



UiT Norges arktiske universitet

05.05.2022

Erfaringskunnskap i psykisk helse og rusbehandling

Det helsevitenskapelige fakultet
Institutt for helse- og omsorgsfag
Master i psykisk helsearbeid
HEL-3965

Lund Børre

At man, når det i sannhet skal lykkes en å føre et menneske

til et bestemt sted, først og fremst må passe på

å finne ham der hvor han er
og begynne der.

Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst.

For i sannhet å kunne hjelpe en annen, må jeg forstå mer enn ham –
men dog vel først og fremst forstå det han forstår.

Søren Kierkegaard (fra Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed. I S. Kierkegaard Samlede værker, Gyldendal, 1994).

Forord

Gjennom tre år har dette mastergradsprosjektet, på godt og vondt, vært en stor del av mitt liv. Det har ikke vært et soloprojekt, og takksigelser er derfor helt på sin plass.

Først og fremst vil jeg takke mine deltagere, som i en travel hverdag stilte opp og lot seg intervju. Dere har vært positive og imøtekommende, og har bidratt med tanker, refleksjoner og erfaringer som har vært nødvendige for å fullføre dette prosjektet.

Jeg vil også takke min veileder, Maria Bakland. Fordi du har vært engasjert, løsningsorientert, kunnskapsrik og gitt veldig god faglig veiledning på alle plan i mastergradsprosessen.

Så ønsker jeg å takke deg, kjære Elise. Du har stått støtt ved min side gjennom hele studieprosjektet. Du har vist stor forståelse, og du har gitt meg tid og rom, slik at jeg fikk mulighet til å gjøre den jobben som kreves for å fullføre et slikt prosjekt. Det er jeg evig takknemlig for.

Jeg vil også takke deg, Rigmor. Fordi du har vært tålmodig og gitt av din tid. Gjennom alle studieårene har du veiledet meg, gitt meg gode innspill, motivert meg og gått ved min side helt til prosjektets slutt. Det setter jeg stor pris på.

Jeg vil også takke deg, Frank. Du har en enorm kunnskapsbase, og jeg er takknemlig for at du har gitt av din tid og delt av din kunnskap med meg. Det setter jeg stor pris på.

Til slutt vil jeg takke alle andre som på hver sin måte har bidratt til at dette prosjektet ble fullført. Takk for engasjement, støtte, motivasjon og tips.

Børre Lund

Sammendrag

Bakgrunn: I dette forskningsprosjektet er det intervjuet personer med tidligere pasientstatus i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB). Intervjuene tar utgangspunkt i deres erfaringer fra samhandling og relasjon med erfaringsansatte i TSB. Erfaringsansatte er mennesker som selv har gjennomgått en tilfriskningsprosess og på bakgrunn av dette har utviklet erfaringskunnskap om rusmiddelavhengighet.

Hensikt og problemstilling: Studien søker å belyse betydningen av erfaringskunnskap i TSB. Problemstillingen som ønskes besvart er:

Hvilken betydning har erfaringskunnskap i samhandling og relasjonsarbeid for mennesker med tidligere pasientstatus i TSB?

Metode: Studien er kvalitativ, og empirisk data er samlet inn gjennom fire semistrukturerte forskningsintervjuer av personer med tidligere pasientstatus i TSB. Datamaterialet er analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

Resultater: Deltakerne i studien opplever at samhandling og relasjon med erfaringsansatte i TSB er et viktig element i rusbehandling. Det første funnet er knyttet til håp, fordi deltakerne opplever gjenkjennelse i de erfaringsansattes erfaringer. Det andre funnet er knyttet til tillit, når erfaringsansatte deler erfaringer med deltakerne, samtidig som de også mestrer et liv uten bruk av rusmidler. Det tredje funnet er knyttet til trygghet, når deltakerne opplevde å bli sett, hørt og akseptert av andre mennesker. Samtidig hevder noen av de erfaringsansatte at egen vei til rusfrihet er den eneste rette. De erfaringsansatte kunne være direkte og konfronterende, og deltakerne opplever seg blottlagt i gruppeterapien.

Resultatene viser også noen overraskende funn som ikke samsvarer med forskningslitteraturen som er benyttet i denne studien. Et overraskende funn viser at lang rusfri tid hos erfaringsansatte kan være en faktor som demper motivasjonen hos deltakerne. Et annet overraskende funn viser at noen av deltakerne opplever at det kan være utfordrende å møte erfaringsansatte på selvhjelpsgrupper utenfor rusbehandlingsklinikken.

Oppsummering: Samlet sett viser studien at erfaringskunnskap har stor betydning i samhandling og relasjonsarbeid for pasienter i TSB. Funn i studien tyder på at det kan være en fordel om erfaringsansatte tar utdanning, opplæring og kursing, slik at de kan få dybdeinnsikt i og forståelse av hvilke mekanismer ved erfaringskunnskapen som kan være

fremmende og hemmende i samhandling og relasjonsarbeid med pasienter i deres tilfriskningsprosess.

Nøkkelord: Rusmiddelavhengighet, TSB, erfaringsansatte, relasjon, samhandling, forforståelse, gjenkjennelse, håp, tillit, trygghet, tilfriskning.

Abstract

In the present research project, people with former patient status in the interdisciplinary specialised treatment for substance abuse (IST) are interviewed. The interviews are based on their experiences from interacting with peer workers in IST as well as their relations to them. Based on their experiences in recovery, peer workers have developed a thorough understanding of substance abuse and addiction.

Purpose and research question: This study examines the effects of peer work and experience-based knowledge in IST. The research question addressed is:

How does experience-based knowledge impact interaction and relation-based work for people with a former patient status in IST?

Methodology: The present study is qualitative, and empirical data is collected through four semi-structured interviews of people with former patient status in IST. The data is analysed by using a systematic text condensation.

Results: Participants in this study feel that interacting and developing relations with peer workers in IST is essential to effective substance abuse treatment. The first finding is related to hope, since the participants can relate on a personal level to the experiences of the peer workers. The second finding is related to trust, when the peer workers share their experiences with the participants, and simultaneously manage life without abusing substances. The third finding is related to safety, when the participants experienced being seen, heard and accepted by other people. Some peer workers also claim that their own path to becoming clean is the right one. Additionally, peer workers can be direct and confronting, and some participants feel exposed in the therapy group.

The results also reveal some surprising findings that do not correspond with the literature cited in this study. A surprising finding reveals that peer workers who had been clean for an extended amount of time could actually be a contributing factor to decreased motivation for the participants. Another finding revealed that some participants found it challenging to meet peer workers in self-help groups outside the rehabilitation clinic.

Summary: The study shows that experience-based knowledge has great effects on interaction and relation-based work for patients in IST. Findings indicate that it may be beneficial for peer workers to enroll in education, training and courses, in order to gain deep insight into the

mechanisms of experience-based knowledge that either promote or detract from interaction and relationship-based work with patients in recovery.

Keywords: Substance abuse, IST, peer workers, relations, interaction, understanding, relate, hope, trust, safety, recovery process.

Innholdsfortegnelse

1	Erfaringskunnskap i psykisk helse og rusbehandling	1
1.1	Generell bakgrunn	1
1.2	Samfunnsmessig relevans.....	3
1.3	Hensikt og problemstilling	4
1.4	Begrepsavklaring	4
1.4.1	Rusmiddelavhengighet	4
1.4.2	Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)	4
2	Kunnskapsstatus og teori.....	6
2.1	Vurdering av kunnskapsstatus	6
2.2	Teoretisk rammeverk	13
2.2.1	Erfaringskunnskap.....	14
2.2.2	Filosofisk hermeneutikk	15
2.2.3	Interaksjoner.....	17
2.2.4	Frontstage/backstage	18
2.2.5	Virksomme relasjoner	21
2.2.5.1	Vi er avhengige av hverandre	21
2.2.5.2	Relasjonelt håp.....	23
3	Design, metode og analyse.....	26
3.1	Individuelle intervjuer	26
3.2	Forskerens rolle	27
3.3	Utvalgsstrategi	30
3.4	Datainnsamling.....	32
3.5	Transkribering	34
3.6	Tematisk analyse	35
3.6.1	Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer	36
3.6.2	Meningsdannende enheter – fra temaer til koding og sortering.....	36
3.6.3	Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold	37
3.6.4	Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater.....	37

3.7	Studiens pålitelighet og gyldighet	40
3.8	Forskningsetiske overveielser.....	41
4	Presentasjon av resultater	43
4.1	Erfaringskunnskapens betydning for utvikling av håp	43
4.1.1	Å oppleve håp gjennom gjenkjennelse.....	44
4.1.2	Å oppleve motivasjon for et rusfritt liv	46
4.2	Erfaringskunnskapens betydning for utvikling av tillit	48
4.2.1	Veien til dypere forståelse.....	48
4.2.2	Opplevelser av mistillit	49
4.3	Erfaringskunnskapens betydning for utvikling av trygghet	51
4.3.1	Opplevelsen av mellommenneskelig støtte	51
4.3.2	Helheten er mer enn summen av delene.....	52
4.3.3	Å kjenne på utrygghet	54
5	Diskusjon.....	57
5.1	Erfaringskunnskapens betydning for utvikling av håp	57
5.1.1	Håp – en sentral faktor i tilfriskningsprosessen	57
5.1.2	Erfaringsansatte – en faktor som demper motivasjonen for tilfriskning?	59
5.2	Erfaringskunnskapens betydning for utvikling av tillit	60
5.2.1	Vi er avhengige av hverandre.....	60
5.2.2	Opplevelser av mistillit	62
5.3	Trygghet.....	64
5.3.1	Å kjenne på utrygghet	64
5.3.2	Mellommenneskelige møter	66
6	Oppsummering og avsluttende kommentarer	68
6.1	Oppsummering	68

Referanseliste

1 Erfaringskunnskap i psykisk helse og rusbehandling

1.1 Generell bakgrunn

Temaet for dette forskningsprosjektet er erfaringskunnskap i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB). Valg av tema er både knyttet til et engasjement for kunnskapsutvikling på rusfeltet og til et engasjement i jobb som spesialvernepleier i TSB. I jobben er forsker selv en del av en tverrfaglig sammensatt personalgruppe. Flere av oss ansatte har i tillegg til fagkunnskap også erfaringskunnskap fra en fortid med bruk av rusmidler. Ifølge Åkerblom, Agdal og Haakseth (2020) er erfaringskunnskap innen rusbehandling kunnskap som er tilegnet og basert på erfaringer personer har gjort seg i forbindelse med egne rusmiddel erfaringer. Fenomenet erfaringskunnskap utdypes nærmere på side 14. Interessen for å undersøke fenomenet erfaringskunnskap har oppstått når undertegnede har observert hvordan felles erfaringer ofte kan bidra til å etablere gode, trygge relasjoner mellom pasient og ansatte med erfaringskunnskap.

Bruk av rusmidler er vanlig i det norske samfunnet, og befolkningsundersøkelser viser at omtrent 20 prosent av befolkningen kan ha rusmiddelproblemer i løpet av livet, de aller fleste relatert til alkohol ((Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl & Biong, 2016).). Ifølge Folkehelseinstituttet (2018) kan rusmiddelproblemer og lidelser bidra til betydelig helsetap med redusert livskvalitet. I Norge antas det at det er flere hundre tusen personer som til enhver tid oppfyller kriteriene for rusbruk, skadelig bruk og avhengighet av alkohol og narkotiske stoffer (Bramness, 2011; Landheim et al., 2016). Bramness (2011) sier at om vi ser på antall mennesker som har hatt slike problemer en eller annen gang i livet, er det grunn til å tro at omfanget er nesten dobbelt så stort. Dette innebærer et omfattende samfunnsproblem, men kanskje aller viktigst innebærer det mye smerte og lidelse for den enkelte og deres familie og pårørende. I tillegg til samfunnsmessige problemer og personlige problemer kan bruk av rusmidler i verste fall føre til død. I perioden fra 2010 til 2020 har antall overdosedødsfall variert rundt et gjennomsnitt på 271 dødsfall per år med en rate på 5,2 per 100 000 innbygger. Over en 10-årsperiode tilsvarer det i gjennomsnitt over 2700 mennesker som dør som følge av overdose alene (Folkehelseinstituttet, 2021).

Store samfunnsmessige og helse relaterte utfordringer knyttet til blant annet rusbruk har ført til at vi i Norge de siste årene har hatt fokus på å styrke behandlingstjenestene innen psykisk helsevern. Det er blant annet gjort ved å få større fokus på, og implementere

erfaringskunnskap i psykisk helsearbeid. I Helse- og omsorgsdepartementet (2015) «nasjonal helse og sykehusplan» og i Helsedirektoratets nasjonale veileder «sammen om mestring» Helsedirektoratet (2014) påpekes det at ansettelse av medarbeidere med erfaringskunnskap kan styrke behandlingstjenestene. Dette støttes av Weber og Frahm Jensen (2016), som hevder at det i Norge de siste ti årene har blitt mer vanlig å ansette mennesker med erfaringskunnskap innen psykisk helse. Spesialisthelsetjenesten, kommuner, private virksomheter, nasjonale kompetansesentre og lærings- og mestringssentre har vist interesse for og etterspør ansatte med erfaringskunnskap.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse for psykisk helse (www.erfaringskompetanse.no) er et senter som er finansiert av helsedirektoratet, og har som oppgave å samle og formidle erfaringskunnskap fra flere kilder for å utvikle en kunnskapsbase for erfaringskompetanse (Bøe & Thomassen, 2017). Samtidig skal senteret være en aktør og bidra til innovasjon i helsetjenestene, slik at tjenestene blir mer helsefremmende og treffer brukernes behov (Bøe & Thomassen, 2017). Undersøkelser senteret har gjort, viser et behov for erfaringskunnskap i psykisk helsetjeneste (Borg, Sjøfjell, Ogundipe & Bjørlykhaug, 2017). Senteret jobber derfor i tillegg aktivt for at mennesker med egenerfaring skal ansettes i alle psykiske helsetjenester som erfaringsansatte (Bøe & Thomassen, 2017). Behovet for ansettelse av mennesker med erfaringskunnskap i psykiske helsetjenester støttes av Landheim et al. (2016), som hevder at de tradisjonelle faggruppene i psykisk helsetjeneste må reorienteres både når det gjelder mellommenneskelige relasjoner og innholdet i tjenestene. Dette innebærer blant annet ansettelse av mennesker som selv har gått gjennom en bedringsprosess og på bakgrunn av det har erfaringskunnskap (Landheim et al., 2016).

En norsk studie fra 2022 viser at erfaringskunnskap blir mer og mer anerkjent og verdsatt i psykiske helsetjenester. Samtidig vises et fortsatt behov for å implementere erfaringskunnskap i helsetjenesten (Sørly, Sivertsen & Stalsberg Mydland, 2022). Ved at kommune- og spesialisthelsetjenesten sin rolle som tjenestetilbyder er blitt redusert, har behovet for deltagelse i selvhjelpsorganisasjoner økt. Dette understreker et behov for ansatte med erfaringskunnskap, som gjennom samarbeid med tjenesteutviklere kan utvikle nye organisatoriske løsninger som fremmer bærekraftige helsetjenester, tilfriskning, mestring og brukervedvirkning for tjenestemottagere. For å realisere muligheten til å utvikle helsetjenesten og samtidig møte menneskers hjelpebehov, er blant annet ansettelse av ansatte med erfaringskunnskap i psykiske helsetjenester nødvendig (Sørly et al., 2022).

Selv om erfaringskunnskap er en viktig kompetanse som kan fremme samhandling og relasjonsarbeid, er det viktig å være bevisst på at det også kan være noen hemmere knyttet til erfaringskunnskap. Blant annet viser internasjonal forskning at noen erfaringsansatte fortsatt kan være preget av sin egen vei og historie (Karlsson et al., 2017; Ogundipe, Borg, Sjøfjell, Bjørlykhaug & Karlsson, 2019; Pantridge et al., 2016; Repper & Carter, 2011). Studien som presenteres i denne masteroppgaven, er viktig fordi det fortsatt er viktig å undersøke fenomenet erfaringskunnskap, og da også hvilken betydning den har for selve samhandlingen og relasjonsarbeidet.

1.2 Samfunnsmessig relevans

I opptrappingsplanen på rusfeltet fremheves det at det er behov for å styrke kunnskapen om tjenestebrukere og pårørende sine behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Ved at vi får mer kunnskap og innsikt rundt erfaringskunnskapens fremmere og hemmere, kan vi løfte kvaliteten i TSB, fordi vi forstår mer av hvilke ressurser ansatte med erfaringskunnskap har i arbeidet med å hjelpe flere pasienter til å tilfriskne og oppnå bedre livskvalitet.

Større innsikt og dybdekunnskap om erfaringskunnskap kan bidra til et bedre grunnlag for ansettelse av personer med eller uten erfaringskunnskap. I tillegg vil ny innsikt om erfaringskunnskap bidra til en bedre tilpasning av tjenester og behov hos pasienter i rusbehandling. I tillegg finner man at erfaringsansatte har større påvirkning i sin oppfølging av de enkelte pasientene på recovery-variabler, som livskvalitet, håp og empowerment (Åkerblom et al., 2020). Ny kunnskap om temaet vil også kunne gi erfaringsansatte større selvinnsikt og yrkesfaglig status ved at de får anerkjennelse fra andre faggrupper, ledere og medarbeidere (Karlsson & Borg, 2017).

Samlet sett kan denne kunnskapen også overføres til andre arenaer som utdanningsinstitusjoner eller andre, som i større grad kan benytte seg av erfaringskunnskap i sin yrkesutøvelse med for eksempel forebygging av rusmiddelproblematikk. Selv om det de siste årene er publisert ny kunnskap om fenomenet erfaringskunnskap, er det fortsatt behov for kunnskapsutvikling. I et forskningsprosjekt fra 2017 som omhandler erfaringskunnskap, blir det presisert at relasjoner og samhandling mellom brukeren og erfaringsansatte er et område som bør utforskes mer (Karlsson et al., 2017).

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å belyse betydningen av erfaringskunnskap i TSB. Forsker ønsker å undersøke hvilke erfaringer og opplevelser personer med tidligere pasientstatus fra TSB har fra samhandling og relasjonsarbeid med erfaringsansatte som selv har gjennomgått en tilfriskningsprosess og på bakgrunn av dette har utviklet erfaringskunnskap med rusmiddelavhengighet.

I forskningsprosjektet ønsker forsker svar på følgende problemstilling:

Hvilken betydning har erfaringskunnskap i samhandling og relasjonsarbeid for mennesker med tidligere pasientstatus i TSB?

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Rusmiddelavhengighet

I Norge blir den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 brukt av helsevesenet for å diagnostisere rusmiddelproblemer. ICD-10 skiller mellom skadelig bruk og avhengighet av rusmidler. Skadelig bruk av rusmidler blir beskrevet som et bruksmønster der bruk av rusmidler gir alvorlige fysiske og/eller psykologiske skader (Lossius, 2011). Avhengighet blir beskrevet som:

Et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken 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 i Lossius 2011:24).

Simonsen (2016) definerer rusmiddelavhengighet som gjentatt og ukontrollert bruk av vanedannende legale eller illegale rusmidler, og en rekke faktorer kan være medvirkende til å utvikle en avhengighetslidelse. Det kan være omsorgssvikt, traumer, sosiale forhold, arv, genetikk eller miljø. Brukeren ser på rusmiddelet som en nødvendighet for å føle velvære eller for å fjerne ubehagelige følelser (Simonsen, 2016).

1.4.2 Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)

Studier viser at omtrent en tredel av de som har en ruslidelse eller en psykisk lidelse, søker behandling (Kessler et al., 1994; Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001; Wittchen & Jacobi, 2005). I 2013 mottok i underkant av 27 000 pasienter behandling for rusmiddelproblemer i TSB (Landheim et al., 2016). I 2021 hadde antallet pasienter som mottok behandling i TSB,

økt til 32 500 (Helsedirektoratet, 2021). TSB er betegnelsen på tjenester som utfører rus- og avhengighetsbehandling innen spesialisthelsetjenesten i Norge. At tjenestene er tverrfaglige, betyr at de skal utføres av personell med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse. Rusmiddelavhengige har i dag pasientrettigheter på lik linje med andre pasientgrupper (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Dette gir rett til å få vurdert sin helsetilstand etter henvisning og rett til nødvendig helsehjelp. De som kan henwise til TSB, er: NAV, sosialtjenesten, fastlegen og allmennpraktiserende leger, privatpraktiserende leger, leger ved andre deler av spesialisthelsetjenesten, leger i fengselshelsetjenesten eller annet personell med henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten (Haga, 2011). Pasienter som søkes inn til behandling i TSB, har krav på grundig informasjon om hvilke behandlingstilnæringer som tilbys på de ulike behandlingsklinikkene i TSB (Helsedirektoratet, 2016b). Når pasienten har fått informasjon om de forskjellige behandlingstilnærmingene som tilbys, så skal det tilrettelegges slik at pasienten selv kan velge hvilke tilnæringer som passer best. Det finnes i tillegg til avrusingsavdelinger, flere terapeutiske behandlingstilnæringer i TSB. Disse er blant annet motiverende intervju (MI), miljøterapi, kognitiv atferdsterapi, mentaliseringsbasert terapi, musikkterapi, 12-trinns rusbehandling, gruppebehandling og individualterapi (Helsedirektoratet, 2016a).

2 Kunnskapsstatus og teori

2.1 Vurdering av kunnskapsstatus

Siden forskningsprosjektets oppstart har arbeidet med å få en oversikt over eksisterende litteratur på området pågått. Gjennom å lese fagbøker som omhandler erfaringskunnskap, deriblant Landheim et al. (2016) «Et bedre liv», Karlsson og Borg (2017) sin bok «Recovery», og Bøe og Thomassen (2017) sin bok «Psykisk helsearbeid», har undertegnede fått et godt utgangspunkt og grunnlag for temaet det forskes på. For å få en oversikt over tidligere forskning knyttet til studiens problemstilling er databaser som er mye brukt innen helseforskning, benyttet til litteratursøk. Aktuelle databaser er Web of Science, PsycInfo, PubMed, CINAHL og SweMed+. Noen artikler ble funnet i disse databasene, og andre artikler ble funnet i referanselister til ulike artikler. I tillegg er universitetsbibliotekets søkemotor Oria benyttet. Videre har forsker oppdatert seg ved å lese rapporter fra Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, som beskriver nytten av erfaringskompetanse i Norge og internasjonalt samt brukeres erfaring med erfaringsansatte innen psykisk helse og rus (Borg et al., 2017; Klevan, Lunde, Borg & Karlsson 2018; Åkerblom et al., 2020).

Inklusjonskriterier for forskningsartiklene var at de skal omhandle mennesker med rusmiddelavhengighet som mottar psykiske helsetjenester og samhandler med erfaringsansatte. Videre var det ønsket artikler fra vestlige land, og at artiklene er gitt ut etter 2010. Eksklusjonskriteriene er rusmiddelavhengighet hos andre enn en selv, som for eksempel familiemedlemmer, venner, etc. Artikler før 2010 blir ekskludert, grunnet interesse i nyere forskning. Videre ekskluderes artikler fra ikke-vestlige land på grunn av kulturforskjeller. Relevante søkeord som ble brukt i søk, var erfaringskunnskap, erfaringsansatt, tilfriskning, recovery, rusmiddelavhengighet, rusmiddelmisbruk og rusbehandling. Oversatt til engelsk gjennom medisinsk ordbok i PubMed ble følgende begreper brukt; peer support, peer worker, peer recovery, peer support specialist, peer provider, peer coach, expert by experience, lived experience, prosumer, substance abuse, substance-related disorders, drug abuse, drug addiction, recovery in mental health, og addiction treatment. Søkene er gjort med forskjellige kombinasjoner av søkeordene. I tillegg til den systematiske kartleggingen har forsker ved hjelp av universitetets bibliotekar også tatt med en forskningsrapport som anses som relevant (Ljungberg, Denhov & Topor, 2015).

I det følgende presenteres den mest relevante litteraturen fra kartleggingen.

I en norsk studie, Karlsson et al. (2017), ble ulike aspekter i samarbeidsrelasjoner mellom erfaringsarbeidere og brukere av psykiske helse- og rustjenester i norsk kontekst undersøkt. 26 deltakere ble intervjuet om deres erfaringer knyttet til samarbeid med erfaringsansatte. Funn fra studien viste at mange deltakere opplever en umiddelbar forståelse og tillit når de kommer i kontakt med erfaringsansatte. Livserfaringene gir erfaringsansatte en spesiell troverdighet i relasjonen ved at de lar deltakerne føle seg sett og forstått gjennom tillit, felleskap, håp og inspirasjon. I tillegg viste funn at gjenkjenning har stor betydning. Ved at deltakerne kan kjenne seg igjen i erfaringsansatte sine erfaringer, forstår de at de ikke er alene om sine vansker. Gjenkjenningen bidrar til at deltakerne kan senke skuldrene og være seg selv. Andre funn i studien viste at noen samarbeidsrelasjoner mellom deltakere og erfaringsansatte kan være utfordrende. Det var fordi enkelte erfaringsansatte fortsatt var preget av sin egen vei og historie. Deltakerne opplever seg ikke sett eller hørt, og samtalen dreide seg for det meste om den enkelte erfaringsansatte.

