



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2023 30 stp
Fakultet for landskap og samfunn

Personer med tidligere ruslidelser sin opplevelse av risikoen for tilbakefall

People with former substance use disorders'
experience of the risk of relapse

Sara Sundan
Master i folkehelsevitenskap

Innhold

Forord.....	4
Sammendrag	5
Abstract	6
Innledning.....	7
Formål og problemstilling	8
Bakgrunn	8
Rusavhengighet	8
Behandling og ettervern.....	9
Spesialisthelsetjenesten	9
Recovery og tilbakefallsforebygging.....	11
Rusmiddelbruk som samfunns- og folkehelseutfordring	11
Helsetap og tidlig død.....	11
Politiske intensjoner og lovregulering.....	12
Risiko for tilbakefall	12
Tidligere forskning på risiko for tilbakefall	14
Teori.....	17
Endringshjul.....	17
Mestringstro	19
Stigmatisering.....	20
Metode.....	22
Kvalitative intervju.....	22
Forforståelse.....	23
Rekruttering og informanter	23
Informantene.....	24
Intervjuguide	25
Prosess for innsamling av data	25
Transkribering.....	25
Analyse av data.....	26
Metodiske overveielser	27
Etikk	28
Presentasjon av funn.....	29
De viktige møteplassene	30
Kjenne egne styrker og svakheter	32
Vil ikke tilbake til det livet	35
Å bli møtt som et menneske	37

Elendig ettervern	39
Diskusjon	41
Livslang sykdom – alltid ha kontroll på triggerne.....	41
Ikke mulig å klare dette selv.....	45
Møteplasser som ettervern.....	46
Bare en narkoman	47
Styrker og svakheter ved studien.....	50
Oppsummering.....	51
Litteraturliste.....	53
Vedlegg 1 – Intervjuguide.....	61
Vedlegg 2 – Samtykkeskjema	63

Forord

Da var den fine og spennende tiden som student ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet over. Tiden her i Ås har gått uvirkelig fort, men utrolig mange gode minner og ny lærdom blir med videre. Denne masteroppgaven representerer avslutningen for min mastergrad i folkehelsevitenskap ved NMBU. Selv om veien til en ferdig masteroppgave har vært lang og til tider kronglete, har det vært veldig spennende og lærerikt.

Jeg ønsker å rette en stor takk til mine informanter som har tatt seg tiden og bryet til å bli intervjuet. Tusen takk for at dere åpnet dere og delte deres opplevelser med meg, det har vært utrolig fint, rørende, spennende og lærerikt. Denne studien hadde ikke vært gjennomførbar uten dere.

Jeg er ekstremt takknemlig for min veileder Kariann Krohne, som har hjulpet meg gjennom alle disse månedene, det hadde blitt ekstremt vanskelig uten henne. Hun har bidratt med godt faglig innhold, tatt seg tid, hjulpet meg da jeg har suttet fast, vært optimistisk og støttet meg hele veien. Tusen takk for ekstremt god hjelp, som har vært veldig nyttig for meg. Hadde ikke klart dette uten den gode hjelpen fra deg.

Til slutt vil jeg si tusen takk til min fine familie og gode venner som har støttet meg, hatt troen på meg og lyttet da det har kommet utfordringer på veien. Dere har vært viktige og gode støttepersoner i denne prosessen.

Ås, mai 2023

Sara Sundan

Sammendrag

Bakgrunn: Blant de viktigste risikofaktorene for helsetap og tidlig død i Norges befolkning er alkohol- og narkotikabruk. Rusmiddelidelser har store helse- og samfunnsmessige konsekvenser både for den enkelte og de pårørende. Prosentandelen for hvor mange som opplever et tilbakefall etter endt behandling er høye. Det er spesielt risiko for tilbakefall etter en pause fra rusmidler, eller etter endt behandling og det er også her overdosedødsfallene er størst.

Formål: Det er mye forskning på rusforebygging og -behandling, men langt mindre på ettervern og oppfølging av personer med risiko for tilbakefall. Formålet her er derfor å undersøke hvordan personer med tidligere ruslidelser opplever å leve med en risiko for å få tilbakefall.

Metode: I studien er det brukt kvalitativ metode, hvor det er blitt gjennomført individuelle semistrukturerte intervjuer av fem personer med en tidligere ruslidelse. Datamaterialet er analysert ved hjelp av Malteruds systematiske tekstkondensering. Funnene blir drøftet opp mot teoretiske perspektiver, tidligere forskning og litteratur.

Resultat: Gjennom analysen kommer det frem at informantene opplever å være sårbare for tilbakefall. Informantene beskriver ulike triggere og måter som de håndterer dem på. Hovedsakelig er triggerne knyttet til negative følelser og sanseinntrykk. De fremhever flere viktige faktorer for å opprettholde rusfrihet, som å ha et rusfritt nettverk, være bevisst på egne triggere og ha strategier for å håndtere disse, vite at rusavhengighet er en livslang sykdom og ha null toleranse for rusmidler.

Oppsummering: Funnene i studien viser at informantene er redde for å få et tilbakefall, enda etter mange år som rusfrie. Det kommer frem at de er klar over at dette er en livslang sykdom og at de derfor er ekstra sårbare for tilbakefall. Dette er ikke noe de går rundt og tenker på i det daglige liv, men de har alltid garden oppe. De er veldig bevisste på egne triggere og hvordan de skal håndtere disse. Funnene viser også at de opplever at det blir lettere og lettere å håndtere russetet med årene. Informantene erfarer at ettervern og oppfølging etter behandling er svært dårlig, og de bruker heller møteplasser som er organisert gjennom frivillige organisasjoner. Disse møteplassene har blitt viktige for dem for her blir de møtt som et likeverdig menneske. Alle har opplevd stigmatisering, noe de mener bidrar til at man ikke tørr å spørre om hjelp og at tilretteleggingen av hjelp blir dårligere. Stigmatisering forekommer også etter at de har blitt rusfrie.

Abstract

Background: Among the most important risk factors for health loss and early death in the Norwegian population are alcohol and drug use. Substance use disorders have significant health and societal consequences for both individuals and their relatives. The percentage of individuals who experience a relapse after completing treatment is high. There is a particularly high risk of relapse after a break from drugs, or after completing treatment, and this is also when overdose deaths are most common.

Purpose: There is a lot of research on prevention and treatment of substance abuse, but much less on aftercare and follow-up of individuals at risk of relapse. The purpose of this study is therefore to investigate how individuals with a history of substance abuse experience living with the risk of relapse.

Method: The study used a qualitative approach, where individual semi-structured interviews were conducted with five individuals with a history of substance abuse. The data was analyzed using Malteruds Systematic Text Condensation. The findings are discussed in relation to theoretical perspectives, previous research, and literature.

Result: Through the analysis, it emerges that the informants feel vulnerable to relapse. The informants describe various triggers and how they deal with them. Mainly, triggers are linked to negative emotions and sensory impressions. They highlight several important factors for maintaining drug-freedom, such as having a drug-free network, being aware of your own triggers and having strategies to deal with them, knowing that drug addiction is a lifelong disease and having zero tolerance for drugs.

Summary: The findings illustrate that the informants are afraid of relapse, even after many years of being drug-free. It appears that they are aware that this is a lifelong illness and that they are therefore extra vulnerable to relapse. This is not something they go around and think about in their daily lives, but they always have their guard up. They are very aware of their own triggers and how to deal with them. The findings also show that they feel that it becomes easier to deal with the triggers over the years. The informants experience that aftercare and follow-up after treatment is very poor, and they rather use meeting places organized through voluntary organizations. These meeting places have become important to them because here they are met and seen as an equal human being. Everyone has experienced stigmatization, which they believe contributes to people not daring to ask for help and to the fact that the provision of help is poorer. Stigmatization also occurs after they have become drug-free.

Innledning

Rusmiddelbruk er et folkehelseproblem og en av de viktigste risikofaktorene for dødsfall og tapte friske leveår i Norges befolkning (Husby, 2020). Folkehelseloven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller, hvor forebygging av rusmiddelbruk og tilbakefall vil få en stor folkehelsegevinst (Regjeringen, 2021). Rusmiddelpolitikken har et overordnet mål om å redusere negative konsekvenser som rusmiddelbruket fører til for både individet selv, de pårørende og samfunnet. Mennesker som har problemer knyttet til rusmidler har rett på et verdig liv, med tilgang til både god behandling og oppfølging, mulighet til deltakelse i arbeid og tilgjengelighet til meningsfulle aktiviteter. Innenfor det helsefremmende og forebyggende arbeidet på rusfeltet har kommunen en sentral rolle, hvor de skal sørge for faglig forsvarlig og nødvendige helse- og omsorgstjenester (Regjeringen, 2022).

Folkehelseinstituttet anslår ut fra ulike undersøkelser, at hver tiende til hver femte nordmann vil få en form for ruslidelse i løpet av livet (Strand, 2022). Rusmiddellidelser har store helse- og samfunnsmessige konsekvenser både for den enkelte og de pårørende. Kostnadene til psykisk helsehjelp, rusbehandling og somatisk behandling er store, i tillegg er personer med slike lidelser sjeldent i arbeid (FHI, 2019). I 2020 var 32 500 personer til behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Helsedirektoratet, 2020), men det finnes ingen sikre tall på hvor stor del av befolkningen som er blitt rusfrie og hvor mange av disse som opplever tilbakefall.

I Norge har vi flere behandlingstilbud for personer med ruslidelser, men det er et mindre etterverns tilbud for mennesker som prøver å opprettholde en rusfri hverdag etter endt behandling (Sjåfjell, 2018). Personer som har hatt en ruslidelse lever med en risiko for å få tilbakefall. Av de som har fått behandling for sin ruslidelse vil 40-70 % oppleve tilbakefall etter relativt kort tid etter utskrivelse fra behandling (Korus, 2019). Den store variasjonen i antall som opplever tilbakefall kan forklares med at det er ulike definisjoner av hva et tilbakefall er, men også hvordan opplysningene om tilbakefallet er hentet inn. Det høye antallet tilbakefall indikerer hvor viktig etterverns ordninger er i overgangen fra behandling til utskrivning. Godt og systematisk ettervern kan sannsynligvis bidra til å redusere tilbakefall.

I denne studien undersøker jeg hvordan mennesker som har kommet seg ut av en rusavhengighet opplever risikoen for å få et tilbakefall. Jeg ønsker også å undersøke hva de opplever som triggerer for å få et tilbakefall og også hvordan de håndterer disse triggerne.

Formål og problemstilling

Jeg ønsker å se nærmere på hvordan det er for personer med tidligere ruslidelser å leve med risikoen for å få et tilbakefall. I denne oppgaven vil jeg ikke skille mellom legal og illegal rusmiddelbruk. Det betyr at jeg inkluderer både alkohol og narkotika når jeg skriver om rusmidler og rusmiddelbruk.

Hovedproblemstillingen min er:

Hvordan opplever personer med tidligere rusmiddellidelser risikoen for tilbakefall?

Med underspørsmål om:

Hva erfarer de som trigger for tilbakefall og hvordan håndteres disse?

Jeg håper at jeg gjennom denne oppgaven kan belyse faktorer som kan hindre tilbakefall, hva som kan være trigger for personer med tidligere ruslidelser og hvordan de håndterer ulike trigger.

Bakgrunn

Rusavhengighet

Under begrepet rusmidler ligger alkohol, vanedannende legemidler som kan være smertestillende (opioider), sovemidler og angstdempende legemidler. Videre har vi illegale rusmidler som omhandler stoffer som er registrert i legemiddelverkets narkotikaliste. De illegale rusmidlene kan deles inn i cannabis, opioider (heroin, morfin), sentralstimulerende rusmidler (amfetamin, matamfetamin, kokain), hallusinogener (LSD), sniffestoffer og gammahydroksybutyrat/GHB (Helsedirektoratet, 2018).

Mange mennesker bruker rusmidler uten at det oppstår en avhengighet eller andre problemer, disse assosierer ofte rusmidler med glede og gode følelser. Mens andre utvikler en rusmiddelavhengighet eller får andre negative problemer i forbindelse med rusmiddelbruk. Det finnes flere diagnoser som er knyttet til rusmiddelbruk. Om rusmiddelbruket fører til helseskader får man diagnosen «skadelig bruk». Et overordnet begrep for skadelig bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet er rusmiddellidelser. Et skadelig forbruk vil si at man har fått fysiske eller psykiske helseplager grunnet bruk av rusmidler, dette gjelder både akutte helseplager og plager over en lengre periode (Bramness, 2014). Diagnosen «rusmiddelavhengighet» får man dersom en mister kontrollen over eget bruk, utvikler toleranse og på tross av negative konsekvenser fortsetter rusmiddelbruket.

Rusmiddelavhengighet er når personen har vansker med å kontrollere eget bruk og har et sterkt behov for å innta rusmiddelet. Når en person er rusavhengig vil en fortsette bruken av rusmidler, uansett om det har skadelige konsekvenser. Han eller hun bortprioriterer andre forpliktelser og aktiviteter til fordel for rusmiddelinntak (Bramness, 2014).

En avhengighet fører ofte til et behov for økende dose, ettersom at toleransen for rusmidler stiger jo mer en bruker det. Når en rusavhengig person opphører fra rusmidler i en periode, vil det kunne oppstå avvenningssymptomer, altså abstinenser. Disse symptomene varierer ut fra hvilke rusmidler en bruker og hvor mye en bruker, men dette er med på å gjøre det vanskeligere å holde seg rusfri (Bramness, 2014). Abstinenssymptomene som oppstår når en slutter med et avhengighetsskapende stoff, kan være kvalme, frysninger, uro, sanseforstyrrelser, hodepine, hjertestans og puls- og blodtrykksforandringer. En kan også få symptomer som psykisk utmattelse, psykoser, selvmordstanker og nedstemthet (Mestringshusene, u.å).

Behandling og ettervern

I Norge har vi flere ulike behandlingsmuligheter og metoder for å hjelpe rusavhengige. Alle kommuner har ansvar for å følge opp mennesker som søker hjelp grunnet et rusproblem. De ansatte i kommunene bidrar med råd og veiledning, og kan også ha terapeutiske samtaler. De ansatte i kommunen kan også henvise personene videre til spesialisthelsetjenesten, hvor man kan få tilbudt behandling (Helsenorge, 2021). Temaet for denne studien er risiko for tilbakefall, hvor det også er viktig å ha litt bakgrunnskunnskap knyttet til rusavhengighet, behandling og ettervern. Jeg skal derfor i dette kapitlet komme kort inn på noen av tilbudene vi har for mennesker med rusproblemer i Norge.

Spesialisthelsetjenesten

Ansatte i kommunen og fastlege kan henvise personer med rusproblemer til spesialisthelsetjenesten, også kalt tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Om en person får rett til behandling vil rusproblemet og funksjonsevne på ulike livsområder kartlegges. Det vil også kartlegges for andre psykiske eller fysiske lidelser. Deretter vil behandlingen avhenge av personens situasjon og hvilke mål en ønsker å nå. Generelt vil behandlingen bestå mye av å tilegne seg mestringsteknikker for å motivere til å slutte med rusmidler eller å kunne kontrollere bruken av rusmidler (Helsenorge, 2021). Behandlingen i tverrfaglig spesialisert rusbehandling omfatter avrusning, kartlegging/utredning, poliklinisk behandling, dagbehandling, døgnbehandling og ambulerende oppfølging/behandling (Helsedirektoratet,

2022). Man kan få behandling enten ved poliklinisk behandling eller døgnbasert behandling, dette avhenger av hvor omfattende problemet er. Behandlingen skal være individuelt tilpasset. Alt av rusbehandling skal bidra til å forebygge tilbakefall og også følge opp sosiale, psykologiske og medisinske utfordringer (Helsenorge, 2021). For å hindre tilbakefall skal det legges vekt på overgangen mellom de ulike delene av et behandlingsforløp, hvor man sammen med pasient skal utvikle strategier for å hindre tilbakefall og avbrudd i behandling (Helsedirektoratet, 2022). Selv om det skal legges stor vekt på å hindre tilbakefall etter endt behandling, kommer det stadig frem i undersøkelser at det er et manglende ettervern for mennesker som kommer ut av behandling og som ønsker å opprettholde rusfriheten (Folkehelseinstituttet, 2017).

LAR – legemiddelassistert rehabilitering

En behandlingsform som tilbys til personer som er avhengig av morfin eller heroin er legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Dette er en del av den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen i spesialhelsetjenesten og tilbys i kombinasjon med andre rehabiliteringstiltak. Formålet er å øke livskvalitet og endre livssituasjonen gjennom en bedring av mestrings- og funksjonsnivå til mennesker som er opioidavhengige. Det vil også kunne bidra til å redusere skader og overdosedødsfall. Forskningen viser også at LAR har bidratt til å redusere dødstall og hindret tilbakefall. Det viser seg også å ha bidratt til å minske kriminalitet i samfunnet (Helsenorge, 2022).

Medikamenter i alkoholforebygging

Det finnes også flere medikamenter som kan bidra til å gjøre det enklere å avstå fra alkoholinntak og også hindre tilbakefall, men effekten er ikke like godt dokumentert som blant annet LAR er. Naltrekson er en medisin som kan bidra med å minske trangen man har til å drikke alkohol. Behandlingen anbefales å vare i minst tre måneder, hvor man også kan ta medikamentet ved behov de dagene det er større risiko for alkoholinntak. Et annet medikament som har vist seg å være effektivt er nalmefen. Denne tar man ved behov for å kunne redusere det totale alkoholinntaket og også minske dager med stordriking. En medisin som brukes etter en eventuell avrusning er akamprosot som vil kunne redusere antall drikkedager og bidra til opprettholdelse av avholdenhet. En annen medisin som er brukt i mange år er disulfiram, også kalt antabus. Dette er en medisin som gjør individet kvalm og uvel ved inntak av alkohol. Et av problemene med dette medikamentet er at personer slutter å ta det for å kunne drikke (NHI, 2023).

Recovery og tilbakefallsforebygging

Recovery er et begrep som står sentralt i rusomsorgen, og flere kommuner i Norge jobber recovery-orientert med personer som har utfordringer knyttet til rus og psykisk helse. Napha (2010) skriver at det ikke finnes noen gode oversettelser av dette engelske ordet, men at flere velger å bruke begrepet «å komme seg», selv om andre igjen mener dette beskriver innholdet i recovery begrepet dårlig. Oversettelsen «å komme seg» beskriver kun prosessen fra syk til frisk, mens recovery egentlig handler om hvordan man håndterer livet på tross av symptomer og plager som kommer og går, og hvor man også opplever å måtte starte livet på nytt. I denne oppgaven anvender jeg begrepet recovery.

Recovery er en prosess som er både personlig, relasjonell og sosial. Viktige forhold i recovery er helse og velvære, tilhørighet og deltagelse på de ulike samfunnsarenaene, personlig og sosial identitet, støtte fra omgivelser og det å ha gode materielle forhold. Tidligere definisjoner la mer vekt på at recovery er en personlig prosess, hvor det skjer en endring med hvert enkelt individ. Men senere definisjoner viser at familiemedlemmer, andre støttepersoner, rusfiremøteplasser, AA/NA-møter og også ansatte i helse- og omsorgstjenesten har en stor og avgjørende rolle. En kan ikke oppleve en recovery-prosess alene. Det skiller mellom recoveryfremmende og recoveryhemmende miljøer og personer (Napha, 2010).

