



Det helsevitenskapelige fakultet

**Hvordan erfarer helse- og sosialfagarbeidere i kommunale oppfølgingstjenester å praktisere brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer?**

Camilla Pettersen

Masteroppgave i psykisk helsefag. HEL-3902. Mai 2021



# Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	5
Abstract.....	6
1 Innledning .....	1
1.1 Bakgrunn.....	1
1.2 Problemstilling .....	3
1.3 Presentasjon av begreper .....	4
1.4 Litteratursøk og tidligere forskning.....	5
1.4.1 Grad av brukermedvirkning/innflytelse .....	6
1.4.2 Barrierer for brukermedvirkning.....	7
1.4.3 Fragmentert medvirkning med til dels motstridende krav.....	7
1.4.4 Oppsummering tidligere forskning .....	8
2 Teoretisk bakgrunn .....	9
2.1 Brukermedvirkning .....	9
2.2 Rusavhengighet/rusproblemer .....	11
2.3 Etikk og etisk refleksjon .....	12
2.4 Den terapeutiske relasjonen .....	14
2.5 Makt (Foucault).....	15
2.6 Recovery .....	16
3 Metodologi og metode .....	17
3.1 Kvalitativ metode .....	17
3.2 Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming .....	18
3.3 Prosjektlogg .....	19
3.4 Forforståelse.....	19
3.5 Datainnsamling .....	20
3.5.1 Dybdeintervju .....	20
3.5.2 Utvalg og rekruttering .....	21

3.5.3	Forberedelser intervju.....	22
3.5.4	Gjennomføring av intervju .....	23
3.6	Transkribering .....	24
3.7	Oppbevaring av data.....	25
3.8	Analyse .....	25
3.9	Reliabilitet/validitet .....	27
3.10	Etiske hensyn.....	28
4	Resultat.....	29
4.1	Brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer er i praksis begrenset .....	29
4.1.1	Tilrettelegging for brukermidvirkning .....	29
4.1.2	Ivaretagelse av brukermidvirkning .....	30
4.1.3	Ungdommenes behov imøtekommes ikke på systemnivå .....	31
4.2	Uunngåelig at brukeren tar potensielt livsfarlige valg .....	32
4.2.1	Dårlige valg for brukeren.....	32
4.1.2	Dårlige valg for terapeuten .....	32
4.2.2	Forhold av betydning for dårlige valg .....	33
4.3	Ungdommenes behov for ytre påvirkning og fleksible rammer .....	34
4.3.1	Pågående og fleksibel hjelperrolle .....	34
4.3.2	Styring og ytre påvirkning .....	35
4.4	Mangler veiledning - tar jobben med seg jobben hjem .....	36
4.4.1	Veiledning er et avgjørende sorteringsverktøy .....	36
4.4.2	Manglende system for etisk refleksjon.....	37
4.4.3	Tar med seg jobben hjem.....	37
5	Diskusjon.....	38
5.1	Brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer er i praksis begrenset .....	38
5.1.1	Når ungdommene ikke vil eller kan medvirke til det beste for seg selv .....	38
5.1.2	Systemet som barriere for brukermidvirkning?.....	40

5.2	Uunngåelig at brukeren tar potensielt livsfarlige valg .....	41
5.2.1	Farlige valg for brukeren .....	41
5.2.2	Negative konsekvenser for helse- og sosialarbeideren.....	43
5.2.3	Faktorer av betydning for dårlige valg - vet ungdommer med rusproblemer alltid sitt eget beste?.....	44
5.3	Ungdommenes behov for ytre påvirkning og fleksible rammer .....	45
5.3.1	En pågående og fleksibel hjelperrolle .....	46
5.3.2	Styring og ytre påvirkning .....	47
5.4	Deltakerne tar jobben med seg hjem – .....	48
	en indirekte hemmer for brukermedvirkning? .....	48
6	Avsluttende betraktninger og oppsummering .....	50
6.1	Metodediskusjon .....	50
6.2	Oppsummering .....	51
7	Videre forskning .....	52
8	Avslutning .....	52
	Referanseliste .....	54
	Vedlegg 1: Litteratursøk i PsycInfo .....	56
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv .....	58
	Vedlegg 3: Intervjuguide .....	62
	Vedlegg 4: Meldeskjema NSD.....	66

# Sammendrag

**Forfatter:** Camilla Pettersen

**Tittel:** *«Hvordan erfarer helse- og sosialfagarbeidere i kommunale oppfølgingstjenester å praktisere brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer?»*

**Bakgrunn og formål:** Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og gir en sentral plass for prinsippene om tilpassede, helhetlige og forsvarlige tjenester. Samtidig er brukermedvirkning et upresist begrep, der tolkning av lovverket og skjønnsutøvelse står sentralt i praktiseringen av brukermedvirkning. Formålet med denne studien er å øke kunnskapen om hvilke erfaringer helse- og sosialfagarbeidere i kommunale oppfølgingstjenester har med å praktisere brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer.

**Metode:** Det vitenskapsteoretiske grunnlaget er inspirert av en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Studien har et kvalitativt design, med semistrukturert dybdeintervju som anvendt metode, og baserer seg på data fra intervjuer med fire helse- og sosialfagarbeidere i kommunale oppfølgingstjenester for ungdommer med rusproblemer. Data fra intervjuene har blitt transkribert og videre analysert etter Malteruds tekstkondensering (STD).

**Resultater:** Til tross for at samtlige deltakere uttrykte at det var ønskelig at ungdommene hadde et eierforhold til behandlingen og/eller oppfølgingen som ble gitt, var deres erfaring at brukermedvirkning ble hindret av personlige forhold ved brukeren, manglende tilrettelegging eller eksklusjon av bruker fra terapeutenes side, og systemiske forhold ved tjenestene.

Deltakerne ble utfordret av at brukermedvirkning i praksis tillot at ungdommene tok potensielt livsfarlige valg, som kunne resultere i negative konsekvenser for brukeren og helse- og sosialfagarbeideren.

Deltakernes erfaring var at ungdommene hadde behov for ytre påvirkning og fleksibilitet, med behov for en pågående og fleksibel hjelperrolle. 3 av 4 deltakere opplevde at åpningstid ved tjenestene ikke var tilpasset ungdommens livsstil, noe som kunne representere en barriere for fleksibiliteten.

Veiledning og etisk refleksjon ble beskrevet som avgjørende for å kunne ivareta brukermedvirkning og møte ungdommene på en god måte. I studien fremkom det at kun 1 av

4 deltakere hadde fast veiledning med fokus på etisk refleksjon og faglig fremdrift. Tidspress og manglende struktur for etisk refleksjon førte til at deltakerne tok med seg jobben hjem.

**Konklusjon:** Reell brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer begrenses av forhold ved brukergruppen (manglende forståelse/kognitive faktorer eller manglende engasjement), forhold ved helse- og sosialfagarbeiderne (manglende tilrettelegging eller valg om å ekskludere bruker) og forhold ved tjenestene (manglende ressurser og tilgjengelighet). Manglende tilrettelegging for etisk refleksjon på arbeidsplassen kan medføre en indirekte barriere for brukermedvirkning.

**Nøkkelord:** Brukermedvirkning, ungdom, rusproblemer, kommunalt oppfølgingsarbeid, helse- og sosialfagarbeider, kvalitativ metode, semistrukturert intervju

## Abstract

**Author:** Camilla Pettersen

**Title:** *«How do health- and social workers in municipal follow-up services experience practicing user involvement for youths with substance abuse problems?»*

**Background:** User involvement is a statutory right, which provides a central space for the principles of providing customized, comprehensive and sound services. At the same time, user involvement is an imprecise term, where interpretation and exercise of discretion are central in practice of user participation. The purpose of this study is to gain increased knowledge of health and social workers in municipal follow-up services' experience with working with user participation for youths with substance abuse problems.

**Method:** The scientific basis is inspired by a phenomenologic-hermeneutic approach. This study has as qualitative design, where semi-structured formed interview has been used as method. The study is based on data from interviews with four health and social care workers in municipal follow-up services for youths with substance abuse problems. The interviews have been transcribed and thereby analyzed by using Malteruds systematic text condensing approach (STC).

**Results:** Even though all participants described that is what desirable for youths to have an ownership regarding treatment and follow-up, their experience was that user involvement was

hindered by the users' personal circumstances, lack of facilitation or exclusion by the health- and social worker and systemic conditions of the services.

The participant where challenged by the fact that user involvement in practice allowed the users to make potentially life-threatening choices, which could result in negative consequences for the user and the health- and social worker.

The participants' experience was that the youths needed external influence and flexible frameworks, with the need for an ongoing and flexible helping-role. 3 out of 4 participants experienced that opening hours of the services were not adapted to the youths' lifestyle, which could represent a barrier to flexibility.

Guidance and ethical reflection were described as crucial to assure user involvement and encounter the youths in a good way. The study showed that only 1 out of 4 participants had regular guidance with a focus on ethical reflection and professional progress. Time pressure and lack of structure for ethical reflection led to the participant taking the job home.

**Conclusion:** Actual user involvement for youths with substance abuse problems is limited by conditions regarding the user group (lack of understanding/cognitive factors or lack of commitment), conditions regarding the therapist (lack of facilitation or choosing to exclude users), and conditions regarding services (lack of resources and availability). Lack of facilitation for guidance and ethical reflection in the workplace, can lead to an indirect barrier of user involvement.

**Key-words:** Empowerment, youth, substance abuse problems, local mental health services, qualitative method, semi-structured interview

# Forord

Å få jobbe tett på mennesker i yrkessammenheng og samtidig tilegne seg erfaringer gjennom et studieforløp og forskningsprosjekt, er gjensidig utfyllende privilegier. Denne prosessen står igjen som en påminnelse til meg selv, og forhåpentligvis alle lesere, om å være åpen og refleksiv i møte med andre menneskers erfaringer – både i yrkessammenheng og i hverdagen.

Jeg ønsker å rette en stor takk til deltakerne som tok seg tid til å dele av sine erfaringer, i en hektisk og annerledes jobbhverdag. I tillegg må jeg takke min veileder, Bente Aagnes Steinholt Simonsen, for fleksibiliteten, forståelsen, konstruktive tilbakemeldinger og oppmuntringer gjennom hele prosessen.

Jeg ønsker også å takke de som står meg aller nærmest. Mine to døtre, Amanda (5) og Nora (2): takk for at dere påminner meg, hver eneste dag, om hva som virkelig betyr noe i livet.

Takk til samboeren min, for å stå stødig som et fjell gjennom all slags vær og vind.

Takk til mamma og pappa for at dere med den største glede og selvfølgelighet bestandig stiller opp. Takk for at dere har troen på meg og støtter meg i alt jeg foretar meg.

---

Jeg ønsker å dedikere denne oppgaven til min venn, Martin, som på tragisk vis mistet livet, 01.05.21. Takk for alt du var oss som var så heldige å kjenne deg. Helhjertet, ekte, tilstede. Mine tanker går til Martins nærmeste pårørende, og særlig lille Emma. Vi vil bestandig være her for deg og mammaen din.





# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Etter fullført grunnutdanning som barnevernspedagog, har jeg jobbet flere år i oppfølgingstjenesten i kommunen. De seneste årene har arbeidet sentrert seg rundt oppfølging av ungdommer med varierende grad av rusproblemer. Brukermedvirkning til denne gruppen har vekket et faglig engasjement hos meg, som videre har inspirert meg til å forske videre på fenomenet. Min interesse for å forske på brukermidvirkning bunner i en tro på at det er fordelaktig å være kritisk og utforske sammenhengen mellom teori og praksis, særlig i kontekster der skjønnsutøvelse står sentralt. Rusproblematikk er et komplekst fenomen, og ungdommer med rusproblemer er ikke en universell gruppe. Behov, ønsker og mål som ligger til grunn for hjelpe- og oppfølgingstiltak i kommunen, varierer derfor i stor grad. Dette stiller store krav til hvordan den enkelte i hjelperollen forstår og møter hver enkelt bruker, i de rammene personen jobber under. Min personlige erfaring som lå til grunn for valg av tema, var at forståelsen av- og praktiseringen av brukermidvirkning, og synet på ungdom for øvrig, varierer i stor grad. Jeg var derfor nysgjerrig på hvilke erfaringer helse- og sosialfagarbeidere hadde med å praktisere brukermidvirkning til ungdommer med rusproblemer, og hvordan dette kunne forstås.

Opptrappingsplanen for psykisk helse (Helse -og omsorgsdepartementet, 1999-2008) har gitt sentral plass for prinsippene om helhet i tjenestene og bedre tilgjengelighet, som både omhandler å gjennomføre forsvarlige tjenester, gi et helhetlig tilbud, bedre tilgjengeligheten og videre kvalitetssikre arbeidet innenfor psykisk helsearbeid (Lingås & Herheim, 2008). Det faktum at ruspasienter først for få år siden ble tilkjent pasientrettigheter, kan være et uttrykk for en etablert holdning om at ruspasienter er mindre i stand til å ta valg om sin egen helse enn andre pasienter (Evjen, Kielland & Øiern, 2018). Erkjennelsen av at pasienten kan og skal ta egne valg, selv om valget strider mot helsearbeiderens råd og meninger, står særlig sentralt i arbeidet ovenfor mennesker med rusproblemer. Denne erkjennelsen er med på å sørge for at begrepet «brukermidvirkning» ikke bare blir en «papirrettighet», men en reell rettighet der

pasienten deltar aktivt i planleggingen og gjennomføringen av egen behandling (Evjen, Kielland & Øiern, 2018).

Brukermedvirkning og medbestemmelse er viktige verdier i psykisk helsearbeid. Verdigrunnet for psykisk helsearbeid er blant annet nedfelt i lovverket (Lov om helsetjenester i kommunene, Forvaltningsloven, Pasientrettighetsloven, Lov om helsepersonell og Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern) (Lingås & Herheim, 2008). I det konkrete arbeidet berører verdigrunnet holdninger og kultur på arbeidsplassen, der en søker å fremme verdier som respekt og likeverd. I tillegg skal verdiene fungere som en ledestjerne i saker der det er knapphet på ressurser, og helt sentralt når vi står ovenfor etiske dilemmaer (Lingås & Herheim, 2008). Fellesorganisasjonens (FO) etiske grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere redegjør for ulike verdier som utgjør et felles etisk grunnlag for profesjonsutøveren. Verdiene presenteres under overskriftene *menneskeverd, respekt for den enkeltes integritet, anerkjennelse av ulikhet -og ikke-diskriminering, helhetssyn på mennesket, tillitt, åpenhet og redelighet, omsorg og nestekjærlighet, solidaritet og rettferdighet og ansvar*. I redegjørelsen er det blant annet beskrevet at *respekten for enkeltindividets verdier og ønske om kontroll over eget liv er grunnleggende i helse- og sosialfaglig arbeid*. Videre beskrives det at profesjonsutøveren gjennom dialog og tilrettelegging skal bidra til å styrke den enkeltes mulighet til å leve i samsvar med egne verdier, muligheter og begrensninger (FO: 2015).

Ved å rette søkelyset mot helse-og sosialfagarbeideres erfaring med å praktisere brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer, vil man kunne belyse sider av brukermedvirkning som både gjelder brukermedvirkning generelt, men også spesielle sider ved akkurat denne brukergruppen. Brukermedvirkning i seg selv er viktig av flere årsaker. Evjen, Kielland & Øiern (2018) trekker frem at brukermedvirkning fra et humanistisk perspektiv fører til at brukeren bevarer størst mulig selvbestemmelse i situasjoner der de lett blir maktesløs. Ved god tilrettelegging for brukermedvirkning kan behandlingen bli bedre og mer effektiv (Evjen, Kielland & Øiern, 2018). Samtidig vet vi at ungdom er mer sårbare for negative konsekvenser av rusmiddelbruk enn voksne (Aarø, 2019). Forebygging av rusmiddelrelaterte skader er videre en av de store utfordringene i det forebyggende

helsearbeidet rettet mot ungdom. Bruk av illegale rusmidler medfører også betydelige helsemessige konsekvenser for unge mennesker, og er årsaken til om lag 4% av alle dødsfall i aldersgruppen 15 – 29 år (Aarø, 2019). Jeg mener at en studie av helse- og sosialfagarbeideres erfaring med brukermedvirkning til ungdom med rusproblemer er av både faglig og samfunnsmessig relevans, som et ledd i å kvalitetssikre tilbudet ovenfor denne brukergruppen.

Denne oppgaven tar utgangspunkt i en generell innfallsvinkel, der helse- og sosialfagarbeideres erfaring med brukermedvirkning studeres i lys av kontekst og strukturelle rammer for kommunalt oppfølgingsarbeid. Dette vil etter min mening kunne bidra til at erfaring med brukermedvirkning nyanseres ytterligere, og både betraktes ut fra trekk ved brukergruppen, men også rammer for kommunalt oppfølgingsarbeid.

## 1.2 Problemstilling

Følgende forskningsspørsmål har dannet grunnlag for utarbeidelse av problemstilling:

- *Hvilke fordeler og barrierer opplever helse- og sosialfagarbeidere i praktiseringen av brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer?*
- *Hvordan opplever helse- og sosialfagarbeidere at struktur og rammer på systemnivå tilrettelegger for, eller hindrer brukermedvirkning?*

Med bakgrunn i disse spørsmålene ble følgende problemstilling formulert:

*«Hvordan erfarer helse- og sosialfagarbeidere i kommunale oppfølgingstjenester å praktisere brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer?»*

## 1.3 Presentasjon av begreper

**Rusproblemer:** ICD-10 klassifiserer rusavhengighet og ruskader med bakgrunn i medisinske tradisjoner, der vurderingene og diagnosene primært baserer seg på de problemene rusmiddelet skaper for brukeren selv. I den kliniske hverdagen betraktes rusproblemer ofte som et relasjonelt problem, der problemene vurderes ut fra skaden rusen skaper for andre (Lossius, 2017). Hvor vidt man snakker om *problematisk bruk*, handler med andre ord om hvilke prioriteringer og konsekvenser som følger av rusbruken. I dette forskningsprosjektet vil «rusproblemer» forstås som bruk av legale og illegale rusmidler, i et slikt omfang at det medfører begrensninger eller negative konsekvenser for brukeren. Det vil med andre ord ikke være noe diagnostisk krav innenfor avhengighetsspekteret.