Som en del av Karlsson et al. (2017) sin studie ble det også gjort et systematisk litteratursøk knyttet til kunnskapsstatus til studiens tema. 14 studier ble systematisk gjennomgått, og konklusjonen er at samarbeid mellom erfaringsansatte og brukere av psykisk helse- og rustjenester er et viktig supplement og alternativ til profesjonelles arbeid i psykiske helse- og rustjenester. Noen sentrale funn i litteraturgjennomgangen viste at ansatte med egenerfaring hadde større innsikt og kompetanse i forhold til hva som var sentralt. De kunne lettere enn fagfolk forholde seg til problematikken, og samarbeidet med tjenestemottaker var mer autentisk og empatien oppleves som mer ekte enn hos fagfolk (Karlsson et al., 2017). I tillegg viste litteraturgjennomgang at det er både positive og negative opplevelser knyttet til samarbeid med erfaringsansatte. Det positive handler om bidrag og støtte til økt selvstendighet, egen makt og myndighet. Forskningen viste også til økt sosial aktivitet, deltagelse og opplevelser av og bli bedre forstått, akseptert og likt. Opplevelser av gjensidighet og håp, erfaringer med redusert stigma og reduserte barrierer knyttet til arbeidsliv og deltagelse er også sentrale områder som kommer frem i litteraturgjennomgang. Det negative handler om at erfaringsansatte kunne komme for nær brukeren, og det kunne være utfordrende for erfaringsansatte å sette grenser for seg selv i samarbeidet med tjenestemottakerne (Karlsson et al., 2017).

Bassuk, Hanson, Greene, Richard, & Laudet (2016) har oppsummert tidligere forskning med tanke på støtte fra likemenn i tilfriskningsprosessen fra alkohol- og rusmiddelbruk. Etter å ha inkludert ni studier i sin egen forskning konkluderer de med at støtte fra likemenn ser ut til å ha en gunstig effekt på deltakere og bidrar positivt i behandlingen mot rusmisbruk. På grunn av blant annet metodologiske svakheter i de inkluderte studiene, ser Bassuk et al. (2016) likevel behov for mer forskning. Dette for å se på effekten av ulike typer støtte fra likemenn med tanke på mengde støtte, intensitet, erfaringsgrunnlaget til de som gir støtte, behandlingskontekst og ulike pasientgrupper (Bassuk et al., 2016).

På et sykehus i USA, Oregon Health and Science University, jobber en lege som heter Devin Collins. Siden 2015 har Collins og hennes kollegaer på deres avdeling ansatt og inkludert erfaringsansatte som en del av sykehusets medisinske team for avhengighetsbehandling. For å undersøke effekten av å inkludere erfaringsansatte i det medisinske teamet ble det gjort en kvalitativ studie (Collins et al., 2019). Resultat fra studien var basert på intervju, observasjon og kliniske journalnotater av i alt 130 deltakere. 118 pasienter, 5 leger, 3 sosialarbeidere, 1 oppsøkende kontaktperson, 1 kollegaveileder og 2 erfaringsansatte. Funn viste at å inkludere erfaringsansatte i et sykehusbasert medisinsk team som jobber med avhengighetsbehandling, kan spille en potensielt viktig og kritisk rolle i å etablere tillit mellom pasientene og sykehuspersonalet. I tillegg kan erfaringsansatte bidra til å utvikle traumeinformerte og pasientsentrerte systemer som kan møte behovene til sykehusinnlagte voksne med rusmiddelavhengighetsproblemer. Erfaringsansatte kan også være spesielt verdifull for pasienter med rusmiddelavhengighet, da de ofte føler seg dømt, diskriminert og uvelkommen i sykehusmiljøer. Konflikt- og kommunikasjonsgap mellom pasienter med rusmiddelavhengighet og sykehuspersonell er vanlige. Det kan føre til mistillit og spenninger som kan resultere i dårlige pasientresultater. Erfaringsansatte som har erfaringer fra et levd liv med rusmiddelavhengighet, og som har tilfrisknet fra sin sykdom og blitt en del av det medisinske teamet, kan skape forståelse og bygge bro over dette gapet (Collins et al., 2019).

Ogundipe et al. (2019) har gjennomført en kvalitativ studie der de har intervjuet 26 deltakere som mottar psykisk helse- og rustjenester. Målet med studien var å utforske og beskrive tjenestebrukeres utfordringer i relasjon og samhandling med erfaringsansatte innen den norske psykisk helse- og rustjenesten. Funn viste at noen deltakere opplevde at enkelte erfaringsansatte hadde forhåndsdefinerte løsninger på hva som var riktig måte for tjenestemottakere å tilfriskne på. Deltakerne beskrev at relasjon og samhandling med

erfaringsansatte kunne være utfordrende på grunn av at de erfaringsansatte mente deres løsninger var de eneste optimale. Et annet funn var at relasjon og samhandling med erfaringsansatte for noen kunne oppleves som problematisk og vanskelig grunnet autoritære holdninger og atferd fra enkelte erfaringsansatte sin side. Deltakerne snakket om typiske situasjoner der enkelte erfaringsansatte la føringer for noen tjenestemottagere til å følge deres anbefalinger. Dermed følte de at de ble tvunget til å gå i deres fotspor, i stedet for å utvikle sine egne veier i tilfriskningsprosessen. Et annet funn var at noen deltakere mente det ikke var nok å ansette erfaringsansatte kun på grunn av at de har egenerfaring fra psykisk uhelse eller rusmiddelavhengighet. Deltakerne mente det var viktig i ansettelse av erfaringsansatte også å ta hensyn til andre kvaliteter og erfaringer. I tillegg viste funn at det var viktig for erfaringsansatte å ha nådd et visst stadium i deres egen tilfriskningsprosess før de ble ansatt som erfaringsansatte. Dette var en viktig faktor fordi deltakerne trodde at relasjon og samhandling kunne bli utfordrende fordi de sannsynligvis ville føle seg usikre og ha manglende tillit til erfaringsansattes evner til å håndtere ulike situasjoner som kunne oppstå. Studien peker på at områder for videre forskning kan være maktfordelingen mellom erfaringsansatte og tjenestebrukere, klargjøre rollen i erfaringsansattes arbeid og variasjoner i rekruttering av erfaringsansatte (Ogundipe et al., 2019).

Ham, LeMasson og Hayes (2013) har gjennomført en kvalitativ studie der de intervjuet 10 erfaringsansatte som hadde formell eller spesialisert utdanning med bachelorgrad som minimum, og som jobbet i en rusbehandlingsinstitusjon. Deltakerne hadde selv erfaringskunnskap fra rusmiddelavhengighet og jobbet med pasienter i en profesjonell setting med individualterapi eller gruppeterapi. Målet med studien var å få en forståelse av hvordan deltakerne opplevde å dele sine egne erfaringer med sine pasienter som hadde rusmiddelavhengighetsproblemer. Funn viste at noen av deltakerne tidlig i sin terapeutkarriere var selvsentrert og egostyrt og derfor delte mye om sin egen avhengighet og egen tilfriskning i møte med sine pasienter. Etter hvert som deltakerne fikk mer arbeidserfaring, og tok formell utdanning på universiteter, kunne de ta i bruk en mer profesjonell tilnærming. Erfaringsdeling ble brukt mer som en profesjonell terapeutisk strategi.

Et annet funn i studien var at deltakerne brukte faglig skjønn og teft for å vurdere når de skulle dele egne erfaringer med pasientene. Målet med dette var at pasientene skulle få en opplevelse av at den erfaringsansatte i tillegg til utdanning også hadde egne erfaringer fra rusmiddelavhengighet og tilfriskning. Når pasientene fikk en slik forståelse og opplever

gjenkjennelse i den erfaringsansatte, ble det opprettet et fundament av tillit og en form for empati mellom pasient og erfaringsansatte. Et annet funn i studien er at når deltakerne delte noen av sine erfaringer, var målet å skape gjenkjennelse og dermed normalisere pasientenes egne opplevelser og bearbeide og redusere deres skam. Fordi deltakerne har førstehåndserfaring fra avhengighet og har vært gjennom det de prøver å hjelpe pasientene med, greier de med erfaringsdeling å nå de pasientene som har en holdning at de ikke vil jobbe med noen som ikke forstår dem. Erfaringsdeling bidro til at pasientene opplever deltakerne som troverdige. Tillit ble etablert i relasjonen. Et annet funn var at terapeutenes erfaringsdeling bidro til håp hos pasientene. Spesielt gjaldt dette for pasienter som var i ferd med å gi opp håpet om tilfriskning og dermed opplevde sine muligheter i behandlingen de var i som begrenset. Håp var ifølge deltakerne i studien blant annet basert på pasientenes oppfatning av om behandlingen kunne fungere for dem. Når deltakerne fortalte noe fra egen tilfriskningsprosess og kommuniserte at “det kan fungere for deg fordi det har fungert for meg”, ble håp ofte etablert. For pasienter som på et bestemt tidspunkt hadde det veldig tøft, eller følte at de var på en blindvei, eller ikke hadde noe håp om greie å fullføre behandling, ble erfaringsdeling benyttet. Gjennom å dele deres egne erfaringer skapte de håp hos pasientene. Ham og hans kolleger (2013) peker på at fremtidig forskning blant annet bør se på hvordan bruken av erfaringsdeling oppfattes av pasienter til erfaringsansatte terapeuter og behandlere (Ham et al., 2013).

Repper og Carter (2011) har oppsummert tidligere forskning knyttet til erfaringsansatte i psykisk helse- og rustjenesten. Etter å ha inkludert 38 studier i sin egen forskning konkluderer de med at støtte og samarbeid med erfaringsansatte bidrar til etablering av flere relasjoner og økt deltagelse for brukere i samfunnet. Gjennom at erfaringsansatte er tilgjengelige rollemodeller, får brukerne flere verktøy med hensyn til problemløsning og sosialdeltagelse. I tillegg har brukere ved hjelp av erfaringsansatte færre innleggelses og reinnleggelses i helsetjenestene. Med støtte fra erfaringsansatte opplever brukere også større egenkraft og selvstendighet i eget liv. Funn viste også at erfaringsansatte lettere enn fagfolk kunne forholde seg til problematikken brukerne stod i, samtidig som samarbeidet ble mer autentisk og empatien opplevdes mer ekte enn hos fagfolk. I tillegg bidrar erfaringsansatte med konkret og praktisk hjelp, sosial støtte, emosjonell støtte, støtte i møte med hjelpeapparatet, normalisering, samt at erfaringsansatte bidrar til håp, tillit og inspirasjon hos brukerne. Funn viste også at det var noen utfordringer knyttet til samarbeid med erfaringsansatte. En av

utfordringene som belyses er at det for enkelte erfaringsansatte kan være utfordrende med grensesetting i samarbeid med brukerne av psykisk helse- og rus tjenester. Når samarbeidet blir for nært, kan det være utfordrende å opprettholde en virksom relasjon. Repper og Carter (2011) peker videre på at fremtidig forskning gjennom kontrollerte studier bør fokusere på å skaffe solid evidens på hvilken effekt bruk av erfaringsansatte har i psykisk helse- og rus tjenester.

Davidson et al., (2012) har gjennomført en litteraturstudie knyttet til bruk av erfaringsansatte i psykisk helse- og rus tjenester. Hensikten med litteraturstudiet var å søke etter litteratur som beskrev hva som er som er kjent knyttet til bruk av erfaringsansatte i psykisk helse- og rus tjenestene. Funn i studien viste at erfaringsansatte bidrar til at tjenestemottakere får bedre tilgang til psykisk helse- og rus tjenester. Bruk av akutt tilbud reduseres og rusbruk begrenses hos personer med psykiske og rusrelaterte utfordringer og problemer. I tillegg viste funn at når erfaringsansatte deler egen erfaring, får tjenestemottakere økt tillit i relasjonen samtidig som erfaringsdeling bidrar til økt håp hos tjenestemottakerne. Funn viste også at erfaringsansatte blir oppfattet som gode rollemodeller. Samtidig bidrar de til økt trivsel i hverdagen for brukerne av tjenestene. Funn viste også at erfaringsarbeidere bidrar til å unngå reproduserende maktdynamikker, å fremme kulturendringer og å utvikle psykisk helse- og rus tjenester (Davidson et al., 2012).

Sørly et al. (2022) har gjennomført en kvalitativ studie der de har intervjuet seks erfaringsansatte som jobbet i recovery-orienterte tjenester knyttet til en brukerorganisasjon i Norge. Målet med studien var å utforske hvordan erfaringsansatte forstår egen kompetanse som avgjørende i recovery-relatert arbeid. Funn i studien viste at erfaringskompetanse er svært viktig i tilfriskningsprosessen fra rusmiddelavhengighet. Erfaringskompetanse gir erfaringsansatte en unik forståelse av tjenestemottakeres livssituasjon. I tillegg fremheves det at recovery-orientert arbeid er fordelaktig for trivsel både for den erfaringsansatte og tjenestemottakere. Samtidig som erfaringsansatte selv fyller livet sitt med meningsfulle aktiviteter hjelper de sine klienter med sin tilfriskningsprosess. Funn viste at for å ta kontroll over eget liv og avstå fra bruk av rusmidler er det svært viktig med tilgjengelig og fleksibel støtte. Flexibilitet knyttet til støtte i brukernes tilfriskningsprosess er nært knyttet til gjensidig tillit som er basert på et felles grunnlag av erfaringsansattes egen erfaring med rusmisbruk (Sørly et al., 2022). Funn viste også at erfaringsansatte er eksperter på egen sykdom og omsorgsbehov. De kan derfor nærme seg tjenestemottakere på en likeverdig måte.

Erfaringsansatte har også stor innsikt og viktige perspektiver knyttet til avhengighet, sykdom og omsorg. Disse faktorene kan bidra til at den erfaringsansatte kan ta i bruk forskjellige relevante tilnærminger knyttet til tjenestemottakeres tilfriskningsprosess (Sørly et al., 2022).

Pantridge et al. (2016) har gjennomført en kvalitativ studie der det ble gjennomført 32 intervjuer med 33 deltakere. 1 fokusgruppeintervju og 31 individuelle intervjuer. Deltakerne i intervjuene var alle tilknyttet en rusbehandlingsinstitusjon, og bestod av 3 erfaringsansatte, 8 fagansatte og 22 pasienter. Målet med studien var å undersøke hvilke typer støtte erfaringsansatte bidrar med i de ulike stadiene på rusbehandlingsinstitusjonen med tanke på kvalitetsforbedring og utvikling av behandlingsprogrammet på rusbehandlingsinstitusjonen. Funn i studien viste at emosjonell støtte var det mest fremtredende funnet. Pasienter beskrev at de hadde stor tillit og følte at de erfaringsansatte var der for dem. Fagansatte og pasienter beskrev at de følte at erfaringsansatte var bedre egnet til å støtte og hjelpe pasienter med angst både under behandlingen og gjennom deres tilfriskningsprosess. Et annet funn var at erfaringsansatte gav pasienter håp, slik at de kunne gjennomføre behandlingsoppholdet. I tillegg motiverte erfaringsansatte pasientene til å fortsette å jobbe for å nå mål om tilfriskning i et lengre tidsperspektiv. Et annet funn viste at fagansatte var bekymret for at erfaringsansatte ikke greide å sette grenser for seg selv i møte med pasientene (Pantridge et al., 2016).

Ljungberg et al. (2015) har gjennomført en metasyntese der de inkluderte 21 kvalitative studier for å søke kunnskap om hva tjenestemottagere av psykisk helse- og rustjenester opplever som positive og negative aspekter i samhandling med fagpersoner. Funn fra studien viste at relasjoner til profesjonelle er hjelpsomme når tjenestemottakere får bruke tid med fagfolk som de kjenner og stoler på, og som gir dem tilgang til ressurser, støtte og samarbeid. Samtidig viste funn at når fagpersoner ikke var til hjelp, kunne dette henge sammen med at de var for pessimistiske og lite omsorgsfulle, og at fagfolk kunne være for paternalistiske og respektløse. I tillegg kunne samhandlingen være preget av diskontinuitet, for lite tid, og tvang (Ljungberg et al., 2015).

Litteraturgjennomgangen i denne studien har vist at det i de senere årene, både i Norge og internasjonalt, har kommet en god del forskning som har undersøkt hvordan bruk av erfaringsansatte kan bidra i pasienters tilfriskningsprosesser i psykisk helse- og rustjenester. Mye av forskningen har et ansattperspektiv og undersøker fagansatte og erfaringsansatte sine erfaringer knyttet til samhandling og relasjonsarbeid med tjenestemottagere i forskjellige

psykisk helse- og rustjenester. Å skape håp, etablere tillit, erfaringsdeling og gjenkjennelse, skape allianser, troverdighet og gjensidighet er blant aspektene som er utdypet i studiene. Forskningen har også vært rettet mot hvilken effekt og betydning erfaringskunnskap hos ansatte har i forskjellige helsetjenester som er knyttet opp til behandling av mennesker som lider av rusmiddelavhengighet (Davidson et al., 2012; Karlsson et al., 2017; Repper & Carter, 2011). Studiene viste at erfaringsansatte bidrar til å skape relasjoner som er meningsfulle og tillitsfulle til tjenestemottakere. I tillegg viser studiene at erfaringsansatte bidrar til at tjenestemottaker får håp om at de kan tilfriskne fra deres psykisk helse- og rusmiddelrelaterte problemer, får bedre selvfølelse og utvikler større sosialt nettverk. Når det gjelder temaet som denne studien omhandler, er det få studier som kan knyttes direkte til og belyse hvilken betydning erfaringskunnskap hos ansatte har for samhandling og relasjonsarbeid for pasienter i rusbehandling.

Generelt kan man oppsummere at forskningen i mindre grad tar for seg hva pasientene selv erfarer som viktig knyttet til bruk av erfaringsansatte når pasienter er i rusbehandling. Selv om det finnes noen få internasjonale studier som undersøker temaet, er det fortsatt behov for mer innsikt og forståelse knyttet til bruk av erfaringsansatte i psykisk helse- og rustjenester. For at vi skal få ny innsikt og forståelse er det nødvendig å gå i dybden på hvilke mekanismer ved erfaringskunnskapen som virker positivt eller negativt i samhandling og relasjon mellom tjenestemottagere og erfaringsansatte. Gjennom ny innsikt og forståelse kan vi utvikle og implementere erfaringskunnskapen som erfaringsansatte besitter i de forskjellige psykisk helse- og rusbehandlingstjenestene i Norge og internasjonalt.

2.2 Teoretisk rammeverk

Det er ønskelig å belyse problemstillingen fra ulike sider og med utgangspunkt i følgende teoretiske rammeverk: Erfaringskunnskap (Åkerblom et al., 2020), filosofisk hermeneutikk (Gadamer, Holm-Hansen & Schaanning, 2010), interaksjonisme og frontstage/backstage (Goffman, Risvik & Risvik, 1992), og virksomme relasjoner (blant annet Bøe & Thomassen, 2017; Løgstrup, 1991). Gjennom en induktiv tilnærming har det teoretiske rammeverket blitt brukt underveis i prosessen med å analysere og diskutere data (Malterud, 2017).

Nedenfor gjøres det fortløpende rede for rammeverket, og hvorfor det er viktig i dette prosjektet. Teoriene handler om interaksjoner og samhandling mellom mennesker, og er helt vesentlig i arbeid og behandling av mennesker som lider av rusmiddelavhengighet.

2.2.1 Erfaringskunnskap

Erfaringsbasert kunnskap er en viktig del av kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis er en behandlingstilnærming som blir benyttet særlig innen helseorienterte praksiser. Det innebærer at fagutøvere bruker ulike kunnskapskilder i sin yrkesutøvelse, ved at faglige avgjørelser tas basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon eller kontekst (Bøe & Thomassen, 2017; Helsebiblioteket, 2016). Ved å ha en kunnskapsbasert praksis bedrer vi kvaliteten på tjenestene våre (Helsebiblioteket, 2016).

For å få en dypere forståelse av hva som menes med begrepet erfaringskunnskap i denne studien, er det viktig å se nærmere på begrepet «erfaring». Å belyse begrepet, dets opprinnelse og betydning kan gi større forståelse. Bøe og Thomassen (2017) og Karlsson & Borg (2013) i Klevan (2018) hevder at begrepet erfaring er etymologisk utledet av det tyske ordet «erfahren», som igjen er en utledet form av verbet «ervaren». «Ervaren» betyr å reise igjennom eller å utforske. Karlsson & Borg 2013, siteres i Klevan (2018) slik:

«Erfahren» henspiller på betydningen av å erfare som å være bevandret. Det å erfare er å få kjennskap til, få vite, komme under nyss med, fornemme og lære å kjenne. Erfaring henspiller på autoritet, klokskap, livs- og menneskekunnskap og modenhet. Å erfare innebærer å utforske og undersøke i den hensikt å bli bevandret. Bevandringen bidrar til å gi personen en spesiell form for autoritet og klokskap i relasjon til livs- og menneskekunnskap. I erfaringen ligger det en erkjennelse av at det nettopp er vandringsen og utforskingen som gjør at en person kan erverve livs- og menneskekunnskap. Erfaringsbasert kunnskap gir en person kunnskap om det å være menneske i livet, om mellommenneskelige forhold og om den verden og de omgivelser livet leves, Karlsson & Borg 2013 i (Klevan, 2018).

Det kan være ulike utfordringer og ressurser knyttet til om ansatte har erfaring med rusmiddelavhengighet eller erfaring med psykisk uhelse. Det kan for eksempel ha innvirkning at erfaringsansatte med rusbakgrunn har erfaringer fra rusmiljøer som innebærer kriminalitet, vold, prostitusjon eller bostedsløshet. Dette er erfaringer mange av dem som har erfaringer med psykisk uhelse ikke deler, og som kan ha betydning for innhold i deres kompetanse og integrering av dem (Åkerblom et al., 2020). Medarbeidere med erfaringskunnskap benevnes

som erfaringsansatt, erfaringsmedarbeider og erfaringskonsulent (Åkerblom et al., 2020). I denne studien brukes erfaringsansatte som et samlebegrep. Dette viser til arbeid der erfaringsansatte bruker sin erfaringskunnskap i hjelp og støtte til én eller flere andre personer (Borg et al., 2017).

2.2.2 Filosofisk hermeneutikk

Filosofisk hermeneutikk er ifølge Thornquist (2018) opptatt av ontologiske spørsmål som dreier seg om hvordan virkeligheten faktisk er. Gjennom å fortolke menneskers meningsfulle uttrykk, handling, samhandling og muntlig tale blir mening og forståelse skapt. Gadamer et al. (2010) definerer filosofisk hermeneutikk som læren om hvordan forståelsen fungerer. Gadamer viser til at ethvert menneske som forsøker å forstå hvordan virkeligheten er, er bestemt av sin tid og sin kultur. Dette gjør oss, ifølge Gadamer, til bærere av bestemte fordommer. Fordommene står ikke i veien for forståelse. Snarere er det nettopp ved hjelp av fordommer at vi mennesker er i stand til å åpne oss opp for det vi ønsker å forstå (Gadamer et al., 2010; Gadamer & Jordheim, 2003). I Gadamers tankeverden er begrepet fordom nøytralt, og viser til at noe går foran og forut. Fordom dreier seg dermed om den forforståelse eller bakgrunnskunnskap vi møter fenomener med (Thornquist, 2018). I filosofisk hermeneutikk skapes forståelse og mening på grunnlag av forutsetninger. Vi kommer til handling og samhandling med våre medmennesker med en tankemessig og erfaringsmessig bagasje som er med på å bestemme det vi forstår og fortolker gjennom samhandlingen (Gadamer & Jordheim, 2003; Thornquist, 2018). Fordommene eller bakgrunnskunnskapen vi mennesker har utviklet gjennom våre livserfaringer, er det som vi gjennom vår åpenhet mot den verden vi lever i, tar for gitt. Fordommene eller bakgrunnskunnskapen vi har, er betingelsen for å forstå eller tolke våre møter med våre fremtidige livserfaringer (Gadamer & Jordheim, 2003). Fordommer er ifølge Gadamer våre bevisste og ubevisste bakgrunns erfaringer som er dannet på grunnlag av for eksempel personlige erfaringer, utdanning, begreper og språk (Gadamer et al., 2010).

Gadamers tanker om fordommer og forforståelser kan knyttes til erfaringsansatte som jobber i TSB. De har gjennom en dyptgående personlig prosess utviklet fordommer om seg selv, om det å være rusmiddelavhengig og om rusbehandling.

Et av de mest kjente begrepene innen filosofisk hermeneutikk er «den hermeneutiske sirkel». Det viser til et viktig fortolkningsprinsipp som på en enkel måte kan beskrives som at vi

forstår «delene ut fra helheten, og helheten ut fra delene» (Thornquist, 2018). Basert på hva Thornquist (2018) hevder, så kan forståelsesprosessen i den hermeneutiske sirkel sees som en slags vekselvirkning, en slags dialog mellom forforståelsen og forståelsesprosessen. Erfaringsansatte kan for eksempel bruke sin forforståelse i denne prosessen. Nerheim (1995) sier at begrepet «den hermeneutiske sirkel» har sin dypeste legitimering til den ontologiske forutsetningsstruktur i menneskets eksistensielle forhold til væren. Det innebærer at den hermeneutiske sirkelens betydningsfullhet ligger i forforståelsen (Nerheim, 1995). Gadamer vektlegger at når vi skal forsøke å danne ny kunnskap og innsikt, så må vi la selve saken vi skal gå i møte, få fremtre på sine egne premisser så langt som mulig. Selve saken kan i denne forbindelse være et fenomen vi ønsker å skape forståelse om. For å la selve saken fremtre slik Gadamer beskriver, er vi avhengige av vår intuisjon, innsikt og bevissthet på egne fordommer og forforståelse (Gadamer et al., 2010). Bevissthet på egne fordommer og egen forforståelse er sentralt hos Gadamer, enten det er i tolkning av en tekst eller i et møte med forskjellige pasientfenomener (Gadamer et al., 2010). For erfaringsansatte som jobber i TSB, er det viktig å være bevisst egen forforståelse i prosessen med å hjelpe pasienter til å skape forståelse og innsikt i egen livssituasjon. Gjennom å reflektere over egen forforståelse og forståelsesprosessen i seg selv, kan erfaringsansatte møte pasientene der de er og bidra til at de kan reflektere over egen livssituasjon, jamfør den hermeneutiske sirkel.