Rusmiddelbruk som samfunns- og folkehelseutfordring

Helsetap og tidlig død

Blant de viktigste risikofaktorene for helsetap og tidlig død i Norges befolkning er alkohol- og narkotikabruk. Risikoen for sosiale problemer øker ved en rusmiddellidelse og eksempler på årsaker til tilbakefall kan være arbeidsledighet, økonomiske problemer, bosted, ensomhet, isolasjon, ødelagte relasjoner, nettverk, avbrutt behandling eller kortvarig behandling og psykiske problemer (Mestringshusene, u.å). Det vil også kunne føre til dårligere livskvalitet og helse hos blant annet pårørende som barn, ektefeller, venner, og også arbeidskollegaer og naboer. Barn som vokser opp i hjem hvor foreldrene har et omfattende bruk av rusmidler er i større risiko for å utvikle sosiale og helsemessige problemer, blant annet utvikling av et eget rusproblem. Kostnader i samfunnet knyttet til rusmiddelbruk er store. Det koster samfunnet å miste arbeidskraft i tillegg til kostnader til helse- og sosialtjenester, politi og rettsvesen (Rossow, 2018).

Selv om personen ikke har oppfylt kriteriene for å få en diagnose vil allikevel et stort inntak rusmidler være problematisk i et folkehelseperspektiv (Bramness, 2014). Vi kan blant annet

se at i den voksne befolkning i Norge, de under 65 år, kan så mye som 12 % av tapte friske leveår skyldes alkoholbruk (Rossow, 2018). Dødsfall utløst av narkotika er det mest alvorlige utfallet av narkotikabruk. Dødsårsaksstatistikken fanger ikke opp alle dødsfall som skyldes narkotikabruk, men det er i gjennomsnitt 265 personer som har dødd av narkotikautløste årsaker per år, de siste årene. Dødsårsakene er som oftest overdose, selvmord og avhengighet som fører til svekkelse og sykdom etter langvarig bruk (Gjersing, 2018).

Politiske intensjoner og lovregulering

Narkotikapolitikken i Norge har som mål å redusere bruk av narkotika, da problematisk bruk av narkotika medfører helserisiko. Rusforebyggende arbeid står sentralt i denne politikken og vi har flere lover som regulerer rusfeltet. Vi har alkoholloven, vinmonopolloven, narkotikaforskriften og forskrift om omsetning mv. av visse reseptfrie legemidler utenfor apotek. Intensjonen med disse er blant annet å oppnå et lavere forbruk av rusmidler i befolkningen. Dette ønskes å nås gjennom vektlegging av en effektiv og universellforebygging, tidlig innsats, tilgjengelig behandling og oppfølging. Dette vil føre til en folkehelsegevinst og også bidra til å minske de sosiale ulikhetene i helse (Regjeringen, 2022).

Norge er et av de landene i Europa som har strengest straff om narkotikalovgivningen brytes, en kan blant annet bli dømt til fengselsstraff. Narkotikaforskriften tilsier at det er ulovlig å bruke, tilvirke, innføre, omsette og oppbevare narkotika. Gjennom en slik narkotikapolitikk har man som mål å forebygge rekruttering og eksperimentering av narkotika, spesielt blant barn og unge. Det skal også sikre at personer som har en rusavhengighet skal få tilstrekkelig hjelp og gode tjenester (Regjeringen, 2022).

Risiko for tilbakefall

Det er en relativ stor risiko for tilbakefall etter en pause fra rusmidler, eller etter endt behandling. De første dagene man prøver å endre daglige vaner kan lysten, suget og tanken på rus være dominerende, og det blir vanskelig å konsentrere seg om noe annet. Når man skal endre vaner som er sentrale i hverdagen er det vanlig med tilbakefall. Både motivasjonen og beslutningen om å forandre vanene vil endre seg hele tiden og man vil oppleve mye ambivalens (Fekjær, 2018, s. 263).

Tilbakefall handler om at en person som har vært rusfri over en viss tid, sprekker og starter å ruse seg igjen. Moe et al. (2021) diskuterer i en systematisk review vanskeligheten med å definere begrepet «tilbakefall». Tilbakefall er ikke et enhetlig begrep og i rusforskning skiller

de sjeldent mellom om tilbakefall oppstår i starten av endt behandling eller senere, altså tidlige og sene tilbakefall. Dette henger sammen med at det ikke er enighet rundt hvor lang tid man må gå uten å innta rusmidler, før en kan kalle seg rusfri. Det det derimot er enighet om er at en person med tidligere rusmiddellidelse kan leve med en risiko for tilbakefall resten av livet (Menon & Kandasamy, 2018). Selv om personen har sluttet å bruke rus gir kroppen beskjed om at den ønsker rusmidler, spesielt når det oppstår vanskelige situasjoner som utløser vonde følelser, også kalt triggere. Kroppen til en som har ruset seg, vet at rusen demper uro og gir trygghet. Det vil ta lang tid for kroppen å vende seg til en rusfri hverdag og tilbakefall vil ofte være en del av endringsprosessen (Holte, 2015). Et tilbakefall kan oppstå ofte, eller av og til/sjeldent. Å ha vært rusfri i lang tid vil ikke gi en garanti for at et tilbakefall ikke kan oppstå, men over lengre tid vil rusuget bli fjernere og også veien til et tilbakefall. Gode erfaringer man får underveis i et rusfritt liv vil også bidra til å gjøre det lettere å leve uten rus. Egen tankegang og hva man gjør med egen livssituasjon er veldig viktig med tanke på å unngå tilbakefall. Her er det viktig å være bevisst på årsakene til at man har ruset seg, hva som er de ulike triggerne for rusuget og hvilke erfaringer man har med eventuelle tilbakefall (Rusinfo, 2017).

Forskning viser at om man har sluttet med rusmidler eller har en pause vil toleransen for høye doser rus avta. Helsedirektoratet (2019) viser til faktorer som øker risikoen for overdose. Blant disse er bruk av rusmidler etter en «pause», som et tilbakefall etter behandling. De viser til at toleransen for rusmidler er lik null etter 3-8 dager uten rusinntak, og at det da er stor fare for overdosedødsfall ved et tilbakefall, fordi man tar i bruk større doser enn man tåler, men som man tålte før. Risikoen for overdosedødsfall er derfor spesielt høy etter endt behandling eller for eksempel et fengselsopphold. En studie gjort av Anne Bukten (2016) viser for eksempel at innsatte må få hjelp med sitt rusproblem for at de skal kunne mestre overgangen mellom soning og livet i frihet (Bukten et al., 2016). Derfor må det tilbys oppfølging av sosiale, psykologiske og/eller medisinske utfordringer (Nasjonale kompetansetjeneste TSB, 2021).

Tiden som kommer etter endt rusbehandling, vil være tøffere for noen enn andre. Det å holde seg rusfri vil være en stor utfordring og krever stor innsats hvor det også er viktig å kunne erkjenne at en har en avhengighet også etter oppstått rusfrihet (Bekkemellem, 2021). Gode opplevelser gjennom et rusfritt liv, kunne skjerme seg for triggere og føle at en har noe som gir mening i livet vil ha stor innvirkning på om en får et tilbakefall eller ikke.

Tidligere forskning på risiko for tilbakefall

Det meste av forskningen på temaet risiko for tilbakefall er kvantitativ og legger vekt på prevalens av tilbakefall. Her viser blant annet tall fra Europa at mellom 40 og 75 % av de med tidligere rusmiddeldidelse opplever tilbakefall (Andersson, et al. 2019). I denne forskningsartikkelen hvor de fulgte 607 mennesker i tre måneder etter endt rusbehandling, var det 37 % av deltakerne som fikk minst ett tilbakefall. Studien viser at de som fikk tilbakefall var unge, de hadde lav utdanning og hadde rapportert om større psykiske plager ved innleggelse i behandlingsinstitusjon enn de som ikke fikk tilbakefall. Folkehelseinstituttets rapport om pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2014), viser til at 88 prosent av personer som har vært i rusbehandling svarte at ettervernet og oppfølgingen etter behandling var «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller i «noen grad» tilfredsstillende. Et ikke tilfredsstillende ettervern gjør risikoen for tilbakefall større, som igjen fører til økte samfunnskostnader og også feil bruk av ressurser. Forskning viser videre til viktigheten av å kartlegge de ulike risikofaktorene og triggere for å kunne holde seg rusfri (Bekkemellem, 2021).

Det finnes lite kvalitativ forskning på temaet risiko for tilbakefall. Både i forskningslitteraturen generelt, i politikken og i rusreformen (Prop. 92 L (2020-2021)) spesielt, legges det stor vekt på behandling, mens oppmerksomheten rundt ettervern og at personen skal ut i samfunnet igjen er mindre (Bekkemellem, 2021). Jeg har funnet tidligere kvalitativ forskning på temaet ved å bruke databasene Oria, og Pubmed. Jeg benyttet meg av søkeord som - *Relapse, drug, substance abuse treatment, life after substance abuse treatment, return to drug use, trigger*. Jeg brukte også norske søkeord blant annet i databasen Oria. Dette var søkeord som – *tilbakefall, rus, rusfrihet, livet etter rusbehandling, trigger*. Jeg har også sett på tidligere bachelor/masteroppgaver om emnet. Her så jeg på hvor de har hentet sin litteratur fra, som hjalp meg med å finne annen relevant litteratur som jeg selv ikke hadde kommet over.

Pettersen et al. (2019) gjennomførte en treårig kvalitativ studie hvor de ønsket å undersøke hvorfor tidligere rusavhengige ønsket å komme ut av avhengigheten og hvordan de klarte det. Pettersen sine fem medforskere er alle tidligere rusavhengige. I studien var det 18 personer som har hatt en lang og alvorlig rusavhengighet, med et gjennomsnitt på 20 år. Ett av kriteriene for å være med i studien var at de må ha vært rusfrie i minst fem år, og deltakerne hadde vært rusfrie i gjennomsnitt 10-12 år. Denne studien resulterte i tre hovedårsaker til hvorfor deltakerne ønsket å bli rusfrie, disse var: 1. Unngå skader og konsekvensene av et

langvarig rusmisbruk og signifikante hendelser knyttet til dette. 2. Kombinasjon av kjærlighet og press fra den nærmeste familien. 3. Håp og forestillinger om et annet liv. Disse forestillingene var ofte basert på gode minner fra hvordan ting hadde vært før. Om man ikke har gode minner å se tilbake på, er det også vanskeligere å ha en forestilling om et annet liv. De fant også ut tre hovedårsaker til hvordan deltakerne klarte å bli rusfrie: Sosiale relasjoner, som handler om å bli sett og akseptert av andre brukere i behandling, ha kontakt med søsken og også forholdet til en behandler som ikke kun var basert på det profesjonelle. Neste årsak var behandling som handlet om individbasert behandling og at man hadde behandling over tid. Siste årsak handler om eget ansvar, hvor de forteller at det ikke er nok med et godt og profesjonelt behandlingsteam, man må også selv ta ansvar. Pettersen et al. (2019) understreker at denne studien viser at om man har hatt et alvorlig rusmisbruk i over lang tid vil det kunne ta tid å komme ut av det og at selv om behandlingen kan oppleves som mislykket på kort sikt, så vil mange lykkes til slutt. Årsakene de har kommet frem til i denne studien er også noe man ser i flere studier hvor det er snakk om suksesskriterier til hvordan man opprettholder rusfrihet (Nordfjærn, et al., 2011).

Mens Pettersen (2019) fokuserte på faktorer som opprettholdt rusfrihet over tid, har Sun (2007) undersøkt hvorfor noen faller tilbake til rusen. I Suns kvalitative studie ble 32 kvinner med et tidligere rusproblem intervjuet. Formålet med studien var å undersøke faktorer som er knyttet til tilbakefall. I denne studien identifiserte de fire hovedtemaer som bidro til kvinnenes tilbakefall: 1. Lav egenverd og intime relasjoner med menn. 2. Relasjonskonflikter og/eller negative følelser. 3. Liten evne til å bryte kontakt med rusnettverket, og liten evne til å etablere nye nettverk som ikke benyttet rusmidler. 4. Mangel på rusrelatert kunnskap og tilbakefallsforebyggende mestringssevne. Studien viser at mange av faktorene for tilbakefall var relatert til kvinnenes sosialisering og kjønnsrolledannende prosess og også deres ugunstige sosiale liv. Sun (2007) foreslår en helhetlig livstilnærming som kombinerer både miljøet og individet. Det legges også vekt på både habilitering og rehabilitering for å forhindre tilbakefall.

I en studie gjort av Robertson & Nesvåg (2018) ser de på tilfriskningsprosessen for personer med en rusmiddelavhengighet i Norge, og her står begrepet «recovery» sentralt. Begrepet «recovery» handler som nevnt ikke bare om å slutte å ruse seg, men også om å utvikle en rusfri identitet. Robertson & Nesvåg (2018) ønsket å utforske personenes subjektive erfaring rundt involvering i behandlingsopplegget, det å forlate behandlingsinstitusjonen og hverdagslivet i tidlig fase etter behandling. Det ble gjennomført dybdeintervjuer med 17

kvinner og menn over 18 år, som har levd mange år i aktiv rus. Alle deltakerne utenom to personer hadde vært rusfrie i minst seks måneder. I denne studien kommer det frem at å skulle leve i hverdagen uten rus, blir som å måtte lære seg å leve på nytt. Det kommer frem at selve behandlingen fungerer som et relasjonelt bindeledd, men at det er stor kontrast mellom livet i behandling og møte med virkeligheten i hverdagslivet etter behandling. Her viser de til viktigheten av å kunne trenes opp på en rusfri tilværelse og få god støtte i denne overgangen for å kunne opprettholde en rusfri hverdag.

Elswik et al. (2018) utførte en kvalitativ studie hvor de intervjuet åtte informanter i alderen 18-25 år, som var i bedring av en ruslidelse. De ønsket å forstå hindringene som fører til tilbakefall. Dette gjorde de ved å undersøke «recovery capital» som er en behandlingsmetode for avhengighet, som skal hjelpe pasienter med å bli rusfrie og opprettholde dette.

Informantene rapporterte om flere utfordringer med å opprettholde rusfrihet, blant annet bolig- og økonomiske problemer. Informantene rapporterte at gode og synlige rollemodeller var positive tilretteleggere for en vellykket behandling og for å opprettholde resultatet. Det kommer også frem at familiemedlemmene endret roller midlertidig under behandlingen for å legge til rette for at informantene fikk best mulig vilkår for å lykkes med behandling og opprettholdelse av rusfrihet.

I en kvalitativ studie gjort av Johannessen et al. (2020) undersøkte de hvilke psykososiale faktorer som er viktige for å mestre overgangen fra behandling til livet etter utskrivning. Deltakerne i fokusgruppeintervjuene var pasienter som var innlagt til rusbehandling. I studien presenterer de tre hovedtemaer som er viktige faktorer: tilhørighet, indre prosesser og forutsigbarhet. Den første faktoren handler om tilhørighet og sosial støtte, det sosiale og å ha gode miljøer utenfor institusjonen. Indre prosesser omhandler motivasjon og selvinnsikt hvor deltakerne snakker om at bevisstgjøring av egne følelser og reaksjoner vil øke selvbevisstheten. Den siste faktoren handler om forutsigbarhet hvor deltakerne mener en gradvis overgang til hverdagslivet vil bidra til å styrke deres emosjonelle trygghet og muligheten til å mestre endringer. Under dette punktet ble også rammeverk viktig, hvor struktur og rutiner var noe de mente var viktig å videreføre etter behandling. Det kommer også frem at en meningsfull hverdag og også bolig og økonomi er viktige faktorer for deres mestring i overgangen mellom behandling og utskrivning.

Konklusjonene som trekkes frem i de kvalitative studiene ovenfor kommer frem i flere andre kvalitative studier som blant annet Ekendahls og Karlsson (2022) sin studie, som handler om hvordan trangten til å ruse seg tilnærmes og håndteres i praksis i tilbakefallsforebygging i

Sverige. I de kvalitative studiene kommer det også frem at sosial støtte og et godt nettverk er svært viktig for å hindre tilbakefall. Dette ser vi også i en kvalitativ studie gjort av Binswanger et al. (2012), hvor de intervjuet tidligere innsatte. Hovedårsaken for tilbakefall var at de oppsøkte tidligere miljøer bestående av rus og manglet sosial støtte og god oppfølging.

På tvers av den kvalitative forskningen ser man samlet sett at gode sosiale relasjoner og sosial støtte er sentrale faktorer for å hindre tilbakefall. Det handler mye om å finne meningsfulle og gode rutiner i hverdagen for å opprettholde et rusfritt liv. Forskningen viser til at overgangen fra behandling til hverdag er vanskelig og at risikoen for tilbakefall er stor, da det kan være mangel på tett oppfølging, det er lett å falle tilbake til gamle nettverk og man håndterer uro og vonde følelser med rus.

Teori

I denne delen av oppgaven skal jeg redegjøre for ulike teorier jeg mener er aktuelle for å besvare min problemstilling. Jeg starter med å se på endringshjulet som viser til ulike stadier i en endringsprosess hos personer som skal endre sentrale levevaner. Videre ser jeg på teorien om mestringsstro, som handler om å ha tillit til seg selv om at man mestrer å nå målene sine. Deretter ser jeg på stigmatisering og stemplingsteorien som handler om at man ser på noe som negative egenskaper ved et individ og som avviker fra det som blir sett på som normalt i samfunnet og dermed blir stemplet som et avvik.

Endringshjul

Forandring av sentrale levevaner er en prosess som krever både vilje og evne (Feskjær, 2018, s. 256). James Prochaska og Carlos di Clemente (1983) oppdaget at mennesker som skal utføre endringer i levevaner er i forskjellige stadier av en endringsprosess. De fant ut at det var viktig å kunne identifisere hvor i endringsprosessen hvert enkelt individ var. Ettersom at alle vil ha forskjellige behov utfra hvor de står i prosessen, er det lite hensiktsmessig å ha de i samme behandlingsgruppe. Endringshjulet beskriver ulike faser som er gjenkjennbare for mange personer som skal utgjøre en endring, men prosessen kan også arte seg svært forskjellig fra individ til individ. Målet er å få individene et skritt videre i endringsprosessen, og man må derfor møte dem der de er i prosessen, og anerkjenne at det er vanlig med tilbakefall mellom de ulike stadiene. Endringsprosessen som skisseres i endringshjulet har et behandlerperspektiv, men hjulet kan være nyttig for å belyse prosessen som mennesker med en tidligere ruslidelse hele tiden befinner seg i (Feskjær, 2018, s. 254-256).

Det første stadiet i endringshjulet er *før overveielse* som handler om at personen ikke tenker alvorlig på å gjennomføre en forandring de neste seks månedene. Her veier fordelene ved nåværende livssituasjon større enn ulempene. Her tenker ikke personen over egen situasjon og levevaner, og forholder seg ikke til informasjon som kan motivere til endring. I det andre stadiet som kalles *overveielse* har personen begynt å tenke alvorlig på å endre egen livssituasjon i løpet av de kommende seks måneder. Personen vurderer nå fordeler og ulemper ved livssituasjonen som rusavhengig og er ambivalent. Flere blir stående fast i dette stadiet istedenfor å handle. Det tredje stadiet handler om *beslutning* hvor personen ser at en forandring har flere fordeler enn ulemper. Deretter kommer stadiet om *forberedelse*, hvor personen driver konkret planlegging om å endre vaner etter en måned, dette er stadiet hvor de fleste faller av. Neste stadiet er *handling*, for så å *forebygge tilbakefall* hvor personen blant annet trenger mestringsteknikker for å fortrenge trangen til å ruse seg. Her er det veldig vanlig med tilbakefall eller glipp før man kommer seg videre (Blindheim, 2001).

Det siste stadiet i endringsprosessen står sentralt i forhold til risikoen for tilbakefall da det handler om *vedlikehold*. I denne delen av prosessen handler det om å vedlikeholde rusfrihet, hvor hovedutfordringen ofte er at man møter flere utfordrende situasjoner som personen forbinder med den tidligere livssituasjonen, men hvor man da skal kunne bruke den nyvunne livsstilen for å vedlikeholde rusfrihet. Her er det fremdeles viktig med ulike strategier og teknikker for å mestre situasjonene hvor det kan oppstå fristelser (Fekjær, 2018, s. 254-255).

