betydning har brukernes sykdomsopplevelse for deres opplevelse av bedring?

Rusmestring og informantenes opplevelse av bedring beskrives i de fleste av studiene som en prosess, der endring opptrer gradvis med en økende grad av livskvalitet (Nordfjærn et al., 2010; Brekke et al., 2017; Von Greiff & Skorgens, 2012; Von Greiff & Skorgens, 2017; Andersen, 2015; Järvinen & Andersen, 2009).

I Nordfjærn, Rundmo og Hole sin studie beskrives avhengigheten (substance addiction) som en psykososial lidelse med komplekse konsekvenser for bruker og pårørende. Bedring beskrives som en økt følelse av kontroll og mestring i en tid der sosial støtte og egen selvfølelse øker. Funnene indikerer her at bedring kan læres og at den kan vedlikeholdes ved at en eksempelvis blir flinkere til å kjenne igjen risikosituasjoner som kan føre til tilbakefall.

Studie 3 beskriver også tiden etter avsluttet rusbehandling som en periode der en lærer å tilpasse seg en ny hverdag og et nytt selv (Brekke et al., 2017). Funnene indikerer at en opplevelse av økt selvaksept kan virke myndiggjørende, og ha stor effekt for hvordan en opplever egen psykisk helse. Tilfriskningen en opplever beskrives ikke på en akse fra syk til frisk, men som en prosess som handler om mer enn symptomreduksjon. Her handler tilfriskning om å skape seg en identitet innenfor de rammene som ROP-lidelsen setter, og om å gjenoppbygge et liv. Bedring beskrives her som et mål og en prosess, som er nært knytt til brukeren som person og hans eller hennes nærmiljø. Denne studien fant videre at tilfriskning

på ett livsområde ofte utløste en opplevelse av økt livskvalitet og bedring også på andre områder. Rusavhengighet beskrives i liten grad som noe en kan «løsrive», velge bort eller behandle bort fra individet. Avhengigheten beskrives heller ikke som medfødt eller kronisk. For mange av informantene i de ni primærstudiene kan det virke som at ruslidelsen har vevd seg inn i sosiale relasjoner, psykisk helse og identitet på en måte som gjør at en har kommet bort fra den en oppfatter at en er. Med det peker funnene på at bedringen i økende grad oppleves som en kognitiv tilfriskning, der en gjenoppdagelse av egne ferdigheter og verdier gjør at en opplever at en blir seg selv igjen. Noen informanter beskriver ruslivet som «all-consuming», der det å oppnå «control» over egen rusbruk blir beskrevet som viktig, men ikke nødvendig for å oppnå bedring (Brekke et al., 2017). I en helhetlig tilnærming til eget helsebilde peker denne studien på at det å ta tak i andre deler av ens hverdagsliv som eksempelvis økonomiske problemer, arbeidsledighet eller en ugunstig boligsituasjon også kan fremme tilfriskning og livskvalitet.

Bedring handler i samtlige studier om en form for framtidorientering og selvutvikling, der individets syn på hva som er mulig formes av hjelpeapparatet og egne forventninger.

I studie 7 og 8 kobles bedring til hvilke forventninger aktørene har til hjelpen, der endringshistoriene vi forteller utgjør en viktig del av behandlingen som gis. Her beskriver en hvordan løsningene og svaret på hvordan en kan påvirke bedringsprosessen blir skapt i dialog mellom den som ber om hjelp, den som skal hjelpe og hjelpeapparatets rammer (Järvinen & Andersen, 2009; Andersen, 2015). I studie 3 kobles funnene opp til studier som omhandler «possible selves», der en ser for seg at bedring og identitetsendringer motiveres ut fra hvem en oppfatter en er nå, hvem en tenker en kan bli i fremtiden og hvordan en tolker sitt tidligere jeg.

Reformene på rusfeltet har for denne pasientgruppen skapt forandringer i hvordan en omtaler rusavhengighet, endret hvordan en beskriver tilfriskning og påvirket hvilke forventninger vi har til bedring. Informantenes opplevelse av bedring beskrives rikt i de ni primærstudiene, der den i liten grad knyttes opp til hvordan en ser på avhengighet som fenomen eller egen «vedlikeholdsfasen». Å se på recovery som en personlig prosess gir et unikt innblikk i hvordan tilfriskningen oppleves og utvikles. Ved å se på hvordan de ni primærstudiene beskriver eget ettervern hadde jeg likevel sett for meg større nyanser i både mestringstillit og opplevd tilfriskning. En overraskelse er at somatiske helseplager tematiseres i liten grad og at bedring slik den fremkommer i de ulike studiene ligger tett opp til det en ellers ville omtalt som

selvrealisering. Tematisering av begrep som sykdom, kontroll, avhengighet og symptom gis også liten plass.

Järvinen og Andersen beskriver i studie 8 en endring fra 90-tallets fokus på avholdenhet og normalisering der hjelpeapparatet rundt opiatbrukeren gradvis har snudd fra «cure to care». Studien stiller seg spørrende til hvordan og hvorfor avholdenhet har blitt definert bort som et realistisk behandlingsmål for denne gruppen, og utforsker hvilke konsekvenser dette kan ha for brukernes syn på egen mestring (2009, s.868).

Järvinen og Andersen peker i en sosialkonstruktivistisk tradisjon på at vårt syn på mestring og ruslidelser kontinuerlig formes av våre opplevelser og verden rundt oss. Studien stiller spørsmål ved om en ikke definerer opiatavhengige som kronikere, om en ikke makter å tilby annet enn stabiliserende behandlingstiltak for denne gruppen? Funnene tyder på at en i Danmark er i ferd med å utvikle et kontrastfylt skille mellom endring og stabilisering, som vil kunne påvirke ruspasientenes mestringstillit. I studien undersøkes det hvorvidt dette skillet har forplanet seg i systemet og hvordan hjelpeapparatet kommuniserer håp. At utstrakt bruk av skadereduserende tiltak vil kunne definere en brukergruppe som kronikere forventes å virke inn på brukernes opplevelse av mestring, men gjør det i liten grad i dette utvalget. Få av informantene definerer seg som kronikere, men studien avdekker et viktig skille i tilfredshet mellom de som opplever selv å ha valgt metadon fordi de anser et rusfritt liv som uopnåelig, og de som opplever at de ikke gis et valg. I studien beskrives rusmestring som en prosess, der rammene for bedring og hva som er mulig i stor grad formes samfunnspolitisk. Koblingen er ikke nødvendigvis deterministisk, men de «institusjonelle narrative» organiserer og legitimerer hvordan vi kommuniserer bedring. Studien stiller seg også spørrende til om den økte metadonbruken kommer av at statlige myndigheter opplever bruken som et kriminalitetsdempende og kostnadseffektivt alternativ til andre typer ettervernstiltak.

