



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for barnevern og sosialt arbeid

Hvordan tilrettelegger ansatte på rusbehandling institusjoner for brukermedvirkning?

En kvalitativ studie av de ansattes erfaringer med å tilrettelegge for brukermedvirkning

Av Tekla Madsen Strømmand

Masteroppgave i sosialt arbeid, SSO-3900

Mai 2024

Forord

Med innlevering av masteroppgaven markeres nå slutten på en utfordrende og lærerik reise, hvor nye muligheter står åpne. Å fordype meg i en problemstilling som lenge har interessert meg, har vært både givende, spennende og krevende. Arbeidet med oppgaven har ikke bare bidratt til økt faglig innsikt, men også til inspirasjon og et enda sterkere engasjement for rusavhengiges rettigheter.

En hjertelig takk til de dyktige informantene ved de ulike institusjonene, som generøst delte sine erfaringer, refleksjoner og kunnskap med meg. Deres bidrag var avgjørende for å berike denne oppgaven med en mangfoldig og dyp forståelse av brukermedvirkning på rusfeltet.

Jeg vil gjerne benytte anledningen til å rette en varm takk til min veileder, Wenche M. Kjæmpenes, for dine konstruktive tilbakemeldinger og faglige innspill.

Til slutt ønsker jeg å rette en hjertelig takk til min fantastiske mamma. Hennes tålmodighet, støtte og motiverende ord har vært helt avgjørende for meg gjennom denne perioden. Hun har vært min største støttespiller og en urokkelig kilde til oppmuntring når jeg har trengt det mest.

Mai, 2024

Tekla Madsen Strømmand

Sammendrag

Denne masteroppgaven tar for seg temaet brukermedvirkning innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Problemstillingen er: «*Hvordan tilrettelegger ansatte på rusbehandling institusjoner for brukermedvirkning?*». Ved hjelp av en kvalitativ tilnærming utforskes de ansattes opplevelser og erfaringer med å tilrettelegge for brukermedvirkning i behandlingsprosessen. Data er samlet gjennom semistrukturert intervju med elleve ansatte, og analysert gjennom tematisk analyse.

I datamaterialet mitt identifiserte jeg fire tema som egner seg å belyse problemstillingen. Disse var 1) de ansattes perspektiver på brukermedvirkning, 2) hjelperrollen, 3) konflikthåndtering og oppfølging, og 4) de pårørende sin rolle. Gjennom intervjuer med ansatte fra ulike institusjoner innen TSB-sektoren, utforsker denne studien variasjonen i praksis og tilnærminger til brukermedvirkning. Sentrale spørsmål inkluderer hvordan de ansatte balanserer pasientens autonomi med behovet for faglig ekspertise, samt utfordringene knyttet til å motivere pasienter til å inkludere pårørende. Ved å fokusere på de ansattes perspektiver og erfaringer, søker oppgaven å øke forståelsen av praksisfeltet og utfordringene knyttet til brukermedvirkning. Resultatene vil kunne gi ny innsikt som kan informere praksis og bidra til å forbedre behandlingstilbudet innen rusbehandling, samtidig som de kan legge grunnlaget for videre forskning på området.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag.....	1
Kapittel 1 – Innledning	4
<i>Bakgrunn for valg av tema</i>	<i>4</i>
<i>Forskningsspørsmål</i>	<i>5</i>
<i>Oppgavens videre oppbygging og-, avgrensing.....</i>	<i>5</i>
Kapittel 2 – Kunnskapsgrunnlag.....	6
<i>Effekten av brukermedvirkning på rusfeltet</i>	<i>6</i>
<i>Hvorfor brukermedvirkning?</i>	<i>7</i>
<i>Hva er viktig i rusbehandling?.....</i>	<i>8</i>
<i>Rusmiddellidelser og behandlingstilbud</i>	<i>9</i>
<i>Hvor mange er i behandling for sine rusmiddellidelser?.....</i>	<i>9</i>
<i>Rusbehandlingstilbud</i>	<i>10</i>
Kapittel 3 – Teoretisk rammeverk.....	13
<i>Hva er brukermedvirkning?.....</i>	<i>13</i>
<i>Lovverk som regulerer brukermedvirkning</i>	<i>15</i>
<i>Sentrale tilnærminger innen brukermedvirkning.....</i>	<i>15</i>
<i>Brukerperspektivet og brukerstyring.....</i>	<i>15</i>
<i>Medborgerskap og tilhørighet</i>	<i>16</i>
<i>Recovery og Empowerment.....</i>	<i>17</i>
<i>Redegjørelse for anbefalte tilnærminger i rusbehandling</i>	<i>19</i>
<i>Mentaliseringsbasert terapi og miljø terapi.....</i>	<i>19</i>
<i>Feedbackverktøy</i>	<i>20</i>
<i>Pårørendes betydning.....</i>	<i>20</i>
<i>Hjelperrollen og relasjonens betydning</i>	<i>21</i>
<i>Makt og hjelp mellom pasient og hjelper.....</i>	<i>23</i>
<i>Profesjonell kommunikasjon</i>	<i>24</i>
Kapittel 4 – Metode	26
<i>Forskningsperspektiv og tilnærming</i>	<i>26</i>

<i>Undersøkelses design</i>	27
Utvalg	27
Rekruttering av informanter	28
Semistrukturert intervju og intervjuguide	29
Gjennomføring av intervju.....	31
Transkribering av intervju.....	32
<i>Forskningsetikk</i>	33
Potensielle skjevheter i utvalget.....	34
<i>Reliabilitet og validitet</i>	35
<i>Analyse og tolking av data</i>	36
Tematisk analyse.....	36
<i>Empiri og drøfting</i>	37
<i>De ansattes perspektiver på brukermedvirkning</i>	37
Balansen i brukermedvirkning.....	37
Betydningen av eierskap i egen behandling.....	40
Hva legger de ansatte i å være en likeverdig partner?	44
<i>Hjelperollen</i>	48
Gode personlige egenskaper gir godt samarbeid	48
Andre brukte tilnærminger i behandling ved institusjonene	55
<i>Konflikthåndtering og oppfølging</i>	57
Hvordan løses uenigheter rundt behandling?.....	58
Hvordan følges pasientene opp etter behandling?	61
<i>De pårørende sin rolle</i>	63
<i>Konklusjoner</i>	67
Litteraturliste	71
Vedlegg Vedlegg 1	80
<i>Vedlegg 2</i>	82

Kapittel 1 – Innledning

Bakgrunn for valg av tema

Sosialt arbeid er et felt drevet av en dyp forpliktelse til å hjelpe andre og et ønske om å forstå og støtte mennesker gjennom deres utfordringer. Som student innen dette fagområdet har jeg alltid vært motivert av en dyp ambisjon om å utvikle meg til en kompetent hjelper. Mitt mål er ikke bare å tilby løsninger, men å være en aktiv lytter, en reflekterende praktiker og en som inkluderer klienten aktivt gjennom hele hjelpeprosessen. Mitt engasjement for brukermedvirkning stammer fra en erkjennelse av at å være en effektiv hjelper, som kan legge til rette for brukermedvirkning, ikke bare krever en solid akademisk forståelse, men også evnen til å navigere i det komplekse landskapet av menneskelige erfaringer. Som Bøe også (2018) påpeker, er sosialt arbeid først og fremst et praktisk yrke, preget av kompleksitet og mangfold, hvor en ren akademisk tilnærming vil være utilstrekkelig. Samtidig anerkjenner jeg viktigheten av å balansere den akademiske kunnskapen med den personlige og praktiske kompetansen som kreves for å kunne møte mennesker der de er på sin vei.

Under min praksisperiode i studietiden ble jeg introdusert for en virkelighet som var mer kompleks enn jeg hadde forestilt meg. Jeg husker særlig en samtale med en erfaren sosialarbeider, hvor hun uttrykte sin frustrasjon over gjentakende tilbakefall hos en ungdom hun arbeidet med: «Det er så ofte jeg tror at vi har kommet nærmere målet, så faller han ut igjen, og vi er tilbake der vi startet». Jeg fikk også innsikt i ungdommens perspektiv da jeg snakket med ham etterpå. Han uttrykte sin manglende motivasjon på følgende vis: «Hun maser så fælt. Jeg hadde bare ikke så lyst likevel, jeg er bare ikke helt der at jeg orker å ta tak i disse greiene akkurat nå». Det var en øyeblikkelig innsikt i den betydelige avstanden som kunne eksistere mellom hjelperens og pasientens forventninger og behov. Det ble tydelig at selv om begge parter hadde gode intensjoner og mål for behandlingen, kunne deres forventninger av veien mot disse målene være markant ulik. Dette åpnet mine øyne for den komplekse dynamikken som kan eksistere i hjelpeforholdet, hvor ulike perspektiver og mål kan påvirke behandlingsforløpet på en betydelig måte. Jeg begynte å reflektere over begrepet brukermedvirkning og dets kompleksitet, de potensielle fordelene og utfordringene knyttet til det. I tillegg har jeg min personlige erfaring som pårørende av familiemedlemmer med rusmiddellidelser, det har alltid vært en viktig faktor som har drevet min interesse for rusfeltet. Jeg er motivert for å utforske hvordan brukermedvirkning kan integreres på en

meningsfull og effektiv måte innenfor rusbehandling, med mål om å bidra til bedre forståelse og praksis på dette området.

Forskningsspørsmål

Inspirert av det overnevnte har jeg ønsket å fokusere på hvordan de ansatte tilrettelegger for brukermedvirkning i praksis innenfor rusfeltet. Med dette har jeg valgt følgende problemstilling:

«*Hvordan tilrettelegger ansatte på rusbehandling institusjoner for brukermedvirkning?*»

Brukermedvirkning som strategi tjener ulike formål. Å inkludere brukerne i beslutningsprosesser og valg knyttet til deres eget helsetilbud og å gi dem muligheten til å delta i utformingen av helse- og omsorgstjenestene, kan ha betydelige fordeler. For det første kan det bidra til å styrke den enkelte brukers motivasjon og selvbilde. Når brukere får muligheten til å delta aktivt i beslutninger som angår deres egen helse og velvære, kan det motvirke følelsen av hjelpeløshet og øke følelsen av kontroll og autonomi (NK LMH, 2024). Myndiggjøring, ansvarliggjøring, bevisstgjøring og deling av kunnskap og kompetanse utgjør fundamentale elementer både innen brukermedvirkning og sosialt arbeid (FO, 2023). Når man leser om *hvordan* praktisere brukermedvirkning står det at *det handler om å ha tilstrekkelig kunnskap om hva brukermedvirkning er, hvorfor det er viktig og hvordan utøve det* (NK LMH, 2024) - hva legges så i dette?

Oppgavens videre oppbygging og-, avgrensing.

I min oppgave har jeg valgt å avgrense meg til å undersøke hvordan ansatte tilrettelegger for brukermedvirkning i praksis i møte med den enkelte bruker. Fokus i oppgaven blir dermed på individnivå.

Kapittel 2 går gjennom kunnskapsgrunnlaget på feltet i dag, i kapittel 3 vil jeg redegjøre for oppgavens teoretiske perspektiver, i kapittel 4 redegjøres det for metode og fremgangsmåte

for å kunne besvare forskningsspørsmålet, i kapittel 5 presenteres og drøftes funn, og til slutt i kapittel 6 vil jeg komme med en konklusjon. I min oppgave vil jeg bruke betegnelsen hjelper og ansatte for å referere til fagutøvere, og pasient fremfor bruker når jeg omtaler personer som har benyttet seg av hjelpeapparatet. Jeg velger å bruke ordet pasient fordi alle institusjonene jeg besøkte jobbet innenfor private ideelle organisasjoner gjennom spesialisthelsetjenesten, der dette begrepet er vanlig. Denne oppgaven vil derfor konsentrere seg om hvordan de ansatte praktiserer brukervedvirkning i ulike private ideelle organisasjoner.

Kapittel 2 – Kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet vil jeg først gjennomgå hva forskningen viser angående effekten av brukervedvirkning innen rusfeltet. Deretter vil jeg utforske hvorfor temaet brukervedvirkning er relevant og verdifullt å undersøke nærmere. Videre vil jeg presentere det relevante lovverket som regulerer brukervedvirkning, for å gi en helhetlig forståelse av at dette ikke bare er en holdning, men også en lovfestet rettighet. Jeg vil også presentere statistikk som belyser omfanget av rusmiddelproblemer i Norge, noe som understreker viktigheten av brukervedvirkning som en relevant sosialfaglig problemstilling innen rusfeltet. Til slutt vil jeg gi en oversikt over anbefalte behandlingstilbud og terapeutiske tilnæringer innen rusbehandling.

Effekten av brukervedvirkning på rusfeltet

I oktober 2020 fikk Folkehelseinstituttet (FHI) i oppdrag av Helsedirektoratet å utvikle et interaktivt nettbasert forskningskart. Dette kartet skulle utforske og beskrive forskning om effekten av brukervedvirkning, inkludert pårørendevirkning, på ulike nivåer innen psykisk helse- og rusfeltet. Kartet skulle dekke både primær- og spesialhelsetjenesten og identifisere områder der det var behov for mer forskning. Forskningskartet inkluderte studier fra Europa, Nord-Amerika, Oceania, Asia og Afrika. De fleste av studiene var systematiske oversikter som satte lys på brukervedvirkning på individnivå, spesielt rettet mot personer med psykiske lidelser. Dette viste få oversikter som tok for seg personer med rusmiddelidelser (Folkehelseinstituttet, 2021, s. 15). Selv om forskningskartet ikke ga definitive svar, bidro det til å identifisere kunnskapshull.

I august 2021 inviterte Helsedirektoratet til et oppstartwebinar om brukervedvirkning innenfor rus og psykisk helse. Det fremheves at brukervedvirkning innen disse områdene i dag er utilstrekkelig systematisert, og det er divergerende synspunkter blant pasienter og

fagpersoner om hvorvidt dette oppnås tilfredsstillende. Det er et påtrengende behov for å etablere en felles forståelse av hva bruker- og pårørendemedvirkning innebærer og hva målet skal være.

Hvorfor brukermedvirkning?

Personer som bruker rusmidler har de samme menneskerettighetene som alle andre. Imidlertid er dette en gruppe som i praksis ofte opplever å få sine rettigheter satt under press (Langlete, Digranes, & Wilhelmsen, 2022, ss. 3-85). Vi fortsetter med å skille mellom mennesker – oss og dem knyttet til fornuft-ufornuft, frisk-syk, sort-hvit, normal-unormal, kvinne-mann (Sørly, Karlsson, & Sjøfjell, 2021, s. 44.) I boken «*kritiske perspektiver på brukermedvirkning*» legges det vekt på at vi må tenke mer kritisk rundt brukermedvirkning. Det skal nevnes at kritikk ikke er synonymt med noe problematisk eller utfordrende. Kritikk er å veie noe, å skille noe fra noe annet, vurdere og bedømme (Skjeldal, 2021, s. 16). Det diskuteres om vi kun går inn i en imitasjonsfase, det vi tror virker eller det som de andre sier virker, tenker vi ikke lenger selvstendig. Ved å bevare et kritisk blikk på diskusjoner og ulike former for brukermedvirkningspraksiser, da særlig de som det har blitt bred enighet om at praktiseres for pasientens beste, er nødvendig dersom brukermedvirkningen skal bli reell (Skjeldal, 2021, s. 19). Dette utgjør en utfordrende refleksjon over praksisen knyttet til behandling av personer som bruker rusmidler, samt behovet for å forbedre både respekten for deres menneskerettigheter og effektiviteten av brukermedvirkningspraksiser.

I studien «*Kamouflert ekspertrolle – et paradoks i endringsarbeid*», som utforsker helse- og sosialarbeideres rolle i motivasjons- og endringsarbeid, finner forskerne eksempler på to hovedstiler i samtalepraksisen (Høyby & Ranger, 2019). Den ene stilen ligner en «coaching»/medspiller tilnærming, der de profesjonelle veileder pasienten gjennom samtalen, mens den andre stilen er mer styrende, der de tar på seg en tydelig ekspertrolle. Analysen av 13 samtaler avslørte at de profesjonelle benytter seg av en kombinasjon av disse stilene, og beveger seg langs et kontinuum av samtalestiler. De viser interesse for pasientens situasjon ved å lytte og respondere, i tråd med en mer veiledning-orientert stil, og unngår å gi direkte råd og forslag, noe som er karakteristisk for den mer styrende stilen. De oppfordrer i stedet pasienten til å komme med egne forslag til løsninger, noe som indikerer bruk av samtaleferdigheter som er typiske for en veiledning-stil. På tross av dette avdekkes det i analysen at ekspertrollen er til stede på en mer skjult måte. Samtalene viser et begrenset utvalg av samtaleferdigheter, med hyppig bruk av verbalt følge og lukkede spørsmål, og færre

åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer. Det mangler også tydelig målavklaring, fokus på ressurser og motivasjonsbygging i samtalene. Forskerne mener at en økt bruk av ressursfremmende spørsmål og refleksiv lytting kunne ha gjort samtalene mer utforskende, styrket samarbeidet og økt mulighetene for forhandling. Pasientene skal involveres gjennom medvirkning, dialog og ressursmobilisering (Høiby & Ranger , 2019). Med andre ord viser funn at ekspertrollen med sitt «selvfokus» fortsatt er dominerende, til tross for at brukerinvolvering har vært på dagsordenen i flere tiår (Høiby & Ranger , 2019). For at brukerens kunnskap skal bli tatt i betraktning, er det viktig å tilrettelegge for en arena der brukeren kan uttrykke seg fritt og få innsikt i hvordan ens kunnskap og meninger blir vurdert. Tjenesteutøvernes verdier er av betydning, men suksessen til brukermedvirkning bør ikke bare sees som et resultat av at tjenesteutøverne har "riktige" verdier (KS, 2011, s. 14). Helsefeltet har historisk sett ikke tatt personens subjektive erfaringsbaserte kunnskap på alvor. Det har vært fagpersoners «objektive» forståelse av personen og deres helsevansker som har preget tilbudet om hjelp (Karlsson & Borg, 2023, s. 27). Hvilken kompetanse de profesjonelle har for å arbeide i tråd med slike idealer er relevant.

Hva er viktig i rusbehandling?

Forskning viser at ved tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det mellom 10 og 60 prosent av dem som starter behandlingen, som avbryter før den er fullført (Arseth, 2019). Blant dem som valgte privat institusjon, opplevde mange hindringer som førte til lavt oppmøte. Disse hindringene inkluderte følelsen av manglende medvirkning, synkende motivasjon og press til å akseptere en behandling de ikke selv ønsket. Forskningen understreker behovet for å styrke brukermedvirkning og fokusere mer på individuelt tilpassede behandlingsmetoder innenfor TSB. Det blir også påpekt betydningen av å etablere gode relasjoner mellom hjelperen og brukeren, samt å gi tett oppfølging i overgangsfasene (Arseth, 2019) I veilederen «*Sammen om mestring*» for lokalbasert psykisk helse- og rusarbeid, legges det stor vekt på at pasienten skal være den sentrale aktøren i sin egen behandling og bedringsprosess, samt i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene generelt (Helsedirektoratet, 2014, s. 16). Dette innebærer at forebygging, kartlegging og behandling bør være forankret i pasientens ønsker, kunnskap og behov også ved behandling. I likhet med Arseth (2019) sin studie kommer det også frem i veilederen at det er essensielt å etablere en god og tillitsfull relasjon mellom pasient og hjelper i oppbyggingen av en behandlingsallianse (Helsedirektoratet, 2014, s. 17). Dette understreker betydningen av å involvere pasienten

aktivt i beslutningsprosesser knyttet til deres egen behandling, samt å bygge opp et samarbeid preget av gjensidig tillit og respekt mellom pasient og behandler.

I den kvalitative studien «*hva er viktig for pasienten innen rusbehandling?*» utviklet av kunnskapssenteret går det igjen fire områder som pasientene mener er viktige: god mottakelse og trygge rammer, bli tatt på alvor og respektert, tilgjengelige ansatte og meningsfelle program, og god tett oppfølging etter utskriving. Dette innebar å bli godt mottatt ved å bli sett og inkludert, bli lyttet til, at de ansatte har positive holdninger og behandler en som et vanlig menneske, og at det livet etter utskriving er av stor betydning (Kunnskapssenteret, 2011). Nyere forskning viser at tilhørighet, indre prosesser og forutsigbarhet er viktige aspekter for over fra rusbehandling til hverdagen etterpå (Johannessen, Nordfjærn, & Geirdal, 2020). Tilknytning omhandlet blant annet deltakernes tilhørighet til institusjonen, samt deres tilknytning til samfunnet utenfor institusjonen. Indre prosesser involverte deltakernes opplevelse av å styrke selvinnsikten gjennom ærlighet overfor seg selv og andre, samt gjennom å utforske egne følelsesmessige reaksjoner. Motivasjon ble ansett som særlig viktig i overgangsfasen, da deltakerne opplevde at deres motivasjon økte gjennom mestring, som igjen styrket både deres selvtilit og troen på egen mestring etter utskrivingen. Forutsigbarhet ble vektlagt av deltakerne, knyttet til forventningen om en gradvis overgangsprosess i et tempo som fremmet opprettholdelsen av mestringstro og emosjonell trygghet.

Rusmiddellidelser og behandlingstilbud

Rusmiddellidelser kan ramme alle mennesker i alle aldre. Noen trenger gjerne litt mer hjelp for å mestre dette. Behandling av rus- og avhengighetsproblemer handler om å sette pasienten/brukeren i stand til å leve et godt liv.

Hvor mange er i behandling for sine rusmiddellidelser?

Rusmidler omfatter alkohol, vanedannende rusmidler og illegale rusmidler (narkotika) (Folkehelseinstituttet, 2022). Det opplyses i folkehelse rapporten hos folkehelseinstituttet at det er mange som bruker rusmidler uten at det er problematisk, men heller assosiert med glede eller lettelse.

Rusmiddelbruk utgjør et betydelig folkehelseproblem i Norge, og alkoholbrukslidelser er blant de mest vanlige rusmiddellidelsene i landet, ifølge Folkehelseinstituttet (2022). En betydelig andel av befolkningen, anslagsvis mellom 175 000 og 350 000 personer, lider av

avhengighet eller skadelig bruk av alkohol, med en 12 måneders forekomst på 5-8 prosent blant voksne. Til tross for omfanget av problemet er det en stor uoverensstemmelse mellom behov og tilgjengelig behandling. Isachsen (2023) påpeker at kun en liten andel av de som trenger det, faktisk mottar hjelp. Studier antyder at bare 7 av 100 personer med alkoholbrukslidelse får behandling for tilstanden sin, noe som tilsvarer en dekningsgrad på rundt 7 prosent. Andre rusmiddelidelser, som bruk av illegale rusmidler, utgjør også en betydelig del av problemet. På grunn av stigma og skjult bruk er det imidlertid vanskelig å få nøyaktige tall gjennom befolkningsundersøkelser (Folkehelseinstituttet, 2022). I spesialisthelsetjenesten er det en økende trend i antall pasienter som mottar behandling for rusmiddelrelaterte problemer, ifølge Folkehelseinstituttet (2023). I 2022 var det 18 513 pasienter som mottok behandling. Av disse var nesten en tredjedel i døgnbehandling, mens over to tredjedeler mottok poliklinisk behandling. Denne økningen i antall pasienter som søker og mottar behandling, både på døgn- og poliklinisk basis, understreker behovet for økt tilgang til og fokus på rusbehandling i Norge.

Rusbehandlingstilbud

I rusbehandlingfeltet skilles det vanligvis mellom private og offentlige tilbud (Folkehelseinstituttet, 2018). Offentlige tilbud er finansiert og drevet av det offentlige helsevesenet, vanligvis gjennom regionale eller nasjonale helseorganer. Disse tilbudene er ofte tilgjengelige for alle innbyggere og kan omfatte både ambulante tjenester og døgnbaserte behandlingsprogrammer. På den annen side er private tilbud drevet av private organisasjoner eller enkeltpersoner, og de kan variere i tilgjengelighet og kostnader. Noen private tilbud kan være selvfinansierte, mens andre kan være delvis finansiert av offentlige midler eller gjennom private forsikringer. Forskjellene mellom private og offentlige tilbud kan omfatte tilgjengelighet, ventetider, behandlingsmetoder, og i hvilken grad helsetjenester og omsorgstilbud tilpasses den enkelte pasients behov, preferanser og situasjon. Ved moderate problemer kan en få hjelp i spesialisthelsetjenesten – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Om en ikke opplever tilstrekkelig rusmestring og kontroll kan en henvises til spesialisthelsetjenesten. Selv om spesialisthelsetjenesten i Norge primært er offentlig finansiert og drevet, kan det også være private aktører som tilbyr spesialiserte helsetjenester på visse områder (Folkehelseinstituttet, 2018). Disse private aktørene kan for eksempel ha avtaler med de regionale helseforetakene for å utføre spesifikke tjenester eller behandlinger. Statens ansvar for behandling av rusmiddelidelser i spesialisthelsetjenesten er regulert av

spesialisthelsetjenesteloven (1999, §2-1).