Om personen som befinner seg i endringsprosessen ikke klarer å holde fast i endringen så vil det komme et tilbakefall. I denne teorien vil ikke et tilbakefall bety at du er tilbake på null, men at du havner tilbake i et av de tidligere stadiene. Om du havner i et stadium du har vært i før, vil prosessen fremover kunne være raskere fordi du lærer av dine tilbakefall (Blindheim, 2001). Det er også viktig å merke seg at i de tidlige stadiene av endringsprosessen kan risikoen for tilbakefall være spesielt høy fordi man ikke har etablert nye vaner eller mønstre ennå. Derfor kan det være ekstra viktig å være oppmerksom på tilbakefall og bruke dem som en læringsmulighet for å videreutvikle seg og komme nærmere endringsmålet man har satt seg. Det er derfor formålstjenlig å se på tilbakefall i forhold til endringsprosessen fordi tilbakefall kan være en naturlig del av prosessen med å endre en vane eller oppførsel. Endringsprosessen handler i all hovedsak om å holde seg i det siste stadiet. Stadiene i en endringsprosess beskrives som et «endringshjul» som er viktig både for å bli rusfri og for å hindre tilbakefall (Fekjær, 2018, s. 254).

Endringshjulet har fått noe kritikk for at det kan være for lineær i sin tilnærming hvor man antyder at endringsprosesser går gjennom en rekke faser. I virkeligheten kan endringsprosesser være mye mer komplekse og kaotiske, og det kan være vanskelig å forutsi hvordan en endring vil påvirke individets atferd på lang sikt (West, 2005). Dette er allikevel ansett å være en sentral modell i rusarbeid. Dette fordi den viser til endring av atferd og kan gjøre det lettere for både behandler og personer med ruslidelser å forstå en endringsprosess, hvordan vedlikeholde rusfrihet og også at man kan bruke tilbakefall som en erfaring og ikke et tap.

Mestringstro

Som vi ser i endringshjulet er utvikling av individuelle mestringsstrategier viktig for vedlikehold av rusfrihet (Feskjær, 2018). Albert Bandura (1977) mener i sin teori om mestringstro at personlige problemer ofte forklares med årsaker en ikke får gjort noe med. Han sier videre at mennesker kan komme seg videre fra ganske håpløse problemer, dersom de selv har tillit til at de får det til. Mestringstro, også kalt «self-efficacy», vil påvirke hvilke mål man setter seg, hvor mye man anstrenger seg for å nå det satte målet og hvordan man vil reagere på et eventuelt tilbakefall. Mestringstro handler om en persons egen vurdering av om de har tilstrekkelige ressurser for å oppnå et gitt utfall og nå egne mål.

Bandura (1977) vektlegger betydningen av å utvikle individets selvtillit og tro på egen evne til å håndtere utfordringer. Teorien tilsier at individets oppfatning av egen mestringstro vil påvirke deres atferd, holdninger og følelser i en gitt situasjon. Individer som har høy mestringstro vil muligens håndtere utfordringer på en positiv måte, opprettholde engasjementet og motivasjonen for å nå egne mål. På den annen side vil individer som har lav mestringstro kunne oppleve mer stress og angst i møte med utfordringer, de vil kunne gi opp lettere eller føle seg hjelpeløse.

Det viser seg ofte i rusbehandling at individet ønsker å oppnå målet om rusfrihet, men har ingen tro på egen mestring, noe som fører til at personen nærmest gir opp før en har startet. Mestringstro oppstår først ved å lykkes, og derfor kan det være viktig å dele opp de store målene i delmål som virker oppnåelige. Følelsen av mestring og det å ha tillit til egen mestring, er med på å gi motivasjon. Ved rusfrihet kan dette handle om å ta en dag av gangen. Personen må for eksempel være bevisst på ulike triggere som kan føre til tilbakefall og vite hvordan disse bør håndteres. Dette handler mye om å gjenkjenne og unngå ulike faresituasjoner, og dette i seg selv kan føre til mestring og tillit til egne evner. Etter

rusbehandling har det blitt påvist en positiv sammenheng mellom å ha mestringstillit og å klare å holde seg til målene sine. Men det viser seg at de som har for stor tillit til at en klarer å gjennomføre måteholden bruk, klarer seg dårligere enn de som har mindre tillit til det og som da velger å holde seg helt unna rusmidler (Bandura, 1977).

En av svakhetene med Banduras teori er at den ikke tar hensyn til individuelle forskjeller og personlighetstrekk. Et eksempel kan være at selv om to personer møter like utfordringer, kan de ha ulikt nivå av tro på sin egen mestringsevne. Noen kan føle seg mer maktesløse enn andre i ulike situasjoner, selv om de har prøvd å håndtere lignende utfordringer tidligere. Dette vil si at Banduras teori om mestringstro ikke alltid kan forklare hvorfor noen mennesker har høyere tro på egen mestring enn andre. Derfor kan det være behov for å undersøke andre faktorer som kan påvirke en persons tro på egen mestringsevne (Biglan, 2017).

Stigmatisering

Personer med en ruslidelse eller tidligere ruslidelser er blant de som ofte blir stigmatisert (Ellingsen et al., 2015. s. 229) Erwing Goffmans teori om stigma ([1963] 2009) handler om hvordan stigma påvirker det sosiale samspillet vårt, både bevisst og ubevisst. Et stigma kan beskrives som et negativt sosialt kjennetegn ved individer. Stigmatisering oppstår når man ser på noe som en negativ egenskap ved et individ og når en person avviker fra det som blir ansett som normalt. Samtidig som individet blir vurdert negativt, vil det oppstå barrierer for den sosiale kontakten mellom den stigmatiserte og andre – og slik skapes en opplevelse av utenforskap (Goffman, ([1963]2009).

Goffman ([1963] 2009) poengterer at stigmatisering er en sosial prosess som kan skje med hvilket som helst individ i samfunnet. Dette betyr at alle mennesker har en viss risiko for å bli utsatt for stigmatisering, uavhengig av om de har fysiske eller psykiske sykdommer. Han har i denne teorien fokus på hvordan stigmatiseringen vil påvirke individets sosiale identitet. Goffman ([1963] 2009) påpeker videre at individet som har en uønsket egenskap ikke vil oppleve avvisning for denne egenskapen hvis den ikke er avslørt og erkjent av personen selv og av de som møter individet. Dette viser hvor viktig det er å øke bevisstheten rundt stigmatisering i samfunnet og hvordan det kan påvirke enkeltpersoner.

Goffman ([1963] 2009, s.20-21) beskriver tre ulike former for stigma. Den er kroppslige vederstyggeligheter, som beskriver fysiske misdannelser eller avvik som kan forårsake at en person blir sett på som frastøtende. Den andre formen av stigma er karakterdefekter, som handler om svakhet i viljen, unaturlige lidenskaper, forræderske og kompromissløse

overbevisninger eller uærlighet. Disse karaktertrekkene kan være basert på personens fortid og kan føre til at personen blir stigmatisert på grunn av sine tidligere handlinger eller livsstil, dette kan blant annet være personer med en ruslidelse eller med en tidligere ruslidelse. Den tredje formen er "stamme" stigma, som inkluderer rase, nasjon og religion. Disse kan overføres fra generasjon til generasjon og kan påvirke alle familiemedlemmer i like stor grad. Det kan også være basert på fordommer eller stereotyper mot visse grupper. Stigma kan føre til at individer blir avvist og ekskludert fra samfunnet, og kan også påvirke både individuelle og strukturelle karakterer.

Dersom man ser annerledes ut eller opptrer på en annen måte enn hva majoriteten ser på som sosialt akseptabelt vil en kunne bli stemplet som et avvik (Ellingsen et al., 2015, s.231). Ellingsen et al. (2015) viser til Lemert sin teori om stempling utviklet i 1951, som omhandler hvordan omgivelsenes reaksjoner er med på å forsterke og skape avvik. Mens Goffman ([1963]2009) fokuserer på hvordan stigmatiseringen påvirker den sosiale identiteten til den som blir stigmatisert, fokuserer Lemerts stemplingsteori på hvordan prosessen med stigmatisering starter og utvikler seg. Stemplingsteorien legger vekt på hvordan samfunnets normer og verdier kan føre til at individer som avviker fra normene blir stemplet og deretter utstøtt av samfunnet. Om man blir stemplet som tidligere rusavhengig kan det bli vanskeligere å få jobb og bolig, man kan bli sett på som svak, skummel eller tillagt andre negative egenskaper. Andre mennesker kan unngå kontakt med deg og se ned på deg. Dette medfører at det blir fristende å gå tilbake til sitt gamle nettverk og gamle vaner, hvor tilbakefall kan bli en større risiko. Lemert fokuserer også på hvordan stigmatiseringen kan forårsake at personen identifiserer seg selv med de negative egenskapene og dermed utøve avvikende handlinger som svar på denne stigmatiseringen (Ellingsen et al. 2015, s. 231) – det blir en slags selvoppfyllende profeti.

Det er kjent at stigmatisering kan øke risikoen for tilbakefall da det blant annet kan påvirke personens eget selvilde, påvirke holdningene i samfunnet og også tjenesteutøverenes vurderinger av personens tjeneste- og behandlingsbehov. Når stigmatisering oppstår i det offentlige, kan det blant annet føre til dårligere tilrettelegging og ettervern. Stigmatisering bidrar dermed til at personer og grupper kan bli nedprioritert både politisk og i hjelpeapparatet. Det vil også være en fare for at mennesker med en aktiv eller tidligere ruslidelse frykter å bli stigmatisert og derfor ikke oppsøker hjelp (Bekkemellem, 2021).

Goffmans ([1963] 2009) teori om stigmatisering har fått noe kritikk for at teorien fokuserer for mye på individuelle oppfatninger og ikke på de bredere strukturelle faktorene som bidrar

til stigmatisering. Et eksempel på dette er at teorien ikke gir mye oppmerksomhet til hvordan samfunnets institusjoner og kulturelle normer kan påvirke stigmatisering av visse grupper. Videre har både Goffmans og Lemerts teorier blitt kritisert for å være deterministiske i sin tilnærming til hvordan stigmatisering kan påvirke individer eller grupper. Lemert går for eksempel langt i å antyde at når en person først er stigmatisert, vil dette føre til økt kriminalitet og sosial ekskludering. Goffman ([1963] 2009) derimot beskriver stigmatisering som et uunngåelig resultat av interaksjon mellom mennesker med forskjellige egenskaper, noe som kan føre til en følelse av avmakt for de som blir stigmatisert. Begge teoriene underkommunerer således individets muligheter for endring (Link & Phelan, 2001).

Metode

I min masteroppgave har jeg undersøkt erfaringene til mennesker med en tidligere ruslidelse og jeg har derfor benyttet meg av et kvalitativt forskningsdesign. Jeg har valgt å samle inn data ved å gjennomføre individuelle intervjuer av fem personer med en tidligere ruslidelse.

Kvalitative intervju

Kvalitative intervjuer handler om å få mest mulig kunnskap om et fenomen (Malterud, 2017, s. 30), som i dette tilfelle vil være informantenes egen opplevelse av risikoen for tilbakefall. Jeg har gjennomført semistrukturerte intervjuer med personer som har en tidligere ruslidelse for å besvare min problemstilling. Semistrukturerte intervjuer skaper rom for at informantene kan dele sine opplevelser og erfaringer i eget tempo og uten påvirkning fra andre.

Denne intervjuformen er fleksibel og gir muligheten til å tilpasse spørsmålene utfra informantenes svar og bakgrunn, dette kan føre til mer dybde og detaljer i svarene. Fordelen med slike intervjuer er at informantene får muligheten til å utype og forklare sine egne erfaringer og meninger noe som gir meg en rikere forståelse av temaet. Disse intervjuene gir informantene tid og rom til å frembringe erfaringer og refleksjoner som krever trygge rammer for å deles, da rusbruk og tilbakefall er et tema som kan være ubehagelig å dele da det kan oppleves som nært, skjørt og vanskelig (Malterud, 2017, s. 133-136). Jeg ønsket at informantene skulle kunne snakke så fritt som mulig og ønsket derfor å skape en trygg ramme, men også en behagelig atmosfære da informantene kan være del av en sårbargruppe. Det er viktig å understreke at personer med en tidligere ruslidelse ikke *per se* er en sårbargruppe, men at erfaringsmessig kan mange av dem befinne seg i en sårbar livssituasjon.

Forforståelse

Vår forforståelse er som en ryggsekk vi bærer med oss inn i forskningsprosjektet. Den inkluderer våre erfaringer, hypoteser, faglige perspektiver og den teoretiske referanserammen vi har ved starten av prosjektet. Det kan fungere som en styrke og gi oss næring underveis, men det kan også bli en byrde som hindrer oss fra å se det som er viktig langs veien. (Malterud, 2017, s. 44-45).

En bevisstgjøring på egen forforståelse er viktig for å sikre kvaliteten i studien (Malterud, 2017, s. 45). For å bevisstgjøre meg selv på min forforståelse reflekterte jeg tidlig i prosessen over min rolle og tidligere erfaringer. Som sosionom har jeg jobbet i rustjenesten og fått bred erfaring knyttet til ruslidelser og tilbakefall. Min erfaring er at det er mangel på et godt ettervern og at flertallet faller tilbake til rusen etter endt behandling. De blir kastet ut i samfunnet og skal klare seg selv uten deres trygghet, rus. Jeg opplever at de som klarer å holde seg rusfrie er avhengig av et godt nettverk og god oppfølging. Min forforståelse var det som motiverte meg til å starte forskningen om dette temaet.

Jeg skrev ned mine egne erfaringer rundt dette temaet og spurte meg selv hvordan mine erfaringer påvirker min posisjon som forsker. Jeg tenkte også over forventningene mine i forhold til hva slags funn jeg ville få. Det var også viktig å reflektere over hva som er mitt faglige perspektiv og ståsted når jeg søker opp kunnskap som allerede finnes om temaet.

Rekruttering og informanter

Rekrutteringen foregikk ved at jeg kontaktet tre ulike kommuner med forespørsel om kontaktinformasjon til erfaringskonsulentene i kommunen. Jeg håpet at erfaringskonsulentene kunne hjelpe meg i rekrutteringsarbeidet. Det var liten respons fra kommunene og jeg tok derfor kontakt med flere frivillige organisasjoner innenfor rusfeltet, blant annet tiltak drevet av Frelsesarmeen. Dette gjorde jeg for å høre om de kjente til noen aktuelle informanter. Jeg sendte dem skriftlig informasjon om studien, som de kunne videreformidle til aktuelle informanter. I informasjonen ble informantene bedt om å ta kontakt med forskeren dersom de ønsket å delta i studien. Informantene kontaktet meg via telefon, og jeg fortalte dem mer om studien og svarte på spørsmål de kom med. Vi avtalte deretter tid og sted for å gjennomføre intervju. Etter å ha gjennomført ett av intervjuene fikk jeg kontakt med to andre informanter ettersom at vi møttes på et av de frivillige tiltakene til Frelsesarmeen.

Informantene

Jeg intervjuet fem personer, tre kvinner og to menn, som alle har en tidligere rusavhengighet. Alle utenom én var helt rusfrie i dag. Det var variasjon i lengde rusfrihet fra informant til informant, noe som ga meg varierte erfaringer og opplevelser. Dette var med på å gi mer og ny kunnskap som jeg kanskje ikke hadde fått dersom det hadde vært et mer homogent utvalg (Malterud, 2017, s. 58-60). De var i 50-60 årene og alle hadde barn. Tre var enslige, en var gift og en hadde samboer. Kun en av dem var i lønnet arbeid, men flere var aktive som likemenn eller sponsorer for andre med rusproblemer. Dette er en type frivillig arbeid som innebærer at de gir veiledning og støtte til mennesker med rusproblematikk. De fleste besøkte regelmessig rusfrie møteplasser hvor de kunne bidra i ulike gjøremål som for eksempel matlaging. På møteplassene var det mulighet for flere aktiviteter, sosialt samvær, mat og drikke. Et par var også fast på møter hos Anonyme alkoholikere (AA) og en informant dro på Anonyme narkomane (NA) møter ved behov. Denne informanten jobber i rusomsorgen og drar også på NA møter sammen med brukere av rusomsorgen. Under beskriver jeg informantene kort med fiktive navn:

Lisa er i 50-årene og har vært helt rusfri i ca. en måned. Hun har en lang rushistorie med bruk av ulike rusmidler, i all hovedsak for smertelindring og selvmedisinering med heroin. Hun har tidligere vært rusfri i 20 år, før hun fikk et tilbakefall for noen år siden.

Trond er i 50-årene og har vært avhengig av alkohol og begynte med dette svært tidlig i tenårene. Han har prøvd å slutte å drikke flere ganger og hatt flere tilbakefall, men har nå vært rusfri i åtte år.

Astrid er i 60-årene og hun har vært avhengig av alkohol i 10 år. Hun drikker fortsatt alkohol. Astrid har nylig vært i behandling, men fikk et tilbakefall etter endt behandling, og har nå søkt hjelp på nytt.

Mari er i 60-årene og har i hovedsak vært avhengig av alkohol, men også av andre rusmidler siden ungdomsårene. Hun har vært mye ut og inn i behandling og hatt mange tilbakefall, men har nå vært rusfri i 30 år.

Martin er i 50-årene og jobber i den kommunale rusomsorgen. Han har vært avhengig av de fleste typer rusmidler, men primært heroin og amfetamin. Han har brukt rus aktivt i 30 år og har nå vært rusfri i 10 år.

Intervjuguide

Før jeg gjennomførte intervjuene lagde jeg en intervjuguide (vedlegg 1) som jeg delte inn i tre ulike temaer, med flere åpne spørsmål under hvert tema. Disse temaene var basert på egne erfaringer med tematikken og tidligere forskning. Temaene i intervjuguiden var rusmisbruket, ut av rusen og rusfrihet. Jeg lagde ikke en detaljert intervjuguide som jeg fulgte slavisk, da målet var å få ny kunnskap og at det skulle være åpent for nye spørsmål.

For å sikre at guiden fungerte optimalt i praksis (Malterud, 2017), gjennomførte jeg to pilotintervju, -først på en medstudent og deretter et familiemedlem. Pilotintervjuene gjorde at jeg blant annet bestemte meg for å kutte ned på noen spørsmål, spesielt på spørsmål om selve rusbruken. Denne delen tok for mye tid og var ikke så viktigste for mitt tema. I denne prosessen fant jeg ut at jeg måtte ha flere spørsmål knyttet direkte til tilbakefall og informantens trigger. Pilotintervjuene bidro dermed til at jeg kunne formulere spørsmålene mine bedre og også ta bort og legge til spørsmål.

Prosess for innsamling av data

Alle informantene fikk velge hvor de ønsket at intervjuene skulle bli utført. Intervjuet med Astrid foregikk hjemme hos henne, da dette følte mest trygt for henne. Intervjuet med Trond og Lisa foregikk i lokalene til noen av de frivillige organisasjonene som de selv pleier å oppsøke. Jeg var også så heldig å få være med Trond på et AA-møte og tilbragte mye tid med Trond og andre fra dette møte denne dagen, det var også her jeg møtte Mari. Intervjuet med Mari foregikk på en kafé på et bibliotek og intervjuet med Martin foregikk hjemme hos meg. Jeg ønsket at de skulle ha muligheten til å bestemme sted for intervju, ettersom det var viktig at informantene følte seg trygge da de trolig ville dele sensitiv informasjon. Slike intervjuer krever ro og tid, og jeg satte av en time til hvert intervju, og alle intervjuene varte i en time (Malterud, 2017, s. 137). Jeg brukte intervjuguiden som en huskeliste, og informantene besvarte flere av spørsmålene mine bare ved at jeg stilte de ett spørsmål. Under intervjuene stilte jeg informantene flere oppfølgingsspørsmål for at de kunne utdype noe de hadde fortalt tidligere. Under intervjuene brukte jeg digitalt lydopptak gjennom diktafon appen via Nettskjema.