Gadamer sier at begrepet dannelse kan gi et innblikk i bevissthet over egne fordommer og egen forforståelse. Dannelse er ifølge Gadamer den utdanning eller erfaring man har ervervet seg gjennom livet. I tillegg mener Gadamer at en sentral dimensjon i begrepet dannelse er takt og moralsk bevissthet. Dette medfører at dannelse ikke kun handler om å ta ansvar for sin egen selvutvikling, men at man også har ansvar for sitt medmenneske. Dannelse handler dermed ikke kun om å forholde seg til andre mennesker i snever forstand, men om å bidra til å ta ansvar for og mot det eksistensielt unike i mennesket selv (Gadamer et al., 2010).

Gadamer hevder at all forståelse er språklig, og det er språket som definerer mulighetsfeltet for forståelse (Gadamer et al., 2010). Gadamer og Jordheim (2003) hevder at det språket som ikke er ens eget, stiller forståelsen overfor noe annet, noe fremmed og noe som ikke er den selv. Og det er bare én mulig måte å møte et annet menneske på, det er gjennom samtalen og dialogen (Gadamer & Jordheim, 2003). For pasienter i TSB er samtalen og dialogen helt sentral. Det er gjennom samtalen og dialogen pasienter kan oppleve seg sett og forstått. Samtalen og dialogen åpner et rom for refleksjon og innsikt som kan bidra i pasientenes

tilfriskningsprosess. Gadamer hevder at samtalen har sin egen ånd, og at det språket som føres i samtalen, bærer sin egen sannhet i seg selv. Det betyr ifølge Gadamer at gjennom språket trer noe frem, noe blir avslørt.

2.2.3 Interaksjoner

Som supplement til «filosofisk hermeneutikk» anvendes noen av Erving Goffmans (1922–1982) teoretiske betraktninger knyttet til interaksjoner mellom mennesker. Selv om Goffman sitt sosiologteoretiske forfatterarbeid er skrevet i en helt annen tid enn vi er i nå, vurderer forsker allikevel at hans teorier er relevante og kan knyttes opp til denne studiens virkelighetsområde og kontekst. Interaksjoner og samhandling mellom mennesker er et grunnleggende element i rusbehandling.

Goffman, som var en sentral bidragsyter innen sosiologisk vitenskapsteori, definerer interaksjoner mellom mennesker som den gjensidige innflytelse personer har på andres handlinger når de befinner seg i deres umiddelbare fysiske nærvær (Goffman et al., 1992). Goffman hevder at interaksjonisme kjennetegnes ved to forhold. For det første skal aktøren være i fokus, og aktøren skal ikke ligge under for hverken ytre eller indre bestemmende sosiale krefter, men heller på en god og fri måte være engasjert i å produsere sosial orden nedenfra og opp (Aakvaag, 2008). For det andre kjennetegnes interaksjonismen ved tanken om direkte ansikt-til-ansikt-samhandling. I denne samhandlingen kan partene invitere hverandre til å inngå et samarbeid om det er ønskelig fra begge parter. Partene i samhandlingsinteraksjonen kaller han for aktører (Aakvaag, 2008).

Goffman sier at en samhandlingsorden dannes hver gang det forekommer samhandling ansikt til ansikt. Gjennom å nærlese eller å analysere samhandlingsordenen – sette begrep på – alle de regler, prosedyrer, metoder, strategier osv. som aktører gjør bruk av når de i fellesskap konstruerer meningsfulle og ordnede sosiale situasjoner, kan man komme på sporet av ting som er så selvfølgelig og hverdagslig at mennesker ikke tenker over at vi gjør dem (Aakvaag, 2008). Samhandlingsordenen er ifølge Goffman et virkelighetsområde som må analyseres på egne premisser, og ettersom sosiale situasjoner må åpnes og lukkes, vil en samhandlingsorden gå gjennom tre hovedfaser. I første fase, *åpningsfasen*, må partene i samhandlingen oppnå kontakt. Kontakt etableres ved kroppsspråk, fysisk nærhet og verbal kommunikasjon (Aakvaag, 2008). Det er nærliggende å tenke at for forståelsen og erfaringskunnskapen den erfaringsansatte har, spiller en viktig rolle i å åpne og etablere gode samhandlingsrelasjoner

med nye pasienter i TSB. De erfaringsansatte vet av egen erfaring at det kan oppleves utfordrende for et menneske å tre inn i en ukjent verden som ny pasient i TSB. Samfunnets stigma mot rusmiddelavhengige, utenforskap, ensomhet, sårbarhet, det å føle seg annerledes på en negativ måte, er kjente og eksistensielt utfordrende faktorer som disse menneskene kanskje har levd med i årevis (Halvorsen, 2011).

Når kontakten er opprettet, inntreer andre fase, *gjennomføringen*. Denne fasen utspiller seg alltid på bakgrunn av en felles situasjonsdefinisjon som aktørene har som oppgave å etablere og produsere. For at samhandlingssituasjonen skal fremstå som meningsfull og ordnet, er det helt avgjørende at partene i samhandlingssituasjonen kommer frem til en felles definisjon av situasjonen. En felles situasjonsdefinisjon avklarer hvem vi er overfor hverandre i den aktuelle konteksten, hvilke roller vi møter hverandre som, og hvilke forventninger vi skal ha til hverandre (Aakvaag, 2008). Å komme frem til en felles definisjon er helt nødvendig for at aktørene som samhandler skal finne ut av det med hverandre (Aakvaag, 2008). Ved at de erfaringsansatte gradvis og basert på profesjonelt skjønn nærmer seg pasienten og deler informasjon om hvem han eller hun er, samt hvilken rolle vedkommende har, så legges et grunnlag for videre samhandling i behandlingsoppholdet.

I tredje og siste fase må sosiale situasjoner *lukkes*. Det finnes et stort antall metoder og teknikker for å lukke en samhandlingssituasjon. I og med at lukking er en potensielt sårbar situasjon, er det viktig at det gjøres på en taktfull måte (Aakvaag, 2008). Å avslutte et behandlingsopphold i TSB kan være en sårbar situasjon for pasientene. De skal på egenhånd ut i samfunnet og starte på en ny retning i livet uten bruk av rusmidler. Det kan føre til usikkerhet og utrygghet knyttet til om de vil mestre å leve et rusfritt liv. Det er derfor viktig at en samhandlingsrelasjon avsluttes på en god måte. Erfaringsansatte kan sammen med pasienter lage avtaler og bli enige om at hvis det oppstår utfordrende situasjoner for pasientene etter utskrivelse, så kan de kontakte erfaringsansatte eller andre ansatte på klinikken. Eller de kan bli enige om at samhandlingsrelasjonen avsluttes når pasienten avslutter i TSB.

2.2.4 Frontstage/backstage

En annen av Goffmans teorier knyttet til menneskelige interaksjoner blir belyst gjennom hans dramaturgiske perspektiv på samfunnslivet. I dette perspektivet beskriver han at menneskelig

interaksjon og adferd kan analyseres med begreper hentet fra teateret (Goffman et al., 1992). Goffman viser hvordan mennesker opptrer og utspiller forskjellige roller slik skuespillere spiller ulike roller fra en scene. Gjennom å bruke forskjellige masker på de forskjellige arenaene vi er på, forsøker mennesker å skape bestemte inntrykk av seg selv overfor de andre deltakerne i interaksjonen (Goffman et al., 1992). De andre deltakerne i interaksjonen kaller Goffman for publikum, og beskriver at akkurat som i et teater må «frontstage» og «backstage» holdes adskilt for at forestillingen skal ha troverdighet (Goffman et al., 1992; Aakvaag, 2008).

En forutsetning for tilfriskning i rusbehandling er god samhandling mellom pasient og erfaringsansatte. Om vi ser på pasienter som kommer til rusbehandling som «aktørene» Goffman snakker om, er det nærliggende å tenke at de fleste pasienter som kommer til rusbehandling, kan være engstelig og redd for tilfriskningsprosessen de skal begi seg ut på. Å tre inn på en ny retning i livet uten den emosjonelle «beskyttelsen» rusmidlene tidligere har gitt dem, kan være utfordrende. Pasienter beskriver ofte at de kjenner på frykt for å ikke mestre livets forpliktelser eller være gode nok. Mange kjenner seg dessuten skamfulle for livet de har levd, og de er redde for å ikke få aksept av det rusfrie samfunnet de ønsker bli en del av.

Goffmann deler menneskers atferd i to. Han bruker begreper som «frontstage» og «backstage» (Goffman et al., 1992). Som tidligere nevnt hevder Goffman et al. (1992) at alle mennesker bærer på forskjellige masker som vi tar i bruk på de forskjellige arenaer vi er på. Videre sier han at vi mennesker ønsker å gi et bestemt inntrykk til våre medmennesker rundt oss slik at de skal få best mulig inntrykk av oss (Aakvaag, 2008). Gjennom å gi best mulig inntrykk ved å benytte forskjellige masker i møte med andre mennesker viser mennesker ifølge Goffmann sin fasade eller sin «frontstage» (Goffman et al., 1992). Goffman definerer baksideområdet eller «backstage» som et sted, i forhold til en bestemt opptreden, hvor mennesker kan slappe av og legge bort fasaden og gi slipp på rollen man spiller ut i møte med andre mennesker (Goffman et al., 1992). Slik forsker forstår dette, så ønsker alle mennesker å gi et bestemt inntrykk av seg selv i møte med andre mennesker. Vi ønsker å bli godt likt, få anerkjennelse, knytte nye relasjoner og vennskap og oppleve tilhørighet til andre mennesker. Vi ønsker ikke å vise hvordan vi egentlig har det, det som er bak fasaden, eller maskene vi benytter i møte med andre.

Å vise hvem vi er bak fasaden vår kan være skamfullt (Goffman et al., 1992). Mange av pasientene i rusbehandling er som tidligere nevnt bærere av skam (Andresen, 2011; Bradshaw, 1988; Karlsen, 2016). Karlsen (2016) beskriver skam som en følelse som retter seg inn mot menneskets selv, gjennom følelsesuttrykk som: jeg er verdiløs, noe er feil med meg, jeg er ikke verdt å elskes, jeg er en byrde for andre, jeg er skitten, eller jeg er uønsket.

Halvorsen (2011) sier at om vi ser på langvarig rusmisbruk, så er rusmiddelmissbruket det motsatte av et helende fellesskap, og misbruket er da sosialt nedbrytende. Båndene mellom mennesker, det sosiale nettverket, det vi trenger for å holde oss friske, ta vare på helsen vår, føle oss vel, bli likt og respektert, føle oss akseptert og elsket, brytes ned i rusmisbruk. Ut ifra hva Halvorsen (2011) og Karlsen (2016) hevder, er det forståelig at pasienter sliter med sterke skamfølelser. Skamfølelser kan ifølge Karlsen (2016) føre til at mennesker må benytte seg av skuespill og masker for å forsøke å passe inn blant andre mennesker. Basert på dette er det nærliggende å tenke at for pasientene kan det være ekstra viktig å vise sin fasade og «frontstage» i møte med andre mennesker. Det kan tenkes at de ønsker å skjule seg bak ulike masker, der de gir uttrykk for at de har det bedre enn de egentlig har det. På den måten skjuler de hvem de egentlig er. Fordi de er redde for å bli avvist og ikke være gode nok hvis de viser hvem de egentlig er med sine sårbarheter og utfordringer som de har med seg i sin bagasje.

Erfaringsansatte har kunnskap om slike beskyttelsesstrategier, da de selv har kjent på hvordan skammen har påvirket deres eget liv. De kan derfor møte pasientene der de er og dele av sine erfaringer. Ved å dele erfaringer kan den erfaringsansatte hjelpe pasienten å ta ned sitt emosjonelle forsvar og legge sine masker og utspilte roller til side. Den erfaringsansatte skaper i kraft av sin samhandling med pasienten slik tillit at pasienten kanskje for første gang tør la noen bli med inn «backstage» der pasienten kan vise hvem han eller hun er med sin skam og sårbarhet, utrygghet og ensomhet. En slik tilnærming kan romme en eksistensiell smerte og være veien ut av isolasjon for pasienter i rusbehandling.

Goffmans perspektiver om samhandling og interaksjon mellom to eller flere mennesker kan være med å skape ny innsikt og forståelse knyttet til hvordan erfaringskunnskap påvirker samhandlingsprosessen mellom pasient og erfaringsansatte i TSB. En dypere forståelse kan bidra til at man fra et miljøterapeutisk perspektiv får bredere innsikt i hvilken grad erfaringskunnskap kan bidra til å styrke det miljøterapeutiske samhandlings- og relasjonsarbeidet mellom erfaringsansatte og pasienter i TSB.

2.2.5 Virksomme relasjoner

Som supplement til «filosofisk hermeneutikk» og «interaksjoner» anvendes også noen av Løgstrups (1905–1981) teoretiske betraktninger knyttet til virksomme relasjoner. I tillegg belyses noen teoretiske betraktninger knyttet til relasjonelt håp. Å være med og bidra til å hjelpe mennesker med rusmiddelproblemer i deres tilfriskningsprosess er et stort miljøterapeutisk ansvar, og det kan være utfordrende fordi rusmiddelavhengighet er en så kompleks lidelse som påvirker biologiske, psykologiske, sosiale og samfunnsmessige forhold (Lossius, 2011). Det kan være utfordrende å forstå hva det innebærer. Det er derfor viktig å undersøke hvordan dette ansvaret skal forstås. Ved å undersøke hvilken betydning relasjoner har for mennesker med rusmiddelproblemer, vil en kunne få ny innsikt i hvor viktig det relasjonelle aspektet er i det miljøterapeutiske arbeidet og i behandling av mennesker som lider av rusmiddelavhengighet.

2.2.5.1 Vi er avhengige av hverandre

En av de mest grunnleggende faktorer i menneskers liv er vårt gjensidige avhengighetsforhold til hverandre (Løgstrup, 1991). Løgstrup (1991) bruker begrepet *interdependens* for å utdype dette avhengighetsforholdet. Det vil si at menneskelig forståelse og handling må grunnes i det vi er felles om, nemlig vår avhengighet til hverandre. Martinsen (1990) hevder at dette avhengighetsforholdet er en kjensgjerning, og ut fra denne springer det en umiddelbar fordring om å ta vare på hverandres liv.

I erfaringsbasert kunnskap er nærhetsetikk knyttet til relasjoner og ansvar for den andre vesentlig i miljøterapeutisk praksis. Utgangspunktet i nærhetsetikken er at mennesker er gjensidig avhengig av hverandre i kraft av deres grunnleggende sårbarhet (Henriksen & Vetlesen, 2006). Løgstrup (1991) hevder at etikkens utspring, hvorfor vi mennesker skal gjøre det gode mot hverandre, finnes i det personlige møte med den andre. Med utgangspunkt i den etiske fordring eller det som kommer til uttrykk hos vårt medmenneske, er det da opp til enhver å finne frem til hva som er den riktige moralske handlingen å gjøre. Løgstrup (1991) hevder at det hører menneskelivet til at mennesker normalt møter hverandre med naturlig tillit. «Den enkelte har aldri med et annet menneske at gjøre uten at han holder noget af dets liv i sin hånd» (Løgstrup, 1991, s. 25). Samtidig hevder Løgstrup at ansvaret for den andre aldri kan bestå i å overta personens eget ansvar for seg selv (Løgstrup, 1991, s. 50). Videre

hevder han at det skal særlige omstendigheter til, for at vi på forhånd står overfor en fremmed med mistillit (Løgstrup, 1991). Mennesker som viser denne tilliten ved å utlevere seg til andre, stiller seg sårbar. Ved å utlevere seg legger man noe av ens eget liv i andres hender i tillit til å bli ivaretatt på en god måte. Samtidig innebærer det at det andre mennesket får makt over den som har utlevert seg. Det som er viktig, er hvordan vi bruker denne makten. Det er i dette møtet mellom mennesker, der den ene utleverer og viser seg sårbar for den andre, at den etiske fordring springer ut. Makten til å handle godt og ta ansvar for å hjelpe den andre på en best mulig måte, for eksempel slik erfaringsansatte gjør i rusbehandling (Bøe & Thomassen, 2017).

Løgstrup hevder at grunnleggende menneskelige fenomener alltid er til stede i våre relasjoner til våre medmennesker. Disse fenomenene kaller han for livsytringer (Christoffersen, 1999). Livsytringene er jordsmonnet for vår etikk og moral, samt fenomener som hører med til livets grunnvilkår (Christoffersen, 1999). Løgstrup kaller livsytringene for spontane og suverene. Spontane livsytringer betyr at det er direkte innskytelser til å gjøre en handling ut ifra den situasjonen en er i. Suverene livsytringer betyr at de har overtaket på oss, og at vi handler godt mot våre medmennesker, slik at den enkelte situasjon forløses der og da (Andersen, 1996). Med livsytringer mener Løgstrup fenomener som barmhjertighet, medfølelse, tillit, talens åpenhet og håp (Bøe & Thomassen, 2017; Christoffersen, 1999). I det følgende vil livsytringene tillit, talens åpenhet og håp utdypes:

Tillit: Ifølge Løgstrup hører det til oss mennesker at vi normalt møter hverandre med tillit. Vi tar i utgangspunktet for gitt at de vi møter snakker sant, med mindre vi på forhånd ikke har oppdaget at vedkommende har løyet. Dette gjelder også i relasjon til mennesker vi ikke kjenner (Christoffersen, 1999). I møte med andre kan vi tillitsfullt utlevere oss selv, og det kan være sårbart fordi det kan være mye som står på spill. Gjennom å utlevere seg er man også sårbar. Det gjør at enhver relasjon er et maktforhold. Derfor er tilliten fundamental, fordi uten tillit bryter relasjonene sammen og ødelegges av mistillit. Forholdet mellom tillit og mistillit er skjørt. Mennesker kan ofte reagere eller håndtere det som blir delt mellom hverandre, på feil måte. Det kan føre til at mennesker kan risikere å bli såret, krenket eller sviktet på flere måter (Bøe & Thomassen, 2017). Det skal særlige omstendigheter til for at vi på forhånd står overfor en fremmed med mistillit (Løgstrup, 1991). Mistillit melder seg først når den andre gjør seg skyldig i groteske overdrivelser eller forteller oss helt usannsynlige ting, eller på en annen måte sårer eller krenker den andre (Christoffersen, 1999).

Talens åpenhet: Ifølge Løgstrup er åpenhet et elementært trekk ved talen (Christoffersen, 1999). Med det mener han at sannferdigheten ikke ligger hos taleren, men i selve språket, i det som blir talt ut (Christoffersen, 1999). Åpenheten er ifølge Løgstrup ikke noe vi selv legger i talen, men noe som på forhånd sirkulerer rundt talen, rundt det som skal bli talt (Christoffersen, 1999). Å være sannferdig gjennom tale i møte med et annet menneske krever at det er tillit til den andre (Christoffersen, 1999). Å skape trygghet og tillit i møte med pasienter i TSB er helt sentralt. Gjennom trygghet og tillit kan pasienter dele om det de opplever som utfordrende. Derfor er det viktig at erfaringsansatte skaper en trygg relasjon som bidrar til at pasientene våger å dele sin sårbarhet.

Håp: Håpet er en spontan ytring som vi er utstyrt med fra begynnelsen, og som fornyer livet vårt (Løgstrup, 1991). Ifølge Løgstrup åpner håp opp for en verden utenfor oss selv, å håpe på noe som er større enn oss selv. Som livsytring har håpet dermed ikke kun opphav i individet. Håpet stammer fra den kjensgjerning at tilværelsen alltid er uavsluttet. Selv i håpløsheten er håpet til stede (Løgstrup, 2015). Mange pasienter i TSB lever i en livssituasjon som er svært utfordrende, og mange kjenner på håpløshet. For erfaringsansatte i TSB er det viktig å bidra til å skape håp hos pasientene. Håp om en bedre fremtid, om å høre til, om et meningsfullt liv der de mestrer sin hverdag slik de selv ønsker.

2.2.5.2 Relasjonelt håp

Ifølge Biong og Herrestad (2011) i Bøe og Thomassen (2017) blir utfordrende livssituasjoner som hjelpetrengende mennesker er i, karakterisert som fastlåsthet og håpløshet. Mennesker med rusmiddelavhengighet er som regel i slike situasjoner. Fastlåsthet og håpløshet beskrives av Bøe et al. (2014); Davidson et al. (2010), i Bøe og Thomassen (2017) som å sitte fast og være kommet inn i en blindgate. Det beskrives også som å ikke vite hvordan en skal komme frem i livet, eller ikke å ha noe sted å gå til. Biong og Ravndal (2007) i Bøe og Thomassen (2017) beskriver fastlåsthet og håpløshet som å være på kanten av stupet, eller som å krysse en grense som oppleves umulig å krysse tilbake. Ifølge Bøe og Thomassen (2017) kan det å stå i utfordrende livssituasjoner med psykiske vansker eller rusmiddelproblemer oppleves eller beskrives som en reise gjennom livet som etter hvert fortøner seg som vanskelig, smertefull, forvirrende eller helt umulig. Følelsen av å ikke ha noe sted å gå til eller å høre til, hverken hos familie eller venner, eller på ulike arenaer, kan beskrives som en håpløs livssituasjon (Bøe & Thomassen, 2017). Lauveng (2014), som selv har kjent på håpløshetens

smertefulle virkning i eget liv, reflekter over håpets betydning for mennesker som er i en håpløs livssituasjon. Hun siteres slik:

...og jeg vet at den stadige fokuseringen på håpløshet skadet meg. Derfor er det viktig for meg å formidle håp og gi folk tro på at det finnes muligheter, også når man får en så alvorlig diagnose og er så syk. Jeg vet at jeg ville satt pris på det håpet da jeg var syk. Derfor vil jeg dele det nå (Lauveng, 2014, s. 187).

Bøe og Thomassen (2017) refererer til Kogstad (2004) og Borg og Topor (2014), som i sine undersøkelser fant at det å finne mening kan være et virksomt element for mange av deltakerne i deres tilfriskningsprosesser. Når det enkelte mennesket gjennom samarbeid med andre kan finne frem til en måte å forstå seg selv og egne problemer på uti fra en sammenheng, sitt liv og sin livshistorie, blir mening og håp ifølge Kogstad (2004) i Bøe & Thomassen (2017) sett på som helt sentralt i arbeidet med å bli bedre. Bøe og Thomassen (2017) hevder at flere informanter i Kogstads undersøkelse fortalte at å ha et annet menneske som var villig til å lytte til ens historie, for mange var det som var avgjørende for å skape mening i egen tilværelse. I tillegg la flere av deltakerne vekt på håpets betydning i tilfriskningsprosessen. Håpet og troen på at det skal gå bra, er ifølge Kogstad (2004) sin undersøkelse bærende faktorer i tilfriskningsprosessen (Bøe & Thomassen, 2017). Håpet og troen kan ifølge Bøe og Thomassen (2017) for noen være noe en selv klarer å holde oppe på tross av at livssituasjonen oppleves som håpløs, og omgivelsene ikke formidler håp eller tro på noe bedre i sikte. Håpet og troen kan være den livgivende faktoren som gjør at mennesker ikke gir opp. For andre kan samhandling med andre mennesker som bærer håpet og troen på at livet skal ordne seg til det bedre, være viktig når en selv føler å ha mistet det (Bøe & Thomassen, 2017). Davidson et al. (2005) refereres i Bøe og Thomassen (2017) og hevder det er vesentlig at terapeuter som jobber med hjelpetrequende mennesker, viser et håp og forventning om at en skal få det bedre. For mennesker som er i fastlåste og håpløse livssituasjoner, kan håpet en søker etter, være et håp som er relasjonelt. Det kan være et håp om å ha noen andre i sitt liv, ha en rolle overfor andre, håp om fellesskap med andre, håp om å mestre hverdagen sammen med andre eller håp om å bevege seg videre i livet sammen med andre mennesker (Biong & Herrestad, 2011). Dette støttes av Sælør, Næss og Semb (2015), som har gjort en kvalitativ studie av håp innenfor psykisk helse- og rusfeltet. Forfatterne hevder at mennesker som mottar tjenester innenfor psykisk helse og rusfeltet, ikke tenker annerledes eller har andre følelser enn andre mennesker. Disse

menneskene har i likhet med andre mennesker behov for å bli sett og hørt og høre til (Sælør et al., 2015). Sælør et al. (2015) fant også at håp knyttet til det helt konkrete var sentralt. Det kunne være å ha på plass de grunnleggende tingene, økonomi, bolig, mat og kontroll over rusmiddelbruk (Sælør et al., 2015). Et annet sentralt funn var betydningen av å ha ansatte som trodde på en, spesielt de gangene en selv ikke har håp. Dette tyder på at håp i denne konteksten er relasjonelt, noe man kan samarbeide om. Det er noe flyktig, og det er knyttet til fremtiden (Sælør et al., 2015). Dette støttes av Weingarten (2010), som hevder at håp er relasjonelt, det er noe vi gjør sammen med andre. Sælør et al. (2015) fant også at åpenhet og språk er knyttet til håp. Det å møte andre med åpenhet og det å se hele mennesket bidrar til å skape håp. I tillegg mener Sælør et al. (2015) at språkets betydning er viktig – at man er bevisst eget ordvalg og tonefall i møte med andre, både tjenestemottagere og kollegaer. Ifølge Biong og Herrestad (2011) kan psykisk helsearbeid forstås som et håpefullt eller håp-skapende arbeid. Forfatterne hevder at håp handler om å inspirere og tilrettelegge for å skape endring i fastlåste og håpløse situasjoner (Biong & Herrestad, 2011). Henriksen og Vetlesen (2006) hevder at pasienter på psykiatrisk sykehus er den trengende part i relasjon til pleieren. Det beror på at pasienten er innlagt fordi denne trenger hjelp og omsorg som best kan gis av profesjonelle tjenesteytere. Det betyr imidlertid ikke at pasientene er blottet for ressurser. Pasienten kan være fullt på høyde med, til og med overlegen, tjenesteyteren (Henriksen & Vetlesen, 2006). Kirkegaard (1994) hevder at for å kunne hjelpe et annet menneske må hjelperen møte mennesket der det er, og begynne der. Det er kunsten i all hjelpekunst (Kirkegaard, 1994). I denne konteksten er det viktig å finne mennesket bak rusmiddelavhengigheten og jobbe for å skape en trygg, tillitsfull og god relasjon.