Dersom en får rett til behandling vil den som oftest starte i poliklinikk. Poliklinisk brukes om utredning og/eller behandling som ikke krever innleggelse. Behandling vil starte med kartlegging av pasientens rusmiddellidelse og hvordan en fungerer på ulike livsområder. Ved døgnbasert behandling bor man på behandlingsstedet. Behandlingsforløpet kan variere mellom korttidsbehandling på 3 til 6 måneder eller langtidsdøgnbehandling på over 6 måneder, dette avhenger av pasientens henvisning (Helse Norge , 2021).

Grunnleggende tilnærminger i rusbehandling

Sentrale perspektiver som Empowerment og Recovery bør prege tjenesteytingen (Helsedirektoratet, 2014, s. 11). Forskning om Empowerment indikerer at mange med rusmiddellidelser og/eller psykiske helseproblemer trenger å mobilisere sin egenkraft og oppdage sine ressurser (Sjåfjell & Myhra, 2015). Etter å ha stått overfor langvarige utfordringer knyttet til disse problemene, kan selvtilliten ofte være lav, noe som også understrekes av informanter som jobber innenfor rusfeltet (Sjåfjell & Myhra, 2015). Erfaringer fra Brukerforum understreker viktigheten av kollektivet som ressurs i Empowerment-prosesser (Napha, 2011). Samarbeid med andre mot et felles mål og prosjekt, preget av raushet og respekt for individets tempo, har styrket både den enkelte pasienten og gruppen som helhet (Napha, 2011). Andre funn viser også til betydningen av felleskapstilhørighet for økt myndiggjøring (KORUS, 2021). Studier indikerer en bred enighet om at Recovery-prosesser innebærer troen på at alle har iboende ressurser, og at dette er avgjørende for å styrke den enkeltes evne til å leve et tilfredsstillende liv i lokalsamfunnet (Ørjasæter & Almvik, 2022). For å øke brukerinnflytelsen er det nødvendig at alle tjenester og fagpersoner har en strukturert og planlagt tilnærming til samarbeidet med pasienten. Disse tilnærmingene bør støtte opp om mestring og selvverd, samtidig som de bør være basert på kunnskap (Helsedirektoratet, 2014, s. 67). Formålet med kunnskapsbasert praksis er å forbedre beslutningsgrunnlaget for de som jobber innen helse- og sosialsektoren, samtidig som det øker bevisstheten om kilden til sin kunnskap (Helsebiblioteket , 2021). Ansatte bør med dette kunne tilby resultatrike metoder som blant annet miljøterapi, mentaliseringsbasert terapi (MTB), kognitiv terapi, fysisk aktivitet og/eller motiverende intervju (MI) i rusbehandling (Helsedirektoratet , 2017)

Dersom en har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har man også rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP) etter spesialisthelsetjenesteloven (1999, §2-5).

En individuell plan er et dokument som beskriver hvordan ulike tjenester og instanser skal samarbeide for å sikre en helhetlig oppfølging av en person. Videre skal behandling ta utgangspunkt i ens situasjon og hvilke mål en ønsker å oppnå. Det skal være fokus på å finne mestringsteknikker som forsterker ens egen motivasjon for å slutte med rusmidler eller kontrollere bruken (Helse Norge , 2021). En studie avdekker at kun 3 av 13 brukere rapporterer at de har en individuell plan, men ingen av dem vet hva som faktisk står i den (Hansen, 2021, s. 116). Videre viser undersøkelsen at få av brukerne er kjent med begrepet "individuell plan", og heller ikke har kunnskap om innholdet i en slik plan. Tjenesteyterne forklarer den lave forekomsten av individuelle planer med at "brukerne ikke ønsker noen plan". Imidlertid indikerer tilbakemeldingene fra brukerne at de i liten grad var klar over hva de egentlig sa nei til (Hansen, 2021, s. 117). Det understrekes en bred enighet om at koordinatoren har en sentral oppgave med å forvalte et helhetlig tjenestetilbud (Hansen, 2021, s. 124). Informanter fra en annen studie fremhevet betydningen av hjelperens stabilitet og egnethet for at individuell plan (IP) skal kunne fungere effektivt som et verktøy for samhandling (Hollum & Toverud, 2023, s. 40). For å redusere risikoen for avbrudd i behandlingen er det viktig å tilby fleksible behandlingsrammer og muligheten for rask tilbakekomst til behandling hvis pasienten ønsker det. Brukerstyrt innleggelse kan være et passende tilbud for dette formålet (Helsedirektoratet , 2022). Forskning på området er begrenset, men brukerstyrte plasser anses som hensiktsmessige da de fremmer brukervedvirkning (Helsedirektoratet, 2017).

Pårørende blir omtalt som en ressurs og bør møtes som en samarbeidspartner ut fra den rollen de innehar, og samtidig sikres nødvendig støtte og avlastning (Pårørendesenteret , 2024). Det sies at det er avgjørende å prioritere tid til å møte den enkelte og dens familie og nettverk der de befinner seg (Helsedirektoratet, 2018).

Samlet sett vil oppgaven fokusere på flere nøkkelområder innen rusbehandling. Dette inkluderer å utforske hvordan man kan styrke brukervedvirkning i praksis, tilpasse behandlingen til individuelle behov og preferanser, samt legge til rette for en mer helhetlig og koordinert tilnærming til behandling. Sentralt står også evalueringen av effekten av brukervedvirkning på behandlingsresultater og pasienttilfredshet. Gjennom å se på hvordan de ansatte opplever og praktiserer brukervedvirkning i sitt daglige arbeid med pasientene, kan man få innsikt i hvordan denne praksisen påvirker behandlingen. Dette perspektivet kan bidra til å forstå hvordan man best kan tilpasse behandlingen for å møte pasientenes behov på en effektiv måte.

Kapittel 3 – Teoretisk rammeverk

Når vi diskuterer brukermedvirkning, åpner det seg et landskap av relevante begreper som kan bidra til å belyse forskningsspørsmålet mitt. Derfor har jeg i min teoridel bevisst valgt å fokusere spesielt på de begrepene jeg anser som mest relevante for å utforske dynamikken og betydningen av brukermedvirkning i behandlingskonteksten innen rusfeltet. Det første jeg vil gjøre er å gi en redegjørelse for hva brukermedvirkning innebærer. Dette inkluderer å definere begrepet og belyse dets ulike aspekter. Jeg vil også vise til relevant lovverk som regulerer brukermedvirkning for å gi et kontekstuell grunnlag for forståelsen av praksisen. Deretter vil jeg undersøke sentrale tilnærminger til brukermedvirkning, og diskutere deres relevans og effektivitet i rusbehandlingssammenheng. Etter dette vil jeg gi en gjennomgang av anbefalte tilnærminger i rusbehandling, og utforske hvordan disse integrerer brukermedvirkning som en sentral del av behandlingsprosessen. Jeg vil også vektlegge betydningen av hjelperrollen og relasjonens innflytelse på brukermedvirkning og behandlingsresultater. Til slutt vil jeg se nærmere på viktigheten av profesjonell kommunikasjon, og hvordan dette bidrar til å styrke samarbeidet mellom behandlere og pasienter for å oppnå bedre behandlingsutfall.

Hva er brukermedvirkning?

Bruken av begrepet «brukermedvirkning» har sine utfordringer nettopp fordi hver og en pasient er unik og har sin egen måte å se verden på. Det blir konkretisert på forskjellige måter, avhengig av hvor mye pasienten blir involvert og formen for deltakelse. I følge Helsedirektoratet er imidlertid en bruker: *«en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form. I Plan for brukermedvirkning defineres bruker som en person som har behov for eller nyttiggjør seg tjenester innen psykisk helse-feltet eller rusfeltet»* (Sørly, Karlsson, & Sjøfjell, 2021, s. 24). Medvirkning defineres også slik: *«brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke»* (Helsedirektoratet, 2017). Her fremholdes det at brukermedvirkning har en egenverdi, terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å kvalitetssikre og forbedre tjenestene. Det innebærer at brukeren anses som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem (Sørly, Karlsson, & Sjøfjell, 2021, s. 38). Skjeldal (2021, s. 16) påpeker at alle mennesker først og fremst er seg selv. Dette understreker kompleksiteten

ved å tilby tjenester som tar hensyn til den enkeltes unike behov. Hvis tjenestene skal ta hensyn til hver enkelt person, kan det være utfordrende å opprettholde et helhetlig tjenestetilbud for alle. Samtidig, dersom tjenestene ikke er brukerorienterte, risikerer man å standardisere tilbudet, noe som kan føre til at individuelle behov ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Det er derfor viktig å finne en balanse mellom å tilby tjenester som tar hensyn til den enkeltes behov samtidig som man opprettholder et helhetlig og tilgjengelig tjenestetilbud for alle. Det er dette komplekse spennet alle som er en del av rus og psykisk helsefeltet befinner seg i. Brukermedvirkning har en selvfølgelighet ved seg i og med at er en lovfestet rettighet, men det betyr ikke nødvendigvis at brukermedvirkningen er sikret selv om lovverket er tydelig nok (Skjeldal, 2021, s. 14).

Tommy Sjøfjell kommer med et eksempel på medvirkning i boka «*medvirkning i psykisk helse og rusarbeid*» (Sørly, Karlsson, & Sjøfjell, 2021, s. 105). I 2000 gikk han til polikliniske samtaler hvor målsettingen var å lære å drikke kontrollert, noe behandler var skeptisk til. Det var lite fremgang og gikk dårligere. Behandler lot imidlertid Tommy ha måle sitt og foreslo at han burde ta en lengre pause. Senere i en samtale nevnte behandler at det hadde dukket opp en ledig plass, og spurte om Tommy ønsket en tre ukers innleggelse. Han fikk tenke over dette til dagen etter men takket nei til tilbudet og fortsatte å gå i poliklinisk til henne. Senere i 2005 hadde Tommy vært innlagt ved en rusinstitusjon en lang periode. Han hadde som alle andre fått tildelt en behandler. Han opplevde henne som en ikke god hjelper for han. Tommy var opptatt av hverdagen etter behandling, hun av tiden tilbrakt på institusjon. Han ga beskjed om at han ønsket å bytte behandler, deretter fikk han beskjed om at de skulle drøfte dette på et behandlermøte ved institusjonen. Senere fikk han beskjed om han ikke fikk bytte behandler. Hun fortsatte da som hans behandler. Tommy skriver videre i boka at i første eksempel fra 2000 opplever han at hans behov for å finne sin egen løsning på rusproblemet ble ivaretatt. Behandler var skeptisk til målet, noe hun også uttrykket. Han forteller at dette kunne hun si fordi de hadde en relasjon. I tillegg anerkjente hun også hans mål. Han sier det ikke ville hatt en god innvirkning på han eller deres relasjon om hun hadde presset han til å takke ja til innleggelsen. Når hun ga han tilbud om innleggelse, ble dette gitt som et tilbud. Tommy beskriver da en opplevelse av valgfrihet, autonomi og selvbestemmelse. At han takket nei til tilbudet fikk ikke konsekvenser for videre oppfølging. Da han i 2005 prøvde å skifte behandler ved institusjoner, skjedde det motsatte. Han følte seg ikke hørt og sett fra hans egne behov. Han mistet troen på at de evnet å hjelpe han, som igjen påvirket behandlingen. Det er et kvalitetsstempel at fagpersoner og systemer er gode på medvirkning. Tommy nevner at det

behøver ikke å bety at han alltid skulle få ønsket sitt innvilget, men at man blir anerkjent og sett på sine behov (Sørly, Karlsson, & Sjøfjell, 2021, s. 106). Brukermedvirkning er et begrep som for mange kan virke uklart, og å praktisere det krever etisk innsikt. Etisk innsikt medfører å kunne integrere faglige vurderinger i en større sammenheng som inkluderer etiske refleksjoner. Det vil si å vurdere hvordan tjenestene bør være og hva som defineres som gode og rettferdige tjenester, samt å forstå konsekvensene av ens handlinger for brukerne (KS, 2011, s. 10).

Lovverk som regulerer brukermedvirkning

Brukermedvirkning reguleres både i pasientrettighetsloven, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og helseforetaksloven.

Brukermedvirkning utøves på tre hovednivåer: individnivå, tjenestenivå og systemnivå (Sørly, Karlsson, & Sjøfjell, 2021, s. 49). På individnivå handler det om den enkeltes rettigheter og muligheter til å påvirke den behandlingen de mottar i helse- og omsorgstjenesten. Dette er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), og innebærer at tjenestemottageren har innflytelse over tjenestene de benytter seg av. Dette kan gjennomføres ved hjelp av ulike verktøy eller tiltak som er utformet for å standardisere denne medvirkningen. Eksempler på slike tiltak inkluderer «individuell plan», «feedbackverktøy» og «pakkeforløp» (Sørly, Karlsson, & Sjøfjell, 2021, s. 24). Tjenestenivå innebærer at brukerrepresentanter samarbeider med fagpersoner på et likeverdig nivå og medvirker i prosesser som endrer tilbud eller tjenester. Dette foregår ved at brukerorganisasjoner oppnevner personer til å være medlemmer av brukerutvalg eller brukerråd. Systemnivå innebærer at brukergrupper og brukerorganisasjoner involveres i planlegging og tiltak som har allmenn betydning, for eksempel gjennom samarbeid med Statsforvaltere (Sørly, Karlsson, & Sjøfjell, 2021, s. 49). På tjeneste og systemnivå er brukermedvirkning i kommunehelsetjenesten en lovfestet rettighet som følger av helse og omsorgstjenesteloven (2011, §3-10) og i spesialisthelsetjenesten en lovfestet rettighet i helseforetaksloven (2001, §35).

Sentrale tilnærminger innen brukermedvirkning

Brukerperspektivet og brukerstyring

Brukerperspektivet handler om synspunkter og erfaringer fra pasienter og/eller deres omsorgspersoner som er relevante for sykdommen/tilstanden og behandlingen (Aas, Dahl, &

Levaas, 2015). Pasienter kan gi verdifull innsikt i hva det innebærer å leve med en bestemt sykdom/tilstand, deres erfaringer med dagens behandlingsmetoder, samt deres forventninger til og erfaringer med nye eller alternative behandlingsmetoder. Brukerne kan bidra med unike perspektiver og informasjon om deres opplevelser, syn på kvaliteten av behandlingen de mottar, deres holdninger, preferanser, verdier og forventninger knyttet til sykdommen/tilstanden og behandlingen (Aas, Dahl, & Levaas, 2015).

Brukerstyring kan beskrives som en bevisstgjøring av brukerens ansvar for egne valg gjennom anerkjennelse av deres kompetanse, behov, ressurser og funksjonsnivå (Aas, Dahl, & Levaas, 2015). I en brukerstyrt tilnærming har hjelperen ekspertise, men tar ikke på seg en ekspertrolle. I stedet anerkjennes brukeren som ekspert i sitt eget liv, med innsikt i sine egne behov, ønsker, problemer og ressurser. I en brukerstyrt tilnærming erkjenner hjelperen viktigheten av maktbalansen i relasjonen. Det innebærer å gi brukeren en stemme ved å dele makten. Hjelperen har ansvaret for å sikre kontinuerlig tilbakemelding fra brukeren, og både organisasjonen og hjelperen skal tilpasse behandlingen etter brukerens behov, ikke omvendt. Det er viktig å evaluere behandlingsprosessen og relasjonen mellom terapeut og bruker for å sikre kvaliteten på arbeidet. Bruk av verktøy som muliggjør tilbakemeldinger fra brukerne om deres opplevelse av terapeuten og behandlingen, er en effektiv måte å kvalitetssikre arbeidet på (Aas, Dahl, & Levaas, 2015),

Medborgerskap og tilhørighet

Medborgerskap bygger på prinsippet om at alle borgere er likeverdige medlemmer av samfunnet (Sørly, Karlsson, & Sjøfjell, 2021, s. 39). Det handler om å erkjenne og utøve ens rettigheter, ansvar og deltakelse i samfunnet. Både formell og sosial tilhørighet, og positive relasjoner er viktige mestringsbetingelser og uttrykk for at en person har god psykisk helse og høy livskvalitet (Helsedirektoratet, 2015, s. 18) På den ene siden innebærer medborgerskap å ha formelle rettigheter som innbygger, dette kan være tilgang til behandlingstilbud, tjenestetilbud og muligheter for å påvirke ens egen behandling (Nesse, 2023). På den andre siden handler det om sosial inklusjon og deltakelse. Betydningen av å bli lyttet til, anerkjent av andre, og muligheten til å bidra og delta på ens egne vilkår blir fremhevet som sentrale elementer i medborgerskap perspektivet (Nesse, 2023). Det innebærer å være en aktiv og ansvarlig deltaker i samfunnet, bidra til fellesskapets beste og respektere andre medborgere og deres rettigheter. Dette gir en følelse av tilhørighet. Gjennom medborgerskap kan

enkeltpersoner føle tilhørighet til et større fellesskap og samarbeide for å fremme felles verdier, mål og interesser.

Recovery og Empowerment

«Recovery er det arbeidet personen gjør alene/og eller sammen med andre for å oppleve og skape mening i livet sitt (Karlsson & Borg, 2023, s. 12)». Recovery må skapes gjennom samarbeid og utvikling. Det handler både om personens prosesser og innsatser, og om det støttende miljøet som hjelper vedkommende med å komme seg videre og finne måter å leve med utfordringene (Karlsson & Borg, 2023, s. 27). Samtidig med dette utspiller Recoveryprosessen seg i hverdagslivet, i det lokale miljøet og gjennom samspill med andre mennesker i ulike sosiale settinger. Recovery er like mye en sosial prosess som den er personlig og individuell. Faktorer som påvirker en persons Recoveryprosess inkluderer opplevelse av håp og mening, levekår og livssituasjon, tilgjengelig hjelp, fysisk helse, medisin bruk, aktiviteter og arbeid, bolig, familie, sosialt nettverk og kulturforståelse (Karlsson & Borg, 2023, s. 27). Karlsson & Borg (2023) sin forståelse av Recovery består av følgende elementer:

- 1. Personen blir støttet av andre, og andre mennesker verdsetter vedkommende som den er.*
- 2. Personen blir involvert i meningsfulle aktiviteter og føler seg velkommen og akseptert i ulike sosiale sammenhenger.*
- 3. Personen overvinner stigma og føler seg ikke lenger diskriminert på grunn av sin psykiske helse og/eller rusvaner.*
- 4. Personen blir myndiggjort som innbygger og får ivaretatt sine menneskerettigheter.* En av de viktigste paradoksene ved Recovery er at gjennom å akseptere hva vi ikke kan være eller gjøre oppdager vi hva vi kan være, og hva vi kan gjøre (Karlsson & Borg, 2023, s. 29).
- 5. Fagpersonene har tillit til brukerens egne erfaringer.* Å sette pasientens kunnskaper og rettigheter i fokus er en forutsetning.
- 6. Maktforhold i helse-, sosial- og velferdstjenestene endres, og omorganiseres radikalt.* Det handler om å synliggjøre, forstå og jobbe med forhold som representerer hindringene for personens livsprosesser. Det kan for eksempel være stigma, krenkende språk og forhold i tjenestene, feilmedisinering, utestenging fra lokalmiljø og arbeidsliv og brudd på menneskerettighetene (Karlsson & Borg, 2023, s. 29).

7. *Fagfolk lytter nøye til brukerens virkelighetsbeskrivelser og ønsker, de generaliserer ikke, og de finner så ut hva som må til for å komme hit den andre vil.* En individuell plan kan hjelpe til med å avklare hva som skal gjøres, og hvem som er ansvarlig. Samarbeid fra dag én mellom pasient, ansatte, pårørende og ledere er grunnleggende i Recovery (Karlsson & Borg, 2023, s. 29).

8. *Ingen kan forandres utenfra, og forandringen kjenner sine egne veier.* Alle mennesker kan inviteres til forandring. Om man instruktivt skal forandres kan det potensielt medføre undertrykkelse og tap av individuell identitet. Det er viktig å være bevisst på hvordan endringer påvirker enkeltpersoners verdighet og autonomi (Karlsson & Borg, 2023, s. 29).

Empowerment står sterkt innenfor recoverytenkning. Empowerment er et begrep som Verdens helseorganisasjon (WHO) innen helsefremmende arbeid definerer som «*en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse*» (NK LMH, 2018). Denne utbredte definisjonen viser til prosesser både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå (NK LMH, 2018). Empowerment kan sees på som en prosess som handler om å gå fra skam til stolthet eller fra avmakt til makt (Napha, 2011). Det kan oversettes med myndiggjøring eller «å gjøre sterk». Det motsatte av opplevd Empowerment er maktesløshet. Empowerment-konseptet dreier seg om å være bevisst sin egen rolle og å forstå makt- og avmakts relasjonene som er knyttet til denne rollen. Det går altså ikke an å få andre til å gi deg Empowerment. Makt- og avmakts relasjoner refererer til dynamikken mellom individer eller grupper der noen har makt og kontroll over andre, mens andre opplever begrensninger eller manglende innflytelse på sine egne liv og beslutninger. Dette er en tilnærming som fokuserer på ressurser og tar utgangspunkt i den enkeltes styrker, ferdigheter og kompetanse (Helsedirektoratet, 2018). Fagpersonell har en viktig rolle i å støtte personen i dette, ved å få frem personens ressurser, forsterke det positive, fremme håp og konstruktive mestringsstrategier. Man skal bidra til å fremme selvstendighet, mestring, trygghet, positivt selvbilde og opplevelse av styring og kontroll i eget liv (Helsedirektoratet, 2018).

Redegjørelse for anbefalte tilnærminger i rusbehandling

I denne delen vil jeg utdype de anbefalte tilnærmingene innen rusbehandling som ble mest relevant for min studie.

Mentaliseringsbasert terapi og miljø terapi

Å mentalisere betyr å være bevisst på tankene og følelsene våre, og å forstå at disse mentale forestillingene ikke nødvendigvis gjenspeiler virkeligheten slik den er (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Mentaliseringsbasert terapi benyttes i økende grad i rusfeltet i og med at mange pasienter har tilknytning og relasjonsvansker. Resultatene fra en doktorgradsavhandling om mentaliseringsbasert behandling av kvinnelige pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser og rusmiddelavhengighet indikerer at MBT er spesielt effektivt når det gjelder å håndtere motoverføringsproblemer, som refererer til terapeutens egne følelser og reaksjoner i møte med pasienten (Enehaug Morken, 2018, s. 63). Når terapeuten bedre kan håndtere disse følelsene, har det en positiv effekt på allianse og reduserer sannsynligheten for behandlingsavbrudd. Allianse refererer til kvaliteten på forholdet og samarbeidet mellom terapeuten og pasienten i terapeutisk sammenheng. Det inkluderer elementer som tillit, samarbeid, respekt og felles målsettinger i terapeutisk arbeid (Falkum, 2018, s. 6). Dette innebærer at MBT ikke bare adresserer pasientens behov, men også terapeutens utfordringer og reaksjoner i terapiprosessen. Videre fant hun ut at pasienter opplever positiv og meningsfull endring i evnen til å håndtere dysregulerte følelser og misforståelser av andre (Enehaug Morken, 2018, s. 63). Disse funnene antyder at MBT kan bidra til å forbedre pasientenes emosjonelle regulering og deres evne til å forstå sosiale interaksjoner på en mer hensiktsmessig måte. Pasienten skal ved denne tilnærmingen få hjelp til å forstå og fortolke ulike hendelser og situasjoner i personens liv. Stabilisering av rusfrihet og bedre håndtering av personlige og relasjonelle vansker vil være i fokus.