**Kommunale oppfølgingstjenester:** Kommunen har ansvar for kontaktetablering, kartlegging, behandling og oppfølging av personer med rus -og psykiske lidelser. Kommunen har etter pasient -og brukerrettighetsloven ansvar for å gi et helhetlig tilbud til de som trenger det (Evjen, Kielland & Øiern, 2018). Det er med andre ord kommunen som har ansvar for den daglige oppfølgingen av mennesker med rusproblemer. I dag er det store ulikheter i hvordan kommunene organiserer tilbud og tjenester til personer med rusproblemer, og oppfølgingen kan for eksempel involvere NAV, helse-og omsorgstjenester og ruskonsulenten (Evjen, Kielland & Øiern, 2018).

**Brukere:** Etersom mitt forskningsprosjekt søker å belyse erfaringer fra et hjelperperspektiv i en oppfølgingsrolle, har jeg valgt å bruke begrepet «bruker» som samlebegrep for ungdom med rusproblemer, som mottar oppfølgingstjenester i kommunen.

**Ungdom:** Med «ungdom» menes det i forskningsprosjektet personer mellom 13-23 år. Jeg anså det som hensiktsmessig å ikke definere ungdom ut fra myndighetsalder, da flere kommunale oppfølgingstjenester for ungdom dekker valgt aldersgruppe.

## 1.4 Litteratursøk og tidligere forskning

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for fremgangsmåte for litteratursøk, samt presentere tidsskrifter og artikler som jeg har ansett som relevant for å utforme og besvare problemstillingen. I forberedelsesfasen brukte jeg google scholar for å orientere meg og få en oversikt, og som inspirasjonskilde til aktuelle søkeord. Ettersom brukermedvirkning er et upresist begrep, med nært beslektede begreper som «*empowerment*», har det vært nødvendig å gjennomgå utvalgt litteratur nøye, for å sikre et reelt sammenligningsgrunnlag.

Jeg har valgt å utføre søk i databasene PsycInfo (se vedlegg 1, *Litteratursøk i PsycInfo*), Social science database og Norart, da jeg vurderer fagområdet artiklene representerer som relevant for min problemstilling. Søkeordene ble tilpasset de ulike databasene. Jeg har forsøkt meg frem med ulike søkestrategier og endte opp med å søke relativt bredt med tanke på emneord og inklusjonskriterier, for å sikre funn med teoretisk forankringsverdi for problemstillingen. Samtidig har jeg ekskludert søkeord som i første omgang virket opplagte (eks: «*Mental health personnel*»), da min erfaring var at et spesifikt og detaljert søk ekskluderte relevant litteratur.

### **Inklusjonskriterier:**

- o Artikkelen omhandler brukermedvirkning til personer med rusproblemer
- o Empirisk studie

### **Eksklusjonskriterier:**

- o Jeg har valgt å utelukke artikler med tittel som ikke anses som relevant for problemstillingen
- o Jeg har valgt å utelukke artikler der behandling/organisering av tjeneste og implementering av brukermedvirkning ikke har overføringsverdi til norsk/nordisk kontekst

Søkeord	Brukermedvirkning	Rusproblemer	Ungdom
	Client participation/	Drug abuse/	Adolscence/
	Empowerment/	Substance abuce/	Youth/
	User involvement/	Drug addicion /	Teenager/
	Shared decision/	Drug problems/	Juvenile/
			Young adult/

#### 1.4.1 Grad av brukermedvirkning/innflytelse

Eriksens (2017) studie av hvordan boveiledere ivaretar brukermedvirkning ved bo-oppfølging av brukere med rus- og/eller psykiske utfordringer, baserer seg på fokusgruppeintervju av 25 informanter/boveiledere. I studien fremkom det at innholdet i informantenes forståelse av brukermedvirkning varierte. Informantene fremhevet brukernes rett til å medvirke i samarbeidet og at deres meninger skulle vektlegges. Samtidig ble det understreket at brukerne var sårbare, fordi deres muligheter for å medvirke ble påvirket av deres livssituasjoner. Boveilederens begrunnelser for å ta beslutninger uten medvirkning fra brukerne baserte seg på brukernes begrensede muligheter til å forstå eller å huske hva samtalene dreide seg om. De mente at for noen brukere ville deres medvirkning kunne medføre konflikter og/eller forverring av deres helse.

Informantenes uttalelser om ivaretagelse av brukermedvirkning var blant annet preget av grader av medvirkning. Boveilederne hadde ulike oppfatninger om hvilke områder brukerne skulle medvirke på, og i hvor stor grad. Flere informanter fremhevet makt som sentralt, der

spennet lå mellom at bruker skulle ha *innflytelse* og at bruker skulle *bestemme*. Samtidig viser funn i studien at brukernes muligheter for medvirkning kunne variere ut fra deres helse. Som eksempel beskriver en av informantene at han den ene dagen utarbeider mål og lager avtaler med brukeren. Noen dager senere har brukerens virkelighet endret seg. I situasjoner der brukerne uteble og ikke var i stand til å medvirke, fungere boveilederne som brukernes talsperson. Brukermedvirkningen foregikk da indirekte gjennom boveilederens representasjon og kunnskap om brukernes livssituasjoner (Eriksen, 2017).

#### **1.4.2 Barrierer for brukermedvirkning**

Larsen & Sagvaag (2018) gjennomførte aksjonsforskningsprosjekt i offentlig rustjenester der pasienter, personell, ledere og forsker samarbeidet om å forbedre behandlingstilbudet. Formålet med studien var å undersøke hva som kunne hindre at pasientenes stemme ble hørt i samarbeid med ansatte og ledere. Resultatet av studien viste at ledere og ansatte ønsket at forskningsprosjektet skulle fremme myndiggjøring for pasienter og ansatte, men at brukermedvirkning var noe ledere og ansatte ville kontrollere. Myndiggjøring ble oppfattet som noen ansatte kunne velge å gi til pasientene. Kontekst og rammer (f.eks. retningslinjer) kunne medføre en barriere for at pasienters ønsker ble hørt og utforsket. Andre barrierer for at pasientenes stemme ble hørt handlet om at sykeliggjøring av pasientene kunne begrense deres påvirkning. Uønsket atferd kunne bli stigmatisert med patologiske forklaringer, og behovet for kontroll så ut til å ha sammenheng med en forventning om at pasientenes forslag til endring kunne være et uttrykk for patologi. Funnene viste også at pasienter opplevde frykt for sykeliggjøring, og at dette førte til at de var forsiktige i kommunikasjon med personalet. Brukermedvirkning syntes særlig utfordrende å implementere i forhold som omhandlet medikamentelle avgjørelser i LAR behandling (Larsen & Sagvaag, 2018).

#### **1.4.3 Fragmentert medvirkning med til dels motstridende krav**

Husby, Johnsen, Langsholt & Klubben (2018) utforsket hvordan sentrale føringer om brukermedvirkning ble tolket og praktisert i kommunale og spesialisthelsetjenester for



mennesker med rusavhengighet og psykiatriske (ROP) lidelser. Artikkelen bygger på to datakilder: 1) Materiale fra en arbeidssamling hvor ansatte, brukere og pårørende dannet egne grupper som hver for seg diskuterte opplevelser av medvirkning i samhandling, 2) Brukere og pårørende deltok i detaljerte case-diskusjoner av konkret samhandling i anonymiserte cases i tverrfaglige grupper. Erfaringer fra informantene pekte på at prinsipper for brukermedvirkning kunne innebære til dels motstridende krav. Eksempel på dette er medvirkning gjennom deltakelse i samhandling og retten til å velge tjenester og hvem som skal være med i samhandling. En kilde til frustrasjon for tjenestene var brukere som nektet å godta viktige tjenesteytere i ansvarsgrupper, eller valgte seg ut av tjenestene og «forsvant». Tjenesteyterne forklarte brukernes forsvinning med deres livsstil, mens brukerne begrunnet dette med et fragmentert tjenesteapparat, Et av perspektivene blant tjenesterepresentantene var at de produserte kravstore brukere, ved å ha fokus på mestring, hjelpe og gjøre de «hjelpeløse». I kontrast til dette så brukerne på seg selv som den som måtte ta jobben for å få et komplekst hjelpeapparat til å fungere. Alle tre gruppene opplevde sånn sett mangel på «medvirkning», men hadde ulike forklaringer. De tre gruppene hadde en felles forståelse av «systemet» som et opphav til fragmentering og mangel på medvirkning (Husby et.al., 2018).

#### **1.4.4 Oppsummering tidligere forskning**

Tidligere forskning viser at brukermedvirkning kan forstås og tolkes ulikt, og at manglende, fragmentert brukermedvirkning til personer med rusproblemer er sammensatt. Barrierer for brukermedvirkning kan omhandle patologi, stigmatisering og rammer/strukturelle forhold ved tjenestene. Litteratursøk og tidligere forskning viser at det foreligger mangelfull forskning på brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer.

## 2 Teoretisk bakgrunn

I dette kapittelet vil jeg presentere teori som både ligger som bakgrunnsteppe for valg av problemstilling, og som i ettertid synes relevant for å drøfte studiets resultater. Utvalgt teori presenteres i overskriftene: *Brukermedvirkning*, *Rusavhengighet/rusproblemer*, *Etikk og etisk refleksjon*, *Den terapeutiske relasjonen*, *Makt (Foucault)* og *Recovery*.

### 2.1 Brukermedvirkning

Begrepet *bruker* er et konstruert begrep, som ble ansett å være mindre stigmatiserende enn klientbegrepet. En *bruker* betyr leksikalsk en som nyter, utnytter, anvender (Taule, 1999, gjengitt i Willumsen, 2005). *Medvirkning*, vil i leksikalsk betydning være å delta, bidra og hjelpe (Taule, 1999, gjengitt i Willumsen, 2005). Begrepet brukermedvirkning handler med andre ord om en aktiv deltakelse fra en aktiv part, i en gitt kontekst. Willumsen (2005) nyanserer begrepet ytterligere ved å snu på ordene i brukermedvirkning. *Virke-med* indikerer at noe skal foregå i relasjon mellom parter (Willumsen, 2005). Det relasjonelle aspektet er med andre ord vesentlig i begrepet brukermedvirkning.

Brukermedvirkning og medbestemmelse er viktige verdier i psykisk helsearbeid. Retten til brukermedvirkning er blant annet beskrevet i pasientrettighetsloven (§ 3:1)

*«Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses -og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.»* (Lingås & Herheim, 2008, s. 111).

Brukermedvirkning har som mål at pasienten eller tjenestemottakeren skal oppnå innflytelse på egen behandling, og på beslutninger om hvordan tjenestetilbudet skal utformes (Evjen, Kielland & Øiern, 2018). Brukermedvirkning er viktig ut fra flere perspektiver. Fra et

humanistisk perspektiv innebærer det en trygghet for å bli respektert og akseptert, at det er likhet for loven og at pasienter har autonomitet (Evjen, Kielland & Øiern, 2018). Fra et behandlingsmessig perspektiv kan pasienter betraktes som en ressurs, ved at de opplever hvordan tjenesten fungerer i praksis. Brukermedvirkning er også viktig ut fra et planperspektiv, ettersom brukere innehar en unik erfaring og kompetanse, som kan bidra i utviklingen av tjenestetilbud (Evjen, Kielland & Øiern, 2018). Idealet om brukermedvirkning har også røtter i økonomisk gevinst. *Effektiviseringsargumentet* tar blant annet utgangspunkt i at det er brukeren selv som vet best hvor skoen trykker, og at brukermedvirkning vil medføre en mer effektiv måloppnåelse for virksomheten (Willumsen, 2005). Brukermedvirkning vil med andre ord føre til bedre og raskere helsehjelp, noe som videre vil være besparende for samfunnet. Dette springer ut av en ide om at brukermedvirkning vil medføre bedre utnyttelse av knappe ressurser (Willumsen, 2005).

Willumsen (2005) illustrerer 5 ulike nivåer av kontroll og makt, med utgangspunkt i Christoffersens (1992) fem ulike nivåer for grad av påvirkning brukerne gis vedrørende utforming av tjenestetilbud og beslutningstaking. Det første nivået kalles informasjon, og representerer det laveste nivået av brukermedvirkning. På dette nivået informeres brukeren om saksbehandling, rettigheter eller andre forhold, uten at brukeren selv har innflytelse (Willumsen, 2005). Brukeren kan betraktes som en passiv mottaker av informasjon, uten innflytelse. Neste nivå er konsultasjon, der brukeren tas med på råd eller blir konsultert, men der vedkommende likevel ikke har en reell påvirkning på beslutningen. Det tredje nivået er partnerskap, der brukerne og helse- og sosialarbeiderne har like mye kontroll over prosess og beslutninger. Det fjerde nivået er delegasjon, der brukeren har delegert myndighet til å fatte beslutninger. Det øverste nivået kalles kontroll, og representerer den høyeste graden av medvirkning. Dette femte nivået kalles også brukerstyring, og omhandler at brukeren har fullstendig kontroll over prosess og beslutning.

Brukermedvirkning handler om et endret menneskesyn innenfor psykisk helsearbeid -og en reell avstigmatisering av psykisk sykdom. Brukermedvirkning innebærer likeverdig samhandling mellom helsepersonell og bruker, noe som fremmer brukerens mulighet for bedring og økt funksjon (Herheim & Langholm, 2017). Med behovet for selvbestemmelse

menes ikke bare behovet for å få bestemme selv i konkrete spørsmål, men også behovet for et personens autonomi respekteres (Eide & Eide, 2018). Det handler med andre ord om en lovfestet rettighet til å bli sett, lyttet til og forstått, og at ens ønsker og meninger blir tatt hensyn til.

Utviklingen av prinsippene om informert samtykke og brukermedvirkning, har ført til en endring i fagpersoners roller. Mange behandlingsideologier, de etiske prinsipper i yrkesutøvelsen og menneskerettighetene omfavner betydningen av at pasienter skal medvirke og samtykke til behandlingen som gis (Lingås & Herheim, 2008). Brukerne betraktes ikke lenger som passive mottakere av fagpersoners hjelp, men heller som aktive aktører i egen bedring. Likevel poengterer Evjen, Kielland & Øiern (2018) at fagpersoner aldri er nøytrale, og at det er et asymmetrisk forhold der den ene kan utøve makt over den andre. Fagpersoner internaliserer samfunnets normer og verdier, gjennom pålagte prosedyrer for arbeidsprosessen, faget og det vi kan forstå som «forventning av normalitet» (Evjen, Kielland & Øiern, 2018).

## 2.2 Rusavhengighet/rusproblemer

Begrepet rus brukes om en generell tilstand av eufori, enten det skyldes opplevd virkning i form av en kjemisk substans eller en sterk opplevelse (Biong & Ytrehus, 2018).

ICD-10 klassifiserer avhengighet ut fra følgende definisjon:

*«Et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener, der brukeren av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi.» (ICD-10: 73, gjengitt i Lossius, 2017).*

Avhengighet kjennetegnes blant annet med en sterk lyst eller trang til å innta rusmiddelet, utfordringer med å kontrollere inntaket, samt å stoppe før man mister kontrollen.

Toleranseutvikling er et annet tegn på avhengighet, der personen trenger økt mengde av rusmidler for å oppnå samme ruseffekt som tidligere (Lossius, 2017).

Lossius (2017) påpeker at det ikke eksisterer en entydig grense for når en persons rusinntak blir skadelig eller farlig, og foreslår videre at grensen kanskje kan trekkes ved når personen ruser seg på feil tidspunkt (omstendigheter), eller på feil måte (mengde). Det subjektive perspektivet i «problematisk rusbruk» er u diskutabelt varierende. Mens vurderingene og diagnosene i ICD-10 primært baserer seg på de problemer rusmiddelet skaper for personen selv, er det i den kliniske hverdagen ofte mer fruktbart å betrakte rusproblemer som et relasjonelt problem, der problemene vurderes ut fra skadene rusen skaper for andre (Lossius, 2017).

Rusmiddelbruk kan forstås som en kompleks atferd, hvor en rekke sosiale, psykologiske og biologiske faktorer samvirker. Mens de nevrobiologiske faktorene kan forstås som premisser og forutsetninger for bruken, er det samtidig behov for å forstå den sosiale situasjonen rusbruken oppstår og foregår i, samt impulser og tanker hos personen (Mørland & Waal, 2016). Tre hovedperspektiver for å forstå rusavhengighet er nevrobiologisk perspektiv, psykologisk perspektiv og sosiokulturelt perspektiv. Mens det nevrobiologiske perspektivet bidrar med kunnskap om hvordan innvirkning rusmidler har på vårt nevrokognitive system (for eksempel belønning/forsterkning, tvang (sug), eksekutiv kontroll og kognitiv svekkelse), bidrar det psykologiske perspektivet med forståelse av det menneskelige motivasjonssystemet (for eksempel motiver, ønsker, behov og evalueringer) (Biong & Ytrehus, 2018). Mørland & Waal (2016) beskriver et helhetsperspektiv i forståelsen av rusmiddelbruk og avhengighet, og omtaler det som en kompleks atferd, der en rekke sosiale, psykologiske og biologiske faktorer samvirker. Mens de nevrobiologiske faktorene kan forstås som premisser og forutsetninger for bruken, er det samtidig behov for å forstå den sosiale situasjonen rusbruken oppstår og foregår i, samt impulser og tanker hos personen (Mørland & Waal, 2016).