Om en her snakker om helse og recovery som et behandlingsmål, indikerer funnene at det i liten grad kommuniseres til brukerne. For flere av informantene oppleves stabiliserende metadonbehandling som livskvalitet i medisinform, og funnene indikerer at noen av deltakerne i studien opplevde at de stod fritt til å velge mer behandling og til å velge bort metadonen til fordel for andre tiltak. Bruken av begrep som «stabilization» og «chronic» drøftes her som et uttrykk for mestringstro, der en utforsker koblingen mellom brukernes syn på egen avhengighet og mestring. I studie 4 oppgis mental helse som en av de viktigste faktorene for at informantene søker hjelp, men det understrekes at dette i liten grad oppgis i møte med hjelpeapparatet (Von Greiff & Skorgens, 2017). De fleste oppgir «sosiale grunner»,

noe som favner om mye og ifølge studien vektes de ulikt hos kvinner og menn. Flere av studiene beskriver en todeling av ruspasientens bedringsprosess, der skillet går mellom «behandlingen» og en «vedlikeholdsfase» som jeg har valgt å omtale som ettervern. Von Greiff og Skorgens peker på at dette er et skille som også deler bedringen inn i to faser, der eksempelvis informantenes vektlegging av fysisk helse utvikler seg til å bli et tilnærmet ikke-tema i vedlikeholdsfasen. Tidligere har en som bruker og behandler sett på slutten av fase en som et vendepunkt i bedringen og som et mål i seg selv. En har forventet en bedring og en økt motivasjon til å leve et rusfritt liv, der en har beskrevet eventuell rusbruk etter utskriving som tilbakefall.

I studie 7 anerkjenner en at ens syn på hva som hjelper er kontekstuellet formet gjennom det som beskrives som «storytelling» og institusjonelle narrativ. Det er miljøet innen rusbehandlingen som former vår tolkning av fortid, nåtid og fremtid- av hva som er mulig og av hvordan vi årsaksforklarer vår avhengighet.

Nøkkelen til mestring ligger slik i å forstå at hjelpeapparatet spiller en nøkkelrolle ved å definere «who and what we are, and will be»(Andersen, 2015, s.680). I studie 8 fokuseres det også på «institusjonelle identiteter», med Danmark sin bruk av metadonbehandling som eksempel. Forskerne bak studien frykter at den utstrakte bruken av metadon i møte med opiatavhengige kommuniserer en «selvoppfyllende profeti» og en lav forventning til mestring. En spør seg om det er slik at vårt syn på avhengighet påvirker mestringstilliten vår, vårt syn på hva som lindrer og hvilken lindring vi kan forvente? Her problematiseres det som karakteriseres som en standardisert bruk av metadon i møte med danske opiatbrukere og hvem som bør ha defineringsmakt når det kommer til hvilke tiltak som nytter (min oversettelse).

Funnene i denne studien indikerer at av de som ser på egen avhengighet som kronisk og et avholdent liv som urealistisk, i mindre grad etterlyser tiltak utover skadereduserende metadonbehandling (Andersen, 2015). Rammene for brukervedvirkning og hvordan en som hjelper kommuniserer håp blir tematisert, i et hjelpeapparat der narrative organiserer og legitimerer. Dette blir ikke beskrevet som en deterministisk kobling, og det fremkommer at brukerne ikke ser på seg selv som kronikere og at metadon i dette utvalget i begrenset grad oppleves som «behandling». Studien deler funnene og utvalget sitt i tre, etter i hvilken grad ens syn på behandling «passer inn» i hjelpeapparatet. Brukervedvirkning og anerkjennelsen av pasientens rett til å bli rusfri på den måten han/hun selv ønsker er problematisert i studien, der retten til å velge bort «the institutional identity of being the chronic addict» står sentralt.

En ser at uavhengig av hjelpebehov så enes studiene om at det langt på vei handler om å skape en balanse og en trygghet i ettervernet, som gjør at en bedre makter å stå i de vanskelige situasjonene (Von Greiff & Skorgens, 2012).

5 Syntese

I analysen fremkom 3 nøkkelkategorier knytt til hvordan informantene beskriver egen bedring og tiden etter avsluttet behandling: Livskvalitet, bedring som personlig prosess og relasjoner. I syntesen fortolkes disse til en helhet som beskrevet i metodekapittelet.

En ser at ruspasientens ettervern og livet etter avsluttet behandling handler om en symptomlindring som strekker seg utover brukerens somatiske helsebilde. Opplevelsen av tilfriskning knytter seg til psykisk helse, eget nettverk og ønsket om et bedre liv. Flere beskriver at rusen har hatt store konsekvenser for deres tilknytning til arbeidslivet, for deres selvfølelse, for spørsmål knytt til økonomi og for deres sosiale liv.

Bedringshistoriene peker på at behandlingen en mottar i spesialisthelsetjenesten virker og at ettervernet forventes å kunne opprettholde denne positive endringen. Den individuelle bedringsprosessen informantene beskriver fremstår som kompleks, og nært knytt til vestens voksende helsebegrep.

5.1 Helse til alle

Den norske filosofen Lars Svendsen (2008) mener å se at det vestlige helsebegrepet er i vekst og at den nye **helsepolitikken i stadig større grad tillegger medisinen å skulle forvalte politiske og sosiale problemer. Han viser til WHO sin visjon om «Helse til alle», WHOs tidligere omtalte helsedefinisjonen og målsettingen om å** redusere forskjellen på fattig og rik ut fra en solidaritetstanke. Han hevder at WHO's helsebegrep og artikkel 12 i FNs internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter forplikter når den fastslår «retten for enhver til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både i fysisk og psykisk henseende».

Han opplever at helsebegrepet har blitt et uttrykk for en omsorgsideologi som grenser til det paternalistiske, der borgernes velvære og lykke har blitt et statlig ansvar livet gjennom.

Svendsen peker på at en vid helsedefinisjon som grenser til lykke er uheldig, og at

Når det som i utgangspunktet er politiske spørsmål redefineres til helsespørsmål, settes vi alle under administrasjon av medisinske ekspertsystemer. Når «alt» blir et spørsmål om helse, blir det i grunnen ingen grenser for statens virkefelt. Den totale staten kontrollerer og normaliserer befolkningen gjennom et stadig mer omfattende helse- og omsorgsapparat. Omsorgsideologien kjenner ingen grenser, og omfavner hele mennesket (Svendsen, 2008).