Transkribering

Transkripsjon er en viktig del av forskningsprosessen hvor en nøyaktig transkripsjon kan være avgjørende for en grundig og pålitelig analyse (Malterud, 2017, s.78-79). Etter hvert endte intervju satte jeg meg ned og hørte på lydopptaket, samtidig som jeg skrev ned i et dokument

hva de sa. Ved transkribering er målet å fange opp hva informantene ønsket å meddele i en skriftlig form (Malterud, 2017, s. 78). Jeg transkriberte verbatim, noe som innebar at jeg skrev ned alt som ble sagt under intervjuene, bortsett fra fyllord og stamming.

Intervjuer med personer som har hatt en tidligere ruslidelse kan oppleves som et følsomt tema for informantene, og derfor kan det være viktig å være spesielt oppmerksom på tonefall og følelsesuttrykk når jeg transkriberer. Jeg var nøye med å fange opp og gjengi disse aspektene nøyaktig i skriftlig form. Videre er språk og identitet tett knyttet sammen og jeg har derfor, så langt det lot seg gjøre, forsøkt å ivareta informantens sosiolekt i transkripsjonene.

Analyse av data

For å analysere datamaterialet har jeg benyttet meg av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017, s.97-111), som er en tværgående analyse i fire trinn. Malterud (2017) argumenterer for at systematisk tekstkondensering kan være en nyttig metode for å analysere kvalitative data på en systematisk måte. Metoden kan hjelpe med å strukturere og analysere store mengder tekst, samtidig som den kan bidra til å identifisere sentrale temaer som går igjen blant informantene. Dermed kan metoden være egnet for å analysere hvordan informantene opplever risiko for tilbakefall til rusbruk, og hvordan de beskriver sin egen mestring av situasjonene som oppstår.

I det første trinnet var det nødvendig å gjøre seg kjent med materialet som skulle analyseres. For å kunne analysere materialet på en systematisk måte, var det viktig å først få et helhetsbilde av det. Derfor gikk jeg gjennom alle de transkriberte intervjuene for å identifisere mulige temaer som kunne representere informantenes opplevelser av risikoen for tilbakefall. Temaene jeg kom frem til i denne prosessen var: møteplasser, triggere, håndtere triggere, russug, stigmatisering, tilbakefall, konsekvenser og ettervern. Dette var et viktig første steg for å kunne strukturere og analysere materialet videre (Malterud, 2017, s. 99).

Deretter gikk jeg over til trinn to, hvor jeg systematisk gikk gjennom materialet og identifiserte meningsbærende enheter. Dette vil si at jeg identifiserer tekstutdrag og knytter disse til temaene jeg har fra trinn 1. Her foregår en dekontekstualisering, hvor jeg tar meningsbærende enheter ut av intervjutranskripsjonene og legger dem inn i tematiske kodegrupper for å se dem sammen med beslektede enheter (Malterud, 2017, s.100-105). Her brukte jeg egne word dokument for hver kode. Etter flere runder med å sortere meningsbærende enheter i koder og omformulere kodene, kom jeg frem til disse kodene: møteplasser, triggere, stigmatisering, behandling, ettervern og tilbakefall.

Trinn tre er kondensering hvor jeg abstraherte den sorterte informasjonen fra trinn to. Dette gjorde jeg ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, s. 105). Her kondenserte jeg materialet til kortere og mer beskrivende utsagn. Dette bidro til en mer oversiktlig og sammenfattende beskrivelse av det som er sagt om opplevelsen av risiko for tilbakefall blant informantene. Dette gjorde at jeg kunne formidle en ny forståelse i tråd med informantenes stemme. Her kom jeg frem til disse kodene: møteplassene, kjenne egne styrker og svakheter, ønsker ikke leve et sånn liv, møtt som et menneske, elendig ettervern. Under for eksempel koden «å bli møtt som et menneske», ble subgrupper som blant annet: «stigmatisering på system nivå, stigmatisering før rusfrihet, stigmatisering etter rusfrihet» dannet. Videre laget jeg kunstige sitater i jeg-form hvor målet var å gjenfortelle innholdet i de ulike subgruppene (Malterud, 2017, s. 105-108).

I trinn fire, som fokuserer på sammenfatning, rekontekstualiserte jeg teksten. Her sammenfattet jeg det som er funnet i løpet av analysens tidligere trinn. I dette trinnet var målet å få en helhetlig forståelse av de kondenserte tekstene og sitatene i form av nye beskrivelser og begreper for å kunne videreformidle dette med andre (Malterud, 2017, s. 108-111). Analyseprosessen resulterte i disse hovedtemaene: De viktige møteplassene, kjenne egne styrker og svakheter, vil ikke tilbake til det livet, å bli møtt som et menneske og elendig ettervern.

Metodiske overveielser

Ifølge Malterud (2017, s.18) er noen av de viktigste kvalitetskriteriene for kvalitativ forskning validitet, refleksivitet og relevans. For å kunne sikre disse kriteriene er det flere ting som er viktig å ta hensyn til for å besvare mitt forskningsspørsmål og som dermed kan bidra til å styrke kunnskapsutviklingen om dette temaet (Malterud, 2017).

Utformingen av intervjuguiden er et viktig kvalitetskriterium for å sikre at jeg får samlet inn relevante data som kan besvare mitt forskningsspørsmål. Den skal bidra til å sikre at alle temaer jeg hadde kommet frem til blir dekket, og den skal gi rom for å utforske temaene i dybden. Intervjuguiden bør være fleksibel og tilpasses hver enkelt informant. For å sikre dette testet jeg ut spørsmålene på to utenforstående, noe som førte til at jeg fikk en bedre oversikt over hva jeg spør etter og hvordan jeg kunne formulere spørsmålene bedre og legge til/ta bort spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 137-154). Jeg forberedte meg også i forkant av hvert intervju, hvor jeg formulerte spørsmålene utfra om de f.eks. hadde en rushistorie med alkohol

eller narkotika. Etter hvert intervju fikk jeg også inspirasjon til hva jeg kan ta med meg videre til neste intervju.

Valg av informanter er også viktig for å sikre kvaliteten i studien. Her var det viktig se på relevante kriterier for å sikre at informantene kan bidra til å belyse forskningsspørsmålet på en meningsfull måte. I min studie var et av hovedkriteriene at informantene skal ha hatt en tidligere ruslidelse og at de var voksne mennesker. Det ville også være en fordel om de var helt rusfrie og har tidligere erfaring med tilbakefall. Mitt utvalg består derfor av voksne mennesker som har en lang historie med rus, og hvor flertallet har mange år som rusfrie. Her ønsket jeg å få et homogent utvalg, med personer som har ulik bakgrunn og ulike rusmiddel avhengigheter, og også ulik lengde rusfrihet. Dette ønsket jeg for å kunne få en bredere forståelse av temaet mitt som kan bidra til å sikre blant annet troverdigheten for resultatene i dette studiet (Malterud, 2017, s.58-60).

Selve intervjuprosessen er en tredje viktig ting (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 137-154). Her var jeg opptatt av å skape en trygg, avslappet og behagelig atmosfære som kan bidra til at det blir lettere for informantene å dele sine tanker og erfaringer. Dette vil kunne føre til at informantenes svar blir mer pålitelige og ærlige, da de ikke svarer utfra hva de tror jeg vil de skal svare, eller svarer det som gjør at de tar seg best ut. Informantene skulle få velge tid og sted for intervjuene og jeg var opptatt av å være fleksibel og tilpasse meg deltakernes tempo og språkbruk. Jeg stilte også åpne spørsmål og var en aktiv lytter for at informantene skulle føle seg ivaretatt og også for å oppmuntre de til å forklare og utdype svarene sine. For å skape en trygg og behagelig atmosfære brukte jeg også litt tid, før jeg startet opptak og intervju, til å slå av en hyggelig prat hvor vi ble bedre kjent, noe som skapte en uformell og god stemning.

Analyse av datainnsamlingen er et fjerde kvalitetskriterium, dette krevde en systematisk og grundig tilnærming. Her var det viktig at jeg var bevisst på egen forforståelse for å ikke la mine synspunkter og antagelser påvirke analysen og resultatene jeg kommer frem til (Malterud, 2017, s.111-112).

Etikk

I kvalitative intervjuer må integriteten til informantene ivaretas. Dette gjelder under intervjuet og også i etterkant av intervjuene når resultatene skal fortolkes og presenteres (Malterud, 2017, s. 211-218). Rusbruk er et tema som kan være svært sensitivt og vanskelig for informantene å snakke om – i tillegg kan de befinne seg i en sårbar livssituasjon. Det var derfor i forkant av intervjuene viktig å reflektere over at tema og spørsmålene kunne være

triggende for informantene, og i verste fall trigge et tilbakefall (Thompkins et al. 2012). Jeg var derfor veldig tydelig med informantene mine i forkant av intervjuet om at de ikke måtte svare på alt og at de kun svarer på det de følte for. Jeg informerte de også om at de fikk lov å ha med seg noen under intervjuet om de følte dette ble tryggere for dem. Dette var det ingen som ønsket og informantene var tydelige på at dette var et tema de synes det var fint og viktig å være åpne om.

Det var nødvendig med et skriftlig samtykke (vedlegg 2), som informantene skrev under på før intervjuet ble gjennomført. Informantene skal vite hva prosjektet handler om, jeg sendte derfor ut informasjon på e-post i forkant av intervjuene. Her fikk de informasjon om hvordan jeg skal samle inn data, hvordan dette vil bli oppbevart, håndtert og hvem som har tilgang til materialet. De fikk også muntlig informasjon om at de har rett til å trekke seg når som helst uten begrunnelse. Personopplysninger og andre gjenkjennelige detaljer er anonymisert. Det var også viktig at jeg behandlet de sensitive opplysningene med varsomhet (Fangen, 2022).

SIKT har godkjent masterprosjektet (Ref.nr. 385297). Jeg har informert mine informanter om at konfidensialitet og deres personvern skal bli ivaretatt, og at jeg følger personopplysningsloven og SIKTs instruksjoner. Det var viktig at informantene følte seg trygge, og at det som blir fortalt i intervjuet ikke kunne tilbakeføres til informanten. Tillitt mellom informant og forsker er viktig for å kunne få et ærlig resultat og for at informantene ikke var redde for å snakke fritt. Om informanten er skeptisk til meg som forsker kan personen velge å holde igjen informasjon (Malterud, 2017, s. 211-212).

Jeg tok i bruk Nettskjema-diktafon appen for å ta lydopptak under intervjuet. Denne mobil appen er utviklet for å samle inn kvalitative data i forskningssammenheng. Appen gjorde at jeg kunne spille inn og lagre intervjuene på en sikker måte og er i tråd med NMBUs retningslinjer. Appen gjør det også enkelt å organisere og dele dataene med andre involverte i forskningsprosjektet. Appen er også spesielt nyttig da man samler inn data fra flere forskjellige informanter. I tillegg er appen utviklet med tanke på personvern og sikkerhet, og dataene lagres på en server i Norge som er beskyttet av strenge sikkerhetsrutiner. På denne måten kan jeg være trygg på at dataene er lagret på en sikker måte og at personvernet til deltakerne er ivaretatt (Universitetet i Oslo, 2017).

Presentasjon av funn

I denne delen skal jeg presentere resultatene fra prosjektet. Funnene forteller noe om hva informantene vektla som viktig i forhold til deres opplevelse av risiko for tilbakefall. Under

analysen kom jeg frem til disse hovedtemaene: de viktige møteplassene, kjenne egne styrker og svakheter, vil ikke tilbake til det livet, å bli møtt som et menneske og elendig ettervern.

De viktige møteplassene

De første årene som rusfri er man ekstremt sårbar for å få tilbakefall. Informantene har mange år som rusfrie bak seg, og de forteller både eksplisitt og implisitt at de ikke føler seg så sårbare for tilbakefall nå som tidligere. Det betyr allikevel ikke at de kunne legge ned garden – de mener det fortsatt er viktig å unngå alle kjente triggere. For mange er disse triggerne koblet til et bestemt miljø og et bestemt sosialt nettverk. Flere av informantene understreker således viktigheten av å bygge et nytt rusfritt nettverk for å opprettholde rusfrihet. De snakker om at man som rusfri er nødt til å starte på nytt, og ikke gå tilbake til det gamle nettverket. Informantene mener man helst ikke skal søke tilbake til det gamle nettverket, men det er noen av dem som har beholdt blant annet kjæresten fra rusmiljøet ettersom de sammen har tatt et valg om å slutte å ruse seg.

Det kommer tydelige frem i intervjuene at møteplasser arrangert i regi av frivillige og religiøse organisasjoner har vært viktig for dem både på veien mot et rusfritt liv og for å hindre tilbakefall. Disse møteplassene er i nærmiljøet og blir arrangert av organisasjoner som legger til rette for møteplasser for personer som har eller har hatt ulike utfordringer med rusbruk. Det finnes flere typer møteplasser, noen fokuserer på det sosiale samholdet, mens andre har en mer behandlingsmessig tilnærming. Et fellestrekk er at de er rusfrie og ofte brukerstyrt.

Frelsesarmeen er et eksempel på en religiøs organisasjon som er med på å tilrettelegge for slike sosiale møteplasser i hele landet – og hvor det foregår ulike aktiviteter. Her kan de komme for å få et varmt måltid, være med å lage mat, drikke kaffe og bare snakke sammen. De tilbyr mange aktiviteter som blant annet quiz, gatefotball, samtalegruppe, sykling, musikktilbud, seiling, klatring, turer, bordtennis og spill. Disse møteplassene blir sett på som et rusfritt kom-og-bidra-sted, hvor målet er å skape en meningsfull fritid uten rus. Disse møteplassene er åpne mellom tre til fem ganger i uken.

Flere av informantene foreller at menneskene på de sosiale møteplassene får dem til å føle at de faktisk betyr noe og at de er verdt noe. Dette er noe informantene forteller de har manglet i store deler av livet siden fleste parten har vokst opp under ganske tøffe kår. De uttrykker at dette er en følelse de synes det er godt å kjenne på og som de ønsker å kjenne mer av, og som derfor gjør møteplassene så viktige for dem. Her møter de både brukere og ansatte som kan ha

vært eller er i samme situasjon som en selv, hvor de kan dele erfaringer på tvers av hverandre. Informantene kommer alle inn på at noe av det beste med disse møteplassene er at det ikke er noen dømming av hverandre fordi de alle har forståelse for hva de går gjennom og har gått igjennom. Dette bidrar til at personene føler seg trygge og det blir en fin møteplass for dem, som kan gjøre veien til et tilbakefall lenger og også veien ut av rus kortere.

På disse møteplassene oppstår det mye gjensidig støtte og kjærighet fra menneskene som oppholder seg her, hvor de skaper et godt fellesskap og nye bekjentskap. Flere av informantene forteller at de har inntrykk av at det er slike steder som hjelper de fleste til å holde seg rusfrie. Lisa forteller at det er nettopp disse møteplassene som har gjort at hun har klart å holde seg rusfri den siste måneden:

«... De kan på en måte være der hvor du er der og da, så skjønner du at det her er folk som vil deg vel, det er ikke bare noen som får betalt per time og kaster deg på dør igjen. De vil gjerne se oss komme tilbake i morgen igjen. (De spør:) «Blir du med på det? Blir du med på det?» ikke sant, og til slutt så er du inni en sånn fin greie. Da kjenner du kanskje atte ... ja, kanskje jeg betyr noe allikevel for noen liksom plutselig. Så får du andre ting å tenke på, slipper å gå rundt på gata og lure på hva skal jeg finne på nå a? (For da kan det fort bli sånn:) Åh, der er han, «skal du ha dop eller?» Da er veien kort, da er veien veldig kort ...»

Informantene mener at å danne nye nettverk er ekstremt viktig for å opprettholde rusfrihet, og at muligheten for å bygge dette på disse møteplassene er stor. Flere ganger under intervjuene hvor det blir snakk om møteplassene, kommer det frem at personene og den sosiale kontakten man får her blir viktige og er med på å øke livsgleden og selvtilliten deres. Astrid forteller blant annet at: «Det som betyr noe er jo at jeg blir glad i folk på «[navn på frivillig organisasjon]».

Anonyme alkoholikere (AA) og Anonyme narkomane (NA) er to andre viktige møteplasser som informantene nevner flere ganger under intervjuene. Dette er selvhjelpsmøteplasser som styres av personer med utfordringer knyttet til rus. Her møtes de jevnlig for å hjelpe hverandre med å holde seg unna alkohol (AA) og andre rusmidler (NA) gjennom samtaler og deling av erfaringer. Den eneste betingelsen for å være med er et ønske om å slutte å drikke alkohol eller å ta andre rusmidler og at man deler erfaringer knyttet til alkoholisme eller andre rusavhengigheter.

Trond forteller om hvor viktig AA møtene har vært og er for ham – at det er en form for behandling som har hjulpet han til å bli helt rusfri og med å unngå tilbakefall til alkohol. Han forteller om den dagen han ble «kastet ut» av et rusbehandlingsprogram etter bare en måned,

fordi de ansatte mente at denne typen behandling ikke var noe for han. De beskrev ham som «en tikkende bombe», og mente blant annet at sinnemestringskurs kunne være bedre for ham.

«Og da, når jeg sto på trappa der med bagen min ... også hadde jeg en liste over AA møter ... og da sto jeg der og gråt mine modige tårer og venta på taxi, og da var jeg det berømte håret ifra å enten gå på puben og kjøpe alkohol eller å gå på møter. Og da heldigvis, så gikk jeg på møter. Hadde jeg ikke hatt [kjærestens navn] og ungene så hadde jeg ramla på fylla, menne jeg kom meg på møte. Og som sagt, fra første dag der så har jeg ikke rørt en dråpe altså ...»

Mari forteller om flere av tilbakefallene hun har hatt. Men hun husker noen av dem som ekstra vonde og vanskelig. Under ett av tilbakefallene følte hun på en enorm skamfølelse. Skammen var så stor at hun fikk problemer med å fortsette å gå på AA møter. Mari forteller om hvor godt det var å ha god støtte fra AA-venner i denne vonde perioden:

«... jeg hadde også AA-venner som kom og henta meg, tok meg med på møter og kjørte meg hjem igjen, så hadde det ikke vært for den støtten og den måten jeg ble tatt imot på i AA da ... for den skammen er så utrolig smertefull, men så er det liksom noe med at du blir møtt med kjærlighet allikevel, fordi folk forstår, de vet hva dette er også ja, så fikk jeg en ny start da.»

Martin påpeker også flere ganger under intervjuene hvor viktig NA har vært for han og også kjæresten hans for å opprettholde rusfriheten. Han mener at dette er den behandlingen som har funket for han, for å bli og for å holde seg rusfri:

«Ogsååå var vi jo så heldige at det var sånne NA møter dit vi flytta, og da gikk vi på det hver fredag, og det er liksom den behandlingen som har funka for meg. Så NA programmet har gjort at jeg har klart å holde meg rusfri da ... AA og NA er helt uvurderlig hjelpemidler»

Trond, Mari og Martin mener alle at AA og NA er det enkelttiltaket som har hjulpet dem ut av rusen og hjulpet dem til å mestre og vedlikeholde en rusfri hverdag. De er alle takknemlig for at dette var noe de ble introdusert for og at de kom seg på disse møtene hvor de har møtt kjærlighet og støtte.