## **2.3 Etikk og etisk refleksjon**

Etikk er både et teoretisk fag, og en praktisk disiplin. Etikk i praksis handler om å komme hverandre i møte, og om den innflytelse eller makt vi stadig utøver i møte med hverandre (Aakre & Biong, 2018). Etikk handler ikke bare om regler og retningslinjer, men innebærer i stor grad å bruke og stole på eget skjønn, og så langt som mulig forstå mennesker som

befinner seg i vanskelige situasjoner (Evjen, Kielland & Øiern, 2018). I en hjelperrolle der man møter mennesker i krise, vil man ofte komme i kontakt med situasjoner som krever etiske avveininger. Sentrale etiske prinsipper i en hjelperrolle er respekt, integritet og samtykke (Evjen, Kielland & Øiern, 2018).

Etiske teorier er bygd opp rundt antakelser om hva som moralsk sett er det viktigste. Innenfor relasjonsetikk er det møtet med det andre mennesket som utløser det moralske ansvaret. I pliktetikk vektlegges å handle i overenstemmelse med de normene og verdiene en er forpliktet av. Konsekvensetikk fokuserer på hensynet til følgene av beslutningene, der den beste handlingen er den som forårsaker mest mulig lykke og minst mulig skade (Eide & Eide, 2018).

I følge Løgstrup (1956, gjengitt i Eide & Eide, 2018) har den enkelte et moralsk ansvar for å vurdere hva som er best for den andre, samt ta konsekvensene av dette, selv om det skulle stride mot den andres ønsker. Den etiske fordringen er med andre ord ikke bare å unnlate å misbruke makten som ligger i relasjonen, men også å ta stilling til hva som tjener den andre best, og handle i tråd med dette. Eide & Eide (2018) bemerker at Løgstrups tankegang har trekk av paternalisme, for eksempel der en person (eks: helsepersonell) kan vite bedre enn den andre (eks: bruker). Samtidig skiller Løgstrup 1956, gjengitt i Eide & Eide, 2018) mellom å ta ansvar *for* den andre, og å ta ansvar *fra* den andre, der førstnevnte til være å leve opp til den etiske fordringen, mens sistnevnte vil være maktmisbruk.

Etisk refleksjon er en form for kritisk tenkning om moralske utfordringer. Behovet for etisk refleksjon tar ofte utgangspunkt i en bekymring for om verdier og holdninger som kommer til uttrykk i praksis er slik de bør være (Eide & Eide, 2018). Etisk refleksjonsarbeid kan foregå i mange former, men Eide & Eide (2018) påpeker at det i en profesjonell rolle er vanligst å reflektere sammen med kolleger. Etisk refleksjon kan også ta form som veiledning.

*«Veiledning kan defineres som «en systematisk faglig og personlig læringsprosess hvor kunnskap, erfaring, visdom og klokhet er hjelpemidler til reflektert erkjennelse» (Biong & Ytrehus, 2018, s. 154).* I veiledning reflekterer man sammen rundt situasjoner og reaksjoner

som oppstår i møte med pasienter og kollegaer, med mål om å hjelpe og støtte hverandre i utfordringen man står i, og en fremdrift faglig sett (Biong & Ytrehus, 2018). Bang (2003, gjengitt i Biong & Ytrehus, 2018) argumenterer for at veiledning kan bidra til å forebygge negative effekter av å stå i en hjelperrolle, der veiledning kan bidra til å ivareta håp og forebygge utbrenthet hos de som står i en hjelperrolle.

## 2.4 Den terapeutiske relasjonen

I terapiforskning har relasjonen mellom pasient og behandler vært ansett som det avgjørende, som kan bety mer for utfallet enn den spesifikke terapimetoden som benyttes (Evjen, Kielland & Øiern, 2018). Evjen, Kielland & Øiern (2018) fremholder videre at den terapeutiske relasjonen bør være preget av grunnleggende varme, empati og sympati, og at det bør være en samstemt opplevelse av å jobbe sammen mot et felles mål.

Relasjonen mellom hjelper og hjelpetrequende er i utgangspunktet asymmetrisk, som følge av at den som søker hjelp står i et avhengighetsforhold ovenfor hjelperens ekspertise (Askheim, 2012). Lingås & Herheim (2008) illustrerer dette med å beskrive relasjonen mellom den profesjonelle og brukeren på to nivåer; bruker-yrkes-utøver-relasjon og medmenneske-medmenneske-relasjon. Mens relasjonen mellom yrkesutøver og bruker er rollene forskjellige, der graden av makt er ujevn. Som medmennesker er man likeverdige. Feil håndtering av relasjonens asymmetri og manglende likeverdighet, vil kunne medføre krenkelser, for eksempel ved at brukers synspunkter ikke blir respektert (Lingås & Herheim, 2008).

Den terapeutiske relasjonen er emosjonelt ladet, noe som innebærer at pasient og terapeut påvirker og aktiverer hverandre emosjonelt (Lossius, 2017). Terapeuter kan utvikle både sterke positive og negative følelser ovenfor pasientene sine. Sterke negative emosjonelle reaksjoner vekkes oftere i møte med pasienter med dårlig impuls kontroll og relasjonelle skader, som videre forekommer hyppig hos ruspasienter. Dette kan føre til at

rusmiddelavhengige pasienter møter mer mostand blant helsefagarbeidere enn andre pasientgrupper (Lossius, 2017).

At relasjonen er viktig i rusbehandling, betyr samtidig at hjelperen må gi av seg selv (Biong & Ytrehus, 2018). Biong & Ytrehus (2018) trekker videre frem at å arbeide med pasienter kan virke berikende og positivt, samt at det kan oppleves meningsfullt å få lov til å støtte, lytte og hjelpe mennesker i krise. Å være i en hjelperrolle kan samtidig gi oss glede, gjennom å se det positive resultatet av arbeidet en gjør. Andre sider ved å arbeide med mennesker med ekstensielle kriser kan derimot være belastende. Det kan være tungt å være vitne til at pasienten gjør valg som får åpenbare negative konsekvenser (Biong & Ytrehus, 2018). Vatne (2006, gjengitt i Biong & Ytrehus, 2018) påpeker faren for at man i rollen som hjelper kan falle for fristelsen til å bruke makt eller straff med bakgrunn i egen opplevelse av å mislykkes i møte med pasienten.

## 2.5 Makt (Foucault)

Et grunnleggende utgangspunkt for Michel Foucaults maktanalyse, er at maktutøvelse i det moderne samfunn skjer gjennom påvirkning av formelt frie individer, deres handlinger og selvoppfatninger (Askheim, 2012). Makten kan forstås som produktiv, da den får mennesker til å oppføre seg på bestemte måter. Et av Foucaults grunnleggende poeng er at makt og kunnskap er uatskillelig vevd sammen (Foucault 1980, 1999, gjengitt i Askheim, 2012). Moderne maktutøvelse baseres på kunnskap hentet fra vitenskapene som den rådende kulturen definerer som gyldige og anerkjente (Askheim, 2012). Foucault beskriver og sammenfatter denne maktutøvelsen i begrepet *diskurs*, som kan defineres som «*de tankemønstrene om ligger til grunn for hvordan et fenomen defineres, eller et system av utsagn eller oppfatninger konstrueres*» (Solvang 2000, Grue, 2001, gjengitt i Askheim 2012, s. 86). De vitenskapelige disiplinene henger også sammen med praksiser om styring, forvaltning, kontroll og disiplinering av mennesker. Foucault omtaler «den andre», som anses som et «objekt» for diskursen, der den andres identitet ofte er avvikerer, og dannes ut fra ekspertenes kunnskaper og sannheter om normalitet (Foucault 1980, gjengitt i Askheim, 2012).



Profesjonene og profesjonell kunnskap spiller med andre ord avgjørende rolle, både når det gjelder å frembringe kunnskap, og ved å være det utøvende leddet i å bistå selvstyringsprosessene. Profesjonene er de sentrale utøverne av det Foucault omtaler som bio-makt (bio-power), ved å lede befolkningen med fokus på å fremme sannhet, livskvalitet og sikkerhet basert på en intensjon om å skape nyttige og produktive samfunnsmedlemmer (Askheim, 2012). Denne styringsprosessen omtales av Foucault som *governmentality*, der styringen rettes mot individets selvstyring. Makten profesjoner innehar sammenlignes med en prestemakt, som ikke utøves gjennom repressiv kontroll, men gjennom rettledning, veiledning og omsorg (Holmes, 2002, gjengitt i Askheim, 2012). Profesjonenes rolle blir dermed å opptre som rådgiver, tilføre klienten nødvendig viten og rettlede klientene til å fatte «selvstendige», men samtidig rette og gode valg (Askheim, 2012).

## 2.6 Recovery

Recovery er et faglig perspektiv, der bedring anses å være en sosial og personlig prosess. Målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for begrensninger (Biong, 2016). Recovery som sosial og personlig prosess innebærer først og fremst å arbeide for tilhørighet, og finne frem til et liv utenfor problemene. Dette innebærer å rette fokuset vekk fra personen og problemene, og mot tjenestenes og lokalmiljøets mulighet og egnethet til å samarbeide med personen (Biong, 2016). Recovery-begrepet røtter er nært beslektet med begreper og perspektiver, som empowerment, resiliens, salutogenese og åpen dialog (Biong, 2016). Recovery-orienterte praksiser forutsetter at brukeren får økt kontroll, reduserte maktforskjeller mellom behandler og pasient, økt fokus på sosial integrering og et hovedfokus på «livet utenfor problemene» (Biong, 2016). Behandling av rusproblemer fra et recovery-perspektiv vil dermed ta utgangspunkt i brukerens ønsker og ressurser, fremfor rusproblemen – og bygge på et gjensidig samarbeid mellom fagperson og bruker, der brukeren selv er i førersetet.

Karlsson & Borg (2017) belyser hvordan Recovery må forstås helhetlig i overgangene mellom kunnskap, språk og handling. Psykisk helse- og rusfeltets historie har vært preget av et språk som skaper et skille. Ord og begreper som «*psykisk syk*» og «*rusmisbruker*» skaper et

skille, som videre medfører handlinger basert på antakelser om at disse personene ikke vet sitt eget beste. Dette er et objektivistisk kunnskapssyn, der den andre gjøres til objekt for våre instruktive handlinger, som videre ekskluderer den andres kunnskap, erfaringer og oppfatninger (Karlsson & Borg, 2017). Recovery omhandler med andre ord mer enn lystbetonte metaforer om at brukeren skal sitte i førersetet og være sjef i eget liv. Recovery forutsetter at språk, kunnskap og holdninger underbygges av antakelsen om mennesker vet og kan mye om sitt eget liv. Som Karlsson & Borg (2017) påpeker er det den erfaringsbaserte kunnskapen som personen selv innehar, som skal være ledestjernen når vi samarbeider om Recovery.

### **3 Metodologi og metode**

I dette kapitlet presenteres forskningsmetoden som er benyttet for å besvare problemstillingen, samt tilnærmingens metodologiske bakgrunn. I det følgende vil jeg gjøre rede for anvendt metode, fremgangsmåte for rekruttering av deltakere, datainnsamling og analyse. Mot slutten av kapitlet vil jeg drøfte rundt studiens validitet/reliabilitet, og fremlegge metodiske og etiske overveielser og begrunnelser.

#### **3.1 Kvalitativ metode**

Med bakgrunn i problemstilling, har jeg valgt å bruke kvalitativ metode. Kvalitative metoder er forskningsstrategier for å beskrive, analysere og fortolke karaktertrekk og egenskaper, eller kvaliteter ved fenomenene man studerer (Malterud, 2017). Mens kvantitative metoder bygger på data i form av tall, består materialet i kvalitative metoder av tekst. Malterud (2017) beskriver at formålet med kvalitative metoder er forståelse, fremfor forklaring. Vi kan bruke kvalitative metoder når vi ønsker å vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger, og vi kan spørre etter mening, betydning og nyanser av hendelser og atferd (Malterud, 2017). Hensikten med denne studien

har vært å løfte frem helse- og sosialfagarbeideres erfaringer med å praktisere brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer, og videre søke å se dette i en større sammenheng.

Som Malterud (2017) poengterer, trenger vi mer enn generaliserbar kunnskap, dersom vi vil betrakte sykdom og helse som dynamiske prosesser i den levende menneskekroppen. Vi vil også trenge vitenskapelige tilnærminger som anerkjenner at slike prosesser utformes spesifikt hos det individuelle mennesket, i sin sosiokulturelle sammenheng (Malterud, 2017). I tråd med dette, ønsket jeg å studere og løfte frem helse- og sosialfagarbeidernes *subjektive* erfaringer. Jeg mener det er verdifullt i forskningssammenheng å studere opplevelser og erfaringer hos enkeltindivider, som ikke nødvendigvis resulterer i generaliserbar kunnskap.

### **3.2 Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming**

Jeg har valgt å skrive en empirisk kvalitativ studie med utgangspunkt i en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming, der jeg søker å forstå den enkeltes livsverden. «*Fenomenologi omfatter forståelse av menneskers subjektive erfaringer og bevissthet.*» (Malterud, 2017, s. 28). Hermeneutikk er læren om fortolkningen av tekster, der fortolkningen av mening er det sentrale. Dette omhandler å kommunisere et budskap, og skape en tilegnelse av mening (Svenaesus, 2005). Hensikten med forskningsprosjektet var å utvikle forståelse for deltakernes subjektive opplevelser og erfaringer, og studere disse erfaringene i en større sammenheng.

*Fenomenologi fremstilles ofte som læren om det som kommer til syne og viser seg* (Thornquist, 2015, s. 83). Innenfor fenomenologien rettes oppmerksomheten mot verden slik den erfares for subjektet, og ikke på verden uavhengig av subjektet (Thornquist, 2015). En fenomenologisk reduksjon krever at man ser bort fra forestillinger om hvorvidt et bestemt opplevelsesinnhold eksisterer eller ei. Det handler med andre ord om å sette common-sense-baserte og vitenskapelige forhåndskunnskap om fenomenet i parentes, og etterstrebe en fordomsfri beskrivelse av fenomenene (Kvale & Brinkmann, 2019). Det avgjørende innenfor fenomenologi er med andre ord å forsøke å etablere en forståelse av det individuelle perspektivet, fremfor å la seg styre av tidligere forskning og forutinntatthet.

Hermeneutikk omtales ofte som fortolkningslære, og omhandler spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning, samt hvilke vilkår og fremgangsmåter som medfører forståelse og gyldige fortolkninger (Thornquist, 2015). Innenfor klassisk hermeneutikk nevnes ofte bibeluttolkning, men i dag omfattes i tillegg til opprinnelige bibelskrifter, også ulike former for meningsfulle uttrykk: kunst, sosiale institusjoner, menneskelig handling og samhandling. Gjennom hele prosjektperioden har jeg vært bevisst på egne erfaringer, forutinntatthet og mulige feilkilder, og forsøkt å bevare en kritisk, refleksiv holdning.

### **3.3 Prosjektlogg**

Fleksibilitet og ettertanke er sentralt for kvalitative studier, der forskeren justerer seg parallelt med ervervelse av nye erfaringer underveis i studiet (Malterud, 2017). Jeg har valgt å føre prosjektlogg gjennom hele studiet, for å tilrettelegge for en refleksiv holdning. Prosjektloggen har tatt form som et levende dokument der fremdrift, veivalg og refleksjoner har blitt ført inn fortløpende og i kronologisk rekkefølge. Prosjektloggen har gjort det enklere å holde oversikt over veivalgene som ble tatt underveis i studiet, og samtidig tilrettelagt for å kunne gå tilbake og justere veivalg underveis i prosessen. I tillegg har det vært et viktig utgangspunkt for en transparent gjengivelse av prosessen.

### **3.4 Forforståelse**

Etttersom jeg selv jobber i, og har flere års erfaring med kommunalt oppfølgingsarbeid ovenfor ungdommer med rusproblemer, har det vært nødvendig å bevisstgjøre og avklare egne forventninger til forskningsprosjektet. Forforståelse er ryggsekken vi bærer med oss inn i forskningsprosjektet, og innholdet i ryggsekken vil kontinuerlig påvirke måten vi samler, leser og forstår våre data på (Malterud, 2017). Det var derfor nødvendig å være bevisst på egne holdninger og forventninger til prosjektet, for å unngå at egne erfaringer og forventninger overskygget funn.

Min personlige, yrkesfaglige erfaring er at det er et økende fokus på brukermedvirkning blant helse- og sosialfagarbeidere i kommunale oppfølgingstjenester. Jeg har også en forventning

om at struktur og organisering av kommunale oppfølgingstjenester i økende grad tilrettelegger for brukervedvirkning i praksis. Jeg har samtidig en opplevelse av at brukervedvirkning forstås og praktiseres ulikt, og at det vil være ulike meninger om hvilke områder brukerne skal medvirke på. I lys av dette tror jeg alder vil spille inn som et vesentlig moment i forståelsen av- og tilretteleggingen for brukervedvirkning. Jeg tror samtidig det er fokus på etiske utfordringer i møte med ungdommer med rusproblemer og praktisering av brukervedvirkning, men at tidspress kan medføre at dette vies lite oppmerksomhet, og at personer i hjelperollen kan oppleve å føle seg «alene» i møte med barrierer/utfordringer.