Han spør seg om den nye samfunnsideologien skaper avmakt og nye maktforskjeller gjennom det han oppfatter som en statlig moralisering. For om vi som borgere ikke er villige til å underlegge oss «et stadig mer gjennomgripende helseregime» og velger på tvers av gjeldende anbefalinger blir en betraktet som en «synder». Slik jeg ser det blir dette et verdiladet spørsmål om tildeling av ansvar og samfunnets bruk av sosial kontroll, særlig på rusfeltet. Hva med de som velger på tvers av statlige anbefalinger, og trives med det? Er borgernes livskvalitet og helse et statlig ansvar?

Brukernes rusidentitet står her i et krysspress mellom jus- og helsesektoren der rollene som offer, pasient og kriminell maner til endring. Studier viser at rusavhengighet preges av en sterk ambivalens mot å endre sine rusvaner, noe som kan tolkes som et samfunnsopprør, en motkultur, et valg eller et symptom. Informantene i de ni primærstudiene beskriver i liten grad egen tilværelse som et samfunnsopprør eller en motkultur – De beskriver fattigdom og uhelse. De etterlyser et sted å bo, å kunne høre til og å få være en bedre utgave av seg selv.

Trond Nordfjærn, Torbjørn Rundmo og Reidar Hole skriver i sin studie at det er flere arenaer med endringspotensial for brukerne i deres undersøkelse. Studier som har sett på sosiale ulikheter i helse bekrefter at uhelse ofte kan knyttes til sosioøkonomisk status og at det eksisterer en «tett kobling mellom «hvem du er» og hva slags helse du kan forvente å ha» (Folkehelseinstituttet, 2014). Russtatistikken viser også at brukere med stabil inntekt, god psykisk helse og et støttende nettverk i mindre grad har behov for kommunale støttetiltak etter utskrivning fra TSB. Tallene fra den norske rapporten om sosiale ulikheter i helse indikerer at plassen vår i det de omtaler som et «sosioøkonomisk hierarki» gjenspeiler seg i betydelige forskjeller i vår sjanse for sykdom og død. Rapporten peker på at dette utgjør et

levekårsproblem, et folkehelseproblem, et samfunnsøkonomisk problem, et velferdsproblem og et rettferdighetsproblem som det er tverrpolitisk enighet om å utjevne.

5.2 Tilfriskning

For informantene som har gjennomført behandling i TSB beskrives det i liten grad vansker knytt til fysisk helse i ettervernet, og bedringen de opplever blir skissert som en prosess der helse avler helse. Studien gir slik støtte til Alexandre Laudet sin studie om «Life in recovery», der en fant at brukernes opplevelse av bedring og økt livskvalitet «keeps getting better as recovery progresses» (2013, s.2). Von Greiff og Skorgens beskriver eksempelvis at «förändringar relaterade till en förbättrad psykisk hälsa var ett återkommande tema; att i högre utsträckning acceptera sig själv och andra människor, att känna tillit och glädje (2012, s. 201)».

En studie av ruspasientens tilfriskning inviterer slik jeg ser det til en grunnleggende debatt om hvordan en forstår avhengighet som sykdom og fenomen. Tilfriskning som i forståelsen av å «bli frisk» fordrer jo at en har vært syk. Har ruspasienten det? Opplevs ruslidelser som en sykdom, der tilfriskningen favner om hele livet? Bedringsprosessene som beskrives skildres som sosiale, og store deler av forskningen på feltet «påpeker at recovery ikke foregår i et vakuum eller på profesjonelles kontor eller i behandlingenheter. Recovery foregår i selve livet» (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2014).

Som Askheim etterlyser jeg her tydeligere grenser for hva en som hjelper skal legge i recoveryorientert praksis. Foregår det livslange recovery-prosesser i oss alle? I møte med et uavklart avhengighetsbegrep, skulle jeg ønske recoveryteorien i større grad tematiserte vilje, kontroll, sykdom, makt og mestringstillit som variabler i etterverns perioden. Som et redskap for å organisere feltet og mine forsknings spørsmål fremstår recoveryteorien tidvis som begrenset, men for å formidle brukerkunnskapen som kommer frem i primærstudiene opplever jeg at den kommer til sin rett.

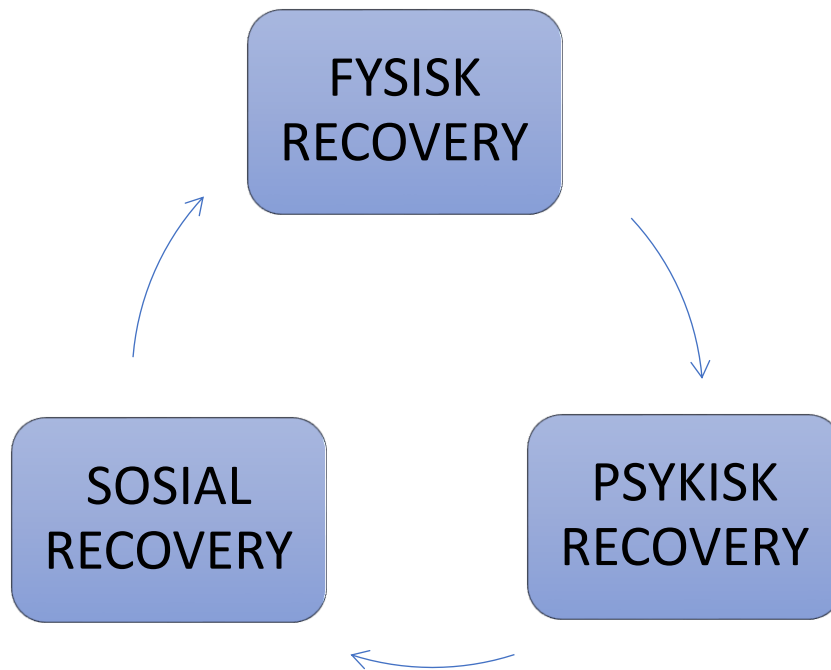
Her knytter recoveryteorien eksempelvis sosial støtte til en opplevelse av tilhørighet, bedret stressmestring og økt livskvalitet. Støtten beskrives av flere forskere som «sosial recovery» og som et uttrykk for informantenes behov for sosial støtte i en vanskelig situasjon (Landheim et al., 2016). I studie 3 beskrives den som et ønske om å kunne være til stede for andre og å føle seg nyttig (Brekke et al., 2017). Her beskrives det å kunne bidra sosialt som verdifullt og noe som blir assosiert med det å føle seg «light at heart, joyful, having a sense of goodness toward oneself and others, not having to deal with one's own difficulties, and feeling that one is not the only person with problem». I denne studien setter informantene også ord på hvordan det

oppleves når en ikke føler seg inkludert, eller når eksempelvis arbeidsgivere vegrer seg for å ansette noen med deres bakgrunn (2017, s.16).