3 Design, metode og analyse

I dette kapitlet beskrives fremgangsmåten som er fulgt for å besvare studiens forskningsspørsmål. Valg av forskningsmetode og vitenskapelig ståsted begrunnes. Videre redegjøres det for utvalg og rekruttering av deltakere, samt transkribering og analyse av datamaterialet. Studien har et kvalitativt design. Ifølge Dalland (2007) tar kvalitativt orienterte metoder sikte på å bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner samhandler og handler med hverandre. Gjennom å benytte kvalitative metoder til datainnsamling kan forskeren fange opp mening og opplevelser rundt et fenomen som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2007).

3.1 Individuelle intervjuer

Det er benyttet semistrukturert intervju som datainnsamlingsmetode. Kvale og Brinkmann (2015) hevder at en med semistrukturert intervju søker å innhente beskrivelser fra intervjupersonens livsverden, særlig gjennom fortolkninger av meningen med fenomenene som blir presentert og beskrevet for intervjupersonen. Malterud (2017) hevder at semistrukturerte intervjuer brukes når vi vil gi deltaker tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser som krever trygghet og ettertanke for å deles. Dette er i overenstemmelse med Johannessen, Christoffersen og Tufta (2016), som sier at individuelle intervjuer brukes når vi ønsker menneskers beskrivelser om forståelse, følelser, erfaringer, oppfatninger, meninger, holdninger og refleksjoner knyttet til et fenomen.

Studien har en sosialkonstruktivistisk tilnærming med flere teoretiske posisjoner (Norvoll, 2013). Det sosialkonstruktivistiske utgangspunktet innebærer forståelse om hvordan mennesker samhandler og konstruerer sin virkelighet gjennom erfaringer og tolkninger av verden. Thagaard (2013) hevder at ny kunnskap og forståelse skapes gjennom forskningsprosessen. I den forbindelse er det vesentlig hvilket vitenskapsteoretisk ståsted forskeren velger å benytte seg av i forskningsprosessen. (Thagaard, 2013).

To av de vitenskapsteoretiske posisjonene som benyttes i studien, er fenomenologi og hermeneutikk. Fenomenologi er benyttet for å belyse problemstillingen ved å ta utgangspunkt i studiedeltakernes egne opplevelser og erfaringer. Fenomenologi betyr læren om hvordan forstå fenomener slik de subjektivt fremtrer for mennesker gjennom deres virkelighetsoppfatning (Thornquist, 2018). Dalland (2017) beskriver fenomenologi som læren om fenomenene. Et fenomen er en fremtoning, det som viser seg eller kommer til syne, og

som oppfattes av sansene. I fenomenologiske undersøkelser er oppmerksomheten rettet mot verden slik den konkret oppleves og erfares fra for eksempel klientens eller pasientens eget perspektiv (Dalland, 2017; Johannessen et al., 2016).

Hermeneutikk er benyttet for å finne en dypere mening og fortolkning av studiedeltakernes opplevelser og erfaringer. Ifølge Dalland (2017) betyr hermeneutikk fortolkningslære. Å fortolke er å forsøke å finne frem til meningen i noe, eller forklare noe som i utgangspunktet er uklart. Dalland (2007) sier at vi som hermeneutisk innstilte forskere nærmer oss det som skal utforskes med vår egen førforståelse. De tanker, inntrykk og følelser vi har om emnet vi studerer, er en ressurs og ikke et hinder for å tolke og forstå de fenomenene vi ønsker å undersøke nærmere. Thornquist (2018) hevder at Gadamer var en av de første som bruke førforståelse. Gadamer mente at førforståelse var noe som gikk foran, det vil si, det dreier seg om den førforståelse eller bakgrunnskunnskap vi møter fenomener med. Vi møter fenomenene med en tankemessig og erfaringsmessig «bagasje» som er med på å bestemme det vi forstår og fortolker (Thornquist, 2018). I hermeneutisk tolkning forsøker forskeren å se helheten i forskningsproblemet. Forskeren stiller helheten i relasjon til og pendler mellom del og helhet for på den måten å komme frem til en så god forståelse som mulig. Dette kalles den hermeneutiske sirkel (Dalland, 2007; Kvale & Brinkmann, 2015). Førforståelse beskrives ytterligere nedenfor, under forskerens rolle.

3.2 Forskerens rolle

Innen all kvalitativ forskning vil forskeren ha med seg sin oppfattelse og forståelse rundt de fenomener som skal studeres. Hans-Georg Gadamer (1900–2002), som var en tysk filosof og en av hermeneutikkens store teoretikere, knyttes ofte til begrepet forforståelse. Han hevdet at vi alltid vil ha med oss en «bagasje» som er med og bestemmer hvordan vi forstår og fortolker et fenomen (Gadamer, 1989).

Thornquist (2003) sier at et viktig fortolkningsmessig prinsipp er den hermeneutiske sirkel. Forenklet sagt betyr den hermeneutiske sirkel at vi forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene. Dette er en erkjennelsesprosess som vandrer mellom del og helhet i forsøket på å forstå begge deler best mulig. Det betyr at hver gang vi mennesker forstår en del av virkeligheten, så vil det påvirke vår oppfatning av helheten (Thornquist, 2003).

Malterud (2017) sier at forforståelse er den ryggsekken vi har med oss inn i forskningsprosjektet før prosjektet starter. Innholdet i denne ryggsekken vil påvirke måten vi

leser, samler og tolker våre data på (Malterud, 2017). Det påpekes videre at denne bagasjen i beste fall kan gi næring og styrke til prosjektet og fungere som en matpakke. I verste fall kan den imidlertid bli en tung bølge som gjør at vi bør avbryte reisen, fordi alt handler om det vi bærer med oss, og ikke om det vi ser langs veien. Denne bagasjen består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv, og den teoretiske referanserammen slik den ser ut ved prosjektets start (Malterud, 2017). Dalen (2011) sier at å ha innsikt i eget felt kan bidra til å skape en trygg ramme for utvikling av kunnskap om fenomenene som blir tematisert.

I denne studien er det forsket i eget yrkesfelt. Det kan være positivt og negativt med tanke på tolkninger og vurderinger som gjøres underveis i forskningsprosessen. Forsker har fra tidligere tatt videreutdanning i psykisk helsearbeid. I tillegg til faglig kompetanse har forsker også, som nevnt innledningsvis, erfaringskunnskap fra en fortid med bruk av rusmidler. Det medfører at forsker har mange erfaringer og opplevelser knyttet til temaene som studeres. Ifølge Bøe og Thomassen (2007) kan denne kunnskapen kalles kontekstuell kunnskap eller innenfra kunnskap. Samlet sett har forskers erfaringer og opplevelser fra livet, og utdanning, dannet en forforståelse som har vært med gjennom hele denne forskningsprosessen. Den samlede erfaring og alle opplevelser er den «bagasjen» og «ryggsekken» Gadamer (1989) og Malterud (2017) snakker om i avsnittene over.

Thagaard (2013) hevder at det kan være lettere å få en forståelse for hvordan deltakerne erfarer og opplever de tema og fenomen som blir undersøkt når en forsker i eget felt. I denne studien deler forsker og deltakere noen felles erfaringer, som kan bidra til at forsker får en større forståelse av deltakernes beskrivelse av egne erfaringer og opplevelser. Samtidig kan felles erfaringsbakgrunn skape utfordringer ved at forsker ikke stiller spørsmål knyttet til viktige temaer for deltakerne i feltet. Forsker har gjennom hele forskningsprosessen forsøkt å være nøytral og bevisst egen forforståelse, og det har vært stort fokus på å ikke la viktige spørsmål og tema utebli. Forsker vil våge å si at egen forforståelse knyttet til temaet som blir forsket på, har gitt forsker innsikt til å stille spørsmål om viktige temaer som forskere uten denne erfaringskunnskap kanskje hadde gått forbi. Som forsker har det vært spesielt viktig å være bevisst egen erfaringskunnskap og forforståelse, slik at det ikke ble lagt føringer, eller at deltakerne ikke ble ledet til å gi svar som gagnet studiet (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017; Thagaard, 2013). Det har også vært viktig å holde en empatisk og profesjonell distanse til deltakerne. Det er fordi forsker ikke ønsket at deltakerne skulle

oppfatte vår samhandling som en vennskapshandling, da det kunne farge deres svar på mine spørsmål (Dalland, 2017; Kvale & Brinkmann, 2015).

Kvale og Brinkmann (2015) mener at det er viktig at den som gjennomfører kvalitativ forskning, har et åpent sinn. Istedenfor å stille opp med forhåndsoppsatte spørsmål og jobbe ut ifra ferdige analysekategorier, vil en heller være bevisst «naiv» og forsøke å være fordomsfri, noe som kan åpne for nye og uventede fenomener. I denne studien har det vært nødvendig å utfordre egen forforståelse. Det har forsker gjort ved å være åpen og mottakelig for det deltakerne forteller gjennom det transkriberte datamaterialet. Analyseprosessen, teori og samtaler med medstudenter, kollegaer og veileder har bidratt til nye erfaringer og større innsikt og forståelse rundt fenomenene som er undersøkt. Jamfør Gadammers hermeneutiske sirkel (Gadamer, 1989).

Forskers forforståelse knyttet til bruk av erfaringskunnskap i rusbehandling er at forsker mener det er positivt og viktig å benytte denne kunnskapsformen i rusbehandling. Det er fordi ansatte med erfaringskunnskap har erfaringer og opplevelser fra å leve et liv fanget i rusmiddelavhengighet. Å være fanget i rusmiddelavhengighet forstås av undertegnede som en svært krevende livssituasjon, som medfører mange og store konsekvenser på et eksistensielt plan. Den rusavhengige eksisterer gjennom å leve et meningsløst liv der han eller hun må håndtere psykiske, fysiske og eksistensielle konsekvenser og utfordringer. Brutte relasjoner, smertefulle følelser som skam og frykt, utenforskap og ensomhet er store belastninger den rusavhengige kjenner på og lever med hver dag. Mange rusavhengige lever ikke et liv som andre i fellesskapet. De eksisterer fastlåst gjennom deres avhengighet, mange uten håp for bedring, og i utenforskap til fellesskapet. Å komme ut av en slik livssituasjon er svært krevende, da det for de fleste er mange store og tunge eksistensielle utfordringer som skal løses, mestres og bearbeides. Mennesker som mestrer å komme ut av rusmiddelavhengighetens fangenskap, tilegner seg etter forskers mening en unik erfaringskunnskap. Fra å leve et destruktivt liv som flyktning fra seg selv, for deretter gjennom tilfriskning å finne tilbake til seg selv og ta eierskap over alle deler av egen livshistorie. Dette er unik kunnskap, som forsker mener er svært viktig å bli delt til pasienter som er i rusbehandling.

Forsker opplevde underveis i forskningsprosessen at egen forforståelse knyttet til temaene i denne studien var til stor hjelp både for å finne deltakere som ønsket å delta i undersøkelsen,

og i møte med deltakerne under intervjuene. Forsker var kjent med temaene og kunne møte deltakerne med forståelse over deres erfaringer og tidligere livssituasjon. Samlet sett er forskers forforståelse knyttet til fenomenet erfaringskunnskap at denne kunnskapsformen er svært viktig og bør benyttes og implementeres i større grad i rusbehandling enn det gjøres i dag.

3.3 Utvalgsstrategi

Problemstillingen er avgjørende for valg av kilder. Malterud (2003) hevder det er sentralt å reflektere rundt hva slags kunnskap som ønskes, og hvor kilden til kunnskap finnes. Forsker mener de som best kan besvare studiens forskningsspørsmål, er personer med tidligere pasientstatus fra TSB. De kan si noe om hvilke erfaringer de har fra samhandling med erfaringsansatte i TSB. Malterud (2003) sier videre at et utvalg bør settes sammen slik at datamaterialet inneholder tilstrekkelig rikt og variert materiale om det man ønsker å belyse når studien er gjennomført. Dette studiet har et strategisk utvalgspotensial hvor fokuset er rettet mot personer som har stor informasjonsstyrke (Malterud 2017). For denne studien vil det si personer som har egne erfaringer og opplevelser i å samhandle med erfaringsansatte i TSB. Personer med tidligere pasientstatus fra TSB kan gjennom et semistrukturert intervju bidra til å fremskaffe kunnskap ved å besvare studiens forskningsspørsmål.

Friis og Vaglum (1999) hevder at det bør være inklusjonskriterier eller vilkår for deltakere som skal delta i forskningsprosjekter. Inklusjonskriterier i denne studien er at deltakerne må ha mottatt helserettet hjelp og samhandlet med erfaringsansatte gjennom et rusbehandlingsopphold i TSB. Deltakerne må også ha vært rusfri i over et år. Det er fordi forsker tenker at deltakerne dermed vil ha større evne til å reflektere over sin egen tilfriskningsprosess. Malterud (2017) hevder et strategisk utvalg med vekt på mangfold kan bidra til større informasjonsstyrke. Forsker ønsker derfor at deltakere skal bestå av begge kjønn, ha ulik alder og være over 25 år. Malterud (2017) hevder at kvalitative studier sjelden bygger på data fra et stort antall deltakere. Hun mener at et strategisk utvalg som har stor informasjonsstyrke kan gi et godt grunnlag for utvikling av ny kunnskap om kjennetegn og mening, og som med utgangspunkt i dette gir innsikt ut over den konteksten der studien ble gjennomført. Med bakgrunn i hva Malterud (2017) hevder om informasjonsstyrke, studiets omfang og samtaler med veileder, ble det vurdert at 4–5 deltakere ville være tilstrekkelig. Malterud (2017) bemerker at dersom informasjonsstyrken i utvalget vurderes som svak, bør utvalget utvides for å heve informasjonsstyrken. Det ble avtalt med veileder at hvis

informasjonsstyrken i utvalget ble vurdert som svak fordi innhentet data ikke besvarte problemstillingen, skulle antall deltakere utvides. Dette skulle senere vise seg å ikke vurderes som nødvendig.

For å rekruttere et utvalg med deltakere som har stor informasjonsstyrke, ble det vurdert at brukerorganisasjoner og selvhjelpsgrupper innen rusfeltet kunne finne mennesker som hadde de erfaringer studien søkte. Det ble skaffet en oversikt over hvilke brukerorganisasjoner og selvhjelpsgrupper som finnes i Norge. I tilfelle det skulle bli vanskelig å skaffe deltakere fra brukerorganisasjoner og selvhjelpsgrupper, ble det også skaffet en oversikt over relevante sosiale medier.

Når studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), ble ledere av noen utvalgte brukerorganisasjoner og selvhjelpsgrupper i Norge kontaktet. I informasjonsskrivet som ble sendt ut, ble det informert om studiens hensikt, forskningsspørsmål og ønsket om å rekruttere deltakere til studien. Ingen brukerorganisasjoner responderte på henvendelsen. Leder av selvhjelpsgruppe-organisasjonen som ble kontaktet, svarte at på grunn av anonymitetsprinsippet til organisasjonen kunne de ikke bidra med å skaffe deltakere til studien. Leder foreslo derimot at forsker kunne søke deltakere til studien gjennom sosiale medier. Da kunne personer fritt og uten å føle noe press eller forventninger fra andre melde seg for deltakelse i studien. Å søke etter deltakere på sosiale medier var på forhånd godkjent av NSD. Det ble lagt ut en annonse på sosiale medier med vedlagt informasjonsskriv (vedlegg 1) og samtykkeerklæring (vedlegg 2) med forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet.

I informasjonsskrivet ble det informert om et behov for 4–5 deltakere med tidligere pasientstatus fra TSB, til individuelle intervjuer som skulle gjennomføres på den digitale plattformen Teams (Microsoft 365). Det ble også lagt ved kontaktinformasjon, slik at personer som kunne tenke seg å delta i studien, kunne kontakte forsker privat og utenom sosiale medier. Det var god respons på forskers forespørsel på sosiale medier. Relativt raskt ble forsker kontaktet privat. 4 deltakere som oppfylte inklusjonskriteriene, ønsket å delta i studien. Deltakerne fikk tilsendt en e-post med vedlagt informasjonsskriv, samtykkeerklæring og NSD sin godkjenning av forskningsprosjektet. Gjennom utvalgsprosessen til forskningsprosjektet har forsker fulgt UiO (Olafsen, 2021) sine retningslinjer knyttet til rekruttering av deltakere på sosiale medier.

3.4 Datainnsamling

Datainnsamlingen baserer seg på individuelle intervjuer. I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en semistrukturert åpen intervjuguide med utgangspunkt i problemstillingen (se vedlegg 3). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er en semistrukturert intervjuguide utformet på bakgrunn av tema som skal utforskes samt forslag til spørsmål og oppfølgingsspørsmål. Å utforme spørsmål som belyste problemstillingen var en krevende prosess. Dalland (2007) påpeker at forskere må ha verdighet i tankene når vi ber mennesker gi av seg. For å ivareta deltakernes verdighet og integritet var forsker bevisst på å ikke stille ledende eller krenkende spørsmål. I tillegg var det viktig å være bevisst på at egne erfaringer ikke trenger å være i overenstemmelse med andres erfaringer. Forsker var derfor åpen for å høre andre erfaringer og perspektiver enn det som kanskje var forventet. På bakgrunn av forskers erfarings- og fagkunnskap ble det utformet spørsmål som dreide rundt forhåndsvalgte tema, og som ble vurdert å kunne belyse problemstillingen i studien. Strukturen i intervjuene var relativt fri. Forsker forsøkte å skape en velvillig og åpen atmosfære, hvor deltakerne fikk uttrykke personlige og motstridende synspunkter rundt temaene som var i fokus.

I forkant av intervjuene ble det gjennomført en test av intervjuet og intervjuguiden. Testintervjuet har foregått på Teams, sammen med en erfaringsansatt deltaker fra egen arbeidsplass. Testintervjuet var en god erfaring som gav forsker mulighet til å reflektere over de valgte tema samt justere spørsmål i intervjuguiden.

Intervjuene ble fortløpende gjennomført med rundt to ukers mellomrom fra september til november 2021. I forkant av hvert intervju mottok forsker signert samtykkeerklæring fra deltakerne. Tre av deltakerne sendte samtykkeerklæringen via e-post. En deltaker sendte samtykkeerklæringen i posten. Dermed ble det god tid mellom hvert intervju, slik at forsker kunne gjøre forberedelser til forestående intervju, samt reflektere over inntrykk som kom frem under intervjuene. I hvert intervju ble det tatt notater. Det var viktig i tilfelle forsker opplevde noe som måtte endres på. For eksempel spørsmålsformulering. Ved å ta notater kunne forsker understreke det som ble ansett som viktige poenger, samt forberede seg til neste intervju. Notatene ble oppbevart i tråd med Norges arktiske universitet (www.uit.no) sine retningslinjer og krav om personvern.

Etter at forsker mottok samtykkeerklæringen fra de enkelte deltakerne, ble deltakerne kontaktet for å avtale intervjutidspunkt. Deltakerne fikk velge det intervjutidspunktet som

passet best for dem. For alle deltakerne passet det best å gjennomføre intervjuene på ettermiddagen etter jobb. Intervjuene ble gjennomført på Teams, og hadde en gjennomsnittlig varighet på ca. 45 minutter. Deltakerne hadde i forkant av intervjuene blitt oppfordret til å være i et skjermet rom slik at de ikke skulle bli forstyrret. For å opprette kontakt på avtalt intervjutidspunkt ble det sendt ut en invitasjonslenke til Teams på e-post. Kontakt på den digitale plattformen ble opprettet til avtalt tidspunkt.

Alle intervjuer startet med at deltakerne fikk informasjon om hensikten med studiet og at forsker har taushetsplikt. Det var viktig at deltakerne følte seg vel, og det ble informert om at deltakerne ikke trengte å svare på spørsmål hvis de følte seg ukomfortable. De fikk også informasjon om at de kunne stille spørsmål eller avbryte intervjuet når som helst uten at de trenger å oppgi grunn. Det ble også gitt informasjon om at forsker fortrinnsvis ønsket å lytte til deltakernes beskrivelser og svar på spørsmål. Samtidig fikk deltakerne informasjon om at forsker ville stille oppfølgingsspørsmål der det ble ansett som viktig. De fikk også informasjon om at det ikke ville bli gjort videoopptak av intervjuene, samt at intervjuene blir tatt opp via nettskjema-diktafon-app som er koblet på en kryptert, sikker database tilhørende Universitetet i Oslo-UIO (www.uio.no). Det ble også gitt informasjon om forskers egen erfaringsbakgrunn, og at på bakgrunn av dette har forsker egne meninger og holdninger til temaene det skal snakkes om. Det ble understreket at forsker ikke ønsket at informasjonen de fikk, skulle farge intervjuene, da forsker ønsket å bli kjent med deres meninger og holdninger til temaene.

Alle intervjuer gikk bra, og deltakerne svarte utfyllende og engasjert ved å dele sine meninger og erfaringer. I alle intervjuene ble det stilt oppfølgingsspørsmål der forsker ønsket en dypere forståelse av det deltakerne beskrev. Det siste intervjuet opplevde forsker som noe krevende. Det var fordi noen av svarene til deltakeren gjorde forsker usikker på om deltakeren forstod spørsmålet. For å bli trygg på at deltakeren forstod enkelte spørsmål, gjentok forsker spørsmålet eller stilte spørsmålet på flere måter. Deltakeren opplevdes som noe usikker i begynnelsen av intervjuet, men utover i intervjuprosessen opplevde forsker deltaker som tryggere. Intervjuet fløt bedre, og deltakeren gav uttrykk for å forstå spørsmålene som ble stilt. På slutten av intervjuet opplevde forsker deltakeren mer avslappet og fornøyd med å ha deltatt i intervjuet.

Ifølge Dalland (2017) er det nyttig å evaluere for å kunne si noe om kvaliteten på intervjuet. På slutten av intervjuet ble deltakerne invitert til å dele sine refleksjoner om samtalen, innholdet og deltakelsen. Samtlige deltakere satte pris på å få delta i studien, fordi de ønsket å bidra til mer kunnskap om fenomenet erfaringskunnskap. De ønsket å bidra til å hjelpe andre mennesker ut av rusmiddelavhengighet.

3.5 Transkribering

Deltakernes tidligere pasientstatus i TSB medførte en risiko for at sensitiv informasjon kunne fremkomme i intervjuene. For å hindre dette ble det gjennom et samarbeid med veileder og NSD opprettet en sikker portalløsning gjennom Tjenester for Sensitive Data (TSD). I denne portalløsningen ble redigeringsprogrammet Nvivo benyttet for å organisere og sortere datamaterialet. Programmet brukes fortrinnsvis i kvalitative studier (QSR International, 2022). Gjennom portalløsningen ble det gjort sikker innhenting, lagring og bearbeiding av informasjonen. Transkripsjonen ble utført de påfølgende dagene mens det var friskt i minnet. Når et intervju var ferdig, ble neste deltaker kontaktet for å avtale intervjutidspunkt.

I forkant av det første intervjuet var forsker litt usikker på hvordan det ville gå og gjennomføre intervjuet på Teams, og samtidig greie å bruke en diktafonapp. Usikkerheten handlet om det ville bli god nok lyd kvalitet, men det viste seg at lyden var bra. Intervjuet ble gjennomført på en tilfredsstillende måte, og deltakeren hadde mange refleksjoner rundt de forskjellige tema og spørsmål. I transkripsjonen i etterkant kom det frem at forsker lot deltaker snakke fritt der deltaker delte sine meninger og erfaringer knyttet til spørsmålene. Transkripsjonen viste også at forsker stilte oppfølgingsspørsmål der det var ønskelig med mer dybde i svaret til deltakeren. Lydopptaket viste at deltakeren delte mye om sine erfaringer. Innimellom de enkelte spørsmål ble det også stillhet. Stillheten ble av forsker opplevd som at deltakeren tenkte seg godt om. Samtidig opplevde forsker at intervjuet ble opplevd som noe krevende for deltakeren. Etter intervjuet bekreftet deltaker at det var noe krevende å dele opplevelser og erfaringer med forsker.

Når det gjelder de andre intervjuene, så var det ikke noe usikkerhet knyttet til det tekniske utstyret som skulle brukes. Det har å gjøre med at forsker gjennom det første intervjuet hadde plassert telefonen som diktafonappen var koblet til, på en slik måte at kvaliteten på lydfilen ble bra. Forsker visste dermed på de gjenstående intervjuene hvordan telefonen med

diktafonappen skulle plasseres. Intervjuene gikk bra. Deltakerne svarte utfyllende på spørsmål ved engasjert å dele sine meninger og erfaringer rundt forskers spørsmål.