Refleksivitet er en aktiv holdning, der forskeren ikke tar tingenes tilstand for gitt, men leter etter konfrontasjoner med egne forestillinger og posisjoner (Malterud, 2017). For å kunne få kunnskap om deltakernes erfaringer, er det nødvendig å innta en refleksiv holdning gjennom hele prosjektet. I utarbeidelsen av problemstillingen valgte jeg å gå bredt ut, for å unngå at egne erfaringer og forutinntatthet overskygget interessante funn. Videre har refleksivitet vært et viktig fokus gjennom hele studien, både i prosessen med å rekruttere deltakere, gjennomføre intervju, og ikke minst i prosessen med å lese, gjengi og tolke det transkriberte materialet.

## **3.5 Datainnsamling**

### **3.5.1 Dybdeintervju**

Jeg har valgt å benytte meg av semistrukturerte dybdeintervju. Guide for semistrukturerte intervjuer inneholder en oversikt over emner som skal dekkes, og forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2019). Intervjuet tok utgangspunkt i tema og spørsmål innenfor systematiserte emner (se vedlegg 3, *Intervjuguide*). Hensikten med intervjuguiden var å sørge for at viktige temaer og spørsmål ble belyst og besvart. Spørsmålene var ment som et utgangspunkt, der samtalen i stor grad skulle styres av deltakernes fortelling, og oppfølgingsspørsmål knyttet til deres uttalelser. Jeg hadde fokus på å stille åpne spørsmål som hadde til hensikt å få deltakerne til å reflektere rundt, og dele erfaringer knyttet til å praktisere brukervedvirkning til ungdommer med rusproblemer.

### 3.5.2 Utvalg og rekruttering

Utvalget besto av fire helse- og sosialfagarbeidere, herav to menn og to kvinner i alderen 30-51 år. Deltakerne representerte fire ulike arbeidsplasser, og tre ulike kommuner. Deltakerne var utdannet barnevernspedagog, sosionom, sykepleier og hjelpepleier i bunn, og samtlige hadde relevant videreutdanning.

For å etablere et strategisk utvalg med god informasjonsstyrke, må vi starte med å rette søkelyset, slik at vi ikke samler data om noe helt annet enn det vi faktisk ønsker å studere (Malterud, 2017). Etersom jeg ønsket å studere helse- og sosialfagarbeideres erfaringer med å praktisere brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer, ble det naturlig å rette søkelyset mot helse- og sosialfagarbeidere med oppfølgingsansvar for denne brukergruppen. Dette inkluderte ansatte med helsefaglig/sosialfaglig utdanning i omsorgstjenester/oppfølgingstjenester i kommunen.

Jeg har benyttet meg av et strategisk utvalg der deltakerne har blitt inkludert basert på bestemte kriterier. Kriteriene var som følger: helsefaglig/sosialfaglig utdanning, jobber i kommunal oppfølgingstjeneste, og har oppfølgingsansvar for ungdommer med rusproblemer. Ved å vektlegge mangfold i strategisk utvalg vil man kunne bedre informasjonsstyrken, samt skaffe utfordringer til konklusjoner som i første omgang fremsto opplagte (Malterud, 2017). Det var ønskelig at utvalget representerte flere kommuner, med bakgrunn i at tilbud og ressurser i kommunene kunne tenkes å variere. Fokus på, og praksis for brukermedvirkning kunne tenkes å variere på ulike arbeidsplasser, og det var derfor ønskelig å rekruttere deltakere fra ulike arbeidsplasser. Helse- og sosialfagarbeidere inkluderer en rekke profesjoner, der faglig ståsted og arbeidsoppgaver kunne innvirke på hvilke erfaringer og opplevelser deltakerne hadde. Med bakgrunn i dette hadde jeg fokus på at deltakerne representerte ulike profesjoner. Jeg vurderte i tillegg at det var hensiktsmessig å tilstrebe at utvalget representerte begge kjønn og ulike aldersgrupper. Som utgangspunkt var det også ønskelig at deltakerne hadde jobbet ved arbeidsplassen i minimum 1 år, med bakgrunn i at lengere erfaring i tjenesten kunne gi mer innholdsrike data. Dette kriteriet valgte jeg likevel å ikke inkludere i rekrutteringsprosessen, da min vurdering var at nyansatte eventuelt kunne

tenkes å ha et annet perspektiv på praktisering av brukermedvirkning, sammenlignet med ansatte med lang erfaring. Dette ville videre kunne bidra til mer nyanserte data.

I utvalgsprosessen sendte jeg ut en e-post til avdelingsledere for kommunale oppfølgingstjenester som jobbet med ungdommer med rusproblemer. Som forsker var det ønskelig at jeg i minst mulig grad var aktiv i utvelgelsen av deltakere. I tillegg var jeg bevisst på muligheten for at deltakerne kunne føle seg presset til deltakelse, dersom jeg kontaktet dem direkte. E-posten inneholdt en presentasjon av meg selv og forskningsprosjektet, samt en forespørsel for om de kunne bidra med å forespørre aktuelle deltakere om mulighet for å delta i studien. Informasjonsskriv ble lagt som vedlegg til eposten (se vedlegg 2, *informasjonsskriv*). En deltaker takket ja kort tid etter utsendelse. Videre bekreftet flere avdelingsledere å ha videresendt e-posten, uten at noen meldte seg. Flesteparten responderte ikke. Jeg valgte etter en stund å ringe direkte til avdelingslederne for å forsikre meg om at e-posten var mottatt.

Etter råd fra veileder henvendte jeg meg til personer i ulike fagstillinger i kommunen, i håp om at de kunne fungere som et mellomledd i kontaktetablering ovenfor deltakere eller avdelinger. Etter en stund hadde totalt tre deltakere meldt seg. Jeg var i utgangspunktet innstilt på å ikke intervju på egen arbeidsplass, men valgte etter hvert å inkludere en deltaker som jobber i samme tjeneste. Jamføre Norsk senter for forskningsdatas (NSD) retningslinjer, tok jeg kontakt med avdelingsleder, som formidlet forespørselen om intervjudeltakelse. Dette gjorde jeg for å unngå at deltakeren følte seg presset dersom jeg selv tok kontakt. Jeg forsikret deltakeren om intervjuet og det kollegiale forholdet ville holdes adskilt, og at opplysninger som kom frem i intervjuet ikke skulle innvirke på den profesjonelle relasjonen. Deltakeren ble valgt med bakgrunn i at vi jobbet sidestilt i arbeidshverdagen. Dette for å unngå at lederroller eller maktposisjoner kunne innvirke på intervjuets gjennomføring og validitet.

### **3.5.3 Forberedelser intervju**

Jeg valgte å benytte meg av pilotintervju, der jeg intervjuet en bekjent med relevant yrkeserfaring. Hensikten med pilotintervjuet var å få en pekepinn på hvordan intervjuguiden fungerte i praksis, teste teknisk utstyr samt gi meg trening i intervjusituasjonen. Erfaringer og

tilbakemeldinger fra pilotintervjuet førte til at jeg endret ordlyden i ett av spørsmålene, som fremsto som uklart for testperson. Under gjennomgang av lydopptaket ble jeg også bevisst på at jeg med fordel kunne plassert båndopptakeren nærmere personen som ble intervjuet, for å sikre optimal lyd kvalitet. Samtidig ble jeg oppmerksom på at jeg i større grad burde vektlegge tilstedeværelse i intervjusituasjonen ved å lytte til testpersonens fortelling, fremfor å la meg styre av intervjuguiden.

Deltakerne ble informert om tema, formål og omfang av forskningsprosjektet i forkant av intervjuet (se vedlegg 2: *Informasjonsskriv*). Deltakerne ble i samme dokument informert om sine rettigheter i forbindelse med deltakelse i studiet. Samtykkeerklæring ble utsendt sammen med informasjonsskrivet, og signert i forkant av intervjugjennomføring.

### **3.5.4 Gjennomføring av intervju**

Ett av intervjuene ble gjennomført ved oppmøte på deltakerens arbeidsplass. Jeg anså det som hensiktsmessig å gjennomføre intervjuet i trygge omgivelser, og samtidig gjøre gjennomføringen mest mulig skånsom for deltakeren. Med bakgrunn i restriksjoner som følge av Covid-19, ble to av intervjuene gjennomført over Teams, i tråd med universitetets anbefalte retningslinjer for bruk av digitale datainnsamlingsverktøy. Fra tidligere hadde jeg erfaring med Teams som brukervennlig og vel-fungerende med tanke på lyd -og bildekvalitet. Jeg sørget for at jeg fikk satt opp nødvendig utstyr og testet mikrofon og kamera i god tid før intervjuene startet. Intervjuet med kollega ble gjennomført på en nøytral plass. Jeg fikk booket et møterom der vi fikk sitte uforstyrret. Jeg anså det som hensiktsmessig å skape rammer for intervjuet som signaliserte at forsker/deltakerrollen og kolleгарollen var adskilt, og valgte derfor å ikke gjennomføre intervjuet på arbeidsplassen.

Varighet på intervjuene varierte fra 35 – 50 minutter. I etterkant av første intervju skrev jeg ned umiddelbare erfaringer og tanker. Her noterte jeg meg blant annet at jeg i større grad burde forsøke å stille oppfølgingsspørsmål for å få utdypende svar hos deltakerne.

Intervjuprosessen var en krevende prosess med bratt læringskurve. Jeg opplevde en økende



trygghet i intervjurollen, samt at egen evne å innta et «her-og-nå-fokus» og samtidig ha en nøytral innlevelse i deltakernes fortelling der jeg fulgte opp med åpne spørsmål, forbedret seg underveis. Selv om å intervjuer over Teams opplevdes som et godt alternativ for å fremskaffe data, opplevde jeg en forskjell i rammene for intervjusituasjonen. Den innledende praten, som hadde til hensikt å skape en avslappet atmosfære, falt ikke like naturlig som når man møttes personlig. Jeg opplevde således, og kanskje naturlig nok, å komme nærmere deltakerne når vi møttes personlig, og har vært bevisst på at datainnsamling gjennom digitale verktøy skaper en annen ramme og kontekst for intervjusituasjonen. Tilbakemeldingene fra deltakerne løftet frem både positive og negative sider ved å bruke digitale verktøy. Positive tilbakemeldinger omhandlet at deltakelsen var praktisk og tidsbesparende, og dermed gjorde intervjudeltakelsen enklere i en hektisk hverdag. En av deltakerne bemerket likevel at det var en litt kunstig setting, men at det til tross for det føltes greit å dele av egne erfaringer.

### **3.6 Transkribering**

Intervjuene ble transkribert fortløpende etter gjennomføring. I tråd med Malteruds (2017) beskrivelse av utskriften av opptak som en indirekte representasjon av en indirekte gjengivelse, var jeg bevisst på at man ved transkribering risikerte å miste mye meningsinnhold. Kvale & Brinkmann (2019) bemerker at det ikke finnes noen universell form eller kode for transkribering, men at forskeren bør avgjøre hvor vidt uttalelsene skal transkriberes ordrett eller hvor vidt intervjuet bør omformes til en mer formell, skriftlig stil. Valgene vil avhenge av hva transkripsjonen skal brukes til – om man er ute etter en detaljert, språklig analyse, eller en lettlest utgivelse av deltakernes historier (Kvale & Brinkmann, 2019). Jeg har valgt å benytte meg av en enkel transkribering, der jeg har brukt en formell, skriftlig stil. Dette innebærer at jeg har valgt å omsette dialekt til bokmål, og unnlatt å inkludere alle gjentakelser og lyder. Jeg ønsket et lettlest, skriftlig materiale, som egnet seg for videre analyse. Jeg var særlig bevisst på å bruke god tid på å transkribere, for å unngå at fremtredende språklige virkemidler (for eksempel bruk av ironi eller sarkasme) medførte en meningsfordreining i den skriftlige gjengivelsen. I tilfeller der språklige virkemidler var tilstedeværende, ble dette skrevet i parentes bak uttalelsen.

### 3.7 Oppbevaring av data

Jeg har fulgt UIT's retningslinjer gjeldende for kull 2017 for oppbevaring av data, og oppbevart samtlige intervjuer på en kryptert minnepenn. Minnepennen har utelukkende vært lagret i en safe. Jeg anså det som en styrke å kunne gå tilbake til råmaterialet underveis i prosessen, og valgte derfor å beholde intervjuene frem til oppgaven er ferdigstilt. Deretter er jeg ansvarlig for å slette samtlige intervjuer.

### 3.8 Analyse

Analysen består i å rette spørsmål til det empiriske materiale, lese og organisere data systematisk i lys av dette med støtte fra relevant teori, samt gjenfortelle svarene på en relevant måte (Malterud, 2017). Jeg har benyttet meg av en tverrgående analyse med systematisk tekstkondensering (STC). Jeg har valgt denne analysemetoden med bakgrunn i at dette er mitt første forskningsprosjekt. I følge Malterud (2017) er STC en enkel og overkommelig metode, som er velegnet for å gi nybegynnere en systematisk innføring i analyseprosessen.

Analyseprosessen sine første trinn var å lese gjennom det transkriberte tekstmateriale, danne et helhetsbilde, og vurdere mulige temaer som fortalte noe om deltakernes erfaringer med temaet. Malterud (2017) poengterer at det på dette trinnet er viktig å sette vår forforståelse og teoretiske referanseramme i midlertidig parentes, uten å glemme problemstillingen. Jeg hadde fokus på å gå inn i analyseprosessen med et åpent sinn, og unngå å trekke forhastede beslutninger, eller la meg styre av forutinntatthet. Jeg var særlig bevisst på å se bort i fra intervjuguidens inndeling av temaer, for å unngå at disse ble retningsgivende i analysefasen. Etter en grundig gjennomlesning av, og arbeid med materialet, utarbeidet jeg følgende foreløpige temaer:

*Ivaretagelse av brukermedvirkning, valg, fleksibilitet, ansvar*

Neste steg i analysen var å identifisere meningsbærende enheter. I følge Malterud (2017) vil man på dette analysetrinnet gjennomgå all tekst grundig og systematisk, og velge ut tekst som på en eller annen måte bærer med seg kunnskap om et eller flere temaer fra første trinn, og samtidig er relevant for forskningsprosjektets anliggende. Meningsbærende enheter ble systematisert og kodet.

Analysens tredje trinn innebærer å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, og i fjerde analysetrinn sammenfattes betydningen av dette (Malterud, 2017). I eksempelet under startet jeg ut med temaet «valg». Ulike meningsbærende enheter havnet under kodegruppen «dårlige valg», som videre ble kodet til subgruppene «dårlige valg for pasienten», «dårlige valg for terapeuten» og «forhold av betydning for dårlige valg».. Subgruppene dannet grunnlag for gullsitatene, der innholdet ble abstrahert. Dette ble sammenfattet i kategorien: *Det er uunngåelig at brukeren tar potensielt livsfarlige valg*

<b>Tema</b>	<b>Meningsbærende enheter - kodegrupper</b>	<b>Meningsbærende enheter - koding</b>	<b>Subgrupper-kondensat, analytisk tekst gullsitat</b>	<b>Kategori</b>
<b>Valg</b>	Dårlige valg	i. Dårlige valg for pasienten  ii. Dårlige valg for terapeuten  iii. Forhold av betydning for dårlige valg	i. Dårlige valg fører til tvangsinnleggelse og overdoser  ii. Dårlige valg fører til at terapeuten blir frustrert og føler seg handlingslammet  iii. Manglende ressurser, forståelse og motivasjon fører til at ungdom tar dårlige valg	Det er uunngåelig at brukeren tar potensielt livsfarlige valg.

### 3.9 Reliabilitet/validitet

I all forskning bør vi være kritisk til hvor vidt metoden vi har brukt, representerer en logisk vei til kunnskap, som belyser problemstillingen. Å validere betyr å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet (Malterud, 2017). I en bredere fortolkning vil validitet si noe om i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2019). Validering skal med andre ord redegjøre for studiets muligheter og begrensninger. Reliabilitet omhandler forskningsresultatenes konsistens og troverdighet, og behandles ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2019).

Anvendt metode synes hensiktsmessig for å besvare valgt problemstilling. En kvalitativ metode ble valgt, da jeg var ute etter deltakernes erfaring med å praktisere brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer. I dette ligger også at generaliserbar kunnskap, ikke var målet med studien. Intervjuguiden ble utformet med henblikk på å ramme inn intervjusituasjonen tilstrekkelig til at forskningsprosjektets problemstilling ble belyst. Samtidig kan den tidlige tematiseringen ha bidratt til at viktige forhold ved deltakernes erfaring ikke kom frem under intervjuet.

I denne studien har jeg presentert metoden, samt redegjort for teoretisk forankring og egen forforståelse. «Ett steg frem, og to steg tilbake» har vært en nødvendig del av prosessen, der jeg har brukt loggbok som et aktivt hjelpemiddel for å dokumentere de veivalgene jeg har tatt underveis. En svakhet ved metoden er likevel at jeg umulig vil klare å opptre helt objektivt som forsker. Dette belyses av Malteruds (2017) beskrivelse av forforståelsen som en ryggsekk med bagasje, som vi bærer med oss inn i forskningsprosjektet, og som påvirker måten vi samler, leser og tolker våre data på. Til tross for at jeg trodde jeg var tilstrekkelig distansert fra egne erfaringer og videre fokusert på problemstillingens anliggende, ble det etter ferdigstilt analyse tydelig at mine erfaringer påvirket datamaterialets fremstilling. En vesentlig faktor i dette var nok samtidig at dette var første gang jeg benyttet meg av STC-analysen, og at jeg ikke fulgte den trinnvise analysen presist nok. Analysen måtte derfor startes på nytt, og jeg måtte bruke mer tid enn forventet på å lese over råmateriale og danne med tilstrekkelig overblikk. Som et lett i å sikre lojalitet til deltakernes fortelling, har jeg stadig vendt tilbake til råmateriale.