Noen av informantene beskriver at de opplever en økende grad av sosial støtte etter hvert som fysisk og psykisk helse har stabilisert seg, uten at det reflekteres rundt om dette skyldes eget overskudd eller økt tillit fra eget nettverk. Studie 5 viser eksempelvis at informantene i større grad beskriver at de mottar støtte fra et nettverk som gradvis utvider seg til også å inkludere «sosialt stöd från ett bredare socialt nätverk innehållandes familj och släkt men också vänner och arbetskamrater»(Von Greiff & Skorgens, 2012, s. 207).

I figur 2 har jeg forsøkt å illustrere det jeg opplever som en tendens i informantene sine beskrivelser av tiden etter utskriving fra TSB. Behandlingen i spesialisthelsetjenesten har dekket et somatisk hjelpebehov, som virker til å gi informantene mer overskudd. Flere av informantene oppgir at dette sammen med redusert rusbruk gir en opplevelse av bedret psykisk helse, som danner grunnlaget for det jeg har valgt å skissere som en recoveryspirale. Med sosial recovery menes her «det å komme seg» i et mer kontekstuellet perspektiv der familieforhold, vennskap, fritidsaktiviteter, arbeidskamerater og nærmiljøet i økende grad påvirke livskvalitet og bedring. I studie 3 beskrives dette som det å oppleve at en mestrer livet, å lære å like seg selv, å føle seg akseptert og at en våkner til live som person (Brekke et al., 2017).

Recoveryspiralen er ment å illustrere et mønster som i større grad kobler sosial støtte til ruspasientens fysiske og psykiske tilfriskning. Mønsteret er basert på min tolking av analyseresultatene, slik de fremkommer i kapittel 4. Som tidligere nevnt er den fysiske tilfriskningen i liten grad tematisert i primærstudiene, men slik jeg ser det danner den grunnlaget for pasientenes bedringsprosess.



Figur 2: Recoveryspiralen som den fremkommer i analysen.

5.3. Brukerkunnskap med brodd

Innen et felt som har vært preget av avmakt, sosial kontroll, stigmatisering og sosial fattigdom kritiseres recoveryforskningen for å overse mestringsens systemforankring. En hevder bedringshistoriene i for liten grad peker utover det individuelle, og at brukerkunnskapen av den grunn ikke når opp i politiske og faglige debatter på feltet (Askheim 2016; Borg, 2009). I denne studien er de ulike brukerhistoriene også historier om kultur og organisering i en ruspolitisk brytningstid. De utgjør et posisjonert perspektiv på sammenhengen mellom bruker, hjelper og verden rundt oss. De forteller hvordan de har det, hva de opplever som god hjelp og om verden som de ser den. At ruspasientens behov nå skal danne «utgangspunktet for omfang av og innhold i» fremtidens rusomsorg gjør brukerhistoriene viktige både for andre brukere og for dem som skal utforme støtteapparatet rundt denne gruppen (Opptappingsplanen for rusfeltet, 2016–2020, s. 6). Kanskje er det derfor grunn til å snu på kritikken: Hvorfor lytter ikke fagfeltet og ruspolitiske styresmakter mer til brukerne?

Brukerstemmene i denne studien beskriver at vi er midt i en kulturendring, der recovery tenkingen står som en motpol til sterke fagtradisjoner som har hatt som mål å redusere, helbrede eller kontrollere rusadferd. Recoveryforskningen kommer slik «som et knyttneveslag

inn i et samfunn som roper etter pakker og standardiserte løsninger» når den ber oss «behandle enkeltmennesker» og om å stole på brukerne når de forteller oss hvilken hjelp de behøver (Lauveng, 2016, s.173).

Gapet mellom fag og erfaring

Fagfeltet har opparbeidet seg detaljert kunnskap basert på forskning og klinisk erfaring, som ifølge studie 7 og 8 blir brukt til å forme brukernes forventninger til egen mestring og hva som er mulig (Järvinen & Andersen, 2009; Andersen, 2015). I møtet mellom fagkunnskap og brukerkunnskap forhandler en seg frem til en behandlingsplan der en sammen definerer hva en tenker kan hjelpe, hvordan en skal forstå avhengighet som fenomen og hvor mye hjelp som skal gis.

For fagfeltet handler denne hjelpen i første omgang om å yte livreddende nødhjelp for de pasientene som trenger det mest, innenfor den økonomiske og faglige rammen en har blitt tildelt. Hjelpere er videre forpliktet til å yte forsvarlig helse- og sosialhjelp i tråd med statlige og etiske retningslinjer, der en ser at hjelp pasienten ikke har etterspurt og hjelp som ikke oppleves som hjelp i liten grad har effekt.

Det er i forhandlingene mellom brukerkunnskap og fagkunnskap en som ruspasient opplever at en ikke blir hørt og at en ikke når frem. Stian Biong og Marit Borg beskriver at det har utviklet seg et gap mellom fag og erfaring som krever en helhetlig kulturendring, der «økt kontroll for personen, reduserte maktforskjeller, langt større fokus på sosial inkludering og kontakt med lokalmiljøet» må vektles på dagens praksisfelt (Biong & Borg, 2016 s.25).

6 Avslutning

Refleksjoner rundt funn

I denne metasyntesen har jeg sett på ruspasientens opplevelse av eget ettervern, slik den beskrives i ni kvalitative studier. Med utgangspunkt i hvordan de skandinaviske studiene tematiserer bedring har jeg utforsket hvordan et godt ettervern beskrives, hvilke faktorer som fremmer tilfriskning og om brukernes opplevelse av egen ruslidelse kan tenkes å ha betydning for deres opplevelse av bedring.