Malterud (2003) hevder forskeren kan gjenoppleve møtet med intervjupersonen gjennom egen transkribering, og tolkningen begynner ofte gjennom transkriberingen. Forfatteren sier videre at formålet med skriftliggjøringen er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som deltakerne hadde til hensikt å meddele. Erfaringene og meningene som deltakerne delte i intervjuene, forsøkte forsker å skriftliggjøre i en slik form at det gjenga det som de hadde til hensikt å meddele. Intervjuene ble transkribert ord for ord, og ord som forsker oppfattet at deltakerne vektla, ble markert med fet skrift i teksten. Forsker skrev også ned bekræftende anerkjennelser til det deltaker delte. Det var fordi forsker mente markeringer i teksten kunne bidra til, gjennom analyseprosessen, en dypere forståelse av de erfaringer og meninger deltaker beskrev.

Tekstmaterialet ble organisert på en ryddig måte. Teksten ble skrevet i en enkel stil med skriftstørrelse 12 og enkel linjeavstand. For å ivareta deltakernes anonymitet ble teksten skrevet på bokmål. Lydfilene var av god kvalitet, og forsker hørte veldig godt det som ble sagt. Det som ble sagt, var synkront og i overensstemmelse med den transkriberte teksten. Transkriberingsprosessen ble gjennomført uten utfordringer. Da forsker var ferdig med transkriberingen, bestod tekstmaterialet av 39 sider.

3.6 Tematisk analyse

Det finnes ifølge Malterud (2017) mange verktøy som kan benyttes for å analysere data som kommer frem gjennom forskningsintervju og påfølgende transkribering. Forfatteren sier at for å få et godt resultat er det svært viktig å følge en systematisk fremgangsmåte som følger faste prosedyrer. På den måten kan forsker redegjøre for den skjulte systematikken i de mønstrene som blir tydelig, og dele dem med leseren. Analysen skal presenteres slik at andre senere kan følge den veien vi har gått, anerkjenne vår systematikk underveis, samt forstå våre tolkninger og konklusjoner. Dette kalles intersubjektivitet (Malterud, 2017).

I denne studien er det gjennomført en induktiv tverrgående tematisk analyse ved å bruke systematisk tekstkondensering som metode. Metoden kan brukes til analyse av mange typer empirisk data med ulik grad av teoretisk forankring (Malterud, 2017). Metoden er derfor godt egnet for denne studien, da forsker sammenfatter empirisk data fra flere forskjellige deltakere.

Resultatene som kommer frem gjennom systematisk tekstkondensering, regnes som gyldig data (Malterud, 2017).

Ifølge Malterud (2017) deles systematisk tekstkondensering inn i følgende 4 trinn:

1. Få et helhetsinntrykk.
2. Å identifisere meningsdannende enheter.
3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene.
4. Å sammenfatte betydningen av dette.

Disse trinnene utgjør arbeidsstrukturen i systematisk tekstkondensering. Nedenfor beskrives gjennomføringen av analyseprosessen med utgangspunkt i denne metoden.

3.6.1 Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer

Malterud (2017) forklarer at det i første trinn av metoden er viktig å lese gjennom datamaterialet for å bli kjent med dette. Vi skal danne et helhetsbilde og ut fra dette vurdere hvilke temaer som vekker særskilt interesse og oppmerksomhet med tanke på å belyse studiens problemstilling. Datamaterialet ble lest med en fenomenologisk tilnærming. Dette ble gjort for å unngå at datamaterialet ble tematisert med utgangspunkt i forskers egen forforståelse og teoretiske referanseramme. Etter gjennomlesning av datamaterialet kom forsker frem til elleve foreløpige temaer. For å verifisere første del av systematiseringsprosessen leste veileder gjennom et av intervjuene. Dermed kunne forsker og veileder sammenligne førsteinntrykk av temaer i datamaterialet som vakte interesse.

3.6.2 Meningsdannende enheter – fra temaer til koding og sortering

I analysens andre trinn skal teksten i datamaterialet studeres nærmere og organiseres. Organiseringen av datamaterialet ble gjort ved å analysere linje for linje. Ved å analysere på den måten ble de meningsbærende enhetene som forsker vurderte kunne besvare problemstillingen, identifisert (Malterud, 2017). De meningsbærende enhetene, som kunne være både setninger og avsnitt, ble markert og kodet med bokstavkoder som forsker valgte ut. Denne måten å systematisere på ble gjort for å samle meningsbærende enheter som har noe til felles, og som hadde utgangspunkt i temaene i trinn én. Etter hvert som forsker fikk større og dypere forståelse av innholdet i kodegruppene, ble det som i trinn én var elleve temaer redusert til tre kodegrupper. De tre kodegruppene fikk nye navn. Denne systematiseringen er i tråd med Malterud (2017), som sier at etter hvert som materialet skaper nye ideer og innspill,

så er det er nødvendig å raffinere den intuitive klassifikasjonen som den første versjonen av kodegruppene representerer.

Gjennom hele arbeidsprosessen, fra beskrivelse av tema i trinn én til koder og kodegruppeorganisering i trinn to, dokumenterte jeg prosessen i en prosjektlogg. Dette gjorde jeg fordi at hvis det ble nødvendig å gå tilbake i analyseprosessen, ville jeg ha en systematisk oversikt over hva jeg hadde gjort.

3.6.3 Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold

I analysens tredje trinn hevder Malterud (2017) at den kunnskapen vi har kommet frem til gjennom trinn to, skal sammenfattes. Gjennom å studere hver enkelt tekst til hver av kodegruppene kunne forsker sortere ut innhold som har flere nyanser og beskriver forskjellige meningsaspekter. Malterud (2017) hevder at sorteringsvalgene forskeren gjør, vil være påvirket av de perspektiv vi studerer vårt materiale ut fra. Tolkningen av materialet ble derfor gjort med utgangspunkt i forskers forforståelse, teoretisk kunnskap og ståsted.

Teksten som viste seg å ha flere nyanser og forskjellige meningsaspekter, ble sortert i to til tre subgrupper tilhørende hver av kodegruppene. Til hver av subgruppene ble det skrevet et kondensat. Et kondensat er en gjenfortelling av de nyanser og meningsaspekter tilknyttet de fenomenene som er fremtredende for de enkelte subgruppene (Malterud, 2017). Kondensatet er skrevet tekstnært og i jeg-form. Det er fordi forsker ønsket å representere hver deltaker så autentisk som de selv har uttrykt seg i intervjuene. I denne prosessen ble en kodegruppe med tilhørende tekst lagt til side. Det ble vurdert at materialet ikke var relevant for å besvare problemstillingen, og det passet dermed ikke inn i noen av subgruppene. Samtidig ble det fortløpende, under kondenseringsprosessen, vurdert om forsker skulle tilføye dem i en av subgruppene.

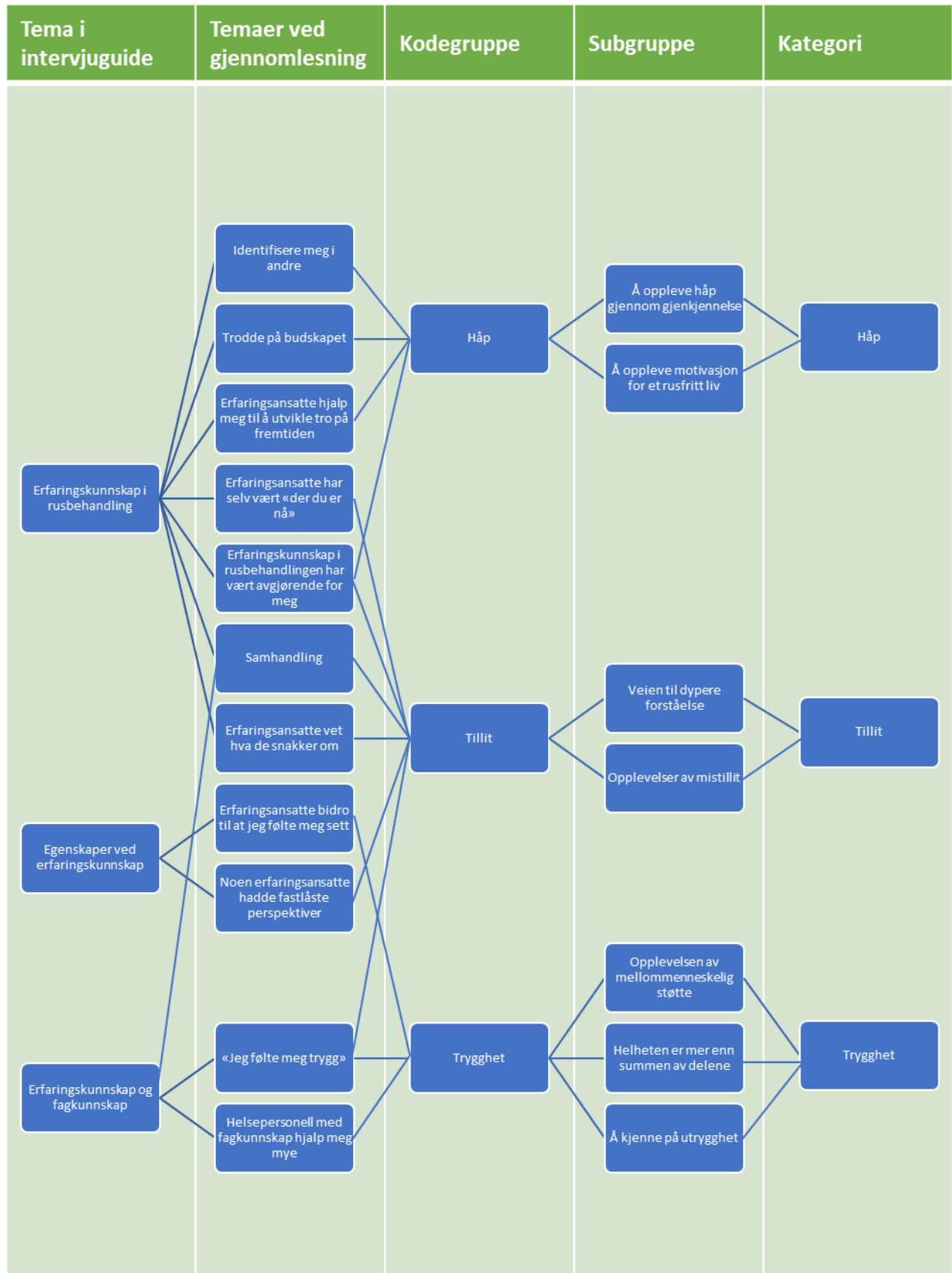
3.6.4 Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I analysens fjerde trinn skal det ifølge Malterud (2017) gjøres en rekontekstualisering av materialet fra trinn tre. Å rekontekstualisere er å sammenfatte det som er funnet i form av fortolkede synteser. Dette arbeidet danner grunnlag for nye beskrivelser og begreper som kan deles med andre. Ifølge Malterud (2017) skal denne sammenfatningen formidles på en måte som er lojal overfor deltakernes stemmer. I tillegg skal sammenfatningen bidra til å skape innsikt og tillit hos leseren. På bakgrunn av dette skrev forsker en analytisk tekst med utgangspunkt i kondensatene til de enkelte subgruppene. Teksten ble skrevet med

forskerstemme, og deler av teksten er illustrert med sitater, slik at forsker får konkretisert og understreket hovedfunnene i studien. Dette er resultatene av analysen, som blir nærmere presentert i resultatdelen.

Nedenfor presenteres en skjematisk oversikt over analyseprosessen. Den skjematiske oversikten viser de temaer som er benyttet i intervjuguiden, samt de temaer som ble valgt ved første gjennomlesning. Den viser også hvilke kodegrupper med tilhørende subgrupper som ble valgt. Og til slutt vises kategoriene, som senere blir presentert under resultatdelen.

Skjematisk oversikt over analyseprosessen



3.7 Studiens pålitelighet og gyldighet

Innenfor kvantitativ og kvalitativ forskning blir begreper som reliabilitet og validitet brukt i kvalitetssikring av selve forskningsprosessen og for å vurdere gyldigheten av de funn som blir gjort (Johannessen et al., 2016). Det stilles likevel forskjellig krav til reliabilitet innen kvantitativ og kvalitativ forskning. Det er fordi det i kvalitative forskningsprosjekter er intervjuer som innhenter data og er selve forskningsverktøyet. Kvalitativ forskning vil dermed være påvirket av kontekst, verdisyn og forskerens erfaring og forforståelse (Johannessen et al., 2016). I kvantitativ forskning er det annerledes, da det ofte er utarbeidet flere standardiserte måter å teste datas reliabilitet på (Johannessen et al., 2016). Kvale og Brinkmann (2015) sier at innen kvalitativ forskning betyr begrepet reliabilitet pålitelighet, og har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre. Thagaard (2013) sier at spørsmålet en må stille, er om forskningen er utført på en tillitsvekkende måte for en person som leser forskningen med et kritisk blikk. I denne studien har forsker tilstrebet å være transparent i de metodiske valg, ved å redegjøre for selve prosessen som førte frem til studiens resultater. I forkant av intervjuene gjennomførte forsker et testintervju med en arbeidskollega. Det ble gjort fordi forsker ønsket å være best mulig forberedt til intervjuene. Deltakerne fikk også i forkant av intervjuene sendt ut et informasjonsskriv. I informasjonsskrivet ble deltakerne informert om studiens hensikt og hvilke temaer forsker ønsket å løfte frem for dem.

Malterud (2017) hevder at hvis intervjuene blir gjennomført en plass der deltakerne føler seg trygg, kan gyldigheten i deltakernes beskrivelser av egne erfaringer knyttet til temaer og spørsmål øke. Intervjuene i denne studien ble gjennomført på den digitale plattformen Teams (Microsoft 365). Deltakerne kunne selv velge den plassen de opplevde seg trygg i for å gjennomføre intervjuet. En svakhet ved å gjennomføre intervjuer digitalt gjennom videoløsninger er at informasjonen som kommer frem, bare gir indirekte representasjon av utvalgte aspekter av det som foregår. På bakgrunn av dette var forsker derfor nøye med å oppsummere deltakernes svar i selve intervjuene. De gangene forsker ble usikker på hva deltakerne mente, ble det stilt oppfølgingsspørsmål, fordi det var viktig for forsker at deltakerne kjente seg igjen i forskers tolkninger av deres svar. I transkriberingsprosessen var forsker også nøye med å dobbeltsjekke at lydopptakene var i samsvar med det transkriberte materialet.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015); Malterud (2017); Thagaard (2013) betyr validitet gyldighet. Johannessen et al. (2016); Kvale og Brinkmann (2015) hevder at validitet i kvalitativ forskning benyttes for å vurdere om studiens funn er gyldige, samtidig som det vurderes om metodeverktøyet som er brukt undersøker det det har til hensikt å undersøke. I analysen av datamaterialet i denne studien har forsker benyttet Malterud (2017) sin metode; systematisk tekstkondensering. Metoden er utviklet med sikte på å gi nybegynnere en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte. Gjennom å følge Malterud (2017) sin metodebeskrivelse og veileders anbefalinger, samt ved å redegjøre for egen forforståelse og teoretiske rammeverk, mener forsker selv at resultatene som kommer frem gjennom studien, kan ansees som gyldige. Alle de metodiske grep er dokumentert i en prosjektlogg. Hvis det på et tidspunkt oppstod et behov for å gå tilbake i prosessen, kunne forsker dermed på en oversiktlig måte finne frem til og forstå hvilke metodiske valg som tidligere er gjort. For øvrig er temaene i intervjuguiden og analysen forskjellige. Dette er ifølge Malterud (2017) en indikasjon på at analysen er gjort på en god måte.

3.8 Forskningsetiske overveielser

I dette forskningsprosjektet er det intervjuet personer med tidligere pasientstatus i TSB. Intervjuene tar utgangspunkt i deres erfaringer fra relasjon og samhandling med erfaringsansatte i rusbehandling (TSB). For å sikre at forskningen foregår innenfor etisk forsvarlige og akseptable rammer er det bestemt at kliniske forskningsprosjekter skal vurderes av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Friis & Vaglum, 1999). REK består av personer med ulik fagbakgrunn som skal godkjenne alle medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter (Malterud, 2017). På bakgrunn av etiske retningslinjer og samtaler med veileder ble det vurdert å sende en søknad om fremleggingsvurdering og godkjenning av forskningsprosjektet til REK (vedlegg 5). Studien ble av REK vurdert til å ikke falle inn under helseforskningens virkeområde.

I og med at forskningsprosjektet inneholder personopplysninger, er forsker pliktig til å sende inn et meldeskjema til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (www.nsd.uib.no) for å få godkjenning til å gjennomføre studien. Etter noen små justeringer knyttet til meldeskjemaet ble studieprosjektet godkjent, og forsker kunne starte gjennomføring av studien (vedlegg 4). Dermed ble deltakernes rettigheter knyttet til deltakelse ivaretatt.

I forkant av studiet sendte forsker ut et informasjonsskriv til deltakerne som takket ja til å delta i studien. I informasjonsskrivet ble det redegjort for etiske betraktninger om frivillig deltakelse i intervju, taushetsplikt og anonymisering. I tillegg ble det informert om studiens hensikt og forskningsspørsmål samt redegjort for deltakernes rettigheter om de takker ja til å delta i studiet. I informasjonsskrivet fulgte også skjema for skriftlig informert samtykke med. Dette ble signert og levert til forsker i forkant av intervjuet. Samtykkeerklæringene er ivaretatt i tråd med Norges arktiske universitet (www.uit.no) sine retningslinjer om krav om personvern. Deltakerne ble også informert om at lydfilene fra intervjuene blir tatt opp via nettskjema-diktafonapp som er koblet på en kryptert, sikker database tilhørende Universitetet i Oslo-UIO (www.uio.no). Påloggingsinformasjonen til denne databasen er oppbevart i tråd med (www.uit.no) sine retningslinjer med krav om personvern. Gjennom informasjonsskrivet fikk deltakerne også informasjon om at forsker ønsker å utsette å slette prosjektet med et år, fordi det kan bli aktuelt å publisere resultatene av studien i et fagfelleverdert tidsskrift. Ved prosjektslutt vil personopplysninger, lydopptak og transkribert materiale slettes.

Deltakerne gav i tillegg muntlig samtykke til å delta før selve intervjuet startet. De har også fått informasjon om at de på hvilket som helst tidspunkt kan trekke seg fra deltakelse fra studiet, og at alle opplysninger som gjelder dem, vil bli slettet.

Forsker har gjennom hele prosessen ivaretatt deltakernes anonymitet. Det er ikke opplyst hvor i landet deltakerne kommer fra, og det er heller ikke opplyst hvilken rusbehandlingsklinikk de tidligere har vært innlagt som pasient på. Når det gjelder det transkriberte materialet og alle sitater, så er de skrevet på bokmål. Det er gjort for å sikre best mulig ivaretagelse av deltakernes anonymitet.

4 Presentasjon av resultater

I dette kapittelet vil studiens resultater bli presentert. Resultatene har utgangspunkt i deltakernes erfaringer. Erfaringene er tematisert. Det vil også bli presentert noen sitater som har utgangspunkt i deltakernes erfaringer. Temaer og utvalgte sitater vil fortløpende bli belyst nedenfor. Resultatene forsker kom frem til gjennom analyse, er i følgende kategorier:

Erfaringskunnskapens betydning for utvikling av **HÅP**

Erfaringskunnskapens betydning for utvikling av **TILLIT**

Erfaringskunnskapens betydning for å kjenne **TRYGGHET**

4.1 Erfaringskunnskapens betydning for utvikling av håp

Denne kategorien handler om deltakernes beskrivelse og opplevelse av håp når de var i rusbehandling. Deltakerne i studien beskrev at før de kom i rusbehandling, så opplevde de at de hadde svært lite håp, eller at de var uten håp om å kunne få et godt liv uten bruk av rusmidler. Livssituasjonen var så vanskelig at noen av deltakerne fortalte at de vurderte å ta sitt eget liv. Deltakerne fortalte videre at denne håpløse tilstanden de levde i, endret seg når de kom i rusbehandling. Der møtte de ansatte som hadde erfaringskunnskap fra egen rusmiddelavhengighet. Når de ansatte med erfaringskunnskap delte sine erfaringer, opplevde deltakerne at de kjente seg igjen. Gjennom å se at de ansatte med erfaringskunnskap greide å mestre livet sitt med god livskvalitet, uten å bruke rusmidler, fikk deltakerne håp. Håp ble av deltakerne beskrevet som den aller viktigste faktoren for at de selv skulle greie å stå i og gjennomføre rusbehandlingen de var i, og som en hovedårsak til at de fortsatt er rusfrie mange år etter at de var i rusbehandling.

I analysen ble temaet håp delt inn i to subgrupper:

1. Å oppleve håp gjennom gjenkjennelse
2. Å oppleve motivasjon for et rusfritt liv

4.1.1 Å oppleve håp gjennom gjenkjennelse

Deltakerne i studien beskrev det å lide av rusmiddelavhengighet som svært utfordrende. En av deltakerne fortalte at det en periode var så utfordrende at han ikke kunne se noen mulighet til å komme seg ut av det. Det hadde gått så langt at han vurderte å ta sitt eget liv:

«Jeg følte jeg hadde dratt strikken for langt.»

Deltakeren beskrev sin livssituasjon som utfordrende og håpløs. Han hadde på mange måter mistet troen på at han noen gang skulle mestre et liv uten bruk av rusmidler og samtidig ha god livskvalitet. Etter å ha lagt seg inn på rusbehandling startet prosessen med å trappe ned. Der møtte han mennesker som selv tidligere hadde ruset seg, og som nå var rusfrie og jobbet som erfarings terapeuter/ansatte med ruserfaringskunnskap. Det ble beskrevet som en positiv opplevelse:

«Når jeg skjønnte at det fantes andre mennesker som hadde hatt samme problemer som jeg hadde, og når jeg så at disse menneskene mestret å leve gode liv uten rusmidler, da tentes håpet i meg.»

Flere av deltakerne i studien fortalte om håpet de fikk gjennom møtet med ansatte med erfaringskunnskap. De erfaringsansatte kunne fortelle at de selv hadde vært på samme sted, og det gav håp å lytte til andres erfaringer om samme utfordringer.

En annen deltaker i studien uttrykte at han trodde han var unik med sine problemer. Det gav han håp å oppdage at han og de erfaringsansatte hadde mange like erfaringer:

«Vi har ruset oss på de samme rusmidlene og på de samme følelsene. Når de erfaringsansatte har greid det, skal også jeg greie det.»

Deltakerne i studien hadde mye fokus på gjenkjennelse mellom dem og de erfaringsansatte. De beskrev at i tillegg til å få håp om et rusfritt og godt liv, så opplevde de seg forstått. De kunne identifisere seg selv med de erfaringsansatte. Det ble tilknytning mellom dem, og de følte seg trygg sammen med disse menneskene. En deltaker sa:

«Jeg opplevde dem som likemenn, men med klare rolleforskjeller.»

En annen deltaker fortalte at når hun greide å identifisere seg i de erfaringsansatte sine erfaringer, så greide hun samtidig å senke forsvaret sitt. Hun turte etter hvert å bli ærlig og dele skammen sin:

«Det å tørre å dele om ting som har vært vanskelig. All den skammen som man har båret på alle de årene for at man ikke har fått til å ta vare på ungene sine. At man ikke har hatt jobb. At man ikke har fungert i samfunnet. At man har blitt tatt av politiet, og at man har sittet i fengsel.»

Hun fortalte videre at hun har vært mange ganger på institusjoner, men aldri opplevd det hun opplevde på sin siste rusbehandling. Det å møte ansatte som delte og beskrev erfaringer som var i overenstemmelse med de opplevelsene og erfaringene hun selv hadde, gjorde at hun slappet mer av og våget å åpne seg enda mer. Hun turte å gjøre seg sårbar uten at det var noen som dømte henne. De erfaringsansatte hadde vært i samme båt som henne, og de gjorde ikke noe forskjell på seg selv og pasientene.

Deltakerne i studien beskrev at håpet og formen forandret seg daglig. Da var det godt for dem at det var noen der som kunne si at det hadde vært slik også for dem. Da kunne håpet vokse seg større enn frykten og tvilen. En deltaker sa:

«Jeg har vært svingdørspasient og behandlingsresistent. I mine tidligere behandlinger har jeg opplevd flere ansatte uten egenerfaring som har bedt meg endre livet mitt uten at de har vært der selv. Det var først når jeg møtte ansatte med erfaringskunnskap at jeg fikk motivasjon, styrke og lyst til å bli rusfri. Det var fordi jeg trodde på budskapet de gav meg.»

En annen deltaker fortalte at han i rusbehandlingen møtte erfaringsansatte som selv hadde erfaring fra et liv med rusmiddelavhengighet. Når disse menneskene fortalte om egne erfaringer og hvordan de mestret å gå gjennom de samme endringsprosessene som deltakeren selv var i, da tentes håp hos han. Deltakeren sa:

«Uten dette håpet som tentes da, hadde jeg ikke orket å gjøre det som skulle til for å fikse livet mitt. Håp er kjempeviktig, det er alfa og omega.»