Et sentralt spørsmål i henhold til å vurdere studiens validitet, er hvor vidt brukermedvirkning/makt/erfaringer og holdninger representerer et sårt tema, som videre påvirker deltakernes forståelse og fremstilling av egne erfaringer. Dette kan tenkes kunne å være særlig aktuelt når man forsker innenfor eget fagfelt, og med bakgrunn i rusfeltets historie og posisjon. For å skape rammer for intervjusituasjonen som åpnet opp for å dele av erfaringer og refleksjoner, har det vært nødvendig å fremvise en ikke-dømmende og respektfull holdning. Jeg har vært bevisst på hvordan eget kroppsspråk, tonefall, ordvalg i intervjuguiden og hele min holdning kunne innvirke på deltakernes ønske om å fortelle. Jeg var særlig oppmerksom i utarbeidelsen av intervjuguiden, der jeg bevisst unngikk spørsmål som inneholdt negativt ladede begreper, og spørsmål som omhandlet å bedømme egen praksis. Jeg ønsket ikke at deltakerne skulle få opplevelsen av å måtte «forsvare» seg selv og egne erfaringer.

### **3.10 Etiske hensyn**

*Informert samtykke er en forutsetning for all forskning som omfatter mennesker* (Malterud, 2017, s. 74). Jeg har i forkant av gjennomføring av intervjuene innhentet skriftlig samtykke fra alle deltakere (se vedlegg 2: *Informasjonsskriv*). Deltakerne mottok i rekrutteringsfasen tilstrekkelig informasjon om studiens omfang, tema og hensikt, og ble samtidig informert om sine rettigheter dersom de ønsket å delta i studien. Dersom deltakerne på noe tidspunkt ønsket å trekke seg fra studien, ville aktuell data fra intervju bli slettet umiddelbart.

Etiske hensyn ovenfor deltakerne har også være høyt prioritert gjennom hele forskningsprosjektet, i tråd med Malterud (2017). I tilfeller der det har oppstått funn som vil kunne oppleves negativt for deltakeren eller deltakerens arbeidsplass, har risiko for belastning blitt veid opp mot nytte av forskningen.

Ettersom studiet ikke vil inneholde helseopplysninger er det ikke behov for å søke REK. Ettersom studiet innebefattet oppbevaring av data fra personlige intervjuer (personopplysninger) utløstes meldeplikt til personvernombud. Søknad til Norsk senter for

forskningsdata (NSD) ble sendt inn 22.10.20, og godkjent 29.10.20 (prosjektnummer: 288323) (se vedlegg 4, *Meldeskjema NSD*).

## 4 Resultat

I det følgende presenteres studiens resultater, med bakgrunn i analyse etter Malteruds (2017) STC. Resultatene overskrifter representerer funn og subgrupper som ble utarbeidet i prosessen med å kode og sammenfatte betydningen av meningsbærende enheter. Jeg har valgt å legge vekt på å gjengi deltakernes sitater, fremfor å presentere resultatene med egne ord. Samtidig har jeg inkludert relativt lange sitater der dette har vært nødvendig for å ikke så tvil om sitatets kontekst. Dette mener jeg bidrar til en mer transparent og robust fremstilling.

### 4.1 Brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer er i praksis begrenset

#### 4.1.1 Tilrettelegging for brukermedvirkning

Samtlige deltakere beskriver at de har fokus på brukermedvirkning på sin arbeidsplass, og at de opplever dette som et fokus generelt i kommunalt oppfølgingsarbeid ovenfor ungdommer med rusproblemer. Deltakerne forteller at det er ønskelig at brukeren er delaktig, og at de involveres i utformingen av tjenestetilbudet. Deltaker 2 sier: *«Det er viktig å få bestemme og forme mål og mening for eget liv. Det er ikke alltid ungdommen synes det samme som oss, men det er viktig å få ungdommens syn på sitt liv»*.

Deltaker 4 sier: *«Brukermedvirkning legger jo en føring for at brukeren skal medvirke. Det finnes mange måter å medvirke på.»* Videre sier deltakeren: *«Det er veldig viktig at brukeren føler at det omhandler en selv, og at brukeren kan eie sitt eget liv. Brukeren skal jo eie den veien man staker ut, som man skal gå i lag for å skape endring»*. At bruker skulle ha eierskap

til behandlingen og/eller oppfølgingen som ble gitt, ble trukket frem som ønskelig av samtlige deltakere. Deltaker 2 sier: *«Vi snakker mye om hvordan vi kan inkludere pasienten, at pasienten kan få et eierskap til sin behandlingsplan. Når pasienten har et eierskap, så er det også lett å ha brukermedvirkning.»*

Deltaker 4 sier: *«Vi skal jo sette oss ned med brukeren og kartlegge utfordringer og hva personen selv trenger hjelp til. I den prosessen skal vi jo også lage en plan sammen med brukeren. Noen brukere har jo individuell plan, men i tillegg til det skal vi jo lage en egen plan sammen med brukeren for hvordan vi konkret skal jobbe sammen med brukeren for at brukeren skal nå sine mål. Så vi skal jo legge til rette for brukermedvirkning helt fra vi får inn en ny bruker, i form av at vi skal sette oss ned å definere hva som er utfordringen sammen med bruker og få brukeren til å si noe om hva den mener er utfordringene i sitt liv. Også skal man jo finne noen mål sammen med brukeren, som man skal jobbe for.»*

#### **4.1.2 Ivaretagelse av brukermedvirkning**

Deltakernes erfaringer var at brukergruppen i varierende grad var opptatt av brukermedvirkning. Deltaker 2 sier: *«Noen ganger ønsker man at bruker skal være mer tilstede. Der det har vært avholdt store ansvarsgruppemøter med mye folk rundt, og der pasienten selv ikke var tilstede. Der viktige beslutninger ble tatt. Det har vært mange slike tilfeller. Enten der pasienten har glemt av møtet, eller ikke har ønsket å være tilstede, Andre ganger har man holdt møter der man tenker at det er lurt at bruker ikke er tilstede».* Videre har deltaker 2 erfaring med at mange av brukerne mangler ressurser til å ta tak i eget liv, og at de er avhengig av at andre legger til rette og er med og styrer kursen litt. Deltaker 2 tilføyer: *«Jeg tenker jo at det er en grunn til at de søker hjelp, det er jo fordi de ikke alltid har visst best selv».* Deltaker 3 forteller at de har en årlig undersøkelse som leveres ut til bruker, som et ledd i å sikre og måle brukermedvirkning. Videre forteller deltakeren at det kan være utfordrende å få de i aktiv rus til å levere disse tilbake.

Deltaker 1 sier: *«Jeg tror at det er mange som ikke forstår blant tjenestemottakerne. De sier kanskje ja, men skjønner ikke hva de sier ja til. De er med på papiret, men det stopper kanskje der. Ting skjer ikke på deres nivå».*

#### **4.1.3 Ungdommenes behov imøtekommes ikke på systemnivå**

På tema som omhandlet brukernes muligheter for innflytelse, nevner deltaker 4 et eksempel der bruker ikke opplever en god relasjon med terapeuten, og da kan henvende seg til sin kontaktperson og si ifra om dette: *«Men så er det jo varierende hvor lett det lar seg gjøre i praksis, for noen brukere har et stort vedtak med mange timer og flere tilsyn om dagen. Så i noen tilfeller må det nødvendigvis komme noen brukeren ikke har en god relasjon til, for vi ikke er mange nok folk. Men de har en delvis mulighet til å påvirke det ved å si ifra.»*

To av deltakerne beskriver også at det mangler tilbud og alternativer til ungdom med rusproblemer, deriblant tilpassede arbeidsplasser, fritidsaktiviteter og boliger til denne gruppen. Deltaker 1 sier: *«jeg opplever at der er et veldig dårlig tilbud til ungdommene, spesielt de under 18».* Videre forteller deltakeren: *«Det er så forskjellig fra ungdom til ungdom, hva de ønsker og trenger. Da må det være mye forskjellig å velge i, og det må være langsiktig. Tilbudet må være der, det må være omfattende og romslig, slik at det rommer mer enn A4-brukeren».* Deltaker 4 sier: *«Med tanke på dagtilbud, det å ha en aktivitet å gå til, arbeidstrening, sosiale happenings, treningstilbud...der kunne tilbudet vært veldig mye bedre for ungdom med rusutfordringer».*

Deltaker 4 trekker frem utfordringer i samarbeidet på tvers av tjenestene og ansvarsfordeling: *«Det er jo ikke helt klart definert innad i kommunen hvem det er sitt ansvar å følge opp de med psykiske lidelser og rusproblemer. Det er et litt utydelig og uklart skille der. Det er ikke alltid at samarbeidet på tvers av tjenestene fungerer så veldig bra. Det er ingen automatikk i at når du kommer inn en plass, så er det et helhetlig opplegg som lages. Det er mye jobbing på tvers av andre tjenester, opp mot andre tjenester, dårlig samarbeid.»*



## 4.2 Uunngåelig at brukeren tar potensielt livsfarlige valg

### 4.2.1 Dårlige valg for brukeren

Flere av deltakerne snakket om konsekvensene av at brukermedvirkning i praksis tillater at ungdommene tar dårlige valg med potensielt livsfarlige utfall. Deltaker 2 sier følgende: *«Fra tidligere jobb har jeg erfaring med at bruker tar så dårlige valg at det ender opp med tvangsinnleggelse. Der man egentlig skal være med, kommer med gode råd, men der pasienten ikke følger rådene.»* Deltaker 4 sier følgende: *«I noen tilfeller vi jobber med, som er veldig komplekse, skulle jeg ønske det var enklere å bruke tvang. I ekstreme tilfeller, der det virker som om brukeren nesten må dø før vi kan gripe inn å gjøre noe».* Deltaker 1 trekker frem en erfaring der en ungdom tar gjentatte overdoser, men der behandling er prisgitt ungdommens eget samtykke. Etersom ungdommen ikke er syk nok til å bruke tvang, kan ungdommen fortsette å ruse seg til tross for at det foreligger en høy risiko for nye overdoser.

Samtlige av deltakerne har erfaringer med at brukermedvirkning kan oppleves som et hinder i møte med ungdommer med rusproblemer, som velger bort hjelpen. Deltaker 3 sier: *«Så lenge vi klarer å fange de opp, får de et godt nok tilbud. Men det er en del mørketall, ungdommer som ikke vil ha hjelp. De sier de ikke har et behov for hjelp.»* Deltaker 1 sier: *«Brukermedvirkning kan være til hjelp, men det er samtidig et stort hinder. For det er mange som burde få hjelp, men som ikke vil ta imot hjelp.»*

### 4.1.2 Dårlige valg for terapeuten

Deltakerne forteller også om opplevde indirekte negative konsekvenser som følge av at brukerne tar dårlige valg. Deltaker 2 sier: *«Det er litt vanskelig å se at bruker tar dårlige valg, når jeg gjennom min erfaring vet i anførselstegn at det ikke er et så godt valg. Men så må de jo erfare selv at det kan gå galt. Det er frustrerende å se på.»* Videre sier deltaker 2: *«De sier at det er brukermedvirkning, at de har sine rettigheter og at de skal bestemme selv. Der man har inntrykk av at det går galt, men bare må stå å se på.»* Deltaker 1 sier: *«Det er ganske sårt*

*å se på 18-20 åringer som kunne hatt et helt annet liv, men som er ødelagt av rus. De trenger hjelp, men ønsker det ikke.» Videre forteller deltaker 1: «La oss si at vi har en ungdom som trenger rusbehandling, men som ikke ønsker det. Da vil hun heller ikke få den rusbehandlingen, i hvert fall ikke nå. Det føles jo ikke helt greit å gå som hjelper og vite at hun ruser seg».*

Også deltaker 4 benevner opplevde følelser som følge av dårlige valg *«Man kan bli veldig frustrert, for de tankene, ønskene og håpet man har, for den endringen man ønsker å få til, samsvarer ikke alltid med brukerens».*

#### **4.2.2 Forhold av betydning for dårlige valg**

Deltakerne trekker frem følgende grunnleggende faktorer for at ungdommer fatter dårlige valg for seg selv: ungdom kan være i opposisjon, ukritiske og kan samtidig mangle erfaring og kunnskap om konsekvenser av rusbruk. Deltaker 1 sier følgende: *«Mange av ungdommene jeg jobber med tenker at det ikke er så farlig, de kommer ikke til å dø og de er ikke avhengige».* Videre sier deltakeren: *«Om de startet å ruse seg som ung, har jo ikke hjernen utviklet seg som de som ikke ruser seg. Jeg kjenner ei som er 21, men som overhode ikke tenker som en 21-åring».* Deltaker 4 sier: *«Utgangspunktet er jo at alle er kompetent til å ta valg vedrørende eget liv og tjenestetilbud. Så er det jo noen grenser i forhold til alder. Det er forskjell på en 12åring og en på 23. Det er litt forskjell på en på 16åring og en på 23. Hjernen er jo ikke ferdig utviklet når du er så ung. Alle har rett til å si sin mening og bli hørt, men det vil jo være forskjell i forhold til alder, hvor mye det vektlegges. Rusens omfang har jo også noe å si.»*

Manglende ønske om rusfrihet trekkes også inn. Deltaker 4 sier: *«De fleste ungdommene vi jobber med, med rusproblemer, ikke har et ønske om å bli rusfri».* Deltaker 1 sier: *«I starten sier de fleste at det er artig og spennende med rus».* Deltaker 1 trekker også frem at det virker som om rusbruk, særlig hasj, er mer tilgjengelig, akseptert og ufarliggjort blant ungdommer nå enn tidligere. Også deltaker 4 trekker frem rusens funksjon: *«Rusen har jo blitt en stor*

*funksjon i livet for mange av ungdommene med rusproblemer. Rusen har på en måte blitt løsningen for de å få håndtert alt av traumer, tanker og følelser...det har jo blitt mestringsstrategien for å fungere. Så for mange er det ikke så lett å ta tak i det, for alternativet er ikke bedre».*

## **4.3 Ungdommenes behov for ytre påvirkning og fleksible rammer**

### **4.3.1 Pågående og fleksibel hjelperrolle**

1 av 4 deltakere jobbet i en oppfølgingstjeneste der ungdommene kunne møte opp på dagen uten henvisning eller vedtak. 1 av 4 deltakere jobbet i en tjeneste som både baserte seg på lavterskeltilbud uten henvisning, og tiltak basert på vedtak. 1 av deltakerne jobbet i en oppfølgingstjeneste som ga tilbud til brukere etter vedtak fra tildelingskontoret.

Deltaker 3 sier følgende: *«Vi bruker oss selv veldig mye. Vi prøver å ufarliggjøre oss, og opptre ikke-dømmende, også er vi veldig fleksible på hvor vi møter dem».* Videre sier deltakeren: *«Er det en ungdom som har behov for 10 timer den ene uken, da gir vi 10 timer. Det er klart, da går det på bekostning av andre ungdommer, men det er de innforstått med. Vi gir tilbud etter behov. Vi jobber ikke etter vedtak som de ellers gjør i kommunen og ROP-tjenesten. Vi gir tilbud når de trenger det.»* Også deltaker 1 beskriver at de gir et fleksibelt tilbud der de jobber oppsøkende, og der ungdommene kan komme «på døra». Videre sier deltakeren: *«Her er det litt mer sånn, kommer de ikke, så kommer de ikke. Og så prøver vi kanskje på nytt, også ringer vi kanskje igjen neste uke. Det har jeg jo sett i tilfeller der foreldrene har sagt at ungdommen må komme hit å snakke med oss om rusbruken sin, så kommer de kanskje en gang, også var det, det. Men når vi treffer de i byen, og treffer de flere ganger, har de en helt annen lyst. Mange av ungdommene som går her, har gått her i 5-6 år. Det er ikke nødvendig at man har så mye kontakt hele tiden, men er det noe så tar de kontakt og så kan man gjøre noe med en gang.»* Også deltaker 3 beskriver en pågående tilnærming: *«For noen er vi en pest og en plage, men vi gir oss ikke. Er det slik at de sier «nei, det passer ikke i dag», da prøver vi igjen en annen dag. Vi gir oss ikke før vi har fått kontakt med de».*

Deltakernes arbeidsplasser hadde ulik åpningstid og tilgjengelighet for brukerne. 3 av 4 deltakere oppga at de ikke jobbet i helgene. Halvparten av deltakerne jobbet i en tjeneste som hadde tilbud frem til 15.30, og en var tilgjengelig alle dager fra 07-22. Ingen av deltakerne jobbet i en tjeneste med tilbud om oppfølging på natt. På spørsmål om hvordan de opplevde at tilgjengeligheten deres samsvarte med brukergruppens ønsker og behov for hjelp, ga 3 av 4 deltakere uttrykk for at de ville kunne gitt et bedre tilbud dersom de var tilgjengelige på kveldene og i helgene. Deltaker 1 uttalte: *«Det er mye vi er nødt å gjøre på dagen, men vi skulle gjerne vært lengre i helgen. Vi jobber ikke i helgene. Vi jobber fredager av og til. Når ting skjer er vi ofte dratt hjem. Det skulle helt klart vært lengre åpningstid. Det er jo mange av ungdommene som ikke er å få kontakt med i kontortiden. De står opp når vi er ferdig på jobb.»* Også deltaker 1 gir uttrykk for at tilgjengeligheten medfører utfordringer for oppfølgingen av brukergruppen: *«Det skulle nok vært mer oppfølging på ettermiddag og kveldstid også. Absolutt. Det er ikke alle man når alle frem til 15.30.»* Deltaker 3 uttrykker å ha erfaring med åpningstider begrenset til dagtid som positivt, og trekker frem at det er et mål at brukerne skal ha en normal døgnrytme, og være våken når andre mennesker er våken.