I miljøterapi vektlegges troen på mestring, endring og vekst som grunnleggende elementer (Haugland, Berge, Gjermestad, Høium, & Løkke, 2022, s. 24) Dette perspektivet anerkjenner at handlinger, væremåter og atferd ikke bare er individuelle, men også formes av og påvirker situasjonelle miljøfaktorer og endringer. En person blir sett i forhold til sitt miljø, som inkluderer det fysiske miljøet, nære mellommenneskelige relasjoner, og den større konteksten av nærmiljø, lokalsamfunn og samfunnet som helhet. Dette synet erkjenner det gjensidige forholdet mellom individet og miljøet, og betoner betydningen av samspillet mellom disse faktorene i terapeutisk praksis (Haugland, Berge, Gjermestad, Høium, & Løkke, 2022, s. 25)

Feedbackverktøy

Det anbefales også innhenting av systematiske tilbakemeldinger fra pasienten til tjenesteutøver. Dette kan være feedbackverktøy som blant annet Working Alliance Inventory (WAI) som er et spørreskjema med 12 utsagn som vurderer opplevelsen av samarbeid, støtte og fremgang i terapissammenheng. Pasienten skal rangere hvert utsagn på en skala fra 1 (aldri) til 7 (alltid). Flere studier indikerer at mindre enn 50 prosent av pasientene opplever en forbedring av helsen under behandling, mens 5–10 prosent opplever en negativ effekt. For rundt 40–50 prosent av pasientene viser behandlingen verken bedring eller forverring (NK TSB , 2024). Det blir beskrevet som avgjørende at de som arbeider med pasienter, identifiserer og følger opp de som ikke opplever noen eller har en negativ effekt av behandlingen (NK TSB , 2024). Siden mindre enn 50 prosent av pasientene opplever en forbedring av helsen under behandling, og en betydelig andel ikke opplever noen forbedring eller til og med en negativ effekt, kan bruk av slike feedbackverktøy bidra til å identifisere og følge opp pasienter som ikke responderer på behandlingen eller opplever negative effekter. Dette kan hjelpe behandlere med å tilpasse behandlingen og gi bedre støtte til pasientene, og dermed potensielt forbedre resultatene av behandlingen.

Pårørendes betydning

Endringer i pasienters rettigheter kan påvirke omfanget av pårørendes involvering og rettigheter, spesielt når det gjelder tilgang til informasjon om pasientens tilstand og behandling. Pasienters rettigheter har styrket seg og pårørendes rettigheter vil da variere avhengig av flere faktorer: pasientens alder, om pasienten har samtykkekompetanse, og eventuelt hva pasienten har samtykket til (Regjeringen, 2021-2025). Forskning indikerer at involvering av pårørende kan ha betydelig innvirkning på kvaliteten av helsehjelpen (Bøckmann & Kjellebold, 2021, s. 20) . For det første kan pårørende påvirke pasientens evne til å tilpasse seg sykdommen, både praktisk og følelsesmessig. For det andre kan symptomer, sykdomsutvikling og behandling påvirkes av forhold knyttet til de pårørende. Pårørendes kunnskap, i tillegg til forskning og erfaringsbasert kunnskap, representerer den tredje kilden til informasjon som helsepersonell skal benytte seg av når de arbeider kunnskapsbasert med pårørende. Ved siden av pasienten selv er det vanligvis de pårørende som har den beste kjennskapen til pasienten. De besitter ofte innsikt om pasientens ressurser og nettverk, samt har erfaringer fra tidligere behandlings- og rehabiliteringstiltak. Fokuset på pasientens og pårørendes deltakelse bygger blant annet på prinsippet om myndiggjøring. For pasienter og pårørende som deltar aktivt i helsehjelpen, kan medvirkning representere en opplevelse av å ta

kontroll over eget liv, motta hjelp på deres egne premisser, bevare verdighet og styrke selvfølelsen (Bøckmann & Kjellebold, 2021, s. 21).

Hjelperrollen og relasjonens betydning

Et godt samarbeid mellom pasient og hjelper er avgjørende for effektiv behandling og omsorg (Skau, 2018, s. 32). Når pasienten og hjelperen jobber sammen som et team, kan de bedre identifisere pasientens behov, sette mål og utvikle en behandlingsplan som er tilpasset pasientens unike situasjon og preferanser. I mellommenneskelige forhold, spesielt mellom hjelper og pasient, er tillit avgjørende for å få til en god relasjon og et velfungerende team. En god relasjon bygges på tillit, samhandling, trygghet, troverdighet og likeverd. Tillit er ikke en selvfølge som kan tas for gitt; den må fortjenes gjentatte ganger over tid gjennom oppriktighet og dedikasjon (Skau, 2018, s. 35). Det er en kontinuerlig prosess som krever innsats. Når vi utøver vår rolle som helpere, må relasjonen primært tjene den andre parten, pasienten, og ikke oss selv. Dette innebærer å prioritere pasientens behov og trivsel over våre egne, og å handle med integritet og respekt i alle interaksjoner (Skau, 2018, s. 36). De fleste som jobber med mennesker ønsker nok at møtene de har med brukerne skal være meningsfulle og positive. Skau (2018) mener at vi kan oppnå dette ved å gjøre møtene betydningsfulle også for oss selv som yrkesutøvere. Hun sier at en måte å gjøre dette på er å se på oss selv som mennesker som stadig lærer og utvikler oss, i stedet for å betrakte oss som eksperter som allerede vet alt. Tittelen vår som yrkesutøvere er én ting, men vår egen oppfatning av oss selv er det som virkelig påvirker kvaliteten på relasjonene våre. Når vi møter andre som bedrevitere, går vi ikke bare glipp av muligheten til å lære selv, men vi gjør det også vanskeligere for dem vi er i kontakt med å utforske sine egne unike ressurser og utvikle den personlige kompetansen de trenger for å takle hverdagen på egen hånd. Dette skyldes at når vi opptrer som om vi vet alt, kan det undertrykke andres mulighet til å eksperimentere, feile og vokse på egenhånd (Skau, 2018, s. 33). Skau (2018) fremhever at vår profesjonalitet er en kompleks helhet. Selv om forskningsbasert og teoretisk kunnskap er nødvendig for å være en kompetent yrkesutøver, er dette alene ikke tilstrekkelig. I praktiske arbeidssituasjoner vil denne formen for kunnskap ikke være det viktigste grunnlaget for våre handlinger. Teoretisk kunnskap blir først relevant når den kobles til personlig, erfaringsbasert viten (Skau, 2018, s. 58).



Illustrasjon: Kompetansetrekanten er laget av Greta Skau og er hentet fra hennes fagbok «Gode fagfolk vokser» (Skau, 2018, s. 67).

Hun deler kompetansebegrepet inn i tre aspekter: *teoretisk kunnskap*, *yrkesspesifikke ferdigheter* og *personlig kompetanse* (Skau, 2018, s. 58). Disse aspektene er gjensidig avhengige og påvirker hverandre. De kommer til uttrykk samtidig, men vektes ulikt i våre handlinger. Deres sammenheng understreker viktigheten av å integrere dem i praksis. Teoretisk kunnskap omfatter både faktakunnskaper og forskningsbasert innsikt. Yrkesspesifikke ferdigheter inkluderer det unike håndverket innenfor profesjonen, slik som praktiske ferdigheter, teknikker og metoder. Dette innebærer blant annet kommunikasjonsevner, konflikthåndtering, nettverksbygging og samarbeid med andre fagpersoner. Personlig kompetanse dreier seg om vår personlige identitet og hvordan vi interagerer med både oss selv og andre i ulike sammenhenger. Dette kan inkludere egenskaper som empati, respekt, ydmykhet, integritet, selvrefleksjon og åpenhet. Personlig kompetanse er ikke yrkesspesifikk, men vi bruker den i utøvelsen av våre yrker (Skau, 2018, s. 61).

Jan Storø (2017) sitt perspektiv er at hjelperen er sitt viktigste verktøy. Derfor er det også rimelig å sette visse krav til personen som utfører arbeidet, som er i samsvar med faglige idealer for dette arbeidet. Et av de viktigste bidragene er teoretiseringen om hvordan praktikere kan reflektere mens de handler (Storø, 2017, s. 58). Denne typen refleksjon er vanskeligere å oppdage enn den som skjer etter at handlingen er utført. Det understrekes at en profesjonell omsorgsarbeider bør være i stand til å gjøre denne refleksjonen før handlingene, for å kunne handle etisk riktig. Samtidig bør man være opptatt av refleksjonen mens handlingene pågår (reflection-in-action) (Storø, 2017, s. 100). Begge disse ferdighetene er viktige på hver sin måte. Derfor kan vi snakke om å ha en profesjonell kompetanse - som utøvende hjelperrolle. I hjelperrollen som sosialarbeider lærer vi i mindre grad nøyaktig *hva* vi skal gjøre. Derfor er vi som hjelpere også avhengige av en profesjonell holdning som styrer praksisen. I rollen som sosialarbeider er den profesjonelle holdningen av avgjørende

betydning, spesielt når det gjelder å utvise refleksjonskompetanse. Disse to dimensjonene er intimt knyttet sammen. Å besitte refleksjonskompetanse er også et tegn på å inneha en reflekterende holdning. Evnen til å reflektere over ens handlinger, verdier og beslutninger i arbeidet med pasienter er en grunnleggende del av å utvikle en profesjonell identitet og sikre kvaliteten på hjelperrollens praksis. Det innebærer å være bevisst på ens egne forutsetninger, følelser og reaksjoner i samhandling med pasienter, og å kontinuerlig evaluere og justere ens tilnærming for å fremme pasientens velvære og autonomi. Dermed utgjør refleksjonskompetanse en viktig komponent i utviklingen av en reflekterende og kompetent sosialarbeider. Ved å oppfordre pasienten til å reflektere sammen, kan man som hjelper hjelpe pasienten med å utvikle refleksiv kompetanse, som igjen kan oversettes til personlig vekst og utvikling (Storø, 2017, s. 100).

Makt og hjelp mellom pasient og hjelper

Profesjonsutøver skal først og fremst handle ut fra oppfatningen om at pasienten er en helt naturlig samarbeidspartner i bestemmelser omkring eget liv, egen livssituasjon og behandling. Dermed er det i tillegg viktig å si noe om de viktigste kjennetegnene i møtet mellom to parter, pasient og hjelper: den strukturbestemte ulikheten som allerede er etablert før det fysiske møtet finner sted (Skau, 2018, s. 38). Denne ulikheten gjør at mange opplever det å havne i rollen som noen som trenger profesjonell hjelp, som krenkende i seg selv. På individnivå kan brukermedvirkning forstås som maktforhold mellom pasientens interesser og helpers interesser (KS, 2011, s. 8). Kvaliteten på helpers rolle blir dermed desto viktigere.

Noen fagfolk tar forgitt at de har rett og ansvar for å bestemme både hva som skal diskuteres og hvordan samhandlingen skal foregå (Skau, 2018, s. 38). De anser seg selv som fagfolk som vet nøyaktig hva den andre parten trenger, og på hvilken måte dette skal oppnås. Når en pasient har begrensede ressurser, er det mer sannsynlig at ekspertene tar avgjørelser på deres vegne, og viktige spørsmål kan virke som om de blir diskutert med pasienten, men faktisk blir avgjort uten deres reelle deltakelse. Når en hjelper ser seg selv som en ekspert på andres liv, er det større risiko for at de kan overstyre brukerens beslutninger (Skau, 2018, s. 38).

Maktmisbruk handler om mer enn personlig kompetanse, men evnen til tilstedeværelse, se verden fra andres perspektiv, empati, rettferdighetssans, engajement for den svake, etisk bevissthet og likeverdsorientering beskrives som viktige kvalifikasjoner å ha som hjelper med hensyn til å forhindre maktmisbruk (Skau, 2018, s. 39). Som hjelper er det også en del av vår faglige kompetanse å kunne skille mellom «jeg» og «du» (Skau, 2018, s. 48). Når vi mestrer

dette, kan vi handle og ta avgjørelser til fordel for andre. Det er først da vi virkelig kan rette oppmerksomheten mot en annen person og vise respekt for deres unike egenskaper og forskjeller fra oss. Dette skillet mellom «jeg» og «du» står ikke i motsetning til nær og ekte menneskelig kontakt: det er faktisk en forutsetning for det. Uten å skille mellom «jeg» og «du», har vi ikke kontakt med en person, men med projiserte utvidelser av oss selv (Skau, 2018, s. 48). I samspiller mellom pasient og hjelper kan hjelperens personlige kompetanse åpne for nye muligheter, likevel kan ingen komme lengre i sitt arbeid med andre enn de har kommet i arbeidet med seg selv. Hjelperens personlige kompetanse vil derfor spille en stor rolle i hvordan de utøver den makten som ligger i yrkesrollen, og hvordan hjelp tilbys og kontroll utføres (Skau, 2018, s. 39).

Profesjonell kommunikasjon

I profesjonelt omsorgsarbeid er det nødvendig med tid til å lytte og bli kjent med pasienten. Det kreves også faglig kunnskap for å kunne gjøre vurderinger, evne til å formidle denne kunnskapen på en forståelig måte og ferdigheter til å handle hensiktsmessig. Det understrekes tre viktige aspekter ved profesjonell kommunikasjon: *faglig ekspertise og erfaring, tekniske kommunikasjonsferdigheter og ansvarlighet* (Håkonsen , 2018, s. 225). Faglig ekspertise og erfaring vil si noe om evnen til å oppfatte og gjøre vurderinger som avgjørende for effektiv kommunikasjon. Observasjon og vurdering krever både kunnskap og erfaring. Tekniske kommunikasjonsferdigheter handler om at alle profesjonelle utøvere må kunne formidle sin kunnskap og sine vurderinger på en klar måte. Dette innebærer å forstå hvordan man kommuniserer, identifisere behov i ulike situasjoner, og velge hensiktsmessige tilnærminger (Håkonsen , 2018, s. 225). Ansvarlighet innebærer å omsette kunnskap og kompetanse til forsvarlig handling når det er nødvendig. Det betyr å anerkjenne andres opplevelser samtidig som man leder samtalen framover for å oppnå en forståelse og utvikling (Håkonsen , 2018, s. 225). For å få til dette er empati avgjørende for å utvikle relasjoner og legger grunnlaget for videre dialog (Håkonsen , 2018, s. 223). Empati i kommunikasjon mellom mennesker handler om å virkelig forstå den andres perspektiv og følelser. Det er avgjørende å kunne formidle denne forståelsen tilbake til personen for å forankre empatien i handling. Hvis vi forsømmer å gjøre dette, risikerer vi å begrense empatiens effektivitet. Uten *tilbakemelding* kan empati bli isolert og miste sin kraft til å støtte og forbinde mennesker på en dypere nivå. Tilbakemelding vil si reaksjoner på kommunikasjon som utveksles mellom partene, motta kontinuerlig informasjon om hvorvidt kommunikasjonen når fram, og hvordan vi fremstår og formidler vårt budskap (Håkonsen , 2018, s. 214). Derfor er det viktig å aktivt vise vår forståelse og

bekreftelse overfor den andre personen for å fremme en åpen og respektfull kommunikasjon. Dette kan gjøres ved blant annet *aktiv lytting* (Håkonsen , 2018, s. 225). Gjennom aktiv lytting søker man å oppnå forståelse, ikke bare for de verbale ordene som blir sagt, men også for atferd og ikke-verbale signaler som uttrykkes. Dette inkluderer ansiktsuttrykk, blikk, stemmeleie, intonasjon, øyekontakt, kroppsspråk, gester og avstand mellom personer. Ikke-verbal kommunikasjon, som kroppsspråk og ansiktsuttrykk, er ofte spontane og avspeiler personens følelsesmessige tilstand i situasjonen. Derfor kan ikke-verbal kommunikasjon være like betydningsfull som de faktiske ordene som blir sagt, spesielt i nære relasjoner (Håkonsen , 2018, s. 225).

«Collaborative therapy» på norsk kalt samarbeidsterapi er en postmoderne og filosofisk tilnærming til psykoterapi som ble utviklet av Harlene Anderson og hennes kolleger ved Houston Galveston Institute (HGI). Tilnærmingen vektlegger samarbeid mellom terapeuten og klienten for å utforske og skape nye perspektiver på klientens problemer. Den fokuserer på klientens unike fortellinger, erfaringer og ressurser, og søker å fremme klientens egenkapasitet til å takle utfordringer og finne løsninger. Et aspekt i denne samarbeidsterapien er fokuset på å lytte, høre og snakke og dens betydning i dialog. Anderson definerer lytting som oppmerksomhet, samhandling og respons med den andre personen (Anderson & Gehart, 2006, s. 36). Å lytte er en integrert del av forsøket på å høre og forstå hva den andre personen sier fra deres perspektiv. Det beskrives som en engasjerende aktivitet som krever respons for å oppnå forståelse. Det innebærer å være genuint nysgjerrig og å stille spørsmål for å lære mer om hva som faktisk blir sagt, i stedet for å projisere ens egne meninger eller antakelser. Det handler om å være åpen for den andres perspektiv og være villig til å utforske deres tanker og følelser. Det innebærer å sjekke med den andre personen for å forsikre seg om at det man tror man har hørt er det samme som det den andre personen ønsket å formidle (Anderson & Gehart, 2006, s. 36). Dette kan ses i sammenheng med feedback eller tilbakemelding, som er sentrale begreper i all sosial samhandling og grunnleggende for å forstå kommunikasjonsprosessen (Håkonsen , 2018, s. 214). Når vi begynner en dialog med en annen person, er grunnlaget for kommunikasjonen den felles forståelsen partene har av situasjonen, gjennom tilbakemeldingsprosessene. Disse signalene blir registrert og danner grunnlag for justering og endring. Derfor kan vi ikke betrakte kommunikasjonsprosessen som en rett linje fra avsender til mottaker, men heller som en prosess der hver enkelt fase har betydning for resultatet (Håkonsen , 2018, s. 214). Ved å bruke sammenlignbare termer eller andre ord enn de den andre bruker, får terapeuten muligheten til å sammenligne og

kontrastere betydninger. Dette gir klienten muligheten til å avklare, korrigere eller bekrefte terapeutens forståelse, og sikrer dermed en mer presis og nøyaktig kommunikasjon (Anderson & Gehart, 2006, s. 36). Dynamikken av lytting, høring og tale beskrives som grunnleggende for å bygge tillit, forståelse og samarbeid i terapeutiske relasjoner (Anderson & Gehart, 2006, s. 37)

Kapittel 4 – Metode

En metode gir oss veiledning om hvordan vi skal gå frem for å skaffe eller evaluere kunnskap. Vi er avhengige av ulike metoder både for å frembringe ny kunnskap og for å etterprøve i hvilken grad påstander er sanne, gyldige eller holdbare (Dalland , 2020, s. 53).

I dette kapitlet presenteres fremgangsmåten for hvordan jeg har designet studien og gjennomført analysen.

Forskningsperspektiv og tilnærming

Jeg har tatt i bruk både fenomenologiske og hermeneutiske perspektiver i min analyse og tilnærming til materialet jeg har presentert. Dette har gitt meg muligheten til å utforske informantenes erfaringer og oppfatninger på en grundig og helhetlig måte.

Sentralt i fenomenologien er ideen om at vi kan få innsikt i virkeligheten gjennom en direkte undersøkelse av våre opplevelser, uten å legge til eksterne forutsetninger eller tolkninger (Thornquist, 2018, s. 22). Ved å fremheve informantenes perspektiv og deres oppfatninger av brukermedvirkning, har jeg gitt vekt til hvordan de opplever situasjonen uten å legge til eksterne tolkninger eller teoretiske begreper. Hermeneutikk omtales vanligvis som fortolkningslære (Thornquist, 2018, s. 23). Det fokuseres på tolkning og forståelse av tekster, erfaringer og kultur. Jeg har tolket og analysert informantenes sitater for å få innsikt i deres oppfatninger og holdninger. Dette er en tilnærming som ligner på hermeneutikk, der tolkning og forståelse av informantenes uttalelser er sentrale.

Ved å fremheve informantenes perspektiv og deres oppfatninger av brukermedvirkning, har jeg bevisst valgt å gi vekt til hvordan de selv opplever situasjonen. Dette innebærer å legge til side eksterne tolkninger eller teoretiske begreper som kunne ha påvirket min forståelse av deres opplevelser. I stedet for å påtvinge en forhåndsdefinert teoretisk ramme, har jeg prioritert informantenes stemmer og deres unike perspektiver. Dette gjør det mulig å dykke dypere ned

i deres subjektive erfaringer og skaper rom for en mer autentisk forståelse av deres virkelighet. Imidlertid er det viktig å merke seg at selv om man tar en fenomenologisk eller hermeneutisk tilnærming, betyr det ikke nødvendigvis at man ekskluderer all teori eller tolkning. Det kan fortsatt være rom for å integrere teoretiske perspektiver som støtter forståelsen av fenomenet eller teksten man studerer, men dette gjøres på en mer selektiv måte som er nøye integrert med den fenomenologiske eller hermeneutiske tilnærmingen.

Undersøkelsens design

Problemstillingen min er «*hvordan tilrettelegger de ansatte på rusbehandlingsinstitusjoner for brukermedvirkning?*» Med denne formuleringen blir det tydelig at jeg etterspør kunnskap om hvordan de ansatte jobber med brukermedvirkning i praksis ved å ta utgangspunkt i deres egne beskrivelser. Det kvalitative forskningsintervjuet har som mål å utforske og forstå verden slik den oppleves fra intervjupersonens perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 42). Det virket derfor mest hensiktsmessig å velge en kvalitativ metode for å samle data til denne undersøkelsen.

Utvalg

Strategiske utvalg, brukt i kvalitative studier, har som mål å oppnå en grundig forståelse, samt å bidra til teoretisk generalisering eller til utvikling av hypoteser og teorier. Kvale og Brinkmann (2017) sier «*intervju så mange personer som det trengs for å finne ut det du trenger å vite*» (s.148). Strategiske utvalg innebærer nøye vurderinger av hvilke enheter innenfor en bestemt gruppe som er mest relevante og interessante å inkludere i en bestemt studie, basert på teoretiske og analytiske formål (Dalland , 2020, s. 59). Disse utvalgene består vanligvis av et begrenset antall enheter og velges fra en populasjon med varierende omfang (Dalland , 2020, s. 60).

Utvalget for denne undersøkelsen bestod av ansatte og ledere fra ulike rusinstitusjoner, valgt for å kunne gi innsikt i problemstillingen. Det var foretrukket at deltakerne hadde flere års arbeidserfaring, da dette ville ha gitt dem erfaring med ulike situasjoner som krever innsikt i brukermedvirkning i praksis. Jeg inkluderte både ansatte og ledere for å kunne oppnå en mer omfattende forståelse av brukermedvirkning.

Jeg gjennomførte intervju med elleve ansatte fra fire ulike rusinstitusjoner, alle institusjonene var private, ideelle organisasjoner. Fra tre av institusjonene fikk jeg tre informanter, på den

ene fikk jeg to. Alle de ansatte ved de ulike institusjonene arbeidet med personer over 18 år som var i behandling. En av institusjonene jobber de ansatte nå på den yngre avdelingen, men likevel hadde lang erfaring med voksenbehandling. Det er verdt å merke seg at alderen på pasientgruppen ikke var et spesifisert krav for deltakelse, da fokuset var på brukermedvirkning generelt innenfor rusfeltet.

Deltakerne kom fra fire ulike kommuner i ulik størrelse fra tre ulike norske fylker. Jeg intervjuet åtte kvinner og tre menn, av disse var det fire ledere med sosialfaglig bakgrunn, tre sosionomer, to miljøterapeuter og to med egenerfaring fra flere år med rus som nå jobbet som erfaringskonulent, ene hadde erfaring fra langt arbeidsliv mens andre hadde også yrkes faglig utdanning. For å bevare deltakernes anonymitet, unnlater jeg å gi ytterligere spesifikasjoner om kjennetegn ved utvalget, og jeg vill referere til alle deltakerne som «hen».

Vurderingen av utvalgets størrelse avhenger til slutt av begrensningene satt av prosjektets omfang og tilgjengeligheten til potensielle informanter.

Rekruttering av informanter

I dette prosjektet ble informantene rekruttert ved å sende direkte kontakt til ledere eller forskningskontakt om deltakelse, etterfulgt av oppfølgingssamtale på telefon og snøballutvelging. Dette er en form for utvelgelse av aktører, for eksempel individer eller organisasjoner, som skjer i samarbeid med aktørene selv. Den første aktøren som velges ut, blir bedt om å foreslå andre aktører som også kan inkluderes i utvalget (Repstad , 2024).

Å kontakte ledere og be de spre informasjon om prosjektet mitt til sine ansatte, vurderte jeg som en effektiv og strategisk metode for rekruttering. Ledere på rusinstitusjonen har muligheten til å spre informasjon til andre ansatte, og kan dermed nå ut til flere aktuelle informanter på forholdsvis kort tid. Det er også mulighet for at leder kan stille eventuelle spørsmål hvis noe er uklart – for eksempel så ønsket den ene institusjonen å møte meg først og ba meg komme inn for en uforpliktende prat. En ulempe kan også være at en ikke nødvendigvis vet om leder videresender informasjonen. Det kan ha sammenheng med mangel på tid, om leder tenke at tema er relevant eller lignende.