Alt i alt brakte det å møte noen med erfaringskunnskap frem mange følelser hos studiens deltakere. Det handlet ikke bare om håp, men også om gjenkjennelse, tilhørighet og fellesskap med andre:

«Jeg og mine medpasienter hadde så mange like erfaringer som vi delte med de erfaringsansatte. Håp ble gitt videre, og det kan få mennesker til å begynne å spire igjen. Det skjedde for meg. På grunn av dette fikk jeg en ny retning i livet, og håp om at jeg kunne bli et medlem av samfunnet igjen. Det betydde mye for meg. Mer enn jeg kan forklare.»

4.1.2 Å oppleve motivasjon for et rusfritt liv

Flere av deltakerne i studien fortalte at de valgte å legge seg inn til behandling fordi de ikke mestret livet sitt. En deltaker fortalte om en utfordrende og håpløs livssituasjon. Både han selv, familie og venner som var rundt han, hadde mistet troen på at han en dag kunne mestre å bli rusfri. Deltakeren sa:

«Selv hadde jeg kun et lite håp om å bli rusfri. Heldigvis så ble dette lille håpet jeg hadde større utover i behandlingen.»

Deltakerne fortalte at gjennom å møte ansatte med erfaringskunnskap fikk de motivasjon til å gjøre nødvendige endringer i sitt liv. Å lytte til disse menneskene som fortalte at de har vært gjennom de samme endringsprosessene som dem selv, det var troverdig. Deltakerne fikk også håp av å se erfaringsansatte jobbe på institusjonen de var på, der de delte sine erfaringer med dem og motiverte dem til å fortsette slik at de kunne skape gode rusfrie liv for seg selv. Deltakerne fortalte at de fikk håp og tro på at dette kunne de også få til.

En av deltakerne i studien beskrev at han var redd for å ikke greie å trappe ned. Han hadde lest at det kunne ta lang tid, opptil to år med avvenning. Han beskrev det slik:

«Jeg var veldig syk, og jeg opplevde meg motløs til å begynne å starte på nedtrappingen. Gjennom samtaler med erfaringsansatte så opplevde jeg at sakte, men sikkert så snudde det. Jeg ble motivert til å trappe ned.»

Sitatet illustrerer at deltakeren gjennom samtaler med erfaringsansatte som har vært gjennom det samme selv, og som delte sine erfaringer og løsningsstrategier, endret seg fra en tilstand av motløshet til å bli motivert til å starte nedtrappingsprosessen.

Deltakerne i studien snakket mye om at de delte mange av de samme erfaringene som de erfaringsansatte hadde. De snakket også mye om at de erfaringsansatte hadde flere strategier de selv hadde brukt for å bli rusfri. Disse strategiene kunne deltakerne selv bruke for å mestre det å slutte å ruse seg. En deltaker fortalte:

«De hadde selv vært gjennom samme kampen, ild og vann. Ekstremспорт i rusen. De hadde mange av de samme erfaringene som jeg hadde. Så hadde de funnet noen løsninger for å komme seg ut av det.»

Sitatet illustrerer at deltakeren ble motivert av å lytte til de erfaringsansatte sine erfaringer. Motivasjonen handlet om at deltakeren kunne ta i bruk de løsningsstrategier de erfaringsansatte selv hadde brukt for å mestre å leve et liv uten bruk av rusmidler.

Deltakerne fortalte at det var krevende å være i rusbehandling. Gjennom behandlingsforløpet ble pasientene oppfordret til å følge behandlingsinstitusjonenes anbefalinger. De lærte også om forskjellige verktøy de kunne ta i bruk for å mestre situasjoner der de tidligere ville brukt rusmidler. Deltakerne fortalte at de erfaringsansatte motiverte og hjalp dem til å finne styrke i seg selv for å greie å følge anbefalingene de ble oppfordret til å følge. En deltaker uttalte:

«Jeg opplevde det som brutale anbefalinger og verktøy. Men de med egenerfaring hjalp meg til å finne endringsvilje slik at jeg greide å følge de anbefalingene jeg fikk.»

Som et eksempel fortalte deltakeren at han fulgte anbefalingen han fikk om å dra på selvhjelpsgrupper. Det var en svært krevende prosess. Han fortalte videre at for han var det svært viktig å følge alle anbefalinger han fikk av de erfaringsansatte i rusbehandlingen.

Deltakeren sa:

«Å følge de anbefalingene jeg fikk, medførte at jeg fikk struktur i hverdagen min. Jeg lærte å stå opp for meg selv. Og i dag har jeg over 4 år rusfri tid. Det er fordi jeg fulgte de anbefalingene jeg fikk av de ansatte med egenerfaring.»

Deltakerne i studien snakket også om noen ulemper og negative faktorer som kunne legge en demper på motivasjonen i møte med de erfaringsansatte. En av ulempene som en deltaker trakk frem, var at mange av de erfaringsansatte hadde så mange år rusfri tid. Det kunne være 5 år, 7 år eller 10 år. For deltakeren følte og opplevdes det så langt frem i tid. Deltakeren sa:

«Det følte så uoverkommelig å skulle mestre så mange år rusfri.»

På tross av noen utfordringer fortalte samtlige deltakere i studien at de mener at det bør jobbe erfaringsansatte i alle typer rusbehandlinger i Norge. Deltakerne trekker frem at de erfaringsansatte har en kunnskap som bør verdsettes mer. Denne kunnskapen har blant annet gitt håp til samtlige deltakere i studien. En av deltakerne uttalte:

«Hadde jeg ikke fått håp gjennom samhandling med de erfaringsansatte tidlig i behandlingen, så hadde jeg skrevet meg ut i løpet av behandlingsforløpet.»

4.2 Erfaringskunnskapens betydning for utvikling av tillit

Denne kategorien handler om deltakernes erfaringer knyttet til samhandling og relasjon med ansatte med erfaringskunnskap når de var i rusbehandling. Deltakerne forteller hvordan og hvorfor de opplevde at tillit oppsto i det store og hele, i møte med ansatte som har samme bakgrunn som dem selv. Samtidig forteller deltakerne om opplevelser som førte til at de fikk mistillit til noen av de ansatte med erfaringskunnskap.

I analysen ble temaet tillit delt inn i to subgrupper:

1. Veien til dypere forståelse
2. Opplevelser av mistillit

4.2.1 Veien til dypere forståelse

Deltakerne i studien beskrev at det er utrolig viktig å ha ansatte som har erfaringskunnskap i rusbehandling. De har egne erfaringer omkring hvordan det er å leve et liv med bruk av rusmidler, og disse erfaringene kan de dele til andre som trenger det. En deltaker sa:

«De har erfart det selv og har kjent rusen på kroppen. De kan dele sine erfaringer til andre. Det skaper tillit.»

Deltakerne fortalte videre at de erfaringsansatte, i tillegg til å skape håp og tillit, bidrar til å hjelpe pasienter med å utvikle gode verdier, normer, folkeskikk samt få struktur i livet. De erfaringsansatte er også raske til å se etter ressurser hos personer som er rusavhengige. Og de kan hjelpe til med å vise pasientene hvilke rettigheter og plikter de har.

Flere av deltakerne i studien fortalte at de opplevde at ansatte med erfaringskunnskap bringer en ny og dypere forståelse rundt rusmiddelavhengighet inn i rusbehandlingstjenestene. Deltakerne mente at bruk av erfaringskunnskap vil styrke behandlingstilbudene, slik at flere mennesker vil få hjelp til å slutte å bruke rusmidler og få god livskvalitet. En deltaker uttalte:

«Ansatte med erfaringskunnskap bringer nye erfaringer og perspektiver inn i helsevesenet. Disse erfaringene og perspektivene skaper en dypere forståelse av sykdommen avhengighet. Når man selv har vært der, så er det lettere å få andre til å følge samme vei.»

En annen deltaker uttalte:

«De som best kan forstå noen som er helt nede og sliter med rusmiddelavhengighet, er ansatte som selv har egenerfaring fra rusmiddelavhengighet og som er rusfri.»

Deltakerne fortalte at de opplever tillit når en mann eller kvinne sier de selv har erfaring med rusmiddelavhengighet. De kan si ting på en annen måte. De vet hva de snakker om, og de har mer tyngde. En av deltakerne fortalte at hun alltid har vært «flink pike» og redd for å vise seg som hun er. I rusbehandlingen opplevde hun å ha gode samtaler med erfaringsansatte. Hun ble møtt med forståelse og ble ikke avvist. Deltakeren beskrev det slik:

«I møte med erfaringsansatte så får jeg lov til å vise meg som jeg er og bli godtatt for den jeg er. Det skaper tillit. Det skaper tilhørighet.»

En annen deltaker sier at for han så er de som har egenerfaring fra et liv med rus, uten sidestykke den beste hjelpen i rusbehandling. Han beskrev det slik:

«Erfaringskunnskap er gull verdt i rusbehandling.»

4.2.2 Opplevelser av mistillit

Selv om deltakerne i studien fortalte at de gjennom behandlingsoppholdet opplevde mange positive ting i møte med erfaringsansatte, beskrev de også noen negative erfaringer. Disse negative erfaringene hadde i varierende grad skapt en form for mistillit.

Et aspekt som deltakerne trakk frem, er at noen av de erfaringsansatte kunne være for bastante og opphengt i sin egen historie. De fremstilte at måten de selv hadde blitt rusfrie på, var den eneste riktige måten. En deltaker sa:

«Jeg husker en erfaringsansatt som fremstilte det slik at vedkommende mente å ha den eneste riktige måten å bli rusfri og få et bra liv. Hvis du ikke gjør som vi andre har gjort, så kommer du aldri til å få det bra.»

Deltakeren fortalte at han opplevde det som utfordrende å bli møtt av erfaringsansatte med slike forutinntatte meninger og som mente de satt på den eneste løsningen. Han fortalte at det i utgangspunktet var krevende å følge anbefalingene på klinikken. Det var følelsesmessig utfordrende for han å gjøre seg sårbar foran mange mennesker. Og når han ble møtt med sånne bastante holdninger om at de erfaringsansatte satt på den eneste løsningen, så ble han provosert. Han opplevde at de erfaringsansatte var veldig rigide på enkelte områder, og beskrev det slik:

«De erfaringsansatte kan fort bli fastlåst i egen anekdote og tilfriskningsprosess og fremstille den som den eneste riktige.»

En annen deltaker fortalte at selv om pasientene og de erfaringsansatte har mye av de samme erfaringene, så trenger de ikke å håndtere livet sitt på samme måte. Deltakeren beskrev en episode der en erfaringsansatt mente at deltakeren måtte begynne å gå tur i fjellet slik at hun ble rusfri. Deltakeren svarte den erfaringsansatte følgende:

«Jeg skal begynne å gå tur. Men ikke fordi du forteller meg det. Jeg skal gjøre det for å ta vare på helsen min.»

Deltakeren beskrev også en annen episode der hun fortalte en erfaringsansatt at hun ønsket å begynne på skole. Deltakeren ble oppfordret til å heller skaffe seg en praksisplass, da det kunne være for krevende å begynne å studere. Andre ganger kunne hun av enkelte erfaringsansatte bli snakket til som en liten unge. Hun forteller at dette er eksempler på hva som førte til mistillit til noen av de ansatte med erfaringskunnskap fra egen rusmiddelavhengighet.

Deltakeren fortalte også at hun var engstelig for å møte erfaringsansatte i rusbehandlingen som hun kjente fra før. Kanskje hadde de tidligere vært i samme miljø, eller kanskje var det noen som kjente til hennes historie og bakgrunn. I slike tilfeller følte hun at de ville se rett gjennom henne, og den tanken gjorde henne usikker og redd for å ikke være god nok.

Deltakeren beskrev det slik:

«En av ulempene med å møte erfaringsansatte i rusbehandlingen var at de kjente meg kanskje litt for godt, og jeg ble av og til usikker. Jeg opplevde at de så rett igjennom meg og følte meg ikke god nok. Av og til så ble ting så nært. Kanskje

kom man ifra samme miljø også. At jeg hadde møtt de før, og at de kjente noe av min bakgrunn fra før. Jeg var redd for å bli avslørt.»

Deltakeren fortalte videre at en annen ting som skapte mistillit i relasjonen til ansatte i rusbehandling, var når hun oppdaget at ansatte hadde en fortid med bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet, men ikke delte om det til pasientene. Hun fortalte at når ansatte med egenerfaring unnlot å fortelle om egen erfaring med rus, så skapte det mistillit, og hun opplevde at de ansatte distanserte seg. Hun beskrev det slik:

«Vi fikk liksom høre i kulissene at han eller hun tidligere har vært aktiv rusavhengig. Men det ble vi aldri fortalt, og det skapte jo ikke tillit.»

Sitatet illustrerer at det for deltakeren var viktig at ansatte med egenerfaring var autentiske med sin historie. Det skapte tillit i relasjonen.

4.3 Erfaringskunnskapens betydning for utvikling av trygghet

Denne kategorien handler om deltakernes erfaringer knyttet til trygghet i samhandling og relasjon til ansatte i de forskjellige rusbehandlingene de var i. Deltakerne fortalte om opplevelser som skapte trygghet både til ansatte som hadde fagkunnskap, og til ansatte som hadde erfaringskunnskap. Deltakerne beskrev også opplevelser som skapte utrygghet i møte med ansatte med fagkunnskap og ansatte med erfaringskunnskap.

I analysen ble temaet trygghet delt inn i tre subgrupper:

1. Opplevelsen av mellommenneskelig støtte
2. Helheten er mer enn summen av delene
3. Å kjenne på utrygghet

4.3.1 Opplevelsen av mellommenneskelig støtte

Deltakerne i studien beskrev sin livssituasjon som en ensom og meningsløs tilværelse. De sa at de ikke levde, men kun eksisterte, mye alene og med rusmidlene som deres følgesvenn. I rusbehandlingen endret livssituasjonen seg. De fikk gode relasjoner til ansatte, spesielt til de erfaringsansatte. Gode relasjoner til ansatte og medpasienter skapte trygghet og tilhørighet. En deltaker fortalte:

«Jeg kjente meg igjen i dem, og jeg opplevde trygghet og connection. Jeg følte meg ikke mere alene.»

Sitatet viser at gode relasjoner og mellommenneskelig støtte kan føre til store positive opplevelser for enkeltmennesket. For deltakeren betydde gode relasjoner og samhandling med ansatte, spesielt erfaringsansatte, at livssituasjonen begynte å utvikle seg i en positiv retning. Gjennom å bli sett, hørt og akseptert opplevde deltakeren trygghet og tilhørighet til andre mennesker. Dette var viktige og betydningsfulle faktorer i starten av deltakerens tilfriskningsprosess.

Deltakerne fortalte videre at gjennom alle fasene av rusbehandlingene de var i, samhandlet de med ansatte som hadde fagkunnskap og ansatte som hadde erfaringskunnskap. Et tverrfaglig samarbeid. En deltaker fortalte at han opplevde å bli behandlet med respekt av både fagansatte og erfaringsansatte gjennom hele behandlingsoppholdet. Han beskrev samhandlingen med de ansatte med erfaringskunnskap på følgende måte:

«Jeg vil trekke frem at jeg fikk bedre relasjon med de erfaringsansatte. Vi snakket samme språk, og de møtte meg med en form for empati og sympati som skapte bånd mellom oss.»

Sitatet illustrerer at deltakeren, gjennom å bli møtt av ansatte som delte mange like erfaringer og snakket samme språk, opplevde å bli møtt på en måte som skapte bånd mellom han og de erfaringsansatte. Deltakeren beskrev at det var ikke noe oss eller dem, men at det var fellesskap og tilhørighet mellom dem.

4.3.2 Helheten er mer enn summen av delene

Deltakerne i studien fortalte at rusbehandlingen de var i, var inndelt i flere faser gjennom behandlingsforløpet. Gjennom de forskjellige fasene hadde de forskjellig grad av samhandling med ansatte som hadde erfaringskunnskap, og ansatte som hadde fagkunnskap. Kombinasjonen av ulik faglig tilnærming ble av deltakerne beskrevet som bra. En deltaker sa det slik:

«De ansatte med fagkunnskap var flinke med mennesker og det fysiologiske. De ansatte med erfaringskunnskap var flinke med det psykologiske. Det blir en bra essens over tid.»

Sitatet illustrerer at deltakeren opplevde de to forskjellige tilnærmingene, fagkunnskap og erfaringskunnskap, som en bra kombinasjon som utfylte hverandre og bidro til positiv endring hos deltakeren.

En annen deltaker fortalte at han allerede i avgiftningsfasen fikk støtte på det følelsesmessige plan av ansatte som hadde erfaringskunnskap. Samhandlingsrelasjonen fortsatte gjennom hele behandlingsoppholdet. En tredje deltaker fortalte at han hadde god samhandling med fagansatte, og deltakeren beskrev at han opplevde at de også har livserfaringer som bidro positivt for tilfriskningsprosessen. Deltakeren sa:

«Jeg erfarte at de også har erfaringer fra livet som gav meg masse i min tilfriskningsprosess.»

Flere deltakere forteller at i første fase, avgiftningen, hadde de mest samhandling med ansatte med fagkunnskap. Samtidig samhandlet de også med erfaringsansatte som betrygget dem på det følelsesmessige plan. Det var lege, sykepleiere, psykolog, vernepleiere, erfaringsansatte og annet fagutdannet personell. Fokuset var på medisin, nedtrapping og fysisk og psykisk helse. Deltakerne beskrev at de fikk medisinsk og helserelatert oppfølging gjennom hele behandlingsoppholdet. Den helserelaterte oppfølgingen gjorde at de opplevde seg godt ivaretatt med hensyn til deres fysiske og psykiske helse. En av deltakerne beskrev det slik:

«Jeg var mye syk i starten av behandlingen. Jeg er derfor utrolig takknemlig for den hjelpen jeg fikk hos legene.»

I andre fase av behandlingen, hoved-behandlingen, beskrev deltakerne at de samhandlet med ansatte med fagkunnskap og ansatte med erfaringskunnskap på forskjellig måter. De ansatte med erfaringskunnskap jobbet ofte i gruppeterapien. Der jobbet de målrettet og fokusert med bearbeidelse av følelser og endring av tankemønster til pasientene. En deltaker beskrev det slik:

«Og så har du de erfaringsansatte. De var gjerne fast bestemt og utfordret oss i gruppeterapien. Der måtte vi følge terapiprosessen, og det var en slags respekt og disiplin i samhandling med dem.»

Deltakerne fortalte at de gjerne fikk utdelt terapirelaterte arbeidsoppgaver som de måtte jobbe med og presentere for de erfaringsansatte rusterapeutene og medpasientene. Det var også

undervisning, der erfaringsansatte underviste i forskjellige temaer. En av deltakerne beskrev følgende:

«Jeg opplevde disse arbeidsoppgavene som positivt, og jeg lærte mye i de gruppene hvor den erfaringsansatte rusterapeuten underviste i forskjellige temaer. For eksempel så lærte jeg mye om avhengighet, at rusmidler fører til kognitiv svekkelse, at bruk av rusmidler fører til skader på kroppen, og at bruk av rusmidler kan medføre en belastning på samfunnet vårt.»

En annen deltaker fortalte han fikk stor hjelp til å bearbeide psykisk smerte. Han sa:

«Jeg fikk bearbeidet mye vonde følelser som for eksempel skam, i gruppeterapien.»

Deltakerne fortalte videre at de også i siste fase av behandlingen samhandlet med ansatte med erfaringskunnskap og ansatte med fagkunnskap. Ansatte med erfaringskunnskap delte sine erfaringer om hvordan de mestret et liv uten bruk av rusmidler etter behandlingsoppholdet. Ansatte med fagkunnskap hjalp til med å tilrettelegge for sosiale forhold knyttet til livet etter behandlingsoppholdet. Deltakerne fortalte at fagansatte har erfaringer fra livet som er nyttige for dem.

Deltakerne i studien beskrev at de har opplevd det som positivt med både erfaringskunnskap og fagkunnskap i rusbehandling. De beskrev at de har lært veldig mye av både erfaringskunnskap og av fagkunnskap. En deltaker beskrev følgende:

«Jeg tenker at kombinasjonen av fagkunnskap og erfaringskunnskap blir som en dobbeltmekanisme som jeg tror er med på å forhindre tilbakefall. Jeg vil allikevel fremheve og si at erfaringskunnskap har en spesiell egenskap og tyngde.»

Deltakeren avslutter med å si at han skulle ønske han kunne møtt ansatte med denne type kunnskap tidligere enn det han gjorde. Deltakeren avslutter med å uttale følgende:

«Jeg skulle ønske at jeg hadde møtt ansatte med denne typen erfaringer og kunnskap tidligere i livet.»

4.3.3 Å kjenne på utrygghet

Alle deltakerne i studien fortalte at de på den ene siden opplevde mye positivt i samhandling med ansatte med erfaringskunnskap fra egen rusmiddelavhengighet. På den andre siden beskriver mange deltakere at det også var noen utfordringer i samhandlingen med de erfaringsansatte i de forskjellige rusbehandlingene de var i. For eksempel kunne noen ansatte

med erfaringskunnskap være konfronterende. Deltakerne fortalte at de, pasientene, kunne sitte i gruppeterapien der de opplevde at noen erfaringsansatte terapeuter var veldig direkte og konfronterende. En av deltakerne beskrev det slik:

«Terapeuten satte meg i en situasjon der jeg ble blottlagt foran mine medpasienter, og det opplevde jeg som følelsesmessig brutalt. Jeg kjente i øyeblikket skam, frykt og hat mot terapeuten.»

Deltakeren fortalte at han flere ganger opplevde slike konfrontasjonsrunder i gruppeterapien, og det opplevdes som at han ble forsøkt overkjørt av terapeuten med egenerfaring.

En annen deltaker fortalte at hun opplevde at det i utgangspunktet var vanskelig å snakke om seg selv i rusbehandlingen. Hun kjente på masse skam og frykt og følte seg sårbar. Hun fortalte at hun ganske enkelt var redd og usikker, og hun syntes det var skummelt å snakke om seg selv. Deltakeren beskrev følgende:

«Og det ble jo ikke noe bedre at noen av de erfaringsansatte var så konfronterende og direkte. Jeg ble faktisk skremt og mistet litt motet.»

Sitatet viser at deltakeren opplevde det som skremmende at erfaringsansatte var konfronterende og direkte i sin kommunikasjon. Denne kommunikasjonsformen førte til at deltakeren mistet litt av motet til å snakke om seg selv og sine utfordringer.

Deltakerne beskrev også andre utfordringer i møte med og i samhandling med ansatte med erfaringskunnskap. En av deltakerne sa at hun kjente til noen av de erfaringsansatte fra før, fordi de hadde vært i samme miljø eller de kjente til hennes historie. Hun beskrev det slik:

«Jeg følte de så rett gjennom meg, og jeg følte meg på en måte avslørt. Det ble litt for nært noen ganger, og det var vanskelig fordi jeg ikke visste hvordan jeg skulle forholde meg. Jeg synes faktisk at det var lettere å være ærlig med de jeg ikke kjente fra før eller som kjente min historie.»

Deltakeren beskrev videre at hun følte hun kom så nær de ansatte med erfaringskunnskap, og at hun derfor så for seg at dette var mennesker hun kunne ha som venner og i sin omgangskrets. Hun fortalte at det var utfordrende å akseptere at slik ble det ikke.

En annen deltaker fortalte at han gikk rundt og kjente på frykt i møte med erfaringsansatte. Frykten handlet om at han var redd for at de erfaringsansatte ikke skulle greie å sette grenser for seg selv i møte med pasientene. Frykten handlet også om at deltakeren var redd for at de erfaringsansatte skulle få tilbakefall og begynne å ruse seg. Deltakeren beskrev det slik:

«Ja, jeg hadde tillit til dem. Men samtidig så brydde jeg meg om dem, og jeg var litt redd for at de skulle gå på en smell. Det var jo folk jeg så opp til. Jeg vil også være som dem.»

Deltakerne beskrev også at de opplevde at de erfaringsansatte kunne være egenfokusert og opptatt av egen historie. En deltaker beskrev det slik:

«Av og til så trenger ikke det en ansatt med erfaringskunnskap sier, være rett. Det kan være rett ut ifra deres erfaring. Men det trenger ikke være rett for meg. Og jeg har møtt mange erfaringsansatte som har stort ego, og det trenger ikke alltid være positivt.»

Sitatet belyser at deltakeren opplevde at de erfaringsansatte kunne være for opptatt av egen tilfriskningshistorie og mente måten de hadde blitt rusfrie på var den eneste rette måten.

Deltakeren beskrev at han opplevde at noen erfaringsansatte hadde stort ego og var selvsentrert. Det ble ikke oppfattet som positivt.

En deltaker beskrev en annen faktor som kunne være utfordrende. I rusbehandlingen ble hun oppfordret og anbefalt til å gå i selvhjelpsgrupper. På den ene siden opplevde deltakeren det som fint å gå i selvhjelpsgrupper, men på den annen side opplevde hun at det kunne være problematisk. Hun beskrev det slik:

«Jeg syntes det var fint å gå i selvhjelpsgrupper. Men jeg syntes også det kunne være utfordrende, fordi jeg kunne møte erfaringsansatte fra rusbehandlingen jeg var i på disse selvhjelpsgruppene. Selv om jeg var utenfor klinikken, så risikerte jeg å møte ansatte. Det kunne være utfordrende.»

På tross av at deltakeren opplevde at det kunne være utfordrende å møte ansatte fra rusbehandlingsklinikken hun var innlagt som pasient ved, opplevde hun at det var fint å delta i selvhjelpsgrupper som ikke var knyttet til rusbehandlingsklinikken.