Etter å ha foretatt analysen ser jeg som Von Greiff og Skorgen i studie 5 at «Paradoxalt nok är det mest påtagliga mönsteret olikheterna mellan de berättelser som ges»(Von Greiff & Skorgen, 2012, s.207). Rusbrukere og ruspasienter utgjør ingen ensartet gruppe, og det gjør heller ikke brukerne av det kommunale ettervernet. Ved å tolke funnene fra primærstudiene opp mot hverandre synes jeg dette ble enda tydeligere, og jeg opplever at spørsmålet om kvalitet i rustjenestene tar en ruspolitisk dreining. Det gode ettervernet handler om brukernes grunnleggende behov for å høre til, det handler om helse, om medbestemmelse, om å komme overens med seg selv og om fattigdom.

Det sistnevnte blir tydelig når brukerne oppgir hvilke type støttetiltak en ønsker og når en ser brukernes sosioøkonomiske bakgrunn opp mot deres opplevelse av bedring. Brukere med tilknytning til arbeidslivet, med høy utdanning, et støttende nettverk, stabil økonomi, egen bolig og få komorbide lidelser kommer seg raskere.

Hvilke faktorer som påvirker utviklingen av rusavhengighet og bedring er komplekst (Stallvik, 2011; Lossius, 2011; Fekjær, 2007; Von Greiff & Skorgens, 2012). Spørsmålet om hvorvidt en kan fremskynde, effektivisere, sette krav til eller måle denne bedringen blir i liten grad tematisert av brukerne. For dem er det å skape den tilliten, aksepten og behandlingsroen som trengs viktigere, og til dels synonymt med rask tilfriskning.

I studiene blir brukernes opplevelser av mestring beskrevet som et mål og en prosess, der helse tilsynelatende fremmer helse. Å erfare at en mestrer hverdagen beskrives som motiverende, myndiggjørende og et mål i seg selv, som strekker seg utover det å bli symptomfri.

Kunnskapsutvikling

I en studie som ser på ruspasientens opplevelse av ettervern og rusmestring er det naturlig å spørre seg om det i det hele tatt er mulig å gjengi og tolke et annet menneskes perspektiv på bedring. Kan funnene snakke på vegne av flere og de ulike lagene med tolkning gi oss ny kunnskap utover den som presenteres i de ulike primærstudiene? Trekk mine tredje grads fortolkninger for langt, og utover det primærstudiene gir belegg for?

Det er også grunn til å stille spørsmål ved hvilken type kunnskap en oppnår om brukernes livsverden ved å tolke den gjennom andres tolkning. Min erfaring er at denne formen for metastudie er grunnleggende hermeneutisk i sin natur, gjennom sine forsøk på å forstå og forklare. Tolkningene utgjør som Nobelit og Hare skisserer et fortolkende alternativ til den akkumulative logikken, der empirien kan evne å gi nye svar gjennom en annen form for perspektivering. En ser også at informantenes tolkning av eget ettervern gir en flyktig og avgrenset forståelse for hvilke behov de har som mennesker i møte med et gjennomregulert hjelpeapparat.

I en tid der brukerperspektivet har blitt dominert av profesjonell og akademisk makt, oppfordrer recoveryforskningen oss til å lytte ydmykt til de utfordringer brukerne står i (Borg, 2009). Dette forskningsidealet har også jeg som forsker forsøkt å støtte meg til, med min begrensede tilgang til deres livsverden.

Veien videre

Da dette er en masteroppgave med begrenset tidslengde, har studiens inkluderingskriterier utgjort en viktig del av studien. Ved et større prosjekt hadde det å se ruspasientens mestring ut fra et livsløpsperspektiv vært spennende. Begrepene på feltet inviterer også slik jeg ser det til en diskursanalyse, der spørsmål som omhandler tilfriskning og ettervern i liten grad har vært tematisert tidligere. Dybdeintervju som utforsker ruspasientens bedringsprosesser og mestringstillit opplevde jeg også som en mangelvare under søkeprosessen, noe som kanskje kunne ha latt seg kombinere med en komparativ vinkling der en ser to ulike kulturer eller behandlingstradisjoner opp mot hverandre.

I etterkant av denne studien har spørsmålet om en bør intensivere dagens behandling eller utvide den dukket opp. Er behandlingen i TSB lang nok? Tidligere var det behandlingens lengde som skilte de ulike omsorgsnivåene fra hverandre, der en nå ser at det

tverrfaglige hjelpeapparatet til en viss grad har redefinert sine grenser - Grensene for egen profesjon, makt og ansvarsområde.

7 Referanseliste

Andersen, D. (2015). Stories of change in drug treatment: a narrative analysis of 'whats' and 'hows' in institutional storytelling. *Sociology of Health & Illness* Vol. 37 No. 5, s. 668-682.

DOI: 10.1111/1467-9566.12228

Andreassen, R., Ekberg, J.I., Gundersen, N.H., Holmen, O.A., Lindeland, T., Mydland, T.S. & Nodeland, S. (2009). Brukerundersøkelse av et utvalg Agderkommuners ettervernstilbud etter institusjonsbehandling for rusavhengighet. Kristiansand: HUSK-Agder.

Andersson, B. (1991). Att förstå drogmissbruk. Praktiken, situasjonen, processen. Lund: Arkiv.

Askheim, O. P. (2016). Recovery-perspektivet: Utfordrende, men utydelig og uavklart. I: A. Landheim, F. Wiig, M. Brendbakken, M. Brodahl & Biong, S. (Red.) *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning ved rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer* (s. 192-202). Oslo:Gyldendal.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy : The exercise of control. New York: Freeman

Berg, R. C. & Munthe-Kaas, H. (2013) Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. *Norsk Epidemiologi* 2013; 23 (2), s.131-139

Biong, S. (2016). Å bli en del av fellesskapet. En analyse av recovery som personlige og sosiale prosesser ved ROP-lidelser. I: A. Landheim, F. Wiig, M. Brendbakken, M. Brodahl & Biong, S. (Red.) *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning ved rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer* (s. 18-27). Oslo:Gyldendal.

Biong, S. & Borg, M. (2016). Hva handler recovery om? I: A. Landheim, F. Wiig, M. Brendbakken, M. Brodahl & Biong, S. (Red.) *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning ved rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer* (s. 18-27). Oslo:Gyldendal.

Bondas, T. & Hall, E.O.C (2007) A decade of metasynthesis research in health sciences: A meta-method study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being.* 2007/ 2, s. 101-113.

Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 46, nummer 5, 2009, s. 452-459.

Brekke, E., Lien, L., Davidson, L., & Biong, S. (2017). First-person experiences of recovery in co-occurring mental health and substance use conditions. *Advances in Dual Diagnosis*, Vol.10 Iss 1 s. 13-24.