Rekruttering av informanter var en overveldende og utfordrende opplevelse i begynnelsen. Jeg valgte å gjøre søk på nett etter informasjon om ulike rusinstitusjoner rundt i Norge, og tok

kontakt via e-post adresser som var vedlagt på nettsiden til institusjonen. Jeg ble positivt overrasket over at jeg fikk relativt rask respons og hvor mange som viste interesse for tema. Noen svarte samme uke og vi fikk avtalt tid ganske raskt, andre svarte ja, men så hørte jeg ikke noe mer og uken gikk. Da bestemte jeg meg for å ringe dem på telefon nummer som jeg fant i e-posten hvor vi først hadde kommunisert, der fikk vi avtalt møte nesten med en gang. Jeg la merke til at rusinstitusjonene hadde hektiske dager. Det hendte flere ganger at vi måtte tilpasse oss og avtale å møtes på et annet tidspunkt eller en annen dato enn det som opprinnelig var avtalt. Det ga meg også et innblikk i den hektiske hverdagen til ansatte på rusinstitusjonene, noe som var nyttig i forståelsen av deres kontekst og arbeidssituasjon. Av de ti ulike institusjonene jeg kontaktet takket fem ja. Én institusjon takket ja langt etter svarfristen, noe som resulterte i for dårlig tid fra min side, og endte dermed med fire institusjoner og elleve informanter.

Semistrukturert intervju og intervjuguide

Et intervju er en samtale som følger en viss struktur og hensikt. I forskningsintervjuer er tilnærmingen vanligvis preget av forsiktig spørring og lytting. Målet er å frembringe kunnskap som er grundig utforsket. Forskningsintervjuer skiller seg fra vanlige samtaler ved at det er forskeren som styrer og definerer samtalen, ikke deltakerne, og det er også forskeren som har kontroll over interaksjonen (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 22).

Et semistrukturert intervju brukes når man ønsker å forstå hverdagslivet fra intervjupersonens egne perspektiver. Dette intervjuformatet har som mål å innhente beskrivelser av intervjupersonens erfaringsverden, spesielt tolkninger og mening knyttet til de beskrevne fenomenene (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 46). Semistrukturert intervju, betyr at det verken er en åpen samtale eller en lukket spørreundersøkelse. Spørsmålene er organisert i en intervjuguide og er generelt klargjort før intervjuet, men rekkefølgen på spørsmålene kan tilpasses underveis for å følge intervjupersonens fortelling (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 46). På forhånd hadde jeg identifisert hvilke temaer jeg ønsket å utforske nærmere og hva jeg håpet å lære gjennom intervjuet. Deretter utarbeidet jeg fjorten enkle og konsise intervju spørsmål, samtidig som jeg sørget for å inkludere rom for oppfølgingsspørsmål. Dette gjorde at vi kunne utforske temaene grundigere hvis det var relevant. Alle deltakerne fikk tilsendt intervjuguiden etter at de hadde takket ja til å være med i forskningsprosjektet

(vedlegg 1) Jeg hadde intervjuguiden synlig på bordet i alle de fysiske intervjuene, slik at deltakerne også kunne se over spørsmålene ved behov. Det var noen ganger deltakerne snakket mye og følte at de snakket seg vekk, og ønsket dermed at jeg skulle gjenta spørsmålet. Derfor bestemte jeg meg for å alltid ha med intervjuguiden fysisk og ikke bare digitalt, slik at den også ble synlig for dem.

Det første intervjuet, som ble gjennomført via Teams, var preget av nervøsitet fra min side. Jeg følte at jeg ble for bundet av intervjuguiden, samtidig som jeg ønsket at informantene skulle føle seg ivaretatt ved å vise engasjement gjennom bekræftende uttrykk som "ja" og "mhm". Imidlertid innså jeg i etterkant, da jeg transkriberte opptaket, at dette førte til avbrytelser i informantens tale. Istedenfor å la henne utdype, stoppet hun kanskje opp fordi jeg allerede bekræftet det hun sa. Etterhvert ble jeg mer bevisst på denne dynamikken og forsøkte å følge samtalen mer naturlig, ved å stille oppfølgingsspørsmål og utforske temaer som deltakeren var opptatt av.

Under intervjuene som ble gjennomført på Teams, ble fokuset først å sikre at mikrofonene fungerte gunstig og at vi kunne bekrefte at lyden var klar og tydelig før jeg startet med å presentere meg selv og starte selve intervjuet. Ved de fysiske intervjuene hilste jeg på deltakerne ved oppmøte og presenterte meg selv. Både på Teams og fysisk oppmøte presentert jeg meg selv, prosjektet mitt og sirka hvor lang tid det ville ta. Ved fysisk oppmøte satt vi på ulike møterom. I det intervjuet skulle starte informerte jeg om at det ville bli tatt lydopptak, dette hadde jeg også informert om på forhånd i samtykkeskjema. Etter litt småprat spurte jeg om deltaker følte seg klar til å begynne. Derfra startet vi med noen enkle oppvarmingsspørsmål om deres arbeidserfaring og nåværende arbeidsoppgaver. Underveis i intervjuet merket jeg at det var ulike temaer deltaker engasjerte seg mer for, her forsøkte jeg å stille oppfølgingsspørsmål der jeg kunne. Da vi nærmet oss slutten av intervjuet, informerte jeg deltakerne om dette. Etter det siste spørsmålet, spurte jeg dem om det var noe mer de ønsket å tilføye til intervjuet eller komme med eventuelle kommentarer. I noen tilfeller førte dette til at intervjuet gikk inn i nye temaer eller dykket dypere inn i tidligere diskuterte emner, mens andre hadde ikke mer å si. Deretter avsluttet jeg og takket for deres deltakelse. Til tross for at de tidligere har undertegnet et samtykkeskjema, informerte jeg nok engang deltakerne om at de når som helst kunne trekke seg fra prosessen uten at det ville få noen form for negative reaksjoner. Etter intervjuet var noen usikker på om de hadde gitt gode nok svar, jeg forsøkte å bekrefte dette ved å si noe om hvor betydningsfull deres egenerfaring og deltakelse er for min oppgave.

Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført i perioden 18 mars til 8 april 2024. Seks intervju ble gjort fysisk og fem på Teams. Intervjuene hadde en varighet på 20-40 minutter. I intervjuene som ble gjennomført, både fysisk og via Teams, benyttet jeg appen Nettskjema-diktafon, som er UiT sin sikre metode for datainnsamling gjennom intervju. Dette verktøyet tillater opptak som ikke lagres direkte på telefonen eller datamaskinen, men i stedet levers til Nettskjema-plattformen. Tilgang til opptak krever innlogging med Feide-konto.

I etterkant har jeg oppdaget at ved intervjuer via Teams kan man benytte den innebygde opptaks- og transkriberingsfunksjonen i Teams. Dette var jeg ikke klar over på det tidspunktet. Under Teams-intervjuene plasserte jeg to telefoner i best mulig avstand fra datamaskinen for å sikre god lyd. Jeg brukte to ulike telefoner som et ekstra sikkerhetsnett i tilfelle det skulle oppstå problemer, selv om dette heldigvis ikke skjedde. Ved fysiske møter var det ikke problemer med lyd kvaliteten på opptakene. Det var stort sett heller ikke noe problem med lyden på opptakene fra Teams-møtene. Likevel opplevde jeg av og til at noen viktige ord ble utydelige, noe som krevde gjentatt avspilling av opptakene før jeg klarte å tyde hva som ble sagt. Ved en annen anledning ville jeg brukt Teams sin innebygde opptaks- og transkriberingsfunksjon.

De fysiske intervjuene ble gjennomført på institusjonene der de ansatte arbeidet, i deres vanlige arbeidstid, og ble holdt i private samtalerom. Ved noen av institusjonene opplevde jeg noe ventetid mellom intervjuene på grunn av høy aktivitet på arbeidsplassen.

Det virket som om intervjuene gjennomført på Teams hadde en noe kortere varighet sammenlignet med de andre intervjuene. Dette fenomenet kan skyldes flere faktorer. For det første kan det ha vært knyttet til deltakernes komfortnivå med å bruke Teams-plattformen. Hvis deltakerne ikke var like trygge eller erfarne med programvaren, kan det ha påvirket deres evne til å uttrykke seg fritt eller delta i samtalen på en mer utdypende måte. Videre kan forventningene til selve intervjuet ha spilt inn. Deltakerne kan ha hatt en oppfatning av at digitale møter ofte er kortere enn fysiske møter, og derfor har de kanskje vært mer tilbøyelige til å holde seg til hovedpunktene i samtalen. Disse aspektene, sammen med andre mulige variabler, kan ha bidratt til den observerte forskjellen i varighet mellom Teams-intervjuene og de andre intervjuene.

Transkribering av intervju

Transkribering er prosessen med å konvertere muntlige samtaler, som intervjuer, til skriftlig format. I denne studien ble de muntlige intervjuene transkribert til tekstbasert form ved hjelp av Microsoft Word. Transkriberingen ble utført så raskt som praktisk mulig etter hvert intervju for å sikre nøyaktigheten og integriteten til dataene. Det var jeg selv som gjennomførte transkriberingen, noe som ga mulighet for en grundig gjennomgang av samtaleinnholdet og en direkte involvering i analysen av materialet. Denne tilnærmingen til transkribering sikret en detaljert og pålitelig gjengivelse av intervjuene, noe som var essensielt for den videre analyseprosessen i forskningsprosjektet.

I transkripsjonen har jeg notert ulike metaspråklige kjennetegn, i tillegg til den ordrette gjengivelsen av det som ble sagt. Dette inkluderer blant annet ikke-verbale ytringer som lange og korte pauser, latter, som kan være av betydning for å forstå konteksten og stemningen under intervjuet:

F- Forsker

I- Informant

(pause)/ (lang pause): markerer pause av ulik lengde

(...): marker ufullstendige setninger eller lengre pause før neste setning.

I starten av transkriberingsprosessen gjengav jeg nøyaktig alle ord og pauser som deltakerne sa. Etter hvert som jeg analyserte materialet, innså jeg at det primært var det tematiske innholdet som var av interesse. Som et resultat begynte jeg å skrive en mer sammenhengende tekst, der gjentakende ord og uttrykk som "liksom", "på en måte", og "hmm" ble utelatt, noe som gjør teksten mer lesbar. Jeg valgte også å ikke markere spesielle emosjoner eller pauser i analysen, da fokuset lå på den tematiske utviklingen.

Det tok mellom 2 til 4 timer å transkribere hvert intervju. Transkriberingsprosessen varierte i tid fra intervju til intervju, avhengig av deltakernes responsnivå og hvor utfyllende deres svar var. Noen informanter var mer snakkesalige og ga mer detaljerte svar, mens andre var mer tilbakeholdne. Dette resulterte i at noen intervjuer tok lengre tid å transkribere enn andre. Totalt endte den ferdige transkripsjonen opp med å fylle 64 sider med tekst.

Forskningsetikk

Forskningsetiske retningslinjer har som formål å etablere et rammeverk som sikrer at all forskning, enten den utføres i offentlig eller privat regi, følger anerkjente etiske normer og prinsipper (Forskningsetikk, 2023). Dette omfatter ikke bare den faktiske gjennomføringen av forskningen, men også beskyttelsen av deltakernes rettigheter, integriteten til

Alle deltakerne har gitt sitt samtykke til å delta skriftlig, etter å ha lest og forstått informasjonen. Det har blitt understreket at deltakerne har rett til å trekke sitt samtykke tilbake når som helst, uten å måtte gi noen begrunnelse. Dette prinsippet om frivillig deltakelse og retten til å trekke seg er grunnleggende for å sikre deltakernes autonomi og integritet i forskningsprosessen.

Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora understreker også viktigheten av anonymitet for å beskytte deltakernes personvern og integritet (Forskningsetikk, 2023). Anonymitet betyr at deltakernes identitet ikke blir kjent eller koblet til forskningsdataene på noen måte (Forskningsetikk, 2023). Dette innebærer at forskerne ikke kan identifisere enkeltpersoner basert på dataene som samles inn eller publiseres. For å sikre informantenes anonymitet har jeg implementert flere tiltak. Dette inkluderer endring av alle deltakernes navn til en kode, som i dette tilfellet er "I", i tillegg til tildeling av et nummer. Videre har jeg anonymisert informasjon som navn på institusjonen, kommunen og annen bakgrunnsinformasjon som potensielt kan identifisere informantene. Dette til bidrar til at deres identitet forblir konfidensiell gjennom hele forskningsprosessen. Lydopptakene ble som tidligere nevnt lagret i Nettskjema hvor man må logge inn med Feide, med andre ord er det kun jeg som kommer inn her. Deltakerne reagerte ikke med spørsmål eller bekymringer angående anonymitet i løpet av forskningsprosessen. Dette kan tolkes som at de følte seg tilstrekkelig informert på forhånd om anonymitetsprosedyrene, eller at deltakerne oppfattet at forskningen ikke ville inneholde sensitive opplysninger, men heller mer åpne og tilgjengelige opplysninger.

Prosjektet er vurdert og godkjent av Sikt – personverntjenester for forskning.

Potensielle skjevheter i utvalget

I arbeidet med oppgaven har jeg reflektert over om det å utelukkende fokusere på deltakere med lang arbeidserfaring kunne vært tilnærmet annerledes. Selv om arbeidserfaring er svært relevant, kan det bidra til at ansatte utvikler en tendens til å se ting på en bestemt måte, kjent som en imitasjonsfase, slik jeg har tidligere nevnt. Nyansatte og mindre erfaring er gjerne ikke like preget av arbeidsmiljøet, og kan derimot ha et annet perspektiv og potensielt anvende ting med et friskt synspunkt. Ansatte med både lang og mindre erfaring kunne vært relevant. En annen ulempe ved rekruttering via ledere er muligheten for at de velger ut eller oppmuntrer ansatte som de tror vil skildre temaet eller arbeidsplassen i et så gunstig lys som mulig. For å oppnå en bedre forståelse av brukervedvirkning kunne det vært interessant å undersøke hvordan brukerne opplever at de ansatte klarer å legge til rette for brukervedvirkning på en tilfredsstillende måte. Dette ville gitt et mer omfattende innblikk i hvordan brukervedvirkning blir praktisert og opplevd i virkeligheten. Det var min oppfatning at brukervedvirkning er et komplekst ideal som kan være utfordrende å implementere i praksis, og dette synet delte jeg også med informantene. Jeg oppfatter at mine intervjuferdigheter forbedret seg jo lenger jeg kom i prosessen, av den grunn at jeg aldri hadde utført intervjuer tidligere og var noe nervøs. Imidlertid ville jeg ved en senere anledning være mer forsiktig med å uttrykke min personlige forståelse, da dette potensielt kan påvirke svarene de gir meg. I tillegg kunne det vært interessant å komme i kontakt med brukerne i tillegg til de ansatte. Å lytte til brukernes erfaringer kan man få innsikt i deres perspektiver, utfordringer og suksesshistorier knyttet til brukervedvirkning. Dette kan bidra til å identifisere områder som trenger forbedring, samtidig som det kan styrke praksisen ved å lære av brukernes tilbakemeldinger. På grunn av tid og oppgavens omfang valgte jeg å fokusere på hvordan de ansatte tilrettelegger for brukervedvirkning. Min personlige erfaring med å ha familiemedlemmer som lider av rusmiddelproblemer kan også bidra til å forme min forståelse av og tilnærming til studien. Denne personlige bakgrunnen kan fungere som et referansepunkt eller et sett med «briller» gjennom hvilke jeg analyserer og drøfter temaene i studien. Det kan påvirke min forståelse av både utfordringer og muligheter knyttet til rusbehandling og brukervedvirkning, og det kan bidra til å berike min tilnærming til forskningsprosessen. Dette er noe jeg vil være bevisst på.

Reliabilitet og validitet

Reliabilitet i forskning refererer til graden av konsistens og pålitelighet i forskningsresultatene. Det handler om hvor troverdige og stabile resultatene er, og om de kan gjenskapes eller reproduseres av andre forskere ved ulike tidspunkter og under ulike betingelser (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 276). Det oppleves for meg som en utfordring å oppnå fullstendig identiske resultater med den samme metoden, gitt at dataene ble generert gjennom samhandling mellom meg som forsker og informantene innenfor en spesifikk setting. Denne dynamikken kan føre til variasjoner i hvordan dataene samles inn og tolkes, noe som kan påvirke påliteligheten og konsistensen av resultatene. Det eksisterer allerede flere studier som har utforsket brukermedvirkning på individnivå (Arseth, 2019, s. 9). Min oppgave har potensial til å bidra til å validere eller avkrefte de eksisterende funnene. Økt antall uavhengige studier som støtter de samme funnene øker sannsynligheten for pålitelige resultater som kan betraktes som reliabelt. Det er også viktig å merke seg at alle kildene og metoden jeg har benyttet meg av, vil ha en innvirkning på resultatene. Jeg har gjort en innsats for å sikre en presis gjengivelse av informantenes verbale uttrykk og samtidig tydeliggjort mine egne tolkninger av det deltakerne har kommunisert.

Validitet handler om hvorvidt en metode måler det den er ment å måle, og i hvilken grad observasjonene eller resultatene faktisk gjenspeiler de fenomenene eller variablene som man ønsker å undersøke eller vite mer om (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 276). Dette studiet tar utgangspunkt i de ansattes perspektiv og mine tolkninger av deres utsagn innenfor et bestemt teoretisk rammeverk. Det er vesentlig å forstå at det eksisterer flere teoretiske perspektiver, og andre interessenter kunne lagt vekt på andre aspekter av problemstillingen. Jeg merket noen ganger at deltaker ikke skjønnte spørsmålet mitt, muligens på grunn av hvordan spørsmålet ble formulert, da forsøkte jeg å rette opp i dette ved å stille spørsmålet på en annen måte. I tilfeller der deltakerne uttrykte seg på en måte som jeg oppfattet som uklar eller tvetydig, tok jeg initiativ til å be dem om ytterligere forklaring eller utfyllende opplysninger. Dette ble gjort for å sikre en nøyaktig forståelse av deres perspektiver eller meninger. Ved å gjøre dette, opprettholdt jeg en åpen dialog og en kontinuerlig tilbakemeldingsmekanisme, som bidro til å klargjøre eventuelle misforståelser.

Analyse og tolking av data

«En analyse medfører å metodisk bryte ned et emne, en tekst, et case, en hendelse osv. i den eller dets bestanddeler, for å oppnå bedre forståelse av helheten» (Dalland , 2020, s. 247).

Vanligvis utføres en analyse med et faglig perspektiv, der teorier, modeller eller begreper benyttes som verktøy (Dalland , 2020, s. 247). I denne oppgaven utfører jeg en tematisk analyse som vil kunne gi en grundig gjennomgang av dataene for å identifisere, og analysere ulike temaer og mønstre som kommer frem.

Tematisk analyse

Tematisk analyse som tilnærming involverer utvikling, analyse og tolkning av mønstre på tvers av et kvalitativt datasett ved å følge systematiske prosesser for datakodning med det formål å identifisere temaer (Braun & Clarke, 2021, s. 4). Det er viktig å merke seg at tematisk analyse ikke er en metodologi i seg selv, men heller en tilnærming som gir fleksibilitet og åpenhet for å utforske dataene. I en analogi kan man sammenligne det med å gå av et tog i en ny by uten en forhåndsbestemt reiserute, og i stedet utforske ulike alternativer og veier å utforske basert på det som oppdages underveis. Gjennomføring av tematisk analyse blir beskrevet av Braun og Clarke (2021, s. 6-7) som en seks stegs prosess: å bli kjent med dataene, generere innledende koder, søke etter tema, vurdere tema, definere tema, gi navn til tema, og rapportere på resultater. I arbeidet med mine intervjudata har jeg fulgt en strukturert tilnærming som involverte disse trinnene. Umiddelbart etter hver samtale nedtegnet jeg mine umiddelbare tanker og refleksjoner, samt identifiserte temaer som fanget min oppmerksomhet. Mens jeg transkriberte intervjuene, fortsatte jeg å notere ned mine observasjoner og refleksjoner, og gjennom flere gjennomlesninger av materialet sikret jeg meg en dypere forståelse av innholdet. For å ha en fysisk oversikt over alle dataene, printet jeg ut alle transkripsjonene og brukte fargekodning for å markere viktige poenger og relevante temaer i tråd med mitt forskningsspørsmål. Ved å samle data på tvers av datasettet, kunne jeg identifisere potensielle temaer basert på mine initiale koder. Denne prosessen resulterte i flere mulige temaer som jeg deretter evaluerte og sammenstilte. Etter en første sortering trakk jeg ut de temaene som hadde mest datamateriale, noe som bidro til å fokusere analysen videre. Dermed endte jeg opp med fire ulike temaer. Under rapporteringen av mine funn, gjennomgikk jeg flere ganger mine data for å sikre at jeg fanget opp alle relevante utsagn og temaer, og jeg inkluderte også observasjoner som oppstod underveis i diskusjonen mellom empiri og teori. Denne systematiske tilnærmingen bidro til en grundig og reflektert analyse av mine intervjudata.

Empiri og drøfting

I denne delen vil jeg drøfte funnene fra det empiriske datamaterialet som jeg har samlet inn gjennom intervju i lys av relevant teori, med utgangspunkt i min tematiske analyse. Formålet med intervjuene har vært å innhente innsikt i hvordan de ansatte legger til rette for brukervedvirkning ved rusbehandlingsinstitusjoner. Informantene ble presentert spørsmål som omhandlet temaer som brukervedvirkning og dens betydning, personlige egenskaper, behandlingsprosesser samt pårørende sin rolle i. For en mer detaljert oversikt over spørsmålene, se vedlagt intervjuguide (vedlegg 1).

De ansattes perspektiver på brukervedvirkning

Som jeg har nevnt tidligere er brukervedvirkning ikke bare et ideal eller en anbefaling, det er også en lovfestet rettighet for pasienter og brukere av helse- og sosialtjenester. I mine funn fra intervjuene sier alle informantene seg enig i denne rettigheten. Samtidig har ulike meninger rundt hvor mye brukervedvirkning som bør være til stede kommet opp. Dette antyder at selv om lovgivningen fastsetter rettighetene til brukervedvirkning, kan det være ulike oppfatninger og perspektiver blant helsepersonell når det gjelder implementeringen og omfanget av denne medvirkningen i praksis. Det ble ikke mye diskusjon rundt denne balansen, men jeg velger likevel å ta det med for å gi en mer helhetlig forståelse av brukervedvirkning sin kompleksitet:

Balansen i brukervedvirkning

Når jeg først snakket med informantene spurte jeg om hva de først tenkte når de hører ordet brukervedvirkning.

En informant svarte følgende:

«Jeg tenker at det er viktig for at man skal lykkes med prosjektene sine at man skal få være med å bestemme over hvordan man må gjøre ting» (I6)

En annen informant forklarer et bilde hun får i hode når hun hører begrepet brukervedvirkning:

«Det første jeg tenker er jo, jeg får mer sånne bilder i hode mitt. Jeg ser for meg noen som er ute og går, så er det jo slik at den som går senest er jo kanskje den som må bestemme tempoet. Så det er liksom et sånn bilde jeg får i mitt hode. Det er jo

pasienten som er her hos oss som skal bestemme hvordan sin behandling skal være da, og vi er med å gå i det tempoet som pasienten bestemmer» (I11).

Videre sier informanten: *«Men jeg kan nok noen ganger tenke at pasientene, det er ikke alltid de forstår begrepet. De bruker det også noen ganger for det det er verdt. Og da må vi liksom gå inn i det med brukervedvirkning. For da handler det ofte om at de vil ha noe, men det er jo ikke det det handler om. Det handler jo om en vedvirkning, noe du skal være sammen om, ikke noe du skal få av goder eller ja» (I11)*

Dette illustrerer viktigheten av at pasienten har kontroll over sin egen behandling og tar avgjørelser i samsvar med sine behov og preferanser. Informanten påpeker også at noen pasienter kanskje ikke fullt ut forstår begrepet brukervedvirkning og kan bruke det for det det er verdt, uten å forstå dets dypere betydning. Dette indikerer behovet for at helsepersonell veileder og engasjerer pasienter på en måte som fremmer reell brukervedvirkning, der fokus ligger på et samarbeid for å oppnå best mulig behandlingsresultater, ikke bare å oppfylle pasientens ønsker. Samtidig har hjelperen ansvar for å sikre kontinuerlig tilbakemelding fra brukeren, og både organisasjonen og hjelperen skal tilpasse behandlingen etter brukerens behov, ikke omvendt (Aas, Dahl, & Levaas, 2015, s. 17). Dette presiserer det flere ansatte reflekterte over, balansen mellom å gi brukerne tilstrekkelig autonomi og beslutningsmyndighet, parallelt som de skal opprettholde nødvendig styring og veiledning for å sikre faglig forsvarlige tjenester. En informant sier:

«Jeg tenker på brukerens egen stemme inni behandling. Så tenker jeg nok fort på dilemma mellom vedvirkning og styring da. Den balansen der. Det er de som sitter med kunnskap om seg selv og deres behov, så skal jo det balanseres opp mot at de faktisk (...) vertfall når de kommer til oss da, så erkjenner jo de at det er noe de ikke helt klarer, eller får til selv, så de ber jo om hjelp fra fagfolk. Så det er jo en balanse da hvor stor grad skal brukerens stemme være, og hvor stor skal fagpersoners stemme være» (I10).