Kjenne egne styrker og svakheter

De fleste av informantene har vært rusfrie i veldig mange år, men de har også opplevd flere tilbakefall på veien til et rusfritt liv. Dette har gjort dem bevisste på hva som har vært og er deres trigger og hvordan de må håndtere dem. Det viktigste er at de alltid må ha null toleranse for rusmidler, både narkotika og alkohol. De kan ikke ruse seg litt her og der, det er altfor risikofyllt og sjansen for å miste kontrollen er ekstremt stor. De er bevisste på at de hele

livet vil være sårbare og i fare for å kunne få et tilbakefall. De har derfor alltid garden oppe og unngår å sette seg selv i situasjoner som kan være vanskelige.

Det er bred variasjon i hva den enkelte opplever som vanskelige situasjoner – flere av informantene uttrykker at de i dag ikke plages noe spesielt med triggere og andre er bevisste på at selv små inntrykk knyttet til rusbruk som følelser, stemning, lukt og lyd, kan trigge rusuget.

Lisa forteller for eksempel at i dag er det faktisk ingenting hun kan tenke seg som kan trigge henne til å få et tilbakefall. Hun insisterer på at hun aldri skal ruse seg igjen, at det ikke er noen ting som kan trigge henne til det. Hennes viktigste våpen er å si nei og å få støtte fra andre:

«Det gjør meg ingenting jeg kan sitte å se på folk røyke og sette sprøyter, det trigger meg ikke i det hele tatt faktisk. Ingenting! Nei, spiller ingen rolle ... og det er jo en sånn greie som jeg mener at man må, det har vi i oss, man har det i seg, du har det herre sterke som du bare pointer opp og kjenner at den er der også sier du nei, nei, nei og hver gang du sier nei, så blir du sterkere!»

Trond derimot, forteller at han har de samme triggerne å ta hensyn til i dag som før, men at han ikke lenger legger like stor vekt på dem. Trond bruker også en metafor knyttet til «husbygging» for å beskrive hvordan han tenker for å klare å holde seg edru de neste 24 timene. Han skiller mellom et hus som er bygd på fjell og et hus bygd på sand, hvor han forklarer at huset som er bygd på et fjell kommer til å stå gjennom stormen, men huset som er bygd på sand ikke klarer å stå gjennom stormen. Han mener altså at man må ha en solid grunnmur for å takle triggere. Hans «edruskaps hus» har sin solide grunnmur i ting han har tatt med seg og lært i AA. I motsetning til Lisa, forteller Trond at han kan trigges av blant annet inntrykk som han forbinder med rus – det kan være på film eller i virkeligheten.

«Assa, den gangen hadde jeg ikke det jeg har nå, det må sies, men det er alltid det suget som kommer, nå vet jeg jo hvordan jeg skal takle det suget ... og det kan være hva som helst som trigger hjernen din til, eller min da, til å få det suget. Og det kan være at jeg ser på en film, så sitter de der på en strand med øl eller noe og bare åhhhhh, eller på en konsert og drikker noen øl og koser seg og du bare åhhhh, eller lukt, kjenner lukta, oi shitt liksom! Det kan være nok til å trigge hjernen din til å få lyst, og hvis du ikke da har de verktøyene som står i boka anonyme alkoholikere, som vi kaller «stor boka», det er jo da på en måte kokeboka vår, bruksanvisninga til hvordan vi da hvertfall holder oss edru. (...) Når du jobber med det programmet så jobber jeg med hjernen min, jeg jobber med hjertet mitt, jeg jobber med liksom hvordan jeg skal eh takle ting, og gjøre da, hva jeg skal gjøre hvis det suget kommer nå mot før, for da visste jeg ingenting. Så det er klart det, at det suget var det som

gjorde at jeg ramla på fylla igjen. Programmet som jeg jobber med i dag sammen med anonyme alkoholikere er det som hindrer meg i å ramle på fylla i dag.»

Trond nevner her at han tidligere har hatt tilbakefall fordi han ikke visste hvordan han skulle håndtere rusuget når det kom. I dag finner han støtte i AA programmet, men han, som Lisa, påpeker også flere ganger at det å dele følelser og erfaringer med andre hjelper han mye. Astrid beskriver en annen type triggere – for hun trigges av vonde følelser som mangel på meningsfullhet og en følelse av tomhet. Dette blir synlig når hun snakker om tilbakefallet hun hadde rett etter hun kom ut fra behandling nå nylig. Hun, som de andre informantene, snakker mye om dette med å finne styrken i seg selv til å klare å bli og holde seg rusfri:

«Siden mine triggere ikke er butikken eller polet. Så er det noe følelsesmessig her som jeg må få grep på og det må være stødig på et vis. Så lenge jeg ikke klarer å snakke fornuft med meg selv, så tror jeg ikke noe kan hjelpe meg. Da er det bare strake veien på butikken. Det kan jo være litt flaut å innrømme at du som 60-åring fremdeles ikke er klok nok til å være i dine egne hender. Det er jo slitsomt å tenke på. Og den belastninga er jo også heavy og kjenne på. Ja ... Men så lenge jeg ikke finner den kjernen i meg selv i forhold til alkohol, jeg har nok finni den kjernen på andre områder i livet, men ikke i forhold til alkohol ... Det er en god bedøvelse mot omverden, og stenge av ...»

Mari snakker også som Astrid, mye om følelser når det kommer til triggere. Hun forteller mye om hvordan «et uærlig liv» kan være en trigger for tilbakefall. Med dette mener hun at om man ikke kan være ærlig med seg selv og andre om hvordan man har det, hvordan man lever og om man ikke kan snakke om de vanskelige tingene så er veien til et tilbakefall kort. For henne starter faren for tilbakefall med følelsen av misnøye. Hun forteller hvor viktig det er at denne følelsen ikke får ta overhånd:

«Hos meg så starter det med den misnøyen, og hvis den får lov å gro seg til uten at jeg gjør de anbefalte tingene som har holdt meg edru til i dag, og det ikke noe big deal det jeg har lært, men hvis jeg ikke gjør de tingene så har jeg kjent, jeg har blitt fortalt at det går i revers, men jeg har kjent det! Fordi det er akkurat som at den ruspersonligheten, den alkoholikeren, det er akkurat som den ligger rett under huden og bare venter på et utløp. Det er ikke sånn at det plager meg hver dag på noe som helst vis, men det er noen sånne varsler som ligger der som gjør at jeg er ikke som deg og derfor så må jeg passe på, det er et sånn annet uttrykk som sier «stå vakt ved tankens kort».»

Mari snakker videre om at man aldri vet hvordan man reagerer på ulike katastrofer i livet, men at hun har klart å stå rusfri i flere sorger, blant annet ved tap av ektemann.

Informantene snakker mye om hvor sterk ruspersonligheten deres har vært og at misbrukeren i dem hadde all makt over dem. Martin kommer inn på at denne delen av han helt klart har blitt mye mindre og at rusuget fortsatt kan komme den dag i dag, men at det 10 år senere har blitt lettere å håndtere og at rusuget er mye svakere når det kommer nå.:

«Så, før så følte jeg at den misbrukeren i meg den var hele meg, mens nå da så er det liksom bare en pitteliten pipe stemme som kommer en sjelden gang iblant da. Og da er det ikke noe problem for da kan jeg liksom bare si «Nei hva faen, ikke!» Det går over med en gang da eller det går veldig fort over da. Men jeg kjenner fremdeles av og til nå kan jeg få en sånn [trekker pusten inn] lyst å ruse meg, liksom. Det skjer enda, men nå er det ikke noe, nå bare bytter jeg tanke så er det borte igjen.»

Det er med stort alvor informantene snakker om arbeidet de legger i det å forbli rusfrie. Dette handler først og fremst om at de unngår triggerne, men også at de vet hvor de kan få støtte til å håndtere triggerne. Bakteppet i dette arbeidet er en anerkjennelse av at konsekvensene av å sprekke er så enorme. Mari, som også flere av de andre informantene, understreker at: «Jeg kan egentlig ikke se noe som er verdt å knuse livet mitt med».

Vil ikke tilbake til det livet

Informantene er veldig klare på at de ikke vil tilbake til et liv bestående av rusbruk. Med alt fra noen dager til 30 år som rusfrie, er de bevisste på at dette er en livslang sykdom og at de derfor er i risiko for å oppleve et tilbakefall og alltid vil ha en slags underliggende utrygghet i forhold til tilbakefall. Da jeg spurte informantene om de føler de kommer til å leve resten av livet med risiko for å oppleve et tilbakefall var svarene at ja, det føler de. Det var kun Lisa som forteller at den dag i dag er hun 100 % sikker på at det ikke blir noe nytt tilbakefall og at hun står støtt i seg selv nå, så hennes svar var klart og tydelig nei.

Trond forteller om et av tilbakefallene sine hvor han hadde vært edru i fire år, før han «ramlet på fylla igjen». Han forteller her at det var fordi det skjedde mye ting i livet hans, og han hadde ikke noe sosialt nettverk å støtte seg på. Lisa viser også til at man kan ha tilbakefall selv om det har gått mange år. Hun hadde vært rusfri i 20 år før hun fikk et tilbakefall. Tilbakefallet oppsto da hun møtte en ny kjæreste som hun ikke visste holdt på med dop før en stund inn i forholdet. Hun satt etter hvert og så på at han ruset seg og hun forteller at hun selv var veldig sårbar i denne perioden av livet fordi hun nylig hadde kommet ut av et veldig dårlig ekteskap som besto av vold og «psykisk terror». Hun hadde mye smerter grunnet volden og hun tok mye Paracet og Ibux daglig. Det fungerte ikke, og hun fikk heller ingen hjelp til å

ordne disse smertene på grunn av dårlig økonomi. Når smertene ikke var til å leve med lengre, sprakk hun og begynte med heroin igjen, etter 20 år som rusfri.

Martin forteller at han synes det var kjempelett å ikke ruse seg de første tre månedene etter han hadde bestemt seg for å bli rusfri. Da gikk han på NA møter hver fredag og følte det gikk kjempelett og at det ikke var noe problem i det hele tatt. Men så kom det et tilbakefall og han snakker om, som også andre av informantene, at det å få et tilbakefall kan brukes som en god erfaring og ta det med seg videre inn i et rusfritt liv, istedenfor å gå helt i kjelleren og føle på en enorm skam. For dette igjen fører ofte til at det blir vanskeligere å komme tilbake til rusfriheten. Martin forteller også om hvor fort ruspersonligheten kan ta overhånd:

«... og etter det tilbakefallet, da begynte huet mitt liksom å «åja, kanskje jeg skal ta en tur til byen eller ringe den og den og, da begynte liksom den misbrukeren i meg å: Oi, kjente liksom at, oi han kan få litt kontroll igjen den misbrukeren i meg, ikke sant? Så da var det litt tyngre å holde seg rusfri, og det synes jeg også var en fin erfaring og dra med seg fordi atte det gjør jo at jeg må, at jeg overhodet ikke kan ruse meg, for jeg vet atte plutselig så har jeg ikke den kontrollen som jeg har nå da, den er veldig lett å miste da, så det er jo derfor man sier atte veien tilbake er veldig kort da, og det gjør jo at jeg fremdeles holder garden oppe og tenker over mine valg og er veldig bevisst på hva jeg gjør og ikke da, så sånn sett så er jeg veldig glad for at jeg hadde det tilbakefallet, for det ga meg en kraftig oppvekker...».

Mari fremhever en viktig faktor i forhold til dette med tilbakefall og det er hvor mye man har å tape. Hun forteller at tapene blir større og større ettersom tiden går - de blir mer smertefulle og etter hvert er det ikke lengre mulige å reversere tapene heller. Tilbakefallene rammer familierelasjoner, økonomien, bosituasjon og som hun sier: «ikke minst helsemessig». Maris siste tilbakefall hadde store konsekvenser for henne, ettersom hun hadde rukket å reparere gamle relasjoner med familie og selv fått bedre helse igjen:

«Det siste tilbakefallet jeg hadde, det var forferdelig vondt! Jeg var så redd, jeg visste fra første sekund at det var så feil som det kunne fått blitt, og altså hele tilværelsen ble sånn marerittaktig og det var som å, i AA vettu så lærer vi mye sånn utrykk de har, vi begynner der vi slutta for eksempel, at man kan gå liksom. Sånn som jeg da som snart har disse 30 årene som kan tenke atte, men nå kan jeg vel ta meg en for nå er det så lenge siden, men så er det noe med det at det sitter i systemet og det beviser vi også.»

Martin snakker om ruspersonligheten og at når den styrte ble alt annet enn å få tak i rusmidler nedprioritert. Han er inne på flere ganger at han har prøvd å slutte å ruse seg mange ganger fordi ruslivet er så forferdelig slitsom. Han forteller at dette med tilbakefall ikke er noe han

går rundt og tenker på i det daglige, men at han er veldig bevisst på hvor lite han vil tilbake til dette livet:

«Ikke sant, jeg kan ikke ruse meg litt, ta litt cola til helga og sånn, det går ikke for meg, da har jeg liksom åpna døra på vid gap for den ruspersonligheten da og det, jeg vet hvordan det er, når den styrte da, og det vakke noe kult. For jeg prøvde jo å slutte å ruse meg flere ganger oppigjennom og har liksom vært innom faen skal jeg bare ta, skal jeg bare kjøpe meg en overdose og bare bli ferdig med detta, for det er så slitsomt da. Så jeg har liksom hatt mange ganger oppigjennom da, hvor jeg har tenkt at nå tar jeg meg sjøl, nå gidder jeg ikke dette lenger. Så nei jeg vil jo ikke tilbake dit».

I dette sitatet understreker Martin at et liv med en ruslidelse er ufattelig slitsomt både psykisk og fysisk. Et slikt liv er nesten ikke verdt å leve, sier han. At dette er et tungt liv er noe alle informantene berører – og de er helt klare på at dette ikke er et liv de ønsker tilbake til og derfor må de alltid huske på egen bakgrunn og hvilken sykdom de har.

Å bli møtt som et menneske

Det kommer tydelig frem at informantene følte seg sett ned på og dømt av andre da de levde et liv i aktiv rus. Stigmatiseringen kom både fra mennesker de møtte på gata og i systemet fra personer som skulle hjelpe dem. Ved spørsmål om stigmatisering er alle informantene veldig tydelig på at dette var noe de visste hva er og har og fortsatt kjenner på. Noen av informantene har også kjent på stigmatisering etter at de har vært rusfrie i mange år, mens andre påpeker at det er stor forskjell på stigmatiseringen som en person med en ruslidelse og som rusfri. Her føler de at de som rusfrie blir mer akseptert av andre og plutselig føler de at de ble sett på som et menneske og ikke bare som en narkoman.

Mari forteller at stigmatisering er noe hun fortsatt kjenner på den dag i dag, men ikke på langt nær så mye som da hun levde i aktiv rus. Det kommer frem flere historier under intervjuet om hvordan hun har opplevd stigmatisering, hvor hun uttrykker at det har vært tøft å føle seg mindre verdt enn andre i samfunnet. Stigmatiseringen har oppstått på flere ulike arenaer etter å ha blitt rusfrie, blant annet på arbeidsplasser, av venner og av systemet. Hun har derfor blitt mer forsiktig med å fortelle om sin rusbakgrunn til andre. Mari kommer også litt inn på hvorfor hun tenker det oppstår så mye stigmatisering mot personer med en ruslidelse:

«... men sånn samfunnsmessig så er det jo mye stigmatisering rundt rusmisbruk generelt og veldig lite kunnskap om sykdommen alkoholisme og avhengighet generelt. Fortsatt så er det mange som har en innstilling om at det er et spørsmål om viljestyrke og karakter ... Men stigmatisering det møter jeg på omtrent på hvert eneste hjørne såå jeg velger mitt publikum.»

Mari forteller videre om et nylig eksempel på stigmatisering. Hun går til behandling for en kronisk sykdom og i forbindelse med en ny utredning fikk hun tilsendt en epikrise. Epikrisen startet med å beskrive hennes fortid med en tidligere ruslidelse, og ikke hva som var grunnen til utredningen:

«Det sto først noe sånn: «Pasienten har vært rusmisbruker i over lang, lang tid og er rusfri nå, har hatt hepatitt C men, ja er kvitt det nå» Ogsååå kommer det med [den kroniske sykdommen] etterpå og ikke sant, jeg har følt det som utrolig krenkende, etter så lang tid, så jeg måtte si ifra, da».

Martin har vært avhengig av rusmidler store deler av livet og når han var i aktiv rus besto nettverket hans kun av andre mennesker som hadde utfordringer knyttet til rusbruk. Den lange avhengigheten og nettverket utgjorde at dette livet i rus var det eneste han kjente til. Han følte seg trygg og akseptert i dette miljøet og verden utenfor var skummel og her ble de heller ikke akseptert som likeverdige mennesker. Men Martin fikk seg en overraskelse da han selv kom ut i den nyktre verden:

«... Og det synes jeg jo var dritskummelt i begynnelsen å skulle plutselig ikke ruse meg også skal jeg liksom møte folk, det var jææævlig skummelt, så jeg var jo veldig vant med den stigmatiseringen, det å bli sett ned på å haha at folk går liksom på andre siden av gata når jeg møter de på fortauet. Og det var like vanskelig og verre nesten ... å kjenne på hvem er jeg som rusfri, hvem er jeg når jeg ikke ruser meg? For jeg var veldig trygg på hvem jeg var når jeg rusa meg, ikke sant? Og de folka jeg kjente, alle rusa seg jo og ja. Så det var like vanskelig og sikkert verre enn det å slutte å ruse seg, det å møte samfunnet liksom. Bare det å bli møtt på en bra måte sånn i systemet, det hadde alt å si, hvis ikke jeg hadde blitt det så hadde jeg nok rusa meg enda, såå det er helt avgjørende ... De så på meg som et menneske da, ikke bare som en jævla narkoman. Det også gjør at veldig mange rusavhengige drar det veldig langt da, i forhold til somatik og sånn fordi de orker ikke å dra til legen å få kjeft da eller ja, og bli sett ned på og mobba ikke sant, for det er det man blir av helsevesenet. Men jeg merka også en veldig stor endring da, fra systemet eller hjelpeapparatet, med en gang jeg kunne si at jeg var rusfri da. Da var det et veldig stort skifte der, ikke sant, som er veldig skadelig da for selv om du ruser deg da så er det jo en grunn til at man gjør det»

I forskjell til de andre informantene levde Lisa i store deler av sin «ruskarriere» et dobbelt liv, hvor hun i starten hadde idrettsmiljøet sitt på ene siden som ikke visste noen ting om rus, og på den andre siden hadde hun et nettverk innenfor rusmiljøet. Hun forteller at hun levde dette dobbeltlivet og ikke fortalte det til noen på grunn av stigmatisering og skam. Hun brukte blant annet aldri sitt eget navn når hun var rundt omkring i rusmiljøet. I senere år har hun også levd et liv med barn og fulgt opp på det som skulle følges opp og samtidig levde hun et liv i rus som ingen visste om:

«Så hadde jeg også noen dobbeltroller hele tiden fordi det var ingen som egentlig visste at jeg dreiv med så mye, for jeg gjorde jo det jeg skulle hele tiden ikke sant, alt med barn og fulgte opp ting og tang»

I intervjuene kommer det frem at stigmatiseringen informantene har opplevd helt klart er noe som har vært med på å opprettholde rusbruken. Dette fordi verden utenfor blir for skummel ettersom de er vant med at mennesker i samfunnet ser ned på dem, er redd for dem og at de ikke får den hjelpen de har behov for, fordi de har et rusproblem. Informantene fortelle også historier fra egen erfaring og andres opplevelser hvor systemet opptil flere ganger svikter, da de ikke blir møtt som mennesker som fortjener hjelp. De føler seg ikke like mye verdt som andre mennesker i samfunnet fordi de har kjent så kraftig på stigmatisering. Informantene viser også til at stigmatisering kan føre til tilbakefall, fordi stigmatiseringen er med på å påvirke hjelpen de får fra systemet. Det gjør det vanskelig å danne et nytt nettverk utenom rusavhengige og det gjør det vanskeligere å få seg blant annet bolig og jobb hvor også økonomi blir en utfordring.