Brendbekken, M. (2016). Liv og lære: Posisjonerte perspektiver på bedringshistorier i to fokusgrupper. I: Landheim,A., Wiig, F.L., Brendbekken , M., Brodahl, M. & Biong, S. (Red.) *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning ved rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer.* (s. 146-156). Oslo:Gyldendal.

Britten, B., Campbell, R., Pope, C., Donovan, J., Myfanway, M., Pill, R. (2002). *Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example.* J Health Serv Res Policy, vol 7.

Brumoen, H. (2007). *Vanen, viljen & valget: En psykologibok om avhengighet og mestringsstillit.* Oslo: Gyldendal akademiske.

Cloud, W. & Granfield, R. (2004). *A life course perspective on exiting addiction: The relevance of recovery capital in treatment.* Hentet fra:
https://www.researchgate.net/publication/254377556_Natural_Recovery_from_Substance_Dependency.

Critical Appraisal Skills Programme (2017, 1.juli). Qualitative Research Checklist, CASP. Hentet 10.september 2017 fra <http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>.

Dahle, K.A., & Iversen, H.H. (2011). *Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling?* Oslo: Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten.

Dahl, S.L (2012). Sensitive tema og hårsåre informantar som metodologiske utfordringar i kvalitativ forskning. *Sosiologisk tidsskrift*, 2012(01), s.7-26.

Dalsbø, T.K, Steiro, A. og Høie, B. (2009). Er kjønnssegregert rusbehandling det beste for rusavhengige kvinner? Notat. Oslo: Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten.

Det kongelige Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)* . (Prop. 15 S, 2015-2016. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/sec1>

- Dixon-Woods, M., Sutton, A., Shaw, R., Miller, T., Smith, J., Young, B., Bonas, S., Booth, A. & Jones D. (2007).** Appraising qualitative research for inclusion in systematic reviews: A quantitative and qualitative comparison of three methods. *Journal of Health Services Research & Policy* 2007, s. 42-47.
- Duckert, F., Lossius, K., Ravndal, E. & Sandvik, B. (2008).** *Kvinner og alkohol*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ekeland, T.J & Heggen, K. (2010).** Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk? I: Ekeland, T.J & Heggen, K. (Red.) *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?* (s.13-28). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ekeland, T.J & Heggen, K. (Red.) (2010)** *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fekjær, H. O. (2007)** *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Finfgeld, D (2003).** Metasynthesis: The state of the art - so far. *Qualitative Health Research* 2003.13. s, 893-904. DOI: 10.1177/1049732303253462.
- Folkehelseinstituttet (2014).** Folkehelse rapporten- Helsetilstanden i Norge. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
- Grønli, K. S. (2003).** Slåss for gratis tilgang til forskning. Hentet 12 november 2017 fra: <https://forskning.no/om-forskning-boker-forskningsfinansiering-forskningsformidling-internett-forskningspolitikk-stub>
- Hatlebakk, I. M. (2014).** Rusbehandling – mye i privat regi. *Samfunnspeilet*, 2/2014. Hentet 12 november 2017 fra: https://www.ssb.no/helse/artikler-og-ublikasjoner/_attachment/173928?_ts=14597b6ae58
- Haugum, M., Holmboe, O., Iversen, H.H. & Bjertnæs, Ø.A. (2016).** Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2015. PasOpp-rapport nr. 1 – 2016. Hentet frå: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb.resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse-i-2015>
- Heggen, K. (2010).** Rammer for meistring I: Ekeland, T.J & Heggen, K. (Red.) *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?* (s.13-28). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Forslag til begrepsbruk på rusfeltet. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/seksjon?Tittel=forslag-til-begrepsbruk-pa-10310>

Helsedirektoratet (2014). Sammen om mestring Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjeneste. Hentet fra : <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>

Helsedirektoratet (2017). Brukermedvirkning. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet (2016). Norsk pasientregister. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/norsk-pasientregister-npr>

Helsedirektoratet (2015). SAMDATA Spesialisthelsetjenesten. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven). Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse- og omsorgstjenesteloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse-og%20omsorgstjenesteloven).

Hilte, M. (1990). *Droger och disciplin: En fallstudie av narkomanvård i Malmö*. Arkiv förlag/A-Z förlag.

Hofmann, B. (2003). *Trenger helsevesenet begrepet sykdom?* Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/672957/>

Holst, C. (u.å). «Deltakar og tilskodar». *Sosiologien*. Hentet 12 november 2017 fra: <http://sosiologen.no/hva-er-sosiologi/deltakar-og-tilskodar/>

Hyden, L.C. (1995). *The rhetoric of recovery and change*. *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol. 19 No. 1, s. 73-90. DOI: 10.1007/BF01388249

Järvinen, M., & Andersen, D. (2009) *The making of the Chronic Addict*. *Substance Use & Misuse*, Vol.44(6), s.865- 885. DOI: 10.1080/10826080802486103

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.) Oslo: Abstrakt forlag.

Karolinska institutet (2017). Vad är nyttan med MeSH-termer. Hentet 12 november 2017 fra <https://mesh.kib.ki.se/>

Kinn, L. G., Holgersen, H., Ekeland, T.J., & Davidson, L. (2013). Metasynthesis and bricolage: an artistic exercise of creating a collage of meaning. *Qualitative Health Research*.2013, Vol.23(9), s. 1285-1292. DOI: 10.1177/1049732313502127

Kadden, R.M. & Litt, M.D. (2011). The Role of Self-Efficacy in the Treatment of Substance Use Disorders. *Addict Behaviors*. 2011 Dec; 36(12), s. 1120–1126. DOI: 10.1016/j.addbeh.2011.07.032

Kristensen, Ø. & Vederhus, J.K. (2006). *High effectiveness of self-help programs after drug addiction therapy*. *BMC Psychiatry*, 01 august 2006, Vol 6(1), s.35. DOI: 10.1186/1471-244X-6-35

Kristiansen, A., & Svensson, B. (2005). En nedrustad narkomanvård ur brukarnas perspektiv. *Nordisk sosialt arbeid* 25 (3), s 220-230.

Kohl, K.S., Lue Kessing, M., Fynbo, L., Andersen, D., Schmidt, A., Nyholm Jensen, M. & Carøe Munkholm, M. (2016). Stofmisbrugsområdet i et brugerperspektiv, SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd. København: SFI.

Kunnskapsdepartementet. (2003). *Forskning på rusmiddelfeltet*. (NOU 2003:4). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47, 2008-2009) Hentet fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1?q=samhandlingsreformen#match_0

Kunnskapsdepartementet. (2014). *Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter* (St.meld 19, 2014-2015) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/sec1>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Kvalsund, R (2017). Bruk av teori i forskningsarbeidet. Upublisert manuskript, Høgskulen i Volda.