En annen informant sier:

«(...)Når det gjelder rusbehandling så er det en målgruppe som absolutt skal medvirke, men som også på mange måter kanskje ikke tar de beste valgene for seg selv da. Som er nettopp i behandling fordi at man har en historie hvor man hele tiden tar

dårlige valg for seg selv eller når man medvirker i eget liv så blir det ikke så veldig bra. Så man kan jo også tenke når går det over fra brukervedvirkning til brukerstyring?» (I4)

Eksempelet fra I10 viser at det er et kontinuerlig dilemma å balansere brukerens egen stemme og behov med fagpersoners kunnskap og ekspertise. Informanten antyder at brukerens behov og ønsker må veies opp mot det faktum at de søker hjelp fra fagfolk fordi de erkjenner begrensningene sine. Informant I4 uttrykker en bekymring eller utfordring knyttet til brukervedvirkning i rusbehandling og med dette trekkes inn begrepet *brukerstyring*. Brukerstyring blir tidligere beskrevet som en bevisstgjøring av brukerens ansvar for egne valg gjennom anerkjennelse av deres kompetanse, behov, ressurser og funksjonsnivå. I en brukerstyrt tilnærming har hjelperen ekspertise, men tar ikke på seg en ekspertrolle. I stedet anerkjennes brukeren som ekspert i sitt eget liv, med innsikt i sine egne behov, ønsker, problemer og ressurser (Aas, Dahl, & Levaas, 2015, s. : 49) Informanten påpeker at rusbehandlingens målgruppe, selv om de bør delta i beslutningsprosesser, kanskje ikke alltid tar de beste valgene for seg selv, og av den grunn indikerer at de ikke alltid burde være ekspert i eget liv.

En informant sier:

«Noen har kanskje enda mer en sånn holdning at de må finne veien selv og jeg kan være en god støtte, mens noen kan kanskje mene mer og komme med mer råd. Det er en balanse som kan være vanskelig å finne» (I8)

En annen informant sier:

«Jeg tenker veien tilbake til føydalsystemet er umulig. Men jeg tror også at brukervedvirkning kan ha gått så langt at vi har mista litt effekten. Når jeg ser voksne brukere som skal bestemme hvor dem skal behandles, og av hvem, det er å ha gått for langt, og dit er vi på vei. Det er den politiske pendelen som hele tiden skifter, paradigme» (I9).

Den ene informanten (I8) påpeker de ulike arbeidsmåtene hjelperrollen kan innebære, som igjen kan sammenlignes med en veiledende stil eller en ekspertrolle (Høiby & Ranger , 2019, s. 8) For det første nevnes en tilnærming hvor hjelperen ser seg selv som en støttespiller som bistår pasienten med å finne sin egen vei. Dette kan tolkes som en mer tilbakeholden

tilnærming, veiledende stil, der hjelperen fokuserer på å styrke pasientens egen autonomi og selvstendighet. På den annen side nevnes en tilnærming der hjelperen er mer aktiv og gir råd og veiledning til pasienten. Dette kan indikere en mer direkte tilnærming, der hjelperen tar en mer instruerende rolle, ekspertrolle, i pasientens behandlingsprosess. Den andre informanten (I9) peker på en bekymring for at brukermedvirkning kan ha gått for langt, slik at brukere nå tar beslutninger som tidligere var forbeholdt fagpersoner. Dette illustrerer en debatt om hvor lang brukermedvirkning bør gå før det går på bekostning av effektiviteten og kvaliteten på behandlingen. Behovet for å finne en balanse mellom brukerens autonomi og profesjonell veiledning i behandlingskonteksten uttrykkes hos noen av informantene. Flere av eksemplene uttrykker en felles forståelse om behovet for fagpersoners kunnskap og ekspertise, og at graden av medvirkning bør kritiseres. Synspunktene er med på å si noe om kompleksiteten i forhold til forståelsen av brukermedvirkning. Som Skjeldal (2021) også sier bør man ha et kritisk blikk på brukermedvirkning ved å vurdere og bedømme for at den skal bli reell (Skjeldal, 2021, s. 19: 5). Dette kan ses i sammenheng med det Store (2017) beskriver som å besitte refleksjonskompetanse (Storø, 2017, s. 100: 23). Ved å vedlikeholde en reflekterende holdning og anvende kritisk tenkning i samhandling med pasientene, øker sjansen for å sikre kvaliteten på pasientens autonomi. Dette skaper en større mulighet for å opprettholde genuin brukermedvirkning.

Betydningen av eierskap i egen behandling

Selv om noen informanter pekte på utfordringene med å oppnå en balansert brukermedvirkning og uttrykte bekymringer for potensiell overdominans fra brukerne, var det en generell enighet blant informantene om viktigheten av å gi pasientene mulighet til å bli hørt og delta aktivt i sin egen behandling. Likevel var det enkelte informanter som la større vekt på viktigheten av at pasientene skulle ta eierskap i sin behandling med å være delaktige i beslutningene som angår dem direkte.

Personer som bruker rusmidler har de samme menneskerettighetene som alle andre. Imidlertid dokumenteres det at dette er en gruppe som i praksis ofte opplever å få sine rettigheter satt under press (Langlete, Digranes, & Wilhelmsen, 2022, ss. 3-85: 7). Betydningen av å bli lyttet til, anerkjent av andre, og muligheten til å bidra og delta på ens egne vilkår blir fremhevet som sentrale elementer i medborgerskap perspektivet, som er et sentralt begrep innen brukermedvirkning (Nesse, 2023: 17). En informant sier: *«Men jeg har egentlig tenkt mye på at i min jobb handler det mye om å ha forventinger. Altså det er jo mange som har lavere*

forventinger til syke mennesker eller rusavhengige mennesker. Så klart har jeg forståelse for at det er mye som er vanskelig å sånn, samtidig tenker jeg det er viktig å ha forventinger og behandle de som vanlige folk, som meg og deg» (I8). Studier nevnt tidligere om «Empowerment», på norsk kalt myndiggjøring eller ansvarliggjøring, påpeker at flere med rusmiddellidelser og/eller psykiske helseproblemer har et behov for å utvikle sin egenkraftmobilisering og oppdage sine ressurser (Sjåfjell & Myhra, 2015: 11). Det nevnes at etter langvarige utfordringer knyttet til rusmiddellidelser, kan selvtilliten ofte være lav. Dette understrekes også i tidligere forskning av andre informanter som jobber innenfor rusfeltet (Sjåfjell & Myhra, 2015: 11). En informant sier:

«Det er jo eget liv, og det er mange som ikke tar tatt ansvar for eget liv når de her vært i rusen. Så det å bygge seg opp og ta igjen livet på egenhånd det tror jeg er veldig verdifullt» (I5)

Dette kan oppnås gjennom enkle tiltak innen sosial inkludering og deltakelse, som en informant illustrerer her:

«Vi har veldig fokus på at pasienten er i sentrum. Det er på en måte det viktigste vi jobber med. Så tenker vi jo sånn at når pasienten ikke er med å lage mat, så blir det jo heller ikke mat. Sånn ser vi jo veldig i praksis og da, når brukermedvirkning ikke er til stede så ser en jo heller ingenting, så det er jo fint å få det kravet på seg. Et ansvar» (I11).

Deltakelse i matlaging kan være med på å fremme en følelse av tilhørighet og inkludering, samtidig som det gir mulighet for å bidra til fellesskapet og dele gode øyeblikk med andre. Det er en verdifull del av et medborgerperspektiv, som vektlegger betydningen av å delta aktivt i samfunnet og føle seg inkludert (Nesse, 2023: 17).

En informant kommer med et eksempel:

«Det handler litt om at pasienten er nødt å eie problemløsningene selv, de må eie endringene hvis de skal klare å fortsette med endringene etter de er ferdig her. Jeg pleier å si til pasientene at vi kan ikke gjøre jobben for deg, dere må gjøre den selv. Hvis de ønsker å gå på helsestudio og bli sterke så setter de seg ikke ned på en benk og venter på å bli trent. Du må jobbe aktivt. Du må jobbe aktivt på en annen måte da i

behandling, men du må jobbe aktivt med tanken, du må være villig til å reflektere og se på mulige endringer» (I1).

En annen informant sier:

«Jeg brenner jo litt for dette. Fordi jeg vet viktigheten av dette her, hvordan det var for meg som pasient. Det å kunne bli ansvarliggjort. For når jeg fikk si hva jeg ønsket, så hadde jeg også noe å jobbe etter. Når man får komme med ting selv, så er det på en måte noe man har lyst til å gjøre noe med selv også. Noe som er nøkkelen i denne bransjen, er at man må ha lyst selv. Det å prøve å endre, det er et stort stykke endringsarbeid som skal til. Så det er klart at det å ta eierskap i begrepet brukermedvirkning er med på å gjøre arbeidet lettere» (I3).

Disse utdragene indikerer at informantene ser på brukermedvirkning og myndiggjøring som viktige elementer i behandlingsprosessen. Informant I3 reflekterer over sin egen erfaring som tidligere pasient og hvordan det å kunne uttrykke sine ønsker og behov har vært avgjørende for deres egen motivasjon og engasjement i behandlingen. Videre antyder de at aktiv deltakelse i beslutningsprosesser kan være en nøkkel til å oppnå ønskede endringer og resultater i behandlingsarbeidet.

En annen informant forteller at selv om de diskuterer risiko med pasientene, velger de sjelden å si nei. Dette kan tolkes som et forsøk på å styrke pasientenes følelse av egenmakt og autonomi:

De ønsker jo å bestemme selv, mye. Så er det ikke alltid vi er enige i det de bestemmer seg for, så da kan vi jo speile de og stille noen spørsmål i forhold til det de tenker om de ulike situasjonene, men i utgangspunktet skal de styre skuta selv denne veien da. Det kan for eksempel være, si at det er en pasient som vil på treningstur, så tenker vi gjerne at de ikke er så hensiktsmessig med tanke på rustanker eller noe sånt i forkant. Vi prøver jo da å ta samtaler med pasientene om risikoen før treningstur, vi gjør dem heller obs på det. Men de får lov å bestemme selv. Opplever de et tilbakefall så er det vertfall de som har tatt beslutningen selv, de eier sin egen beslutning, at det ikke gikk så bra eller at det gikk bra» (I2).

En informant forteller om følelsen av håp som en faktor for motivasjon:

«Det første som slo meg var gjerne håp. Da kjenner pasienten at, det gir de håp om å

eie det selv det de er med på. At hvis de kan være med å styre litt, velge litt, meine litt om hva jeg tror er best for meg selv så får man gjerne håp om at det kan skje en endring» (I7).

Eksempelet fra I2 antyder at informanten vurderer pasientenes ønsker og beslutninger som viktige og at de legger til rette for at pasientene skal ha kontroll over sin egen behandling. Til tross for at de ikke alltid er enige i pasientenes valg, ser de på det som avgjørende at pasientene får ta ansvar og eierskap for sine egne avgjørelser, noe som kan ses i sammenheng med å bli myndiggjort. Her er informanten nysgjerrig og stiller spørsmål om pasientens tanker rundt situasjonen. Dette gir pasientene muligheten til å reflektere og få eierskap til sine egne avgjørelser. Samtidig tar den ansatte initiativ til å veilede og informere pasientene om potensielle risikoer, men understreker at det endelige valget ligger hos pasienten. Noe som kan sammenlignes med den veiledende-stilen (Høiby & Ranger, 2019, s. 8). Dette illustrerer en tilnærming som balanserer pasientautonomi med myndiggjøring og støtte fra behandlingspersonalet. Informant I7 indikerer at brukermedvirkning gir pasientene håp om å eie sin egen behandling og ta ansvar for sine valg. De opplever at muligheten til å være med å styre, velge og uttrykke sine meninger om hva som er best for dem selv, gir dem en følelse av optimisme og tro på muligheten for endring.

Å myndiggjøre noen kan være en del av en Recovery-orientert tilnærming. Recovery praksis i handler om å støtte en person til å identifisere og forfølge egne mål, bygge på individets ressurser og styrker, og ta ansvar for sin egen bedring (Karlsson & Borg, 2023, s. :17). Å myndiggjøre noen innebærer å oppmuntre dem til å ta ansvar for sine handlinger, valg og beslutninger knyttet til deres egen bedringsprosess (Helsedirektoratet, 2018: 17). Dette kan inkludere at hjelperen oppmuntrer pasienten til å delta aktivt i behandlingsbeslutninger, identifisere og arbeide mot personlige mål, og ta ansvar for sine egne handlinger og valg. At de jobber Recovery-orientert kommer frem hos flere av informantene, selv om ikke bruker begrepet direkte i samtalene. Når man som hjelper ser fordelene med å ta eierskap i egen behandling indikerer det et ønske om at pasientene skal bli myndiggjort. Helsedirektoratet i likhet med Karlsson & Borg (s. 29:17) skriver at fagpersonell har en viktig rolle i å støtte pasientene i dette, ved å få frem personens ressurser, forsterke det positive, fremme håp og konstruktive mestringsstrategier (Helsedirektoratet, 2018: s 17). En informant sier:

«For oss er vi jo opptatt av dette med endringsoptimisme. Og i det legger vi at vi er med på å bære litt håp, at vi som jobber her har tro på at pasienten kan endre seg. En

må jo ha de egenskapene at en har tro på mennesket, ha en tro på at menneske har iboende ressurser som vi kan hjelpe dem å finne frem til» (I11)

En annen informant sier:

«Vi kommer ikke videre om de ikke tar del i egen behandling. Fordi det er ikke vi som kan endre de, de må ville det selv, og vi er støttespillere på veien. Så kan vi være med å støtte de i prosessene pasientene går for, og da må de ta styring selv» (I1).

Denne informanten indikerer at selv om helsepersonell kan tilby støtte og veiledning, er det likevel opp til pasienten å ta ansvar for endringene som må skje. Dette kan ses i sammenheng med at myndiggjøring eller «Empowerment» ikke er noe hjelperen kan gi deg, det er noe man som pasienten tilegner seg med å ta styring over eget liv (Napha, 2011, s. 19). Informanten ser på seg selv og andre helsepersonell som støttespillere i pasientens prosess, og pasientens egen innsats og vilje til å ta styring er avgjørende for fremgangen i behandlingen. «*Ingen kan forandres utenfra, og forandringen kjenner sine egne veier*» er annet viktig element innen Recovery. Alle mennesker kan inviteres til forandring, men om man instruktivt skal forandres kan det potensielt medføre undertrykkelse og tap av individuell identitet (Karlsson & Borg, 2023, s. 29: 17). Dermed anser jeg det som relevant at hjelperen har en optimistisk holdning til pasienten, slik en av informantene nevner, for at pasientene i det hele tatt skal kunne utvikle et eierskap til sin egen endringsprosess. Dette kan bidra til å styrke pasientenes selvbilde og motivasjon for endring. En positiv tro på muligheten for endring kan inspirere pasientene til å ta aktiv del i behandlingen og investere i sin egen utvikling. Derfor er endringsoptimisme blant hjelperne en viktig faktor for å fremme pasientenes engasjement og fremgang i behandlingen.

Hva legger de ansatte i å være en likeverdig partner?

Som sagt er brukermedvirkning et begrep som rommer mye. En av definisjonene for brukermedvirkning, som beskrevet av Helsedirektoratet i boka "*Medvirkning i psykisk helse og rusarbeid*", er at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem (Sørly, Karlsson, & Sjøfjell, 2021, s. 38:14). For å oppnå en dypere forståelse av denne definisjonen, var målet mitt å utforske hva de ansatte betraktet som en «likeverdig partner». En informant sier:

«Jeg tenker det handler om menneskesyn. Her har vi også en flat behandlingsstruktur i motsetning til andre som har et terapeutisk samfunn hvor de har et mer klart hierarki

på en måte. Så her er det et stort fokus på at vi gjør ting sammen. En hoved verdi her er likeverd» (I2)

En annen informant sier også:

«Det å være et medmenneske, at man ikke setter seg over den andre. Ikke denne her ovenfra og ned holdningen» (I3)

Dette antyder at likeverd kan betraktes som en slags holdning man har i seg som menneske, en grunnleggende holdning i menneskesynet. Det at likeverd betraktes som en holdning som ligger til grunn i menneskesynet, indikerer at det ikke bare er en praktisk tilnærming eller et prinsipp som følges i spesifikke situasjoner, men en grunnleggende oppfatning om at alle mennesker er like verdifulle og fortjener respekt uavhengig av omstendigheter eller roller.

Noen andre informant sier:

«Man er jo en likeverdig partner i at vi må jo gjøre dette sammen og finne ut av det sammen. Så der er vi to likeverdige partnere fordi det er ingen av oss som får det til hvis ikke den andre er med. Så det er vell kanskje det jeg legger i det. Selv om vi har ulike maktforhold da, men vi er helt avhengig av hverandre, vi er like verdige i den forutsetningen får å få til noe bra» (I4).

«At pasientene er sidestilt med vi som arbeider eller samarbeider med dem. At vi ikke arbeider for dem, men at vi er ved siden av dem og er i et samarbeid. Ikke at vi skal bestemme noe for dem, men samarbeider og går sammen med dem» (I5).

«Vi har våre ressurser og utfordringer alle sammen. Uavhengig om vi er pasient eller ikke. Og vi ser jo det at vi kan ikke få til endring hvis pasienten ikke er der, på endringen. Så du er nødt til å jobbe sammen. Ha tro og håp til alle, med respekt og gjensidig tillit» (I1)

Disse informantene belyser viktigheten av likeverdighet og samarbeid mellom pasienter og hjelpere. De fremhever at begge parter er likeverdige partnere i behandlingen, og at samarbeidet er nøkkelen til å oppnå gode resultater. Pasientene skal ikke betraktes som underordnede, men som likeverdige deltakere i beslutningsprosessen. Det legges vekt på gjensidig tillit, respekt og anerkjennelse av hverandres ressurser og utfordringer.

Videre er det flere informanter som tar opp maktforholdet som ligger mellom en pasient og en hjelper. Skau poengterer at man må være klar over den makten man har som hjelper (Skau, 2018, s. 38: 24). Hun sier at man først og fremst som profesjonsutøvere skal handle ut fra oppfatningen om at pasienten er en helt naturlig samarbeidspartner i bestemmelser omkring eget liv, egen livssituasjon og behandling, noe som også er kjernen i brukermedvirkning. Videre sier Skau at det er viktig å være bevisst på kjennetegnene mellom to parter, pasient og hjelper, som er den strukturbestemte ulikheten som finner sted. I møte med sine pasienter representerer profesjonelle hjelpere ikke bare seg selv og sin profesjon, men også et offentlig makt- og hjelpeapparat. De har foruten yrkesspesifikke kunnskaper, ferdigheter og maktmidler til rådighet (Skau, 2018, s. 38). Hun sier dette kan gjøre at mange opplever det å havne i rollen som den som trenger profesjonell hjelp, som en krenkelse i seg selv, og dermed noe man må være bevisst over i sin hjelperrolle. En informant sier:

«Jeg tenker det kommer litt an på situasjonen. Det gjør det for meg også, når jeg oppsøker fastlegen min, så er jo ikke jeg og fastlegen min likeverdige partnere. I rusbehandling når vi sitter i miljøet og prater eller har dagnad, når vi lager ting sammen, når vi er på tur så er vi likeverdige partnere. Og andre ganger når vi er i en mer behandlingmessig situasjon så er vi ikke likeverdige partnere» (I6).

En annen informant sier:

«Jeg tenker jo gjerne at likeverdige partnere blir vi jo kanskje ikke, fordi det ligger jo mye makt i det for min del at jeg har jo min utdanning, og har jo på en måte noen mandater som gjør at jeg kan sitte her å bestemme om denne personen skal få vær hos oss eller ikke. Men i det så ligger det jo og at, altså verdien for mennesket på en måte det er jo likt. Men i rollene, så blir det litt skeivt likevel da» (I11).

De erkjenner at likeverdighet ikke alltid er til stede, og at det kan variere avhengig av konteksten. Den første informantens refleksjon dreier seg om hvordan likeverdighet oppleves i ulike settinger, mens den andre informantens kommentar peker på utfordringene med å oppnå likeverdighet på grunn av den maktbalansen som eksisterer med tanke på utdanning og mandater. Til tross for dette, anerkjenner informantene verdien av mennesket og betydningen av å respektere den enkeltes verdighet. Dette kan være med på å si noe om at de er bevisst over den strukturbestemte ulikheten som finner sted mellom pasient og hjelper.

En annen informant sier:

«Akkurat det likeverdige partner tenker jeg er litt utopi. I en behandling sammenheng, å prøve å få til en likeverdige relasjon. For det vil aldri være en likeverdige relasjon i et behandlingsforløp. Det er litt utopisk. Hjelper og den som blir hjulpen, det kan ikke være helt likeverdige. Litt av problematikken i dag er jo at vi er i ferd med å bli så likeverdige at paradigmer skifter så langt at det er blitt likeverdige, og da får du en ubalanse. Ja begge skal bli hørt og begge skal bli tatt ansvarlig, men det vil aldri være likeverdige så lenge du har en som hjelper den andre. Så helt likeverdige kan vi ikke bli og skal det ikke bli, være. Noen må ta ansvar, noen må faktisk skjære gjennom å vite. Da må jeg få lov å være ansvarlig» (I9).

Mens de to første informantene uttrykker en mer åpen holdning til muligheten for likeverdige relasjoner basert på ulike situasjoner og roller, understreker denne informanten at en fullstendig likeverdige relasjon ikke er oppnåelig i et behandlingsforløp. Informanten fremhever behovet for ansvar og beslutningstaking fra hjelperens side, noe som kan sammenlignes med en tydeligere ekspertrolle. Direkte råd og forslag er noe som karakteristisk for den mer styrende stilen (Høiby & Ranger , 2019, s. : 6).

En annen informant kommer med en annen innfallsvinkel:

«Jeg tenker jo at vi skal være likeverdige både de som er på jobb og de som er pasienter hos oss. Vi skal være like mye verdt, og vi skal begge ha mulighet til å si hva vi tenker er rett. Så tenker jeg at likeverdige kan være like verdige at man mener forskjellige ting. For eksempel jeg som har en faglig bakgrunn og ikke en rusbakgrunn har gjerne grunner til å tenke noe helt annet enn pasienten, men det trenger ikke å gå på bekostning av at vi er likeverdige» (I7).

Denne informanten (I7) sier noe om at både de ansatte og pasientene skal betraktes som likeverdige parter. Ved å understreke at begge parter skal ha muligheten til å uttrykke sine meninger og tanker, antyder informanten en forståelse av likeverd som inkluderer respekt for ulike perspektiver og erfaringer, selv om de har ulike bakgrunner. Informanten understreker at de ulike bakgrunnene kan være like verdifulle. Dette kan sammenlignes med det Skau sier om skillet mellom «jeg og du». Hun mener det er en del av profesjonelle sin faglige kompetanse å kunne skille mellom «jeg» og «du» (Skau, 2018, s. 48). Dette skillet står ikke i motsetning til nær og ekte menneskelig kontakt, men at det er en forutsetning for det. Uten å skille mellom «jeg» og «du» mener Skau at vi ikke har kontakt med den andre personen, men med projiserte

utvidelser av oss selv. Informant nummer 9 framhever også et tydelig skille mellom «jeg» og «du», hjelper og pasient, men med en mer fremtredende ekspertrolle fra hjelperens side. Utfordringen ligger ikke i å være klar over skillet mellom «jeg» og «du», men heller faren for at ekspertrollen vektlegges mer enn pasienten sin stemme.

Min forståelse er at selv om man som pasient og hjelper har ulike roller, og det forekommer en strukturert maktbalanse der, skal det ikke gå på bekostning av at man har en likeverdig stemme. Dermed er det viktig å være bevisst over disse ulikhetene, slik at ulikhetene kan bli sett på som ressurser som kan bidra i behandlingsforløpet.

Basert på informantenes synspunkter, synes de å understreke viktigheten av et likeverdig partnerskap mellom pasient og hjelper, der alle stemmer blir hørt og hver enkelt sin kunnskap blir verdsatt uavhengig av deres rolle. Imidlertid var en informant mer fremtredende i å fremheve behovet for at hjelperen også bør kunne ta en ledende rolle og at overdreven likeverdighet kan skape en ubalanse. Dette kan antyde en oppfatning om at hjelperens rolle muligens ikke hadde vært nødvendig hvis fullstendig likeverdighet skulle blitt oppnådd. På tross av dette var det tydelig at flertallet av informantene insisterte på at pasientens stemme bør ha størst vekt, selv om den blir veiledet av den ansatte.