Elendig ettervern

Informantene var alle enige om at ettervernet i Norge i dag er «elendig» og nesten ikke-eksisterende. De fleste av informantene har vært i en form for behandling tidligere, men de uttrykker at etter behandling står man ofte plutselig helt på egne ben og veien til et tilbakefall blir veldig kort. Møtet med den virkelige hverdagen igjen er brutalt. De kjenner så å si kun mennesker fra rusmiljøet, og den rusfrie verden blir skummel på utsiden av behandlingsinstitusjonen hvor de uttrykker at man lever i en trygg liten boble.

En av informantene uttrykker spesielt frustrasjon ved spørsmål om ettervern og hevder at ettervernet er «helt på tryne». Denne informanten har en sønn som nettopp kom ut fra en rusbehandling etter ti måneder. Problemet er at han ikke har et sted å bo med mindre han vil bo på hospits, hvor det bor mange personer som er i aktiv rus. Han blir derfor boende hjemme hos informantens isteden. Denne opplevelsen i nær familie har gjort informantens svært frustrert over at det er de samme problemene i rusomsorgen i dag som tidligere:

«... heeelt ræva, altså man skulle ikke tro at det skulle gå ann i dette rike landet her, men altså de blir altså sendt ut fra avrusning, sendt både på hospits hvor det bare er rusing døgnet rundt da, eller på de såkalte stedene som det liksom ikke skal være lov til noen form for rus da, men det foregår der å så, altså det er veldig dårlig altså, det må jeg si jeg er skikkelig skuffa ... for det er der du på en måte ryker tilbake da, rett tilbake på hospits, det er som å sende deg rett til heeelvete igjen, assa der foregår det ting som du helst ikke vil vite en gang, av negative ting, som gjør atte huet ditt blir vel

blåst etter kort tid og da er tilbakefallet stort, for veldig mange ... Dem har ikke noe å komme ut til.»

Flere av informantene snakker om behandlingsbobla som går ut på at når du er i behandling så er man i en trygg liten boble og at denne boblen sprekker da du kommer ut av behandling. Informantene er innom dette flere ganger under intervjuene og viser til at overgangen fra behandling og et liv på utsiden er for stor. Det er ikke noen særlig form for ettervern eller oppfølging. Dette gjør veien til et tilbakefall veldig kort. Astrid forteller blant annet om at hun fikk tilbud om samtaler etter behandlingen hun hadde vært på, men at det ble vanskelig så fort behandlingsbobla sprakk:

«Men jeg gikk til sånne samtaler etter at jeg kom ut, menne det var jo ikke noe problem å skjule at jeg drakk. Nei, det var den derre bobla, men det holdt ikke, kom hjem hit og nei det hjalp ikke i det hele tatt ...»

Mari har vært innlagt flere ganger til behandling for sitt rusproblem og hun forteller om at en av gangene hun var innlagt fikk hun også tilbud om ettervern, men at det ikke var nok:

«Jeg var på kvinnekollektivet i nesten to år med ettervern, og allikevel så var ikke veien lang tilbake til rus. Jeg hadde, i vår storbok (AA) så står det, vi var helt uten forsvar mot det første glasset. Forsvaret måtte komme fra en kraft sterkere enn oss selv. Og det er jo det man snakker om med å be om hjelp da ...»

Martin uttrykker også frustrasjon over daværende og nåværende ettervern. Da jeg stiller spørsmål rundt ettervern forteller han at det ikke er et eksisterende ettervern. Han forteller videre litt om de etterverna han selv har erfaring med og de han har hørt om - hvor han kaller dem for «skrøpelige». Han forteller videre at her kommer man ofte ut av behandlingen med tilbud om et år med ettervern hvor du bor på en slags institusjon eller en gitt leilighet. Her får man en jobb, gjennom denne institusjonen, og da man er ferdig der så er det rett hjem og da står du der på egne ben. Han forteller at det da er en forventning om at da er man jo rusfri så da skal man klare seg selv.

«Det er ingenting da ... Jeg savner jo det at man kunne fått litt oppfølging etterpå ... man må på en måte ha klart å bygge opp noe, en varighet da i det ettervernet så skulle man klart å bygge opp en jobb eller etterleantnet, eller noe som du kanskje har lyst til å gjøre da videre og trives med og på en måte få seg nye venner der eller sånne ting som det da, men jeg brukte jo fem år fra jeg flytta opp hit, slutta å ruse meg og flytta opp hit, til jeg på en måte turte å tenke tanken på å begynne å jobbe ... Slutta du å ruse deg i går så skal du ut å jobbe i overmorgen liksom, da er du klar, bare glem det liksom. For vi er forskjellig og da må det være rom da, for vi har forskjellig tid, man trenger forskjellig tid og man er ikke klar før man er klar og blir du pressa ut i noe før du er klar så går det til helvete da».

I mangel på et godt statlig ettervern søker informantene til andre alternativer som møteplassene til Frelsesarmeen, og NA/AA. Informantene uttrykker under intervjuene at vi alle er forskjellige og har ulike behov, men at en form for ettervern er noe alle trenger og er avgjørende for om man mestrer en rusfri hverdag etter å ha kommet ut av denne behandlingsboblen.

Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke hvordan informantene opplever risikoen for tilbakefall. Jeg skal i dette kapittelet drøfte hovedfunnene i lys av teori, litteratur og tidligere forskning.

Det kommer frem i funnene at informantene ser på sin rusavhengighet som en livslang sykdom, og at «ruspersonligheten» deres er så sterk at de er nødt til å være bevisst på egne triggerer og hvordan de best kan håndtere et eventuelt russug. De forteller at russuget blir mindre med årene fordi de har lært seg to ting bedre – og det er å unngå triggerer og å håndtere triggerne sine. Informantene uttrykker at de finner mye støtte i organiserte møteplasser for mennesker med tidligere eller nåværende ruslidelser. Her opplever de et godt felleskap og mye kjærlighet som gjør det lettere å holde seg rusfri. Det å holde seg rusfri er ikke noe de klarer på egenhånd, og det er avgjørende å få hjelp og støtte både fra et formelt og uformelt nettverk. Det kommer frem at overgangen fra behandling til hverdagsliv som rusfri er spesielt sårbar. I behandlingen har de levd isolert og trygt i det de kaller «behandlingsbobla» og møte med samfunnet uten rusen kan være brutalt. Noe annet informantene også opplever som brutalt er stigmatisering av dem med ruslidelser. De understreker hvor viktig det er å bli møtt som et likeverdig menneske for å tørre å be om å få den hjelpen man trenger.

Livslang sykdom – alltid ha kontroll på triggerne

Når informantene beskriver ruslidelser som en livslang sykdom som vil følge dem resten av livet, mener de at avhengigheten alltid vil være der og at de aldri kan ha et normalt forhold til rusmidler. De må ha null toleranse for rusmidler.

«Ruspersonlighet» er et kjent begrep innenfor rusfeltet og informantene bruker dette begrepet for å illustrere at avhengigheten ligger rett under huden på dem og at om de først åpner døren for den så er det ufattelig vanskelig å få kontroll over den igjen. Informantene snakker om ruspersonligheten sin som et helt annet menneske enn hvem de egentlig er. Det er en person de selv ikke ønsker å være, og at rusfrihet innebærer å måtte finne tilbake til sitt egentlige jeg,

som har blitt overstyrt av ruspersonligheten. Martin illustrerer nettopp dette og den utviklingen han har hatt når han sier at «den misbrukeren i meg, den var hele meg, mens nå da så er det liksom bare en pitteliten pipe stemme som kommer en sjelden gang». I dag er det bare pipestemmen han må ta hensyn til og det føles mer håndterbart. Dette bekreftes også i Lynne (2011) sin masterstudie, hvor det å ha kontroll på ruspersonligheten og finne tilbake til seg selv diskuteres.

I mitt masterprosjekt kommer det frem at informantene trigges av ulike ting. Noen av dem opplever å bli trigget av sanseinntrykk, som det å se andre innta rusmidler. I min studie forteller Trond at han kan trigges av syns- og luktinntrykk som han forbinder med alkohol. Disse inntrykkene kan komme både fra filmer eller virkeligheten. Noe liknende ser vi blant annet i Berglund (2010) sin studie, hvor pasienter i behandling kan bli fristet til å innta rus dersom andre pasienter gjør dette. En annen hovedoppgave viser at noen personer med tidligere ruslidelser var så sensitive på alkoholtriggere, at de hørte forskjell på åpning av en brusboks og en ølboks (Wiig & Baanrus, 2021).

Andre av informantene erfarer at negative følelser er deres hovedtriggere. Disse informantene beskriver negative følelser knyttet til et uærlig liv, misnøye, tomhet og mangel på meningsfullhet. Dette er beskrivelser som går igjen i en studie gjort av Sun (2007). Hun beskriver ulike faktorer knyttet til kvinners tilbakefall hvor ett av dem handler om relasjonskonflikter og/eller negative følelser. Informantene som nevnte at negative følelser kunne utløse russug i min studie var hovedsakelig kvinner. Flere av disse fortalte at dersom de ikke var bevisst på disse negative følelsene og lot de ta overhånd og vokse seg fast, så ville veien til tilbakefall være kort. Dette handler nok om at de tidligere har brukt rusmidler for å håndtere de negative følelsene. Det er kjent at kroppen til en som tidligere har ruset seg, vet at rusen vil kunne dempe negative følelser som uro og det gir trygghet (Holte, 2015, Skjælaaen, 2019 s. 13 og 15). Rusen blir en trøst. Det er også en av informantene som er veldig tydelig på at hun ikke har noen triggere. Hun understreker at for henne er det ingen ting som kan trigge et tilbakefall. Hun har allikevel gode strategier for hvordan hun skal håndtere et russug om det skulle komme. For henne handler det om å være sterk nok til å si nei, og ikke engang tillate seg selv å kjenne på russuget.

Alle informantene, uavhengig av hva slags triggere de har, demonstrerer videre at det er viktig å ha strategier og troen på seg selv for å mestre russuget og håndtere de negative følelsene. Strategiene de nevner er blant annet å alltid si nei, ha et sunt og støttende nettverk rundt seg,

snakke med andre om sine følelser og dele erfaringer med andre, ha et mål om 24 timer edruskap om gangen og finne på ting som får dem på andre tanker. Flere av informantene har regelmessige strategier for å hindre tilbakefall og dette er gjennom 12 trinns arbeid (AA/NA). Dette er strategier som blant annet å be bønn til en makt høyere enn seg selv, både morgen og kveld, og lese i «storboka» til AA/NA daglig. Slike strategier finner støtte i Banduras teori om mestringstro (1977). For eksempel, dersom de negative følelsene gror seg fast, vil også tilliten til egen mestring trolig synke kraftig og et tilbakefall kan forekomme. Negative følelser kan føre til at det er vanskelig å ha troen på seg selv og at du kan mestre et liv uten å ruse deg. Dette bekrefter en anerkjent professor på rusfeltet, Alan Marlatt, som understreker at rusuget er sterkest når personen opplever sterke negative følelser og har lav mestringstro (i Dundas et al., 2008). Mulighetene for at disse negative følelsene ikke gror seg fast vil altså være betraktelig større dersom man har høy mestringstro, ifølge Bandura (1977). I dag beskriver informantene at troen på egen mestring er høy. De har utviklet mestringsstrategier som gjør at istedenfor å ty til rus om de negative følelsene kommer, så snakker de med andre om det. De beskriver at de gjenkjenner og unngår ulike faresituasjoner, og at dette i seg selv styrker tillit til egne evner (Bandura, 1977).

Flere av informantene snakker også om å bruke et eventuelt tilbakefall som en god erfaring og ta det med seg videre. De påpeker at dette kan bidra til å minske risikoen for et nytt tilbakefall, da man istedenfor å gå helt i kjelleren og å blir sittende fast i skammen, kan konsentrere seg om 24 nye timer som rusfri. Bandura (1977) påpeker viktigheten av nettopp dette, hvor det å føle at man lykkes er essensielt for å oppleve høy mestringstro. Det kan for eksempel hjelpe å dele opp de store målene i mindre mål (Bandura, 1977), slik man for eksempel gjør i rehabiliteringsarbeid når man formulerer SMARTER mål. Dette er mål som er spesifikke, målbare, ansporende, realistiske og en enighet om dem (Bakke, et al. 2016). Slike mål gjør det mulig å ta én dag av gangen og komme seg gjennom det neste døgnet som rusfri. Denne måten å sette opp mål på kan føre til høy mestringstro og motivasjon for å klare enda ett døgn, istedenfor å føle man har mislyktes totalt fordi man ikke klarer en uke rusfri. I AA/NA, får man en mynt når man mestrer å holde seg rusfri over en viss tid. I de tidlige fasene av rusfrihet får man blant annet mynt for å ha mestret 24 timer uten rusmidler. Dette er et fysisk bevis og symbol på at du har mestret og klart å holde deg rusfri, og det er tenkt å styrke personenes videre motivasjon og mestringstro.

Mens Bandura (1977) setter søkelys på grader av mestringstro, setter endringshjulet (Prochaska & di Clemente, 1983) søkelys på den sirkulære prosessen som ligger bak målet

om et rusfritt liv. Den dag i dag befinner flertallet av informantene seg i vedlikeholdsfasen for å opprettholde et rusfritt liv og hindre tilbakefall. De snakker flere ganger implisitt og eksplisitt om de ulike fasene i endringshjulet uten å henvise til selve teorien, blant annet da informantene snakker om å komme ut av «behandlingsboblen» og det å lære seg å leve på nytt. Dette kan bety at de har lært om denne sirkulære prosessen gjennom behandlinger, ettervern og på de ulike møteplassene. De tar stadig opp viktigheten av at man må innrømme og erkjenne for seg selv at man har et rusproblem, før man kan gjøre noe med det, noe som viser til det første stadiet i endringshjulet. Dette er noe man kan se i praksis på blant annet AA/NA-møter hvor møtedeltakerne alltid introduserer seg selv med å si hva de heter og deretter sier at de er en alkoholiker/narkoman. Dette er aktuelt i både første og siste fase i endringshjulet (Blindheim, 2001) hvor de først skal kunne innrømme det for seg selv at de har denne livslange sykdommen, og også for at de ikke skal glemme at de har den, selv om de kan ha vært rusfrie i mange år.

Et annet sentralt poeng i endringshjulet, som Mari nevner når hun sier: «*i AA vettu så lærer vi mye sånn utrykk de har, vi begynner der vi slutta*», er at man ved et tilbakefall ikke behøver å starte helt på nytt, men man fortsetter der man var (Blindheim, 2001). En sprekk eller et tilbakefall betyr ikke at man er tilbake på null, men at man starter på nytt der man var, med et mål om 24 nye timer som rusfri. Vi ser også i Pettersen et al. (2019) sin forskning at dersom man har levd et liv med alvorlig rusmisbruk vil det kunne ta tid å bli rusfri, og at både tilbakefall og at mislykket behandling er veldig vanlig. Dette bekreftes av informantene i denne studien hvor også en av de nylig har hatt et tilbakefall etter behandling, og er nå i aktiv rus igjen.

Tilbakefall er altså vanlig, men det er et vanskelig begrep å definere. Ifølge Moe et al. (2021) er det ikke et enhetlig begrep og det er sjeldent at man i forskningen skiller mellom tidlige tilbakefall, som oppstår tidlig etter behandling, og tilbakefall som oppstår senere. Det er også et spørsmål om hva som kvalifiseres som en sprekk og hva som kvalifiseres som et tilbakefall? Kaller man det et tilbakefall etter en sprekk eller brukes ikke begrepet før man aktivt begynner å ruse seg fast igjen? Da informantene fikk spørsmål rundt dette var de mer opptatt av at konsekvensen av et tilbakefall er viktigere enn *når* det skjer og hvor omfattende det er. Informantene understreker nemlig at for dem blir konsekvensene bare større og større etter hvert som tiden går – en av informantene beskriver blant annet den kraftige angsten som oppsto sist hun hadde et tilbakefall hvor hun blant annet uttrykker: «Jeg var så redd, jeg visste fra første sekund at det var så feil som det kunne fått blitt, og altså hele tilværelsen ble sånn

marerittaktig ...». Livet med en ruslidelse er tøft på alle måter og ingen av informantene ville tilbake til dette livet. De nevner spesielt det faktum at et tilbakefall vil kunne ødelegge relasjoner de har gjenoppbygd med familie og venner. De snakker også om konsekvensene tilbakefallene har for økonomi, boligsituasjon og helse. Dette er konsekvenser som ofte går igjen i forskningen også (Elswik et al. 2018., Johannessen et al. 2020); hvordan viktige relasjoner blir ødelagt da pårørende kan oppleve tilbakefall som et enormt tillitsbrudd, pårørende opplever skuffelse og at de rett og slett ikke orker å stå i det flere ganger. Informantene uttrykker at de i årenes løp har ødelagt mange relasjoner grunnet tilbakefall og at dette har vært svært smertefullt for dem. De opplever videre at sjansen for å miste bolig eller sjansen til å få egen bolig kan stagnere grunnet dårlig økonomi og gjeld. Det er kjent at helsekonsekvensene er store for mennesker som bruker rusmidler (Gjersing, 2018), og informantene påpeker at et tilbakefall ofte setter dem kraftig tilbake helsemessig.

Ikke mulig å klare dette selv

Flere av informantene har vært avhengig av rusmidler i store deler av livet, og ikke visst om noe annet liv. De fleste har også vokst opp under harde kår og i hjem bestående av rus. Dette gjør at de før ikke kunne se for seg at de noen gang fikk muligheten til å høre til i det rusfrie samfunnet. Dette gjør det ekstra vanskelig å finne sin plass som rusfri og danne nye relasjoner. Informantene uttrykker at de rett og slett må lære seg å leve på nytt om de skal mestre et liv uten rus. Dette sier de at de ikke klarer alene.

Behandling av rusavhengighet handler om nettopp dette med å utvikle en rusfriidentitet for å hindre tilbakefall. I en recovery-orientert tilnærming står dette også sentralt. Recovery-prosessen dreier seg om hvordan man håndterer livet på tross av symptomer og plager (Robertson & Nesvåg 2018), som for eksempel triggerne og russetet som informantene påpeker at kommer og går. Recovery er en prosess som er både personlig, relasjonell og sosial. Viktige forhold i recovery er helse og velvære, tilhørighet og deltagelse på de ulike samfunnsarenaene, personlig og sosial identitet, støtte fra omgivelser og det å ha gode materielle forhold. Robertson og Nesvåg (2018) fremhever at det ofte ikke er behandlingen som er utfordringen. Det er overgangen fra behandling og ut i det vanlige hverdagslivet som har mye forbedringspotensialet. Dette fordi, som informantene mine også forteller, tilbakefallsrisikoen er stor når «behandlingsboblen» sprekker (Robertson & Nesvåg 2018). Informantene i denne masterstudien uttrykker at man er avhengig av å få god støtte fra omgivelsene i denne overgangen og også i lengre tid etterpå for å kunne lære seg å leve på nytt og hindre å få et tilbakefall.