### **4.3.2 Styring og ytre påvirkning**

Deltaker 3 beskriver et tett og positivt samarbeid med forebyggende enhet i politiet, og utdyper følgende: *«Det vil si at vi innkaller til urintesting, og følger opp med samtaler slik at de unngår straff dersom de er tatt for å bruke rusmidler. Noen velger faktisk selv å stå på ruskontrakt for å være til hjelp for seg selv når de får tilbud om rusmidler fra andre. Da kan de si: «Nei, jeg kan ikke ta imot, for jeg står på ruskontrakt for et år for å prøve å holde meg unna.»* Også deltaker 4 beskriver brukergruppens behov for styring: *«Det er jo krevende å ta tak i eget liv. Og om de ikke har ressurser eller helse til det, er de avhengig av at andre legger til rette. I en startfase eller underveis, er med på å styre kursen litt. Mange av de her har jo lite ressurser, og dårlige erfaringer med helsevesenet. Så de har ikke helt troa på seg selv, og er ikke vant til å gjøre det på en god måte. De har tatt styringen i eget liv men litt på en feil vei, og det er vel derfor de søker hjelp.»*

Samtlige deltakere forteller at kunnskapsformidling er en viktig del av jobben de gjør. Deltaker 1 har erfaring med at ungdommene trenger kunnskap om hva de ruser seg på, men at dette må formidles som skremselspropaganda. To av deltakerne forteller at en viktig del av jobben omhandler å bygge opp ungdommens mestringstillitt. Deltaker 3 sier: *«Mange av ungdommene vi jobber med har ikke troen på seg selv. Vi jobber mye med å få opp selvbildet og selvtilliten deres.»* Deltaker 1 sier: *«Det gjelder jo å få de til å tro at det kan bli bedre, at de får kunnskap... Man må hjelpe de til å bygge opp en motivasjon om at det finnes noe annet, og at de er god nok for noe annet.»*

Deltaker 3 sier. *«Også bruker vi erfaringskonsultenter til å snakke varmt om behandling og hva som skal til for å lykkes.»*

## **4.4 Mangler veiledning - tar jobben med seg jobben hjem**

### **4.4.1 Veiledning er et avgjørende sorteringsverktøy**

Samtlige deltakere var av den oppfatning at veiledning og etisk refleksjon var viktige for å kunne ivareta brukermedvirkning, og møte brukerne på en god måte. Deltaker 2 sier: *«Vi snakker mye om hvordan vi kan inkludere pasienten, at pasienten kan få et eierskap til sin behandlingsplan».* Videre sier deltakeren: *«Vi jobber med folk i krise, som er sårbare. Så det er viktig å være reflektert rundt hvordan man møter de på en god måte. Ivaretar man ikke verdigheten, kommer man ikke i posisjon til å bygge en relasjon. Da er det kjempevanskelig å være til nytte og hjelp».*

Deltaker 3 hadde fast veiledning med psykolog annenhver uke, der etiske dilemmaer ble løftet frem, og der de fikk råd og veiledning. Deltakeren beskriver veiledningens betydning: *«Det har veldig mye å si. Jeg kan gå meg fast i et spor, og ikke se noen annen utvei. Psykologen hjelper oss med å stille spørsmål, komme med forslag og veilede».* Deltaker 2 sier at

veiledning er nødvendig for å sortere tanker og følelser, og at man i dette unngår at «brukerens problem blir mitt problem».

#### **4.4.2 Manglende system for etisk refleksjon**

Samtlige deltakere hadde faste møter i personalgruppa, der det var anledning til å løfte frem etiske dilemmaer, og der brukermedvirkning blant annet var et tema. Det ble ansett som personalets ansvar å ta opp utfordringer under disse møtene. Møtene hadde ingen fast struktur, og det var ikke struktur for å bruke veiledningsmodeller under møtene.

Deltaker 4 beskriver rammene for debrifing med følgende ord: «*Det er ikke noe system på det. Det er opp til hver enkelt å huke tak i noen som kan ha tid til å sette seg ned i 5 min, som man kan lufte ut til. Det er jo noe vi har etterspurt lenge, og forhåpentligvis får på plass fremover. At vi kan få en halvtime etter hver vakt for eksempel, til debrifing, evaluering, veiledning, etc. Vi har også på tapeten å få satt veiledning i system. Jeg håper at det kommer på sikt, for det trengs. Det kan ikke være slik at man følger opp en bruker en hel dag, og ikke får møtt eller snakket med andre kolleger, også drar man hjem.*» I kontrast til deltaker 4s opplevelse, forteller deltaker 3 at: «*Vi har også debrifing om noe har skjedd. Det kan være for eksempel vold, trusler eller dødsfall. Vi er flinke til å prate og ta vare på hverandre, og lage rom for debrifing ved akutt oppståtte hendelser.*»

#### **4.4.3 Tar med seg jobben hjem**

Deltaker 3 sier. «*Når du jobber med ungdom med rusutfordringer så klarer du ikke alltid å legge fra deg jobben når du går hjem. Det følger jo med deg, og man tenker gjennom det i løpet av dagen. Men vi bruker å ringe hverandre på privaten, vi i teamet, dersom det er noe vi ikke har hatt tid til å bli ferdig med. Vi prøver så klart å snakke oss ferdige før vi dra fra jobb, men noen ganger er det ikke helt enkelt.*»

Deltaker 4 beskriver at manglende veiledning kan føre til økt frustrasjon hos helse- og sosialfagarbeideren, der man ikke klarer å kontrollere egne tanker og følelser ovenfor brukeren. Videre beskriver deltakeren at sjansene er store for at man tar med seg denne frustrasjonen hjem: *«Det kan jo påvirke jobben jeg gjør i negativ retning. Det ene er jo det følelsesmessige aspektet. Dersom du blir frustrert eller sliter med å kontrollere dine egne følelser og tanker ovenfor brukerne som sliter med rus. Dersom du aldri får snakket om det med en kollega, så tar du det bare med deg hjem. Du får aldri lagt et lokk på det. Og så drar du på jobb dagen etterpå, og tar det med deg til brukeren.»*

## 5 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg diskutere studiets resultater opp mot tidligere forskning, teori og egne refleksjoner. Malteruds (2017) beskrivelse av at formålet med kvalitative metoder er forståelse fremfor forklaring, danner utgangspunkt for diskusjonen rundt funnene. Mening, betydning og nyanser av deltakernes fortelling belyses og diskuteres i hensikten av å danne en forståelse for den forbeholdt subjektive opplevelse, fremfor å forklare og generalisere.

### 5.1 Brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer er i praksis begrenset

#### 5.1.1 Når ungdommene ikke vil eller kan medvirke til det beste for seg selv

Deltakernes forståelse av brukermedvirkning tar utgangspunkt i at tjenesten skal gis ut fra brukers ønsker og mål. At bruker har *eierskap* til eget liv og tilbudet som gis, trekkes frem som ønskelig og viktig. Deltaker 3 sier: *«Jeg er opptatt av at jeg ikke skal gi tjeneste til en bruker som ikke vil ha tjeneste, eller som ikke ønsker å jobbe med den og den saken. Vi skal ikke ta over livene deres»*. Dette understøttes av Evjen, Kielland & Øiern (2018) som sier at

brukerne ikke lengre betraktes som passive mottakere av fagpersonens hjelp, men heller som aktive aktører i egen bedring.

Deltakernes erfaringer tyder likevel på at reell brukermedvirkning kan tilsløres eller hindres av både forhold ved brukeren (manglende forståelse/kognitive faktorer eller manglende engasjement), forhold ved terapeutene (manglende tilrettelegging eller valg om å ekskludere bruker) og forhold ved tjenestene (manglende ressurser):

Deltaker 1 sier at ungdommene er med på papiret, men at det stopper der da ting ikke skjer på deres nivå. Utsagnet kan sees i kontrast til pasient og brukerrettighetslovens beskrivelse av at «...medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon» (Lingås & Herheim, 2008, s. 111). Dette løfter frem at fokus alene på brukermedvirkning ikke er tilstrekkelig, dersom medvirkningen ikke tilpasses ungdommenes forutsetninger. Manglende fokus på å tilpasse medvirkningen til brukerens forutsetninger vil kunne medføre en tilsløret og feilslått praktisering av brukermedvirkning, der brukerne i realiteten ikke opplever å ha kontroll og eierskap til oppfølgingen som gis.

Deltaker 2 har erfaring med at det har vært avholdt store ansvarsgruppemøter, der viktige beslutninger ble tatt uten at pasienten selv var tilstede. Pasientens fravær kunne skyldes at pasienten hadde glemt av møtet, at pasienten ikke ønsket å være tilstede, eller baserte seg på helse- og sosialfagarbeiderens vurdering av at det ikke var lurt at bruker deltok. Også Eriksen (2017) fant i sin studie at biveiledernes begrunnelser for å ta beslutninger uten medvirkning fra brukerne baserte seg på brukernes begrensede muligheter til å forstå eller huske hva samtalen dreide seg om. De mente at for noen brukere ville deres medvirkning kunne medføre konflikter og/eller forverring av deres helse. Eksemplene viser at helse- og sosialfagarbeidere kan være tilbøyelige til å ekskludere kravet om medvirkning, dersom man vurderer at det er hensiktsmessig at bruker ikke er tilstede, til tross for at viktige beslutninger tas. Eriksen (2017) belyste også denne barrieren for brukermedvirkning, der brukerens helse kunne påvirke deres muligheter for medvirkning. Som eksempel beskriver en av informantene at han



den ene dagen utarbeider mål og lager avtaler med brukeren. Noen dager senere har brukeren virkelighet endret seg (Eriksen, 2017).

### 5.1.2 Systemet som barriere for brukermedvirkning?

Deltaker 4s erfaring var at brukerne hadde anledning til å si ifra om forhold ved tjenesten som de ønsket endret, men at dette ikke alltid var gjennomførbart som følge av manglende ressurser på arbeidsplassen. Ser man disse erfaringene i sammenheng med Willumsens (2005) nivåer av brukermedvirkning, kan man plassere det på nivået «konsultasjon». På dette nivået tas brukeren med på råd eller blir konsultert, men vedkommende har likevel ikke en reell påvirkning på beslutningen (Willumsen, 2005). Deltakerens erfaring understøttes av Larsen og Sagvaag (2018) som også beskrev at kontekst og rammer kunne medføre en barriere for at pasienters ønsker ble hørt og utforsket.

To av deltakerne beskriver også at det mangler tilbud og alternativer til ungdom med rusproblemer, deriblant tilpassede arbeidsplasser, fritidsaktiviteter og boliger til denne gruppen. Deltaker 1 har erfaring med at tilbudet må være langsiktig og romslig, da det er forskjellig hva ungdommene har behov for. I pkt. 4.3. *Ungdommene har behov for styring* fremkom det at deltakerne hadde erfaring med at styring og ytre påvirkning som motiverende faktor hos brukergruppen. Deltakernes erfaringer tyder på at ytre faktorer i form av dagtilbud, botilbud og fritidsaktiviteter har blitt viet lite oppmerksomhet i forståelsen og utformingen av et godt hjelpetilbud til denne brukergruppen. Deltakernes erfaringer viser hvordan manglende implementering og fokus på brukermedvirkning på systemnivå, medfører en utfordring for å tilrettelegge for reell brukermedvirkning i profesjonsutøvelsen.

Deltaker 4 har erfaring med manglende helhetlig opplegg og dårlig samarbeid mellom tjenestene. Dette kan sees i kontrast mot prinsippene i Opptappingsplanen for psykisk helse (Helse -og omsorgsdepartementet, 1999-2008), som blant annet omhandler å gjennomføre forsvarlige tjenester og gi et helhetlig tilbud innenfor psykisk helsearbeid (Lingås & Herheim, 2008). Som nevnt innledningsvis i oppgaven, er ikke ungdommer med rusproblemer en

universell gruppe, noe som innebærer at ressurser, behov og ønsker som ligger til grunn for oppfølging varierer. Sammensatte utfordringer stiller store krav til samhandlingen på tjenestenivå, og representerer en utfordring i å gi individuelt tilpassede og sømløse tjenester til brukerne. Deltakerens erfaring får støtte fra (Husby et al., 2018) der brukerne forklarte sin «forsvinning» med et fragmentert hjelpeapparat. Brukerne betraktet seg selv som de som måtte ta jobben for å få et komplekst hjelpeapparat til å fungere. Alle tre gruppene i studien hadde en felles forståelse av «systemet» som et opphav til fragmentering og mangel på medvirkning (Husby et al., 2018).

## **5.2 Uunngåelig at brukeren tar potensielt livsfarlige valg**

### **5.2.1 Farlige valg for brukeren**

Recoveryperspektivet og lov og prinsippet om brukermedvirkning legger føringer at det er brukerens ønsker, ressurser og mål som skal være styrende for hjelpen. Deltakerne uttrykker at det er viktig å etterstrebe et samarbeid med brukeren. Samtidig beskrives erfaringer med at brukermedvirkning og medbestemmelse medfører negative konsekvenser. Eksempler på deltakernes opplevde negative konsekvenser for brukerne er tvangsinnleggelse, overdoser samt at de ikke får den hjelpen de trenger. Tre av deltakerne forteller om situasjoner der de skulle ønske det var enklere å bruke tvang. Situasjonene beskrives som komplekse, der de negative konsekvensene for brukeren oppleves som fatale. Fellesnevneren i situasjonene er at brukeren er ung, ruser seg ukritisk, og fatter valg som i verste konsekvens er livsfarlige, men der brukernes egne ønsker og meninger i stor grad vektlegges. Deltakernes erfaring med å i praksis tillate at brukerne tar dårlige, potensielt livsfarlige valg for seg selv, kan forstås som et etisk dilemma. Askheim (2012) beskriver dilemmaet mellom unnløst og overformynderi, der brukere får et dårligere hjelpetilbud i selvbestemmelsens navn.

Deltakernes fortellinger tyder på at det er utfordrende å balansere på linjen mellom selvbestemmelse og autonomi, og maktovergrep. Deltakernes erfaringer illustrerer en verdikonflikt i det terapeutiske møtet med ungdom med rusproblemer: ønsket om å ivareta

autonomi, og ønsket om å hjelpe, fremme utvikling eller hindre negative konsekvenser. Aarø (2019) konstaterer at ungdom er mer sårbare for negative konsekvenser av rusmiddelbruk enn voksne. I lys av deltakernes erfaringer, og med bakgrunn i etisk teori, reiser det seg et spørsmål om hvor vidt man i en hjelperrolle kan tillate at ungdom ruser seg, når det fremheves negative og potensielt dødelige konsekvenser. Fra et konsekvensetisk perspektiv kan man stille spørsmålsteget ved om konsekvensene av at unge mennesker tar overdoser på rusmidler, ikke anses som mindre akseptabelt enn at brukernes meninger ikke vektlegges.

Deltakernes beskrivelser kan sees i kontrast til Herheim & Langholms (2017) beskrivelse av brukermedvirkning som likeverdig samhandling mellom helsepersonell og bruker, som videre fremmer brukerens mulighet for bedring og økt funksjon. I eksemplene deltakerne kommer med, virker det til at brukermedvirkning til ungdom med rusproblemer kan ha en feilslått effekt, der brukerne ikke får helsehjelp, og fra et objektivt ståsted ikke oppnår bedring eller økt livskvalitet. Samtidig kan det fremstå motsigende til opprinnelig effektiviseringsargument for brukermedvirkning, da man må vente til de negative konsekvensene blir store nok før man kan handle. Deltakernes opplevelser understøttes av Husby et al. (2018) der en kilde for frustrasjon for tjenestene var brukere som nektet å godta viktige tjenestepersoner i ansvarsgruppen, eller «valgte seg ut av tjenesten og ble borte». Dette medførte at bruker fikk mindre oppfølging, og merarbeid for tjenester som måtte starte nye henvisningsprosesser dersom brukeren kom tilbake.

I deltakernes fortellinger foreligger en klar inkongruens mellom helse- og sosialfagarbeiderens råd og brukerens handling. Evjen, Kielland & Øiern (2018) sier at erkjennelsen av at pasienten kan og skal ta egne valg, selv om valget strider mot helsearbeiderens råd og meninger, står særlig sentralt i arbeidet ovenfor mennesker med rusproblemer. Manglende erkjennelse av brukers rettigheter til å ta egne valg, selv om de ikke samsvarer med terapeutens råd, kan hindre reell brukermedvirkning.

## 5.2.2 Negative konsekvenser for helse- og sosialarbeideren

Brukernes dårlige valg for samtidig indirekte negative konsekvenser for deltakerne, som beskriver at det er *frustrerende*, *sårt* og *vanskelig*, å se at brukeren tar dårlige valg. Dette understøttes av Biong & Ytrehus (2018), som beskriver at det kan være tungt å være vitne til at pasienten gjør valg som får åpenbare negative konsekvenser. Deltaker 1s uttalelse om at «*Det føles jo ikke helt greit å gå som hjelper og vite at hun ruser seg*» kan forstås som et uttrykk for inkongruens mellom situasjonen og egen forventning til det å være i en hjelperrolle.