Hjelperrollen

Her vil jeg diskutere funnene som sier noe om hvordan de ansatte bruker sin profesjonelle kompetanse for å arbeide i tråd med brukermedvirkning. Det vil innebære hva de mener ligger til grunn for å få til et godt samarbeid, og hvordan de bruker sine personlige egenskaper for å få samarbeidet til, og om en eventuelt jobber ut i fra ulike tilnærminger eller metoder for å kvalitet sikre dette.

Gode personlige egenskaper gir godt samarbeid

Flere av informantene poengterte viktigheten av et godt samarbeid når vi snakket om brukermedvirkning. En med egenerfaring deler at i møtene sine med fastlegen samarbeider de. Enten lykkes de med samarbeidet eller ikke. Ingen av dem bruker begrepet «medvirkning» om det som foregår. Han mener at det kanskje er mer hensiktsmessig å diskutere hva som fremmer samarbeid, og å legge mindre vekt på brukermedvirkning (Erfaringskompetanse , 2020). Dette perspektivet kan komme fra en erkjennelse av at selve begrepet «brukermedvirkning» kan være abstrakt eller vanskelig å definere i praksis, og at fokuset heller bør ligge på å skape en reell og meningsfull dialog mellom pasient og behandler.

Brukermedvirkning skal vanligvis innebære et samarbeid mellom pasienten av tjenesten og hjelperen. Derfor anså jeg det som interessant å intervju de ansatte om hva de mente lå til grunn for et godt samarbeid mellom pasient og hjelper, i og med at det muligens er en enklere måte å forstå begrepet på. Flere av informantene nevner en god relasjon som nummer en for å få til et godt samarbeid, med dette understreker de sentrale personlige egenskaper som bør være til stede:

En informant sier:

«Relasjon, nummer en. Du kommer ingen vei uten den. Det har jeg lært etter noen år av å jobbe med sårbare mennesker. Du er nødt å starte der, at du er en trygg veileder som står ved siden av mens noen andre skal gjøre en ganske heftig jobb i livet. Derfor må man lytte først til hva de tenker er løsningen» (I7)

Flere informanter bekrefter det samme:

«Relasjon er det som er hovedfokus i rusbehandling. For vi ser at mange av pasientene har utfordringer med relasjon. Mange har vært utsatt for relasjonsskader, omsorgssvikt, de har på en måte ikke fått utvikla eller hatt gode erfaringer med gode relasjoner gjennom oppveksten. Så det å kunne gi gode erfaringer, positive erfaringer med å skape relasjoner er viktig» (I1)

«En god relasjon for det første. Og hvordan bygger man en god relasjon? Da tenke jeg at vi skal møte de med likeverd og forståelse, vær nysgjerrig, still spørsmål, vær åpen. Ikke en ovenfra og ned holdning» (I5).

Utover viktigheten av å etablere en god relasjon for å oppnå et vellykket samarbeid, fremhever flere informanter ulike personlige egenskaper som er nødvendige:

«Jeg tenker helt grunnleggende at man må ha respekt for hverandre, og en innstilling om respekt for hverandres verdi. Og lytte til hverandre, og ta imot innspill for hverandre. Så man også være villig til å (...) en ting er å lytte til hverandre, men du må også være villig til å kunne gjøre justeringer på egne meninger, tanker eller holdninger, hvis det skal være et samarbeid» (I10).

En annen informant sier:

«Vær tålmodig, lytt, ikke tenke at en selv har fasiten, men faktisk vær åpen for at her kan det være flere veier ut av dette. Kanskje pasienten tenker noe du ikke har kompt på selv. Jeg tenker man må være ganske uredd, tørre å gå inn i kjernen, spørre om hvordan noen egentlig har det. Du må liksom våge bak det overfladiske, eller det første svaret du får» (I8).

Begge informantene understreker betydningen av å ha respekt for hverandre og å verdsette hverandres synspunkter og verdier. Informantene forteller at det er nødvendig å være villig til å justere ens egne meninger, tanker og holdninger i lys av samarbeidet. Dette handler om å være åpen for endringer og tilpasse seg til behovene og perspektivene til andre. Informantene understreker viktigheten av tålmodighet og å lytte nøye til andre, uten å anta at man selv sitter med svaret. Dette inkluderte å lytte aktivt til hverandre og å være åpen for andres innspill (Håkonsen , 2018, s. 225: 25). Å være åpen for ulike muligheter og perspektiver, samt å våge å grave dypere inn i situasjonen, blir betont som nødvendige egenskaper. Det blir også poengtert at det kreves en viss grad av mot og dybde i samarbeidet. Dette inkluderer å våge å utforske følelsesmessige eller vanskelige temaer, og å gå utover det overfladiske for å virkelig forstå den andre personens situasjon og behov.

Videre sier en:

«Når vi er på utkikk etter å ansette nye folk, så er jeg veldig på utkikk etter om det er en person som har antenner. Hvis du skjønner hva jeg mener med det. Catcher du det som foregår i rommet? Får du med deg små subtile variasjoner i tone og ansiktsuttrykk? Ikke at man får testet det så mye i en intervjusetting, men man får jo en følelse av noe. Det er en utrolig styrke hos de ansatte som får med seg nyanser i det som skjer og kan sjekke det ut, og som er følsomme for det ikke-verbale. Det er jo masse søkere som har bachelor i ditten og datten og har det godt for seg, men bare har det platte ansiktet hvor det ikke er noe humor eller noe» (I4).

Informant I4 beskriver det Håkonsen mener med aktiv lytting, noe som er like betydningsfullt i den ikke-verbale kommunikasjonen, spesielt i nære relasjoner (Håkonsen , 2018, s. 225: 25). Dette inkluderer ansiktsuttrykk, blikk, stemmeleie, intonasjon, øyekontakt, kroppsspråk, gester og avstand mellom personer. Ikke-verbal kommunikasjon, som kroppsspråk og ansiktsuttrykk, er ofte spontane og avspeiler personens følelsesmessige tilstand i situasjonen.

Disse ikke-verbale signalene kan gi verdifull informasjon om en persons følelsesmessige tilstand og hjelpe til med å bygge tillit og forståelse i kommunikasjonen.

En annen informant sier:

«Ærlighet, åpenhet og villigheten til å lytte. Det å være villig til å høre på nye varianter. Altså jeg hadde jo en reise som jeg ville på. Så hadde jeg en veileder mens jeg var her, som veileda meg og sa kanskje det ikke er så lurt, eller kanskje du ikke burde det. Det å få reflektert over mine meninger på en måte. Det er mye lettere med et godt samarbeid når folk er ærlige og åpne på en måte, det merker jeg. Jeg har jo levd et dobbelt liv, så jeg vet hvordan det er å ikke kunne være hundre prosent ærlig. Da selger en seg selv, hvis en skal bruke det uttrykket, veldig dårlig i forhold til hva man kan gjøre når man er helt åpen og ærlig» (I3).

Evnen til å være åpen for justeringer på egne meninger eller holdninger, lytte er relevante egenskaper som går igjen. At man kommer til et punkt hvor man kan være ærlig og åpen med hverandre forstås også som viktige faktorer for å være mottakelig for et godt samarbeid i behandlingen. Ut i fra eksemplet fra I3 ser man også at maktforholdet ikke er ensidig av den grunn at pasienter også sitter med en viss makt i forhold til hva de velger å dele med hjelperne. Her har man dermed et ansvar som hjelper å tilrettelegge for en god relasjon for at pasienten føler seg trygg nok til å kunne åpne seg. En informant sier: *«For det er jo på en måte min oppgave og jobb å drive relasjonen, at de får et inntrykk av meg, at jeg får et inntrykk av dem og at de føler at de kan stole på meg og sånt. Det ansvaret ligger jo på meg» (I6).* Skau er opptatt av at når vi utøver vår rolle som hjelpere, må relasjonen primært tjene den andre parten, pasienten, og ikke oss selv. Det innebærer å prioritere pasientens behov og trivsel over våre egne, og å handle med integritet og respekt i alle interaksjoner (Skau, 2018, s. 36: 22).

Videre sier en annen:

«Det handler så klart også om at man har nok tid, eller ikke andre arbeidsoppgaver som tar over for det relasjonelle fokuset og sånne ting. Men det jeg liker veldig godt er når jeg kommer dit med pasienten at jeg føler at jeg kan bli veldig fri, spørre om det jeg lurer på, ta opp bekymringer hvis jeg har det. At vi kommer til et sted hvor vi kan være så åpne med hverandre, at jeg også kan dele litt av mine reaksjoner» (I8).

Basert på sitatet virker det som om denne informanten også setter pris på en atmosfære av tillit og åpenhet når de jobber med pasienter. Å føle seg "veldig fri" indikerer at de føler seg komfortable og trygge nok til å være seg selv og å ta opp eventuelle spørsmål eller bekymringer de måtte ha i samtalen med pasienten. Dette understreker behovet for et miljø som fremmer åpenhet og tillit, der både hjelper og pasient kan være åpne og dele sine reaksjoner og bekymringer. Samtidig påpekes nødvendigheten av tid og dedikasjon til det relasjonelle aspektet av arbeidet, uten at andre oppgaver tar over. Som Skau også påpeker oppstår tillit over tid og må fortjenes gjentatte ganger gjennom oppriktighet og dedikasjon (Skau, 2018, s. 38). Det kan virke som det av og til kan det være utfordrende for noen av hjelperne å opprettholde den foretrukne relasjonen med pasientene på grunn av den høye arbeidsbelastningen og tidspresset de opplever. Det var en til informant som presiserte dette med tid:

«Jeg skulle ønske det var litt mindre travelt, litt mer tid til å være i miljøet med pasientene og snakke mer med dem. Man må liksom hele tiden tenke at nei nå må jeg ikke forte meg, selv om vi ikke ble ferdig i dag så tar vi det neste gang. Det er det som er så fint med å jobbe som medlever for eksempel, da er det jo gjerne helg eller høytider, mindre møter, da er vi liksom mer i miljøet med pasientene. Jeg husker min første medlever helg så var vi liksom bare i miljøet, jeg merka at pasienten kom mer til meg og begynte å åpne seg. Vi var liksom mye mer sammen, fordi det var mye mer tid enn det vi har nå i ukene da. Og det er da du får de fine samtalene. Jeg føler jeg kom veldig mye nærmere de, og de kom nærmere meg også» (I2).

Harlene Anderson sin samarbeidsteori er en tilnærming som vektlegger samarbeid mellom terapeuten og klienten for å utforske og skape nye perspektiver på klientens problemer (Anderson & Gehart, 2006, s. 37: 26). Sentralt i denne samarbeidsteorien er fokuset på å lytte, høre og snakke, og dens betydning i dialog. Det beskrives som en engasjerende aktivitet for å oppnå forståelse, der genuin nysgjerrighet og evnen til å stille spørsmål fra den andres perspektiv er avgjørende. Anderson understreker viktigheten av å være villig til å være åpen for andres perspektiv og utforske deres tanker og følelser. Dette er også noe det flere av informantene fremhever. Informantene fortalte først om betydningen av relasjonen mellom hjelper og pasient som fundamentalt for et vellykket samarbeid. Videre fremhever de viktigheten av å etablere en trygg og likeverdig relasjon preget av evnen til å lytte, være nysgjerrig, forståelse og åpenhet. Imidlertid påpeker Anderson at å lytte ikke er tilstrekkelig. Det er også viktig å sjekke med den andre personen for å forsikre seg om at man har forstått

deres budskap riktig, dette kan sammenlignes med det Håkonsen forklarer som aktiv lytting. Håkonsen legger også til at tilbakemelding eller feedback er sentrale begreper i all sosial samhandling som grunnleggende for å forstå kommunikasjonsprosessen. Dermed er det essensielt å aktivt demonstrere vår forståelse og bekreftelse overfor den andre personen, for å fremme en atmosfære av åpenhet og respektfull kommunikasjon. Et viktig element i aktiv lytting er at man gir bekreftelse på at man forstår hverandres perspektiv. Informantene forteller tidligere at det er viktig å ikke sitte på sannheter, stille spørsmål og være åpen for justering, men på hvilken måte informantene tilrettelegger for dette er interessant å se nærmere på. En informant sier:

«Hver måned svarer de på et tilbakemeldingsverktøy som heter WAI. Hvor de får muligheten til å gi tilbakemelding på relasjonen med behandler, om personen føler at de jobber mot samme mål, om personen føler at behandleren liker deg, kan stoles på. Så skal man alltid ha en samtale etter det om de resultatene. Da skal behandleren være åpen og ydmyk, og spørre om ting som har du det greit her, er vi på samme bølgelengde, føler du deg møtt og sett av meg, forstår jeg dine problemstillinger sånn du vil at jeg skal forstå dem» (I5)

En annen informant sier:

«De har jo mål og tiltak som de skal evaluere hver uke, hvor de blir bedt om å si noe om hvordan har du det for tiden, hva tenker du om dette. Vi har egne feedback skjemaer, som vi skal fylle ut hver uke hvor de skal si noe om du føler deg sett og hørt, tatt på alvor, eller i hvilken grad du føler at du får hjelp, om du er blitt krenka. Så det er jo en sånn viktig brukermedvirkning da» (I4)

Grunnlaget for kommunikasjonen mellom parter er den felles forståelsen vi har av situasjonen, som formes gjennom tilbakemeldingsprosesser (Håkonsen , 2018, s. 36: 26).

Noen andre informanter sier:

«Pasientene har ukentlige pasientstyrte møter engang i uken der de sitter sammen da og tar opp ting som de ønsker å endre på. Det er et forum hvor de kan ta opp ting som de tenker på eller ikke er fornøyd med. Det skriver de ned i en bok da som vi tar opp på vært møte når vi medarbeiderne har enhetsmøter, og diskuterer dette og kommer

mer eventuelle løsninger på de sakene som da har tatt opp, så kommer vi med tilbakemeldinger på det» (I2)

«Vi prøver å forklare i de fastene møtene at dette er en arena for at vi har lyst å høre hva dere tenker med å være i behandling hos oss, hva fungerer, hva fungerer ikke, hva skulle dere ønske var annerledes. Da føler de at de er med på laget og ikke at det bare er vi som driver behandling, men de driver det med oss. Det har vært snakk om at vi i perioder må begynne med sånn feedback verktøy, men det har vi ikke helt satt i system her enda. Men jeg tenker vi gjør det på andre måter» (I7)

Selv om jeg ikke har hatt muligheten til å observere den direkte kommunikasjonen mellom de ansatte og pasientene i en samtale, tyder mine funn på at institusjonene benytter seg av yrkesspesifikke tilnærminger, slik som tilbakemeldingsverktøy etterfulgt av samtaler, eller møter hvor hovedpoenget er å få tilbakemeldinger og innspill. To av fire institusjoner nevnte spesifikt at de benyttet seg av tilbakemeldingsverktøy etterfulgt av møter, mens de andre hadde egne samtalebaserte møter hver uke uten at de brukte et spesifikt verktøy. Å ta i bruk feedbackverktøy kan betraktes som en yrkesspesifikk ferdighet som Skau illustrerer i hennes sin kompetansetrekant, da det er en del av den profesjonelle terapeutiske praksisen å innhente tilbakemeldinger fra pasienter for å evaluere behandlingen og sikre at den møter pasientens behov. Imidlertid handler måten terapeutene bruker feedbacken på, for eksempel ved å diskutere resultatene og implementere endringer i behandlingsplanen, om deres personlige kompetanse. Dette innebærer evnen til å kommunisere effektivt, vise empati, være åpen for tilbakemeldinger og tilpasse behandlingen i tråd med pasientens behov og ønsker.

Informantene indikerer viktigheten av å inkludere pasientenes perspektiver og tilbakemeldinger i behandlingsprosessen. Når både hjelper og pasient er på samme side og forstår hverandre godt, kan det skape en atmosfære av tillit og samarbeid som er avgjørende for et godt behandlingsforløp, slik som Anderson også er opptatt av. Dette gjør det lettere å jobbe mot felles mål og å oppnå en dypere forståelse av pasientens behov og utfordringer. Den første informantens beskrivelse av tilbakemeldingsverktøyet WAI viser at pasientene får mulighet til å evaluere relasjonen med behandleren og uttrykke sine følelser om behandlingsprosessen. Etter å ha mottatt tilbakemeldinger, legger behandleren vekt på å være åpen og ydmyk, og oppfordrer til en samtale om pasientens erfaringer og behov. Den andre informantens beskrivelse av de ukentlige pasientstyrte møtene understreker betydningen av å gi pasientene en plattform der de kan ta opp sine bekymringer og ønsker for endring. Disse møtene gir pasientene en stemme og mulighet til å påvirke behandlingen aktivt. Videre viser

det hvordan medarbeiderne tar pasientenes tilbakemeldinger på alvor ved å diskutere dem på enhetsmøter og søke etter løsninger sammen med pasientene. Samlet sett illustrerer begge informantenes uttalelser en praksis som fremmer brukermedvirkning og bidrar til å skape en mer effektiv og meningsfull behandlingsprosess.

Andre brukte tilnærminger i behandling ved institusjonene

Uten om tilbakemeldingsverktøy trekker informantene inn individuell plan, mentaliseringsbasert terapi og miljø terapi.

I mine intervjuer bemerket kun to av de elleve informantene IP som et verktøy for brukermedvirkning. Dette kan delvis skyldes at jeg ikke spesifikt nevnte IP ved navn, men heller spurte om ulike tilnærminger, metoder og verktøy generelt. Det understreker viktigheten av å være presis i spørsmålsformuleringen eller stille flere oppfølgingsspørsmål for å sikre en mer detaljert innsikt i informantenes tanker og perspektiver. Det skal nevnes at dette ikke er en representativ oppfatning, men det gir likevel en indikasjon på et mønster som kan være blant en del av brukergruppen. Det er med på å si noe om viktigheten av å gi brukerne nødvendig informasjon og involvere dem aktivt i beslutningsprosesser knyttet til deres behandlingsplaner. En informant sier:

«Det er jo denne IP-en, individuelle planen som jeg brenner litt for. Som jeg brukte mye selv når jeg var i behandling selv. Dette er en plan hvor man lar mennesket tenke selv, men vi kan stå med dem og hjelpe dem. Men det er jo en fin måte å gjøre det på for å inkludere, den inngår jo på en måte det med at det er likeverd samtidig, fordi du skal kjempe for det de skriver selv ut i fra deres ønsker» (I2)

En annen informant sier:

«(...) Så har vi da individuell plan. Som er lovbestemt og som man har krav på. Det høres veldig fint og flott ut, men det har de krav på å bli spurt om de ønsker når de kommer inn. Veldig mange vet gjerne ikke hva det er, så må man fortelle dem hva det er da» (I3)

Som nevnt tidligere i mitt kunnskapsgrunnlag avdekket en studie at kun 3 av 13 brukere rapporterer at de har en individuell plan, men ingen av dem vet hva som faktisk står i den (Hansen, 2021, s. 116: 12). I tillegg var de heller ikke kjent med begrepet «individuell plan», og hadde heller ikke kunnskap om innholdet i en slik plan. Tjenesteyterne forklarer den lave

forekomsten av individuelle planer med at «brukerne ikke ønsker noen plan». Imidlertid indikerer tilbakemeldingene fra brukerne at de i liten grad var klar over hva de egentlig sa nei til (Hansen, 2021, s. 117: 12). Mitt eksempel fra informant 3 indikerer også at det kan være manglende bevissthet blant pasienter når det gjelder individuelle planer, til tross for at det er lovfestet og at de har rett til det. Hvis en derimot sammenligner det tidligere studiet og eksempelet til informant 3 med sitatet fra informant 2, indikerer det å være et verktøy til fordel for pasienten hvis det blir tilrettelagt for det. IP gir en ramme som ikke bare tillater pasienter å være aktive deltakere i sin egen behandling, men også oppmuntrer dem til å ta ansvar for sin egen utvikling. Mens pasienten oppfordres til å ta styring i å formulere sine egne mål og ønsker, er det også en erkjennelse av behovet for veiledning og assistanse fra fagpersoner. Dette indikerer at IP ikke er bare en isolert øvelse, men heller et samarbeid mellom pasient og hjelper.

Tre av de elleve informantene refererte til mentaliseringsbasert terapi, som er en anbefaling fra Helsedirektoratet på linje med feedbackverktøy, miljøterapi og brukerstyrt seng, som et behandlingstiltak. Selv om det ikke nødvendigvis var begrenset til bare disse informantene som benyttet seg av det, var også disse de eneste som nevnte det spesifikt. Jeg inkluderer likevel disse eksemplene, til tross for lite og spesifikk informasjon, for å gi et mer helhetlig bilde av alle mine funn når det gjelder tilnærmingene som ble nevnt for å sikre brukermedvirkning. En informant sier:

«Nå har vi innført en behandlingsfilosofi som heter mentaliseringsbasert terapi. Både individuell terapi med psykologene, i gruppeterapien og i miljøet. Det er mye som tilhører den retningen der, men det å ikke sitte på noen sannheter og være ganske undrende i stilen» (I8). Dette antyder en forståelse av MBT som en tilnærming som legger vekt på å være åpen, nysgjerrig og ikke-dømmende i terapien.

Deretter sier to andre informanter:

«Vi jobber jo ut i fra MBT. Som handler mer om refleksjoner rundt her og nå-situasjonen enn nødvendigvis brukermedvirkning» (I6)

«Jeg tror nok det meste kan knyttes til litt sånn brukermedvirkning fordi den metodikken vi har skal jo fremme egen refleksjon. Det er å øke mentaliseringsevne. Vi kan ikke putte noen her å si at her skal du nok bli rusfri, det jo må skje noe indre» (I4).

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) fokuserer ikke primært på brukermedvirkning i tradisjonell forstand, men det involverer ofte pasientens evne til å reflektere over sine egne tanker, følelser og handlinger (Skårderud & Sommerfeldt, 2008, s. 19) . Dermed kan man si at MBT legger til rette for en form for brukermedvirkning på et indre plan, der pasienten er aktivt involvert i å utforske og forstå seg selv og sine relasjoner på en dypere måte. Det handler mer om å oppmuntre til egen refleksjon og mentalisering enn direkte deltakelse i beslutninger om behandling eller terapeutiske metoder.

Utenom var det to av elleve informanter miljøterapeuter, en av dem nevner miljøterapi som deres viktigste verktøy for brukermedvirkning. Informanten sier:

«For i miljøterapien skal jo pasientens vekst være i fokus. Jeg skal ikke handle på tilfeldigheter og magesfølelsen. Vi skal være strukturert og det skal være planlagt, og vi skal ha et mål om at de skal vokse. Det heter det jo at de skal vokse fysisk, psykisk, og sosialt. Det tror jeg er vårt viktigste verktøy».

Informanten legger vekt på en systematisk tilnærming til behandlingen, der det legges vekt på å fremme pasientens utvikling på flere områder. Samtidig forteller hen at tilfeldigheter og magesfølelse ikke skal være avgjørende for beslutningstakingen, men heller en metodisk tilnærming basert på klare mål og strukturerte tiltak.

Konflikthåndtering og oppfølging

I intervjuet spurte jeg om det lå noen institusjonelle krav for brukermedvirkning. Alle informantene fortalte at når en pasient kommer inn til behandling ligger det klar en bestilling. Pasienten blir henvist inn i spesialisthelsetjenesten som kommer fra en annen sykehusinstans eller avrusningsenhet hvor psykologer har gjort en henvisning. Det kan være et ønske om å jobbe med et bestemt problem, et mål de ønsker å oppnå, eller en forventning til behandlingen. Alle forteller også at de hovedsakelige føringene de får fra sin oppdragsgiver er at alle beslutninger om behandling, tiltak og målsettinger skal gjøres sammen med pasienten. Det skal være fokus på brukermedvirkning. Som jeg har nevnt i de andre delene av empirien tilrettelegger de ansatte for brukermedvirkning ved å oppmuntre til åpen kommunikasjon, lytte til pasientenes perspektiver og behov, og ved å gi dem muligheten til å delta aktivt i behandlingen. Dette inkluderer bruk av feedbackverktøy, pasientstyrte møter og mentaliseringsbasert terapi, samt å skape en atmosfære av respekt, likeverdighet og

samarbeid. Med dette ønsket jeg å se nærmere på hvordan de ansatte løser uenigheter i behandlingsforløpet mellom pasient og hjelper. Til slutt vil jeg si noe om de pårørende sin betydningen i behandlingen.

Hvordan løses uenigheter rundt behandling?

Flere av informantene forteller at det kommer veldig an på situasjonen, men at det alltid er en individuell vurdering. Alle eksemplene hvor personalet må overstyre pasienten er av medisinske grunner, med tanke på forsvarlighet i forhold til pasienten. Det ble også lagt stor vekt på fellesskapet i behandlingen.