5 Diskusjon

I denne studien ble fire personer med tidligere pasientstatus fra TSB intervjuet om hvilke erfaringer og opplevelser de har fra samhandling og relasjon med erfaringsansatte i TSB. Studiens funn, med utgangspunkt i hovedkategoriene *håp*, *tillit* og *trygghet*, vil i de følgende kapitlene bli diskutert med utgangspunkt i oppgavens teoretiske rammeverk og tidligere forskning.

5.1 Erfaringskunnskapens betydning for utvikling av håp

5.1.1 Håp – en sentral faktor i tilfriskningsprosessen

Resultater fra denne studien viste at *håp* var den aller viktigste faktoren for at deltakerne skulle greie å stå i og gjennomføre rusbehandlingen og fortsette tilfriskningsprosessen fra rusmiddelavhengighet. Før deltakerne kom til rusbehandling, levde de et destruktivt liv der rusmiddelavhengighet styrte deres hverdag og førte til mange konsekvenser. Skadede relasjoner med familie og venner, fysiske og psykiske helseproblemer, svekket økonomi, det å føles seg annerledes på en negativ måte, utenforskap og ensomhet, er alle faktorer som medførte at deltakerne kjente de levde i en håpløs og svært utfordrende livssituasjon.

Den håpløse livssituasjonen endret seg da deltakerne kom i rusbehandling. Gjennom å møte ansatte som hadde lignende erfaringer knyttet til rusmiddelavhengighet, fikk deltakerne håp. Gjennom kommunikasjon, interaksjon og samhandling med erfaringsansatte fikk deltakerne innblikk i livserfaringer som kunne relateres til dem selv. Å oppleve at det fantes andre mennesker som også hadde kjent på følelsen av å være alene, av ikke å bli forstått og fortvilelsen av å ikke vite hvordan du kan komme deg videre i livet, var befriende fordi *gjenkjennelse* i erfaringsansattes livserfaringer skapte håp hos deltakerne.

Funn i studien viser altså at gjenkjennelse er et viktig element som skaper håp i rusbehandling. Gjenkjennelse handlet ikke nødvendigvis om like erfaringer og like historier, men at følelsene erfaringene skapte, kunne være like. Dette samsvarer med flere studier som viser at erfaringsansattes livserfaringer kan skape gjenkjennelse og håp hos tjenestemottagere i psykisk helse og rustjenester (Davidson et al., 2012; Ham et al., 2013; Karlsson et al., 2017; Klevan, 2018; Pantridge et al., 2016; Repper & Carter, 2011).

Erfaringsbasert gjenkjennelse er knyttet til forståelse og fortolkning gjennom samhandling. Innenfor hermeneutisk filosofi er forforståelse eller fordommer vesentlig for å oppnå ny forståelse (Gadamer et al., 2010). Gadamer tankes om fordommer og forforståelser kan knyttes til erfaringsansatte som jobber i TSB. De har gjennom en dyptgående personlig prosess utviklet fordommer om seg selv, om det å være rusmiddelavhengig og hvordan det er å være pasient i rusbehandling. Gjennom egenerfaring fra livet, også fra et pasientståsted, har kunnskapen og innsikten utviklet seg til en forforståelse.

Denne forforståelsen blir i filosofisk hermeneutikk kalt den hermeneutiske sirkel. Det viser til et viktig fortolkningsprinsipp som på en enkel måte kan beskrives som at vi forstår «delene ut fra helheten, og helheten ut fra delene» (Thornquist, 2018). Thornquist (2018) understreker at forståelsesprosessen i den hermeneutiske sirkel kan sees som en slags vekselvirkning, en slags dialog mellom forforståelsen og forståelsesprosessen. Gjennom dialog mellom forforståelse og forståelsesprosessen selv har den erfaringsansatte utviklet en unik innsikt om seg selv og eget liv med utgangspunkt i ontologiske eksistensielle forhold i eget liv (Nerheim, 1995).

Nerheim (1995) hevder at den hermeneutiske sirkelens betydningsfullhet ligger i forforståelsen. Dette kan forstås som at den erfaringsansattes spisskompetanse ligger i forforståelsen. I selve erfaringskunnskapen. Det er svært viktig at erfaringsansatte som jobber i TSB, reflekterer over og er bevisst egen forforståelse når de skal hjelpe pasienter til å skape forståelse og innsikt i egen livssituasjon. Gjennom å reflektere over egne erfaringer fra den tiden erfaringsansatte selv var pasienter, vil det være enklere å møte pasientene der de er og bidra til at de kan reflektere over egen livssituasjon, jamfør den hermeneutiske sirkel. Dette kan gjøres ved at den erfaringsansatte bidrar til å skape gjenkjennelse hos pasientene. Når gjenkjennelse oppstår i møtet mellom en erfaringsansatt og en pasient, kan det ses som et uttrykk for at pasienten og den erfaringsansatte har oppnådd en felles forståelseshorisont. Siden den erfaringsansatte har erfaringer som ligner pasientens erfaring, vil deres forforståelse ha likhetstrekk som gjør det enklere å oppnå en felles forståelse basert på gjenkjennelse i hverandres erfaringer (Borg et al., 2017; Klevan, 2018).

Gadamer vektlegger at når vi skal forsøke å danne ny kunnskap og innsikt, så må vi la selve saken vi skal gå i møte, få fremtre på sine egne premisser så langt som mulig (Gadamer et al., 2010). Gadamer hevder at bevissthet om egne fordommer og egen forforståelse er sentralt i møte med forskjellige pasientfenomener (Gadamer et al., 2010). Funn i studien viser at mange

pasienter i TSB har levd et utfordrende og håpløst liv. Funn viser også at å skape håp er helt sentralt når pasienter skal inn i en endringsprosess. For erfaringsansatte kan selve saken som Gadamer snakker om, være å formidle håp til pasientene i TSB. Gjennom likhetstrekk i felles erfaringer kan den erfaringsansatte bidra til at pasientene får tilbake håpet i deres liv.

Bøe og Thomassen (2017) hevder at samhandling med profesjonelle i hjelpeapparatet både kan være til hjelp og til hinder i bedringsprosessen til tjenestemottagere. Profesjonelle som på en eller annen måte går ut over det en skulle forvente for å hjelpe den enkelte, blir sett på som spesielt betydningsfulle for den det gjelder. Funn fra denne studien viste at samhandling og relasjon med erfaringsansatte bidro til at deltakerne fikk motivasjon til å gjøre nødvendige endringer i sitt liv. Slike endringer kunne være å gjennomføre avrusningsfasen på rusbehandlingsklinikken, følge programmet på klinikken, delta på selvhjelpsgrupper utenfor klinikken, ivareta rusfrihet eller jobbe mot å tilrettelegge for sosiale forhold under og etter behandlingsoppholdet. Mange erfaringsansatte går ut over det en skulle forvente, ved å dele egne livserfaringer for å bidra til pasientenes bedringsprosess. Dette samsvarer med flere studier som viser at erfaringsansatte bidrar til å skape motivasjon knyttet til endring hos tjenestemottagere av psykisk helse og rusbehandlingstjenester (Bassuk et al., 2016; Davidson et al., 2012; Karlsson et al., 2017; Pantridge et al., 2016; Repper & Carter, 2011; Sørly et al., 2022).

5.1.2 Erfaringsansatte – en faktor som demper motivasjonen for tilfriskning?

Resultatene i denne studien viste at det kan være noen utfordringer knyttet til samhandling med erfaringsansatte, som kan legge en demper på motivasjonen hos pasientene. Et overraskende funn i denne studien er at lang rusfri tid hos erfaringsansatte kunne være en faktor som dempet motivasjonen hos deltakerne. Det ble begrunnet med at det følte så langt frem i tid og opplevdes nærmest uoverkommelig for deltakerne selv å oppnå så lang rusfri tid.

Bøe og Thomassen (2017) hevder at mening er noe man skaper sammen med andre, og at for noen mennesker kan samhandling med andre mennesker som bærer håpet og troen på at livet skal ordne seg til det bedre, være viktig når en selv føler å ha mistet det (Bøe & Thomassen, 2017). Hvordan er det da om erfaringsansatte med lang rusfri tid har mistet sin inspirasjon og sitt engasjement i jobben? Kanskje har de gått lei og mistet gnisten de hadde til å begynne med. Dette kan føre til at de mistet fokuset på egen forforståelse og derfor ikke greide å oppfatte at lang rusfri tid hos dem selv kan være en faktor som demper motivasjonen hos

noen av pasientene. Lite inspirasjon og engasjement hos erfaringsansatte kan dermed bli et hinder i bedringsprosessen for pasientene. Ljungberg et al. (2015) hevder i sin studie at mange brukere beskrev møter med profesjonelle som ikke var til hjelp eller direkte motvirket til bedring. Det som karakteriserte relasjoner med profesjonelle som ikke var til hjelp, kunne henge sammen med at de profesjonelle var for pessimistiske og lite engasjert og omsorgsfulle.

Med utgangspunkt i Ljungberg et al. (2015) og resultatet fra denne studien kan det tenkes at erfaringsansatte kan stå i fare for å miste motivasjonen med å hjelpe andre. Det er krevende å stå i en hjelperolle, og det kan være flere årsaker til at motivasjonen og engasjementet hos erfaringsansatte blir redusert eller dempet. En av årsakene kan være at de har blitt slitne eller utbrent. Erfaringsansatte som kanskje gjennom flere år, ved å gi av seg selv gjennom egne erfaringer, opplever å bli slitne. En annen årsak kan være at erfaringsansatte opplever det som krevende å jobbe med mennesker som står i samme utfordringer som de selv har gjort. Det kan bli for nært, og erfaringsansatte kan oppleve psykiske belastninger av å høre pasientene fortelle om sine livsutfordringer. Store belastninger i jobben kan føre til redusert motivasjon og engasjement i møte med pasientene. Når motivasjonen og engasjementet blir mindre, kan det føre til en mer pessimistisk og lite omsorgsfull tilnærming til pasientene. Erfaringsansatte kan dermed selv være en faktor eller et hinder som demper motivasjonen knyttet til bedringsprosessen for pasienter i TSB.

5.2 Erfaringskunnskapens betydning for utvikling av tillit

5.2.1 Vi er avhengige av hverandre

Resultatene fra denne studien viste at erfaringsansatte gjennom samhandling, relasjon og endringsarbeid hadde stor innflytelse og bidro til mange positive erfaringer som skapte tillit hos deltakerne. På grunn av tillit til erfaringsansatte våget deltakerne å gjøre seg sårbare, slik Løgstrup (1991) beskriver at det hører menneskelivet til at mennesker normalt møter hverandre med naturlig tillit. En vesentlig faktor for at deltakerne greide å tilfriskne fra sin rusmiddelavhengighet, kan være at de helt fra starten av samhandlingsrelasjonen opplevde å få eksistensiell aksept og anerkjennelse samt støtte og veiledning fra erfaringsansatte (Løgstrup, 1991). Funn i studien viste at erfaringsansatte, som selv har opplevd livsutfordringer knyttet til rusmiddelavhengighet, og som gjennom å dele av sine livserfaringer, skapte en spesiell troverdighet i relasjonen ved at de lot deltakerne føle seg sett og forstått gjennom tillit, felleskap, håp og inspirasjon. Dette samsvarer med tidligere

forskning som viser at erfaringsansatte gjennom samhandling bidrar til å skape tillit hos tjenestemottagere i psykisk helse og rusbehandlingstjenester (Collins et al., 2019; Davidson et al., 2012; Ham et al., 2013; Karlsson et al., 2017; Pantridge et al., 2016; Repper & Carter, 2011; Sørly et al., 2022).

Tillit kan knyttes til ulike faser i en samhandlingssituasjon, jamfør Goffman (i Aakvaag, 2008). I den første fasen, *åpning*, er relasjonell tilnærming i det miljøterapeutiske arbeidet viktig. En relasjonell, empatisk tilnærming kan legge grunnlag for hvilken kvalitet den videre samhandlingsprosessen vil ha. Dette understøttes av Sunnafrank og Ramirez (2004) som hevder at i en innledningssamtale (første samtale) kan en person i løpet av bare tre minutter ha dannet seg et inntrykk av en annen person. Dette inntrykket vil være førende for den videre dialogen. Et positivt kroppsspråk som inviterer til samhandling, er derfor svært viktig for videre samhandling mellom pasient og erfaringsansatt.

Når kontakten er opprettet, inntretr andre fase, *gjennomføringen*, jamfør Goffman (i Aakvaag 2008). I denne fasen er pasientens ønsker og behov og erfaringsansattes forforståelse og relasjonelle ferdigheter faktorer som vil påvirke samhandlingsrelasjonen. Jenkins (2010) refererer til Goffman og påpeker at sosial samhandling tar tid. Jo mer tid som blir brukt, og hvor ofte det er kontakt mellom deltakerne i en samhandlingsrelasjon, desto mer informasjon om hverandre blir delt mellom de involverte deltakerne. Ved at den erfaringsansatte gradvis, når det vurderes som riktig, deler litt av egne erfaringer fra tiden han eller hun selv var pasient, kan pasienter oppleve trygghet i møte med den erfaringsansatte. Ifølge NAPHA (2020) er eksistensiell aksept en grunnleggende forutsetning for å kunne skape trygghet i møte med et annet menneske. Når trygghet er etablert i samhandlingsrelasjonen, kan pasienter gradvis åpne seg og dele om det som oppleves vanskelig og håpløst. Erfaringsansattes unike kunnskap bidrar til å gjennomgående se den andre som et menneske som seg selv, det vil si som et unikt menneske med sine erfaringer. *Gjennomføringsfasen* viser at et erfaringsbasert perspektiv kan ha stor betydning for pasienter i TSB. En *gjennomføringsfase* vil pågå så lenge pasienten er innlagt i TSB, og om pasienten selv ønsker det.

5.2.2 Opplevelser av mistillit

Selv om flere studier viser at erfaringsansatte har en positiv innvirkning i psykisk helse og rusbehandlingstjenestene, viser likevel funn i denne studien at det finnes utfordringer knyttet til samhandling med erfaringsansatte. Funn viste at erfaringsansatte kunne være for bastante og opphengt i sin egen tilfriskningsprosess. Når erfaringsansatte fremstilte måten de selv hadde blitt rusfrie på, som den eneste riktige, ble deltakerne provosert. Dette samsvarer med andre studier som også viser at noen samarbeidsrelasjoner mellom deltakere og erfaringsansatte kunne være utfordrende fordi enkelte erfaringsansatte fortsatt var preget av sin egen vei og tilfriskningshistorie (Borg et al., 2017; Ham et al., 2013; Karlsson et al., 2017; Klevan, 2018; Ogundipe et al., 2019).

Dette funnet kan forstås som at erfaringsansatte kan ha vært så blendet av egen forforståelse at de har låst seg fast i egen historie. Dermed hadde de en innsnevret forståelseshorisont som skapte distanse til pasientene (Gadamer et al., 2010; Gadamer & Jordheim, 2003). Gjennom å være for bastante og opphengt i egen tilfriskningsprosess, kan det tenkes at deltakerne opplever at erfaringsansatte nedvurderer deltakernes ressurser, egne vurderinger, behov og selvbestemmelse i egen tilfriskningsprosess.

Deltakernes innflytelse over egen tilfriskningsprosess blir dermed begrenset, ved at de blir liggende under for ytre bestemmende sosiale krefter som legger føringer for hvordan de skal gå gjennom egen tilfriskningsprosess. Dette står i motsetning til hva Goffman har hevdet, at aktøren ikke skal ligge under for hverken indre eller ytre bestemmende sosiale krefter, men heller på en god og fri måte være engasjert i å produsere sosial orden nedenfra og opp (Aakvaag, 2008). Erfaringsansatte som ikke gir pasienter den støtten de ønsker eller har behov for, står i sterk kontrast til Biong og Herrestad (2011); Bøe og Thomassen (2017); Kogstad (2004), som hevder at å støtte tjenestemottagere med å oppnå deres ønsker og mål samt bidra til å skape håp og mening i livet er helt sentralt og en svært viktig jobb i psykisk helsearbeid. Gjennom å legge egne føringer istedenfor å fokusere på deltakernes egne ressurser, vurderinger, behov og selvbestemmelse på hva som er riktig tilfriskningsvei, så fratar erfaringsansatte kanskje det viktigste ansvaret i deltakernes liv; ansvaret for egen tilfriskningsprosess. Når erfaringsansatte nedvurderer deltakernes evne til selv å gjøre gode vurderinger for hva som er riktig for dem, så lever ikke erfaringsansatte opp til den etiske fordring som handler om at vi skal ta *ansvar for* den andre og ikke ta *ansvar fra* den andre (Løgstrup, 1991).

Løgstrup (1991) hevder enhver relasjon er et maktforhold. Når erfaringsansatte tar ansvar fra deltakerne, utøver de maktmisbruk. Maktmisbruk kan føre til at deltakerne opplever seg såret og krenket (Løgstrup, 1991). Dette kan igjen føre til mistillit i relasjonen mellom deltakerne og erfaringsansatte (Løgstrup, 1991). Selv om pasienter i psykisk helse og rusbehandlingstjenestene er den hjelpetrequende part, er de imidlertid ikke blottet for ressurser. Derfor er det viktig å ha fokus på at deltakerne kan være fullt på høyde med erfaringsansatte, og til og med være mer ressurssterk enn dem (Henriksen & Vetlesen, 2006). For å fremme en tillitsfull relasjon må erfaringsansatte møte deltakerne der de er (Kirkegaard, 1994). Gjennom å ha en empatisk tilnærming, ved å la deltakerne oppleve likeverd i relasjonen, stille undrende spørsmål, se etter deltakernes ressurser og la dem føle eksistensiell aksept, kan man møte deltakerne der de er (NAPHA, 2020).

Rusmiddelavhengige som den hjelpetrequende part står ofte i fastlåste og håpløse livssituasjoner (Bøe & Thomassen, 2017). Gode tillitsfulle relasjoner er derfor vesentlig i psykisk helsearbeid, blant annet fordi at for mange rusmiddelavhengige kan det eneste håpet de har, være relasjonelt (Bøe & Thomassen, 2017). Når mistillit oppstår i relasjonen mellom deltakerne og erfaringsansatte, vil det kunne føre til at relasjonen blir skadet. Samtidig kan mistillit i relasjonen være en faktor som bidrar til å opprettholde og/eller forsterke den i utgangspunktet fastlåste og håpløse livssituasjonen deltakerne stod i når de var i rusbehandling (Løgstrup, 1991).

Et annet overraskende funn i denne studien er viktigheten av erfaringsansattes åpenhet omkring egen fortid med bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet. Funnene i denne studien viser at det kunne oppstå mistillit dersom erfaringsansatte ikke delte erfaringer knyttet til egen historie i møte med deltakerne. Når erfaringsansatte ikke delte egne erfaringer fra sin historie, skapte det mistillit hos deltakerne. Mistillit førte til at det ble en distanse i relasjonen mellom deltakerne og erfaringsansatte.

For at samhandlingssituasjonen mellom erfaringsansatte og deltakerne i rusbehandling skal være meningsfull og ordnet, er det helt avgjørende at begge parter kommer frem til en felles definisjon av situasjonen. En felles situasjonsdefinisjon avklarer følgende (Aakvaag, 2008):

- Hvem er vi overfor hverandre i den aktuelle konteksten?
- Hvilke roller møter vi hverandre som?
- Hvilke forventninger skal vi ha til hverandre?

Når erfaringsansatte velger å ikke dele erfaringer fra egen historie, oppfattes det kanskje som underlig fordi erfaringskunnskap er en sentral del av det å jobbe som erfaringsansatt. På den ene siden er det jo ikke sånn at erfaringsansatte er pliktig til å dele av egne livserfaringer. På den andre siden er det forståelig at deltakerne i denne studien fikk mistillit når de hørte via andre at den erfaringsansatte hadde en fortid med rusmiddelavhengighet. Når erfaringsansatte ikke deler eller velger å unnlate informasjon om hvem han eller hun er, eller ikke avklarer hvilke roller den erfaringsansatte skal ha, så vil det ha betydning for samhandling i for eksempel et rusbehandlingsopphold. I et terapeutisk perspektiv kan mistillit til erfaringsansatte som ikke deler av sine livserfaringer, påvirke pasienter slik at de selv ikke våger å dele erfaringer og opplevelser knyttet til skammen, sårbarheten og andre utfordringer som følger av det å være rusmiddelavhengig (Andresen, 2011; Bradshaw, 1988; Karlsen, 2016).

Dette kan også betraktes fra en annen synsvinkel, det som Goffman kaller «frontstage» og «backstage». Det kan tenkes at erfaringsansatte som ikke deler av sine erfaringer, ennå ikke er ferdig med å bearbeide egen historie. Kanskje kjenner de på skam over egen fortid (Andresen, 2011; Bradshaw, 1988; Karlsen, 2016). Det kan i så fall føre til at de ikke ønsker å vise den siden av seg selv som handler om rusmiddelavhengighet. Å vise hvem vi er bak fasaden, «backstage», kan være skamfullt (Goffman et al., 1992). Det kan tenkes at erfaringsansatte tar på seg masker der de viser sin «frontstage» for å gi deltakerne best mulig inntrykk av seg selv (Goffman et al., 1992). Dette kan også i et terapeutisk perspektiv, at erfaringsansatte ikke deler av sine livserfaringer, føre til at pasienter grunnet mistillit ikke våger å dele erfaringer og opplevelser knyttet til skammen, sårbarheten og andre utfordringer som de har i deres backstage (Andresen, 2011; Bradshaw, 1988; Karlsen, 2016).

5.3 Trygghet

5.3.1 Å kjenne på utrygghet

Resultatene i denne studien viser at deltakerne kunne kjenne på utrygghet i samhandling med erfaringsansatte. Funnene viser at noen erfaringsansatte kan være direkte og konfronterende, og at noen deltakere opplever seg blottlagt i gruppeterapi. Dette samsvarer med funn i en annen studie, som viser at samhandling med erfaringsansatte for noen kan oppleves som

problematisk og vanskelig grunnet autoritære holdninger og atferd fra enkelte erfaringsansatte sin side (Ogundipe et al., 2019).

Som nevnt tidligere er mange rusmiddelavhengige bærere av skam (Andresen, 2011; Bradshaw, 1988; Karlsen, 2016). Sann var det også for deltakerne i denne studien. De kjente seg sårbare, og noen var engstelige for å snakke om seg selv, blant annet på grunn av skam. Når erfaringsansatte var direkte i kommunikasjonen og blottla deltakerne i gruppeterapien, så ble deltakerne eksponert mot sin vilje. Dette førte kanskje til redsel for å bli avvist og ikke være god nok overfor de øvrige gruppedeltakerne, samtidig som det trolig medførte at deltakerne opplevde at de ble utrygge overfor erfaringsansatte som var for direkte og hadde en konfronterende tilnærming. En for konfronterende og nærgående tilnærming førte trolig til at deltakerne mistet litt av motet til å snakke om seg selv og sine utfordringer.

Når erfaringsansatte har en direkte og konfronterende tilnærming til pasientene i rusbehandling, kan det føre til at kommunikasjonen låser seg. På den ene siden kan det føre til at pasientene ikke føler seg sett og forstått, men derimot verbalt angrepet. På den andre siden kan muligheten for refleksjon og ny innsikt bli begrenset. I verste fall kan det føre til merbelastninger for pasientene gjennom at de kanskje enda en gang opplever seg krenket i møte med andre mennesker, som i dette tilfelle er erfaringsansatte i rusbehandling. Dette står i motsetning til både Løgstrup (1991) og Gadamer et al. (2010) sine tanker om at det er gjennom språket og dialogen vi kan skape tillit og forståelse for hverandre. Gjennom å ha en direkte konfronterende tilnærming kan erfaringsansatte selv bli et hinder for at pasientene skal kunne skape ny innsikt og forståelse om seg selv og sin vei videre. Ved å møte pasientene med respekt og åpenhet kan erfaringsansatte bidra til at pasientene gjennom ny innsikt om seg selv finner det nødvendige håpet de er på søken etter. Dette er i tråd med Sælør et al. (2015), som hevder at åpenhet i språket kan bidra til å skape håp. For å kunne hjelpe pasienter på best mulig måte bør erfaringsansatte, som nevnt tidligere, være bevisst egen forforståelse (Gadamer et al., 2010). Gjennom å reflektere over hvordan de kommuniserer med pasientene, kan de finne ut at å ha en mer åpen, ydmyk og undrende tilnærming til pasientene er mere terapeutisk virksomt (Sælør et al., 2015). En slik tilnærming vil kunne hjelpe pasientene med å få trygghet til å tørre å vise seg som de er, i deres sårbarhet og skam. Dette vil igjen kunne bidra til at pasientene kan skape ny innsikt om seg selv og dermed påvirke egen tilfriskningsprosess.

Studien viser også et tredje overraskende funn. Resultatene viste at deltakere ble oppfordret til å delta på selvhjelpsgrupper utenfor klinikken. På disse selvhjelpsgruppene kunne deltakerne møte erfaringsansatte som jobbet på klinikken der de selv var pasienter. Funnene viste at noen av deltakerne opplevde at det kunne være utfordrende å møte erfaringsansatte på selvhjelpsgrupper utenfor rusbehandlingsklinikken.