Landheim, A., Wiig, F.L., Brendbekken, M., Brodahl, M. & Biong, S. (Red.). (2016). *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning ved rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer*. Oslo:Gyldendal.

Lander, I. (2003). Den flygande maran. En studie av åtte narkotikabrukande kvinner i Stockholm. Edsbruk: Academitryck. Hentet fra: <http://su.diva-portal.org/smash/get/diva2:198985/FULLTEXT01.pdf>

Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. Hentet fra: https://www.researchgate.net/publication/232477357_Research_Summary_of_the_Therapeutic_Relationship_and_Psychotherapy_Outcome

Larsen, L.N. (2012). *Empowerment – bare et moteord eller relevant i rusomsorgen?* Batcheloroppgave, Haraldsplass diakonale Høgskole, Bergen. Hentet fra : <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/95868>

Laska, K. & Wampold, B. E.(2014). Ten Things to Remember About Common Factor Theory. *Psychotherapy*, 51(4), s. 519-524. Hentet fra: <http://psycnet.apa.org.hvo-ezproxy-01.hivolda.no/fulltext/2014-49367-007.html>

Laudet, A.(2013). Life in recovery. Report on the Survey Findings. Hentet fra: <http://www.williamwhitepapers.com/pr/Life%20in%20Recovery%20Survey%20Study%202013.pdf>

Lauveng, A. (2016). Vi må slutte å behandle samtidig rus og psykisk lidelse – Vi skal behandle mennesker. I: Landheim,A., Wiig, F.L., Brendbekken, M., Brodahl, M. & Biong, S. (Red.) *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning ved rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer*. (s. 171-174). Oslo:Gyldendal.

Lossius, K. (red.). (2011). *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

McIntosh, N. & McKeganey, J. (2000). The Recovery from Dependent Drug Use: addicts' strategies for reducing the risk of relapse. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 01 January 00, Vol.7(2), s.179-192.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Malterud, K.** (2017). *Kvaliativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Melberg, H.O., Lauritzen, G. & Ravndal, E.** (2003). *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?* Statens institutt for rusmiddelforskning. Rapport 4/2003. Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/sirusrap.4.03.pdf>
- Miller, W. & Carroll, K.**(Red.). (2006). *Rethinking substance abuse. What the Science Shows, and What We Should Do about it*. New York: Guilford Publications, Inc.
- Moos, R.H. & Moos, B.S.** (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, 2006;101(2), s.212–222.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.** (2009). Slik oppsummerer vi forskning – Håndbok fra Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/slik-oppsummerer-vi-forskning>
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid** (2014). Recovery som en sosial prosess. Hentet 17 oktober, fra: <https://www.napha.no/content/14836/Recovery-som-en-sosial-prosess>
- Ness, O., Borg, M., & Davidson, L.** (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*, Vol. 7 Iss 3. s., 107 – 117. DOI:10.1108/ADD-02-2014-0007
- Noblit, G.W, & Hare, R.D.** (1988). *Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies*. Sage publications.
- Nordfjærn, T., Rundmo, T., & Hole, R.** (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2010,17. s., 46-64.
- Nylenna, M.**(2016). Ettervern. I: Store norske leksikon. Hentet 5. desember 2017 frå <http://www.snl.no>.
- Pasient- og brukerrettighetsloven.**(2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter .(Pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Pedersen, W.** (2006). *Bittersøtt. Ungdom/sosialisering/rusmidler*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G. & Walshe, K** (2005). Realist review-a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy*. 2005 Jul;10 Suppl 1, s.21-34.
- Regjeringen.** (2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet*. (Prop. 15 S, 2015–2016). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>
- Reinås, K.** (s.a). Vedrørende språkbruk på alkohol- og narkotikaområdet. Nordens välfärd center. Hentet fra: <http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/28890/Vedr%C3%B8rende%20spr%C3%A5kbruk%20p%C3%A5%20alkohol-%20og%20narkotikaomr%C3%A5det.pdf>
- Royo, C., Villavicencio-Chávez, C., Tomás-Sábado, J., Mahtani, V. & Balaguer, A.** (2012). What Lies behind the Wish to Hasten Death? A Systematic Review and Meta-Ethnography from the Perspective of Patients. *PloS one*. 7. e37117. 10.1371/journal.pone.0037117. DOI:10.1371/journal.pone.0037117.g001
- Sandelowski, M., Docherty, S. & Emden, C.** (1997). *Focus on Qualitative Methods*. Qualitative Metasynthesis: Issues and Techniques. *Research in Nursing & Health*, 1997/20, s. 365–371.
- Saini, M. & Shlonsky, A.** (2014). Systematic synthesis of qualitative research. *Qualitative Social Work*, 2014, Vol.13(2), s.321-324. DOI: 10.1177/1473325014521334a
- Schreiber, R., Crooks, D. & Stern, P.N.** (1997). Qualitative meta-analysis. I: J.M. Morse. *Completing a qualitative project: Details and dialogue*. S, 311-326. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Shaffer, H.J.** (1997). The most important unresolved issue in the addictions: Conceptual chaos. *Substance use & misuse*. September 1997, Vol.32(11), s.1573-1580 .
- Skatvedt, A. & Scheffels, J.** (2012). Virksom uvirksomhet? Pauser som arenaer for følelsesmessig berøring og biografisk bevegelse. *Sosiologi i dag*, 2012, Årg. 42, nr. 1, s.37-56.
- Sosialtjenesteloven.**(2009). Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

(Sosialtjenesteloven). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131?q=Sosialtjenesteloven>

Stallvik, M. (2011). *Biopsykososial tilnærming til rusavhengighet*. Rusfag nr 1, 2011. Hentet 1. september 2017 fra: <http://kompetansesenterrus.no/file/rusfag-2011biopsykososialtilnerming.pdf>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2013). *National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS-2013)* Hentet fra: <http://datafiles.samhsa.gov/study/national-survey-substance-abuse-treatment-services-n-ssats-2013-nid13626>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2016). *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424846/>

Svensson, B. (1996). *Pundare, jonkare och andra. Med narkotikan som följeslagare*. Carlsson Bokförlag. Hentet fra: [http://portal.research.lu.se/portal/en/publications/pundare-jonkare-och-andra-med-narkotikan-som-foeljeslagare\(00d6e325-47a8-4837-8366-843dea2a740a\)/export.html](http://portal.research.lu.se/portal/en/publications/pundare-jonkare-och-andra-med-narkotikan-som-foeljeslagare(00d6e325-47a8-4837-8366-843dea2a740a)/export.html)