En av informantene sier:

«Hvis det er uenigheter rundt utskrivelse og sånt, hvis det er vurderinger vi har tatt, psykologen eller lege, om at denne pasienten ikke lenger nyttiggjør seg av å være her, men pasienten mener det, så vil lege eller psykolog vurdere trumfe det. Det vil det altså» (I6)

En annen sier:

«La oss si at det har blitt bestemt at en pasient må skrives ut av behandlingen, mer av litt sånn medisinske hensyn, fordi vi har sånn metadon som vi leverer ut, og så har de masse rusinntak på siden som de ikke forteller oss om(...) så kommer sykepleierne og legen i litt sånn klinisk(...) fordi da er det risiko med å dele ut medisiner, og da bestemmer de og tar avgjørelsene. Da føler jeg liksom at(...) det kan hende pasienten nettopp har begynt på skolen og at går ganske bra på andre områder, så bestemmes det. Vertfall det føles litt som at det tar en avgjørelse som hverken jeg eller pasienten har noe å si på fordi det er av medisinsk vurdering»

Eksempelet belyser utfordringene og kompleksiteten knyttet til beslutningsprosesser i helsetjenesten, når det gjelder utskrivelse av pasienter basert på medisinske vurderinger. Det indikerer at beslutningen om å skrive ut en pasient fra behandlingen er fundamentert i medisinske hensyn, spesielt knyttet til pasientens rusinntak og administrering av medisiner som metadon. Samtidig fremhever sitatet begrensningene i pasientens involvering i beslutningsprosessen. Pasienten synes å ha begrenset innflytelse eller mulighet til å delta aktivt i beslutningen om egen utskrivelse i en slik situasjon. I stedet tas avgjørelsen hovedsakelig av sykepleiere og leger basert på medisinske vurderinger, noe som kan føre til

en opplevelse av manglende autonomi og kontroll for både pasienten og hjelperen. Hvis uenigheter i behandling ikke er av medisinske årsaker løses det på andre måter. En informant sier:

«Hvis vedkommende ikke vil gå i gruppeterapi som er en del av vårt program, så forsøker jeg å gi tid, forsøker å snakke med dem om hva som gjør det vanskelig, men så vil vi jo kanskje til syvende og sist legge litt press på at det skal gjennomføres. Så det betyr jo at vi legger litt press eller kan være litt styrende i en sånn situasjon» (I9) .

En av de tre viktigste aspektene ved profesjonell kommunikasjon er ansvarlighet (Håkonsen , 2018, s. 225: 25). Å vektlegge betydningen av ansvarlig kommunikasjon, inkluderer å ta hensyn til individets integritet, autonomi og verdighet. Det innebærer å omsette kunnskap og kompetanse til forsvarlig handling når det er nødvendig, som betyr å anerkjenne andres opplevelser samtidig som man leder samtalen framover for å oppnå en forståelse og utvikling (Håkonsen , 2018, s. 225: 25). I lys av dette prinsippet kan vi analysere situasjonen der behandlingspersonalet vurderer å legge press på pasienten for å delta i gruppebehandling. Dette eksemplet antyder at hvis en person ikke ønsker å delta i gruppebehandling, som er en del av behandlingsprogrammet, vil behandlingspersonalet først prøve å forstå hvorfor vedkommende motstår deltakelse. Informanten forteller at de vil tilbringe tid og samtale med personen for å finne ut hva som gjør det vanskelig for dem å delta, her anerkjenner de det pasienten opplever. Imidlertid, hvis personen fortsatt ikke er villig til å delta, indikerer sitatet at det kan være tilfeller der behandlingspersonalet føler behovet for å legge press eller være litt mer styrende for å sikre at personen gjennomfører behandlingen. Å presse pasienten til å delta i behandlingen uten å tilstrekkelig adressere deres bekymringer eller motstand, kan representere en potensiell krenkelse av deres autonomi og integritet. Imidlertid viser informanten i dette eksempelet en interesse for å forstå pasientens reserverasjoner gjennom en konstruktiv dialog, i stedet for å utøve uforholdsmessig press for deltakelse. Denne tilnærmingen reflekterer en respektfull respons på pasientens autonomi og verdighet, og understreker viktigheten av å lytte til pasientens bekymringer som en del av den terapeutiske prosessen.

En annen informant sier:

«Du får ikke behandle en som ikke vil bli behandla. Du kan jo ha typisk sånne mål som sinnemestring, rusfrihet, fysisk trening, måltider. Hvis du sier rett ut jeg er ikke

interessert i å legge meg da og da, jeg er ikke interessert i å ta noen medisiner, da er det jo ikke noe vits å ha det som mål. Så da får man bare fjerne det så lenge, så ta det opp igjen eller motivere for at vi må det til. Vi fortsetter å prøve, men da blir det ikke sånn husk det er målet ditt, når det ikke er det» (I4).

«Gjennom samtaler. Vi snakker med dem. Og til syvende og sist er det jo de som bestemmer da» (I2)

Det to overnevnte sitatene illustrerer igjen dette med eierskap til egen behandling som avgjørende, som også er diskutert tidligere. Pasientens beslutningsmyndighet er sentral. Pasientens vilje og motivasjon til å delta i behandlingen fremkommer stadig som essensiell for behandlingens suksess. Når pasienten føler seg inkludert i behandlingsplanen og har valgt mål som er relevante og meningsfulle for dem, er de mer tilbøyelige til å engasjere seg fullt ut. Her er et eksempel:

«Et tiltak som er ganske populært er at det for eksempel ikke er utgang uten følge, så da må personalet være med deg til butikken eller noe sånt, fordi vi bor rett med t-banen. Noen kjenner selv at hvis de bare skal på butikken plutselig så ser de t-banen å før de vet orde av det har de hoppet på t-banen og er i sentrum og ruser seg. Da blir man enig om at vi kan følge dem til butikken. Og noen vil gjerne ikke det. Men så ser de gjerne etter å hoppa på t-banen nok ganger at det kanskje kan være lurt med følge likevel» I6).

Etter gjentatte erfaringer med å hoppe på t-banen og ende opp i fristende situasjoner, velger noen pasienter å ta ansvar og foreta egne valg for å unngå rusmiddelbruk. Dette viser et eksempel på eierskap til egen behandling, der pasienten selv tar initiativ til å håndtere risikofylte situasjoner basert på personlig erfaring og innsikt. Det understreker nok engang viktigheten av å respektere pasientens autonomi og støtte deres evne til å ta ansvar for sin egen rehabiliteringsprosess.

«Det kan være vanskelig når ønsker og behov går utover våre rammer, som kan skade gruppen eller fellesskapet. For eksempel hvis en sier ja det beste for meg vil være å kunne jogge hver kveld klokken 18 som en sånn fast struktur, så passer gjerne ikke det institusjonen eller fellesskapet fordi de andre har planer klokken 18 som en fast struktur, så går gjerne ikke det av flere grunner. Det er vurderingene vi står i hele

veien, individuelle opp mot felleskapet da. Hvor mye kan vi tilrettelegge for en person uten at felleskapet blir litt sånn(...) utydelig og uro» (I7).

En annen informant bekrefter det samme:

«Vi har jo et felleskap å ta hensyn til, selv om vi tar individuelle hensyn. Det er en balanse vi prøver å søke, ja vi tar individuelle hensyn og derved få medbestemme, men vi har også et fellesskap, vi har også en fellesarena her. Og det tror jeg er en fin læringsarena for dem at de ikke er alene»

Informant illustrerer betydningen av å finne en balanse mellom individuelle behov og hensyn til fellesskapet i behandlingsmiljøet. En viktig del av medborgerperspektivet innebærer å være en aktiv og ansvarlig deltaker i samfunnet, bidra til fellesskapets beste og respektere andre medborgere og deres rettigheter (Nesse, 2023, s. 17). Det peker på utfordringene ved å tilrettelegge for individuelle ønsker og behov som kan kollidere med institusjonens eller fellesskapets rutiner og strukturer. Det reflekterer også viktigheten av å opprettholde et fungerende fellesskap og en fellesarena for alle pasientene. Selv om det er nødvendig å ta hensyn til individuelle behov, må dette gjøres innenfor rammene av fellesskapets behov og funksjon.

Hvordan følges pasientene opp etter behandling?

Det var varierende svar fra informantene hvordan de følger opp pasientene etter behandling. Noen svarte kort at det ikke er innenfor deres rammeverk å følge opp, men at de kobler dem på andre hjelpeapparat som de kan benytte seg av ute i verden. Mens andre fortalte at dette var noe de var svært opptatt av å mens de var i behandlingen, og forberedte dem tidlig for livet etter behandling før oppholdet tar slutt. Det virket også som det var enklere for de institusjonene som tilbudte poliklinisk behandling på huset å følge opp pasientene, da pasientene kunne komme innom noen ganger i uka å være en del av miljøet. Tre av fire intuisjoner fortalte at de har tilbud om brukerstyrt seng og at dette så ut til å være et godt tilbud for pasientene. Forskning på brukerstyrt seng er begrenset, men brukerstyrte plasser anses som hensiktsmessige da de fremmer brukermedvirkning skriver Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2017, s. : 13).

Noen informanter sier:

«Etter behandling er jo etter behandling. Man har jo noen mål i forkant vi prøver å jobbe godt mot sånn at det blir en god overgang da» (I6)

«Det gjør vi egentlig ikke så mye av. Du kan ringe og spørre om ting, men mye avvises. Da sier vi at du må snakke med ruskonsulent, da må du snakke med poliklinisk behandler. De tingene vi har prøvd å få til på utsiden da» (I7)

Noen andre informant sier:

«Vi har ambulant følging, vi har poliklinisk oppfølging, der vi har samtaler jevnlig. De får tilbud om erfaringskonsulenter og behandlere etterpå. Vi prøver også å få dem med på ettervernstilbudene våre som er turneringer eller fotball rundt forbi, eller andre tilbud. Brukerstyrt seng også, som er et sikkerhetsnett det og. Før sprekken som det heter i følge loven. De kan jo ikke ringe en time før, men da har vi en seng på huset. Det blir brukt mer og mer, og jeg synes det er kjempe bra at folk benytter seg av det» (I3)

«I all hovedsak planlegges utskrivelsen med tanke på at de skal være ferdig behandla i spesialisthelsetjenesten og over i kommune, eller eventuelt følges opp i poliklinisk. Så jobbes det i forkant om at de skal være forankra og ha etablert bolig, oppfølging og ha den hjelpen. Men vi tilbyr brukerstyrte innleggelse i forkant, som er en sånn overgang da. For vi vet at overgangen fra døgnbehandling til å bare skulle dra hjem og overlates til seg selv er ganske stor» (I10)

«Vi kobler jo på kommunen spesielt i slutten av behandlingen, så de kan ta med seg videre det vi har gjort i behandlingen. Så får de tilbud om brukerstyrt seng som de kan koble seg på inntil seks måneder inntil to uker om gangen. Så har vi tre dager på å snu oss rundt for å motvirke at de går på en smell, så de må ta ansvar og merke selv da» (I5)

Det tilbys ulike former for oppfølging og støtte til pasienter etter avsluttet døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten. Dette inkluderer ambulant oppfølging, poliklinisk oppfølging med jevnlig samtaler, tilgang til erfaringskonsulenter og behandlere, samt deltakelse i etterverns tilbud som turneringer eller andre aktiviteter. Videre nevnes brukerstyrte senger som et sikkerhetsnett for pasienter som trenger ekstra støtte i overgangen fra døgnbehandling til hjem. Informantene vektlegger betydningen av god planlegging i forkant av utskrivelsen fra

institusjonell behandling. Å sikre at pasientene har etablert bolig, oppfølging og nødvendig hjelp før de skrives ut er noe flere av informantene tilrettelegger for. Planleggingen tar hensyn til pasientens individuelle behov og situasjon, og målet er å sikre en sømløs overgang fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tjenester eller poliklinisk oppfølging.

En informant understreker viktigheten av fokus på livet etter institusjonen:

«Så fokuserer vi mye på dette med ettervern også, for her er du bare noen par måneder i ditt liv. Noen sier ti prosent av jobben er her, en til fem prosenten vil jeg si, jeg kan strekke meg til fem. Det er utenfor jobben begynner. Her er det trygge rammer og ja(...) der ute er det fristelser, flere tanker. Du kan finne fort tilbake til gamle mønstre, jeg snakker ut i fra meg selv igjen» (I3)

En annen informant bekrefter også betydningen av ettervern:

«Ettervern er kjempe viktig. Jeg er jo tidligere rusavhengig selv, så jeg vet jo litt hva det går i. Men det er jo klart man trenger ikke å være rakettforsker for å skjønne at ettervern er viktig. Hvis du klarer å finne noe som gir deg mening i livet så har du komt ganske langt. At du har noe å gå til, et fellesskap da» (I2).

Samlet sett avhenger oppfølgingsprosessen etter hvilke avtaler institusjonene har fra sin oppdragsgiver. Flere av informantene spesifiserer at det er viktig å tilrettelegge for god planlegging og kommunikasjon med kommunen i forkant. Dette fokuset er ikke bare viktig for å sikre en smidig overgang fra behandlingsinstitusjonen til kommunen, men også for å legge grunnlaget for et effektivt ettervern. Noen som også er med på å bekrefte tidligere nevnte funn i studier om overgangen fra rusbehandling til hverdagen etterpå (Johannessen, Nordfjærn, & Geirdal, 2020, s. :8). Denne tilnærmingen understreker viktigheten av et helhetlig perspektiv på behandling og rehabilitering, der samarbeidet mellom behandlingsinstitusjoner og kommunale tjenester spiller en sentral rolle.

De pårørende sin rolle

Som forskning viser betraktes de pårørendes medvirkning som positiv for mange pasienter (Bøckmann & Kjellevoid, 2021, s. 20: 21). Samtidig indikerer forskning også at flere opplever vanskeligheter med å etablere funksjonelle relasjoner med familien. Det er identifisert en klar sammenheng mellom disse dysfunksjonelle familiære relasjonene og bruken av rusmidler (Schäfer, 2011, s. 7). De fleste av deltakerne i studien rapporterte om

opplevelser av misbruk i barndommen. De forklarte at foreldrenes alkohol- og narkotikamisbruk, sammen med fattigdom og voldelige forhold, direkte bidro til mishandlingen de ble utsatt for (Schäfer, 2011, s. 9). Dette ønsket jeg å rapportere videre på ved å diskutere hvilken rolle de pårørende hadde i behandlingen og hvordan de ansatte eventuelt tilrettelegger for dette.

Informantene gir et innblikk i den varierte rollen som pårørende har i behandlingsprosessen. De understreker at de generelt betrakter pårørende som en verdifull ressurs og søker å opprettholde en åpen dialog med dem. Likevel er det viktig å respektere pasientenes autonomi og de grensene de setter gjennom samtykkeprosessen. Det nevnes at de fleste pasientene ikke ønsker å inkludere de pårørende i behandlingen. Det legges vekt på betydningen av å motivere pasientene til å inkludere sine pårørende i behandlingen. Dette begrunnes med en erkjennelse av hvor avgjørende den støtten og involveringen fra pårørende kan være for pasientens rehabiliteringsprosess. Til tross for at det er pasienten som bestemmer om og i hvilken grad de ønsker å involvere sine pårørende, søker de ansatte aktivt å oppmuntre til denne inkluderingen. En informant sier:

«Så lenge pasienten er over 18 år, så er det han som bestemmer dette her. Jeg brenner jo litt for dette. For en ting er jo oss rusavhengige, men for familien utenfor, så synes jeg vi som er rusavhengige er litt bortskjemte og kan få mye hjelp, det burde vært mye mer fokus på de pårørende. Selv om det er fokus, så kan pasienten stoppe det. Vi har jevnlig pårørende kvelder her, vi tilbyr samtaler. Men alt ligger på pasienten, det er den som bestemmer at det skal ordnes opp for» (I3)

Noen andre informanter sier:

«Det er veldig ulikt. Jeg tenker at vi jobber nå med at alle pårørende skal få basis informasjon da. Vi spør jo alltid pasienten når de kommer om de samtykker til at vi kan ta kontakt med pårørende. Så er det jo da å gi informasjon om behandlingsstedet, hvordan vi jobber, hvordan det er her, og vi kan gi informasjon om pårørendes rettigheter. Så er det noen pasienter som har ønsker om at vi skal involvere pårørende i behandlingen, men det er ikke fult så ofte». (I4)

«Nå er jo pasientene som er hos oss over 18 år. Så for å kontakte pårørende eller snakke med dem hvis de tar kontakt med oss, så må vi ha fått samtykke fra pasientene.

Dessverre er det mange som ikke ønsker at vi skal ha noe kontakt med de pårørende»
(I6)

Dette skyldtes ulike faktorer, inkludert individuelle preferanser og dynamikken i pasientens familieforhold. En informant sier:

«De hender jo at vi har pårørende som er veldig perifer som har medvirkende årsak til at de er i behandling, så det er varierende hvor stor støtte, styrke og kjærlighet de har fra sin base. Men vi prøver å ta de med mest mulig for alle parter tjener på det uansett tilknytning med i bildet» (I9)

Noen andre informanter sier:

«Det er veldig variert hvor involvert de er. Noen av dem, mange vil jeg kanskje si, sliter med noe selv. At de gjerne også sliter med rus eller psykisk helse» (I4)

«Så tenker jeg også at det hender at de pårørende kan være en indirekte del av behandlingen, man jobber jo mye med relasjoner. Mange av pasienten våres har jo brutte eller trøblete relasjoner. Så det jobbes det mye med» (I7)

Noen ganger spiller pårørende en perifer rolle og har begrenset støtte til pasienten, mens andre ganger er de mer direkte involvert og kan til og med være en del av årsaken til at pasienten er i behandling. Det legges også vekt på at behandlingen ofte innebærer å jobbe med relasjoner, spesielt hvis pasienten har brutte eller vanskelige forhold til sine pårørende. Samtidig ser de ansatte på det som en styrke å inkludere dem:

«I noen caser kan det jo være mer nyttig enn andre vill jeg tro. Men i utgangspunktet er det nyttig å dra de inn i samarbeidet. Noen har ikke pårørende, eller noen har ikke pårørende som ønsker å være delaktige, noen har pårørende som tar alt for mye ansvar. Det jeg kjenner selv også da, hvis jeg sier på morgenmøte at nå har jeg bestemt meg for å begynne å trene, så er det jo noe med det da at det blir litt mer forpliktende» (I2)

«Vi ser jo pårørende som en ressurs. Det er klart at den åpenheten som ligger i å ha mor, far, ektefelle med på laget har en mye mer(...) at samboer får vite noe om når, hva som er symptomer på stress, eller hva det er som gjør at pasienten ruser seg, når på skal en være med å se etter faresignaler» (I11)

Disse sitatene antyder at å involvere pårørende i behandlingen kan gi pasienten en følelse av ansvar og kontroll over sitt eget liv. Åpenhet ser ut til å gi gode resultater. Ved å dele informasjon og involvere nære personer som foreldre, ektefeller eller samboere, kan pasienten oppleve å ha et støttende nettverk som bidrar til å identifisere faresignaler og gi støtte i vanskelige situasjoner. Dette kan bidra til å øke pasientens følelse av kontroll og mestring i behandlingsprosessen. Tidligere forskning påpeker også at pasienter og pårørende som deltar aktivt i helsehjelpen, så representere medvirkning en opplevelse av å ta kontroll over eget liv, motta hjelp på egne premisser, bevare verdighet og styrke selvfølelsen (Bøckmann & Kjelleld, 2021, s. 20: 21).

Alle institusjonene forteller at de tilbyr pårørende samtaler, og her kan de gi grunnleggende informasjon om hva de tilbyr og hvordan de tilrettelegger for behandling. Det tilbys også jevnlig pårørende kvelder ved to av de fire institusjonene, hvis pasientene ønsker det. En av institusjonene fortalte også at de inviterer inn til pårørende og nettverksseminarer i samarbeid med pasientene. Her snakker de informativt om hva avhengighet betyr og hvordan det er å ha en rusmiddellidelse: *«Det er ofte et veldig stor språk på hva de pårørende forstår hva en ruslideles er, og hva det er for pasienten eller individet som har det»* (I2). En av institusjonene fortalte at de har en pårørendeansvarlig, hvor den ansatte sin oppgave er å sørge for at de pårørende får den informasjonen de har rett på, andre oppgaver var også forsøke å motivere pasientene til å samtykke til å inkludere de pårørende.

Det kommer stadig frem i rapporten at det er viktig å ha eierskap til sin egen behandling, derfor kan det diskuteres hvor god brukermedvirkning det er å motivere pasientene til å inkludere de pårørende i behandlingen. Går man det over i en ekspertrolle eller en guidende rolle? Dette oppfatter jeg som en balanse som kan være vanskelig å finne. En effektiv brukermedvirkning innebærer å respektere pasientens autonomi og rett til å ta beslutninger om egen behandling. Det er viktig å understreke at ingen blir tvunget til å inkludere sine pårørende eller bryter samtykket ved institusjonene. Likevel kan det være fristende å motivere for det man selv ser som positivt, noe som kan sammenlignes med Skau's tanke om å utvide vårt eget perspektiv, den projiserte utvidelsen av oss selv. En motiverer for det en selv opplever som positivt. Skjeldal fremhever behovet for å opprettholde en kritisk tilnærming til ulike former for brukermedvirkning, spesielt de som hevdes å tjene pasientens beste. Dermed er det viktig å aktivt lytte til pasientens ønsker og behov, for å forstå deres livssituasjon. Det er imidlertid viktig å forsøke å forstå årsakene bak pasientens motvilje mot å involvere sine pårørende. Kanskje har de opplevd trøblete relasjoner eller ønsker å beskytte sine pårørende

fra belastningen av deres situasjon. Uansett hva årsaken er, er det essensielt å respektere pasientens ønsker og jobbe sammen med dem for å finne alternative måter å støtte dem på i behandlingen.

Konklusjoner

Samlet sett viser funnene kompleksiteten i forståelsen av brukermedvirkning og behovet for å finne en balanse mellom pasientautonomi og profesjonell veiledning. Eierskap i egen behandling og myndiggjøring gjennom en Recovery-orientert tilnærming fremheves som det viktigste for å fremme pasientenes engasjement og fremgang i behandlingen (Karlsson & Borg, 2023, s. 29). Informantene fremhever betydningen av samarbeid mellom pasienter og hjelpere, der begge parter betraktes som likeverdige partnere i behandlingen. Det legges vekt på gjensidig tillit, respekt og anerkjennelse av hverandres ressurser og utfordringer. Det er en viss variasjon blant informantene når det gjelder oppfatningen av fullstendig likeverdighet i behandlingsforløpet. Mens noen understreker behovet for en ledende rolle fra hjelperen og advarer mot overdreven likeverdighet, insisterer flertallet av informantene på at pasientens stemme bør ha størst vekt, selv om den blir veiledet av den ansatte. Informantene understreker viktigheten av å ha en positiv tro på muligheten for endring hos pasientene, i og med at hjelperens optimistiske holdning til pasienten kan motivere dem til å ta aktiv del i behandlingen og investere i sin egen utvikling, og på denne måten kan pasientene bli myndiggjort. Flere informanter understreker at likeverdighet ikke bare handler om praktiske tilnærminger i spesifikke situasjoner, men heller reflekterer en grunnleggende oppfatning om at alle mennesker er like verdifulle og fortjener respekt uavhengig av omstendigheter eller roller. De fleste informantene mener at dette er en holdning som ligger til grunn i menneskesynet, der samarbeid og gjensidighet er sentrale elementer. Likeverdigheten forstås som en nøkkel til å oppnå gode resultater i behandlingsprosessen. De fleste informantene anerkjenner den iboende ulikheten mellom pasient og helper, som Skau (2018, s. 38) også beskriver, og viktigheten av å være oppmerksom på maktforholdene i behandlingskonteksten. Dette inkluderer anerkjennelse av hjelperens rolle i samspill med pasienten, hvor pasientens stemme og verdighet respekteres.