Deltaker 2s beskrivelse av å «*måtte stå å se på at ungdommen tar dårlige valg*», og deltaker 4s beskrivelse av «*ekstreme tilfeller, der det virker som om brukeren nesten må dø før vi kan gripe inn å gjøre noe*» kan tolkes som en beskrivelse av avmakt, eller en opplevelse av å bli pasifisert eller handlingslammet. Utsagnene kan tolkes i ulike retninger. På den ene siden kan det sees i lys av Vatnes (2006, gjengitt i Biong & Ytrehus, 2018) beskrivelse av at egen opplevelse av å mislykkes i hjelperrollen i møte med pasienten, kan medføre at man faller for fristelsen med å bruke makt eller straff. Samtidig kan deltakernes erfaringer betraktes ut fra prinsippet om etisk forsvarlighet, der konsekvensene av brukerens dårlige valg oppleves som faglig uetisk. Dette kan sees i lys av Løgstrups (1956, gjengitt i Eide & Eide, 2018) forståelse av at den enkelte har et moralsk ansvar for å vurdere hva som er best for den andre, samt ta konsekvensene av dette, selv om det skulle stride mot den andres ønsker. Den etiske fordringen er med andre ord ikke bare å unnlate å misbruke makten som ligger i relasjonen, men også å ta stilling til hva som tjener den andre best, og handle i tråd med dette.

Deltaker 4 har erfaring med at man kan bli frustrert som følge av at tankene, ønskene og håpet man har som hjelper, ikke alltid samsvarer med brukerens. I praktisk hjelpearbeid ser man ofte at hjelperen, med sin kompetanse, kan ha en tendens til å «ligge» foran den som skal hjelpes, der pasienten er usikker i sin motivasjon for endring (Barth, Børtveit & Prescott, 2013). I følge Barth, Børtveit & Prescott (2013) er manglende compliance (etterlevelse) et viktig hinder for helsehjelp, og viser til Verdens helseorganisasjon (WHO) som viser at omtrent halvparten av ressursene som settes inn i forbindelse med behandlingsmetoder, blir

uvirksomme på grunn av utilstrekkelig etterlevelse av behandlingsregimer (WHO, 2003, gjengitt i Barth, Børtveit og Prescott, 2013). Dette viser hvordan manglende brukermedvirkning kan medføre en ineffektiv og uhensiktsmessig bruk av ressurser, og understreker samtidig viktigheten av at personer i hjelperollen er bevisst på hvordan egne følelser, ønsker og håp kan representere en barriere for brukermedvirkning.

### **5.2.3 Faktorer av betydning for dårlige valg - vet ungdommer med rusproblemer alltid sitt eget beste?**

Deltakerne trekker frem følgende grunnleggende faktorer for at ungdommer fatter dårlige valg for seg selv: ungdom kan være i opposisjon, ukritiske og kan samtidig mangle erfaring og kunnskap om konsekvenser av rusbruk. Deltaker 4 sier: «*De fleste av brukerne jeg har jobbet med har ikke noe ønske om å bli rusfri*». Barth, Børtveit & Prescott (2013) omtaler det første stadiet i endringsprosessen som «Føroverveielse», der personen i liten grad er bevisst på at endringsprosessen har startet. Mangel på informasjon er ikke nødvendigvis problemet, men det kan også handle om at hendelsene mangler personlig relevans, og en bevissthet rundt at det foreligger et problem. Videre sier Barth, Børtveit & Prescott (2013) at det kan se ut som om at det må være en viss mengde negative konsekvenser som må oppleves eller erkjennes før man begynner å vurdere endring.

Kognitive faktorer som følge av aktiv eller langvarig rusbruk nevnt, som noe som kunne påvirke ungdommenes evne til å ta gode valg. Samtidig fremkom det at noen avviste hjelpeapparatet, og ikke mente de trengte hjelp. I lys av deltakernes erfaringer reiser det seg et sentralt spørsmål: *Vet ungdom med rusproblemer alltid sitt eget beste?* Deltakerne snakket også om rusens funksjon, noe som frembringer et essensielt, og kanskje kontroversielt, spørsmål vedrørende brukergruppens rasjonalitet og evne til å ta gode valg. *Kan man være tilbøyelig til å tenke at ungdoms valg om å ruse seg, er rasjonelt i den forstand at det med bakgrunn i rusens funksjoner fremstår som det beste alternativet der og da?* I forlengelsen av dette kan en forstå deltakernes beskrivelser av *dårlige valg* som et uttrykk for at egen forståelse og opplevelse av *gode valg*, overskygger brukerens subjektive forståelse og opplevelse av verden. Karlsson & Borg (2017) beskriver hvordan Recovery må forstås

helhetlig i overgangene mellom kunnskap, språk og handling, og hevder at ord og begreper som «*psykisk syk*» og «*rusmisbruker*» skaper et skille, som videre medfører handlinger basert på antakelser om at disse personene ikke vet sitt eget beste. Dette beskrives som et objektivistisk kunnskapssyn, der den andre gjøres til objekt for våre instruktive handlinger, som videre ekskluderer den andres kunnskap, erfaringer og oppfatninger (Karlsson & Borg, 2017).

Deltaker 2 har erfaring med at mange av brukerne mangler ressurser til å ta tak i eget liv, og at de er avhengig av at andre legger til rette og er med og styrer kursen litt. Samtidig sier deltakeren: «*Jeg tenker jo at det er en grunn til at de søker hjelp, det er jo fordi de ikke alltid har visst best selv*». Med utgangspunkt i Foucaults beskrivelse av produktiv makt og *governmentality* kan man forstå deltakerens utsagn som et uttrykk for at brukermedvirkning og selvbestemmelse foregår innenfor rammer av forventet normalitet. Askheim (2012) illustrerer dette med å si at klientenes frihet i realiteten knyttes til en bestemt definisjon og produksjon av hva dette er og innebærer. Profesjonene får ifølge Foucault en prestemakt, som innebærer å fasilitere, tilrettelegge og påvirke klientene til å ta «selvstendige», gode valg (Askheim 2012). Også Evjen, Kielland & Øiern (2018) trekker frem at fagpersoner internaliserer samfunnets normer og verdier gjennom pålagte prosedyrer for arbeidsprosessen, faget og det vi kan forstå som «forventning av normalitet». Dette kan også sees i sammenheng med Askheims (2012) beskrivelse av at relasjonen mellom hjelper og hjelpetrengende i utgangspunktet er asymmetrisk, som følge av at den som søker hjelp er erklært avhengig av en eller annen form for hjelp, behandling eller omsorg av ekspertisen. Brukermedvirkning kan således hevdes å rukke ved et grunnleggende premiss i profesjonsetikken. Samtidig kan det synes selvmotsigende at den som ber om hjelp, samtidig skal ha styringen, i tråd med recoveryorientert praksis.

### **5.3 Ungdommenes behov for ytre påvirkning og fleksible rammer**

### 5.3.1 En pågående og fleksibel hjelperrolle

Et tydelig skille på arbeidsplassenes struktur var hvor vidt brukernes tilbud baserte seg på fastsatte vedtakstimer, eller varierte etter brukers aktuelle behov. Deltaker 3 sier: «*Vi gir tilbud etter behov. Vi jobber ikke etter vedtak som de ellers gjør i kommunen og ROP-tjenesten. Vi gir tilbud når de trenger det.*» Deltaker 1 har erfaring med at det ikke er nødvendig at man har mye kontakt med brukeren til enhver tid, og at ungdommene heller tar kontakt ved behov, der de får øyeblikkelig hjelp. Begge deltakernes erfaring løfter frem viktige aspekter ved en fleksibel struktur for oppfølgingen. Til tross for at kontakten med hjelpeapparatet kan bli sporadisk, vil hjelpen ta utgangspunkt i brukers behov, der og da. Deltakernes erfaring tyder på at dette tilrettelegger for effektiv og rask helsehjelp.

Begrunnelser for en fleksibel praksis er i tråd med effektiviseringsargumentet som ligger til grunn for ideen om brukermedvirkning. Argumentet tar utgangspunkt i at det er brukeren selv som vet best hvor skoen trykker, og at brukermedvirkning vil medføre en mer effektiv måloppnåelse for virksomheten (Willumsen, 2005). Dette tar utgangspunkt i en ide om at brukermedvirkning vil medføre bedre utnyttelse av knappe ressurser, og føre til bedre og raskere helsehjelp (Willumsen, 2005).

Deltakernes erfaring med en fleksibel struktur som fordelaktig i møte med brukergruppen, understøttes av Andersen & Ness' (2015) studie. Deltakerne mente at fleksibilitet i tjenestene var viktig, slik at de hadde anledning til å være kreative og utradisjonelle i arbeidet rettet mot unge voksne med sammensatte problemer. Fleksible rammer bidro til arbeidsglede og fremmet håp, mens begrensninger medførte at deltakerne følte de gjorde en dårligere jobb (Andersen & Ness, 2015).

Til tross for at begge deltakerne hadde positiv erfaring med en fleksibel tilnærming, fremsto åpningstidene som en barriere for å utøve fleksibilitet og imøtekomme brukernes aktuelle behov. På spørsmål om hvordan de opplevde at tilgjengeligheten deres samsvarte med brukergruppens ønsker og behov for hjelp, ga 3 av 4 deltakere uttrykk for at de ville kunne gitt et bedre tilbud dersom de var tilgjengelige på kveldene og i helgene. I lys av deltakernes erfaringer kan man stille spørsmålstegn ved om inkongruens mellom brukernes behov/livsstil

og tjenestenes tilgjengelighet, er et uttrykk for manglende systemorientert brukermedvirkning. Opptrappingsplanen for psykisk helse (Helse -og omsorgsdepartementet, 1999-2008) har gitt sentral plass for prinsippene om helhet i tjenestene og bedre tilgjengelighet som blant annet omhandler bedret tilgjengelighet og videre kvalitetssikring av arbeidet innenfor psykisk helsearbeid (Lingås & Herheim, 2008). Tjenester som ikke er tilgjengelige «når brukerne trenger det», vil utvilsomt stride mot disse prinsippene i opptrappingsplanen, og videre representere en barriere for effektiv måloppnåelse.

1 av 4 deltakere opplevde midlertidig rammer for tilgjengelige som hensiktsmessig, og begrunnet det med at det er et mål at brukerne skal ha en normal døgnrytme, og være våken når andre mennesker er våken. Deltakerens begrunnelse kan sees i lys av Evjen, Kielland & Øiern (2018) som trekker frem at fagpersoner internaliserer samfunnets normer og verdier gjennom pålagte prosedyrer for arbeidsprosessen, faget og det vi kan forstå som «forventning av normalitet». Videre reiser det et spørsmål om hvor vidt tjenesten skal tilpasses brukerne, eller hvor vidt brukerne skal tilpasse seg tjenestene. I sistnevnte tilfelle risikerer man at de mest sårbare brukerne, som ikke har ressurser til å tilpasse seg samfunnet og tjenestenes rammer, vil falle ut og ikke få den oppfølgingen de har behov for.

### **5.3.2 Styring og ytre påvirkning**

Deltakernes erfaring med ytre påvirkning gjennom bruk av erfaringskonsulenter, kunnskapsformidling og bygge opp ungdommens selvtillit, kan sees i lys av Foucaults beskrivelse av *governmentality*. Makten profesjoner innehar sammenlignes med en prestemakt, som ikke utøves gjennom repressiv kontroll, men gjennom rettleddning, veiledning og omsorg (Holmes, 2002, gjengitt i Askheim, 2012). Profesjonenes rolle blir dermed å opptre som rådgiver, tilføre klienten nødvendig viten og rettlede klientene til å fatte «selvstendige», men samtidig rette og gode valg (Askheim, 2012). Dette viser hvordan profesjonenes grunnleggende forventninger og forståelse av normalitet, ikke kan overses i lys av helse- og sosialfaglig arbeid ovenfor brukere med rusproblemer.



To av deltakerne beskriver også behovet for styring. Deltaker 3 har positiv erfaring med et tett samarbeid med forebyggende i politiet, og forteller at ruskontrakter kan være en motiverende faktor for å holde seg rusfri. Deltakernes erfaringer tyder på at styring og rammer kan påvirke ungdommenes motivasjon i positiv retning, og at konkrete avtaler (for eksempel urinkontrakter) er effektive. Sammenligner man dette med funn i pkt. 5.4 «Det er uunngåelig av brukeren tar potensielt livsfarlige valg», hadde flere av deltakerne erfaring med at ungdommene de jobbet med manglet motivasjon for å bli rusfri. Deltakernes erfaring tyder på at ytre press og rammer kan være en effektiv døråpner i mangel på indre motivasjon.

## **5.4 Deltakerne tar jobben med seg hjem – en indirekte hemmer for brukervedvirkning?**

Deltakerne var alle av den oppfatning av at veiledning og debrifing var avgjørende for å kunne gjøre en god jobb. Veiledning ble beskrevet av deltaker 2 som nødvendig for å ivareta brukernes verdighet og videre bygge en relasjon. Deltaker 2 sier at veiledning er nødvendig for å sortere tanker og følelser, og at man i dette unngår at «*brukerens problem blir mitt problem*». Recovery og prinsipp om brukervedvirkning forutsetter at brukeren har *eierskap*, noe som i lys av deltaker 2s erfaring, forutsetter veiledning og sorteringsarbeid.

I studien fremkom det at kun 1 av 4 deltakere hadde fast veiledning med fokus på etisk refleksjon og faglig fremdrift. Det ble beskrevet som de ansattes ansvar å initiere veiledning og løfte frem etiske dilemmaer. Deltaker 4 beskriver at manglende veiledning kan føre til økt frustrasjon hos helse- og sosialfagarbeideren, der man ikke klarer å kontrollere egne tanker og følelser ovenfor brukeren. Veiledningens betydning for relasjon og terapeutens opplevelse av å gjøre en god jobb, gjenspeiles i litteraturen: Lossius (2017) beskriver at sterke negative følelser oftere vekkes i møte med pasienter med dårlig impuls kontroll og relasjonelle skader, som videre forekommer hyppig hos ruspasienter. Videre poengterer Lossius (2017) at dette kan medføre at rusmiddelavhengige pasienter møte mer motstand blant helsefagarbeidere enn andre pasientgrupper.

«Å kunne løfte ut til en kollega mot slutten av arbeidsdagen» ble trukket frem som viktig av en av deltakerne. En av deltakeren beskriver at utfordringen ved å ikke få lagt lokk på det som hendte i løpet av arbeidsdagen, kan få konsekvenser for måten en forstår og samhandler med brukeren på. Også Andersen & Ness (2015) fant i sin studie at deltakerne mente det var viktig å ha gode kolleger å dele ansvaret med, og at det kan være en styrke å ha noen andre å spille på. To av deltakerne forteller likevel at det ikke bestandig er tid til debrief. Begge deltakerne fortalte at dette resulterte i at de tok med seg jobben hjem.

I lys av tidligere funn ser man at forståelsen og praktiseringen av brukervedvirkning kan variere, og at praktisering av brukervedvirkning avhenger av hvordan man forstår og vurderer brukers evne til å ta gode valg for seg selv. Samtidig tyder deltakernes erfaringer på at manglende veiledning kan få betydning for hvordan man forstår og samhandler med bruker på. I lys av dette kan man stille spørsmålsteget ved om manglende veiledning medfører en indirekte trussel for relasjonsbygging og praktisering av brukervedvirkning? Deltakernes beskrivelse av veiledning som viktig for å kunne ivareta seg selv og brukeren, kan sees i lys av Bangs (2003, gjengitt i Biong & Ytrehus, 2018) utsagn om at veiledning kan bidra til å ivareta håp og forebygge negative effekter (der i blant utbrenthet) av å stå i en hjelperrolle. Også Andersen & Ness (2015) beskrev kollegial støttes betydning for ivaretagelsen av håp hos deltakerne. Dersom man ikke mottar tilstrekkelig støtte på jobb, vil man ha utfordringer med å være en god støtte for brukerne. Dette vil kunne lede til en rekke konsekvenser for en selv (utbrenthet, likegyldighet), men også negative konsekvenser som påvirker brukeren direkte. Investering av tid til ivaretagelse av personal, vil kunne bidra til at folk klarer å stå lengre i hjelperrollen (mindre sykefravær, mindre utskiftning), og samtidig bidra til at man gjør en bedre jobb opp mot brukerne.

## 6 Avsluttende betraktninger og oppsummering

Innledningsvis i dette kapittelet vil jeg drøfte rundt anvendt metode, ved å trekke frem egne refleksjoner og tilbakemeldinger fra andre vedrørende forskningsprosessen. I dette ligger også å reflektere rundt egen forskerrolle, metodens svakheter og eventuelle faktorer som kan ha påvirket resultatene. Kapittelet avsluttes med en oppsummering av studiets resultater.

### 6.1 Metodediskusjon

Som det fremkommer i kapittel 1 (bakgrunn), har jeg selv flere års erfaring med kommunalt oppfølgingsarbeid til ungdommer med rusproblemer. I tillegg til å ha lang praksiserfaring innenfor feltet, er dette et felt jeg særlig engasjerer meg for. I prosessen med å utforme prosjektskisse var jeg i tvil om jeg skulle velge å forske på noe som fremsto så «nær» i yrkessammenheng. Jeg var bekymret for at forutinntatthet og egne erfaringer kunne overskygge deltakernes erfaringer. Etter samtale med veileder konkluderte jeg med at jeg måtte være særlig bevisst på å sette egne erfaringer i parentes gjennom hele prosessen, både når det gjaldt å rekruttere deltakere, utarbeide intervjuguide, gjennomføring av intervju – og ikke minst i analyse av data og fremstilling av funn.