Svendsen, L. F. H. (2008). Ikke ett menneske oppfyller WHO's kriterier for god helse. Hentet fra: <https://www.dagbladet.no/magasinet/ikke-ett-menneske-oppfyller-whos-kriterier-for-god-helse/66476933>

Thomas, J. & Harden, A. (2008) Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology* 2008;45. DOI: 10.1186/1471-2288-8-45

Thorne, S., Jensen, L., Kearney, M.H., & Sandelowski, M. (2004). Qualitative Metasynthesis: Reflections on Methodological Orientation and Ideological Agenda. *Qualitative health research*, Vol. 16 No. 10, December 2006, s. 1350-1370. DOI: 10.1177/1049732306294274

Titus, J.C, Dennis, M., White, W. L., Scott, C. & Funk, R.R. (2003). Gender Differences in Victimization Severity and Outcomes Among Adolescents Treated for Substance Abuse. *Child Maltreatment*, 2003, Vol.8(1), s.19-35.

Tuntland, H. (2009) *Systematisk vurdering av forskningsfunn*. Ergoterapeuten 01.

Von Greiff, N., & Skogens, L. (2012). Förändringsprocesser i samband med missbruksbehandling - vilka faktorer beskriver klienter som viktiga för att initiera och bibehålla positiva förändringar? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 29(1), s.195-209.

Von Greiff, N., & Skogens, L. (2017). Positive processes of change among male and female clients treated for alcohol and/or drug problems. *Journal of Social Work*, 2017, Vol. 17(2) s.186-206. DOI: 10.1177/1468017316638576.

Weisner,C., Ray, G.T., Mertens, J.R., Satre,D.D & Moore,C. (2003). Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. *Drug Alcohol Depend.* Sept 10;71(3). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12957346>

Tabell 2 Fakta om primærstudiene

	1 Nordliern, Randmo & Hole	2 Dable & Iversen	3 Brekke, Lien, Davidson & Biong	4 Von Greiff & Skorgens (2017)	5 Von Greiff & Skorgens (2012)	6 Svensson & Kristiansen	7 Andersen	8 Jarvinen & Andersen	9 Kohl, Lue Kessing, Fynbo, Andersen, Schmidt, Nyholm Jensen & Cargø Munkholm.
Tittel	Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction.	Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling?	First-person experiences of recovery in co-occurring mental health and substance use conditions.	Positive processes of change among male and female clients treated for alcohol and/or drug problems	Förändrings-processer i samband med missbruksbehandling - vilka faktorer beskriver klienter som viktiga för att initiera och bibehålla positiva förändringar?	En nedrustad narkomanvård ur brukarnas perspektiv.	Stories of change in drug treatment: a narrative analysis of 'whats' and 'hows' in institutional storytelling.	The Making of the Chronic Addict.	Stofmisbrugsområdet i et brukersperspektiv
Utvalg	13 7 kvinner-6 menn (7 fullførte behandlingen og 6 ikke) Alder:22-47 år	13 7 kvinner-6 menn. 3 institusjoner. Alder: 16-63 år	8 4 kvinner-4 menn. Alder:20-70 år. Dobbeldiagnose.	90 45 kvinner-45 menn. (Bygger på utvalget i studie nr 5, men justert for kjønn.) 5 institusjoner	40 9 kvinner-31 menn. Alder: 21-70 år. Alle med «positiv forandring».	45 10 kvinner-35 menn. Gi.sn alder: 34,9/35,7	24 Alder: 16-27 år. 15 behandlere og 24 ungdommer er intervjuet. Miljø og samtalegrupper analysert. 2 institusjoner.	30 8 kvinner-22 menn 6 behandlings-sentere. Metadon-behandling. Journaler fra metadonprogrammet i København (2007)	72 av 106 32 kvinner-40 menn Alder: 15-67 år. 3 delt-studie:23 unge-49 voksne og 34 som ikke søker seg til behandling. I metasynesen inkluderer ikke de 34 som ikke har søkt seg til behandling.
Inkluderings-kriterier	Ar: 2010. Fagfellevurdert. Land: Norge Brukerperspektiv.	Ar: 2011 Fagfellevurdert. Land: Norge Brukerperspektiv	Ar: 2016 Fagfellevurdert. Land: Norge Brukerperspektiv	Ar: 2017 Fagfellevurdert. Land: Sverige Brukerperspektiv	Ar: 2012. Fagfellevurdert. Land: Sverige Brukerperspektiv	Ar: 2005 Fagfellevurdert. Land: Sverige Brukerperspektiv	Ar: 2015. Fagfellevurdert. Land: Danmark Brukerperspektiv.	Ar: 2009 Fagfellevurdert. Land: Danmark Brukerperspektiv.	Ar: 2016 Fagfellevurdert. Land: Danmark Brukerperspektiv.
Data-innsamling	Intervju.	Intervju og spørreskjema.	Intervju.	Intervju.	Intervju.	Intervju, feltaarbeid på sporyterom og fokusgrupper.	Intervju og etnografisk feltaarbeid.	Intervju og tekstanalyse.	Intervju.
Hovedfunn	Relasjonen til medpasienter og terapeuter er sentral for tilbakefall og opplevd effekt av behandlingen.	a)Trygger rammer og god motfaktelse. b)Respektert. c)Tilgjengelig og meningsfull hjelp. d) God oppfølging etter utskriving.	a)Føle seg nyttig og akseptert. b)Å mestre livet. c)Lære å like seg selv. d)Å «våkne» som person. (min oversettelse)	Menn oppgir at de blir mer sensitive, og endrer tankemønstre. Kvinner sier de blir mer aktive, får bedre mental helse og kontakt med egne barn.	Ulke faktorer fremmer bedring og mestring på ulike tidspunkt i prosessen. Skisserer rusmestring i 2 deler: Initiertingsfasen og vedlikeholdsløsen.	Byråkrat og økonomi vektet over brukermedvirkning og fagkunnskap.	«Storytelling»/ endringshistorier utgjør hjernesteinene av hjelpeapparatet. Historiene forklarer fortid og konstruerer fremtid.	Forventninger om bedring og fagspråket vårt kommuniserer «naming people and their problems is the same as changing them»	Det som oppgis å fremme mestring er om hjelpen er behovstilpasset, en får en fast kontaktperson i hjelpeapparatet/ tilknyttet hjemmet og om hjelpen er «flerstrengt».