Studien understreker flere viktige funn når det gjelder å fremme brukermedvirkning og et godt samarbeid mellom pasient og helper i behandlingskonteksten. Et godt samarbeid

beskrives som essensielt for å oppnå brukermedvirkning. En gjennomgående observasjon er betydningen av å etablere en god relasjon mellom hjelper og pasient. Informantene understreker at en trygg og tillitsfull relasjon er grunnleggende for et vellykket samarbeid. Dette inkluderer å møte pasienten med likeverd, forståelse, nysgjerrighet og respekt, samt være åpen for andres perspektiver og være villig til å justere egne meninger og holdninger. Videre trekker informantene frem ulike personlige egenskaper som er nødvendige for et godt samarbeid, inkludert tålmodighet, åpenhet, ærlighet og evnen til å lytte aktivt. De fremhever også viktigheten av å være følsom for det ikke-verbale i kommunikasjonen, som ansiktsuttrykk, kroppsspråk og stemmeleie. Bruk av tilbakemeldingsverktøy, som WAI (Working Alliance Inventory), blir nevnt som et viktig verktøy for å evaluere og forbedre relasjonen mellom pasient og behandler. Disse tilbakemeldingsverktøyene gir pasientene mulighet til å uttrykke sine følelser og behov knyttet til behandlingsprosessen, og legger til rette for en åpen dialog mellom pasient og behandler. Individuell plan (IP) blir også fremhevet som et viktig verktøy for brukermedvirkning, selv om bevisstheten blant pasienter om denne planen kan være begrenset. Andre tilnærminger som nevnes inkluderer mentaliseringsbasert terapi (MBT) og miljøterapi.

Når det gjelder uenigheter om behandling, viser informantenes erfaringer at beslutningsprosesser ofte er komplekse og individuelt tilpassede. Det er en tydelig vektlegging av medisinske hensyn når det kommer til å overstyre pasientens ønsker, spesielt når det gjelder utskrivelse fra behandling. Dette reflekterer en balanse mellom behovet for pasientens autonomi og behovet for å ivareta pasientens sikkerhet og velvære. Situasjonen belyser også begrensningene i pasientens involvering i beslutningsprosessen, med sykepleiere og leger som tar avgjørelser basert på medisinske vurderinger. Når uenigheter ikke skyldes medisinske årsaker, prøver behandlingspersonalet å forstå pasientens motstand gjennom dialog og samtale. Imidlertid kan det oppstå situasjoner der personalet føler behovet for å legge press på pasienten for å sikre deltakelse i behandlingen. Videre viser funnene at pasientens vilje og motivasjon til å delta i behandlingen er avgjørende for behandlingens suksess. Pasientens eierskap til egen behandling og evne til å ta ansvar for sine handlinger er sentrale temaer i oppfølgingen etter behandling. Dette inkluderer tilbud om ulike former for oppfølging og støtte, som ambulant oppfølging, poliklinisk oppfølging, deltakelse i etterverns tilbud og brukerstyrte senger. Planleggingen av utskrivelsen fokuserer på å sikre en sømløs overgang til kommunale tjenester eller poliklinisk oppfølging, med vekt på å etablere bolig, oppfølging og nødvendig hjelp for pasienten. Informantene understreker betydningen av et

helhetlig perspektiv på behandling og rehabilitering, der samarbeidet mellom behandlingsinstitusjoner og kommunale tjenester spiller en sentral rolle. Dette fokuset bidrar til å legge grunnlaget for effektiv oppfølging og støtte til pasientene etter behandling, med sikte på å fremme deres langsiktige rehabilitering og velvære.

Til slutt, understreker informantene verdien av å betrakte pårørende som en ressurs, samtidig som de respekterer pasientenes autonomi og deres rett til å sette grenser for inkludering av pårørende i behandlingen. Det fremkommer tydelig at de fleste pasientene ikke ønsker å inkludere sine pårørende i behandlingen, noe som kan skyldes ulike faktorer, inkludert individuelle preferanser og familiedynamikk. På tross av pasientens beslutning om å involvere pårørende eller ikke, søker behandlingspersonalet aktivt å motivere pasientene til å inkludere sine nærmeste. Dette begrunnes med erkjennelsen av hvor avgjørende den støtten og involveringen fra pårørende kan være for pasientens rehabiliteringsprosess. Det legges også vekt på at behandlingen ofte innebærer å jobbe med relasjoner, spesielt hvis pasienten har utfordrende eller brutte forhold til sine pårørende. Det er betydelig variasjon i graden av involvering av pårørende, fra perifere roller til mer direkte involvering, avhengig av pasientens individuelle situasjon og behov. Å inkludere pårørende i behandlingen kan bidra til å styrke pasientens følelse av ansvar og kontroll over eget liv, samt gi et støttende nettverk som kan identifisere faresignaler og gi støtte i vanskelige situasjoner. Institusjonene tilbyr forskjellige former for støtte og informasjon til pårørende, inkludert samtaler, pårørendekvelder og nettverksseminarer. På tross av dette utfordres behovet for å balansere motivasjonen for å inkludere pårørende med respekten for pasientens autonomi. Det er viktig å opprettholde en kritisk tilnærming til ulike former for brukermedvirkning og å respektere pasientens ønsker og behov. Samlet sett understreker studien behovet for en individuell tilnærming til inkludering av pårørende i behandlingen av rusavhengighet, samtidig som man aktivt søker å forstå pasientens perspektiv og respekterer deres autonomi og grenser. Dette kan bidra til å styrke effektiviteten og relevansen av behandlingen og støtten som tilbys, samtidig som det ivaretar pasientens rettigheter og verdighet.

Jeg vurderer at det nåværende utvalget jeg har undersøkt belyser problemstillingen min, men jeg ville gjerne ha intervjuet flere erfaringskonsulenter. Dette skyldes at erfaringskonsulenter, som selv har brukt hjelpeapparatet for sine rusmiddellidelser, kan tilby unike perspektiver. Å ha personlig erfaring gir en grunnleggende forståelse og empati for andres livssituasjoner og utfordringer som ikke kan læres gjennom teoretisk kunnskap alene. Derfor kan

erfaringskonsulenter muligens vurdere betydningen og relevansen av fagkunnskap på en noe annerledes måte, noe som er interessant.

For det første er det behov for å utforske nærmere hvordan pasientautonomi og profesjonell veiledning kan balanseres på en måte som fremmer genuin brukermedvirkning. Dette innebærer å se nærmere på de ulike tilnærmingene til likeverdighet i behandlingsforløpet og hvordan disse påvirker samarbeidet mellom pasient og hjelper. Det er også viktig å undersøke hvordan ulike personlige egenskaper og kommunikasjonsferdigheter hos hjelperen kan påvirke kvaliteten på samarbeidet og pasientens opplevelse av autonomi og deltakelse. Videre er det et behov for å utforske hvordan tilbakemeldingsverktøy som WAI og individuell plan (IP) kan implementeres og optimaliseres for å fremme brukermedvirkning i behandlingen av rusavhengighet. Dette inkluderer å undersøke pasientenes opplevelse av disse verktøyene, samt hvordan de kan bidra til å styrke relasjonen mellom pasient og behandler og øke pasientens engasjement i behandlingen. Det er også viktig å se nærmere på utfordringene knyttet til uenigheter om behandling og beslutningsprosesser, spesielt når det gjelder å balansere pasientens ønsker med medisinske hensyn og behovet for å ivareta pasientens sikkerhet og velvære. Dette kan innebære å utforske ulike tilnærminger til konflikthåndtering og hvordan disse kan bidra til å fremme et samarbeidsorientert behandlingsmiljø. Til slutt er det behov for å undersøke nærmere hvordan pårørende kan inkluderes i behandlingen av rusavhengighet på en måte som respekterer pasientens autonomi og individuelle behov. Dette innebærer å se på hvordan ulike former for pårørendestøtte kan tilpasses den enkelte pasients situasjon og behov, samt hvordan pårørende kan bidra til å styrke pasientens rehabiliteringsprosess uten å undergrave deres rettigheter og verdighet. Ved å adressere disse kunnskapshullene kan vi bidra til å forbedre kvaliteten på behandlingen og støtten som tilbys til personer med rusavhengighet, samtidig som vi ivaretar deres rettigheter og verdighet.

Litteraturliste

- Anderson, H., & Gehart, D. (2006). *Collaborative Therapy - Relationships and conversations that make a difference* . SD BOOKS .
- Arseth, A. L. (2019, april 12). *Hva hindrer unge voksne i å møte til rusbehandling?* Hentet fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-76440.pdf>
- Aas, E., Dahl, T., & Levaas, E. K. (2015, juni 15). *Brukerstyring: Utopi eller praktisk mulig?* Hentet fra Rus&Samfunn: <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1501-5580-2015-03-09>
- Bøckmann, K., & Kjellevoid, A. (2021). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten - en klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget .
- Bøe, S. (2018). *Iscenesettelser av sosialarbeiderrollen* . Oslo: Cappelen Damm AS .
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis*. SD Books.
- Dalland , O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* . Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Enehaug Morken, K. T. (2018, oktober 12). *Mentalization-based treatment of female patients with severe personality disorder and substance use disorder*. Hentet fra Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.): https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/1956/18654/Dr.thesis_2018_Katharina%20Teresa%20Enehaug%20Morken.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Erfaringskompetanse . (2020, september 9). *Erfaringskomptanse.no - Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse*. Hentet fra Brukermedvirkning : https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2020/09/Brukermedvirkning_Tommy-Lunde-Sjafjell.pdf
- Falkum, E. (2018, september 4). Den terapeutiske alliansen. *Den terapeutiske alliansen*, s. 6.

FO. (2023, august 21). *Fontene*. Hentet fra Brukermedvirkning er en måte å konkretisere sosialt arbeid på: <https://fontene.no/fagartikler/brukermedvirkning-er-en-mate-a-konkretisere-sosialt-arbeid-pa-6.47.576353.d9ccf95aa2>

Folkehelseinstituttet . (2018, september 18). *Behandling for rusmiddelproblemer – en kortfattet historisk oversikt*. Hentet fra Narkotika i Norge: <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-rusmiddelproblemer--en-kortfattet-historisk-oversikt/?term=>

Folkehelseinstituttet . (2021). *Effekt av brukermedvirkning i psykisk helse- og rusfeltet*. Hentet fra Område for helsetjenester: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/effekt-av-brukermedvirkning-i-psykisk-helse-rapport-2021.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2018, 18 september). *FHI - Narkotika i Norge*. Hentet fra Lovgivning vedrørende tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer: <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/lovgivning-vedrorende-tjenestetilbudet-til-personer-med-rusmiddelproblemer/?term=>

Folkehelseinstituttet. (2022, juni 15). *FHI*. Hentet fra Folkehelse rapporten - Rusmiddellidelser i Norge : <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/rusmiddellidelser/?term=>

Folkehelseinstituttet. (2023, november 16). *FHI*. Hentet fra Narkotika i Norge - Behandling for problemer med illegale rusmidler i spesialisthelsetjenesten: <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-narkotikaproblemer-i-spesialisthelsetjenesten/?term=>

Forskningsetikk. (2023, oktober 31). *Forskningsetikk*. Hentet fra Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora: <https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora.pdf>

- Hansen, G. V. (2021, september 23). *Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse*. Hentet fra Kapittel 6: Trenger ROP-brukere en individuell plan?: <https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/book/140>
- Haugland, S., Berge, U., Gjermestad, A., Høium, K., & Løkke, J. A. (2022). *Kunnskapsbasert miljøterapeutisk arbeid*. Universitetsforlaget.
- Høiby, A., & Ranger, M. N. (2019, desember 4). *Kamouflert ekspertrolle - et paradoks i endringsarbeid*. Hentet fra <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.2464-3076-2019-04-03#:~:text=https%3A//doi.org/10.18261/issn.2464%2D3076%2D2019%2D04%2D03>
- Håkonsen, K. M. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helse Norge . (2021, september 23). *Rus og avhengighet* . Hentet fra Hjelp til deg med problemer : <https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/hjelp-med-rusproblemer/>
- Helsebiblioteket . (2021, september 17). *Helsebiblioteket* . Hentet fra Kunnskapsbasertpraksis: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsedirektoratet . (u.d.). Hentet fra Rett til valg av behandlingssted: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/rett-til-valg-av-behandlingssted>
- Helsedirektoratet . (2015). *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet*. Oslo: Helsedirektoratet .
- Helsedirektoratet . (2017, januar 24). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Hentet fra Terapeutiske tilnærminger i rusbehandling: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/terapeutiske-tilnaerminger-i-rusbehandling>
- Helsedirektoratet . (2017, Januar 24). *Brukermedvirkning i rusbehandling* . Hentet fra Brukermedvirkning. Individuell plan. Rett til informasjon og opplæring. Velg behandlingssted: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/brukermedvirkning-i->

rusbehandling/brukermedvirkning-individuell-plan-rett-til-informasjon-og-opplaering-velg-behandlingssted

Helsedirektoratet . (2017, oktober 17). *Brukermedvirkning på ulike nivå*. Hentet fra Brukermedvirkning : <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet . (2022, september 30). *Behandling og oppfølging*. Hentet fra Behandling i TSB Tverrfaglig behandling: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/rusbehandling-tsb/behandling-og-oppfolging-rusbehandling-tsb-pakkeforlop/behandling-i-tsb>

Helsedirektoratet . (2023, november 9). *Nye faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet – informasjon om prosjektet*. Hentet fra Forsøksordninger og prosjekter: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/nye-faglige-rad-for-brukermedvirkning-informasjon-om-prosjektet>

Helsedirektoratet. (2014, april 24). *Sammen om mestring*. Hentet fra Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c

Helsedirektoratet. (2017, januar 24). *Brukerstyrt innleggelse i rusbehandling*. Hentet fra Brukermedvirkning i rusbehandling : <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/brukermedvirkning-i-rusbehandling/brukerstyrt-innleggelse-i-rusbehandling#573ce046-ed34-4d18-aec6-cb8455583765-begrunnelse>

Helsedirektoratet. (2018, januar 30). *Ledere må legge til rette for myndiggjorte pasienter og brukere Tjenestene skal fremme mestring og selvstendighet*. Hentet fra Myndiggjorte pasienter, brukere, fagpersoner og team: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/myndiggjorte-pasienter-brukere-fagpersoner-og-team/ledere-ma-legge-til-rette-for-myndiggjorte-pasienter-og-brukere>

- Hollum, L., & Toverud, R. (2023, august 21). *Fontene forskning* . Hentet fra Kan individuell plan bidra til bedre koordinerte tiltak for unge med psykiske vansker? : <https://fontene.no/forskning/kan-individuell-plan-bidra-til-bedre-koordinerte-tiltak-for-unge-med-psykiske-vansker-6.584.865372.d1fcb8bbd3>
- Hovden, L. H. (2021, desember 22). Kognitiv Terapi . *Motiverende intervju og kognitiv terapi ved behandling av komplekse lidelser*.
- Isachsen, H. B. (2023, juni 20). *Dagens medisin*. Hentet fra Alkoholbrukslidelser: kun syv prosent får behandling : <https://www.dagensmedisin.no/alkohol-avhengighet-fhi/alkoholbrukslidelser-kun-syv-prosent-far-behandling/286046>
- Johannessen, D. A., Nordfjærn, T., & Geirdal, A. Ø. (2020, april 24). *Substance use disorder patients' expectations on transition from treatment to post-discharge period*. Hentet fra Nordic studies on alcohol and drugs: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1455072520910551>
- Johansen, K., & Redzovic, S. (2023, august 21). Hentet fra <https://fontene.no/forskning/a-tilhore-a-bli-a-delta-6.584.865284.54494c58e1>
- Karlsson, B., & Borg, M. (2023). *Recovery - tradisjoner, fornyelser og praksiser* . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS .
- KORUS. (2021, september 18). *Kompetansesenter for rusfeltet*. Hentet fra Brukermedvirkning – ikke så lett i praksis: <https://korus.no/aktuelt/brukermedvirkning-ikke-saa-lett-i-praksis>
- KS. (2011). *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren*. kommunesektorens organisasjon: KS.
- Kunnskapssenteret. (2011, april 1). *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Hentet fra Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling?: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2011/notat_2011_ruspasienter_kval_intervju.pdf
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* . Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Langlete, S., Digranes, E., & Wilhelmsen, M. (2022). *Rus og menneskerettigheter*. Norges institusjon for menneskerettigheter.
- Napha. (2011, oktober 13). *Nasjoanalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. Hentet fra Empowerment i detalj: <https://napha.no/content/14104/empowerment-i-detalj>
- Nesse, L. (2023). Medborgerskap: Et nyttig begrep i LAR. *RUS&SAMFUNN - Et redaksjonelt uavhengig magasin om rusfeltet*.
- NK LMH. (2018, november 16). *Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse*. Hentet fra Empowerment – egenkraftmobilisering: <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/egenkraftmobilisering/>
- NK LMH. (2024, februar 20). *Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring innen helse*. Hentet fra Brukermidvirkning er et kjernebegrep innen læring og mestring og er i dag godt forankret i lovverk og sentrale dokumenter.: <https://mestring.no/helsepedagogikk/brukermidvirkning/>
- NK TSB . (2024, februar 19). *Nasjonalt kompetansetjeneste tverrfaglig spesialisert rusbehandling* . Hentet fra Feedbackverktøy i rusbehandling: https://www.oslo-universitetssykehus.no/492a91/contentassets/63ed39891eca4ba79b2dd64be0b20322/skriftserie-nr-6_feedbackverktoy-i-rusbehandling.pdf
- Pårørendesenteret . (2024, februar 22). *Pårørendesenteret* . Hentet fra Samarbeid med helsetjenesten : <https://www.parorendesenteret.no/rettigheter/samarbeid-med-helsetjenesten>
- Regjeringen. (2021-2025). *Vi – de pårørende* . Hentet fra Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan: <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>
- Regjeringen. (u.d.). *Meldinger til Stortinget - Meld. St. 45 (2012–2013)*. Hentet fra Likestilling og likeverd : <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-45-2012--2013/id731249/?ch=5>

- Repstad , P. S. (2024). *Mellom nærhet og distanse - kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Sørly, R., Karlsson, B., & Sjøfjell, T. (2021). *Medvirkning i psykisk helse- og rusarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schäfer , G. (2011, juni). *FAMILY FUNCTIONING IN FAMILIES WITH ALCOHOL AND OTHER DRUG ADDICTION*. Hentet fra <https://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/publications-resources/journals-and-magazines/social-policy-journal/spj37/10-schaefer.pdf>
- Sjøfjell, T. L., & Myhra, A.-B. (2015, juni 22). Tidsskrift for psykisk helsearbeid. *Selvhjelp og likemannsarbeid - mulige verktøy for å oppnå mestring og empowerment?*, s. 10.
- Skau, G. M. (2018). *Gode fagfolk vokser*. CAPPELEN DAMM AS.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2008, mai 01). *Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep*. Hentet fra Mentalisering: <https://tidsskriftet.no/2008/05/kronikk/mentalisering-et-nytt-teoretisk-og-terapeutisk-begrep>
- Skjeldal, E. (2021). *Kritiske perspektiver på brukermedvirkning* . Oslo: Universitetsforlaget .
- Snl. (2021, 30 desember). *Store norske leksjon*. Hentet fra Miljøterapi: <https://sml.snl.no/milj%C3%B8terapi>
- Storø, J. (2017). *Sosialpedagogisk praksis* . Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Fagbokforlaget .
- Ørjasæter, K. B., & Almvik, A. (2022, oktober 8). *"Men hva er det?"*. Hentet fra Forståelser av Recovery som perspektiv blant ansatte i spesialisthelsetjenesten: <https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/tfv.25.4.3>

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Helseforetaksloven (2001). *Lov om helseforetak m.m* (LOV-2001-06-15-93). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Vedlegg

Vedlegg 1

Hvordan jobber ansatte på rusbehandling institusjoner med brukermedvirkning?

Oppvarmingsspørsmål:

- Kan du fortelle litt om deg selv? Din utdannings og arbeidserfaring, og ditt nåværende arbeidssted og arbeidsoppgaver. ☺

Hovedspørsmål:

1. Hva er det første du tenker når du hører ordet brukermedvirkning?
2. Hva betrakter du som en likeverdig partner?
3. Hva tenker du ligger til grunn for et godt samarbeid?
4. Utenom faglig kompetanse, hvilke personlige egenskaper tenker du at en bør ha som hjelper når man jobber med mennesker i sårbare situasjoner?
5. Har du samtaler om brukermedvirkning med pasientene?
6. Ligger det noen institusjonelle krav for brukermedvirkning?
7. Har du noen spesifikke metoder du jobber ut i fra for å sikre brukermedvirkningen?
8. Er det rammebetingelser her som påvirker hvordan brukermedvirkning foregår?
9. Opplever du at det er ulike oppfatninger blant ledelse og ansatte om brukermedvirkning?
10. Hvordan blir beslutning om behandling tatt?
11. Om det er uenigheter rundt behandling, hvordan løses dette?
12. Hvilken rolle har de pårørende i behandlingen?
13. Hvordan følger dere opp brukere og pårørende etter behandlingen?
14. Hvilken betydning tror du det kan ha om man ikke lykkes med brukermedvirkning?
Eventuelt betydning av at man lykkes?

Avsluttende spørsmål:

Har det dere noen kommentarer eller noe mer dere ønsker å tilføye til intervjuet?

Vedlegg 2

Vil du delta i forskningsprosjektet

Hvordan jobber ansatte på rusbehandling institusjoner med brukermedvirkning?

Formål

Tema for min masteroppgave er brukermedvirkning i praksis innenfor rusfeltet. Mitt formål er få mer kunnskap og forståelse rundt hvordan det jobbes med dette i praksis gjennom å intervju ansatte på en rusbehandlings institusjon som kan bidra med informasjon om brukermedvirkning i praksis. Min forståelse etter å ha lest mye om brukermedvirkning og vært utplassert i praksis gjennom studiet da jeg tok min bachelor utdanning, er at brukermedvirkning er et komplekst ideal. Enkelt forklart innebærer brukermedvirkning at brukeren betraktes som en likeverdig partner i beslutninger og diskusjoner som angår han eller hennes liv. Samtidig finnes det flere kunnskapskilder som tilsier at dette kan være utfordrende å få til i praksis. Fagutøvere oppfatter seg selv som ganske gode på medvirkning, likevel er det kilder som tilsier at brukere og pårørende selv ikke har den samme oppfatningen. Dette ønsker jeg å lære mer om.

Problemstillingen masteroppgaven vil ta for seg er: «*Hvordan jobber ansatte på rusbehandling institusjoner med brukermedvirkning?*»

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Wenche M. Kjæmpenes (veileder) er ansvarlig for prosjektet.

Tekla Madsen Strømmand (masterstudent) utfører studien.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Fokuset i denne studien er å ta for seg 2-3 personer, ansatte og leder, med sosialfaglig bakgrunn eller lignende som jobber på rusbehandling institusjoner. Kriteriet er noen års arbeidserfaring, kan både være unge og eldre. Jeg ønsker å intervju 2-3 ulike institusjoner.

Hva innebærer det for deg å delta?

Som metode for studien vil det bli utført individuelle intervju på bakgrunn av problemstillingen: «*Hvordan jobber ansatte på rusbehandling institusjoner med brukermedvirkning?*»

Intervjuet vil først bestå av standard oppvarmingsspørsmål som din utdanning og arbeidserfaring, nåværende arbeidssted og dine arbeidsoppgaver. Deretter vil det være 14 spørsmål som omhandler brukermedvirkning i praksis. Dette vil ta cirka 30 minutter.

Intervju spørsmålene kan en kan få tilsendt på forhånd om ønskelig. Under intervjuet vil det bli benyttet taleopptak for sikker innhenting og analysering av datamaterialet. Lydopptakene vil etter invertert bli transkribert og anonymisert, deretter vil lydopptaket bli slettet etter prosjektet. I mellomtiden vil lydopptakene samt datamaterialet bli lagret i enten Office 365 eller Tjenester for Sensitiv Data (TSD) sin databank med kodenøkkel, hvor det kun er W.M. Kjæmpenes og T.M. Strømmland som har tilgang.

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.

Det vil på ingen måte påvirke din arbeidsplass, og er kun ment for å hjelpe meg med å besvare min masteroppgave.

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.

- Gjennom prosjektet vil veileder, Wenche. M. Kjæmpenes, samt undertegnede, Tekla Madsen Strømmand ha tilgang ved behandlingsansvarlig institusjon.
- Datamaterialet fra intervjuet vil bli transkribert. Deretter vil personopplysninger som navn, alder, og annen utleverende informasjon bli erstattet med koder som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Når prosjektet er ferdigstilt vil du som deltaker, og nære relasjoner, mulig gjenkjenne dine egne svar fra intervjuet i det presenterte datamaterialet. Det skal ikke være mulig for andre å gjenkjenne deltakerne da identifiserbar informasjon anonymiseres.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil senest avsluttes 01.01.2025. Fra da av vil prosjektet avsluttes.

Etter prosjektet vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet, har **Sikt** – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

UiT ved Wenche M. Kjæmpenes Email: wenche.kjempenes@uit.no, telefon: 784 50 476 og

Tekla Madsen Strømmland Email: tekmarks@hotmail.com , telefon: 90049639

Vårt verneombud: personvernombud@uit.no og telefon: 776 46 153

Med vennlig hilsen

Wenche M. Kjæmpenes

Tekla Madsen Strømmland

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*hvordan jobber ansatte på rusbehandling institusjoner med brukermedvirkning?*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et individuelt intervju, én til én samtale

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