Inne på rusbehandlingsklinikken, i en pasient-ansatt-kontekst, så er det legitimt å tenke at samhandlingssituasjonen mellom erfaringsansatte og deltakerne ganske raskt blir avklart med hensyn til hvem de er overfor hverandre, hvilke roller skal de møte hverandre som, og hvilke forventninger de skal ha til hverandre (Aakvaag, 2008). Å avklare dette er helt nødvendig for at erfaringsansatte og pasienter skal finne ut av det med hverandre (Aakvaag, 2008). Men hvordan blir det da på en ny arena, i en ny kontekst – på selvhjelpsgrupper som ikke er i regi av rusbehandlingsklinikken? Der vil erfaringsansatte og deltakerne møte hverandre med helt andre roller. Funn i denne studien viste at disse rolleforskjellene kan være utfordrende. På den ene siden kan det være utfordrende dersom pasienter ikke blir informert om at de muligens kan møte erfaringsansatte på selvhjelpsgrupper. På den andre siden kan pasienter oppleve det som utfordrende dersom de ikke vet hvordan de skal gå ut av pasientrollen og tre inn i en ny og annen rolle når de er på selvhjelpsgrupper. Kanskje er de usikker på hvilken distanse de skal ha til erfaringsansatte utenfor klinikken? Kanskje tør de ikke være seg selv når den erfaringsansatte er på selvhjelpsgruppen? Kanskje vil de ikke at andre deltakere på selvhjelpsgruppene skal forstå at de er pasienter, da det kan være ubehagelig? Dette kan medføre at deltakerne trekker seg noe unna erfaringsansatte, og det kan igjen føles ubehagelig overfor den erfaringsansatte. Det kan være mange faktorer som spiller inn og fører til at det blir utfordrende og medfører utrygghet når deltakerne møter erfaringsansatte på selvhjelpsgrupper. Derfor er det helt sentralt at erfaringsansatte og pasienter i rusbehandling avklarer hvem de skal være overfor hverandre på de forskjellige arenaene de kan treffe hverandre på (Aakvaag, 2008).

5.3.2 Mellommenneskelige møter

En ledende tanke i moderne etikk, som i stor grad er preget av filosofien til Immanuel Kant, har vært at etikken bygger på respekt for den enkeltes autonomi. I motsetning til Immanuel Kant hevder Løgstrup at i et slikt perspektiv går det avgjørende fødestedet for det etiske ansvaret for den andre tapt. Og ikke bare det, men i forestillingen om selvdannelse går verdien av det mellommenneskelige møtet tapt (Bøe & Thomassen, 2017).

For mange mennesker er frihet, egen uavhengighet og selvstendighet svært viktig. Men slik er det ikke for alle mennesker. Det finnes mennesker som står i sårbare og utfordrende livssituasjoner der psykiske vansker eller rusmiddelproblemer er overskyggende og skaper fastlåsthet og håpløshet (Bøe & Thomassen, 2017). Mange mennesker som står i slike livssituasjoner, har ikke noe sted å gå til eller å høre til, hverken hos familie eller venner, og livssituasjonen kan beskrives som håpløs (Bøe & Thomassen, 2017). For mennesker som står alene, i fastlåste og håpløse livssituasjoner, kan det å finne mening være svært viktig i deres tilfriskningsprosesser (Borg & Topor, 2014; Bøe & Thomassen, 2017; Kogstad, 2004). Gjennom samhandling og samarbeid med andre mennesker kan mennesker som står i disse fastlåste og håpløse livssituasjonene, finne en måte å forstå seg selv og sin livshistorie på som ifølge Kogstad (2004) i Bøe & Thomassen (2017) kan bidra til å skape håp om et bedre og meningsfullt liv. Basert på dette er meningsfulle relasjoner til andre vesentlig i arbeidet med mennesker med psykisk helse- og rusmiddelproblemer.

Resultatene i denne studien viser at meningsfulle og gode relasjoner til erfaringsansatte er svært viktig. Funn viser at deltakerne opplever trygghet og tilhørighet gjennom samhandling og relasjon til erfaringsansatte. Gjennom å bli sett, lyttet til og oppleve eksistensial aksept fra erfaringsansatte opplevde deltakerne at de ikke var alene. Gradvis endret den fastlåste og håpløse livssituasjonen seg i positiv retning. Deltakerne mestret å være rusfrie, de skapte nye relasjoner, de satte seg nye mål, og de fikk en ny retning i livet. Dette viser at vi mennesker er avhengige av hverandre (Løgstrup, 1991). Samtidig viser det at livsytringene, gjennom den etiske fordring, har stor kraft. Å handle godt mot et annet menneske kan bidra til å endre en fastlåst og håpløs livssituasjon til en meningsfull, trygg og god tilværelse der mennesket opplever tilhørighet med andre mennesker (Løgstrup, 1991).

6 Oppsummering og avsluttende kommentarer

6.1 Oppsummering

Hensikten med denne studien var å belyse problemstillingen *Hvilken betydning har erfaringskunnskap i samhandling og relasjonsarbeid for pasienter i TSB?*

Studien viser at erfaringskunnskap kan være både fremmende og hemmende i samhandling og relasjonsarbeid i TSB.

Resultatene viser at erfaringsansatte bidrar til å skape håp hos pasienter i TSB. Håp ble av deltakerne beskrevet som den aller viktigste faktoren for at de skulle greie å stå i og gjennomføre rusbehandlingen og fortsette tilfriskningsprosessen fra rusmiddelavhengighet. Dette er i tråd med tidligere forskning.

Resultatene viser også at ansatte med erfaringskunnskap har stor innflytelse, og bidrar med mange positive erfaringer som skaper tillit hos deltakerne. Deltakerne formidlet at å møte mennesker som selv har opplevd rusmiddelavhengighet, men som har reist seg, inngir en spesiell troverdighet og tillit som etableres på bakgrunn av felles erfaringer. Dette er også i tråd med tidligere forskning.

Resultatene viser også at deltakerne opplever trygghet og tilhørighet i samhandling og relasjon til erfaringsansatte. Gjennom å bli sett, lyttet til og oppleve eksistensiell aksept fra erfaringsansatte opplever deltakerne at de ikke er alene. Deltakerne fremhevet at gjenkjennelse i erfaringsansattes livserfaringer skaper trygghet i relasjonen. For deltakerne betydde samhandling og gode relasjoner, spesielt med erfaringsansatte, at livssituasjonen begynte å utvikle seg i en positiv og meningsfull retning. Deltakerne understreket at tillit, trygghet og tilhørighet og felleskap med erfaringsansatte var viktige elementer i deres tilfriskningsprosess.

Resultatene viser også at samhandling og relasjon med erfaringsansatte kan være utfordrende. Deltakerne formidlet at de opplevde at noen erfaringsansatte kunne være for bastant, konfronterende og preget av troen på sine egne erfaringer, og at disse var allmenngyldige og

passet for flere. Dette medførte at deltakerne ble provosert og fikk mistillit til noen av de erfaringsansatte. Dette er også i tråd med tidligere forskning.

Resultatene viser også noen overraskende funn. Et overraskende funn var at lang rusfri tid hos erfaringsansatte kunne være en faktor som dempet motivasjonen hos deltakerne. Et annet overraskende funn var at noen av deltakerne opplever at det kunne være utfordrende å møte erfaringsansatte på selvhjelpsgrupper utenfor rusbehandlingsklinikken. I denne sammenhengen kan det tyde på at erfaringsansatte ikke har avklart med deltakerne at de kan møte på hverandre på selvhjelpsgrupper utenfor rusbehandlingsklinikken. Både teori og forskningsfunn indikerer at å ha uavklarte roller overfor hverandre kan være utfordrende og skape utrygghet i relasjonen.

Samlet sett viser studien at erfaringskunnskap har stor betydning for samhandling og relasjonsarbeid for pasienter i TSB. Samtidig viser ulike funn at erfaringsansatte trenger noen rammer å jobbe ut ifra, og ikke bare jobber ut ifra sin bakgrunn. Det er svært viktig at erfaringsansatte som jobber i TSB, reflekterer over og er bevisst egen forforståelse når de skal hjelpe pasienter med å skape forståelse og innsikt i egen livssituasjon.

Implikasjoner av studien tyder på at det kan være en fordel om erfaringsansatte tar utdanning, opplæring og kursing, slik at de kan få dybdeinnsikt i og forståelse av hvilke mekanismer ved erfaringskunnskapen som kan være fremmende og hemmende i samhandling og relasjonsarbeid med pasienter i deres tilfriskningsprosess.

Referanseliste

- Andersen, S. (1996). K. E. Løgstrups etik. I A. J. Vetlesen (Red.), *Nærhetsetikk* (s. 50-98). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Andresen, N. E. (2011). Pårørende. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat eller alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 350-377). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bassuk, E. L., Hanson, J., Greene, R. N., Richard, M. & Laudet, A. (2016). Peer-delivered recovery support services for addictions in the United States: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 63, 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.01.003>
- Biong, S. & Herrestad, H. (2011). Som å åpne noe som er fastlåst. Begrepet håp i krisehåndtering og hjemmebehandling i lokalbasert psykisk helsevern. *Klinisk sygepleje*, 33(2), 45-56.
- Biong, S. & Ravndal, E. (2007). Young men's experiences of living with substance abuse and suicidal behaviour: Between death as an escape from pain and the hope of a life. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(4).
<https://doi.org/10.3402/qhw.v2i4.4965>
- Borg, M., Sjøfjell, T. L., Ogundipe, E. & Bjørlykhaug, K. I. (2017). *Brukeres erfaringer med hjelp og støtte fra erfaringsmedarbeidere innen psykisk helse og rus* (2017:2). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Hentet fra <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2020/01/Forskningsrapport-Brukeres-erfaringer-med-hjelp-og-st%C3%B8tte-fra-erfaringsmedarbeidere-innen-psykisk-helse-og-rus.pdf>
- Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virkosomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (3. rev. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Bradshaw, J. (1988). *Healing the shame that binds you*. Deerfield Beach, Florida: Health Communications.
- Bramness, J. G. (2011). Innledende ord. I K. R. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 5-7). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bøe, T. D., Kristoffersen, K., Lidbom, P. A., Lindvig, G. R., Seikkula, J., Ulland, D. & Zachariassen, K. (2014). "She offered me a place and a future": change is an event of becoming through movement in ethical time and space. *Contemporary Family Therapy*, 36(4), 474-484. <https://doi.org/10.1007/s10591-014-9317-3>
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid: Å skape rom for hverandre* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Christoffersen, S. A. (1999). *Etikk, eksistens og modernitet: Innføring i Løgstrups tenkning*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Collins, D., Alla, J., Nicolaidis, C., Gregg, J., Gullickson, D. J., Patten, A. & Englander, H. (2019). "If it wasn't for him, i wouldn't have talked to them": Qualitative study of addiction peer mentorship in the hospital. *Journal of General Internal Medicine*.
<https://doi.org/10.1007/s11606-019-05311-0>
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R. & Sells, D. (2005). Processes of recovery in serious mental illness: Findings from a multinational study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3), 177-201.
- Davidson, L., Shaw, J., Welborn, S., Mahon, B., Sirota, M., Gilbo, P., . . . Pelletier, J.-F. (2010). "I don't know how to find my way in the world": Contributions of user-led research to transforming mental health practice. *Psychiatry*, 73(2), 101-113. <https://doi.org/10.1521/psyc.2010.73.2.101>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 17. januar). Psykisk helse i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Folkehelseinstituttet. (2021, 10. juni). Høyeste antall overdoser på 20 år. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2021/hoyeste-antall-overdoser-pa-20-ar/>
- Friis, S. & Vaglum, P. (1999). *Fra idé til prosjekt: En innføring i klinisk forskning* (2. utg.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Gadamer, H.-G. (1989). *Truth and method* (2. rev. utg.). London: Sheed & Ward.
- Gadamer, H.-G., Holm-Hansen, L. & Schaanning, E. (2010). *Sannhet og metode: Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Bokklubben.
- Gadamer, H.-G. & Jordheim, H. (2003). *Forståelsens filosofi: Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Goffman, E., Risvik, K. & Risvik, K. (1992). *Vårt rollespill til daglig: En studie i hverdagslivets dramatik*. Oslo: Pax Forlag.
- Haga, W. (2011). Veien inn i behandling. I K. R. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat eller alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 38-45). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Halvorsen, J. S. (2011). AA (Anonyme Alkoholikere), 12 – trinnprogrammet og rusbehandling. I K. R. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat eller alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 246-272). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ham, C. C., LeMasson, K. D. S. & Hayes, J. A. (2013). The use of self-disclosure: Lived experiences of recovering substance abuse counselors. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 31(3), 348-374. <https://doi.org/10.1080/07347324.2013.800399>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan* (Meld. St. 11 (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet*. (Prop. 15 S (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/>
- Helsebiblioteket. (2016, 6. juni). Kunnskapsbasert praksis. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2014, 28. februar). Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2016a, 24. januar). Terapeutiske tilnærminger i rusbehandling. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/terapeutiske-tilnaerminger-i-rusbehandling>

- Helsedirektoratet. (2016b, 24. januar). Valg av behandlingsmetode i rusbehandling. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/brukermedvirkning-i-rusbehandling#valg-av-behandlingsmetode-i-rusbehandling>
- Helsedirektoratet. (2021, 12. november). Antall pasienter i psykisk helsevern uendret fra 2019 til 2020. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/antall-pasienter-i-psykisk-helsevern-uendret-fra-2019-til-2020>
- Henriksen, J.-O. & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jenkins, R. (2010). The 21st-century interaction order. I M. H. Jacobsen (Red.), *The contemporary Goffman*. New York: Routledge.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tuft, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Karlsen, R. (2016). *Nykter: Om avhengighet og recovery*. Oslo: Kolofon forlag.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsson, B. E., Borg, M., Ogundipe, E., Sjøfjell, T. L. & Bjørlykhaug, K. I. (2017). Aspekter ved samarbeidsrelasjoner mellom erfaringsmedarbeidere og brukere i psykisk helse- og rustjenester: En kvalitativ studie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 13(2). <https://doi.org/10.7557/14.4214>
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., . . . Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
- Kierkegaard, S. (1994). Synspunktet for min forfatter-virksomhed. I S. Kierkegaard. *Samlede værker* (5. utg.). København: Gyldendal.
- Klevan, T. G. S., Lunde, T., Borg, M. & Karlsson, B. E. (2018). «Det er litt som et eget språk»: Erfaringsmedarbeidernes forståelser og bruk av erfaringsbasert kunnskap i samarbeid med brukere i psykisk helse- og rustjenester. (2018:6). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Hentet fra <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2018/11/Det-er-litt-som-et-eget-spra%CC%8Ak.pdf>
- Kogstad, R. (2004). Vendepunkter: Byggesteiner i bedringsprosessen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(4), 41-49.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091-1098. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1091>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landheim, A. S., Wiig, F. L., Brendbekken, M., Brodahl, M. & Biong, S. (2016). *Et bedre liv: Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmissbruk og psykiske helseproblemer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauveng, A. (2014). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen Damm.
- Ljungberg, A., Denhov, A. & Topor, A. (2015). The art of helpful relationships with professionals: A meta-ethnography of the perspective of persons with severe mental illness. *Psychiatric Quarterly*, 86(4), 471-495. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9347-5>

- Lossius, K. (2011). Om å ruse seg. I K. R. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat eller alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 21-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Løgstrup, K. E. (1991). *Den etiske fordring* (2. utg.). Copenhagen: Gyldendal.
- Løgstrup, K. E. (2015). *Skabelse og tilintetgørelse: Religionsfilosofiske betragtninger* (4. utg.). København: Klim.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien: En moralsk utfordring. I K. Jensen (Red.), *Moderne omsorgsbilder* (s. 61-97). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- NAPHA. (2020, 4. desember). Erfaringskonsulenters kunnskap. Hentet fra https://napha.no/erfaringskonsulenters_kunnskap_master
- Nerheim, H. (1995). *Vitenskap og kommunikasjon: Paradigmer, modeller og kommunikative strategier i helsefagenes vitenskapsteori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ogundipe, E., Borg, M., Sjøfjell, T. L., Bjørlykhaug, K. I. & Karlsson, B. E. (2019). Service users' challenges in developing helpful relationships with peer support workers. *Scandinavian Journal of Disability Research*. <https://doi.org/10.16993/sjdr.580>
- Olafsen, T. (2021, 2. august). Retningslinjer for bruk av sosiale medier til rekruttering av forskningsdeltakere og innsamling av forskningsdata. Hentet fra <https://www.uio.no/for-ansatte/enhets sider/med/aktuelt/aktuelle-saker/2020/retningslinjer-sosiale-medier-rekr-og-innsamling.html>
- Pantridge, C. E., Charles, V. A., DeHart, D. D., Iachini, A. L., Seay, K. D., Clone, S. & Browne, T. (2016). A qualitative study of the role of peer support specialists in substance use disorder treatment: Examining the types of support provided. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 34(3), 337-353. <https://doi.org/10.1080/07347324.2016.1182815>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- QSR International. (2022). NVIVO. Hentet fra <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
- Repper, J. & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet: Lærebok for helse- og sosialfag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sunnafrank, M. & Ramirez, A. (2004). At first sight: Persistent relational effects of get-acquainted conversations. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(3), 361-379. <https://doi.org/10.1177/0265407504042837>
- Sælør, K. T., Næss, O. & Semb, R. (2015). Taking the plunge: Service users' experiences of hope within the mental health and substance use services. *Scandinavian Psychologist*, 2(e9). <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e9>
- Sørly, R., Sivertsen, K. & Stalsberg Mydland, T. (2022). An exploration of recovery competence among Norwegian peer workers in substance abuse services. *Social Work in Mental Health*, 20(1), 44-59. <https://doi.org/10.1080/15332985.2021.1968988>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Weber, A. K. & Frahm Jensen, M. (2016). *Brukeransettelser: Håndbok for virksomheter som ønsker å ansette personer med egenerfaring innen psykisk helse- og rusfeltet* (2016:1). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2429318/H%c3%a5ndbok-for-erfaringskonsulenter.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Weingarten, K. (2010). Reasonable hope: Construct, clinical applications, and supports. *Family Process*, 49(1), 5-25. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01305.x>
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
- Åkerblom, K. R., Agdal, R. & Haakseth, Ø. (2020). *Integrering av erfaringskompetanse: Hvordan opplever erfaringskonsulenter med ruserfaring sin arbeidssituasjon?* (2020:1). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Hentet fra https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2020/06/Integrering_av_erfaringskompetanse.pdf
- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag.

Vil du delta i følgende forskningsprosjekt:

Hvilken betydning har erfaringskunnskap for samhandling og relasjonsarbeid for mennesker med tidligere pasientstatus i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet med studien er å skape kunnskap om erfaringsansattes bruk av erfaringskunnskap i TSB. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Forskningsprosjektet er en masteroppgave tilknyttet masterutdanningen i psykisk helsearbeid ved Norges arktiske universitet UIT. Formålet med denne studien er å belyse betydningen av erfaringskunnskap i TSB. Forsker ønsker å undersøke hvilke erfaringer og opplevelser personer med tidligere pasientstatus fra TSB har fra samhandling med helsepersonell som selv har gjennomgått en bedringsprosess og på bakgrunn av dette har erfaringskunnskap med rusmiddelavhengighet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges arktiske universitet- UIT er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget er valgt ut fra følgende kriterier:

- Personer, både kvinner og menn, med tidligere pasientstatus fra TSB.
- Relasjon og samhandling med helsepersonell med erfaringskunnskap.
- Rusfrihet over et år.
- Over 25 år.
- Ulik alder

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et kvalitativt intervju som vil ta mellom 45 minutter til 60 minutter. Intervjuet inneholder spørsmål om hvordan du tenker at ansattes erfaringskunnskap bidrar i tilfriskningsprosessen til pasienter i rusbehandling.

Intervjuet blir gjennomført på Teams (office 365) som er en digital plattform. Det blir ikke gjort videopptak av intervjuet. Intervjuet blir tatt opp via nettskjema-diktafon som er koblet på en sikker database tilhørende Universitetet i Oslo-UIO. På et senere tidspunkt skal intervjuet transkriberes. Forsker vil også ta notater underveis i intervjuet. Alle data vil bli behandlet konfidensielt og følger UIT sine retningslinjer og krav om personvern. Det kan bli aktuelt å publisere resultatene som kommer frem i studien i et fagfellevurdert tidsskrift.

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. Det er kun forsker og veileder ved UIT som vil ha tilgang til data som kommer frem gjennom intervjuet. 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 database som har to-trinns autentisering. Opplysninger om deltakere vil anonymiseres, og deltakere vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 01.06.22. Jeg ønsker å utsette å slette prosjektet med et år. Det er fordi det kan bli aktuelt å publisere resultatene av studien i en fagfelle vurdert tidsskrift. Dette kan ta noe tid. Ved prosjektslutt vil personopplysninger, lydopptak og transkribert materiale slettes

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges arktiske universitet- UIT 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- UIT ved:

- 1 Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold
- 2 epost: personvernombud@uit.no,
- 3 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) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Maria Bakland
Email: maria.bakland@uit.no

Student

Børre lund
Tlf: 99254503
Email: mr.b37lund@gmail.com

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: Hvilken betydning har erfaringskunnskap for samhandling og relasjonsarbeid for mennesker med tidligere pasientstatus i TSB? 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)

Intervjuguide til forskningsintervju

Hvilken betydning har erfaringskunnskap i samhandling og relasjonsarbeid for mennesker med tidligere pasientstatus i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)?

Tema: Erfaringskunnskap i rusbehandling (TSB).

1. Hvilke fordeler og ulemper opplevde du at erfaringskunnskap hos helsepersonell...
 - a. ... hadde i samhandlingen mellom dere?
 - b. ... hadde på tilliten mellom dere?
 - c. ... hadde i tilfriskningsprosessen din?

Tema: Egenskaper ved erfaringskunnskap.

2. Hvilke egenskaper hos helsepersonell med erfaringskunnskap skilte seg særskilt:
 - a. ... positivt ut for tilfriskningsprosessen din? (Kom gjerne med eksempler fra virkeligheten.)
 - b. ... negativt ut i tilfriskningsprosessen din? (Kom gjerne med eksempler fra virkeligheten.)
3. I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2015), og i Helsedirektoratets nasjonale veileder «sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014), påpekes det at ansettelse av medarbeidere med erfaringskunnskap kan styrke behandlingstjenestene.
 - a. På hvilken måte mener du at helsepersonell med erfaringskunnskap kan styrke behandlingstjenestene?

Tema: Erfaringskunnskap og fagkunnskap

4. Hvordan opplevde du at erfaringskunnskap og fagkunnskap ble kombinert i rusbehandlingen du var på?
5. Hvordan vil du si at erfaringskunnskap og fagkunnskap ble brukt i de forskjellige fasene av din rusbehandling?

Refleksjoner til intervjuet

6. Hvordan opplevde du dette intervjuet?
7. Hvordan opplevde du din egen deltagelse i intervjuet?
8. Er det noe du ønsker å tilføye før vi avslutter?

Vedlegg 4

28.06.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjema med vedlegg 28.6.2021. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 10.6.2022. Etter dette vil personopplysningene oppbevares i ytterligere ett år med sikte på publisering.

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 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

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 viderebehandles 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

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.

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

TSD 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 eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

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 hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS

Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

T: (+47) 55 58 21 17

postmottak@nsd.no

<https://nsd.no>

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 5



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord	Ragnhild Hageberg	77646140	03.06.2021	279072

Maria Bakland
Fremleggingsvurdering: Erfaringskunnskap i TSB
Søknadsnummer: 279072
Forskningsansvarlig institusjon: UiT Norges arktiske universitet

REK vurderer prosjektet som ikke fremleggingspliktig

Søkers beskrivelse

Hensikten med studien er å skape ny kunnskap om ansattes bruk av erfaringskunnskap i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Vi ønsker å undersøke tidligere pasienter sine erfaringer og opplevelser, i møte med erfaringsansatte i psykisk helse og rus feltet. Fokus er å skaffe til veie kunnskap om bruk av erfaringskunnskap i TSB. Det vil således ikke skaffes til veie kunnskap om helse eller sykdom.

*I forskningsprosjektet ønsker vi svar på følgende problemstilling:
Hvordan kan erfaringskunnskap bidra i samhandling og relasjonsarbeid i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)?*

Følgende forskningsspørsmål kan være aktuelle bidra til å svare på problemstillingen:

- *Hvilken innflytelse har ansatte med erfaringskunnskap hos pasienter i TSB?*
- *Hvordan vektlegges erfaringskunnskap i TSB?*
- *Hvilke positive og/eller negative erfaringer har personer med tidligere pasienterfaringer til helsepersonell sin bruk av erfaringskunnskap i TSB?*

*Spørsmål skal besvares på følgende måte:
Intervju med tidligere pasienter i TSB.*

Vi viser til forespørsel om fremleggingsplikt.

REKs vurdering

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om «medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger», jf. helseforskningsloven § 2. «Medisinsk og helsefaglig forskning» er i § 4 a), definert som «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom». Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

REK nord

Besøksadresse: MH-2, 12. etasje, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

Telefon: 77 64 61 40 | E-post: rek-nord@asp.uit.no

Web: <https://rekportalen.no>

Formålet med denne studien fremgår slik av prosjektbeskrivelsen:

«Hensikten med studien er å skape ny kunnskap om ansattes bruk erfaringskunnskap i TSB. Jeg ønsker å undersøke hvilke erfaringer og opplevelser personer med tidligere pasientstatus fra TSB har fra samhandling med helsepersonell som selv har erfaringskunnskap med rusavhengighet.»

Konklusjon

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som skal vurderes av REK etter helseforskningsloven.

Det forutsettes at helsepersonells lovpålagte taushetsplikt overholdes i prosjektet.

Vi gjør oppmerksom på at etter personopplysningsloven må det foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Dette må forankres i egen institusjon.

Vurderingen og konklusjonen er å anse som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Ragnhild Hageberg
seniorrådgiver

Kopi til:

UiT Norges arktiske universitet