En svakhet ved metoden er likevel at jeg umulig vil klare å opptre helt objektivt som forsker. Dette belyses av Malteruds (2017) beskrivelse av forforståelsen som en ryggsekk med bagasje, som vi bærer med oss inn i forskningsprosjektet, og som påvirker måten vi samler, leser og tolker våre data på. Min erfaring er at bevissthet alene rundt egen forforståelse ikke var tilstrekkelig for å tilstrebe tilstrekkelig distanse fra egne erfaringer i møte med datamaterialet. Å føre loggbok gjennom hele prosessen opplever jeg å ha hjulpet meg i etterstrebelen av å være så objektiv som mulig. Her har jeg kontinuerlig og aktivt måtte begrunne de valg jeg har tatt. I loggboken har jeg ved flere anledninger notert ned at *teori fjernes da det ikke er relevant for deltakernes fortelling*. Jeg gikk tidlig i gang med å skrive kapitlet om teori, og det faktum at store deler av teorikapitlet måtte revideres, anser jeg som en underbyggelse på at flere funn overrasket meg, og sto i kontrast til mine forventninger. I

følge Malterud (2017, s. 46) er en hovedregel «*at jo flere overraskelser det empiriske materialet bringer deg, desto bedre har du lyktes med å ta imot ny kunnskap fra data.*»

Etterstrebeelse av objektivitet ble særlig viktig, da en av deltakerne var fra egen arbeidsplass. Her kunne det tenkes at relasjon, kollegialt forhold, eller mitt kjennskap til arbeidsplassen ble en potensiell fallgruve. Jeg har i ettertid reflektert rundt hvor vidt jeg opplevde intervjusituasjonen, eller arbeidet med datamaterialet, som påvirket av overnevnte faktorer. I ettertid opplever jeg ikke at relasjonen hindret en lojal og presis fremstilling av deltakerens erfaring, men det har i aller høyeste grad vært nødvendig å være bevisst på muligheten. Samtidig tror jeg valget om forespørsel til intervjudeltakelse gjennom avdelingsleder, samt valg om å gjennomføre intervjuet på en nøytral plass, ble viktig i denne situasjonen.

## 6.2 Oppsummering

Studiens resultater viser at deltakerne anser brukermedvirkning som viktig i møte med ungdommer med rusproblemer, samt at de ønsker at ungdommene har et eierforhold til behandlingen og/eller oppfølgingen som gis. Deltakerne hadde erfaring med at brukermedvirkning kunne hindres av personlige forhold ved brukeren, manglende tilrettelegging eller eksklusjon av bruker fra terapeutenes side, og systemiske forhold ved tjenestene.

Deltakerne ble utfordret av at brukermedvirkning i praksis tillot at ungdommene tok potensielt livsfarlige valg, som kunne resultere i negative konsekvenser for brukeren og helse- og sosialfagarbeideren. Deltakernes erfaring var at ungdommene hadde behov for ytre påvirkning og fleksibilitet, med behov for en pågående og fleksibel hjelperrolle. Mer spesifikt nevnes bruk av erfaringskonsulenter, kunnskapsformidling og en offensiv bruk av ruskontrakter. 3 av 4 deltakere opplevde at åpningstid ved tjenestene ikke var tilpasset ungdommens livsstil, noe som kunne representere en barriere for fleksibiliteten.

Veiledning og etisk refleksjon ble beskrevet som avgjørende for å kunne ivareta brukermedvirkning og møte ungdommene på en god måte. I studien fremkom det at kun 1 av 4 deltakere hadde fast veiledning med fokus på etisk refleksjon og faglig fremdrift. Tidspress og manglende struktur for etisk refleksjon førte til at deltakerne tok med seg jobben hjem.

## **7 Videre forskning**

I forlengelsen av prosjektet ville en studie av hvilke erfaringer ungdommer med rusproblemer har med brukermedvirkning, kunne bidratt til å nyansere funn. Forståelse for brukermedvirkning, brukermedvirkningens betydning for motivasjon og relasjon og den helhetlige erfaringen i møte med kommunalt oppfølgingsarbeid, kunne gitt verdifull innsikt i ungdommenes erfaringer i møte med hjelpeapparatet.

I forbindelse med studiets funn tilknyttet helse- og sosialfagarbeidernes erfaring med etisk refleksjon og veiledning, ville det også vært interessant å forske på arbeidsplasser med høyt fokus på veiledning og debriefing, for eventuelt å sammenligne funn.

## **8 Avslutning**

Målet med studien var å få kunnskap om helse -og sosialfagarbeideres erfaringer med å jobbe med brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer. Jeg vil hevde at kompleksiteten i rusproblematikk som fenomen underbygges i deltakernes fortellinger, og at studiet belyser de etiske utfordringene som kan oppstå i praktisering av brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer. Som et ledd i å sikre kunnskapsbasert og forsvarlig helsehjelp, håper jeg for ettertiden at deltakernes erfaringer kan bidra til å rette fokus mot etiske dilemmaer i

yrkesutøvelsen, samt struktur og praksis for etisk refleksjon for personer som står i en hjelperrolle ovenfor ungdommer med rusproblemer.

Prosesen med å utforme masteroppgaven, står igjen som en sterk påminnelse til meg selv om hvor utfordrende, men viktig, det er å legge egne antakelser til side, i møte med andre menneskers historie: Mitt forsøk på å ta en snarvei i analyseprosessen, ved å hoppe over et trinn i Malterud STC-analyse, førte meg ikke nærmere målet. Tvert imot, måtte jeg starte på nytt – en prosess som tok utgangspunkt i selvransaking og aktiv refleksjon. I møte med mennesker i krise, tror jeg at man i en hjelperrolle stadig kan falle for fristelsen av å ta slike «snarveier».

## Referanseliste

- Aakre, S. & Biong, S. (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Aarø, L.E. (Red.). (2019). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Andersen, M. & Ness, O. (2015). Arbeidsglede hos fagpersoner som møter unge voksne med sammensatte problemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 13(2), 109-118.
- Askheim, O.P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floksel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju. Samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Biong, S. (Red.). (2016). *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal.
- Eriksen, R.E. (2017). Brukermedvirkning i bo-oppfølging Et spenningsfelt mellom å yte omsorg og å bidra til systematiske endringsprosesser. *Fontene forskning*. 10(1), 43-45.
- Evjen, R., Kielland, K.B, & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp. Om ruslidelser og psykiske lidelser*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- FO. (2015). *Revisjon av yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*.
- Herheim, Å. & Langholm, K. (2017). *Psykisk helsearbeid – teori og arbeidsmåter*. Oslo: N.W. Damm & Søn AS.

Husby, G., Johnsen, L., Langsholt, L.E. & Klubben, M. (2018). Hvordan praktisere brukermedvirkning uten brukeren? Organisatoriske utfordringer for brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenester i rus- og psykiatri-feltet. *Tidsskrift for velferdsforskning* 21(04), 296-312 <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-04-02>

Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Larsen, T. & Sagvaag, H. (2018) Empowerment and pathologization: A case study in Norwegian mental health and substance abuse services. *21(06)*. 1231-1240. <https://doi.org/10.1111/hex.12828>.

Lingås, L-G. & Herheim, Å. (2008). *Kommunikasjon og samarbeid – utvikling av relasjonskompetanse*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Lossius, K. (2017). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2. utg.). Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Svenaesus, F. (2005). *Sykdommens mening – og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thornquist, E. (2015). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Willumsen, E. (2005). *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Forsidebilde hentet fra: <https://www.pilatesinmotion.org/what-is-balance/>



## Vedlegg 1: Litteratursøk i PsycInfo

### Database:

APA PsycInfo <1806 to April Week 1 2021>

#	Query	Results from 13 Apr 2021
1	exp Client Participation/	2,425
2	exp Empowerment/	8,116
3	(user involve* or share* decision*).ti. or (user involve* or share* decision*).ab.	3,689
4	1 or 2 or 3	13,881
5	exp Drug Abuse/	48,853
6	(substance abuse* or drug addict* or drug problem*).ti. or (substance abuse* or drug addict* or drug problem*).ab.	41,953
7	5 or 6	73,318
8	4 and 7	212
9	(adolescen* or youth or teenager* or teens or juvenile or young adult*).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh]	644,729
10	8 and 9	44
11	limit 8 to (adolescence <13 to 17 years> and (200 adolescence or 320 young adulthood ))	26

exp Client Participation/

exp Empowerment/

(user involve\* or share\* decision\*).ti. or (user involve\* or share\* decision\*).ab.

1 or 2 or 3

exp Drug Abuse/

(substance abuse\* or drug addict\* or drug problem\*).ti. or (substance abuse\* or drug

addict\* or drug problem\*).ab.

5 or 6

4 and 7

(adolescen\* or youth or teenager\* or teens or juvenile or young adult\*).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh]

8 and 9

limit 8 to (adolescence <13 to 17 years> and (200 adolescence or 320 young adulthood  
)

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### *”Miljøterapeuters erfaringer med å jobbe med brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer»?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke miljøterapeuters erfaring med brukermedvirkning til ungdommer med rusproblemer. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Forskningsprosjektet er en masteroppgave v/ studiet Master i helsefag / psykisk helse, v/ UIT Norges arktiske universitet. Formålet med forskningsprosjektet er å samle miljøterapeuters erfaringer med å arbeide med brukermedvirkning ovenfor ungdom med rusproblemer. Metode er kvalitativ intervju med 4-6 deltakere.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

UIT – Norges arktiske universitet

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Utvalget er trukket ut fra tilfredsstillelse av følgende kriterier:

- Yrkestittel: miljøterapeut (minimum 3. årig helsefaglig/sosialfaglig utdanning)

- Arbeider i kommunal tjeneste med oppfølging av ungdom med rusproblemer
- Forespørsel sendes ut til miljøterapeuter i ulike kommuner

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

- Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et kvalitativt intervju. Det vil ta deg ca. 45 minutter. Intervjuet inneholder spørsmål om dine erfaringer med å arbeide med brukermedvirkning ovenfor ungdom med rusproblemer, samt spørsmål knyttet til etikk og miljøterapeutisk arbeid. Intervjuet blir tatt opp på lydopptak, og senere transkriberes.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Forsker, medforsker og veileder ved behandlingsansvarlig institusjon vil ha tilgang til data som fremkommer i studiet.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Data vil oppbevares på en kryptert minnepenn, som vil oppbevares innelåst.
- Opplysninger om deltaker vil anonymiseres, og deltakere vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 11.06.20. Personopplysninger, lydopptak og transkribert materiale slettes ved prosjektslutt.

## **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 UIT – Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS 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:

- Norges arktiske universitet ved [navn og kontaktopplysninger til prosjektansvarlig].
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, epost: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no), telefon: 77 64 63 22/97 69 15 78.

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](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Camilla Pettersen

*Prosjektansvarlig*

*Student*

(Forsker/veileder)

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i kvalitativt intervju

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3: Intervjuguide

1. Starter intervju med å informere om intervjuets oppbygning, antatt varighet samt åpner for at deltakeren kan stille spørsmål rundt gjennomføringen av intervjuet.
2. Spør om deltakeren er klar, informerer om at jeg setter på lydopptak.

### **Innledningsvis:**

- Hvor gammel er du?
- Hva er din utdanningsbakgrunn?
- Hvor lenge har du jobbet med ungdom med rusproblemer i nåværende jobb?  
Annen relevant yrkeserfaring?

### **Tema: Kommunalt oppfølgingsarbeid ovenfor ungdom med rusproblemer**

Spørsmål 1: Hvordan type oppfølging gir dere til ungdom med rusproblemer på din arbeidsplass?

- *Rutiner/prinsipper*
- *Mål?*

Spørsmål 2: Kan du beskrive organisering av tilbudet brukere får hos dere?

- *Timebasert? Etter behov?*
- *Hva er mest styrende for tilbudet brukere får? (Brukers ønsker/behov, forhold ved arbeidsplassen/kapasitet)*

Spørsmål 3: I hvilket tidsrom på døgnet er dere tilgjengelige for brukere? (Dag, kveld, natt? Begrenset/ubegrenset)?

- *Hvordan tenker du at arbeidstiden/tilgjengeligheten samsvarer med brukergruppens ønsker og behov for hjelp?*

- *Ved begrenset tilgjengelighet og økt behov: Hvilke andre instanser er tilgjengelige for bruker?*

Spørsmål 4: Hvordan opplever du at oppfølgingstilbudet for ungdom med rusproblemer i din kommune dekker behovet denne brukergruppen har for hjelp?

- *Godt/dårlig? Begrunn.*

### **Tema: Brukermedvirkning**

*Innledningsvis: Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, der tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren. Loven regulerer bl.a. retten til informasjon og retten til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Den som benytter seg av tjenestetilbudet skal medvirke i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som enhver tid måtte være tilgjengelige.*

Spørsmål 5: Hvordan forstår du begrepet brukermedvirkning?

Spørsmål 6: Hvordan jobber dere med brukermedvirkning til ungdom med rusproblemer på din arbeidsplass?

- *Hvordan inkluderes brukere i beslutninger som tas?*
- *Hvordan jobber dere for å sikre at brukere blir hørt?*

Spørsmål 7: Hvordan fordeler og ulemper har brukermedvirkning i kommunalt oppfølgingsarbeid til ungdom med rusproblemer?

Spørsmål 8: Opplever du, og da eventuelt hvordan, barrierer i praktiseringen av brukermedvirkning til ungdom med rusproblemer?



Spørsmål 9: Er din oppfatning av det er for mye, eller for lite fokus på brukermedvirkning til ungdom med rusproblemer, på din arbeidsplass?

Spørsmål 10: Hvordan opplever du fokuset på brukermedvirkning til ungdom i kommunale oppfølgingstjenester generelt?

Spørsmål 11: Hvordan opplever du ungdom med rusproblemer som kompetente – eventuelt ikke i stand til å ta valg vedrørende egen helse/livssituasjon og tjenestetilbudet?

Spørsmål 12: Helse -og omsorgstjenesten har plikt til å yte faglige forsvarlige tjenester. Samtidig er brukermedvirkning en lovfestet rettighet som sier noe om at brukeren skal få medvirke og bli hørt, så langt dette er mulig. Hva er din opplevelse av å ivareta faglig forsvarlighet, og samtidig sørge for at ungdom med rusproblemer blir hørt og inkludert?

### **Tema: Etisk refleksjon**

*Innledningsvis: Etisk refleksjon handler om kritisk tenkning om moralske utfordringer. Behovet for etisk refleksjon tar ofte utgangspunkt i en bekymring for om verdier og holdninger som kommer til uttrykk i praksis er slik de bør være. For eksempel: Blir brukeren lyttet til og forstått? Bidrar tiltak rundt bruker til å fremme ressurser*

Spørsmål 13: Hva er din erfaring med praktiseringen rundt etisk refleksjon i ditt arbeid ovenfor ungdom med rusproblemer?

Spørsmål 14: Hva tenker du om viktigheten av etisk refleksjon i kommunalt oppfølgingsarbeid ovenfor ungdom med rusproblemer?

- *Hvorfor er det viktig/ikke viktig?*

Spørsmål 15: På hvilken måte har dere fokus på etisk refleksjon på din arbeidsplass?

- *Beskriv hvordan dette praktiseres. Veiledning? Møter? Samtaler?*
- *På hvilken måte? Strukturerte former? Modell?*
- *Er brukermedvirkning et tema?*
  
- *Hvis ikke: Hva tenker du årsaken til dette er?*

Spørsmål 16: Hvordan tror du fokus på etisk refleksjon på arbeidsplassen påvirker kvaliteten i kommunalt oppfølgingsarbeid ovenfor ungdom med rusproblemer?

Stopper lydopptak. Spør om informanten har noen spørsmål. Takker informanten for intervjuet og bidraget. Informerer/påminner om at informant kan trekke sitt samtykke til intervjuet uten begrunnelse, og at alle data da vil bli slettet umiddelbart.

## Vedlegg 4: Meldeskjema NSD



### **NSD sin vurdering**

#### **Prosjektittel**

Miljøterapeuters erfaringer med brukermedvirkning til ungdom med rusproblemer

#### **Referansenummer**

288323

#### **Registrert**

22.10.2020 av Camilla Pettersen - cpe013@post.uit.no

#### **Behandlingsansvarlig institusjon**

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

#### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Bente Aagnes Steinholt Simonsen, bente.a.simonsen@uit.no, tlf: 77660678

#### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

#### **Kontaktinformasjon, student**

Camilla Pettersen, camilla\_p90@hotmail.com, tlf: 91833880

#### **Prosjektperiode**

05.10.2020 - 11.06.2021

#### **Status**

30.04.2021 - Vurdert

## Vurdering (3)

---

### 30.04.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 30.04.2021.

Vi har nå registrert 11.06.2021 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger.

NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Marita Ådnanes  
Helleland Lykke til videre med prosjektet!

### 17.12.2020 - Vurdert

Vi viser til endring registrert 01.12.2020. Vi kan ikke se at det er gjort noen oppdateringer i meldeskjemaet eller vedlegg som har innvirkning på NSD sin vurdering av hvordan personopplysninger behandles i prosjektet.

Les mer om hvilke endringer som skal registreres hos NSD før endringer meldes inn i fremtiden:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-imeldeskjema>

### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Marita Ådnes Helleland

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

### **29.10.2020 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 29.10.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### **MELD VESENTLIGE ENDRINGER**

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

### **TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 05.05.2021.

### **LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf.

personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

## INFORMANTENES TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet er miljøterapeuter og har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene.

## PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Microsoft Teams er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