God støtte fra omgivelsene er noe mer enn bare mestringstro, selv om det å ha tillit til egen mestring vil være en viktig del av de indre prosessene hos individene. Johannessen et al. (2020) viser til at de indre prosesser handler om motivasjon og selvinnsikt hvor bevisstgjøring av egne følelser og reaksjoner står sentralt. Når informantene forteller at det å bli rusfri og å hindre tilbakefall er noe man sjeldent klarer på egenhånd, fremhever de det sosiale nettverket deres og hvor de får sosial støtte i hverdagslivet. Dette samsvarer med funn i Johannessen et al. (2020) sin studie hvor de viser at sosial støtte står sentralt for å mestre overgangen fra behandling. Informantene forteller at det er i denne overgangen man er mest sårbar for å få et tilbakefall. Spesielt om man søker tilbake til sitt gamle sosiale nettverk, noe som ofte skjer fordi man ikke har et rusfritt nettverk. Dette ser vi også i Binswanger et al. (2012) sin studie, hvor hovedårsaken for at man får et tilbakefall var at man oppsøkte sitt gamle nettverk da det var mangel på sosial støtte og god oppfølging etter behandling. Dette bekrefter også Sun (2007) i sin studie hvor en av faktorene for at noen falt tilbake til rusen var at personene hadde liten evne til å bryte kontakten med rusnettverket, og da også liten evne til å skape nye rusfrie nettverk. Dette kan man også se når informantene snakker om at de har prøvd å slutte å ruse seg flere ganger, men med en gang det dukker opp ulike utfordringer og følelse av å være hjelpeløs har de tydd til rus. Her viser det seg også at de disse gangene ikke har hatt et godt sosialt nettverk og støtte rundt seg. Når de derimot klarte å komme seg ut av rusen uten tilbakefall, og klarte å starte et nytt liv, opplevde de å ha god støtte rundt seg, som også bekreftes som en svært viktig faktor i flere forskningsartikler (Johannessen et al. 2020., Pettersen et al. 2019., Sun, 2007).

Livet byr på utfordringer uansett om du er i aktiv rus eller ikke. Derfor vil det være viktig at man lærer seg å håndtere utfordringer på en annen måte enn å ty til rus. Banduras teori (1977) viser til at personer med høy mestringstro håndterer utfordringer på en mer positiv måte, hvor man klarer å opprettholde motivasjonen for å nå målene sine om å ikke få et tilbakefall. På den andre siden vil personer som har lav mestringstro håndtere utfordringene som dukker opp på veien dårligere, og opplever mer stress og angst. Dette igjen fører til at man forttere gir opp og tyr til rus, fordi man føler seg hjelpeløs.

Møteplasser som ettervern

Et sentralt funn i denne masteroppgaven er at informantene finner sosial støtte på forskjellige rusfrie møteplasser og selvhjelpsgrupper. Her finner de et sosialt nettverk blant andre brukere og de ansatte som tilbyr forståelse og ikke ser ned på dem. I tråd med recovery-tankegangen finner de muligheter for tilhørighet og regelmessig deltagelse på en rusfri samfunnsarena.

Mye tyder på at informantene benytter møteplassene og selvhjelpsgrupper som et slags eget ettervern i mangel på andre alternativer. Flere av informantene hevder at ettervernet i Norge er så godt som ikke eksisterende, og dette er noe som bekreftes gjennom tidligere forskning på feltet. Blant annet viser Folkehelseinstituttets pasienterfaringsundersøkelse (2017) at kun 4 av 10 pasienter opplever at det tilrettelegges for et meningsfullt liv i kommunene etter rusbehandling. Da er veien kort til et tilbakefall.

Flere sier rett ut at disse møteplassene har hjulpet dem til å bli og holde seg rusfrie, da de alle mangler annen oppfølging og ettervern. Møteplassene bidrar til at de får muligheten til å fylle fritiden sin med rusfrie aktiviteter og være sosiale. Menneskene på disse møteplassene viser seg å bli viktige støtte personer i informantenes liv. Både i teorien om mestringsstro (Bandura, 1977) og i endringshjulet (Prochaska & di Clemente, 1983) understrekes det at å ha gode støttepersoner er viktig for å nå egne mål, og dette bekreftes også i tidligere forskning (Johannessen et al. 2020., Pettersen et al. 2019., Sun, 2007).

Det kommer tydelig frem at til tross for at det ligger mye egen innsats i det å bli rusfri, har disse plassene vært til stor hjelp for informantene. Det påpekes at tilgjengeligheten av møteplassene kan ha vært avgjørende for å unngå aktiv søking til sitt gamle nettverk. Dette fordi de får dekt deler av det sosiale behovet, de møter mennesker som forstår en, ensomheten blir mindre og en kan i tillegg møte motiverte mennesker som en kan tilbringe tid med på fritiden.

Menneskene som er på disse møteplassene kan også være i aktiv rus, så lenge de ikke møter opp ruspåvirket (Frelsesarmeen, u.å). Informantene i denne masterstudien nevner ikke at dette er problematisk for dem, til tross for at det kan bety at de danner og opprettholder sosial kontakt med mennesker som fortsatt er i aktiv rus. Men informantene selv nevner ikke triggere knyttet til dette, heller tvert imot. De opplever kjærlighet og støtte på møteplassene. Videre fremhever de at de gjennom slike brukerstyrte møteplasser og selvhjelpsgrupper har fått mye kunnskap og lært ulike strategier for hvordan de skal håndtere triggere og utfordringer bedre. De har bygd opp større motivasjon og tillit til seg selv og egen mestring.

Bare en narkoman ...

Stigmatisering er noe mennesker med ruslidelser ofte blir usatt for (Ellingsen et al., 2015. s. 229), og informantene nevnte slike opplevelser flere ganger under intervjuene. Ifølge sosiologen Erving Goffmans teori ([1963] 2009) om stigmatisering vil mennesker med rusproblemer bli sett på som sosiale avvik fordi de har egenskaper som kjennetegnes som

negative, og som ikke samsvarer med det som blir sett på som det normale i samfunnet. Informantene gir flere eksempler på stigmatiseringsopplevelser når de levde i aktiv rus, men også livet etter å ha blitt rusfrie. Stigmatiseringen har fått dem til å føle seg mindre verdt. Det har ført til mye skam, dårlig selvtillit og følelsen av å være mislykket, som igjen knyttes opp mot negative følelser som vi ser hos informantene og i forskning er dårlig utgangspunkt for å opprettholde rusfrihet (Sun, 2007).

Stigmatisering oppleves fysisk når mennesker krysser gaten for å slippe å måtte møte deg på fortauet, eller verbalt ved at noen av dagens norske «influensere» går ut i media og kaller alle som ruser seg for tapere (Østbø, 2023., Talseth, 2023). Eller som en av informantene fortalte - at helsevesenet fremhever den tidligere rusavhengigheten i en epikrise for en ny kronisk sykdom. Goffman ([1963] 2009) ville sagt at dette er handlinger og holdninger som fungerer som hindringer for den sosiale kontakten mellom personene som blir stigmatisert og de som ikke blir det. Det er ingen tvil om at dette fører til opplevelser knyttet til utenforskap og at det vekker skamfølelse hos informantene. En studie av Lee et al. (2017) viser at kvinner som bruker narkotika har blitt stigmatisert før de bruker narkotika, mens de bruker narkotika og også etter rehabilitering hvor de blir stemplet som «tidligere rusmisbrukere». Slik omfattende stigmatisering bekreftes av informantene i dette masterprosjektet. De påpeker at slik kontinuerlig stigmatisering har vært med på å påvirke selvbildet deres i negativ forstand. Systematisk og strukturell stigmatisering bidrar til en opplevelse av at det er skummelt å skulle møte verden rusfri. Da blir det lettere å holde seg i et miljø hvor man er trygg på hvem man er og hvor man ikke møtes med fordommer. Stigmatiseringen er også med på å gjøre det vanskelig for de stigmatiserte å få seg bolig, jobb og et nytt nettverk utenfor rusmiljøet (Elswik et al. 2018., Johannessen et al. 2020).

Michalsen og Bachke (2020) påpeker i sin studie hva som kjennetegner gode møter mellom bruker og fagpersoner i rusarbeidet, hvor de viser til viktigheten av å bli sett på som et menneske og oppleve likeverd. Dette bekreftes av informantene, som forteller at dette er avgjørende faktorer for rusfrihet og for å hindre tilbakefall. Nicolay B. Johansen og Ane Ramm har sammen med en rekke ulike «brukerstemmer» konstituert Skyggeutvalget, som har som mål å fremme brukerne i arbeid med en rusreform (Renland, 2018). Rapporten fra Skyggeutvalget (2020) bekrefter det informantene sier i min masterstudie, hvor de hevder at de gjennomgående i hele velferdsstaten møtes med stigmatisering.

Lemert sin stempelingsteori påpeker at samfunnets reaksjoner bidrar til å skape og forsterke avvik (Ellingsen et al. 2015, s.231). Lemerts teori (Ellingsen et al, 2015) fokuserer i hovedsak

på hvordan stigmatiseringen starter og utvikler seg, mens Goffman ([1963] 2009) ser på hvordan det er med på å påvirke den sosiale identiteten til de individene som blir stigmatisert. Slik sett supplerer de hverandre og Lemert viser at dette med stigmatisering ikke bare er en ansikt-til-ansikt-affære. Denne type stigmatisering kan føre til dårligere tilrettelegging for personen med ruslidelser sine behov og er også med på å øke risikoen for tilbakefall. Informantene er alle inne på at når stigmatisering foregår på systemnivå medfører dette at man ikke tørr å spørre om hjelp, fordi man frykter å bli stigmatisert ytterligere. Volkow et al. (2021) har undersøkt om stigmatisering er en av faktorene for mindre bruk av hjelpetjenester. De fant at det er cirka halvparten så sannsynlig at personer med et rusproblem, som følte på mye offentlig stigmatisering, oppsøkte hjelp i motsetning til de som opplevde lav grad av stigma.

Funn i denne masterstudien indikerer også at det å bli rusfri ikke er nok for å kunne gå videre i livet og ikke bli stigmatisert. Stigmatiseringen pågår fortsatt fordi du *har vært* en person med en tidligere ruslidelse. Om man blir stemplet som person med en tidligere ruslidelse, kan dette føre til vanskeligheter når det gjelder blant annet å utvikle relasjoner, jobb og bolig (Elswik et al. 2018., Johannessen et al. 2020). Informantene har opplevd flere situasjoner etter å ha blitt rusfrie, som har vist dem at det å være en person med tidligere ruslidelser ikke betyr slutt på stigma. Flere av informantene har valgt å fortelle hvite løgner, for å unngå å måtte fortelle om forhistorien sin til andre. Som en av informantene sier så velger man sitt publikum når man har opplevd at menneskene man forteller det til ofte får et helt nytt bilde av hvem du er som person, grunnet bakgrunnen din. Informantene påpeker at å lyve om hva de har gjort de siste 30 årene for å føle seg akseptert, ikke er lett.

Spesialist i rus- og avhengighetsmedisin, Shaygani (2016) understreker at stigmatisering og fordommer er tegn på manglete kunnskap om rusmisbruk, avhengighet og tilbakefall. Han påpeker at tilbakefall ikke er et tegn på svak viljestyrke eller dårlig dømmekraft, heller tvert imot – disse menneskene er sterke: *«De aller fleste av dem gir seg ikke, de forsøker igjen og igjen å reise seg opp»*. Tilbakefallene må derimot ses som en indre psykologisk krise som mennesker med rusavhengighet har lært seg å håndtere med rus. Både Shaygani (2016) og informantene i denne masterstudien understreker at individet trenger hjelp, sosial støtte og gode mestringsstrategier for å håndtere disse krisene annerledes.

Styrker og svakheter ved studien

Denne studien har et lite utvalg på fem personer med tidligere ruslidelser, samtidig er dette informanter med bred erfaring. Alle hadde en lang historie med rusbruk og tilbakefall, og flere har også mange år som rusfrie. Det er også en variasjon i lengde rusfrihet blant informantene, noe som gjør at datagrunnlaget blir bredt. Flere av informantene bruker rusfrie møteplasser, noen er godt etablerte i AA og en benytter seg også av NA ved behov.

Informantene var reflekterte og ga rike beskrivelser av sine erfaringer med å leve med risiko for tilbakefall. Jeg opplevde at ved det femte intervjuet nådde jeg et metningspunkt (Malterud, 2017, s. 64-66) hvor jeg følte det ikke ble tilført mye ny informasjon.

Et intervju er en samtaleprosess hvor både forsker og informant vil påvirke intervjusituasjonen og det som sies (Malterud, 2017, s. 66-67). Før jeg utarbeidet intervjuguiden og før utføring av intervjuene reflekterte jeg nøye gjennom egen forforståelse (Malterud, 2017, s. 44-45). Jeg har feltkunnskap om område jeg undersøker fra før, som kan være positivt fordi det ga meg raskt forståelse av mange fenomener som ble tatt opp. På den andre siden kan dette ha påvirket mine resultater og ført til feltblindhet (Malterud, 2017, s.155). Jeg har forsøkt å være kritisk og bevisst på dette, for at informantenes stemme skulle høres. Jeg har utarbeidet en intervjuguide hvor spørsmålene er tenkt godt igjennom og ledene spørsmål er prøvd unngått. Under intervjuene har jeg møtt informantene med et åpent sinn og tillitsfullhet, som kan bidra til at informantene svarer ærlig og tørr å åpne seg for meg (Malterud, 2017, s. 133-136). Jeg benyttet meg av åpne spørsmål for å få best mulig utbytte av informantenes egne perspektiver, samtidig er jeg ny som forsker og intervjuer – og det kan ha ført til at jeg har gått glipp av kunnskap fordi jeg ikke har fulgt opp svarene deres godt nok. Jeg brukte også lydopptak under intervjuene for å sikre at alt som ble sagt kom med. Ulempen ved lydopptaket var at det noen steder var vanskelig å høre hva som ble sagt, og med dette kan jeg ha mistet viktig data. Ett av intervjuene ble også holdt på en café med mye bakgrunnsstøy, dette gjorde det ekstra vanskelig å høre hva informanten snakket om inni mellom. Dette var en utfordring for meg i transkriberingen, men jeg fikk ikke inntrykk av at dette påvirket oss negativt i intervjusituasjonen.

Intervjumetoden som er brukt i denne studien er en godt egnet metode for å innhente datamaterialet for å kunne besvare min problemstilling. Det ble gjennomført fem vellykkede intervjuer. Det første intervjuet ble nok preget av dårlig tid, men vi fikk allikevel gjennomført intervjuet med mange gode poeng. Under intervjuene benyttet jeg meg av oppfølgingsspørsmål for å oppklare uklarheter og for å kunne bekrefte at jeg hadde forstått

informanten riktig. Dette førte også til at jeg fikk mer detaljerte og varierte svar av informantene. Det ble også gjort vurderinger før, underveis og etter intervjuene om spørsmålene som ble stilt var riktige og relevante når det gjelder å besvare min problemstilling. Dette er en prosess som har bidratt til å styrke studiens validitet da det har bidratt til at studien har undersøkt det som skulle undersøkes (Malterud, 2017 s.192-193). I studien er det også brukt litteratur, tidligere forskning og teori for å belyse problemstillingen og være med på å styrke resultatene.

Funnene i denne studien kan ha overføringsverdi til andre kontekster hvor avhengighet og risiko for tilbakefall er sentralt. Ettersom målet var å undersøke og få bredere kunnskap om personer med en tidligere ruslidelse sin opplevelse av risiko for tilbakefall, kan resultatene være nyttige for ansatte i rusfeltet og -omsorgen.

Oppsummering

Et sentralt funn i denne studien er at å opprettholde rusfrihet og hindre tilbakefall er svært arbeidskrevende. Dette gjelder både i tiden like etter behandling og i dag, etter mange år med rusfrihet. Som ett hovedfunn kommer det frem at flertallet av informantene fremdeles har triggere. Det kommer frem at de er svært bevisst på at de er sårbare for å kunne få et tilbakefall og at de derfor også alltid må ha garden oppe. De påpeker med dette at de derfor også må være bevisst på egne triggere, som negative følelser og sanseintrykk. Noen er også åpne om at de ikke føler de har noen triggere, men at russetet kan komme uansett og at de da må ha strategier for hva de skal gjøre. Det kommer frem at informantene fortsatt arbeider for å holde seg i det siste stadiet i endringshjulet, vedlikeholds stadiet (Prochaska & di Clemente, 1983), som er nødvendig for å unngå tilbakefall. Flertallet av informantene forteller at de den dag i dag, enda etter 7 år eller 30 år som rusfrie, er redde for å få et tilbakefall. Dette preger de ikke noe spesielt i hverdagen nå, etter så mange år, utenom at de har sine ritualer og strategier for ting de må gjøre for å vedlikeholde rusfriheten. Ruslidelsen er en livslang sykdom og denne erkjennelsen mener de er viktig å ha med seg i ryggsekken for å ikke få et tilbakefall. Det er også derfor det er så viktig for informantene å ha nulltoleranse for rusmidler. At dette er et kontinuerlig pågående arbeid vises spesielt når en av informantene nettopp har hatt et tilbakefall.

Et annet funn i denne studien er betydningen av å opparbeide en rusfri identitet. Her påpeker informantene at et rusfritt nettverk og god støtte er sentrale faktorer for å kunne lære seg å leve på nytt. Dette er faktorer som synes å føre til at informantenes tro på egen mestring stiger

betraktelig og utfordringer håndteres bedre enn når de har hatt lav mestringstro (Bandura, 1977). Her fremhever informantene hvor viktig de organiserte møteplassene og selvhjelpsgruppene har vært og fortsatt er for dem. På disse møteplassene legges det til rette for positive mestringsstrategier og de møtes av mennesker som gir god støtte, kjærlighet og håp. Det kommer frem at disse møteplassene har fungert som deres ettervern, da de påpeker at dagens ettervern i Norge ikke er eksisterende.

Et viktig funn er at det å bli møtt som et likeverdig menneske er en avgjørende faktor for å unngå tilbakefall. Stigmatisering kan føre til blant annet utenforskap i samfunnet, mye skam, dårlig selvbilde og også dårligere tilrettelegging av hjelp på systemnivå. Informantene opplever at det er vanskelig å be om hjelp i et samfunn preget av mye stigmatisering. De forteller videre at å dele sine erfaringer med andre både er til hjelp for dem selv, for andre og det skaper mer åpenhet som kan bidra til å forhåpentligvis minske stigmatiseringen i samfunnet. Dette kan bidra til at flere tørr å spørre om hjelp og at hjelpen også blir bedre tilrettelagt.

Denne studien viser til at det fortsatt er stor grunn til å undersøke temaer innenfor rusproblematikken. Informantene påpeker at stigmatisering og et dårlig ettervern er et stort problem i dagens samfunn. De viser til at selv om man er blitt rusfri, så trenger man individuell hjelp og god støtte for å unngå tilbakefall.

Flertallet av informantene påpeker at de ikke kan si at de aldri kommer til å få et tilbakefall igjen, men uansett triggere så vil de gjøre alt de kan for å ikke ødelegge det livet de har bygd opp nå.

Litteraturliste

- Andersson, H.W., Wenaas, M., Nordfjærn, T. (2019). Relapse after inpatient substance use treatment: a prospective cohort study among users of illicit substances. *Addictive Behaviors*. 2019Mar;90, 222-228. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.008>
- Bakke, T., de Vibe, M., Vege, A. (2016). *Sentrale elementer i læringsnettverket for gode pasientforløp ved psykiske problemer og rus*. Folkehelseinstituttet. Hentet 09.05.23 fra:
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2497729/Bakke.pdf?sequence=1>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bekkemellem, C. (2021). *Tidligere rusmisbrukeres syn på en strukturert hverdag og meningsfulle aktiviteter*. [Masteroppgave, OsloMet]. Hentet 04.01.23 fra:
https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/2788630/Bekkemellem_SSA_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Berglund, L.J. (2010) Avhengighetsbehandling mellom moral og rett. *Rus & Samfunn*. Vol.4, Utg.5. s. 34-36. <https://doi.org/10.18261/ISSN1501-5580-2010-05-15>
- Biglan, A. A (2017) A Behavior-Analytic Critique of Bandura's Self-Efficacy Theory. *The Behavior Analyst* 10, 1–15 (1987). <https://doi.org/10.1007/BF03392402>
- Binswanger, I. A., Nowels, C., Corsi, K. F., Glanz, J., Long, J., Booth, R. E., & Steiner, J. F. (2012). Return to drug use and overdose after release from prison: a qualitative study of risk and protective factors. *Addiction science & clinical practice*, 7(1), 3.
<https://doi.org/10.1186/1940-0640-7-3>
- Bramness, J.G. (2014, 15. juni). *Rusmiddellidelser i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 30.08.22 fra:
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/>

- Bukten, A. Stavseth, M.R., Skurtveit, S., Kunøe, N., Lobmaier, P., Lund, I.O., Clausen, T. (2016) *Rusmiddelbruk og helsesituasjonen blant innsatte i norske fengsel*. Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF). Hentet 21.02.23 fra: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2016/nedlastinger/seraf-rapport-nr-2-2016-rusmiddelbruk-og-helsesituasjon-blant-innsatte.pdf>
- Dundas, I. Vøllestad, J. Binder, P. (2008) *Når en verker etter lindring*. Psykologtidsskriftet. Hentet 26.04.23 fra: <https://psykologtidsskriftet.no/intervju/2008/08/nar-en-verker-etter-lindring>
- Ekendahl, M., & Karlsson, P. (2022). A matter of craving-An archeology of relapse prevention in Swedish addiction treatment. *The International journal on drug policy*, 101, 103575. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103575>
- Ellingsen, I.T., Levin, I., Berg, B., Kleppe, L.C. (2015). *Sosialt arbeid - en grunnbok*. Universitetsforlaget.
- Elswick, A., Fallin-Bennett, A., Ashford, K., & Werner-Wilson, R. (2018). Emerging Adults and Recovery Capital: Barriers and Facilitators to Recovery. *Journal of addictions nursing*, 29(2), 78–83. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000218>
- Fangen, K. (2022, 06. September). *Kvalitativ metode*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 02.01.23 fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>
- Fekjær, H.O. (2018). *Rus* (4.utg). Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet (2014). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling – resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2013*. Hentet 20.01.23 fra: [https://www.fhi.no/publ/2013/pasienterfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandl-/-/](https://www.fhi.no/publ/2013/pasienterfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandl-/)
- Folkehelseinstituttet (2017). *Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017*. Folkehelseinstituttet. PasOpp-rapport nr. 2017: 453. Hentet 12.03.23 fra: <https://www.fhi.no/contentassets/e8a1d293338044a4b2c9ebcdd1e75db9/rus/453-nasjonale-resultater.pdf>

Frelsesarmeen (u.å). *Rusomsorg, sosiale møteplasser*. Frelsesarmeen. Hentet 02.05.23 fra:

<https://frelsesarmeen.no/rusomsorg>

Gjersing, L. (2018, 18. september). *Skader og problemer knyttet til narkotikabruk*.

Folkehelseinstituttet. Hentet 30.08.22 fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/skader-og-problemer-knyttet-til-narkotikabruk/>

Goffman, E. ([1963] 2009). *Stigma*. Samfundslitteratur.

<https://akademika.vitalsource.com/books/9788759325629>

Helsedirektoratet (2018, 12. februar). *Bruken av alkohol og andre rusmiddel i Noreg*.

Helsedirektoratet. Hentet 18.01.23 fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/alkohol-og-andre-rusmiddel--folkehe/>

Helsedirektoratet (2018, 18. september) *Hva er narkotika?* Helsedirektoratet. Hentet 18.01.23 fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/beskrivelse-av-rapporten/hva-er-narkotika/>

Helsedirektoratet (2019, 29. mars). *Faktorer som gir økt risiko for overdose*.

Helsedirektoratet. Hentet 06.10.22 fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/overdose-lokalt-forebyggende-arbeid/faktorer-som-gir-okt-risiko-for-overdose>

Helsedirektoratet (2020, 19. november). *Tjenester i psykiskhelsevern og TSB*.

Helsedirektoratet. Hentet 30.09.22 fra:

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tjenester-i-psykisk-helsevern-og-tsb-2020/Rapport%20psykisk%20helsevern%20og%20TSB%202020%20-%20SISTE%20versjon%20til%20publisering.pdf/_/attachment/inline/aca4a487-70e6-4533-bb78-b2192ce479eb:a1c2c3d1c889ea4d22aebaa744d8a43313d63a30/Rapport%20psykisk%20helsevern%20og%20TSB%202020%20-%20SISTE%20versjon%20til%20publisering.pdf

Helsedirektoratet (2022, 30. september). *Behandling i TS*. Helsedirektoratet. Hentet 22.02.23 fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/rusbehandling-tsb/behandling-og-oppfolging-rusbehandling-tsb-pakkeforlop/behandling-i-tsb>

Helsenorge (2021, 23. september). *Hjelp til deg med rusproblemer*. Helsenorge. Hentet 20.02.23 fra:

<https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/hjelp-med-rusproblemer/>

Helsenorge (2022, 13. juni). *Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)*. Helsenorge.no. Hentet 01.02.23 fra:

<https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/legemiddelassistert-behandling-lar/>

Holte, E. (2015, 12. januar). *Forebygger tilbakefall*. Rop. Hentet 06.10.22 fra:

<https://rop.no/aktuelt/forebygger-tilbakefall>

Husby, M.L., (2020, 09. september). *Rus som folkehelseutfordring*. Bærum kommune. Hentet 02.02.23 fra:

<https://www.baerum.kommune.no/globalassets/politikk-og-samfunn/politikk/for-folkevalgte/presentasjoner-moter-og-seminarer/biom/rusplan-folkehelse-biom-090920.pdf>

Johannessen, D.A., Norfjærn, T., Geirdal, A.Ø. (2020). Substance use disorder patients' expectations on transition from treatment to post-discharge period. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. Volume 37, Issue 3. <https://doi.org/10.1177/1455072520910551>

Konfliktrådet (u.å.). *Rus- og kriminalitetsforebygging*. Konfliktrådet. Hentet 08.10.22 fra:

<https://konfliktraadet.no/slt-modellen/systematisk-forebygging/hva-er-rus-og-kriminalitetsforebygging/>

Korus (2019). *Tilbake til en hverdag*. Rusfag-nr-1. Hentet 10.01.23 fra:

<https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2020/01/Rusfag-nr-1-2019.pdf>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (2.utg.). Gyldendal akademisk.

Lee, N., & Boeri, M. (2017). Managing Stigma: Women Drug Users and Recovery Services. *Fusio: the Bentley undergraduate research journal*, 1(2), 65–94. Hentet 20.04.23 fra:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6103317/>

- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Lynne, L.E. (2011). *Nyktre utsikter: En undersøkelse om livet etter rusmisbruk*. [Masteroppgave, NTNU]. Hentet 09.07.23 fra: https://ntnuopen.ntnu.no/ntnuxmlui/bitstream/handle/11250/267815/470713_FULLTEXT01.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Universitetsforlaget
- Menon, J., & Kandasamy, A. (2018). Relapse prevention. *Indian journal of psychiatry*, 60(Suppl 4), S473–S478. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_36_18
- Mestringshusene Bolkensjø (u.å). *Abstinenssymptomer – hvordan takle og behandle*. Hentet 15.01.23 fra: <https://mestringshusene.no/pasienter/abstinenssymptomer-hvordan-takle-og-behandle/>
- Mestringshusene Bolkesjø (u.å). *Hvordan unngå tilbakefall?* Mestringshusene. Hentet 30.08.2022 fra: <https://mestringshusene.no/pasienter/hvordan-unnga-tilbakefall/>
- Michalsen, M. & Bachke, C.C. (2020). *Kjærlighet, håp og tro. Ja, det virker i rusbehandling*. Rus & samfunn. Hentet 27.04.23 fra: <https://www.rus.no/fag/kjarlighet-hap-og-tro-ja-det-virker-i-rusbehandling>
- Moe, F.D., Moltu, C., McKay, J.R., Nesvåg, S., Bjornestad, J. (2021). Is the relapse concept in studies of substance use disorders a `one size fits all` concept? A systematic review of relapse operationalisations. *Drug and Alcohol Review*, 41(4), 743-758. <https://doi.org/10.1111/dar.13401>
- Napha (2010). *Recovery*. Napha.no. Hentet 27.01.23 fra: <https://napha.no/content/13883/recovery>
- Nasjonal kompetansetjeneste TSB (2021, 25. februar). *Fakta om rus*. Oslo universitetssykehus. Hentet 08.09.22 fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/Documents/Fakta%20om%20rus.pdf>

- NHI (2023). *Behandling av alkoholavhengighet*. NHI. Hentet 15.03.23 fra:
<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/alkoholisme-behandling/?page=5>
- Nordfjærn, T. & Varndal, T. (2011). Perspektiver på suksesskriterier. *Rus og samfunn*. Vol. 5 Issue 5 Pages 32-34. <https://doi.org/10.18261/ISSN1501-5580-2011-05-14>
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Benson, V., Davidson, L. (2019). Helpful Ingredients in the Treatment of Long-Term Substance Use Disorders: A Collaborative Narrative Study. *Substance Abuse: Research and Treatment*. 2019;13 <https://doi.org/10.1177/1178221819844996>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Prop.92 L (2020-2021). *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffeansvar m.m.) 2. Formålet med rusreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 30.09.22 fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-92-l-20202021/id2835248/?ch=2>
- Regjeringen (01.06.2021). *Folkehelseloven*. Regjeringen.no. Hentet 04.02.23 fra:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>
- Regjeringen (06.10.2022) *Rusmiddelfeltet*. Regjeringen.no Hentet 04.02.23 fra:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/rusmidler-og-psykiske-lidelser/id2344809/>
- Regjeringen (13.09.2022) *Lovgivning på rusfeltet*. Regjeringen.no. Hentet 27.01.23 fra:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/forebygginglovgivning/id449058/?expand=factbox2536071>
- Regjeringen (29.08.2022). *Narkotikapolitikk*. Regjeringen.no. Hentet 27.02.23 fra:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/narkotikapolitikk/id2528185/?expand=factbox2536324>
- Renland, A. (2018). *Skyggeutvalget – et supplement til rusreformutvalget*. Rus & samfunn. Hentet 09.05.23 fra:
<https://www.rus.no/aktuelt/skyggeutvalget-et-supplement-til-rusreformutvalget>

- Robertson, I.E., & Nesvåg, S.M. (2018). Into the unknown: Treatment as a social arena for drug users' transition into a non-using life. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. Vol. 36, Issue 3. <https://doi.org/10.1177/1455072518796898>
- Rossow, I.M. (2018, 12. februar). *Alkohol, narkotika og folkehelse*. Folkehelseinstituttet. Hentet 30.08.22 fra: <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/artikler/alkohol-og-narkotika/>
- Rusinfo. (2017) *Narkoman – Tilbakefall*. Rusinfo. Hentet 15.01.23 fra: <https://rusinfo.no/2017/02/narkoman-3/>
- Shaygani, S. (2016). *Alle kan bli rusavhengige*. Dagens medisin. Hentet 24.04.23 fra: <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/alle-kan-bli-rusavhengige/269412>
- Sjåfjell, T. (2018). *Rusbehandling preges av dårlig akutttilbud, mangel på boliger, og sviktende ettervern*. Rus & Samfunn. Hentet 01.03.23 fra: <https://www.rus.no/meninger/rusbehandlingen-preges-av-darlig-akuttibud-mangel-pa-boliger-og-sviktende-ettervern>
- Skjælaaen, Ø. (2019). *Meningen med rus*. Res Publica.
- Skyggeutvalget. (2020). *Rusfeltet må granskes!* Skyggeutvalget. Hentet 27.04.23 fra: <https://skyggeutvalget.files.wordpress.com/2021/01/skyggeutvalget-rapport.pdf>
- Strand, E. (2022) *Nasjonal håndbok-psykisk helse og rus-2022*. Inn på tunet. Hentet 30.08.22 fra: <https://xn--innptunet-82a.no/no/kunnskapsbank/haandbok-psykisk-helse-og-rus>
- Sun, A.P. (2007) Relapse among substance-abusing women: components and processes. *Substance Use & Misuse*, 2007;42(1), 1-21. <https://doi.org/10.1080/10826080601094082>
- Talseth, T. (2023) *Refser Vita Mashadi for "hatprat" om rusbrukere: -Burde holde kjeft*. VG. Hentet 09.05.23 fra: <https://www.vg.no/rampelys/i/RGI9Rr/refser-vita-mashadi-for-hatprat-om-rusbrukere-burde-holde-kjeft>
- Thomkins, C.N.E., Sheard, L. Neale, J. (2012). Methodological Reflections on Closing Qualitative Interviews with Women Drug Users. *Methodological Innovations Online*. Hentet 29.04.23 fra: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.4256/mio.2008.0003>

Universitetet i Oslo (2017). *Nettskjema-diktafon mobilapp*. Universitetet i Oslo. Hentet 10.03.23 fra:

<https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>

Volkow, N.D., Gordon, J.A. & Koob, G.F. (2021). Choosing appropriate language to reduce the stigma around mental illness and substance use disorders. *Neuropsychopharmacol.* 46, 2230–2232 <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01069-4>

West, R. (2005). Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 100: 1036-1039. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01139.x>

Wiig, K.E., & Baanrud, B.J.K. (2021). *Ambivalens i rusbehandling. En kvalitativ studie av unge rusmiddelavhengige som ikke møter til time*. [Hovedoppgave, NTNU]. Hentet 26.04.23 fra:

<https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2986283/no.ntnu%3ainspera%3a92483746%3a23726389.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Østbø, S. (2023). *Vita Mashadi (31) om kokainbruk: -Det er så forbanna tapersk*. VG. Hentet 09.05.23 fra:

<https://www.vg.no/rampelys/i/kEyB5k/vita-mashadi-31-om-kokainbruk-det-er-saa-forbanna-tapersk>

Vedlegg 1 – Intervjuguide

1. Bakgrunn:

- Hvor gammel er du?
- Alder for når du startet med rus?
- Hvor lenge har du vært rusfri?
- Har du noen tanker om hvor lenge man må gå uten å innta rus før man kan kalle seg rusfri?
- Har du noen tanker om hva du ser på som et tilbakefall? (er f.eks. en «sprekk» et tilbakefall?)
- Har du hatt mange tilbakefall?

2. Om rusmisbruket

- Kan du fortelle litt om bakgrunnen din og hvor du kommer fra?
- Har du noen tanker om hva/hvordan/hvilke faktorer som påvirket deg til å starte med rus?
- Har du noen tanker om hvorfor du fortsatte med rus?
- Hvor lenge har du vært avhengig av rusmidler?
- Hvordan opplevde du livet som avhengig av rusmidler? (psykisk og fysisk, nettverk osv.)
- Følte du på stigmatisering fra andre mennesker i samfunnet (uten ruslidelse)? (i så fall hvordan)
- Har du vært i behandling/avrusning flere ganger, men allikevel startet å ruse deg etterpå? Har du noen tanker om hvorfor det ikke fungerte?
- Hvor mange ganger har du prøvd å slutte å ruse deg?
- Hvilke faktorer fikk deg til å starte å ruse deg igjen og hva skjedde? Hva var/er dine triggere for å starte å ruse deg igjen?
- Hvordan opplevde du det å få et tilbakefall?

3. Ut av rusen

- Kan du fortelle litt om hvordan og hvorfor du sluttet med rus?
- Hva var motivasjonen for å slutte med rus?
- Hvor gammel var du da du bestemte deg for å slutte med rus?

- Hvordan håndterer/håndterte du de ulike triggerne når du har holdt deg rusfri?
- Hvilke faktorer har hjulpet deg med å holde deg rusfri? (venner, familie, idrett, religion, jobb, bolig osv)
- Hvordan opplever du møte med mennesker om du forteller at du er en person med tidligere ruslidelser? (stigma, jobb, nye venner)

4. Rusfrihet

- Kan du fortelle litt om hvordan du har klart å holde deg rusfri? (strategier, behandling, støttepersoner?)
- Opplever du å være redd for å få et tilbakefall den dag i dag?
- Har du tillit til deg selv om at du klarer å holde seg rusfri?
- Er du bevisst på egne triggerne og hva er dine triggerne?
- Er det fortsatt triggerne og faresituasjoner du må håndtere og unngå?
- Er rusmidler en trigger for deg i dag? (klarer du å være rundt andre som inntar rusmidler uten å bli trigget eller er dette noe du må unngå?)
- Er det noe du tenker/føler på i dag som kan føre til at du får et nytt tilbakefall?
- Føler du at du vil leve med en risiko for å få tilbakefall resten av livet?
- Hvordan oppleves det evt å leve med risikoen for tilbakefall?
- Hvordan opplevde/opplever du oppfølgingen fra tjenesteytere/behandlingsted når du tok «valget» om å bli rusfri? (ettervern)
- Hva tenker du er viktig for å forebygge tilbakefall og gjøre risikoen for tilbakefall mindre?

5. Avslutning

- Har du noe du ønsker å tilføye som du ikke har fått sagt, eller kommet på underveis?
- Har du noen tanker om hvordan du synes det er å bli intervjuet om dette emnet?

Vedlegg 2 – Samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Personer med tidligere ruslidelser sin opplevelse av risikoen for tilbakefall?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan personer med tidligere ruslidelser opplever å leve med risikoen for tilbakefall. I dette skrivet vil jeg gi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltagelse vil innebære for deg.

Formål

Som masterstudent i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, ønsker jeg å undersøke hvilke opplevelser du har knyttet til risikoen for tilbakefall til rus. Jeg ønsker å få mer kunnskap om hva du opplever som trigger for et tilbakefall og hvordan du håndterer disse.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, NMBU, er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta, da du tidligere har hatt en rusmiddelavhengighet som medfører at du i dag lever med en risiko for tilbakefall.

Hva innebærer det for deg å delta?

Om du velger å delta i prosjektet, vil jeg intervjuer deg om dine opplevelser knyttet til risiko for tilbakefall. Intervjuet vil finne sted vinteren og våren 2023 og vil vare i ca. 60 minutter. Spørsmålene i intervjuet vil omhandle rusbruk, veien ut av rusavhengigheten, vedlikehold av rusfrihet og hvordan det oppleves å leve et liv med risiko for tilbakefall. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet, i tillegg vil det tas notater.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i dette forskningsprosjektet. Om du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket for deltakelse uten å måtte oppgi noen grunn for dette. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet og det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg om du ikke ønsker å delta eller ønsker å trekke deg underveis.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil kun bruke opplysningene om deg til formålet som er fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. I dette prosjektet vil det være Sara Sundan (student) og Kariann Krohne (veileder ved NMBU) som vil ha tilgang til informasjonen som bli samlet inn.

Navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil oppbevares på en passordbeskyttet forskningsserver hvor kun student og veileder har tilgang. Nettskjema er databehandler i prosjektet, NMBU har databehandleravtale med dem. Du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes i eventuell publisasjon eller i masteroppgaven som skrives.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når NMBU har godkjent masteroppgaven, og senest i desember 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet har du rett til:

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, NMBU, har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Prosjektansvarlig Kariann Krohne, Institutt for folkehelsevitenskap:
kariann.krohne@nmbu.no eller på telefon 67 23 13 38
- Student Sara Sundan: sara.sundan@nmbu.no eller på telefon [REDACTED]
- Personvernombudet ved NMBU: Hanne Pernille Gulbrandsen på epost:
personvernombud@nmbu.no eller på telefon 40 28 15 58

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Kariann Krohne

Student
Sara Sundan

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «personer med tidligere ruslidelser sin opplevelse av risikoen for tilbakefall» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta i intervjuet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(signert av prosjektdeltaker, dato)



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway