

MASTEROPPGAVE

«Jakten på den gode hjelperen»

**En kvalitativ studie i hva som karakteriserer
godt psykososialt arbeid i rusfeltet – sett fra
brukernes side**

Utarbeidet av:

Cecilie Løberg

Fag:

Masterstudie i Psykososialt Arbeid

Antall ord: 29 277

Avdeling:

Avd. Helse- og sosialfag

FORORD

En reise som startet for snart 7 år siden er snart ved veis ende. Det var i 2008 jeg gikk inn dørene på Høyskolen i Østfold for første gang, da på videreutdanningen i Rusproblematikk. Lite visste jeg den gangen at jeg sju år senere ville gå ut av den samme døra med en masteroppgave vel i havn.

Det har vært en reise som jeg har satt stor pris på. En reise full av læring, engasjement, glede, opplevelser, gode samtaler, utfordringer, frustrasjon og forventninger. Ikke bare har jeg fått lære et nytt fag i løpet av disse årene, men jeg har også fått mange nye venner og bekjenskaper, som jeg er takknemlig for «kom med på kjøpet». Jeg vil tenke tilbake på årene i Fredrikstad med glede og det er stor sjanse for at jeg nok kommer til å savne samlingene på skolen.

Master ja. En slik oppgave kommer ikke av seg selv. Mye arbeid ligger bak det ferdige produktet, men uten visse støttespillere så hadde det ikke vært mulig for meg å få til dette. Som ordtaket sier «No man is an island». Derfor er det noen som fortjener en stor takk ved å bli nevnt her;

Mine informanter – tusen takk for at dere delte deres historier og tid med meg. Dere har med dette gjort meg rikere på kunnskap og lært meg å bli en bedre hjelper. Dette er deres oppgave, like mye som min. Takk!

Min veileder Ulf P. Dahl – du har inspirert meg alle årene jeg har gått på skolen og det er ikke uten grunn til at jeg spesifikt ba om å få deg som veileder til masteroppgaven. Du har geleidet meg gjennom løpet og alltid trodd på meg. Med din humor og din utradisjonelle måte å se ting på og utømmelige kunnskap om rusfaget, har du gjort inntrykk på «kandidaten» fra Porsgrunn. Tusen takk!

Spesielt takk til **mine flotte foreldre** som alltid stiller opp for meg uansett hva det skulle være.

Tusen takk til mine kjære venner **Viktor og Regina Nilsen** i Halden, for deres gjestfrihet og for at jeg har fått komme og overnatte under samlinger på skolen alle disse årene.

Rica City Hotel i Fredrikstad for god service og god avtale angående opphold på hotellet.

Alle medstudenter som har beriket livet mitt på mange måter – spesielt takk til **Anette Walle** og **Monica Pedersen** for god støtte, vennskap og inspirasjon.

Takk til **Network 21 systemet** som gjennom utdannelsesprogrammet gir meg muligheten til å bli en bedre utgave av meg og som har gitt meg selvtillit til blant annet å starte på og fullføre masterutdanningen.

Sist, men ikke minst, takk til min kjære samboer **Baard** og våre to fantastiske fine barn, **Noah og Tirill** for all kjærighet og støtte.

Med dette lukkes et kapittel i livet mitt. Litt vemodig, men samtidig spennende – for nå står nye prosjekter for tur som skal gjennomføres!

Porsgrunn, mai 2015

Cecilie Løberg

SAMMENDRAG

Rusproblematikk er et samfunnsproblem som det har vært stor fokus på de siste 30 år. Dette vises gjennom stadig nye stortingsmeldinger og stadig økte bevilgninger til rusfeltet. I 2004 kom en egen rusreform, og siden 2006 så har rusfeltet fått en milliard mer å rutte med for å utbedre behandlingstilbudet til rusavhengige. Mer penger og mer fokus på rusproblematikk fra myndighetens side er vel og bra, men hva er det egentlig som karakteriserer den gode hjelperen i rusfeltet?

Denne oppgaven er en masteroppgave i studiet psykososialt arbeid inne helse- og sosialfaglig yrkespraksis. Den er basert på en kvalitativ studie, med relevant teori og forskning. Problemstillingen for oppgaven er;

«Hva karakteriserer godt psykososialt arbeid med mennesker som har rusproblemer - sett fra brukernes side?».

For å få svar på problemstillingen så har jeg intervjuet seks personer som har erfaring med behandling for sitt rusproblem. Informantene mine bestod av tre kvinner og tre menn, fra forskjellige deler av Norge. Målsettingen med studien har vært å få et innblikk i hva brukerne av rusomsorgen selv opplever som god og dårlig hjelp i rusfeltet, noe som også har vært gjennomgående i spørsmålene informantene har svart på.

Det er benyttet en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming i studien, med vekt på fortolkning. Utgangspunktet for analysen er de erfaringer, historier og fortolkninger informantene fortalte under intervjuene, og som har blitt gjort om til tekst via transkribering.

I det teoretiske rammeverket for studien har jeg forsøkt å gi et bilde av hvordan rusfeltet ser ut i Norge i dag, for å få en bakgrunnsforståelse av hvilke pilarer behandling for rusproblematikk hviler på. Jeg har tatt et lite historisk tilbakeblikk på hvordan rusbehandling har fungert i Norge opp gjennom årene. Synet på rusavhengige har vært av svært ulik karakter; de har blitt sett på som ansvarsløse, fortapte, hjelpetrengende, kriminelle, late, arbeidsskye og syke.

Hovedfunnene i studien sammenfaller en del med tidligere forskning på området hvor dette med viktigheten av en god relasjon understrekes. Informantene mine har likevel kommet med nyttig innspill i så måte, da de har fått utdype hva som inngår i en god relasjon. Elementer som nevnes for å skape en god relasjon er å vise respekt og tillitt, se hele mennesket, ikke

bare rusproblematikken, være ydmyk og det kreves egenskaper som det å lytte, vise empati og å være god til og kommunisere. Et annet funn er at det å ha interesse og engasjement er viktig for å kunne utøve god hjelp til mennesker som har rusproblemer.

Å ha spesialisert kunnskap om rusproblematikk er viktig i følge informantene. Det interessante her er at nesten alle informantene sier noe om at det er lite kunnskap om rus blant de ansatte i rusfeltet. Mange av dem snakker om at de savner erfaringskompetanse i behandlingssystemet – da disse har lettere for å forstå hva den rusavhengige faktisk sliter med, da de har kjent det på kroppen selv.

Funnene fra studien viser at en refleksjon og bevissthet rundt egen rolle som hjelper hos dem som skal jobbe i rusfeltet, er av stor betydning.. Det å tenke igjennom hvordan man møter brukere, hva slags kunnskapssyn man jobber ut i fra, hva slags holdninger man har og det å være ydmyk i forhold til egen kunnskap kontra brukerens kunnskap om ruslivet, er viktige faktorer for å på best mulig vis kunne yte en hjelp som oppfattes som god.

ABSTRACT

Substance abuse is a social problem that has had a great deal of focus over the past 30 years. This shows through ever new political reforms and constantly increasing financial help to the substance abuse field. In 2004 there was a separate substance abuse reform, and since 2006 the field of substance abuse has been given a billion Norwegian Crowns to use in bettering the treatment available to those addicted to drugs and alcohol. More money and more focus on substance abuse from the authorities is all well and good, but exactly what is it that characterizes good help in substance abuse rehabilitation?

This thesis is a master thesis in the study of psychosocial work inside health and social professional practices. It is based on a qualitative study, with relevant theory and research.

The question that this thesis answers is:

"What characterizes good psychosocial work with people who have substance addictions - seen from the clients view?"

In order to obtain answers to this question, I have interviewed six people who have had personal experience with regards to treatment for substance abuse problems. My interviewees consisted of three men and three women, from different parts of Norway. The objective of the study was to gain an insight into what addicts experienced as good or bad assistance in substance abuse rehabilitation; which has also been consistent in the questions interviewees answered.

There has been a phenomenological and hermeneutical approach in the study, with emphasis on interpretation. The starting points for my analysis are the experiences, stories and interpretations the interviewees told of during the interviews, which were then transcribed into text. In the theoretical framework for the study I have tried to give a picture of how the substance abuse field looks in Norway today, in order to get a background understanding of what the pillars of treatment for substance abuse are. I have included a brief historical overview of how substance abuse treatment has worked in Norway over the years. Views on addicts have been of a very different character; they have been seen as irresponsible, lost, needy, criminal, lazy, work-shy and sick.

The main findings of the study coincide partly with previous research where the importance of a good relationship to the staff is emphasized. My interviewees have nonetheless come

with extra, useful insight in this respect, as they have explained what constitutes a good relationship. Items that are mentioned for creating a good relationship are to show respect and trust, see the whole person – not just the abuse problem, and to be humble - which requires attributes like listening, empathizing and being able to communicate well. Another finding is that showing interest and engagement is important in order to be able to give good help to people who have substance abuse problems.

Having specialized knowledge of substance abuse is important according to the interviewees. The interesting thing here is that almost all of the interviewees say that there is little knowledge about substance abuse among employees in the substance abuse field. Many of them say that they miss personal experience in the system - as those with personal experience would be more likely to understand what the addict is actually struggling with, as they would have personally experienced it in their own bodies.

The findings from the study show that an understanding and awareness of the employee's personal role as a helper in the drug abuse field is of high importance. That thinking through how one might meet the addict, what kind of knowledge and opinion they may have already conceived, what kind of attitudes they have, and the ability to be humble in relation to their own knowledge of an addict's life versus the addict's personal knowledge, are important factors that will, in the best way possible, show a help that is perceived as good.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord

Sammendrag

Abstract

INNLEDNING.....s 1

«Å være nyutdannet og helt grønn» - noen ord om min forforståelse.....s 2

Min forskningsoppgave som bidrag til et fortsatt «ungt» felt.....s 4

Det psykososiale perspektivet.....s 4

Presentasjon av problemstilling og tilhørende forskningsspørsmål.....s 6

Oppgavens struktur.....s 6

Begrepsavklaringer.....s 7

TEORI OG FORSKNING; RUSFELTET – ET FAGFELT I UTVIKLING.....s 9

Tjenestetilbudet til rusavhengige – noen utviklingstrekk.....s 10

Fylkeskommunen får ansvar.....s 11

Rusreformen.....s 11

Private aktører.....s 12

Kommunenes ansvar.....s 12

Lovreguleringen som rammer inn rusfeltet.....s 12

Helse og omsorgstjenesteloven.....s.13

Spesialisthelsetjenesteloven.....	s 13
Pasientrettighetsloven.....	s 13
Sprøyteromsloven.....	s 14
Tannhelsetjenesteloven (Lov om tannhelsetjenesten).....	s 14
Retningslinjer og veiledere.....	s 14
Status – hvordan ser rusfeltet ut i Norge i dag?.....	s 15
Behandle rusavhengighet.....	s 15
Henvising.....	s 16
Hva bør en henvising inneholde.....	s 16
Vurdering av henvisningen.....	s 16
Oppfølging etter behandling.....	s 17
Hvor mange institusjoner har vi i Norge i dag som tilbyr behandling for rusmiddelproblemer?.....	s 17
Hvor mange plasser finnes og hvor mange benytter seg av behandling i TSB?.....	s 19
Behandling fordelt etter type rusmiddelavhengighet.....	s 20
Litt om økonomi og rusbehandling.....	s 21
Brukernes stemme – hva er blitt gjort av forskning på området tidligere.....	s 22
Norske undersøkelser og forskning.....	s 22
Norsk doktorgrad.....	s 23
Internasjonal forskning.....	s 24

METODE.....	s 27
Hva er kvalitativ metode?.....	s 27
Studiens vitenskapsteoretiske grunnlag.....	s 27
Fenomenologi.....	s 27
Hermeneutikk.....	s 28
Den hermeneutiske sirkel.....	s 28
Det kvalitative forskningsintervju.....	s 28
Planlegging av studien.....	s 29
Pilotintervjuer.....	s 29
Litteratursøk.....	s 30
Forespørsel på facebook.....	s 30
Endring i planene.....	s 31
Veien frem til informantene.....	s 31
Kriterier.....	s 32
Datainnsamling – gjennomføring av intervjuene.....	s 32
«Location» og instrumenter.....	s 32
Tidsaspekt i intervjuene.....	s 33
Noen refleksjoner rundt gjennomføringen av intervjuene.....	s 33
Kort presentasjon av informantene.....	s 33
Etiske overveielser underveis.....	s 34
Transkribering og sitater.....	s 35
Analyse av data.....	s 35

Forskningsmessig kvalitet – gyldighet og pålitelighet.....s 36

Gyldighet.....s 36

Pålitelighet.....s 38

**HVA KARAKTERISERER GODT PSYKOSOSIALT ARBEID MED
MENNESKER SOM HAR RUSPROBLEMER – PRESENTASJON AV
FUNN.....s 39**

Del 1; I hvilken grad synes du de ansatte i rusomsorgen klarer å se din situasjon i forhold til rusproblematikken – klarer de å se hele bildet?.....s 41

Del 2; Hva bør man kunne noe om for å gjøre en så bra jobb som mulig i rusfeltet?.....s 45

Del 3; Hvis du tenker på en god hjelper som du har fått hjelp av i rusbehandling – hva var det som karakteriserte denne personen?.....s 49

Del 4; Motsatt; tenk på en dårlig hjelper du har hatt kontakt med – hva var det som gjorde vedkommende dårlig?.....s 51

Del 5; Ut i fra din erfaring; i hvilken grad synes du ansatte i rusomsorgen har god kunnskap om rus?.....s 54

Del 6; Har du noen selvopplevde erfaringer som illustrerer god eller dårlig kunnskap om rus i behandlingen du har gjennomgått?.....s 56

Del 7; Om du skulle komme med en oppfordring til ansatte i rusomsorgen, hva ville det være?.....s 57

Oppsummering av presentasjon av funn.....s 57

DRØFTING.....	s 59
Behovet for spesialisert kunnskap om rusproblematikk.....	s 59
Kompetanseheving som hovedmål fra myndighetene.....	s 59
Utdanningsmuligheter innen rusproblematikk.....	s 61
Erfaringskompetanse – et begrep «i vinden».....	s 62
Myndighetene legger til rette for brukererfaring i tjenestene.....	s 62
Økt fokus blant studenter.....	s 63
Holdninger til rusavhengige – stigmatisering kontra respekt.....	s 64
Systemet som stigmatiserende aktør.....	s 65
Medias påvirkning.....	s 67
«Rus bak speilet» - respektens refleksjon.....	s 69
Den gode relasjonen – hva er det og hvordan legge til rette for?.....	s 70
Kjennetegn ved en god relasjon.....	s 70
Å skape en god relasjon ut i fra en ekspertmodell kontra relasjonsmodell... ..	s 71
Se hele mennesket – det psykososiale idealet.....-	s 73
Begrepet «psykososialt arbeid».....	s 74
Hvordan se hele mennesket?.....	s 74
Hvilke faktorer bidrar til å på en bedre måte kunne klare å se hele mennesket.....	s 76
Hvordan legge til rette for å se hele mennesket i praksis?.....	s 76

OPPSUMMERING/AVSLUTNINGs 78

VEDLEGG 1: Samtykkeerklæring

VEDLEGG 2: Intervjuguide

VEDLEGG 3: Godkjenning fra NSD

INNLEDNING

Problematikk knyttet til rus og misbruk av rusmidler finnes overalt i samfunnet. Det er ikke slik at det bare er en gruppe mennesker med bestemte kjennetegn som kan få problemer i forhold til rus. Rusproblematikk finnes i alle samfunnslag, i alle aldre, blant begge kjønn og i alle religioner i større eller mindre grad. De aller fleste kjenner eller vet om en eller flere som har et trøblete forhold til rusmidler. Som kjent strekker rusproblemene seg lengere enn bare å gjelde den enkelte misbruker. For hver rusavhengig blir i gjennomsnitt minst tre personer i nær familie direkte berørt av vedkommendes atferd og livsførsel. (Nordlie, 2014) I takt med den teknologiske utviklingen er tilgangen til rusmidler skremmende høy. Data, internett og smarttelefoner gjør at en grense for å oppsøke og kjøpe rusmidler forsvinner; med et tastetrykk kan man få levert stoff og tabletter hjem i posten. På denne måten blir nye grupper lettere introdusert for rusmidler, og noen ville kanskje si at rus og rusmisbruk er et større samfunnsproblem i dag enn noen gang. For eksempel kunne en omfattende narkotikarapport fra EUs narkotikabyrå, EMCDDA, avsløre at Norge, ved siden av Tyrkia, er det landet hvor man gjorde mest beslag av metamfetamin i 2012. Hele 130 kg med metamfetamin ble beslaglagt i Norge dette året. (EMCDDA, 2014:25) I forhold til utviklingen av rusmisbruk i samfunnet kan det nevnes at det også har vært en positiv trend, der det virker som bruken blant unge går noe ned. For eksempel refererer Skretting, Bye, Finne Vedøy, og Lund (2015) til en undersøkelse blant unge i Oslo, som viser at antallet unge som har prøvd cannabis har hatt en nedgang fra 13 prosent i 1996 til ni prosent i 2006 og 2012. (Skretting, Bye, Finne Vedøy og Lund (2015).

Med tanke på rusproblemer er så utbredt, skulle en tro at behandlingen av rusproblemer hadde kommet langt og at man hadde gode resultater å vise til med behandling av avhengighetsproblematikk. Som jeg skal komme nærmere inn på senere i oppgaven, så har fokus på behandling av rusproblematikk økt betraktelig de siste 30 årene, noe som synliggjøres gjennom både bevilling av penger til rusfeltet og via stadig oppdaterte Stortingsmeldinger. Det er nå 9 år siden Rusreformen kom i 2006. Likevel kan en ikke stikke under en stol at rusfeltet har store utfordringer i å nå høye prosentvise resultater i å få folk «friske» fra avhengighetsproblematikk. Det er mange gjengangere som kommer til behandling igjen og igjen. Det er en ubalanse mellom tilbud og etterspørsel når det gjelder behandlingsplasser, og mange opplever å måtte vente lenge før de får plass i langtidsbehandling. (oversikt over estimert ventetid på ulike behandlingssteder finnes på

Jakten på den gode hjelperen

www.frittsykehusvalg.no) Til tross for innføringen av substitusjonsbehandling av opiatavhengighet for ca 15 år siden, er Norge fremdeles et av de landene i Europa som har størst registrert narkotikadødelighet. I Nasjonal overdosestrategi 2014-2017, utgitt av Helsedirektoratet i fjor, informeres det om at narkotikadødeligheten de siste 14 årene har stabilisert seg på ca 260 dødsfall årlig. Det betyr at det er cirka 5 mennesker som dør i Norge hver uke som følge av narkotikamisbruk. 2600 mennesker har mistet livet de siste 10 årene. (Helsedirektoratet, 2014)

Dette er et tankekors. Som nevnt så har rusproblematikk vært et prioritert område i de politiske miljøene spesielt det siste tiåret, men helhetsbildet viser at vi fremdeles har en vei å gå for å finne frem til felles optimale behandlingsstrategier og metoder for de som sliter med sykdommen «avhengighet». Som jeg skal komme tilbake til, så melder pasientene selv om at det er stort forbedringspotensial på en rekke områder i rusbehandling. (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014).

Utviklingen av syntetiske rusmidler er i eksplosiv fremmarsj, og selv for den mest ihuga faginteresserte er det vanskelig å følge med. I løpet av de siste fem årene er 99 helt nye kjemiske substanser med antatt rusvirkning blitt sporet i Norge og meldt til EUs narkotikabyrå. Av disse ble 23 rapportert for første gang i 2014. SIRUS (2015) opplyser på nettsidene sine at mer enn 450 psykoaktive stoffer overvåkes nå i Europa. (<http://www.sirus.no/naer-100-nye-psykoaktive-stoffer-oppdaget-i-norge-siden-2010/>)

«Å være nyutdannet og «helt grønn»» - noen ord om min forforståelse

Denne oppgaven er en kvalitativ undersøkelse. Det å skulle gjennomføre en kvalitativ undersøkelse helt objektivt, er en umulig oppgave. (Malterud, 2011, s. 18) Så lenge jeg som skal gjennomføre forskningsprosessen er et subjekt, så vil alle valg springe ut av mine prioriteringer og forforståelse. Derfor velger jeg å si noe om mitt utgangspunkt, da dette har vært viktig for meg å være klar over gjennom hele forskningsprosessen og som ligger til grunn for valg av tema i denne masteroppgaven.

Av yrke er jeg utdannet vernepleier og jobber i rusfeltet. Jeg har valgt å videreutdanne meg innen rusproblematikk fordi jeg følte jeg var på tynn is da jeg entret rusfeltet for ni år siden. Da jeg gikk ut døra på Høyskolen med en bachelorgrad i vernepleie, tilhørte jeg plutselig en av profesjonene som var kvalifisert til å jobbe med rusavhengige. Til stillinger i rusfeltet

Jakten på den gode hjelperen

søkes det jo som regel etter ansatte som har en bachelor innen helse- og sosialfag; som vernepleiere, sykepleiere, sosionomer eller barnevernspedagoger.

Det var minimalt med undervisning om rusrelaterte emner under mitt utdanningsløp over tre år. Da jeg begynte å jobbe i rusfeltet som nyutdannet vernepleier, kunne jeg ingenting om avhengighet, abstinenser, rusmidler, problematikken rus/psykiatri, rusrelaterte sykdommer, relasjonsskader, hvordan rusmiljøet fungerer osv. Jeg hadde ingen private erfaringer med illegale rusmidler og har også vært skånet for rusrelatert problematikk blant familie og venner. Rusproblematikk var med andre ord helt ukjent for meg. Den første dagen på opplæring ble det snakket om «benzo», og jeg hadde ingen aning om hva det var! Jeg var ikke i nærheten av å vite at rusproblematikk er et så stort og komplekst fagområde som det faktisk er.

Jeg luftet disse tankene for mine medstudenter på masterstudiet, og fikk da mange reaksjoner. Noen kjente seg igjen i mine undringer over dette, mens flere vernepleiere ble litt provosert og påstod at de hadde hatt undervisning om flere emner innen rus, som jeg savnet under mitt studieløp. Flere av disse har tatt utdanning ved andre høyskoler enn jeg, så det kan godt være tilfelle. Om så er tilfelle, så synes jeg det er en interessant observasjon. Er det slik det skal være at noen nyutdannede har en viss grad av kompetanse innen rusrelaterte emner mens andre ikke har det? Hvorfor er det slik? Sier dette noe om de ulike skolene, eller sier det noe om et fagområdet som enda ikke er klart definert og «satt i bås»?

Jeg har i årenes løp undret meg på hvilken profesjonsgruppe som egentlig er spesialistene på avhengighetsproblematikk. De fleste andre pasientgrupper har ansatte som er spesialiserte på sine utfordringer, som for eksempel barn har førskolelærere, funksjonshemmede har vernepleiere, eldre- og syke har sykepleiere, gravide har jordmødre osv. Etter som jeg har sett så finnes ikke den spesialiserte fagarbeideren innen rus, kanskje bort sett fra legene som i disse dager kan få mulighet til å ta spesialisering innen rus. Selvfølgelig lærer man mye etter hvert som man får erfaring med å jobbe med rusproblematikk. Men tenker man det beste for pasientene, så er det likevel litt skummelt når det er de menneskene vi skal hjelpe som blir «prøvekaniner» for nyutdannede som skal bli kjent med fagområdet rusproblematikk.

Det å blottlegge sin egen forforståelse er som et tveegget sverd. På den ene siden gjør en seg litt naken, i og med at man sier noe om hva som var førende før en begynte med studien – og som var en del av sin «ryggsekk» i møte med informantene og analysen. Men på en annen side så må en ha med i betraktningen når en leser om forforståelsen, at dette faktisk er mitt

Jakten på den gode hjelperen

spesialfagfelt – og det er ikke uten grunn at jeg setter spørsmålsteget ved det jeg gjør. Jeg har selv erfart og kjent på kroppen hva videreutdanning og erfaring gjennom år har gjort med meg som hjelper og hvilke holdninger som har endret seg i kjølevannet av dette.

Min forskningsoppgave som et bidrag til et foreløpig «ungt» felt

Etter å ha tatt videreutdanning i Rusproblematikk, har jeg innsett at det å jobbe med mennesker som sliter med rusproblemer er et meget komplekst område, som har mange faktorer ved seg. Med dette i bakhodet og vissheten om at dagens situasjon innen rusfeltet ser ut som beskrevet over, så kan en stille seg spørsmålet om hva som faktisk kjennetegner god behandling av rusavhengige. Det er de siste årene blitt gjort en rekke undersøkelser i forhold til i hvilken grad pasienter i rusbehandling har vært fornøyd med behandlingen de har fått. Dette vil jeg komme nærmere tilbake til i den delen av oppgaven som tar for seg bakgrunnskunnskapen til temaet. Da dette er en masteroppgave innen Psykososialt Arbeid, er min vinkling direkte på rusavhengige som har vært inne til behandling. De som har vært inne i systemet er, etter min mening, de beste til å kunne fortelle hva som fungerer i behandling og hva som ikke fungerer. Så lenge man jobber med mennesker, så vil man alltid måtte ta individuelle hensyn og man må alltid ha med seg at noe som fungerer for en person, ikke nødvendigvis vil fungere for en annen. Jeg var spent på å intervjuer flere rusavhengige som hadde behandlingserfaring, om det da ville komme mønstre der flere fokuserte på samme faktorer. I alt har jeg intervjuet seks personer; tre menn og tre kvinner. Formålet med oppgaven er forhåpentligvis å kunne bidra med noe i den videre utviklingen av gode behandlingstilbud til rusavhengige og skape et dokument som kan bidra til bevisstgjøring. Både hos politikere som rår over ressursene på systemnivå, og viktigst av alt, hos dem som er «ute i felten» og er i direkte kontakt med rusavhengige i behandling. Jeg håper at denne oppgaven kan bli brukt på nyttig vis til å skape gode hjelpere innen rusfeltet.

Det psykososiale perspektivet

Oppgaven er en masteroppgave i Psykososialt Arbeid innen helse- og sosialfaglig yrkespraksis. «Psykososialt arbeid» er ikke et nytt begrep, men det å definere innholdet i begrepet kan likevel være en utfordring. Samtidig så er det heller ikke et mål i seg selv å gi begrepet en bestemt avgrenset definisjon eller en entydig definisjon (Skærbæk og Nissen,

Jakten på den gode hjelperen

2014). Psykososialt arbeid handler om å tenke helhet. I studieplanen for masterstudiet i Psykososialt arbeid 2012- 2013, blir begrepet beskrevet slik;

«Psykososialt arbeid innebærer en helhetlig og inkluderende tilnærming. Hvert menneske er en person som er mer enn sin lidelse, diagnose og situasjon. Menneskelige problemer er komplekse og mangetydige. De oppstår og henger sammen med mellommenneskelige og samfunnsmessige forhold og krever å bli møtt med både psykologiske, sosiale, medisinske og biologiske forståelsesformer» (Høgskolen i Østfold, 2012)

Skærbæk og Nissen (2014) gir en nærmere beskrivelse av hva som karakteriserer psykososial kompetanse. En persons psykiske prosesser og dens sosiale miljø vil påvirke hverandre gjensidig. For å kunne klare å se bak diagnosene og for å kunne forstå en person best mulig, er det viktig at vi som hjelpere får innblikk i hver og en pasient sin egen versjon av seg selv. Det betyr at tjenestemottakerens egen forståelse av sin egen historie, sin livssituasjon og sine egne ressurser må inkluderes i utarbeidelsen av tjenestetilbudet. Psykososial kompetanse handler også om å ta med seg sine egne livserfaringer inn i arbeidet med andre mennesker, og forstå at det mennesket som ønsker og behøver hjelp, inngår i en større sammenheng (ibid). Kombinasjonen egen livserfaring, fagkunnskap og det å være åpen for å ta i mot tjenestemottakerens egne historier, er med på å skape kompetanseutvikling og ny kunnskap. Det å være bevisst på at den en skal hjelpe er et subjekt på lik linje som en selv, er avgjørende for å kunne utføre godt psykososialt arbeid. Eller som Skærbæk og Nissen (2014) beskriver det;

«Når den som søker eller trenger hjelp, blir møtt med annerkjennelse, og inviteres til et samarbeid med den aktuelle fagkunnskapen, i erkjennelse av at et hvert menneske har kunnskap, men at denne kunnskapen er begrenset, vil det oppstå ny kunnskap som kan bli til nytte både for tjenestemottakeren og for den profesjonelle». (s. 13)

På siden [helsekompetanse.no](http://kurs.helsekompetanse.no) gis det en beskrivelse av hva et helhellig menneskesyn innebærer, som jeg synes passer godt til det psykososiale aspektet. Det handler om en visshet om at menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjon er en enhet. Mennesket er en udelelig enhet av kropp, sjel og ånd. Disse elementene er likeverdige og uløselig knyttet til hverandre. Problemer i en av dimensjonene vil påvirke de andre. (<http://kurs.helsekompetanse.no/inkludering/18748>)

Jakten på den gode hjelperen

Knytter man dette direkte oppi mot rusavhengige, så blir det psykososiale aspektet kanskje ekstra viktig, da følgende av rusmisbruk infiltrerer så mange sider av den rusavhengiges liv. Det være seg for eksempel fysiske plager, psykiske plager, økonomiske problemer, tap av selvspekt, selvtillit og selvbilde og tap av venner og familie i form av dødsfall og at nettverk tar avstand.

Presentasjon av problemstilling og tilhørende forskningsspørsmål

Veien frem til endelig problemstilling har vært lang. Den har hoppet litt frem og tilbake, og forandret karakter underveis – selv om fokuset hele tiden har vært det samme; fokuset på brukeres erfaringer og meninger om hva som karakteriserer god hjelp. Den endelige formuleringen for prosjektet ble som følger;

«Hva karakteriserer godt psykososialt arbeid med mennesker som har rusproblemer? - sett fra brukernes side.»

Mine forskningsspørsmål er som følger:

- *Hvilke faktorer mener informantene er viktig blant ansatte for å gi best mulig hjelp til rusavhengige?*
- *Hva karakteriserer en god hjelper innen rusbehandling?*
- *Hva gjør at en hjelper oppleves som dårlig blant rusavhengige?*
- *I hvilken grad synes informantene at ansatte i rusfeltet kan faget sitt; rusproblematikk?*
- *Hvilke oppfordringer vil informantene gi til ansatte som jobber i rusfeltet?*

Oppgavens struktur

Denne oppgaven er delt inn i seks hoveddeler. For å gi leseren en myk start og pekepinn på hva som er hovedessensene i oppgaven, har jeg startet med en innledning der jeg har skrevet litt om status på rusfeltet i Norge med tanke på rus som samfunnsutfordring. Jeg har også skrevet litt om min egen forforståelse, for å forklare hvorfor jeg har valgt å skrive om dette

Jakten på den gode hjelperen

teamet. Den delen er også tatt med for å vise hvorfor jeg mener at en slik studie er aktuell i dagens samfunnsdebatt og for å forklare hvorfor oppgaven er en masteroppgave i psykososialt arbeid innen helse- og sosialfaglig yrkespraksis. I så måte er det også naturlig å si litt om hva som karakteriserer psykososialt arbeid og psykososial kompetanse.

I **innledningsdelen** blir også problemstillingen og tilhørende forskningsspørsmål presentert, samt noen ord om begrepsavklaringer.

Oppgavens **andre del** tar for seg litt bakgrunnskunnskap for temaet som omhandles i oppgaven. Her vil jeg lage en oversikt over ruspolitikken i Norge, med fokus på de siste 30 årene. Jeg vil også skrive litt om hvordan det står til med behandlingstilbudet for rusavhengige i Norge i dag og til slutt vil jeg si litt om forskningen som er gjort på området jeg beveger meg innenfor, både av norsk og internasjonal art.

Tredje del er metodekapittelet. Her vil jeg si noe om hva kvalitativ metode er, samt fenomenologi og hermeneutikk, da dette er fundamentet for oppgavens analyse. I metodekapittelet beskriver jeg i detalj hvordan jeg har utført studien, med tilhørende etiske refleksjoner hvorav pålitelighet og gyldighet er viktige begreper.

Fjerde del av oppgaven er analysedelen. Her gis det en presentasjon av funn hentet fra intervjuene som leder frem til svaret på problemstillingen.

Oppgavens **femte del** utgjør «hertet» i oppgaven sammen med funnene, nemlig drøfting av funnene. I drøftingen vil jeg ta for meg noen av temaene som kom frem som sentrale i funnene, og diskutere disse.

I oppgavens **sjette og siste del**, vil jeg oppsummere hovedpunktene jeg har kommet frem til i studien. Her vil jeg også skrive noen tanker om implikasjoner for praksis og videre forskning innen feltet.

Begrepsavklaringer

Rusproblematikk er en samlebetegnelse på alle utfordringer som kan komme i kjølevannet av at en person misbruker rusmidler. I noen tilfeller er det også navnet på den videreutdanningen jeg selv har tatt ved Høgskolen i Østfold.

Jakten på den gode hjelperen

I studien som presenteres i denne oppgaven vil ord som **rusavhengig, rusmisbruker og mennesker med rusproblemer** blir brukt litt om hverandre for å skape bedre flyt og variasjon i språket. Felles for alle beskrivelsene er at det er snakk om personer som har behov for kontakt og hjelp fra helsevesenet på grunn av sitt rusmisbruk.

Psykososialt arbeid er beskrevet nærmere i denne innledningen og alle hentydninger til dette vil innebære beskrivelsene gitt her.

TEORI OG FORSKNING; RUSFELTET – ET FAGFELT I UTVIKLING

Rusbruk har eksistert i alle tider. Allerede i bibelen blir alkohol omtalt i både negative og positive formuleringer, alt fra at alkohol blir karakterisert som synd, til at Jesus gjorde vann om til vin.....

I mer moderne tid har synet på misbruk av rusmidler vært skiftende, både med tanke på årsakene til misbruk og oppfatningen av rusmisbrukere generelt. Sykdomsforklaringen rundt alkoholisme ble allerede lansert på slutten av 1800-tallet. På 1930-tallet kom AA-bevegelsen med en teori om at den rusavhengige måtte jobbe med eksistensielle spørsmål for å løse avhengighetsproblemet. Dette via det såkalte 12-trinn programmet, som fremdeles den dag i dag er godt utbredt i behandlingsapparatet i Norge. Sosiale og sosiologiske forklaringsmodeller ble i økende grad vektlagt fra 1970-tallet. I Mld. St. 30 (2011-2012), side 14, står det forklart at sosiale relasjoner, praktisk arbeid og økonomi var områder den enkelte måtte få orden på, for å avhjelpe rusproblemene. Det ble derfor opprettet bo- og arbeidskollektiver.

Narkotika har alltid vært ulovlig å bruke i Norge, bortsett fra når det brukes som legal medisin. På 1980-tallet ble fokuset rundt dette maksimert. Fekjær (2004, side 46) skriver at det ble viktig for ledende politikere å «vise muskler» mot narkotika. Hvordan den norske maksimumsstraffen for narkotikaforbrytelser gang på gang ble hevet, viser dette tydelig. I 1984 kunne man få helt opp til 21-års fengsel for narkotikaforbrytelser – lovens strengeste straff.

På begynnelsen av 1990-tallet ble situasjonen for rusmisbrukere vanskeligere. Flere rapporter fortalte om en generell forverring av helsetilstanden blant rusavhengige, spesielt gjaldt dette de som hadde omfattende hjelpebehov. Antall narkotikarelaterte dødsfall økte. (Mld. St. 30. (2011-2012). I kjølevannet av dette ble tilbudet om substitusjonsbehandling av opiatavhengige lansert. På 2000-tallet har det vært bred oppslutning om at rusproblemer best kan løses gjennom en tverrfaglig innsats. Det er i dag en oppfatning av at rusavhengige trenger hjelp på mange områder. Både helsefaglige, sosialfaglige og samfunnsfaglige bidrag er nødvendig for å møte de komplekse og sammensatte problemene rusmisbruk fører med seg. (ibid).

Jakten på den gode hjelperen

Med tanke på dette kan man si at det har vært en lang reise når det gjelder hvordan samfunnet ser på de som misbruker rusmidler. Rusavhengige har blitt sett på som syke, ansvarsløse, arbeidsskye, late, fortapte, kriminelle, farlige og hjelpetrengende. Selv om rusavhengighet er en egen diagnose og at rusavhengige fikk pasientrettigheter i 2004, er det fremdeles ulovlig å bruke narkotika. Jeg tenker at det kan være noe av grunnen til at mange fremdeles synes det er vanskelig å forholde seg til rusavhengighet.

Tjenestetilbudet til rusavhengige – noen utviklingstrekk

Som avsnittet over viser, så har det skjedd mye i rusfeltet, spesielt de siste 30 år. Jeg vil videre si litt mer om hvordan tjenestetilbudet til rusavhengige er organisert. Skretting og Storvoll (2011) skriver i SIRUS –Rapport nr. 3/11 at organiseringen av hjelpe- og behandlingstiltak for rusmisbrukere i løpet av de siste tiårene har gått fra en i hovedsak sentralisert til en desentralisert modell, for så å gå tilbake til en sentralisert organisering. Rusavhengige har gått fra å være pasienter til å bli klienter, for så å ende opp som pasienter igjen.

Naturlig nok så har behandlings – og hjelpetilbudet i Norge angående alkohol- og narkotikaproblemer en noe ulik historie. Alkoholproblemer kunne man få hjelp til allerede rundt 1900, mens hjelpetiltak mot narkotikamisbruk er av nyere dato. I utgangspunktet var det organisasjoner som Blå Kors, Hvite Bånd og Lægeforeningen som stod bak hjelpetiltak for alkoholikere. Etter hvert kom staten på banen og fra 1970 økte Statens engasjement i alkoholistsorgen kraftig, både gjennom økte bevilgninger og at flere alkoholistinstusjoner ble knyttet til sykehusloven.

Når det gjelder behandlingstilbud for narkotikamisbruk, så kunne man faktisk finne den første spesialklinikken for narkomane i Europa i Norge, som ble opprettet i 1961. (ibid) Etter hvert ble behandlingen av denne gruppa lagt inn under hjelpeapparatet innen psykisk helsevern, men det viste seg at dette ikke fungerte så bra. Derfor ble det utviklet spesielle tilbud for behandling av stoffmisbrukere i begynnelsen av 1970-tallet, som for eksempel oppsøkende virksomheter og behandlingsskolektiver/institusjoner. Som nevnt over kom det i denne perioden politiske og faglige strømninger som endret synet på hvordan man skulle behandle rusavhengighet. (ibid)

Jakten på den gode hjelperen

Fylkeskommunen får ansvar

Gjennom Lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991 fikk fylkeskommunen styrket sitt ansvar for annenlinje behandlingstiltak for rusavhengige, altså for både alkohol- og narkotikamisbrukere. Fylkeskommunen kunne eie og drive behandlingstiltak, men kunne også inngå driftsavtaler med, eller kjøpe plasser i private foretak. (ibid)

Rusreformen

Rusreformen er en av flere store helsepolitiske reformer som har blitt gjennomført i Norge etter tusenårsskiftet. Forløperen til rusreformen var sykehusreformen som kom i 2002. Her ble ansvaret for sykehusene og spesialisthelsetjenesten overført fra fylkeskommunene til staten. Vi har i dag fire statlig eide helseforetak som skal sørge for at det finnes et nødvendig tilbud om spesialisthelsetjenester i befolkningen i de respektive helseregioner. (ibid)

Rusreformen kom to år etter sykehusreformen. Via denne ble også behandling av rusavhengighet overført fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene, og er dermed en del av spesialisthelsetjenesten.

Det nye ansvaret til de regionale helseforetakene ble karakterisert som «tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk». Lovreguleringen av aktuelle behandlingenheter er overført fra sosialtjenesteloven til spesialisthelsetjenesteloven.

Reformen er ment til å sikre at rusavhengiges pasientrettigheter blir bedre ivaretatt og at denne gruppa enklere enn tidligere skal få den hjelpen de trenger, både for sine misbrakerproblemer, men også for de somatiske og psykiske plagene de måtte ha.

Faktisk kom det to forslag til hvordan organiseringen av behandling av rusmiddelmisbruk kunne være. Det er derfor man kan høre snakk om Rusreform 1 og Rusreform 2. Skretting, Bye, Finne Vedøy og Lund (2015) skriver i SIRUS rapporten «Rusmidler i Norge 2014» at Stortingets behandling av reformen hadde sitt utgangspunkt i to odelstingsproposisjoner. Regjeringen foreslo å flytte sektoransvar over fra fylkeskommune til stat for behandlingenheter innen for rusbehandling (Rusreform 1), mens i den andre proposisjonen foreslå regjeringen at det var kommunene som skulle overta fylkeskommunens ansvar i

Jakten på den gode hjelperen

forhold til rusbehandling (Rusreform 2). Stortinget ga altså sin tilslutning til Rusreform 1, men gikk i mot Regjerings forslag til Rusreform 2.

Private aktører

I Norge har hjelpe- og behandlingstilbudet til rusavhengige tradisjonelt sett hatt et stort innslag av private aktører, og mange av disse hadde tidligere driftsavtaler med en eller flere fylkeskommuner. De regionale helseforetakene overtok med rusreformen fylkeskommunenes avtaler med private aktører av behandlingstjenester. Det stilles samme kvalitetskrav til private aktører som det offentlige behandlingstilbudet.

Kommunenes ansvar

Kommunene har ansvar for å gi andre typer tjenester til rusavhengige. I Mld. St 30 (2011-2012) står det at kommunenes samlede innsats for å forebygge at rusproblemer oppstår og for å gi hjelp gjerne kalles lokalt rusarbeid. Det omfatter alle typer rusproblemer, og kan omfatte tjenester som råd og veiledning, hjelp til å få ordnet økonomi, boligjenester, hjemmetjenester, personlig assistanse, arbeids- og arbeidsrettede tiltak, fritidstiltak, psykisk og somatisk helsetjeneste, oppsøkende/ambulante tjenester/nærmiljøbaserte team, tilbud til pårørende, lavterskeltilbud, utredning, behandling/henvisning til/oppfølging under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten eller fengsel.

Skretting, Bye, Finne Vedøy og Lund (2015) skriver i SIRUS rapporten «Rusmidler i Norge 2014» at det ikke foreligger noe systematisk data om hva det kommunale tjenestetilbudet omfatter, eller om bruk av slike tjenester, som for eksempel lavterskel helsetjenester, tilrettelagte botilbud, sprøyteutdeling osv. Det ble sendt et spørreskjema til de største kommunene i 2012 for å prøve å få oversikt over dette. Utfallet av dette ser ut til å være at de fleste store kommuner ser ut til å ha lavterskel helsetilbud og såkalte væresteder for rusavhengige. De fleste større kommunene har også en form for organisert utdeling av sprøyter. Man antar at det i Norge deles ut ca 3 millioner rene sprøyter hvert år. (ibid)

Lovreguleringen som rammer inn rusfeltet

Når det gjelder ansvaret for tjenester til personer med rusproblemer, så er det som nevnt over, delt mellom stat og kommune. Kommunens ansvar er det som gjerne kalles et helhetlig og

Jakten på den gode hjelperen

gjennomgående ansvar. Staten, ved de regionale helseforetakene, har ansvar for å dekke behovet for spesialisert behandling for rusproblematikk. (ibid) Fylkeskommunens ansvar overfor rusmisbrukere avgrenser seg til å gjelde tannhelsetjenester til pasienter som har rett til dette under behandling. Det siste punktet blir mer omtalt under.

Det er en rekke lover som regulerer rusfeltet, og jeg vil under nevne noen av dem og de viktigste punktene som gjelder i forhold til ruspasienter;

- **Helse og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester)**

Denne loven regulerer kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester. I kapittel 3 står det noe om at kommunens ansvar omfatter alle pasienter og brukergrupper, herunder også innbyggere som har rusproblemer. Kapittel 5 tar for seg særlige plikter og oppgaver, og her tas spørsmålet om sprøyteromsordning opp. Det er kommunene selv som avgjør om de vil etablere sprøyteromsordning. Kapittel 6 regulerer samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak, mens kapittel 7 omhandler individuell plan. Det er også i denne loven man finner bestemmelser rundt tvangstiltak overfor rusmisbrukere. Disse er regulert i kapittel 10. (ibid)

- **Spesialisthelsetjenesteloven (Lov om spesialisthelsetjeneste)**

Kapittel 2 tar for seg ansvarsfordeling og generelle oppgaver. De regionale helseforetakene har et «sørge for» ansvar for spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. Her finner vi også noen ord om plikten til samhandling og samarbeid (jfr helse- og omsorgsloven, kap 6). I kapittel 3 finner man retten til henvisning til TSB fra både helsetjenesten og den kommunale sosialtjenesten. (ibid)

- **Pasientrettighetsloven (Lov om pasientrettigheter)**

I § 2-1 er retten til nødvendig helsehjelp fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten omtalt. Her står også pasienters rettigheter ved fristbrudd beskrevet. I § 2-4 finner man beskrivelsen av retten til fritt valg av sykehus/behandlingssted. (ibid)

- **Sprøyteromsloven (Lov om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika)**

Denne loven angir rammer for en ordning om sprøyterom. Det er verdt å merke seg at sprøyterom ikke er en lovpålagt tjeneste, men kommunene kan etablere dette etter godkjenning fra departementet. (ibid)

- **Tannhelsetjenesteloven (Lov om tannhelsetjenesten)**

Rusmisbrukere som oppholder seg i døgninstitusjon i mer enn tre måneder, rusavhengige som mottar tjenester fra kommunen ift helse- og omsorgsloven og pasienter i LAR, har rett til gratis tannhelsetjeneste fra fylkeskommunen. (ibid)

Retningslinjer og veiledere

Det har blitt utarbeidet en rekke retningslinjer og veiledere for ulike tjenester på rusmiddelfeltet. Disse er det Helsedirektoratet som står bak. Noen av disse er eksempelvis;

- Vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (IS-1505).
- Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (IS-1701).
- Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (IS-1948).
- Nasjonal retningslinje for gravide i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder (IS-1876).
- Fra bekymring til undring. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet (IS-1742).
- Prioriteringsveileder tverrfaglig spesialisert rusbehandling (IS-2043). (ibid)

Det kan også nevnes at det jobbes med å utvikle flere veiledere. Helsedirektoratet (2015) skriver på sine nettsider at det jobbes med å utvikle en nasjonal retningslinje for avrusing fra

Jakten på den gode hjelperen

rusmidler og vanedannende legemidler. Også nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet jobbes med for tiden. (<http://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/behandle-rusavhengighet>)

Status pr 2015 - hvordan ser rusfeltet ut i Norge i dag?

Både av min egen nysgjerrighet og for å skape et helhetlig bilde av rusomsorgen i dag, ville jeg gjerne ha med en type oversikt over hvordan rusfeltet ser ut i dag. Med dette tenkte jeg på hvordan man egentlig kommer inn i behandling, hvem som kan henvise til TSB, antall institusjoner, hva slags hjelp som tilbys og hvor mange pasienter med rusproblematikk som er i behandling i Norge gjennom et år. For å finne ut dette tok jeg kontakt med Helsedirektoratet, SIRUS og SERAF, som alle har svart meg via mail og gitt gode tips om hvor jeg kunne lete etter å finne ut litt om dette.

Behandle rusavhengighet

Helsedirektoratet (2015) gir mye informasjon på sine nettsider om hvordan rusomsorgen er organisert i Norge. Her står det at tverrfaglig spesialisert behandling ved rusavhengighet omfatter tilbud om døgnbehandling, dagtilbud og polikliniske tjenester. Som nevnt over er tverrfaglig spesialisert rusbehandling hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven og ruspasienter har rettigheter på lik linje som andre pasienter via pasientrettighetsloven. (<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/behandle-rusavhengighet>)

På denne siden blir det videre informert om at det er de regionale helseforetakene som skal sørge for at det er tilgjengelig døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling enten i regi av helseforetaket selv, eller gjennom private avtaleparter. Når det gjelder anbefalinger for utredning, behandling og oppfølging, så har Helsedirektoratet laget egne nasjonale retningslinjer som tar for seg dette. De regionale helseforetakene får årlig oppdragsdokumenter fra regjeringen, som sier noe om regjeringens forventninger og krav til helseforetakene, herunder tverrfaglig spesialisert behandling av rusproblemer. (ibid)

Henvisning

Første skritt på vei mot behandling for et rusmiddelproblem er å oppsøke en instans som kan sende henvisning. Den sendes til aktuell vurderingsenhet i spesialisthelsetjenesten. I følge Helsedirektoratet sine nettsider, kan følgende instanser henvise til TSB;

- Sosialtjenesten/ NAV
- Barneverntjenesten
- Fastlege/ allmennpraktiserende lege
- Privatpraktiserende lege
- Lege ved andre deler av spesialisthelsetjenesten
- Lege ved fengselstjenesten
- Annet personell som har rett til å henvise til spesialisthelsetjenesten (ibid)

Hva bør en henvisning inneholde?

Det som avgjør om man kommer inn i behandling eller ikke, er at man får en vurdering om sin rettighetsstatus. Det skal også settes en frist for start av behandling for den enkelte pasient om han har rettighetsstatus. Dette gjøres på bakgrunn av henvisningen og eventuell tilleggsinformasjon. Helsedirektoratet (2015) skriver dette om hva henvisningen bør inneholde;

«Det bør være opplysninger om type rusmiddel, mengde, hyppighet, administrasjonsform og varighet, og eventuelle aktuelle endringer. Man bør i tillegg gi opplysninger om skader og følgetilstander, samt sosiale forhold, rammefaktorer og nettverk». (ibid)

Vurdering av henvisningen

Det har blitt utarbeidet en egen veileder i forhold til det som har med vurdering av henvisning å gjøre. Den heter «Prioriteringsveileder for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)». Alle henvisninger skal vurderes etter prioriteringsforskriften. Det er dennes vilkår som legges

Jakten på den gode hjelperen

til grunn for å avgjøre om det vurderes dithen at tilstanden til den som er henvist er alvorlig og om det tenkes at behandlingen vil være nyttig og kostnadseffektiv. Utfallet av vurderingen av en henvisning kan også bli at vedkommende vurderes til å ha behov for behandling, men ikke er å anse som en rettighetspasient med tilhørende frist. (ibid)

Oppfølging etter behandling

Normalt så er behandling i spesialisthelsetjenesten en kortere del av et langvarig behandlingsforløp, i følge Helsedirektoratet sine nettsider. (ibid). Som nevnt over så er det kommunens helse- og sosialtjeneste som har hovedansvaret for oppfølgingen etter endt behandling i institusjon, og den skal skje parallelt med poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten. Noen institusjoner tilbyr egne ettervernsopplegg. Personlig synes jeg dette er interessant lesning i forhold til hva som karakteriserer norsk rusbehandling. Etter det jeg har sett og hørt fra min egen arbeidshverdag i rusfeltet, er det nettopp ettervernet som mange klager på og hvor mange ikke opplever å få den hjelpen de har behov for. Videre i avsnittet står det nemlig;

«Sentralt i oppfølgingsarbeidet står etablering i egnet bolig, bistand til å skape innhold i hverdagen i form av aktiviteter, utdanning eller arbeidstrening og hjelp til å skaffe seg et sosialt nettverk. Mange har også utbytte av deltakelse i selvhjelpsgrupper. Tiltak for å forbygge tilbakefall vil være sentralt.»

Jeg skal ikke gå inn på noe drøfting rundt dette, men jeg bare registrerer at dette er fine ord som man bør strebe etter å få til å fungere over hele landet, selv om det kanskje gjenstår noe for at dette er noe som alle rusavhengige automatisk får etter endt behandling i institusjon.

Hvor mange institusjoner har vi i Norge i dag som tilbyr behandling for rusmiddelproblemer?

Jeg har jobbet lenge med å finne bakgrunnsstoff og teori til denne oppgaven. Og en av tingene jeg har lett etter og brukt mye tid på å lete etter, er en enkel og grei oversikt over hvor man kan få behandling for rusmiddelavhengighet. Det kan selvfølgelig godt være at jeg kunne vært flinkere til å søke, men min erfaring er i hvert fall at dette har vært vanskelig å finne. Men så fikk jeg et tips fra Helsedirektoratet om å sjekke ut nettjenesten Fritt sykehusvalg, som viste seg å gi en god oversikt.

Jakten på den gode hjelperen

Nettjenesten frittsykehusvalg.no viser behandlingsinstitusjoner som tilbyr behandling innenfor TSB. Dette er offentlige institusjoner og private/ideelle institusjoner som har avtale med de regionale helseforetakene. På siden <http://www.frittsykehusvalg.no/start> kan man velge sykdom/behandling og så få opp hvor man kan få behandling for den valgte sykdommen/behandlingen. Her kan man først velge mellom fire hovedkategorier;

- 1) fysisk helse
- 2) psykisk helse 0-18 år
- 3) psykisk helse voksen
- 4) rus og avhengighet

Under kategori rus og avhengighet kan man velge behandling for seks forskjellige avhengigheter; alkohol, illegale rusmidler, vanedannende medikamenter, samtidig rus- og psykisk lidelse, Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og spilleavhengighet. Oversikten som kommer frem når man søker på de forskjellige behandlingene viser hva behandlingsstedet heter, hvor det er lokalisert, ventetider og når oversikten var oppdatert sist. Man kan velge å søke blant steder i Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest eller Helse Sør-Øst, eller hele landet under et.

Et kjapt søk over hele landet viste følgende resultat for de respektive behandlingene på landsbasis:

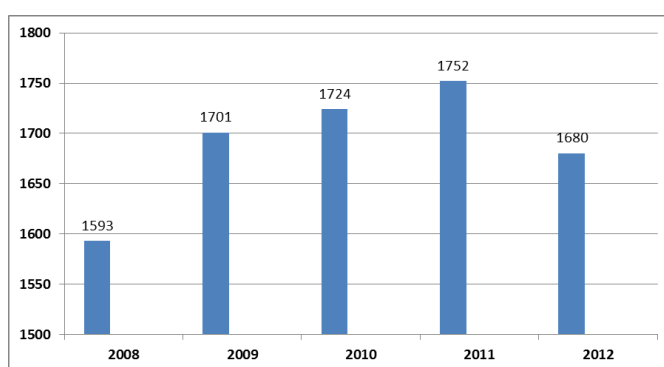
- Trenger man behandling for alkohol, så finnes det 137 avdelinger i Norge som kan tilby dette.
- Trenger man behandling for illegale rusmidler, kan man velge mellom 152 avdelinger på landsbasis.
- Det er 142 avdelinger som tilbyr behandling for de som sliter med avhengighet av vanedannende medikamenter.
- Når det gjelder LAR pasienter, kan disse få behandling for sin avhengighet på 53 forskjellige avdelinger så langt.
- I forhold til samtidig rus- og psykisk lidelse kan man få hjelp på 64 behandlingssteder.

Jakten på den gode hjelperen

I følge notat fra Kunnskapssenteret finnes det til sammen 357 ulike behandlingstiltak for personer med avhengighet i Norge. Av disse er 19 akutt plasser/avvenning, 46 korttidsavdelinger, 61 langtidsavdelinger, 51 sosialmedisinsk/psykiatrisk poliklinikk, 35 psykiatrisk ungdomsteam, 48 dagplass/ettervern, 82 omsorg/hybelhus boligtilbud og 15 tiltak med fullmakt til å godkjenne brukere for behandling med metadon eller buprenorfin. (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2007)

Hvor mange plasser finnes og hvor mange benytter seg av behandling i TSB?

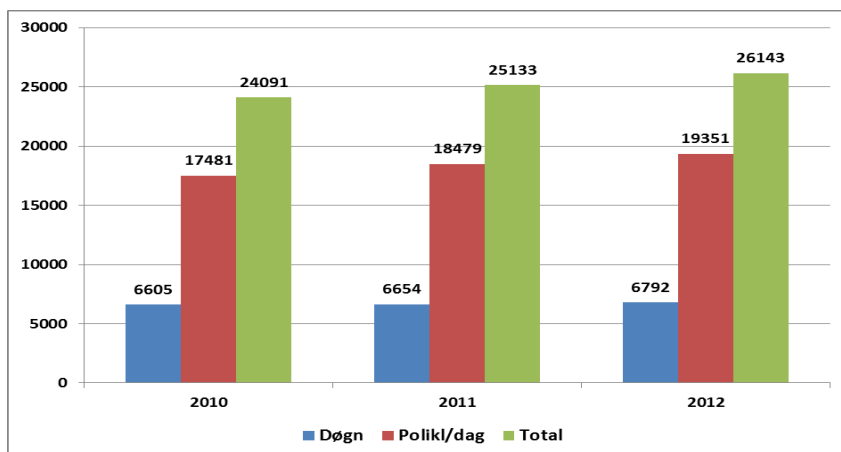
SIRUS (2015) gir en god oversikt over dette på sine nettsider, under kapittelet som omhandler «tjenestetilbudet i Norge». Det henvises her til rapporteringen fra Samdata, som viser at det var en økning i antall døgnplasser innen TSB frem til 2011, mens det var en nedgang i 2012. Tallene omfatter døgnplasser eid av helseforetakene og døgnplasser der det er samarbeidsavtaler med private institusjoner. (<http://www.sirus.no/publikasjon/rusmidler-i-norge/8-tjenestetilbudet/>)



Det er verdt å være klar over at hovedkilden for Samdatas rapportering er Statistisk Sentralbyrå (SSB). I SSB sin rapportering inngår også antall ettervernplasser og kjøpsavtaler med såkalte ad hoc- plasser, men disse er ikke tatt med i Samdatas rapportering. Det betyr at antall døgnplasser i TSB som fremkommer i SSB sine oversikter, vil være høyere enn det Samdata rapporterer om.

Når det gjelder antall pasienter i behandling i spesialisthelsetjenesten for rusmiddelproblemer, så henviser SIRUS til Norsk pasientregister sin oversikt fra 2010 til 2012. (ibid) Denne vises i stolpediagrammet under;

Jakten på den gode hjelperen



Diagrammet er laget på bakgrunn av individbaserte data, fra Norsk pasientregister, i årene fra 2010 til 2012 om rusmiddelbrukere i behandling. Tallene omfatter både pasienter som var i behandling innen TSB og i psykisk helsevern, og viser at det var en økning fra omkring 24 000 pasienter i 2010 til omkring 26 000 i 2012. Omtrent en fjerdedel av disse var i døgnbehandling. Så selv om det var en nedgang i antall plasser fra 2011 til 2012, så slo ikke dette ut i tilsvarende nedgang i antall døgnbehandling ved at det her var en økning fra 6654 i 2011 til 6792 i 2012. Det har også vært en økning i poliklinisk behandling med omtrent 1000 pasienter fra 2011 til 2012. (ibid)

Jeg velger å ikke gå inn på geografisk fordeling når det gjelder antall rusavhengige i behandling, annet enn å nevne at det er en tendens til at antallet personer med rusproblematikk øker med kommunestørrelse og kommunesentralitet. (Mld. St. 30 (2011-2012))

Behandling fordelt etter type rusmiddelavhengighet

For å skape et oversiktsbilde over rusfeltet, er det også av interesse å vite noe om fordelingen mellom pasienter som er diagnostisert med henholdsvis alkoholproblemer og narkotika/medikamentavhengighet som hovedutfordring. Dette er interessant for å få et inntrykk av hva slags rusmisbruk som er mest utbredt og som man finner igjen i behandlingsapparatet. Også dette har Norsk pasientregister laget en oversikt over, som også er gjengitt på SIRUS sine nettsider.

Jakten på den gode hjelperen

	Døgn	Poliklinisk + dag	Totalt
2010			
Alkohol (F10)	2 486	6 600 +36	9 122
Narkotika/Medik. (F11-19)	4 119	10 793 + 57	14 969
Totalt	6 605	17 393 +93	24 091
Alkohol/Narkotika+Medikamenter	38/62	38/62	38/62
2011			
Alkohol (F10)	2 662	6 697 + 35	9 394
Narkotika/Medik. (F11-19)	3 992	11 690 + 57	15 739
Totalt	6 654	18 387 + 92	25 133
Alkohol/Narkotika+Medikamenter	40/60	36/64	37/63
2012			
Alkohol (F10)	2 799	6 958 + 30	9 787
Narkotika/Medik. (F11-19)	3 993	12 318 + 45	16 356
Totalt	6 792	19 276 + 75	26 143
Alkohol/Narkotika+Medikamenter	41/59	36/64	37/63

Oversikten viser at det i løpet av de tre årene 2010, 2011 og 2012, ble det registrert 9-10 000 pasienter per år i behandling for alkoholproblemer, og 15-16 000 i behandling for misbruk av narkotika/medikamenter. Dette vil si at en tredjedel av pasientene i TSB har en diagnose som er knyttet til alkohol, mens litt i underkant av to tredjedeler har diagnose knyttet til misbruk av narkotika/medikamenter. Dette gjelder både pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling og i psykisk helsevern.

Når det gjelder fordelingen mellom kvinner og menn, er denne ca 30/70 uansett hvilket rusmiddel man har et misbruk av.

Litt om økonomi knyttet til rusproblematikk

I følge Samdata spesialisthelsetjenesten 2013, utgitt av Helsedirektoratet (2014), ble det i 2013 brukt 1055 kr per innbygger 18 år eller eldre til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I perioden 2009 til 2013 har kostnadene økt mer enn antall innbyggere i denne gruppen mennesker. Det er Helse Sør-Øst og Helse Vest som har det høyeste kostnadsnivået.

At rusfeltet er et samfunnsområde som satses på er tydelig når man ser på bevilgningene som er gjort til området de siste 10 årene. Rusfeltet har blitt styrket med ca 1 milliard kr siden 2006. (Meld. St. 30 (2011-2012), side 185).

LAR behandling er en enorm kostnad for samfunnet. I dag er det ca 7500 pasienter som mottar LAR behandling i Norge. Prislappen på dette kan anslås å være rundt 2,5 milliarder. (Ulf Dahl, under veiledning 15. oktober 2013).

Jakten på den gode hjelperen

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, avdeling rusmidler, gjennomførte Roar Gjelsvik ved Rokkansenteret i 2004 en utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol i Norge. Disse ble estimert til å være på mellom 18 og 19,6 milliarder kroner. Dette utgjør mellom 4000 og 4400 kroner pr innbygger i Norge. (Gjelsvik, 2004)

Brukernes stemme – hva slags forskning er gjort på feltet tidligere?

I denne oppgaven er det brukerne av tjenester innenfor rusbehandling og deres stemme som står i sentrum. Dette fordi det etter min mening er logisk at det er de som har konkret erfaring med det å «stå på den andre siden» av hjelpeapparatet, altså de som er mottakere av tjenester og behandling, som best kan si noe om hva som fungerer og ikke fungerer for dem i behandling. Det har det siste tiåret vært mye fokus på det å høyne kvaliteten på tjenestene i rusbehandling. (Meld.St. 30 (2011-2012)) Det har blitt gjort flere undersøkelser i Norge som går på pasienttilfredshet, og det er også noe internasjonal forskning som berører teamet som er kjernen i denne oppgaven.

Norske undersøkelser og forskning

De to siste årene har det blitt gjennomført nasjonale undersøkelser i forhold til pasienterfaringer med døgnopphold innen TSB. Den siste er fra 2014.

I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2014, er denne undersøkelsen et av styringsparameterne under «kvalitet og pasientsikkerhet». (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014) Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å planlegge og koordinere undersøkelsen som ble gjennomført i helseforetakene i fjor. Formålet med brukererfaringsundersøkelsen er å fremskaffe informasjon om pasienterfaringer innen TSB, for å kunne bruke dette som grunnlag som lokal kvalitetsforbedring og nasjonal statistikk.

Den kvantitative undersøkelsen ble gjennomført på en avtalt dag i uke 37 ved 101 institusjoner. Det ble delt ut spørreskjema, med to åpne spørsmål, der pasientene ble oppfordret til å bruke sine egne ord for å beskrive sine erfaringer med opphold på

Jakten på den gode hjelperen

rusinstitusjonen og om erfaringer med hjelp fra kommunen. Det ble mottatt 1017 besvarte spørreskjemaer, en svarprosent på 91. Undersøkelsen var fordelt på åtte områder; mottakelse og ventetid, behandlerne/personale, behandlingen, miljøet og aktivitetstilbudet, forberedelse til tiden etter utskrivning, andre vurderinger, tidligere innleggelses og hjelp fra kommunen du bor i. Pasientene rapporterte her om best erfaringer med; måten de ble tatt i mot på ved institusjonen, å bli møtt med høflighet og respekt og det å føle seg trygg ved institusjonen. Imidlertid viser funnene av undersøkelsen at det er stort forbedringspotensial på flere områder undersøkelsen dekker, blant annet; nok tid til samtaler og kontakt med personale/behandlerne, informasjon om og innflytelse på behandlingen, behandling tilpasset den enkeltes behov, utbytte av behandling i grupper eller med medisiner, hjelp til fysiske eller psykiske plager, tilfredsstillende tilgang til leger og psykologer, mulighetene for privatliv, forberedelse til tiden etter utskrivning og samarbeid med pårørende. (ibid)

Før spørreskjemaet som ble benyttet i undersøkelsen over var ferdig utarbeidet, gjennomførte Kunnskapssenteret en kvalitativ undersøkelse for å få bedre kunnskap om hvilke sider ved behandlingstilbudet som oppleves som avgjørende for pasientene. (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011) Det ble gjennomført 13 intervjuer med pasienter, og dette var stikkord i beskrivelsene de ga av gode hjelpere; ta godt i mot pasienter, lytte, ha positive holdninger, vise respekt, må følge opp det en lover, vise tillitt, ha kunnskap om rus, savnet erfaringskompetanse, se hele mennesket, ta pasienten på alvor i forhold til psykiske og somatiske plager, engasjert, være tilgjengelig,

Norsk doktorgrad

Sommeren 2011 disputerte Trond Nordfjærn for doktorgraden ved psykologisk institutt ved NTNU i Trondheim. Hans avhandling er basert på et forskningsarbeid blant norske ruspasienter, og har tittelen "Patients with Substance Use Disorders, an investigation of Relapse Substance Use and Recovery". Han ble med dette den første stipendiaten ved Rusbehandling Midt-Norges unge FoU-avdeling som har oppnådd en doktorgrad (Varmdal, 2011). (<http://www.stolav.no/no/Om-oss/Organisering/Divisjon-og-klinikk/Klinikk-for-rus-og-avhengighetsmedisin/korus/Nyheter/Doktorgrad-om-tilbakefallsmonster-blant-ruspasienter/114336/>)

Jakten på den gode hjelperen

I tillegg til å forske på årsaker til tilbakefall, foreslo Nordfjærn i sin avhandling en modell for å forklare rusbruk, og han undersøkte pasientenes opplevelse og nytte av behandlingstiltakene. Doktorgradsavhandlingen er basert på flere forskningsartikler som Nordfjærn har skrevet. En av dem heter «Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction» (Nordfjærn, Rundmo og Hole, 2010). Dette var en kvalitativ studie der til sammen 13 pasienter med rusavhengighet ble intervjuet. De ble bedt om å fortelle om positive og negative erfaringer med behandling og det å bli rusfrie. Funnene i denne studien viste at god relasjoner med ansatte som er karakterisert ved gjensidig respekt, forståelse og tilgjengelighet, er avgjørende for hvordan pasientene beskriver kvaliteten på behandlingen de gjennomgår. Et annet viktig funn var den gjensidige, positive påvirkningen pasientene opplevde å få av andre inneliggende pasienter. Suksessrate for å holde seg nykter hang sammen med grad av psykososial fungering hos den enkelte og hvilken type rusmiddel som dominerte rusmisbruket. Et annet funn i denne studien var at informantene opplevde det som veldig uheldig med mye utskiftninger av personale på behandlingsstedet. Dårlig relasjon til personalet og negativ påvirkning fra medpasienter ble også nevnt som uheldig for den enkeltes utbytte av behandlingen.

Internasjonal forskning

Det har blitt gjort flere studier internasjonalt når det gjelder erfaringer fra behandling blant pasienter med rusavhengighet. Jeg har funnet noen studier, som tar for seg dette med hva som oppfattes som god hjelp fra brukerne, som en del av studiene. Det slår meg at studiene jeg har funnet er ganske gamle – men uansett er de like aktuelle i dag. Det kan selvfølgelig være at jeg har gått glipp av nyere forskning innen dette feltet i løpet av min søkeprosess. Da det er disse jeg fant så velger jeg å presentere funnene i tre internasjonale studier; to fra USA og en fra Storbritannia.

Allerede i 1995 var det noen i **USA** som rettet søkelyset på dette med pasienttilfredshet og pasienters opplevelse av hva som karakteriserte god hjelp. Lovejoy et al. ga da ut artikkelen «Patient's Perspective on the Process of Change in Substance Abuse Treatment». Denne artikkelen er basert på en kvalitativ studie, hvor 17 informanter ble intervjuet. Disse var tilknyttet et behandlingsprogram som gikk på forebygging av tilbakefall blant metadonbrukere med sidemisbruk. Studiens formål var å finne ut av informantenes opplevelse

Jakten på den gode hjelperen

av den forandringen de hadde gjennomgått og hvilke faktorer de mente var vesentlige for å oppnå gode resultater. Det var fokus på fire områder innen behandling, hvorav en av disse var relasjonen de ansatte hadde med terapeuten og de andre ansatte.

Funnene rundt dette, som kan relateres til min studie, var for det første at det som ble karakterisert som den viktigste faktoren for at brukerne skulle utvikle tillitt til terapeuten, var at de følte at han eller hun virkelig brydde seg. At terapeuten var «der» for dem. Eksempler på hvordan behandlerne hadde klart dette, var for eksempel at han/hun hadde ringt brukeren hjemme og minnet på en avtale og det å ta seg litt ekstra tid til å snakke med dem utover avtalte møter. Stabil støtte og respekt var viktig for å etablere tillitt og en følelse av å føle seg trygg i den terapeutiske relasjonen. Å yte hjelp preget av støtte og hjelp preget av positivitet, fikk brukerne til å føle seg trygge, snakke ærlig og til å åpne seg. Pågående respekt, ros og oppmuntring hjalp dem til å bli mer sikre på seg selv og i mye høyere grad se håp i forhold til dem selv og muligheter for forandring. (Lovejoy, Rosenblum, Magura, Foote, Handlesman og Stimmel, 1995)

Det som i følge informantene bidro til at hjelpen ble oppfattet som mindre bra, var at noen terapeuter var for rigide i sin måte å omgås brukerne på. To informanter klaget på at relasjonen til behandleren ble for profesjonell, kontra det å være vennlig. Noen påpekte også maktforskjellen, i at brukeren fortalte «alt om seg selv», mens de ikke visste noe om terapeuten. (ibid)

I 1999 ga Baccus, Marsden, Griffiths, Gossop, Farrell, Clarke og Strang ut artikkelen «Clients Perceptions of Inpatient Treatment; a qualitative account with implications for service delivery». Artikkelen er basert på en kvalitativ studie der 42 rusavhengige i behandling ble spurt om hva de syntes om behandlingen de hadde gjennomgått innenfor en institusjon i London, **Storbritannia**. De uttalte seg om hvilke faktorer som var med på å legge grunnlaget for god og dårlig opplevelse av behandlingen. En av hovedfaktorene for god behandling var god relasjon til personalet. I følge informantene i denne studien ble den terapeutiske relasjonen oppfattet som god når personale var positive, ga støtte gjennom hele behandlingsperioden, viste empati og forståelse for den situasjonen pasientene var i, viste konfidensialitet i forhold til pasientenes personlige opplysninger og ved og ikke ha en dømmende holdning. Verdien av å etablere gode og støttende relasjoner til medpasienter ble også nevnt som medvirkende faktor for vellykket behandling. (Baccus et al, 1999).

Jakten på den gode hjelperen

I 2000 skrev Nicola A. Connors og Kathy K. Franklin artikkelen «Using focus groups to evaluate client satisfaction in an alcohol and drug treatment program». Denne artikkelen baserer seg på en studie gjort i Little Rock, **USA**. Dette var en kvalitativ studie, hvor 16 kvinner som var innlagt ved en rusinstitusjon for kvinner med barn i behandling ble spurt om hva de synes om den behandlingen de hadde fått ved stedet. Et av temaene de uttalte seg om var hvilke egenskaper personale burde inneha for å gjøre en god jobb. Informantene i denne studien var alle enige om at den viktigste egenskapen personale måtte ha, var å være i stand til å relatere til brukerne. Noen av dem påpekte at det burde være personale med erfaringskompetanse ansatt på stedet, for virkelig å forstå hva brukerne gikk igjennom. Informantene sa også noe om viktigheten av å ha nok kunnskap om rus, og at de ikke ville at ufaglærte skulle holde klasser og undervisning for dem. En positiv holdning preget av respekt ble nevnt som viktig, og det å få kritikk for de valgene de hadde tatt før de kom i behandling ble ikke sett på som særlig hjelpsomt. Andre ting informantene nevnte i forhold til personale var nødvendigheten av å respektere brukernes følelser og bekymringer og at personale ikke måtte bli for personlig involvert i de som var innlagt i behandling. Deltakerne beskrev gode ansatte som de som jobbet strukturert og som ikke tok jobben med seg hjem. I stedet klarte de å skille mellom jobb og privatliv. (Connors og Franklin, 2000)

METODE

Min studie hører hjemme i den kvalitative delen av forskning. Dette fordi det er snakk om å undersøke et fenomen basert på rusavhengiges tanker og opplevelser. Det ville være vanskelig å komme frem til vettuge svar rundt problemstillingen ved bruk av kvantitative metoder. Dette fordi for å finne ut av hva som karakteriserer godt psykososialt arbeid innen rusfeltet, så trenger man lange, utdypende svar og muligheter for å kunne følge opp med oppfølgingsspørsmål. Derfor lar det seg dårlig gjøre via spørreskjemaer med faste avkrysningsalternativer.

Hva er kvalitativ metode?

Kvalitative metoder er nettopp kjennetegnet ved det som er beskrevet over. Til forskjell fra kvantitative metoder som tar sikte på å komme frem til resultater som kan måles og veies, så er målet med kvalitative metoder økt forståelse fremfor forklaring. Malterud (2011) beskriver kvalitative studier for en systematisk og refleksiv kunnskapsutvikling, der man ønsker en overførbarhet ut over den lokale konteksten hvor studien er gjennomført. Ved bruk av kvalitative metoder kan resultatene av forskningen være med å bidra til å presentere et mangfold og nyanser av det forskningen setter søkelys på.

Studiens vitenskapsteoretiske grunnlag

Kvalitative metoder bygger ofte på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning. Erfaring er et nøkkelord knyttet til den vitenskapsteoretiske tradisjonen fenomenologi, mens fortolkning knyttes ofte til hermeneutikk. Det er disse to som utgjør det vitenskapsteoretiske grunnlaget for mitt prosjekt. Med en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming er det fenomenet «hva som karakteriserer godt psykososialt arbeid med mennesker som har rusproblemer», som er det sentrale. De to retningene har begge forståelse som mål, men forskjellen mellom dem kan det være vanskelig å få klarhet i. Jeg velger å skrive litt om de to retningene, for å gi et mer helhetlig bilde av designet på min studie.

- Fenomenologi

Fenomenologi er et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut i fra aktørens egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene. Det legges til grunn en forståelse av at den virkelige verden er den mennesker oppfatter. (Kvale og

Jakten på den gode hjelperen

Brinkmann (2009)). En annen måte å si det på er at menneskers erfaringer oppfattes som gyldig kunnskap. Det er den primære, subjektive erfaringen som er forutsetning for all vitenskap i fenomenologien. Mennesket har tilgang til fenomenene i livet sitt gjennom sin bevissthet, og bevisstheten er meningsdannende. Lillemoen (2008) skriver at fenomenets fremtreden skapes av menneskets intensjonalitet og at forståelsen av et fenomen derfor er avhengig av hvordan fenomenet erfares av mennesket. Fenomenologien er en erfaringsfilosofi, og er opptatt av den spontane og umiddelbare subjektive erfaring av livsfenomener, for eksempel hvordan det å være forelsket føles for den som er forelsket (ibid).

- Hermeneutikk

Den subjektive dimensjonen har også fokus innen for hermeneutikken. Denne retningen blir ofte kalt for «fortolkningslære», og omhandler tolkninger av meninger i menneskelige uttrykk. Tolkningen mellom leser og tekst kan forstås som en dialog, og det er denne dialogen som danner grunnlaget for erkjennelse. Når man bruker intervjuer som datainnsamlingsmetode, så er det de transkriberte intervjuene som danner teksten. All tolkning bygger på en forforståelse hos den som leser teksten.

- Den hermeneutiske sirkel/spiral

Den hermeneutiske sirkel er et sentralt begrep innen hermeneutikken. Lillemoen (2008) forklarer at den hermeneutiske sirkel uttrykker hvordan forståelse skapes gjennom vekslingen mellom delforståelse og helhetsforståelse. Vi forstår delene ut i fra helheten og helheten ut i fra delene. Denne skiftningen mellom å ha fokus på delene og helheten gjør at man oppnår mening og forståelse, som er karakteristisk for mennesket å kategorisere verden på (ibid).

Det kvalitative forskningsintervju

Det er mange måter å skaffe seg kvalitative data på, som for eksempel via intervjuer, livshistorier, dagboknotater, visuell analyse av tegninger og fotografier, minnearbeidsgruppe, etnografi, aksjonsforskning og fokusgruppe. I mitt prosjekt har jeg valgt å bruke halvstrukturert intervju med intervjuguide skrevet på forhånd.

Jakten på den gode hjelperen

Kvale og Brinkmann (2009, side 21) betegner forskningsintervjuet som en særegen form for samtale. Det er det å forstå sider ved informantens dagligliv, som er formålet med det kvalitative forskningsintervjuet. Et slikt intervju er likt den dagligdagse samtalen, men innebærer i likhet med det profesjonelle intervjuet, en bestemt struktur og hensikt. Forskningsintervjuet går dypere enn den spontane meningsutvekslingen som skjer i hverdagen, og tilnærmingen er varsomt spørre- og lytte-orientert. (ibid)

Planlegging av studien

Veien frem mot endelig problemstilling og vinkling av tema har forandret seg underveis. Jeg har hele tiden hatt en undring om hva som karakteriserer godt arbeid i rusfeltet og hvordan det står til med den spesialiserte kunnskapen om rusproblematikk blant dem som jobber i rusfeltet. Siden denne oppgaven hører inne under studiet Psykososialt Arbeid innen helse- og sosialfaglig yrkespraksis, så ble det naturlig å ta utgangspunkt i denne helhetstenkningen i problemstillingen. I mine første planleggingsstadier, så hadde jeg tenkt å henvende meg til ansatte som jobber i rusfeltet og gjennomføre kvalitative intervjuer med dem. Jeg ville også snakke med rusavhengige som hadde kjent behandling på kroppen, og la dem uttale seg om temaet. I min prosjektskisse kom jeg med en oversikt over en lang rekke institusjoner innen rusbehandling, som jeg tenkte jeg kunne kontakte. Der ville jeg komme i dialog med leder på stedet, og via vedkommende forhåpentligvis komme i kontakt med noen ansatte som ville la seg intervjuet. Forhåpentligvis ville jeg også finne noen rusavhengige som ville være informanter via disse kanalene.

Pilot «intervjuer»

I planleggingsperioden sendte jeg prosjektet inn til NSD for godkjenning, og jobbet med å skrive både intervjuguide (vedlegg 2) og samtykkeerklæringer. For å teste ut om temaet ville generere gode svar, så gjennomførte jeg, etter anbefaling av veileder, tre pilotsamtaler med inneliggende pasienter på min egen arbeidsplass. Dette ble som uformelle samtaler hvor jeg spurte hva de mente skulle til for å gjøre en god jobb i rusfeltet. Til min store glede, så viste det seg at jeg fikk meget interessante svar – og brukerne ga uttrykk for at de satte pris på å bli spurt om dette. Spesielt et av pilotintervjuene gjorde inntrykk på meg og jeg jobbet for å få dette oppgradert til å bli et av «hovedintervjuene», men innen alle godkjennelser og lignende var på plass, så var pasienten ferdig behandlet hos oss. Jeg har prøvd å få tak i vedkommende

Jakten på den gode hjelperen

i etterkant, men uten å lykkes. Men i grove trekk så viste det seg at mye av det som kom frem i pilotsamtalene, også var elementer som kom frem i intervjuene jeg landet på til slutt

Litteratursøk

Jeg har lenge visst hvilket tema mitt masterprosjekt skulle falle inn under, og følgelig har jeg jevnt og trutt brukt tid på å søke etter relevant litteratur. Jeg har benyttet meg av aksessen til vitenskapelige artikler gjennom Høyskolen i Østfold sin tilgang, og har søkt i forskjellige databaser. Før oria.no ble opprettet høsten 2014, så har jeg brukt idunn, academic search premier, helsebiblioteket, cochrane, lovdata, pubmed og svemed. Etter at oria.no ble lansert, har alle mine søk gått via denne portalen. Når det gjelder søkeord jeg har brukt, så omfatter dette både norske og engelske ord. **Engelske;** knowledge about substance abuse, psychosocial work, patient satisfaction, drug treatment studies, therapeutic relationship – og variasjoner av disse ordene. **Norske;** god relasjon, erfaringskompetanse, kunnskap om rus, holdninger til rusavhengige, stigmatisering, etikk, rusreformen, rus og media, ruspolitikk, psykososialt arbeid, pasienttilfredshet, rusbehandling, fenomenologi, spesialisert kunnskap om rus, anerkjennelse, utdanning innen rus.

Jeg har funnet både norske og internasjonal forskning/artikler. En annen viktig strategi har vært å se på referanselisten til forskjellige artikler, dokumenter, oppgaver og bøker for å finne frem til neste aktuelle referanse. Jeg har også brukt www.google.no for å søke etter relevant stoff, og jeg har også søkt på bokkilden.no for å se hvilke titler de hadde tilgjengelig om de emnene jeg skulle skrive om. En dag brukte jeg på biblioteket på Høyskolen i Telemark, og så i bokhylla der hvilke bøker de hadde der under temaet «rus».

Som vist er det flere studier fra utlandet som tar for seg det samme som jeg skriver om i denne oppgaven. Jeg håper det styrker oppgaven at jeg ser at det finnes studier som konkluderer med mange av de samme elementene jeg har kommet frem til via mine intervjuer. Søking etter litteratur har vært en krevende prosess, og det er ikke få timer jeg har brukt foran datamaskinen for å finne frem til relevant materiale.

Forespørsel på facebook

Som nevnt over var det min opprinnelige plan å kontakte diverse institusjoner i rusfeltet for å rekruttere informanter derifra. Men da jeg skulle starte opp dette arbeidet på nyåret i 2014, så

Jakten på den gode hjelperen

fant jeg ut ganske fort at dette ville bli en tungvint måte å gjøre det på. Det kom til å ta lang tid, og jeg hadde lyst til å komme i gang med intervjuarbeidet så snart som mulig. Derfor fikk jeg en ide om å legge ut en generell forespørsel på facebook, i ulike grupper der. Jeg la ut forespørselen på til sammen fire forskjellige grupper som hadde til felles at medlemmene i de respektive gruppene interesserte seg for diverse varianter av problemstillinger innen rus. Det kom raskt tilbakemelding fra folk som gjerne ville være informanter. Under denne prosessen så gjorde jeg meg en viktig oppdagelse, og det var at det kun var rusavhengige som viste interesser og engasjement til å bli med på studien. Ingen på den andre siden av hjelpeapparatet, altså ansatte, meldte sin interesse. Bortsett fra ei som jobbet som sosionom i Stavanger, som nettopp hadde levert sin egen masteroppgave om LAR og pårørende. Dette synes jeg var en viktig observasjon, for det sier meg at det er mye engasjement blant brukere av rusfeltet. I tillegg til de fire «rusgruppene», la jeg også forespørselen ut på en gruppe for vernepleiere – men fikk ikke napp der heller. Det at ingen ansatte tok kontakt med meg for å være informant, er jo en observasjon i seg selv.

Endring i planene

Under en samling på skolen i slutten av januar 2014, så ble jeg rådet til å «gjøre ting så enkelt som mulig». Dette rådet fulgte jeg, og det er derfor alle informantene i min oppgave er personer som har vært i behandling for sitt rusproblem.. Jeg er glad for at det ble denne vinklingen, for jeg mener at de som har levd ruslivet, vært i behandling og kjent alt dette på kroppen – det er de som vet best hva som karakteriserer den gode hjelperen i rusfeltet. Det er de som sitter med erfaringskompetansen om hva som skaper tillitt og bidrar til endring, og hva som ikke gjør det. Og det er kun gjennom dem jeg kan få de ærlige historiene og eksemplene om hva god hjelp og støtte til denne pasientgruppa inneholder.

Veien frem til informantene

Som sagt så opplevde jeg god respons på facebook forespørselen min. Det var i alt 12 stykker som meldte sin interesse. Det var både menn og kvinner som tok kontakt med meg og de var fra forskjellige deler av landet. Men det skulle vise seg at det å gå fra å vise interesse, til å gjøre en avtale og gjennomføre et intervju, den var vanskelig å fullføre for mange. Jeg opplevde at flere som hadde tatt kontakt med meg, ikke svarte når det var snakk om å enes om en dato for gjennomførelse av intervju. Jeg endte opp med fire informanter som ble rekruttert

Jakten på den gode hjelperen

via facebook. To av informantene ble rekruttert via en bekjent av forfatteren som også er engasjert i rusbehandling og som har jobbet med dette i mange år.

Kriterier

Jeg hadde ikke så mange kriterier for informantene som skulle være med i min studie. De måtte være over 18 år, hatt en bakgrunn som rusavhengig og vært i kontakt med behandlingsapparatet mer enn en gang. Jeg hadde ingen kriterier om at informantene måtte være helt nyktre på tidspunktet hvor intervjuet fant sted. I tillegg til dette ville jeg gjerne ha begge kjønn representert. Det klarte jeg å oppnå, og endte til slutt opp med halvparten kvinner og halvparten menn som informanter.

Datainnsamling – gjennomføring av intervjuene

Jeg valgte å jobbe intensivt med å komme i land med alle intervjuene mine. Alle intervjuene ble foretatt i løpet av en periode på 6-7 uker, i mars-april 2014. Samtalene har blitt gjennomført på forskjellige steder og jeg brukte flere forskjellige instrumenter for å gjennomføre intervjuene.

«Location» og instrumenter

De to første intervjuene var med informanter som var rekruttert via facebook. Da begge bodde i samme område som meg, møtte jeg dem **på et bibliotek**. Informant nummer en hentet jeg hjemme hos henne, mens informant nummer to møtte jeg utenfor biblioteket. Der lånte jeg et grupperom hvor vi fikk sitte i fred. Det ble benyttet båndopptaker for å ta opp samtalene på bånd.

Neste intervju foregikk på **Høyskolen i Telemark**, hvor jeg lånte et grupperom. I forkant av dette hentet jeg informanten, som var rekruttert via en bekjent av forfatteren, hjemme hos vedkommende. Diktafonen ble brukt her også.

Intervju nummer fire ble gjennomført på **en rusinstitusjon på Østlandet**, hvor vi fikk låne et kontor til en behandler som ikke var på jobb den dagen. Også her ble diktafonen brukt.

Intervju nummer fem tok jeg **hjemme på mitt eget kjøkken**. Informanten bor i Bergen, og ble rekruttert via facebook. Da hun henvendte seg til meg og sa hun bodde i Bergen, så avskrev jeg henne egentlig med det første. Men etter hvert som det ble vanskelig å få avtaler,

Jakten på den gode hjelperen

så lærte jeg meg hvordan man bruker Skype, og gjennomførte intervjuet problemfritt via denne kanalen.

Siste intervju var med ei jente fra Oslo. Hun viste et stort engasjement og ville veldig gjerne være en av mine informanter. Men hun hadde beklagelig nok vært utsatt for innbrudd og blitt frastjålet datamaskinen sin, så det å ta intervjuet via Skype ble veldig vanskelig. Hun ville at jeg skulle komme til Oslo, men jeg hadde bestemt meg for å ikke legge så mye tid i intervjuene, da jeg strevde med å få tidskabelen opp i utgangspunktet. Jeg hadde kontakt med henne via sms og intervjuet ble til slutt gjennomført ved at jeg ringte til henne, satte telefonen på høyttaler og la diktafonen ved siden av slik at jeg fikk tatt opp samtalen på den måten. Dette intervjuet ble også gjennomført **hjemme hos meg**.

Tidsaspektet i intervjuene

Fem av intervjuene varte mellom litt over en time og halvannen time. Det siste intervjuet, derimot, varte i to timer og 16 minutter.

Noen refleksjoner rundt gjennomføringen av intervjuene.

Intervjuene ble gjennomført på litt forskjellige måter. Det å møte informantene er helt klart det beste. Det å ha øyekontakt og lese kroppsspråket er veldig verdifullt, da det gir mye mer informasjon enn bare det som blir sagt. Men jeg må si at jeg ble svært overrasket over hvor godt det fungerte også å foreta intervju via Skype. Selv om man ikke er i samme rom fysisk, så kan man likevel se den andre og lyden ble helt super. Det å bruke telefon på høyttaler oppdaget jeg derimot ikke var en veldig god løsning. Fordelen er at man i likhet med intervju via Skype, kan sitte hjemme hos seg selv – men lyden ble veldig dårlig. Det straffer seg når intervjuet også viser seg å dra ut i tid.

Kort presentasjon av informantene

«*Borghild*» – født inn i rus, pårørende og utviklet selv et rusproblem i voksen alder. Vært inne til behandling flere ganger, og har nå vært nykter i ca fire år.

Jakten på den gode hjelperen

«Trym» - voksen LAR pasient. Vært inne til behandling mange ganger, mest avrusing. Er på vei ut av LAR.

«Gunnar» - voksen LAR pasient. Erfaring fra forskjellige institusjoner med forskjellige typer behandlingsopplegg. Har sterke meninger om LAR og engasjerer seg på sosiale medier i forhold til LAR.

«Anders» - voksen rusmisbruker med et alvorlig alkoholmisbruk bak seg. Vært inne til behandling flere ganger før ved forskjellige avdelinger.

«Ellinor» - voksen x-misbruker. Har gjennomgått en vellykket LAR-behandling med metadon og har vært ute av LAR i noen år.

«Rikke» - voksen LAR-pasient. Har vært i behandling mange ganger, har blant annet erfaring med å være innlagt på tvang.

Etiske overveielser underveis

Før arbeidene med intervjuene startet søkte jeg Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste for godkjenning av prosjektet (vedlegg 3).

Det var viktig for meg at de som viste interesse for å være med på mitt prosjekt skulle føle seg godt ivaretatt og at de visste hva de var med på. Derfor startet jeg alle intervjuene med å gå igjennom samtykkeerklæringen (vedlegg 1). Dette gjorde jeg vet at jeg leste den høyt for informanten. Da jeg var ferdig spurte jeg dem om det var noe de lurte på eller om noe var uklart i forhold til hva de hadde sagt «ja» til å være med på. Malterud (2011, s 203) skriver at forskeren må være klar over at enhver datainnsamling representerer en potensiell intervensjon som kan åpne for en prosess og aktivisere psykisk uro. Selv om det ikke var spørsmål av intim eller veldig personlig karakter de skulle utsettes for, så kunne det tenkes at spørsmål om tidligere erfaringer i hjelpeapparatet kunne bringe frem negative følelser.

Informantene ble informert om hensikten med prosjektet, at de ville bli anonymisert i ferdig oppgavetekst, både ved fiktive navn og ved at særlige personlige kjennetegn ikke ville bli tatt med. Det var også viktig for meg å presisere at de var med på dette frivillig og fikk mine kontaktopplysninger de kunne bruke om de ombestemte seg på deltakelsen i prosjektet.

Jakten på den gode hjelperen

Når det nå ble slik at prosjektet ble utsatt fra november 2014 til mai 2015, så ble jeg kontaktet av NSD igjen - og søkte om å få prosjektet utsatt. I den forbindelse var jeg i kontakt med alle informantene og sa i fra at prosjektet var blitt utsatt noe. Alle ga gode tilbakemeldinger om at de satte pris på å høre fra meg og få informasjon om «hvor landet lå».

Det ble også sagt noe om hvordan data skulle bli oppbevart under arbeidet med prosjektet – ingen andre enn forfatteren har hatt tilgang til materiale, verken til diktafonen eller til datamaskinen arbeidet har vært lagret på. De fire informantene jeg satt fysisk sammen med skrev under på samtykkeerklæringen, men de to som jeg intervjuet via skype og telefon samtykket muntlig, noe som er tatt opp på bånd.

Transkribering og sitater

Ved transkribering klargjør man intervjumaterialet for analyse, og innebærer som oftest at man gjør om talen på et opptak til skriftlig tekst. Jeg startet med transkriberingsarbeidet umiddelbart etter at intervjuene var ferdige, og har skrevet ned ord for ord. I noen tilfeller er ord som eh.. hm.. osv tatt vekk, da disse bare fungerer som fyllord i en samtale. I siste intervju er det deler av setninger jeg ikke har fått helt med meg, da lyd kvaliteten ikke ble like god ved opptak fra mobiltelefon på høyttaler. På steder hvor det har vært vanskelig å høre i intervjuet, har jeg valgt å ikke bruke dette – da jeg kunne ha feilsitert informanten.

Etter å ha transkribert ferdig seks intervjuer hadde jeg til sammen litt i underkant av 100 transkriberte sider. Det at jeg gjorde transkriberingsjobben snarlig etter at jeg hadde gjennomført intervjuene, gjorde at jeg ble godt kjent med materialet. Sitater som er brukt i analysen, er gjengitt så korrekt som mulig i forhold til det informantene sa under intervjuene. Forhåpentligvis så er min fortolkning så nær deres som mulig. (Jacobsen, 2010, s 35-36) Jeg har valgt å ikke sende intervjuene tilbake til informantene etter endt transkribering for godkjenning, etter råd fra veileder. Det som blir sagt under et intervju er det som kommer «der og da», og det kan bli en uoverkommelig jobb om seks informanter stadig vil forandre på det de mener og måten de sa ting på under intervjuet.

Analyse av data

Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Det å analysere kvalitative data innebærer å stille spørsmål til

Jakten på den gode hjelperen

materialet, og gjenfortelle resultatene på en systematisk, forståelig og relevant måte. (Malterud 2011, s 91).

Jeg har valgt å beskrive analysedelen nærmere i forbindelse med presentasjonen av funnene. Derfor står denne delen for seg selv i begynnelsen av neste kapittel.

Forskningsmessig kvalitet – gyldighet og pålitelighet

Vi foretar hele tiden kvalitetsvurderinger av de varer og tjenester vi bruker i hverdagen. På lik linje stilles det krav til kvalitet til forskning som blir gjort, og man har ulike former for vurdering også i forhold til forskning, for å si om noe er av god eller dårlig kvalitet. Lund og Haugen (2006, s. 51) sier at om noe skal kunne betraktes som kunnskap, så må det oppfylle bestemte kvalitetskrav. Slike krav er knyttet både til problemstillingen, formålet for forskningen og til metoder og resultater. Problemstilling og formål indikerer hvilke slutninger som er relevante, mens de metodene som blir brukt og resultatene som foreligger er avgjørende for hvor sikre eller relevante disse slutningene blir. (ibid).

Forskning skal alltid forsøke å minimere problemer knyttet til gyldighet og pålitelighet. (Jacobsen, 2003, s. 116) Derfor må man ha et kritisk blikk på den undersøkelsen man har utført. Man kan ikke underkaste kvalitative data en kvantitativ logikk, men man må forsøke å forholde seg kritisk til kvaliteten på de dataene en har samlet inn. Har vi fått tak i det vi ønsket å få tak i (intern gyldighet)? Kan vi overføre det vi har funnet til andre sammenhenger (ekstern gyldighet)? Kan vi stole på de dataene vi har samlet inn (pålitelighet)? (ibid). Jeg vil forsøke å reflektere litt rundt dette angående min egen studie i det følgende.

Gyldighet /validitet

I følge Kvale og Brinkmann (2009) blir ordet «validitet» definert i vanlige ordbøker som en uttalelses sannhet, riktighet og styrke. Et argument kan kalles valid når det er et fornuftig, velfundert, berettiget, sterkt og overbevisende argument. Malterud (2011) skriver at all kunnskapsutvikling handler om å finne frem til mer eller mindre relevante versjoner av den virkelighet vi ønsker å få vite noe mer om. Det å stille seg noen spørsmål rundt relevans angående egen studie, handler om å klargjøre muligheter og begrensninger ved den spesifikke versjonen av det man har samlet inn. (ibid).

Jakten på den gode hjelperen

I forhold til problemstillingen for oppgaven, så har den blitt litt forandret på underveis, det vil si i etterkant av at intervjuene ble gjennomført. Om formuleringen av problemstillingen hadde vært lik under gjennomføringen av intervjuene som den ble til slutt, så kan det godt hende at jeg hadde hatt en noe annen vinkling på spørsmålene, eller hatt med flere spørsmål som dreide seg direkte rundt det psykososiale perspektivet. På en annen side ville det kanskje ikke vært fruktbart å bruke ordet «psykososialt arbeid» i spørsmålene i intervjuguiden, da det er et ord som ikke er så lett å definere. Jeg opplevde også at jeg hadde et spørsmål i intervjuguiden som ikke var relevant i forhold til problemstillingen, men som informantene brukte lang tid på å snakke om, nemlig deres rushistorie. Da jeg i analysen så at svarene på dette spørsmålet ikke var relevant for problemstillingen, så valgte jeg bevisst å ikke nevne det verken i analysen eller i drøftingsdelen. Jeg ser i etterkant at jeg nok kunne ha brukt mer tid på å utarbeide intervjuguiden og fått mer veiledning her.

I forhold til utvalget så tenker jeg at de informantene jeg fikk, danner et godt grunnlag for å få svar på problemstillingen, men kanskje jeg burde ha satt noen flere kriterier til informantene enn det jeg gjorde. For eksempel så hadde jeg ikke et krav om at de skulle være helt nyktre under intervjuet, noe som jeg fikk kjenne på i et av dem. En av informantene var tydelig ruset under intervjuet, og ble mer og mer sløv utover i intervjuet. Jeg diskuterte imidlertid dette med veileder i etterkant, da jeg var usikker på om jeg kunne bruke intervjuet. Litt flaks hadde jeg likevel, for vedkommende informant kom inn til behandling der jeg jobber, en stund etter intervjuet. Da fikk jeg tatt dette opp med han, og han sa det samme da som under intervjuet, at det han ble spurt om i intervjuet er temaer som han har tenkt mye på de siste årene, og at de svarene som kom da han var ruset, nok ville være de samme om han hadde vært nykter.

Når det gjelder analysedelen har jeg lest over metodelitteraturen, men jeg har allikevel ikke pugget den, for å si det sånn. Jeg leste et sted at det ikke er noe fasit på hvordan analysen av en kvalitativ studie skal gjennomføres, og har derfor tatt med meg tips på veien i forhold til hvordan analysen skulle utføres, men ikke fulgt en spesiell metode slavisk. Det kan godt hende at jeg burde ha gjort dette, og dette hadde resultert i en mer oversiktlig fremstilling og konklusjon. Når jeg nå ser på det ferdige arbeidet, så ser jeg at jeg har fulgt Giorgis forslag til fenomenologisk analyse som er forklart av Malterud (2011), uten å gå spesifikt inn for det.

Selv om selve analyseprosessen sikkert kunne ha blitt gjort mer grundig, så synes jeg likevel at problemstillingen har blitt besvart på en god måte. Jeg har fått svar på det jeg lurte på i utgangspunktet, nemlig hva informantene mener karakteriserer en god hjelper i rusfeltet i

Jakten på den gode hjelperen

form av deres erfaringer og meninger og via historiene de har delt med meg som viser god og dårlig hjelp i praksis. Men det er også klart at en annen forsker kanskje hadde valgt å se på andre deler av materiale og kanskje valgt å diskutere andre temaer i drøftingen.

Pålitelighet - reliabilitet

Uttrykket reliabilitet har med forskningsresultatene konsistent og troverdighet å gjøre. Begrepet ses i sammenheng med hvordan studiens data er innhentet og bearbeidet. Mens det innenfor kvantitativ forskning kan benyttes ulike metoder for å måle studiens pålitelighet, er ikke dette hensiktsmessig på samme måte innenfor kvalitativ forskning. Det er også derfor innsamlingsteknikkene er forskjellige. Innenfor kvalitativ forskning kan man anse seg selv om et instrument for å innhente data, og med dette vil det være umulig for en annen forsker å gjøre en helt lik studie og få helt de samme resultatene. (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2010)

I studien som presenteres i denne oppgaven så har fokuset vært på brukere av behandlingsapparatet i rusfeltet, for å få frem deres subjektive meninger, erfaringer og historier gjennom kvalitative intervjuer. Det er deres uttalelser som ligger til grunn for analysen. Men det er klart at jeg som forsker har påvirket utfallet av studien med min forforståelse og mine erfaringer og ikke minst med mine utvelgelser og fortolkninger. En annen forsker ville kanskje valgt andre utdrag fra samtale med informantene, laget en annen intervjuguide og andre informanter ville kommet med andre egenerfarte historier for å illustrere hva de mener er god/dårlig hjelp i rusfeltet. For å kunne si noe om påliteligheten i kvalitativ forskning, er det viktig å redegjøre for hva man har gjort underveis i forskningsprosessen. (ibid) Det har jeg gjort så godt jeg kan i dette kapittelet som handler om metode. Så nøye som mulig har jeg beskrevet hva jeg har gjort i alle trinnene i prosessen, alt fra planlegging av studien, via gjennomføring av intervjuene og veien frem til analysen. Dette er med på å styrke studiens pålitelighet.

HVA KARAKTERISERER GODT PSYKOSOSIALT ARBEID MED MENNESKER SOM HAR RUSPROBLEMER – SETT FRA BRUKERNES SIDE?

PRESENTASJON AV FUNN

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere funnene som kom frem gjennom mine intervjuer med informantene. Da jeg etter endt intervjurunde satt igjen med nesten 100 transkriberte sider, sier det seg selv at jeg må foreta en utvelgelse blant funnene. Som Malterud (2011, s 93) sier så krever all vitenskapelig analyse en eller annen form for filtrering og reduksjon. «Å analysere» betyr jo nettopp å dele noe opp i biter eller elementer (Kvale og Brinkman (2009, s 201)) For å kunne gi en oversiktlig fremstilling av hva informantene fortalte meg gjennom våre samtaler, så har jeg gått igjennom alt materiale flere ganger og brukt prinsippene om dekontekstualisering og rekontekstualisering. (Malterud (2011, s 93). Jeg leste først igjennom alle de transkriberte sidene, for å få en oversikt over materiale. Så laget jeg et sammendrag av hva de ulike informantene svarte på de ulike spørsmålene, for å få frem essensen i svarene på det konkrete spørsmålet. Deretter laget jeg også en oversikt over hva hver informant svarte til hvert spørsmål, for å få en oversikt over funnene på hvert spørsmål. Neste steg var å lese igjennom alle intervjuene en gang til, for så å skrive ned temaer som kom frem via svarene, og så notere ned om det var flere av informantene som sa noe om det samme temaet. Det viste seg at det var mange temaer som flere av informantene tok opp. Jeg satt til slutt med 22 temaer som to eller flere av informantene sa noe om. Til slutt valgte jeg og konsentrere meg om fire hovedtemaer som et overfall av informantene hadde meninger om. Det er disse som er drøftet i drøftingsdelen i neste kapittel.

Som nevnt under metodekapittelet, så er min oppgave basert på et fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapssyn. Malterud (2011,s 96) henviser i boka si til Giorgi som sier at hensikten med en fenomenologisk analyse er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt. Min jobb har vært å lete etter vesentlige kjennetegn som gjentar seg i materiale og jeg vil med dette prøve å presentere disse på en forståelig og oversiktlig måte. Jeg har underveis i analysen vært bevisst på å prøve å «legge min

Jakten på den gode hjelperen

forforståelse i baklomma», selv om det i utgangspunktet er umulig å være helt objektiv til materialet. (ibid).

Som nevnt over er min analyse basert på en fenomenologisk plattform, og med dette er min analyse en beskrivende analyse, som har som mål å gi forståelse av mangfold, fellestrekk eller typiske egenskaper ved fenomenet som blir studert. (Malterud, 2011, s 82).

For å skape et godt bilde av mine funn, velger jeg å dele denne delen av oppgaven inn i syv hoveddeler. Disse delene har samme overskrifter som syv av spørsmålene jeg hadde i min intervjuguide. Jeg kan ikke ha med sitater fra alle informantene under hvert spørsmål, det vil ta alt for mye plass. Derfor velger jeg å presentere sitater som sier noe om temaer som går igjennom hos flere av informantene under hvert spørsmål. Rekkefølgen av spørsmålene med tilhørende funn, er tilsvarende de som ble stilt under mine samtaler med informantene. For å få luft i teksten velger jeg å dele svarene inn i temaer som kom frem gjennom disse, der det passer og dele teksten opp i temaer.

Jeg velger å ikke komme med drøftinger av funnene underveis, men lager heller en egen drøftingsdel senere i oppgaven. Dette valget har jeg tatt rett og slett for å gjøre det enklere for meg selv.

De syv overskriftene tar for seg svar på følgende syv spørsmål;

1. I hvilken grad synes du de ansatte i rusomsorgen klarer å se DIN situasjon i forhold til rusproblematikken? Klarer de å se hele bildet?
2. Hva bør man kunne noe om for å gjøre en så bra jobb som mulig i rusfeltet?
3. Hvis du tenker på en god hjelper du har hatt i rusbehandling – hva var det som karakteriserte denne personen?
4. Hvis du tenker på en dårlig hjelper du har hatt i rusbehandling – hva gjorde at du opplevde vedkommende som dårlig?
5. Ut i fra din erfaring; i hvilken grad synes du ansatte i rusomsorgen har god kunnskap om rus?
6. Har du noen selvopplevde erfaringer som illustrer god eller dårlig kunnskap om rus i behandling?

7. Hvis du kunne komme med en oppfordring til ansatte i rusfeltet – hva ville det være?

Leseren kan kanskje synes det er litt rart at ikke ordet «psykososialt» blir benyttet i noen av spørsmålene. Som nevnt i metodekapittelet er grunnen til dette er rett og slett at min problemstilling har blitt forandret underveis, og inneholdt ikke denne termen i utgangspunktet. Men etter diskusjon og refleksjon med veileder, så har problemstillingen fått denne vridningen. Funnene gir etter min mening, svaret på akkurat det samme – selv om problemstillingen i utgangspunktet ikke tok for seg det psykososiale eksplisitt. Som nevnt i teoridelen, så handler psykososialt arbeid om å tenke helhet – og det er dette jeg har prøvd å få frem ved å bruke de spørsmålene jeg har brukt i intervjuguiden – et helhetlig bilde på hva informantene mener er god hjelp i rusfeltet. En annen tanke jeg har er at det muligens ikke ville vært hensiktsmessig å bruke ordet «psykososialt» i spørsmålene uansett – da det som nevnt tidligere i oppgaven ikke er et begrep som har et fastsatt, kjent meningsinnhold. Det kunne bare ha blitt forvirrende for informantene å forholde seg til et begrep de kanskje ikke ville ha visst hva innebar.

Noen av spørsmålene jeg brukte i intervjuguiden tilsvarer mine forskningsspørsmål. Disse til sammen vil kunne bidra til å gi svaret på oppgavens problemstilling, som er; «Hva karakteriserer godt psykososialt arbeid med mennesker som har rusproblemer – sett fra brukernes side?».

Del 1; I hvilken grad synes du de ansatte i rusomsorgen klarer å se din situasjon i forhold til rusproblematikken – klarer de å se hele bildet?

Informantene gir uttrykk for at de jevnt over ikke føler at hjelpen de har fått er tilstrekkelig på dette området. Selv om alle sier noe om at det selvfølgelig finnes gode hjelpere i rusomsorgen, uttrykker et overtall av informantene at de ansatte kunne gjort det bedre her. Det som går igjen i svarene på dette spørsmålet er at det er lite kompetanse ut og går, systemet virker å ha en hemmende effekt på hvordan hjelperne utfører jobben sin, og det savnes fler ansatte med erfaringskompetanse. Det uttrykkes også at det er veldig individuelt på hvordan en ansatt utfører jobben, i forhold til viljen til å forstå og faktorer som relasjon og kjemi spiller en rolle.

Jakten på den gode hjelperen

Lite kompetanse

Borghild savner mer kompetanse blant de ansatte, og svarer kontant med sterk stemme dette, når hun blir stilt spørsmålet;

«Nei, Helt soleklart nei. Det gjør de ikke, og de har ikke kompetanse nok til å se at folk ruser seg på huset eller noe som helst. Da må andre rydde opp. Det ble solgt inne på avdelingen. Og jeg sa i fra at dette finner jeg meg ikke i, dette mennesket vil jeg ikke ha i gruppa. Der sitter vedkommende rusa – nå må dere gjøre noe. Men tenker også det at det er forskjellige typer rus, hvilke konsekvenser, skader og sånn – og hvilken kompetanse har de om dette.»

Anders uttrykker det slik, når han forteller om dårlig erfaringer spesielt med psykologer som yrkesgruppe;

«De psykologene jeg har vært borti, der har det vært mye tullprat. Men det er ikke dermed sagt at det er tullprat i den forstand, men jeg mener at det fungerer ikke. Det fungerer ikke på meg. Og da kommer de bare å gjemmer seg bak forskning, og sier at det er bevist. «Ja», sier jeg, «men det gjør ikke det på meg». Det er vel ingenting jeg ikke har prøvd av sånne ting.»

I forhold til det å tenke helhet, så kommer Trym med et eksempel på det motsatte i så måte;

«Det er kanskje ei i LAR som til en viss grad forstår meg, men de andre er helt på bærtur. Det mener jeg. Det virker som de bare er ute etter måter å straffe deg på. Innskrenke henteordninga, de...ja...bla bla bla og alt det der. Men jeg som må ta buss...hvis de setter meg til henting hver dag, da må jeg gå halvannen mil jeg, på søndagene...frem og tilbake for å hente metadonen. Nå gjør jeg ikke det da, men hvis de sier at jeg må hente hver dag i uka, skal de betale reisepengene da?»

Savner erfaringskompetanse

Flere av informantene sier noe om hvor vanskelig det er å kunne se hele bilde til en rusavhengig, når man ikke har kjent det livet på kroppen selv. Derfor savner de flere ansatte med erfaringskompetanse.

Gunnar sier det slik:

Jakten på den gode hjelperen

«Generelt så blir man godt forstått. Det vil jeg si. Men jeg har likevel aldri opplevd større forståelse enn de gangene det har vært en annen rusavhengig som har gått inn og snakka med meg. De har automatisk mer forståelse. Ikke det at det skal komme inne en som holder på, som skal si noe, men en som gjorde det tidligere og som i tillegg har gått på skole. Han har fått den teoretiske biten på plass, men har også den praktiske erfaringen – det er uten tvil de beste behandlerne.»

Borghild sier noe om at det å ha direkte kunnskap om hvordan rus virker og lignende ikke er det viktigste, men at en med erfaringskompetanse har mye større sjanse for å fange opp slike signaler;

«Det er en av de tinga som en med erfaringskompetanse ser med en gang. Fordi det er så indoktrinert, så innlært i systemet».

Rikke sier også noe om det samme;

«Man kan aldri forstå hundre prosent hvordan det er å være rusmisbruker om man ikke har vært det sjøl, men altså... de fleste er lette snakke med og er åpne av natur».

Anders opplever også å møte mer forståelse hos eks rusmisbrukere i behandling, men reflektere også godt rundt hvorfor det kan være vanskelig å se helhet og forstå for en som ikke har en tidligere rusbakgrunn;

«De med erfaringskompetanse forstår hvordan det virkelig er. Men det er jo så vanskelig også da. Jeg kan fortelle om episoder med en ansatt som er tidligere rusavhengig, og da er det jo ikke vanskelig. Fordi at de kan svare «Ja, jøssenam, det vet jeg åssen er.» Det er synd at det ikke er mer av det altså. For det er klin umulig altså, å sette seg inn det der, selv om man er utdannet på alle mulige måter. Så har en aldri følt det djevleskapet, som det egentlig er. Det er så sammensatt og rart at jeg forstår det ikke selv en gang. Bare at jeg kan snakke om følelsene rundt det, men jeg kan ikke forstå hvorfor jeg gjør det. For det er jo helt umulig, det er jo ikke fornuft i det hele tatt. Det er helt i en annen verden, spør du meg. Ikke sant, det har skjedd mange ganger at lissom «du skal ikke gå i butikken og kjøpe alkohol» på en måte – men jeg kanskje likegodt gi faen i å si det, for jeg gjør det jo likevel. Det er som å gå i en helt annen retning enn butikken, og så snur kroppen av seg selv og går til butikken. Derfor er det vanskelig for andre. Altså jeg forstår det jo ikke selv».

Systemet til hinder for arbeidsutfoldelse

Flere av informantene har tanker om at «det å jobbe for systemet», kan virke hemmede i seg selv for evnen til se å helheten. Gunnar sier;

«Altså, det er så forskjellig. Det er mange mennesker som ikke burde jobbe med mennesker i det hele tatt. Altså, jeg pleier å si det sånn; hvis et menneske har grunnleggende holdninger i verdigrunnlaget sitt, at de ønsker å jobbe med mennesker, det er stor forskjell fra mennesker som først og fremst har grunnleggende holdninger i verdigrunnlaget sitt at de ønsker å jobbe for systemet først og fremst. Om det er sånn at menneskene kommer etterpå, så mener jeg de er ute å kjører.»

Rikke svarer på spørsmålet om hun blir møtt med en helhetlig syn på denne måten;

«Jeg må si at de fleste stedene jeg har vært, så har det kanskje vært litt labert. Men vil de, så klarer de å forstå, om du forstår hva jeg mener? De som virkelig vil, de forstår. De prøver. Men de blir stoppet litt av teamledere og regler...men jeg har en følelse av at det egentlig var LAR som ikke ville forstå. Jeg føler de forstår, men de har så mye regler og forholde seg til at de må følge «malen». Jeg føler at noen blir litt stoppet av.. jeg vet ikke helt hva som stopper de, men av regler, av pasientrettigheter...av...Det har skjedd sånne rare ting som jeg ikke følte før da, om du skjønner hva jeg mener. Helt på slutten av nittitallet, før de pasientrettighetene kom, så var det mer sånn «Kom igjen, det skal du klare», at de var veldig engasjerte...jeg vet ikke akkurat hva som skjedde, men de ble liksom stoppa.»

Ellinor er stort sett veldig fornøyd med måten hun har blitt møtt på, men opplevde ikke veldig forståelse på valget hun tok, men å begynne å ruse seg i voksenalderen da hun hadde små barn. Hun sier dette om det å tenke helhet og se forbi rusen:

«Det at jeg ruser meg, det definerer ikke meg som person. Rusen er bare en del, det er ikke identiteten, heller ikke den jeg er. Det er heller ikke rusen som definerer hvordan jeg oppfører meg.»

To av informantene valgte å svare i prosent på hvor stor del de av de ansatte de opplever har evne til å se helheten; Gunnar mener prosentvis fordeling er 50/50. Trym mener ca 70 prosent av de ansatte trenger å forbedre seg, mens 30 prosent gjør en god jobb.

Del 2; Hva bør man kunne noe om for å gjøre en så bra jobb som mulig i rusfeltet?

Hovedtyngden i svarene på dette spørsmålet ligger på det å møte den du skal hjelpe med respekt. Selv om det alltid er en ubalanse i maktforholdet mellom pasient og hjelper, så sier så å si alle informantene noe om at man ikke må ha en «ovenfra og ned» holdning, ikke stigmatisere, ikke generalisere – men at det aller viktigste er å se den andre personen. Relasjon, tillitt og engasjement er viktige grunnpilarer i det som karakteriseres som god hjelp. Det å bygge opp den rusavhengiges selvfølelse ses på som viktig og man må tørre og by litt på seg selv. Det å lytte er viktig og også det å vise den du skal hjelpe tillit.

Respekt og tillit i stedet for stigmatisering og fordommer

Rikke gir et eksempel på hva hun mener med det å vise respekt og det å kunne skape tillitt til den man skal hjelpe;

«Den følelsen «å stakkars deg», det er det verste jeg kan høre. Jeg vil ha oppmuntring og jeg merker det fort når mennesker tar på meg. Jeg er ikke fanatiker, men det handler om å være på bølgelengde liksom. Det er viktig for meg. Og da føler jeg liksom at jeg ikke er så aleine. Jeg kan for eksempel snakke om at jeg har reist en del, for å få noe felles å snakke om med den andre personen. Og det er koselig for meg, og hvis vedkommende sier for eksempel «nå skal jeg hjem til datteren min», så kan for eksempel spørre mer om mann og barn. Jeg synes det er veldig koselig da. Det er ikke alle som bryr seg om det, men for meg betyr det noe da, for da føler jeg at det blir en gjensidig tillitt.»

Mange av informantene kommer med historier som viser hvordan de selv og andre rusavhengige blir møtt med fordommer og stigmatisering. Borghild forteller;

«Når jeg var ferdig i behandling og skulle ut i arbeidslivet igjen da, med alt dette engasjementet mitt etter barnevernsutdanninga, så fikk jeg jo karambasjokk på de fordommene som lå. Jeg var ærlig og sa det på en litt fin måte at jeg hadde erfaring med rus, hadde vokst opp med det og hadde sjøl hatt en periode i livet hvor jeg hadde misbrukt alkohol. Jeg tenkte at «her må de jo se at dette er den kjemperessurs». Og så ble jeg dømt. En

Jakten på den gode hjelperen

gang til. Lederen av barnevernet uttalte navnet mitt ironisk –og jeg sa «ja, hva så?» For jeg var jo barnevernsbarn...og..ja, slik svarte jeg.»

Stigmatisering og fordommer fører også til at mange føler at rusmisbrukere får sin egen merkelapp. Trym forteller hvordan han synes samfunnet og kommunen han bor i bidrar i så måte, da det tilbys for rusmisbrukere å plukke søppel i byen for 200kr dagen;

«Du får ikke meg til å gå og plukke søppel i byen her altså. Det er nedverdige. Det synes jeg rett og slett er stygt av kommunen å gjøre. Og betale de 200 kr om dagen. De jobber mer de, enn de som er fast ansatte i kommunen – ja, de gjør det. Så får de en 200 lapp kvart over to når de er ferdig. Jeg har blitt mast på flere ganger, men det er det siste jeg kommer til å gjøre. Det å gå med arbeidstøyet som kjennetegner de som gjør denne jobben, det er en måte å vise frem hvem som er rusmisbrukere i byen her. Det er det. Og det er stygt. Og de skulle hatt times betalt, 4000 kr i måneden, hva er det for noe da? Ja, ja, de får det jo oppå sosialen, men likevel, de kunne fått det som en jobb. For tydeligvis så trenger kommunen en slik avdeling, så hvorfor oppretter de den ikke? Sånne ting gjør meg forbanna. Rett og slett.»

Anders begynner svaret sitt slik på hva som må til for å gjøre en god jobb;

«Det første er respekt. Det må en nødt til å ha, ellers så mister jeg hele greia med en gang. Ikke sånn nedlatende, og ikke behandle meg som en unge, som det er lett for å bli»

Helhetstenkning – Se meg!

Hele fire av seks informanter nevner det å se hele mennesket som viktig. Det å møte hver og en der den er, fremheves også av flere. Gunnar sier;

«For det første, skal man gjøre en god jobb med rusavhengige, så må man møte dem med respekt. Empati. Forståelse. Men også møte vedkommende på deres ståsted, der vedkommende er. Ikke på hva DITT ståsted er og hva DINE krav til mennesket er....si meg for eksempel da, du kan ikke komme og si dine krav til meg «Nå har jeg fått et pålegg her om at jeg skal få deg rusfri innen en uke...» Altså sånt funker ikke. Du må møte enkeltindivider der de er, og høre med dem «hva er det som plager deg». Og vite hvilket ståsted de kommer fra og hva som gjør at de har havnet oppi situasjonen de har da.»

Rikke sier noe av det samme basert på egen erfaring;

Jakten på den gode hjelperen

«Jeg tror det kommer an på hvilket stadie i rusen du er i. Sånn som hos meg, så er det slik at «Nei, jeg har ikke rusa meg. Jeg har hatt noen sprekker da, men er ferdig med gatelivet, for å si det sånn». Og da er det ekstra viktig for meg å møte folk som ser meg som den som skal ut, og ikke en som ikke gjør det, for å si det sånn. Ellers så kan det bli lett å tenke sånn «Nei, jeg er bare narkoman jeg, så jeg tar meg en blå»...Sånn tenkte jeg da jeg var sjuk at «Jeg er jo bare narkoman uansett, så kan like godt gjøre det igjen». Det er som å være kriminell, og hvis jeg gjør det igjen, så får jeg så mye jævelskap på meg at..... Men noen ganger så får jeg en jævel i meg, når jeg blir møtt med en slik stigmatiserende holdning. Jeg tror det er viktig at folk som jobber med dette må ta folk som de er, og finne ut av hva det er. Trenger du masse hjelp, så trenger du masse hjelp. Og gjør vedkommende ikke det, så finner du ut av det også, tror jeg. Man må ta seg tid til å bli kjent med mennesket.»

Ellinor omtaler det på en litt annen måte;

«Du bør kunne mye om mennesker. At mennesker er forskjellige, ja det vil jeg si. Symptomer på rus det lærer du deg etter hvert, det er sånn som alle kan lære seg. Men det å være menneskekjenner, det å ha respekt for mennesker og vite at mennesker er forskjellige. Sånn som mitt løp, det virker for meg, men det virker ikke nødvendigvis likevel. Fordi at om du har fått meg vellykket gjennom et løp og jeg kommer ut rusfri i andre enden, så må en annen kanskje ha helt sitt eget løp. Så du må, ja, lære personen å kjenne. Det synes jeg er det aller viktigste, å se personen og være ærlig med dem og gi litt....altså du må bli stolt på, få litt ansvar for eget liv, at det blir satt krav til ditt eget liv.»

Borghild tenker at under kartlegginga ligger muligheten til å få et bilde av hvem mennesket du har foran deg er;

«Du må alltid ha fokus ved første samtale – kartlegginga. Jeg tror ikke rusproblemet er det første du skal ta tak i med en gang. Jeg tenker at det absolutt viktigste er å se hvilke ressurser det er å hente rundt denne personen. For ressurstenkning og løsningsorientering er kjempe viktig og setter standarden med en gang. I kartlegginga går det mye på «hvor mye har du ruset deg, hva har du rusa deg på», det derre audit skjemaet osv. Det er også et viktig kartleggingsverktøy, men ikke i første omgang. For det hjelper fint lite å gjøre noe med den rusen, om du ikke gjør noe med det andre. Du klarer ikke – hva er det de sier «en går på hvite knoker»; du prøver og prøver og prøver, og så til slutt så rett og slett smeller det.»

Jakten på den gode hjelperen

Interesse og engasjement

Interesse og engasjement i jobben, er viktige faktorer for å gjøre en god jobb, i følge informantene. Anders sier følgende om dette;

«Du må interessere deg for menneskene i sin helhet. Og du må selvfølgelig også kunne faget ditt da, det må du jo – men jeg setter mye mer pris på en som prøver å forstå, selv om det ikke er lett. Jeg setter pris på en som virkelig mener noe med det den gjør. Ikke en som gjør det for det er jobben hans da. Det er viktig at en føler at de er engasjerte. Jeg sier ikke at en skal være det hver jævli dag, for det går ikke, men det må liksom kunne skinne igjennom og som kan...hvis du skjønner hva jeg mener. For det er ingen som er like opplagte hver dag, og kan gjøre dette hundre prosent, for sånne mennesker finnes ikke. Men det må skinne igjennom at du mener noe med det du er satt til og liksom er jobben din da»

Ellinor sier det samme;

«Du må være interessert. At du ikke bare går på jobb for å tjene penger – nå gjør jo alle det da, men at du er litt engasjert i det du holder på med.»

Ydmykhet

Ydmykhet er et ord om ble brukt av flere informanter. Gunnar forklarer hvorfor dette er viktig og at det både handler om respekt og det å vise medmenneskelighet;

«Du burde først og fremst ha forståelse og empati. Ha forståelse for at det menneske kommer med til deg, det kommer vedkommende med i fortrolighet. Om du ikke forstår akkurat, så omfavn det og si heller at «dessverre, jeg skjønner ikke helt». Eller «fortell meg mer», ikke sant, for da kommer et menneske til deg og har tillitt til deg. Og det er viktig at du tar vare på vedkommende og viser tillitt tilbake. Vise ydmykhet og være et medmenneske».

Borghild sier også noe om dette;

«Mange av de jeg har møtt har hatt en sånn belærende holdning «jeg har lest i boka og sånn er det»,.....hm, nei, det er ikke sånn! Evnen til å lytte, engasjement, ordentlig vilje til å hjelpe folk og ville finne ut mer. Være ydmyk i forhold til det man vet selv, og det å tørre å innrømme

Jakten på den gode hjelperen

at detta vet du faktisk litt mer om enn jeg... Ikke sitte og si at jeg har ledende kompetanse på rus i Norge. Jeg får helt bakoversveis når jeg hører slik prat.»

Del 3; Hvis du tenker på en god hjelper som du har fått hjelp av i rusbehandling – hva var det som karakteriserte denne personen?

Ingen av informantene hadde problemer med å peke seg ut en ansatt de har hatt kontakt med i hjelpeapparatet som de var/ er veldig fornøyd med.

Borghild fortalte om **ei som jobber ved veiledningscenteret for pårørende** i byen, som har hjulpet henne mye;

«Hun er en engel. Omsorgsfull, ærlig – uansett hvor svart det er så har hun en eller annen positiv vridning. Midt oppi all elendigheten kommer solstikk. Hun har en helt egen evne til å backe meg opp, som ved å si ting som «ja, men se hva du har klart da, dette er jo bare en liten del!». Hun er strukturert og gjennomførbar. Hvis du spør om hjelp til noe, så gjennomfører hun. Hun holder kortene. Akkurat som jeg er kortstokken og ligger spredt utover, så samler hun kortstokken – hvis jeg gi et bilde på det da...»

Trym har en **sykepleier ved et lavterskeltilbud** i tankene når han gir følgende beskrivelse;

«Hun har ikke ordet «nei» i munnen. Spør du hu om noe, så gjør a det a kan for å prøve å fikse det. Det er hun som er kontakt for LAR-pasienter i byen. Det er min mening da. Hun har evnen til å lytte og så tør hun å si hva hun mener er feil ved deg – hva du burde jobbe med. Hun kan si sånn som «nå må du skjerpe deg, det er ikke sånn det fungerer»...bla bla bla og gi deg et spark bak liksom. Det er ingen i LAR som jeg har åpna meg sånn for som jeg har åpna meg for henne. Jo, jeg gjorde det for min tidligere LAR-konsulent, men så slutta hu da. Jeg har et tåelig bra forhold til den LAR-kontakten jeg har nå, men det er noe som stopper der.»

Gunnar tenker på en som jobber som **miljøarbeider i kommunen**, som også vanket i samme miljø som han under oppveksten, uten at de var nære venner;

«Han kom inn i livet mitt for 3 måneder siden...altså vi har jo kjent hverandre siden vi var 7-8 år kanskje. Men han er litt eldre enn jeg, så i ungdomsgjengen så ble avstanden i alder litt for stor. Så vi hadde ikke så mye med hverandre å gjøre på den tiden. Men sånn i seinere tid, som

Jakten på den gode hjelperen

han har fått nyktra seg opp og fått seg jobb og sett oss andre.....så synes jeg han er veldig ålreit. Veldig hyggelig. Han har hatt en enorm positiv innvirkning på mitt liv. For det første så ba han meg med på det første ALARM møte jeg var på. Ikke det at jeg trengte noen å holde i handa, men han sa at om jeg dro dit, så skulle han spandere middag på meg. Og det gjorde han. Og under den middagen så fikk jeg vite at han snart hadde bursdag. Så da inviterte jeg han på konsert, på CC Cowboys. Og så hadde han gjester hos seg på pizza, så da ble jeg invitert dit. Sabla ålreit, da traff jeg mennesker som er helt nye i mitt liv. Jeg har jo levd så mange år i rus, og dette er ordentlige folk. Så jeg ble litt inspirert av han da, så da inviterte jeg også noen folk hjem til meg. Det er noe på gang da, kan du si. Vi har noe annet på gang også, men det er konfidensielt, så det vil jeg ikke si så mye om.»

Anders tenker tilbake på en hendelse han hadde med **en overlege** en gang han var innlagt på institusjon;

«Jeg må si jeg sitter igjen med mange gode følelser rundt en tidligere overlege. Det som er med han er at du veit hvor du har han. Han viker ikke. Jeg er totalt uenig med han på mange ting, men respekterer han jækli for den han er. Det han står for, det står han for hundre prosent. Det er et godt menneske. Selv om han har sine feil han, som alle andre. Han er konsekvent og ikke noe dritt liksom, sånn vurderer jeg han. Det må bli min vurdering, ikke sant, og til og med den gangen vi fløy i tottene på hverandre – han var selvfølgelig jækli forbanna og fortvila og sånt over meg til å begynne med, men måten han takla det på var helt.....Han forsto min fortvilelse, tror jeg, og at jeg handla som jeg gjorde. Fordi at først så sa han at han skulle anmeld meg, og det skulle han ha gjort – men det ble aldri noe av. Han kom mye nærmere. Samtidig som den som var sinna på meg, følte jeg, det var den andre legen. For når han møtte meg i korridoren, så sendte han meg stygge blikk. Men det var ikke proft gjort av meg å gå til angrep på overlegen, det var det ikke. Men det var vel et rop om hjelp. Jeg var så fortvila, det var derfor jeg gjorde det. Og jeg hadde ikke tenkt å ta han, jeg tenkte bare å skremme han. Men at han tente akkurat da, det forstår jeg jævla godt. Jeg var jo ikke meg selv, jeg var jo full. Han viste tålmodighet og snakket ikke til meg på 14 dager etterpå. Men etter det så...jeg skulle tenke over det jeg hadde gjort...helt greit, det var så dumt som det går an. Det ba jeg om unnskyldning for, flere ganger. Jeg synes det var helt greit at han reagerte som han gjorde. Så det var veldig bra, det å kunne stå i situasjoner.»

Ellinor forteller om en **behandler hun hadde på et boveiledningscenter**, som i etterkant har blitt en venn av henne privat;

Jakten på den gode hjelperen

«Han har veldig god humor, sånn som jeg har. Jeg tror ikke han har tilbrakt så mye fritid med noen andre som vært der i behandling, det er nok mer det at vi er like og at kjemien stemmer. Og det har sikkert også mye å si at jeg har oppført meg mens jeg var der i behandling, at jeg er voksen og ikke har så mye svingninger.»

Rikke har positive erfaringer med **en sosionom** hun har møtt flere plasser i behandlingsapparatet;

«Det var en jeg møtte på natthjemmet. Jeg var 17 år, og det var 18 år grense der, så jeg fikk komme inn under tvil. Hun jobbet der som sosionom da. Så kom jeg til DPS, og da begynte hun der også da. Men jeg foretrakk heller å snakke med henne enn en psykolog. Hun jobbet til hun var 67, og da er det på høy tid og slutte, og hun var sikkert kjempe sliten. Men det er vel en av dem som har gjort best inntrykk. Hun var veldig...jeg husker en gang jeg hadde kjøpt meg nye sko, og det stod mellom to forskjellige, og da var hun kjempe engasjert. «Nei, jeg synes du kler de best, du burde ta de»... og hun var helt med. Jeg merket at hun ikke løy. Men det handler mer om sko, men det var terapi for meg da. En gang ringte kjæresten min til DPS, og da ringte hun med en gang til psykiatrisk sykehus og jeg ble lagt inn i tre uker. Så hun tok meg på alvor, det var ikke noe sånt...Men jeg tenker også at hun forstod når det var alvor og når det ikke var det. Hun var god på å catche signaler, men det tror jeg var på grunn av kommunikasjon rett og slett. Flink til å stille spørsmål og flink til å spørre hvordan du hadde det og kikka aldri på klokka. Ikke overengasjert, for det kan bli slitsomt, men... Hun var et medmenneske, rett og slett. Møter jeg henne på gata nå, så smiler hun fortsatt. Så spør hun meg hvordan det går og jeg spør hvordan hun har det, og hun sier hun har det bra. Og det er bra for meg å høre. Mer skal det ikke til, liksom.»

Del 4; Motsatt; tenk på en dårlig hjelper du har hatt kontakt med – hva var det som gjorde vedkommende dårlig?

I likhet med det å tenke på en god hjelper, så har informantene heller ikke vanskeligheter med å tenke på dårlige hjelpere de har hatt kontakt med i hjelpeapparatet, og hva som karakteriserer denne gruppen av ansatte.

Borghild reflekterte mye rundt dette og svarte følgende;

Jakten på den gode hjelperen

«En psykiater var helt på bærtur. Han kalte folk evneveike på DPS. Farlige greier. De ble jo kalt inn alle de som hadde vært til utredning hos han. Da la DPS seg helt paddeflate. «Du er evneveik» hadde han sagt til hu ene. Heldigvis så sa han ikke det til meg. Da hadde jeg blitt sint. Men jeg hadde utviklet en masse teknikker for sånt, skjønnte jeg, for å holde meg i live. Hva som gjør at noen blir bra mens andre blir dårlige hjelpere, det er et vanskelig spørsmål. Men det kan for eksempel være første gangen de møter deg, at de ikke er med i øyeblikket og hilser med et sånt vassent håndtrykk, ikke møter blikkontakt og har en holdning som eks «ja, jeg har en time nå, så vi får bli ferdig på en halvtime...» I en slik situasjon er man svært sårbar og man er i en avmaktsituasjon hvor man er helt avhengig av demmes hjelp – og da legger man føringene veldig fort, sånne negative føringene. Du kjenner det på blikket, du kjenner det på alt om personen er interessert i å hjelpe deg. Alt viser det. Så det her med å bli mer bevisst på hva man sier, hvilke ord man bruker, hvordan man bruker kroppen – det er DU som er det viktigste verktøyet! Helt klart! Så har vi jo den derre regla på hva en pedagog trenger av kompetanse; glimt i øyet og alt det der... Jeg tror du kan gjøre en god jobb ved å være menneskelig, ved å være tydelig, ved å være den som støtter opp og ikke svikter. Ikke si «ja, jeg skal hjelpe deg, ja, dette går bra» - og så følger du ikke opp. Du må stå i mellom. Men du trenger tid! Hvis du er den som har behandlingsansvar, eller hva pokker det heter. Det blir for diffust, og demmes verden blir så langt fra vår verden. De burde virkelig gå gjennom en sånn sjølransakelse, sitte i grupper og bli stilt private spørsmål sjøl og kjent på den følelsen du sitter som den som ikke sitter med makta. Rollespill. Noen tør ikke møte blikket ditt, noen kommer rett fra mamma og pappas gutte- eller pikerom inn i en utdanning – eh... og har jo aldri møtt mostand – hvordan skal de komme inn i barnevern og førstelinjetjeneste og gjøre en god jobb med folk som har manipulert folk på rattata'n i hævver av år?»

Trym tar frem et eksempel på **en LAR-kontakt**, når han blir stilt dette spørsmålet;

«Jeg skulle avgårde og så var min faste LAR-konsulent syk, og jeg har aldri fått «nei». Så ga han meg avslag på å få med meg metadonen! Han ga meg avslag! Det går på at han ikke kjenner meg. Jeg ble jo helt paff jeg. Og han har jo taushetsplikt, ikke sant, og han forlangte å få telefonnummeret til broren min for å ringe dit og... «Du kan få telefonnummeret til mora mi», sa jeg, «så kan du ringe hu og få det bekrefta». Og hu er jo snart 80 år og hu satte han så jævli på plass at han bare skrev det ut med en gang. Han kan jo ikke bare si «nei», han må jo se historien min da – jeg har aldri fått «nei». Hvis jeg sier at jeg har hatt reine prøver, da ljuger jeg jo, for det har jeg ikke, men jeg har ikke hatt positive prøver som tilsier at han

Jakten på den gode hjelperen

skulle si nei til det. Han sa nei for å være en kødd, og han er en kødd. Han har ikke noe der å gjøre! Ser stygt på deg når du kommer for å hente metadonen og...ja, en sånn ovenfra og ned holdning. Jeg liker ikke det. Jeg merker det.» Det som kjennetegner dårlige hjelpere er de som sier at de skal se hva de kan gjøre – og så hører du ikke en dritt mer.»

Anders beskriver **en fastlege** han hadde tidligere, for å illustrere hva som karakteriserer en dårlig hjelper;

«Jeg hadde en fastlege som var helt på tryne. Han var feig, unnvikende, helt forferdelig. Han dro meg lengere ned i søla enn det jeg trengte. Selv om jeg har vært krevende, kan du si, på forskjellige ting – men han var bare inkompetent. Rett og slett. Han visste ikke hva han prata om. Han kunne beinbrudd, det var det. Han hadde ikke peil om jeg prata med han om for eksempel medisiner, så visste han ikke noe om det. Jeg var fem ganger bedre enn han var, noe han overhodet ikke tålte å høre. Og snakka jeg med han om internett, så ble han helt vill. Nei, der hadde ikke han vært og sånt kunne en ikke stole på. «Herregud», sa jeg, «så dum gjør du deg vel ikke, det er jo spesialister det er snakk om her». Han drev også med en del skremselspropaganda, og selv om det kanskje var på sin plass, så skal ikke en lege gjøre det. Han løy for meg...nei, jeg tålte han ikke rett og slett. Han var så jævli atte...jeg skjønner ikke hvorfor jeg ikke bytta ut han for lenge siden. Når jeg fikk nerveskade i beina, så sa han at jeg ikke kom til å klare å gå på ti år. Og jeg trodde jo på dette i begynnelsen og gikk på sånn jævla prekestol og trena og trena og trena – og kom meg på beina i løpet av seks måneder.»

Ellinor nevner ikke en spesiell person når hun svarer på dette, men svarer på generelt grunnlag;

«Det må være en som er litt svak, som jeg har kunnet snakke rundt. Som ikke tør å si i fra. Det er viktig å huske på at en rusmisbruker lever av å lyve, eller overlever av å lyve. Du lyver for venner og du lyver for din mor, og da kan du like godt lyve for hvilken som helst behandler også. Og det å gjennomskue dette og tørre å si det. Jeg husker jeg ble litt irritert når jeg ikke ble gjennomskuet, eller jeg følte at de visste at jeg løy, men de sa ingenting. Da føler jeg det ikke er respekt. Du må tørre å utfordre litt, og noen ganger kanskje hale ut ting og se om det ligger noe under det vi sier. Eller kanskje noe annet enn det vi prøver å si. Kanskje vi ber om hjelp, uten å si det direkte. En rusmisbruker er vandt til å ikke bli trodd, de blir avvist og ikke møtt med respekt. Altså folk er redde, og da er det viktig når du kommer i behandling å møte en som ikke er sånn og som møter deg på en annen måte. Jeg kan godt være uenig med deg,

Jakten på den gode hjelperen

det går helt fint. Men ha respekt, ikke bare sitte og jatte med. Ikke snakk meg etter munnen hele tiden.»

Dette med respekt går også igjen i Rikke sitt svar, som sier noe om hvordan møte med LAR og ansvarsgruppen kan være;

«De sitter og snakker over hodet på meg og så liksom bare «Når passer det for dere å ha ansvarsgruppemøte neste gang?» «Jo, det passer 6. juli...» Men det er bare det at da er jeg kanskje på ferie, ikke sant, men det er ingen som spør meg. Og de vil ha meg med på et prøveprosjekt uten å spørre om jeg er interessert en gang. Så jeg blir så forbanna, at nå har jeg kjøpt meg en almanakk da, så de skulle se neste gang. Så neste gang hadde jeg med almanakk og sa at «nei, men da kan ikke jeg», og da ble jeg respektert på det. Mangel på tillitt fra LAR, at du må kontrolleres og kontrolleres og kontrolleres, det har gjort til at tillitten har forsvunnet fra begge parter etter hvert, ikke sant, og da forsvinner også kommunikasjonen.»

Del 5; Ut i fra din erfaring; i hvilken grad synes du ansatte har god kunnskap om rus?

Tre av informantene svarer at de de ansatte har en lang vei å gå med hensyn til det å ha god kunnskap om rus. De tre andre påpeker at det er store variasjoner med hensyn til dette.

Borghild er ikke imponert over de ansattes kunnskap om rus;

«Blant de jeg har vært borte i, er det svært få som har god kunnskap om rus. Men de har jo mye utdanning, men om de har den helhetlige kompetanse om rus – nei, det synes jeg ikke. Jeg tenker at erfaringskompetanse må komme mer inn i rusfeltet. Den stemmen burde absolutt blitt mye mere hørt. Men så er det også igjen hvilke erfaringskonsulenter som fronter erfaringskompetansen da, for det kan lett bli sånn at de skal hevde seg så veldig. Og da går de i samme fella.»

Trym har forskjellige erfaringer, og sier det slik;

«Altså legen i LAR har sikkert god kunnskap om rus, men jeg har ikke snakka så mye med henne. Men de saksbehandlerne der – de har nada peil. De er blotta for forståelse. Når det gjelder der jeg har vært innlagt 11 ganger til avrusing, så var det naturlig nok ikke særlig god

Jakten på den gode hjelperen

kunnskap om rus blant de som var inne som ekstrahjelper, nattevakter og skoleelever og sånn. Men de sykepleierne og de psykiatriske sykepleierne og sånn, de som var der på dagtid, de hadde opparbeida seg god erfaring, vil jeg si. De visste hva det dreide seg om. De skjønnte at du hadde det dårlig. Faktisk.»

Gunnar savner mer kunnskap om rus blant de som jobber med dette;

«Hos LAR, når det gjelder selve medikamentet, så bob bob, litt forskjellig. De har grei kunnskap om LAR-medikamentene. Når det gjelder generelt sett alle som jobber i rusfeltet, så har de for dårlig kompetanse. Det er jo helt klart. Altså når til og med allmennlegene ikke vet om enkelte ting, så sier det seg selv at de har for dårlig kompetanse. De kan for lite om det meste innen rusproblematikk, ikke noe spesielt tema.»

Anders sitt inntrykk er også at kompetansen er for dårlig;

«Jeg vil si at det er for lite kompetanse. Men det fordi det er så mange som ikke har gått på skolen også, kan du si. Jeg har ikke kunnet snakke med alle når jeg har vært i behandling. Det er overraskende kanskje, men jeg synes det er lite kunnskap om rus. Det er noen sånne fraser, men...Det gjelder når en prater om hvordan rusens virkninger er og de positive og negative sidene ved rus... jeg vet ikke jeg, synes ikke det passer så veldig. «Det er vanskelig å adskille seg med rus» og så videre.... Jeg vet ikke, det går mye i sånne fraser.»

Ellinor svarer følgende;

«Jeg synes det er veldig forskjellig. Noen har jobbet i mange år og har mye kunnskap. Det en ikke må si er at «det er jo bare å ta seg sammen»

Rikke mener det samme som Ellinor, at det er veldig forskjellig;

«Jeg vil si alt fra tre til åtte på skalaen, for det er så individuelt. Men jeg tror sånn som lavterskeltilbudene er de beste....de er flinkest på overdoser og rus generelt, men kanskje ettervernet, de verna stedene, er flinkere med...når det gjelder overdoser, så kan de ikke nok, men de er flinkere til menneskebehandling og hvordan man ser mennesker og så videre. Det er så veldig individuelt altså. Og det finnes ikke noe fasitsvar, for det er alt fra superdupert til bånnski, liksom, med de jeg har møtt. Men jeg må si det er mange dyktige. Det er mange som kan mye. Det er det. Men det er også mange som ikke er så engasjert, rett og slett. Det er utrolig vanskelig å svare på det der altså, for det er så stor forskjell fra menneske til menneske.»

Del 6; Har du noen selvopplevde erfaringer som illustrer god eller dårlig kunnskap om rus i behandling?

Jeg velger å ikke bruke mye plass til svarene på dette spørsmålet, da informantene allerede har kommet med en del historier som viser dette. Derfor har jeg plukket ut de to eksemplene som jeg synes gir best illustrasjon på god og dårlig hjelp med tanke på ruskompetanse.

Borghild forteller om siste gangen hun ble innlagt, da det var ganske akutt, da hun traff på en fantastisk overlege som møtte henne;

«Legen min ringte overlegen på behandlingsstedet...og jeg tenkte «Å, nei, jeg vil ikke inn der igjen, men jeg må, eller så dør jeg, og det er ikke bra for barna mine». For da hadde jeg prøvd et par ganger og få det til å se ut som en ulykke og... som ikke de hadde fått så veldig mye med seg da, unntagen en gang. Og jeg ser ikke lett på dette her, selv om jeg sier det nå altså....og da fikk han lagt meg inn i løpet av 14 dager og da var det stappa fullt og alt. Jeg kunne være der i tre dager og så traff jeg legen igjen, og så så jeg at dette var en jo en lege som faktisk var interessert i og engasjert i å hjelpe og prøve å få til ting. Så jeg sa «jeg vet at jeg ikke har plass videre, men jeg blir så lenge du har en seng». Han skjønnte og sa til meg «jeg kan ikke love deg noe, jeg kan ikke trylle plasser, men jeg tar det på største alvor». Jeg var jo avgifta på tre, fire dager – og ble på avrusinga i seks uker for å komme opp videre i systemet.»

Ellinor forteller om en opplevelse som satte støkk i henne, da hun var innlagt på avrusing og var i veldig dårlig form;

«Jeg var på avrusing og jeg var kjempe dårlig, skikkelig dårlig – og fikk beskjed om at «det er jo bare å ta seg sammen». Og etterpå fant jeg ut at jeg hadde 40 i feber og influensa og sånt. Jeg var så dårlig, og det var ikke nødvendigvis avrusinga. Men når du er så syk at du ikke klarer noen ting, og så får du beskjed fra en som er psykiatrisk sykepleier som har jobbet på avrusingen i mange, mange år, om at «det er jo bare å ta seg sammen»..... Det er jo ikke alltid bare å ta seg sammen. Det jeg sitter igjen med av følelse da, er at hvis jeg ikke tar meg sammen, så vil jeg ikke....»

Del 7; Om du skulle komme med en oppfordring til ansatte i rusomsorgen, hva ville det være?

Borghild; *«Skift jobb, finn på noe annet å gjøre, og kom heller tilbake. Ta en pause om du har gått i den samme jobben i så mange år – kom dere ut av kontorene. God ledelse og føringer ned til behandlerne er essensielt. Som saksbehandler hvor du kanskje er kjempe engasjert og som gjerne vil gjøre noe bra for en person, hvor du møter en leder som er jeg holdt på å si «jeg er stor, jeg har makt og kontroll», da kan du drite i det.»*

Trym; *«Hør mer på de som har levd livet. Som har gått den harde skolen. Ta dem litt mer på alvor. Det er ikke alle som bare prater sprøyt. Det er faktisk mye fornuftig som kommer fra dem».*

Gunnar; *«Likeverd, husk at alle mennesker er like mye verdt. Alle sliter med noe»*

Anders; *«Se menneskene, se på dem mer enn en sykdom. La det aldri bli en vane, at det går på autopilot, liksom. Vis engasjement og vis at du bryr deg om disse folka.»*

Ellinor; *«Møt brukeren din med respekt. Husk at alle er forskjellige og har forskjellige historier og behov.»*

Rikke; *«Se mennesket som det mennesket det er. Oppfør deg normalt og spør vanlige spørsmål. Vær inkluderende og by på deg selv. Vær et medmenneske».*

Oppsummering av presentasjon av funn

I dette kapitlet har jeg via utvalgte spørsmål fra intervjuguiden og tilhørende svar, forsøkt å gi svar på problemstillingen som er «Hva karakteriserer godt psykososialt arbeid i rusfeltet – sett fra brukernes side.»

Som en oppsummering, vil jeg si at følgende er sentrale funn som er med på å belyse svaret på problemstillingen:

- Helhetstenkning i forhold til rusavhengige betyr mye for informantene. De har behov for å bli sett som noe mer enn «en som ruser seg».

Jakten på den gode hjelperen

- Det å vise respekt er avgjørende for å gjøre en god jobb i rusfeltet. Mange av informantene sier noe om stigmatisering, ovenfra og ned holdning og det å bli satt merkelapp på.
- Det er lite kunnskap om rusproblematikk blant de ansatte i rusfeltet. Mange av informantene sier at nivået er lavt her og etterspør mer erfaringskompetanse i behandlingsapparatet.
- Det er av stor betydning for brukerne at de som skal hjelpe dem viser interesse og engasjement i jobben sin.
- Man må ha en del personlige egenskaper som det å kunne lytte, det å være konsekvent, kunne by litt på seg selv, vise empati.
- Gode kommunikasjonsferdigheter er avgjørende.
- Man må jobbe for menneskene, ikke systemet.
- Det å se hvert menneske som unikt – alle er forskjellige med forskjellige behov. Dette er det motsatte av generalisering.
- Kjemi og evne til å bygge en god relasjon er også av stor betydning for å lykkes med å hjelpe rusavhengige.

DRØFTING

Under forberedelse til denne delen av oppgaven har jeg forsøkt å tenke på hvilke spørsmål funnene kan være et svar på. Selvfølgelig er det forskningsspørsmålene og problemstillingen de belyser, men jeg tenker i et mer overordnet bilde. Jeg synes funnene som kom frem via mine informanter er interessante i seg selv, men det å diskutere og reflektere rundt dem, kan bidra til å skape noen tanker om hvorfor informantene svarte det de gjorde. Kanskje kan drøftingen også bidra til økt bevissthet rundt rollen som hjelper blant dem som jobber med rusavhengige. Etter å ha presentert funnene i forrige del, så tenker jeg at det er fire hovedtemaer som skiller seg ut. Disse temaene er områder som skapte stort engasjement hos mine informanter under intervjuene og det er temaer som flere av dem tok opp. Derfor velger jeg å dele denne drøftingsdelen inn i fire deler, der følgende temaer blir diskutert hver for seg; behovet for spesialisert kunnskap om rusproblematikk, holdninger til rusavhengige; respekt kontra stigmatisering, den gode relasjonen og til slutt vil jeg prøve å samle trådene rundt det psykososiale perspektivet.

Behovet for spesialisert kunnskap om rusproblematikk

Et av funnene som kom frem via mine intervjuer var at flertallet av informantene mente at det er for dårlig spesialisert kunnskap om rusproblematikk i rusfeltet. Noen synes det var vanskelig å svare på da det er veldig individuelt og varierer fra sted til sted, men ingen av de seks informantene svarte at de har et entydig inntrykk av at det er tilstrekkelig kunnskap om rusfaget på alle plan i behandlingsapparatet. Så mye som fire av seks informanter uttrykte savn etter flere ansatte med erfaringskompetanse. Siden det var såpass stor enighet om dette blant informantene, er det verdt å se litt nærmere på dette med kunnskap om rusproblematikk i rusfeltet.

Kompetanseheving som hovedmål fra myndighetene

Som beskrevet tidligere i oppgava er rusfeltet et fagområde i utvikling. Lovverk har blitt endret på, vi har fått en egen rusreform for 11 år siden og det har blitt skrevet mange dokumenter fra myndighetene om hvordan ruspolitikken skal organiseres i det norske samfunnet. Dette har medført et mye større fokus på rusavhengige som gruppe og den behandlingen disse trenger. I årene som har gått siden rusreformen kom, har det vært fokus på

Jakten på den gode hjelperen

dette med å høyne kunnskapen om rusproblematikk i behandlingsapparatet. For eksempel ble det i 2011 laget en egen rapport fra Helsedirektoratet som heter «Kvalitet og kompetanse...om hvordan tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre». (Helsedirektoratet, 2011) Stikkord fra denne rapporten er nasjonale strategier, det å fremme prosesser som bekrefter den rusavhengige som en person - ikke bare pasient, helsearbeiderne bør ivaretas og støttes på faglige utfordringer, det bør være høy fokus på implementering av retningslinjer og kunnskapsbasert praksis og det bør etableres et rammeverk med et realistisk antall standarder for kvalitet i helsetjenestene innen områdene i nasjonal strategi for kvalitet. Også i Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015) slås det fast at styrkingen og utviklingen av kompetanse, kunnskap og kvalitet på rusfeltet skal fortsette. Det er særlig fokus på kompetanse for behandling for rusavhengige i kommunene, og behovet for å se fagfeltet rus i sammenheng med feltet innen psykisk helse. (Meld. St. 16 (2010-2011))

I Meld. St. 30 (2011-2012) er et eget kapittel viet fokus på økt kompetanse. Kapittel 8 heter «kvalitetsløft rus og psykisk helse – økt kompetanse og bedre kvalitet». Her står det at regjeringen gjennom opptrappingsplanen for rus og psykisk helse, vil bidra til å sikre nødvendig fagkompetanse i tjenestene som tilbys rusavhengige og personer med psykiske lidelser. Den skal videreføre og videreutvikle kompetansetiltak som er gjennomført gjennom opptrappingsplanene for rusfeltet og psykisk helse. Målet er å utdanne personell med kompetanse til å gi pasienter trygge, helhetlige og kvalitativt gode tjenester – og personellet skal forstå sammenhengene mellom påvirkningsfaktorer og helse og velferd, samt få økt kunnskap om rus og psykisk helse. (s 124). Det står også svart på hvitt i kapittelet at det er behov for mer kunnskap om rusproblematikk hos dem som arbeider i rusfeltet. Det er en langsiktig satsing å rekruttere personer med riktig fagkunnskap. I 2014 kom Helsedirektoratet ut med rapporten «Etablering av en ny medisinsk spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin», og via dette styrkes legenes kompetanse i rusfeltet betraktelig. (Helsedirektoratet, 2014).

Det har også de siste årene blitt satt av en betraktelig sum penger til ulike tilskudd man har kunnet søke på i forhold til økning av kompetanse inne ulike områder av rusproblematikk. For eksempel gikk fristen ut i februar i år for å søke på tilskudd til kommunalt rusarbeid. Til dette var det satt av 448,8 millioner. (<http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/kommunalt-rusarbeid-2015.aspx>)

Som dette viser skjer det mye på rusfeltet angående kompetanse og kompetanseheving. Dette er bra. I hvert fall er det mange fine ord å lese i alle dokumentene. Men skal vi tro mine

Jakten på den gode hjelperen

informanter, så er det fremdeles en vei å gå før alle målene er innfridd og at vi kan finne samme kvalitetsnivå blant denne delen av helsevesenet som i andre deler av helsevesenet. Man kan jo undre seg over hva reaksjonene hadde vært om det var 4 av 6 hjerte-kar pasienter, for eksempel, som hadde sagt noe om at det var for lite kunnskap blant de ansatte som jobbet innenfor dette feltet, basert på egne erfaringer.

Utdanningsmuligheter innen rusproblematikk

Jeg har sittet mange timer på nettet og å finne ut av hvor man kan utdanne seg til å jobbe i rusfeltet. Det å finne en oversikt over hvilke høyskoler som tilbyr bachelor i sykepleie, vernepleie, sosionom og barnevernspedagog er enkelt. Et raskt søk på nettet på utdanning .no, viser at det er 26 høyskoler og universitet som tilbyr bachelor utdanning i sykepleie, 13 som tilbyr vernepleie utdanning, 14 høyskoler/universitet som har sosionomutdanning og for barnevernspedagog antallet utdanningsinstitusjoner 13. ([https://utdanning .no](https://utdanning.no)) I følge Rus og samfunn er det 10 høyskoler og universitet som tilbyr videreutdanning i rus. (<http://www.rus.no/id/114.0>) På denne oversikten står imidlertid Høyskolen i Telemark og Borgestadklinikken, hvilket er feil. Man kan ikke få videreutdanning i rusproblematikk her. Så om da gjenstår det 9 steder hvor man kan få videreutdanning i rusproblematikk. To av disse igjen har videreutdanningen innlemmet i en mastergrad, hvilket begrenser tilgangen til slik utdanning. En av disse er Høyskolen i Østfold, hvor man har valgt å legge ned videreutdanningen i rusproblematikk som opprinnelig ble startet opp faktisk for 27 år siden, i 1988. Det å innlemme en videreutdanning i en mastergrad betyr at det er langt færre plasser tilgjengelig, da spesialiseringsdelen kan fordeles på opptil fire fag. Det innskrenker også søkegruppa, da ikke alle er klare for å søke på master – og det blir vanskeligere å komme inn. Da dette er det studie som jeg selv har gått på, vet jeg også at studentene som velger rusproblematikk som fordypning i masterprogrammet i Psykososialt arbeid, kun får en brøkdel av den undervisningen som tidligere ble gitt i videreutdanningen. Det er synd at en så stor høyskole som HIØ velger å gjøre dette. Det gir sikkert prestisje og penger til skolen å kjøre et masterprogram til, men for brukerne der ute «i felten» er det synd, da det begrenser muligheten for ansatte til å få mer spesialisert kompetanse innen rusproblematikk. På en annen side er det selvfølgelig positiv at flere med helse- og sosialfaglige bachelorutdanninger får muligheten til å kunne få en mastergrad.

Erfaringskompetanse – et begrep «i vinden»

Rusomsorgen har en lengere tradisjon med det å ha ansatte med erfaringskompetanse. Dog innenfor visse deler av behandlingsapparatet. En del private behandlingstilbud som for eksempel behandlingssteder som følger 12-trinns programmet inspirert av AA, har lang erfaring med det å ha ansatte som tidligere har en bakgrunn som rusavhengig, i tillegg til ansatte med formell utdanning. Det kan virke som fokuset på erfaringskompetanse innen rus- og psykiatri er litt «i vinden» for tiden. Både i forskningsmiljøet og fra myndighetens side.

Myndighetene legger til rette for brukererfaring i tjenestene

I 2011 ga Helsedirektoratet ut brosjyren «Medarbeider med brukererfaring – en ressurs». Heftet gir et nyansert bilde av hva en medarbeider med brukererfaring er og kan bidra med. Det påpekes at brukermedvirkning er en forutsetning for og et bærende prinsipp i utviklingen av helhetlige og gode tjenester. Det å ansette medarbeidere med brukererfaring er et ledd i å styrke brukerperspektivet og brukermedvirkningen i tjenestene på. I følge heftet kan denne definisjonen brukes på en ansatt med brukererfaring;

«En medarbeider med brukererfaring er en ansatt som har egen erfaring med egen eller andre pårørendes psykiske sykdom/rusmiddelproblem og tjenesteapparatet». (s. 3)

En med brukererfaring kan bidra til å gi et mer helhetlig og bedre tilpasset tjenestetilbud til den enkelte brukeren. Heftet lister opp følgende positive fordeler med å ha medarbeidere med brukererfaring;

- De har erfaring med psykisk helseproblematikk/rusproblematikk, hva slags hjelp de fikk og hva som var viktig i bedringsprosessen.
- De kan bidra med ny kunnskap mellom bruker og hjelpeapparatet, fordi de med sine livserfaringer har en innsikt som det ikke er mulig å lese seg til.
- De kan fungere som brobyggere mellom brukere og andre ansatte, og kan bidra til å bygge ned skille mellom «friske» og «syke».

Jakten på den gode hjelperen

- De er positive rollemodeller og viser at det er mulig å komme i jobb selv om en har eller har hatt et alvorlig psykisk helseproblem eller rusmiddelproblem.
- De kan bidra til at hjelpeapparatet på et tidlig tidspunkt ser arbeid og arbeidsrettet aktivitet som en mulighet for brukeren
- De kan bidra til å skape et mer inkluderende arbeidsmiljø. (Helsedirektoratet, 2011)

Så viktig anses erfaringskompetanse i hjelpeapparatet at regjeringen via nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007 til 2012 bestemte at det skulle legges til rette for et opplæringstilbud i brukerkompetanse. Et kurs om har den hensikt å gi jobb som medarbeider med brukererfaring. (Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, 2007)

Økt fokus blant studenter

Under mine søkerunder for å finne litteratur til denne drøftingsdelen fant jeg raskt frem til tre ulike masteroppgaver som tar for seg temaet erfaringskompetanse. Med titler som «En av oss?», «De har erfaring med hva som hjelper», «Representanter for håpet», er det lett å se den positive energien som synes å ligge rundt begrepet. Selv om det er ganske øyenfallende at det å ha ansatte med tidligere brukererfaring kan være en stor ressurs, så man heller ikke glemme at det er noen forutsetninger som må være på plass for at en med brukererfaring skal fungere godt i arbeid med andre mennesker med rusproblemer/psykiske lidelser. Jeg tenker for eksempel at det å være ferdig med egen fortid er veldig viktig. Det å være ydmyk i en slik rolle understrekes også av flere av mine informanter, samtidig som flere andre av informantene understreker at det det beste er om den med brukererfaring har gått skole og fått inn den teoretiske biten også. Noe av dette kommer også frem i masteroppgavene. Veldig kort er dette hva som kom frem av resultater i de tre masteroppgavene jeg fant;

I oppgaven «De har erfaring med hva som hjelper» har Ingrid Bjørkman og Kristina Pettersen intervjuet syv informanter som er kollegaer av ansatte med egen brukererfaring. Et funn i undersøkelsen beskrives som viten og viljen til å få frem endringer hos brukerne. De er mer utfordrende og setter tydeligere forventinger enn sine kollegaer. Informantene sier at de med erfaringskompetanse er en potensiell stor ressurs, men påpeker også nødvendigheten av

Jakten på den gode hjelperen

ydmykhet i forhold til formidlingen av sin egen erfaring som bruker. Den individuelle erfaringen er nettopp individuell og ikke generell. (Bjørkman og Pettersen, 2012)

I oppgaven «Representanter for håpet» har Nina Borchgrevink Lund Andersen intervjuet syv informanter som jobber innenfor det psykiske helsevesenet, hvorav fem var erfaringskonsulenter og to var brukeransatt. Resultatene fra denne studien var at informantene hadde en felles oppfatning av at de i kraft av egne erfaringer ga håp om bedring til pasientene. Den gjensidige gjenkjennelsen kunne være en viktig del av pasientenes bedring og følelse av å bli forstått. Det var stor enighet om at erfaringskompetanse bør være et supplement til fagkompetanse, og at den ikke kan stå alene. Også i denne studien ble kom det frem at sykdomshistorie hos den med erfaringskompetanse er bearbeidet for å kunne formidle håp og gi og god hjelp. (Borchgrevink Lund Andersen, 2013)

Også i oppgaven til Monica Danielsen som heter «En av oss?», kommer det også frem at historien til den som har brukererfaring må være bearbeidet. De må være klare på egne begrensninger og vite hva som trigger. Det kom frem via intervjuene, som var med ansatte hvorav tre hadde fagkompetanse og tre erfaringskompetanse, var at erfaringskonsulenten faktisk kunne virke mot sin hensikt og ødelegge en gruppe, om vedkommende ikke hadde et distansert forhold til sin egen erfaring. (Danielsen, 2010)

En annen ting som jeg tenker på kan være problematisk i forhold til en med erfaringskompetanse er om vedkommende skal jobbe i samme område hvor han/hun har vært en del av et rusmiljø. Da kan man lett komme borti pasienter som man kjenner fra før og jeg tenker at det da kan være vanskeligere å få etablert en god relasjon til de man skal hjelpe. Da kreves det i hvert fall enda mer distansert forhold til sin egen bakgrunn, for å klare å utføre rollen sin som hjelper godt.

Holdninger til rusavhengige – stigmatisering kontra respekt

At rusavhengige fortsatt blir møtt med stigmatiserende holdninger i stor grad kommer godt frem blant mine intervjuer. Alle seks informanter sier noe om hvordan man får merkelapper som er vanskelige å bli kvitt som rusavhengig. Et av funnene i studien er at det å vise respekt er noe informantene ser på som avgjørende for å gjøre en god jobb med rusavhengige. Det motsatte av respekt er dårlige holdninger og stigmatisering. I en drøfting rundt dette emnet vil

Jakten på den gode hjelperen

jeg forsøke å reflektere rundt hva som er årsaken til at denne gruppa fremdeles blir møtt med dårlige holdninger i stor grad. Jeg velger å konsentrere meg om to faktorer som kan anses som stigmatiserende aktører i forhold til rusavhengige, nemlig systemet/myndighetene og media. Men selv om både myndigheter og media setter dagorden i samfunnet og har stor påvirkningskraft, har jeg også en tanke om at hver og en har et ansvar for bevisstgjøring i forhold til egne holdninger. Derfor vil jeg også skrive litt om dette med respekt på slutten av avsnittet.

Systemet som stigmatiserende aktør

Som beskrevet tidligere i oppgaven har synet på rusavhengige forandret seg opp igjennom tidene. De har fått merkelapper som kriminelle, arbeidsskye, umoralske, sosialt vanskeligstilte, late og syke. Rusproblematikk har alltid skapt diskusjoner og satt i gang følelser i befolkningen. Rusavhengige har alltid hatt et negativt stempel på seg, selv om betegnelsene har forandret seg. Mye av dette henger sammen med de skiftende politiske strømningene som har preget ruspolitikken og rusfeltet gjennom tidene, som beskrevet tidligere i oppgaven. Bruk av narkotika er ulovlig i Norge, bortsett når det brukes lovlig som medisin. Så på den ene siden så skal samfunnet bestemme hva som er lov og ikke lov, og lage straffer for de som bryter disse reglene. Vanskelig blir det naturlig nok da samme myndigheter samtidig skal lage gode behandlings tiltak og tjenester til mennesker som gjør noe ulovlig. De som besitter, bruker eller selger narkotika er kriminelle etter Norges lover. Men samtidig så står det skrevet i mange dokumenter fra myndighetene hvor viktig det er at mennesker med rusproblemer skal behandles med respekt. Motsetningen er med andre ord til å ta og føle på. Det som gjør det enda vanskeligere er at det rusmiddelet som nok skaper mest trøbbel i de norske hjem, er lovlig. Alkohol får man kjøpt på butikken. Så om man ruser seg på alkohol, så er man altså ikke kriminell. Alkohol er «lovlig» rus.

Norge har som beskrevet tidligere i oppgaven ført en meget streng restriktiv politikk med strenge straffer for narkotikaforbrytelser. Allerede i 1996 stilte Georg Fr. Rieber-Mohn i boka «Rusmidler og veivalg» spørsmålsteget ved om myndighetene i Norge har lyktes med den strenge kursen. Som han skriver, så er det vår moralske forpliktelse å stoppe opp og stille oss selv det spørsmålet fra tid til annen. På den ene siden er det lett å observere de umiddelbare, negative virkningene av kontrollsystemet via den menneskelige lidelse hos den innsatte og

Jakten på den gode hjelperen

pårørende og via enorme utgiftsbudsjetter – mens de positive kriminalitetsforebyggende virkingene er vanskelig å få øye på. (Rieber-Mohn, 1996). Jeg skal ikke gå inn på om ruspolitikken har lyktes eller ikke, og som vist i denne oppgaven har det skjedd en del på rusfeltet siden 1996. Men jeg bare lufter noen tanker om at ruspolitikk og rusbehandling er full av etiske dilemmaer hele veien. For eksempel for bare noen uker siden, i mars 2015, opplyste Kagge, Tjernshaugen og Molteberg Glomnes (2015) i Aftenposten at et flertall på Arbeiderpartiets landsmøte nå går inn for å starte med gratis utdeling av heroin til de tyngste opiatmisbrukerne. (<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/politikk/Ap-landsmotet-ga-heroin-ja-7985966.html>) Noen vil si at dette er å hjelpe mennesker, andre vil si at det er å gi opp mennesker.

Hva myndighetene fokuserer på og hvilke lover og planer som blir vedtatt, kan bidra til å opprettholde stigmatiseringen i samfunnet. Men samtidig kan det også være med på å minske det negative synet på rusavhengige. Det at rusavhengige har fått pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter kan være et positivt ledd i så måte. Et annet eksempel på dette er da heroinmisbruker og =Oslo-selger Christer Modin i 2010 fikk gjøre et portrettintervju med landets formelle statsoverhode, selveste kong Harald. I følge en artikkel i aftenposten 8. desember 2010 skriver politisk redaktør i avisen, Harald Stanghelle (2015), at kongen kun takket ja til media ved to tilfeller om forespørsler om et eksklusivt møte dette året. Det ene møtet fikk TV2s «Gutta på tur»-gjeng. Det andre gikk altså til gatemagasinet =Oslo. (<http://www.aftenposten.no/meninger/kommentatorer/stanghelle/Kongen-og-Christer-6274448.html>)

Det må ha vært en spesiell stemning på slottet denne dagen, da Norges statsoverhodet møtte en representant for den gruppa som i mange tilfeller blir karakterisert som den gruppa som er «nederst» på rangstigen i det norske samfunnet. All ære til kong Harald som stilte opp på dette. Hadde forespørselen kommet for 20 år siden, er vel ikke sjansene så store for at møtet hadde funnet sted på slottet. Mye har skjedd i rusfeltet i løpet av disse årene, og kong Haralds gest i dette tilfelle kan ha betydd mer enn han selv er klar over. Om kongen kan ta i mot en heroinmisbruker på slottet, så er denne gruppa kanskje ikke så skremmende allikevel? I artikkelen «Kongen og Christer: et tredje spor i narkotikapolitikken?», publisert i fagbladet Rus og Samfunn, påpekte Mette Snertingdal nettopp dette med at det er verdt å legge merke til at kongen under intervjuet med Christer ikke sa noe om at det er straffbart å bruke narkotika i Norge, og at han ikke kommenterte at det er et stort antall mennesker som straffes for narkotikabruk hvert år. (Snertingdal, 2011)

Medias påvirkning

I journalistikken er det et begrep som heter såkalt «K-journalistikk». Det innebærer at mye av det som formidles gjennom media handler om temaer som begynner på «k», som katastrofer, kjendiser, kongefamilie, kriser, kaos, krig, kriminalitet og konflikter. Dette er temaer som er ganske sterkt følelsesladet, og som kjent så presenterer mediene saker som selger og som fanger opp vår oppmerksomhet. På samme måte som media har stor påvirkningskraft på enkeltpersoner som mottar nyheter, har media også stor påvirkning på hva som settes på dagsorden i landet vårt. Ofte kan man lese om rusrelaterte nyheter, og disse er sjelden av så positiv art som den nevnt over med kongen og Christer. Jeg tenker det er helt soleklart at media har en stor skyld i at mennesker med rusproblemer fremdeles blir møtt med negative holdninger og stigmatisering. En annen som mener det samme er Hans Olav Fekjær. I 2002 holdt han et foredrag om media og rusmidler på journalistenes sommerkonferanse i Kristiansand. Her refererte han til en masteroppgave og en hovedfagsoppgave som ble skrevet ved Universitetet i Oslo på begynnelsen av 1990-tallet, som begge tok for seg medias behandling av rusmiddelstoff (Aksel Valberg: «Intet nytt fra rusmiddelfronten» og Heidi Lippestad: «Kultivert fremstilt?»). Begge avdekket store skjevheter i mediens dekning av rusmiddelstoff. (Fekjær, 2002) Selv om disse oppgavene ble skrevet for over 20 år siden, er situasjonen fremdeles mye av det samme i dag. Som Fekjær sa i sitt foredrag for 13 år siden så skildres ofte ulovlige stoffer dramatisk som djevlelske fiender, mens alkoholvarer stadig blir omtalt som «den gylne drikk», «den gode vin» eller «edle dråper». Dette er lett overførbart til dagens medier, da man ofte kan finne for eksempel vinanmeldelser, med tilhørende terningkast. Til jul er det den årlige kåringen av det beste juleølet og så videre. Fekjær var nådeløs i sitt foredrag, og kalte ikke bare mediens dekning for misvisende, men bunnfalsk. (ibid) Bilder som media skaper en feilaktig versjon av er i følge Fekjær, blant annet brukens utbredelse, skadene rus gir, narkotika som begrep og hvorfor noen blir avhengige. Som eksempler på dette refererte han til oppslag i Dagbladet 14., 15., og 16 mars 2002, hvor man kunne finne overskriften «Dop-eksplosjon blant unge», mens fakta var at det ikke hadde vært noe økning siste 4 år frem til 2002. I forhold til dette med narkotika som begrep, påpeker Fekjær at «narkotika» betyr et rusmiddel som er kommet inn i kulturen de siste 40 år og derfor gjort ulovlig. Hvilke stoffer som blir regnet som narkotika er skjønnspreget. Ta for eksempel khat; i Norge og 3-4 andre europeiske land er det definert som narkotika. I landene ved Afrikas østlige horn tygges khat av de fleste menn og i London selges det som grønnsak på torgene... Om et stoff kommer på lista over narkotiske stoffer

Jakten på den gode hjelperen

eller ikke, har dramatiske konsekvenser for hvordan det oppfattes. (ibid). Han refererte også til kanadisk forskning som ble lagt frem på en verdenskongress i 2002, hvor det kom frem at det å ha inntatt cannabis, valium eller kokain øker risikoen for å bli drept i trafikken med 2-5 ganger. Men har man promille på over 0,8, da er risikoen forhøyet med 39 ganger for å bli drept i trafikken!

Fugletveit (2014) refererer i boka «Psykososialt Arbeid – fortellinger, medvirkning og fellesskap» til Thomas Strand (2005) sin studie der han tok utgangspunkt i 110 presseoppslag fra de norske avisene Aftenposten og Dagbladet. Etter gjennomgangen av disse oppslagene, hever han at mediebildet er preget av en grunnleggende avstand mellom personer med alvorlige rusproblemer og de «normale» menneskene. Betegnelsene av rusavhengige er problemorienterte og må løses på en eller annen måte. Gjennomgangen viste at når media skriver om voksne mennesker med rusrelaterte problemer, fortelles det om vanskelige levekår, om ressurssvake mennesker som ikke kan ta vare på seg selv, og om lovbrudd. (Fugletveit, 2014)

Astrid Renland skrev et innlegg i Rus og Samfunn i 2012, hvor hun er kritisk til medias publisering av det den gang pågående arbeidet rundt retningslinjene til gravide i LAR. I artikkelen «Mediehype og metadonbabyer», stilte hun seg undrende til hva formålet med dette var – bortsett fra å nettopp å opprettholde stigma. (Renland, 2012) Ergo (2010) publiserte en artikkel i Dagbladet 13.oktober 2010 med overskriften «Tillater metadon til gravide – selv om babyene får abstinenser», og etterpå var det en ingress om rekordmange fødte metadonbabyer, de fleste med sterke abstinenser.

(<http://www.dagbladet.no/2010/10/13/nyheter/rusomsorg/metadon/fodselsel/13796455/>)

I forhold til hvordan dette er med på å opprettholde stigma mot rusavhengige, skriver Renland i artikkelen;

«Det er slående hvordan vinklingen i mediedekningen får det politiske flertall og helsemyndighetene til å fremstå som uansvarlige og med omsorg for bare mor, mens mindretallet og motstandere av medikamentell rusbehandling, er det maktesløse barnets stemme. Faglige vurderinger som blandes sammen med høyst subjektive betraktninger om rusmisbrukere som sådan, blir sjelden eller aldri møtt med kritiske oppfølgingsspørsmål. Ei heller det faktum at med riktig medisinerer er ikke mødre på metadon eller Subutex, ruset.»

Jakten på den gode hjelperen

Jeg mener ikke at mediene skal skape glansbilder av rusavhengige, men kanskje er det på tide å ta kildekritikk litt mer på alvor når artikler rundt bruk, utbredelse og misbruk av rusmidler skal publiseres.

«Rus bak speilet – respektens refleksjon»

Overskriften er hentet fra et kapittel i Sturla J. Stålsett sin bok «Respekt – se om igjen». Han reflekterer i boka rundt hva som kan ligge i begrepet, og skriver så treffende at kanskje blir det tydeligst hva respekt er, når den mangler. Det å bli behandlet respektløst oppleves om krenkende og går på den personlige verdigheten løs. (Stålsett, 2011) Skal man få et samfunn der alle grupper blir møtt med respekt, mener jeg at man ikke bare kan legge det ansvaret på myndighetene, men hver og en må også gå en runde meg seg selv og sine holdninger. Stålsett skriver i boka si at vi best kjenner til at respekten vender seg utover mot andre. Men den vender seg også innover, hvis man prøver å reflektere rundt egne holdninger. Vi mennesker har ofte behov for å sette hverandre i båser, og gjerne rangere mennesker over og under hverandre. Det er vel dette Stålsett også prøver å si noe om når han skriver;

«Hvem handler det om når diskusjonen for eksempel dreier seg om skjenkepolitikk eller alkoholvaner? Trolig om folk flest. Og hva når overskriften er «rusomsorg»? Som regel om «de andre». «Alkoholikere og narkomane» - bare få andre betegnelser i språket vårt er så stigmatiserende. Selv mer forsiktig omtaler om dem som «stoffmisbrukere» eller som «rusavhengige», tydeliggjør skillet mellom «oss selv» og «de andre». De andre er misbrukerne. (s. 119)

Stålsett skriver at respekt handler om å se om igjen, det å se nøyere etter. Dette innebærer at vi også gransker oss selv litt mer nøye. Hvem er «jeg» i forhold til «dem»? Er jeg en del av den store gruppen «vi»? Litt ironisk skriver han at denne store gruppa av de selvgode «vi», kan omfatte behandlere, hjelpere, politikere eller folk flest. Det er «vi» som er velbergede og det er «vi» som er samfunnets støtter. (Stålsett, 2011)

Denne oppgava forsøker å besvare spørsmålet om hva som karakteriserer godt psykososialt arbeid i rusfeltet. Jeg tenker at en bevisstgjøring som Stålsett snakker om her, er avgjørende for den som skal jobbe i rusfeltet. Flere av mine informanter snakket om dette med «ovenfra og ned» holdning og hvor ødeleggende dette kan være. Stålsett skriver om dette at den største

Jakten på den gode hjelperen

utfordringen er å la vær og stigmatisere den spesielle andre, og heller fokusere på det som ikke er så spesielt, men som har fellestrekk med en selv og andre. Det handler om å se menneskeligheten hos dem man skal hjelpe, i stedet for å fokusere på vedkommendes sykkelighet. (ibid) Den oppmerksomme leser vil her kjenne igjen grunnpilaren i det psykososiale aspektet.

Er det ikke slik det er da? Vi mennesker synes det er godt å føle seg litt mer verdt enn «de andre». I forhold til tematikken rundt dette med respekt og stigmatisering er det verdt å tenke over hvorfor vi ikke ser ned på direktøren som drikker litt hver dag, mens Ola som sitter i parken med nåla i armen, han er ingenting verdt og «kan takke seg selv»...

Den gode relasjonen – hva er det og hvordan legge til rette for?

Viktigheten rundt det å ha en god relasjon til hjelperne understrekes av et overtall av informantene i min studie. I en drøftingsdel som denne ville det være bortkastet å bruke tid på å diskutere om det er viktig med en god relasjon til dem man skal hjelpe eller ikke. Det er innlysende. Dessuten er det haugevis med forskning på mange felt som sier noe om viktigheten av dette. I all forskningen som er nevnt i teorikapittelet, både norsk og utenlandsk, poengteres viktigheten av en god relasjon eksplisitt. Det er likevel verdt å skrive noe om relasjon i en slik drøftingsdel, i og med at det er så sentralt og betraktes som et kjernebegrep i sosialt arbeids litteratur. (Aamodt, 2001) Det jeg heller vil forsøke å diskutere er hva som karakteriserer en god relasjon, og forsøke å ta begrepet til et høyere nivå ved å se på hvordan en hjelper best kan legge til rette for at relasjonen til den man skal hjelpe blir nettopp god.

Kjennetegn ved en god relasjon

Under mine intervjuer ble informantene spurt på flere måter om hva som karakteriserer god hjelp i rusfeltet. I funnene var det mange ord som ble nevnt som jeg tenker nettopp gir et bilde av hvilke faktorer som må inngå i en relasjon for at den skal oppfattes som god. Empati, forståelse, ha evne til å lytte, by på seg selv, ha øyekontakt, vise interesse, ta seg tid, se hele mennesket, vise respekt, skape tillitt, være medmenneske, sette krav, ikke se ned på og det å være god på kommunikasjon er alle faktorer som mine informanter la vekt på i svarene på hva som karakteriserer en god hjelper.

Jakten på den gode hjelperen

Selv om ikke ordet «kroppsspråk» ble brukt direkte, tenker jeg at flere av betegnelse ne nevnt over godt kunne komme under en slik paraply. Nina Surnflødt Ruud og Mette Irene Holmen skrev i 2012 en bacheloroppgave om dette teamet. De poengterer at når en hjelper og en pasient møtes, så blir hjelperen (i deres oppgave sykepleieren) observert og bedømt etter sin atferd, og i mange tilfeller så kan kunnskapsnivået og omsorgsevne til hjelperen bli vurdert ut i fra hvordan hun oppfører seg. Kroppsspråk og stemmeleie er sterke indikatorer på hvordan en relasjon mellom hjelper og pasient vil utvikle seg (Surnflødt Ruud og Holmen, 2012). Stikkord rundt dette med kroppsspråk som kom frem gjennom denne litteraturstudien var bevisstgjøring rundt kroppsholdning hos hjelperen, bruk av gester og bevegelser, blikk, smil og ansiktsuttrykk. Viktigheten av at kroppsspråket skal signalisere det samme som uttrykkes verbalt ble understreket, da det er viktig for å legge til rette for pålitelighet og tillitt. Det å smile indikerer åpenhet og vennlighet, og kan signalisere en positiv holdning som igjen inviterer til en god relasjon. (ibid)

Jeg tenker at bevisstgjøring rundt dette med kroppsspråk er viktig. Bommer man på denne biten i en hjelperelasjon, kan det føre til at relasjonen blir det motsatte av god, og brukeren kan sitte igjen med en følelse av å ikke bli møtt, ikke bli forstått og kanskje også overkjørt. Ved slike opplevelser med hjelpeapparatet, vil det i de fleste tilfeller bli vanskelig for pasienten å jobbe med sin bedringsprosess, da avstanden mellom hjelper og bruker blir for stor.

Å skape en relasjon ut i fra en ekspertmodell kontra relasjonsmodell

Hvordan kan man så forsøke å sette dette med utvikling av en god relasjon litt mer i system? En måte å gjøre dette på er å bli mer bevisst på den rollen man spiller i møte med den rusavhengige. Laila Granli Aamodt skriver i artikkelen «Sosialt arbeid og anerkjennelse – en problematisering av grunnlagstenkningen i sosialt arbeid» at man må ha et mål om å ha et subjekt-subjekt perspektiv i møte med brukeren. Hun mener at anerkjennelse er et begrep som bør gjøres til et nøkkelbegrep i sosialt arbeid. Anerkjennelse innebærer at gjensidighet og likeverd mellom hjelper og bruker må vektlegges mer, i motsetning til ensidighet og asymmetri. (Aamodt, 2003) Medmenneskelige kvaliteter som innlevelse, forståelse og godhet er vel og bra, men legger ikke til rette for gjensidighet. Hun presenterer to ulike perspektiver man kan jobbe ut i fra i forhold til å skape relasjoner, og kaller disse for «ekspertmodellen» og «relasjonsmodellen».

Jakten på den gode hjelperen

Ekspertmodellen er en arbeidsmåte der hjelperen ser på seg selv som en ekspert. Oppgavene her vil være å behandle, forandre, veilede og gi råd. Ved en slik måte å jobbe på, oppfattes klienten som et objekt for hjelperens handlinger, og dette er forenelig med hva vi tradisjonelt legger i betegnelsen «profesjonelt sosialt arbeid». Det er en modell hvor man bruker redskaper i form av bestemte metoder, handlingsmanualer eller programmer for å gi en bestemt hjelp til en bestemt type diagnose, atferdsforstyrrelse eller lignende. (ibid)

Relasjonsmodellen vektlegger relasjonen mellom hjelper og bruker på en annen måte. Modellen tar utgangspunkt i at det er snakk om et to-veis forhold og at både hjelper og bruker påvirker det som skjer i relasjonen og med den andre. Her åpnes det for en gjensidighet som en ikke ser i ekspertrollen. Hun understreker at relasjonsmodellen ikke fratruer hjelperen det faglige ansvaret eller makten han eller hun besitter. Ulikheten i maktforholdet vil alltid være tilstede, men modellenes forskjellighet handler mer om hvordan makten håndteres på. I relasjonsmodellen har også klientens kunnskaper relevans, som sammen med hjelperens kunnskaper skaper hjelpen som tilbys. Begge gis rett til å si sine meninger og synspunkter som begge parter må ta hensyn til, og det er via dette at begrepet anerkjennelse kommer til syne. Hun forklarer dette slik i artikkelen;

«Når to parter samtaler om en sak, vil anerkjennelsen innebære at begge parter har rett til å uttale seg, bli lyttet til, sett og respektert» (s. 155 i fagbladet Nordisk Sosialt Arbeid, nr 3 – 2003)

Gjennom anerkjennende kommunikasjon blir den andre tilkjent verdi som menneske og samtalepartner. Anerkjennelse handler ikke om noe vi sier eller gjør, men representerer en holdning der respekten for det andre mennesket og hans eller hennes opplevelser er grunnleggende. (ibid)

Dette er tanker som ikke er nye av dato. Allerede i 1957 kom Hans Skjerveim med tilsvarende tanker i essayet «Deltakar og tilskodar». Han var også opptatt av bevisstgjøring rundt viktigheten av at relasjoner mellom hjelpere og brukere måtte preges av en subjekt-subjekt tilnærming. (Skjerveim, 1996 [1957])

Det kan virke som anerkjennelsesbegrepet og disse tankene som både Aamodt og Skjerveim snakker om, er på vei inn i hjelpeapparatet i større grad enn før. I artikkelen «Å lage farger på livet til folk», som er basert på en studie blant ansatte og brukerinformanter i ambulante team, sier brukerinformantene at det er av stor betydning å bli sett på som en person, og ikke bare

Jakten på den gode hjelperen

som en diagnose eller problem. Når kontakten med hjelperne foregår hjemme hos brukerne, får de presentert seg på en annen måte og relasjonen blir mer likeverdig. Ved en god relasjon er også kjemien god, og via dette fremstår fagfolkene som ekte og troverdige. Viktigheten av at fagfolkene har en personorientert tilnærming med fokus på brukernes utfordringer i hverdagen blir påpekt, samtidig som det er en forutsetning at de har kompetanse utover kjennskap til evidensbaserte behandlingsmetoder der målet er symptomlindring, for å få til dette. (Almvik, Sagsveen, Møller Olsø, Westerlund og Nordvoll, 2011) Studien konkluderer med at individuelt tilpasset hjelp basert på et likeverdig samarbeid mellom brukere og fagfolk fremstår som nøkkelen til god hjelp. Sammenfallet med Aamodt og Skjervheim sine tanker blir enda tydeligere i denne setningen som står avslutningsvis i artikkelen;

«Dette utfordrer en tradisjonell forståelse av behandling som har fokus på standardiserte metoder og hvor fagfolkene framstår som eksperter» (s. 162 i tidsskrift for psykisk helsearbeid vol.8, nr 2 2011)

Anerkjennelse kommer også frem som begrep i artikkelen «Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid – en kvalitativ studie», som er basert på fokusgruppeintervju med åtte helseansatte i psykisk helsevern. Et av funnene i studien var at informantene synes det er lettere for helsepersonell å anerkjenne de forsøk pasientene gjør i sin søken etter å bli sett og forstått for å mestre sine liv, når kartleggingsverktøy legger vekt på mestring. Det å fokusere på symptomer skaper en avstand til hvem personen er. Konklusjonen i studien er at helsepersonell er mer opptatt av å reflektere over at mennesket har en verdi, fordi *vi er til*. Ved å være oppmerksom på hva pasienten formidler om seg selv, anerkjennes pasienten. (Thorbjørnsen, Strømstad, Aasland og Rørtveit, 2014).

Se hele mennesket – det psykososiale idealet

Gjennom mine intervjuer var det påfallende mange av informantene som snakket spesifikt om hvor viktig det var å bli sett om et helt menneske av hjelpeapparatet. Siden dette er noe av hovedessensen i psykososialt arbeid, så var dette noe jeg la særlig merke til i funnene. Jeg ble faktisk litt forundret over at det var så mye fokus på dette, det var akkurat som de hadde lest definisjonen på psykososialt arbeid som står i innledningskapittelet i denne oppgaven. Derfor mener jeg det er på sin plass å samle trådene på slutten av denne oppgaven å drøfte rundt «det å se hele mennesket».

Begrepet «psykososialt arbeid»

Som nevnt i innledningen i denne oppgaven er ikke «psykososialt arbeid» et nytt begrep, og det er heller ikke noe mål i seg selv å finne frem til et låst innhold som skal definere begrepet en gang for alle. Som jeg ser det, så er det et begrep som er i bevegelse. For 18 år siden, i 1997, ble det gitt ut en bok som het «Profesjonell utvikling i psykososialt arbeid». I de ulike definisjonene som ble presentert av begrepet den gangen, var konsentrasjonen samlet rundt viktigheten av det relasjonelle forholdet i hjelpe- og problemløsningsprosesser mellom pasient og hjelper. (Stolanowski og Rønnestad, 1997). Fokuset rundt det å tenke helhetlig har nok utviklet seg med tiden frem til 2014, da Skærbæk og Nissen ga ut sin bok om psykososialt arbeid. I boka understrekes det at den psykososiale kompetansen går ut på å se at det mennesket som ønsker og behøver hjelp, inngår i en større sammenheng. De mener at nøkkelen for å utvikle gode strategier for psykososialt arbeid, rett og slett er kunnskap om livet og å innse at i en mangfoldig og sammensatt verden, så er vi alle brukere. Det å ha forståelse for at kunnskap er mer enn teori og at kunnskap utvikles sammen med andre i ulike kontekster, systemer og strukturer, som er infiltrert av makt og avmakt – er en forutsetning for god og kompetent praksisutøvelse. (Skærbæk og Nissen, 2014). For å friske opp hukommelsen til leseren, så gjentar jeg beskrivelsen av hva psykososialt arbeid er, i følge masterstudiets studieplan;

«Psykososialt arbeid innebærer en helhetlig og inkluderende tilnærming. Hvert menneske er mer enn sin lidelse, diagnose og situasjon. Mellommenneskelige problemer er komplekse og mangetydige. De oppstår og henger sammen med mellommenneskelige og samfunnsmessige forhold og krever å bli møtt med både psykologiske, sosiale, medisinske og biologiske forståelsesformer.» (Studieplan med emnebeskrivelse for masterstudium i psykososialt arbeid – helse - og sosialfag, 2014)

Hvordan se hele mennesket?

På lik linje med «en god relasjon», så tenker jeg at det «å se hele mennesket» er et begrep som trenger mer innhold og det å bli drøftet for å kunne gi bedre mening for dem som skal yte hjelp til mennesker med rusproblemer. Jeg synes det Nortvedt og Grimen (2004) skriver om det å forstå helhet passer veldig godt i forhold til det psykososiale perspektivet;

Jakten på den gode hjelperen

«Å forstå en helhet er å gi et forslag til hvordan dens deler henger sammen.»
(Nortvedt og Grimen, 2004, s. 93).

Spesialist i psykiatri og gruppeanalytiker, Per Føyn, har skrevet et kapittel om det å behandle hele mennesket i boka «Retretten – Rusomsorg i praksis». Han skriver at når vi skal behandle ruslidelser, så må vi forhold oss til hele mennesker med rusproblemer og ikke til rusproblemene som et isolert fenomen. (Føyn, 2014) Det å tenke helhet innebærer å forholde seg både til ressurser og problemer, og vi må forstå at akkurat som alle har sin spesielle bakgrunnshistorie for å utvikle sin ruslidelse, så har den enkelte sin spesielle vei til tilfriskning. Behandling må individualiseres og utgangspunktet bør være at pasientenes opplevelse av seg selv og sin situasjon skal respekteres. Dette innebærer å ta hensyn til at pasientene opplever virkeligheten og seg selv basert på et sett av forestillinger som er blitt til på grunnlag av alt de har opplevd tidligere. Mange har blitt utsatt for omsorgssvikt som har ført til store skader i tilknytningen til andre mennesker. Hjelperne i rusfeltet må forstå hvordan dette kan gi avvikende atferd og forholde seg terapeutisk til det, uten sterke følelsesmessige motreaksjoner eller avvisning. Behandlere må forstå hvordan de med sin atferd bidrar til pasientenes reaksjoner og gjennom dette også til utfallet av behandlingen totalt sett. (ibid) Han mener at noe av det viktigste er å hjelpe pasientene med å gjenkjenne sine høyrisikosituasjoner, altså hva som representerer den største faren for tilbakefall. All endring møter mostand, og det å finne ut hva som hindrer fremgang i behandlingen er en meget viktig del av det terapeutiske arbeidet. For å finne ut av dette kreves det innsats og samarbeid både fra pasienten og hjelperne. Jeg tenker at det Føyn skriver om hvordan bedring kommer over tid, kan komme som et resultat av at man behandler og ser hele mennesket man skal hjelpe. Han skriver:

«Bedringen kommer ikke hovedsakelig av korrekt bruk av riktig teknikk eller behandlingsform, men som en følge av en psykologisk vekst som gir endring av den følelsesmessige og tankemessige innstillingen til seg selv og sitt forhold til andre, inkludert forholdet til rusmidler, rusnettverket og ruseffekten. Alt som skjer i livet er viktig, og bolig, arbeid og annen fast aktivitet er nødvendig». (Føyn, 2014, side 69)

Fugletveit (2014) understreker også at det er mange andre faktorer man må fokusere på i rusbehandling enn bare å se på selve rusen. Hun skriver at rusbehandling isolert ikke kan avgjøre hvordan fremtiden ser ut for den enkelte. Det er en stor bragd å bli kvitt rusproblemene, men det løser ikke alle de andre psykososiale utfordringene som ofte er står

Jakten på den gode hjelperen

på spill, som det å skaffe seg bolig, arbeid sosialt nettverk. Det er mange prosesser som må jobbes med samtidig, og hun mener at en psykososial tilnærming i rusfeltet handler om å belyse alle elementene som utspiller seg til en hver tid. (Fugletveit, 2014). For å klare å gjøre dette må man se hele mennesket, slik jeg ser det.

Hvilke faktorer bidrar til å på en bedre måte kunne klare å se hele mennesket?

Etter å ha jobbet med denne oppgaven i over to år, sitter jeg med noen tanker rundt svaret på dette spørsmålet. Jeg tenker at det som bidrar til at man i større grad kan klare å se hele mennesket, er en del faktorer som nettopp er diskutert i denne oppgaven. Det er fristende å lansere en teori om at grunnlaget for å klare å se hele mennesket og ha fokus på dette, ligger i elementene som det å ha spesialisert kunnskap om rusproblematikk som fag, man må være interessert og engasjert, man må ha gått noen runder med seg selv i forhold til egne holdninger og måter å jobbe på, og man må være i stand til å klare å etablere en god relasjon til de man skal hjelpe. Det er som et puslespill, hvor alle brikkene må være på plass for å få hele bildet frem. Mangler det brikker kan man fremdeles se bilde ganske klart, men noe mangler. Slik at bildet blir greit, men ufullstendig. Litt sånn tenker jeg i forhold til rusbehandling også.

Hvordan legge til rette for å se hele mennesket i praksis?

En annen ting som kan bidra til at hjelpere i større grad kan jobbe for å se hele mennesket, handler nok en gang om bevissthet. Når man skal etablere en god relasjon, så er det som beskrevet tidligere en fordel og vite om man jobber etter relasjonsmodellen eller om man tenker at man innehar en ekspertrolle overfor pasienten. For å bedre kunne se hele mennesket, så er det også av betydning at hjelpere vet noe om hvilket menneskesyn og kunnskapssyn arbeidet hviler på. Det er i hovedsak to kunnskapstradisjoner som lever side om side på ulike steder blant helsemyndigheter, ansatte, brukere og pårørende. Almvik og Borge (2014) skriver i boka «Å sette farger på livet – Helhetlig psykisk helsearbeid» at dette handler om det dualistiske og det helhetlige menneskesynet. Tradisjonelt så har kunnskapsutviklingen innen fagområdene medisin og psykiatri blitt knyttet opp i mot det dualistiske og reduksjonistiske perspektivet, hvor skillet mellom kropp, sinn og miljø er blitt opprettholdt. Et slikt syn fører

Jakten på den gode hjelperen

ofte til at sykdom blir klassifisert som organisk sykdom, som er påvist i kroppen. Her tar man ikke utgangspunkt i personens egne erfaringer med symptomer og plager. (Almvik og Borge, 2014)

Den helhetlige og fenomenologiske tilnærmingen er i fremvekst og fremstår som et nyttig supplement, hvor kroppen blir ansett som et lærende objekt. Kroppen formidler erfaringer som mennesker ikke umiddelbart kan uttrykke med ord. Det å lære seg å forholde seg til egen kropp innebærer å ta del i eget liv, da kroppen sitter på en innsikt og erfaring som er en viktig inngangsport for både læring og mestring. (ibid)

På enkelte stadier i rusbehandlingen, så er det nødvendig å ha hovedfokus på rusproblemet. Jeg tenker for eksempel når brukeren er inne til avrusing. Da er det symptomer og hvordan lindre abstinenser som står i fokus, men når brukeren skal videre i systemet, bør det helhetlige kunnskapssynet være rådene – da er selve de kroppslige plagene rundt rusbruk og abstinenser bearbeidet – og resten av den store jobben skal tas tak i. Det å ha noen tanker om hvor en står hen som profesjonell hjelper i forhold til kunnskapssyn, tenker jeg er viktig da det får konsekvenser for hvordan man forholder seg til pasienten over tid.

OPPSUMMERING OG AVSLUTNING

I denne oppgaven har jeg forsøkt å besvare spørsmålet om hva brukerne av behandlingsapparatet i rusfeltet mener må til for at hjelpen som gis skal oppfattes som god. Dette har jeg gjort ved å foreta intervjuer med seks informanter som alle hadde erfaring med å være i behandling for sitt rusproblem. Som funnene viser er det mange faktorer som bør være på plass for oppnå målet om å yte god hjelp til brukerne. Spesialisert kunnskap om rusproblematikk, gode holdninger og det å skape gode relasjoner fremheves som nøkkelbegreper blant informantene.

For hjelperne er det en utfordring at rusproblematikk er et så komplekst felt som det er, og informantene i denne oppgaven forteller at de i stor grad har opplevd å bli møtt med stigmatiserende holdninger. Den som ikke har kjent på kroppen selv hvordan det er å være rusavhengig med alle utfordringer dette ofte fører med seg, kan i liten grad forstå hva dette innebærer. Noe som igjen kan resultere i at man behandler rusavhengige uti fra eget ståsted, uten å være ydmyk for at livet rusavhengige lever ofte er ganske annerledes og tøffere enn «normalen». Denne avstanden kan resultere i at man bevisst eller ubevisst får en holdning som «oss» og «dem», noe som forsterkes gjennom medias gjennomgående negative formuleringer av mennesker med rusproblemer.

Indikasjoner for praksis og videre forskning

Hva kan så gjøres for å øke forståelsen blant ansatte? I drøftingsdelen i denne oppgaven har jeg ofte kommet tilbake til begrepet «bevisstgjøring». Foruten å tilegne seg mer teoretisk kunnskap om rusproblematikkens komplekse natur, så tenker jeg at det bør være en naturlig del av de ansattes arbeidshverdag å få mulighet til å reflektere over ulike temaer innen rusproblematikk og også rundt hendelser som skjer i møtet med brukerne. For dem som arbeider i rusfeltet må man være forberedt på at utageringer kan oppstå, og hvordan personale handler og reagerer rundt dette er av avgjørende betydning. Jeg vil komme med en oppfordring til ledere rundt forbi, som er ansvarlig for ansattes trivsel og institusjonens behandlingsresultater. Det går på å sette av tid med jevne mellomrom der ansatte kan reflektere over etiske dilemmaer man står i som hjelper i rusfeltet. Bevisstgjøring av holdninger, egen rolle og reaksjonsmønster kan bidra til økt kvalitet på tjenestene som blir gitt til rusavhengige. Når alt kommer til alt så er det pasientene vi er på jobb for, og det bør alltid

Jakten på den gode hjelperen

være av interesse å få tilbakemeldinger fra både de som mottar hjelp og kollegaer for å forbedre seg selv som hjelper. Kanskje bør det også legges til rette for at pasientene får delta i refleksjonen sammen med de ansatte, slik kan man få et annet syn presentert. Dette kan bidra til mye læring, både hos de ansatte og hos brukerne. Dette kan også brukes som et ledd for å minske avstanden mellom hjelperne og pasienter og for å gjøre noe med holdningen om «oss» og dem».

I funnene i denne studien kommer det også frem at informantene ser og uttrykker fordelen ved å ha ansatte med brukererfaring i hjelpeapparatet. Dette er også noe som bør tas til etterretning, og kanskje bør flere institusjoner vurdere å ansette folk med brukererfaring. Selv om det er lang tradisjon innen visse behandlingsinstitusjoner å verdsette erfaringskompetanse, så stiller jeg meg litt tvilende til at dette gjelder overalt. Personlig har jeg sett lite av at det har blitt ansatt noen med erfaringskompetanse i større stiling på de stedene jeg har jobbet i rusfeltet, bare som sporadiske vikarer. Det er generelt sett et stort fokus og ønske om at de som skal ansettes i rusfeltet skal ha «den riktige» utdannelsen, det vil si en bachelorgrad innen sykepleie, vernepleie, sosionom eller barnevernspedagog. Dette henger selvfølgelig sammen med kravene om kompetanse fra myndighetene, og det er bra at man har fokus på dette. Men kanskje man også bør ha et mål om et visst antall ansatte med brukererfaring på hvert behandlingssted, for å nyansere og tilføre en kunnskap og erfaring man ikke kan lese seg til.

Når alt kommer til alt, så er det de som mottar hjelp i rusfeltet som best vet hva som fungerer og ikke fungerer. Som nevnt flere ganger i oppgaven, er det selvsagt individuelt hva som fungerer. Mennesker er forskjellige og har ulike behov. Slik er det også med rusavhengige. Det å samarbeide med den du skal hjelpe og jobbe etter relasjonsmodellen, hvor brukeren blir mer likeverdig i relasjonen, tror jeg er et viktig utgangspunkt for å komme i posisjon til å jobbe med rusavhengiges bedringsprosesser. I forhold til dette har jeg lyst til å sitere Per Føyn (2014) i boka «Retretten – rusomsorg i praksis»;

«Aldri irritere deg over at pasientene er som de er, hjelp dem til å finne ut hvorfor»
(side 69)

I forhold til videre forskning så hadde det vært interessant å få et bedre innblikk fra den andre siden av hjelpeapparatet, nemlig fra de ansatte, om hva de gjør for å møte rusavhengige på

Jakten på den gode hjelperen

best mulig måte og hvordan de stiller seg til resultatene fra denne studien. Er man bevisst på egen rolle, egen maktsituasjon og egen oppførsel/kommunikasjon – og i hvilken grad legges det til rette for etisk refleksjon rundt sin egen rolle som hjelper overfor mennesker som sliter med rusproblemer?

Studiens overførbarhet

Denne studien har fokuset rettet mot rusavhengige som pasientgruppe. Det som ofte skiller ruspasienter fra andre pasientgrupper er, som nevnt, rusproblematikkens komplekse vesen. Likevel tenker jeg at resultatene fra denne studien i stor grad kan overføres til å gjelde andre pasientgrupper i helsevesenet. Det å yte god hjelp til for eksempel psykisk utviklingshemmede, psykisk syke eller andre med sammensatte helseutfordringer krever etter mitt syn det samme som kommer frem i denne studien. God kunnskap om det området man jobber innenfor, en holdning preget av respekt, interesse og engasjement og det å arbeide for at relasjonene til pasientene blir best mulig, gjelder overalt.. Det kan også overføres til andre yrker, for eksempel er det stor mulighet for at en student ville ha svart de samme tingene på spørsmål om hva som karakteriserer en god lærer.

KILDEHENVISNINGER

Almvik, A. og Borge L. (2014) *Å sette farger på livet til folk*. Helhetlig psykisk helsearbeid. Fagbokforlaget. Oslo

Almvik, A, Sagsveen E, Møller Olsø, T, Westerlund, H og Norvoll, R (2011) «Å lage farger på livet til folk» - *God hjelp til personer med rusproblemer og psykiske lidelser i ambulante team*. Artikkel i Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol 8 nr 2, side 154-162.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet 2007-2012 (2007) *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse*. Strateginotat. Oslo.

Bacchus, L., Marsden J., Griffiths P., Gossop M., Farrell M., Clarke K og Strang J. (1999) *Client Perceptions of Inpatient Treatment: a qualitative account with implications for service delivery*. Artikkel i fagbladet *Drugs; education, prevention and policy*, Vol. 6, No 1. London, Storbritannia.

Bjørkman, Ingrid og Pettersen, Kristina (2012) «De har erfaring med hva som hjelper» - *En kvalitativ undersøkelse med medarbeidere med brukererfaring i psykisk helsearbeid*. Mastergradsavhandling i psykisk helsearbeid, Høyskolen i Oslo og Akershus. I. Bjørkman og K. Pettersen. Oslo.

Borchgrevink Lund Andersen, Nina (2013) *Representanter for håpet – En studie av erfaringskonsulentenes rolle og funksjon i det psykiske helsefeltet*. Mastergradsavhandling ved Universitetet i Agder. N. Borchgrevink Lund Andersen. Kristiansand.

Connors, Nicola A. og Franklin Kathy K. (2000) *Using focus groups to evaluate satisfaction in an alcohol and drug treatment program.* Artikkel i Journal Of Substance Abuse Treatment 18, side 313 – 320. USA.

Danielsen, Monica (2010) «*En av oss?*» - *En studie av muligheter og utfordringer ved ansettelse av personer med erfaringskompetanse i psykisk helsevern.* Mastergradsavhandling ved Universitetet i Agder. M. Danielsen. Kristiansand.

EMCDDA; Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk. (2014) *Europeiske narkotikarapport – trender og utviklinger.* Luxembourg.

Ergo, Thomas (2010) *Tillater metadon til gravide – selv om babyene får abstinenser.*

Artikkel i Dagbladet, publisert 13.10.2010.

(<http://www.dagbladet.no/2010/10/13/nyheter/rusomsorg/metadon/fodsel/13796455/> (printet ut 23. 04.2015))

Fekjær, Hans Olav (2002) *Media og rusmidler.* Foredrag på journalistenes sommerkonferanse 24.08.2002 i Kristiansand. (<http://fekjaer.org/media.htm>)

Fekjær, Hans Olav (2004) *RUS – Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk.* Gyldendal norsk forlag. 2 utgave, 3 opplag 2007. Oslo.

Fugletveit, Ragnhild (2014) «*...jeg hadde ingenting...*» Kapittel 7 i boka *Psykososialt Arbeid – Fortellinger, medvirkning og fellesskap.* Skærbæk E. og Nissen M. (red). Gyldendal Akademisk. Oslo.

Føyn, Per (2014) «Å behandle hele mennesket». Artikkel i kapittel 3 i boka Retretten – rusomsorg i praksis. Oslo.

Gjelsvik, Roar (2004) *Utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol.* Notatserie i helseøkonomi nr 07/04. Rokkansenteret. Bergen.
http://heb.rokkan.uib.no/publications/files/128-Notat07_04.Gjelsvik.pdf

Helsedirektoratet (2014) *SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2013.* Rapport IS-2194. Oslo

Helsedirektoratet (2014) *Nasjonal overdosestrategi 2014-2017.* Publikasjonsnr. IS-0418. Oslo.

Helsedirektoratet (2011) *Kvalitet og kompetanse...om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre.* Rapport IS-1914. Oslo.

Helsedirektoratet (2014) *Etablering av en ny medisinsk spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin.* Rapport IS-0424. Oslo.

Helsedirektoratet (2011) *Medarbeider med brukererfaring – en ressurs.* Brosjyre. IS-1927. Oslo

Helsedirektoratet (2014) *Tilskudd kommunalt rusarbeid.* Web side;
<http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/kommunalt-rusarbeid-2015.aspx> (tatt ut 23.01.2015)

Helsedirektoratet (2015) *Behandle avhengighet*. Informasjonsskriv på internettssidene til Helsedirektoratet. (<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/behandle-rusavhengighet> (printet ut 9.2. 2015))

Høgskolen i Østfold (2012) *Studieplan uten emnebeskrivelse*. Hentet 10.04. 2014, fra; http://www.hiof.no/nor/hogskolen-i-ostfold/for-studenter/studieplaner/2012-_2013/helse_-og-sosialfag/?&displayitem=1240&module=studieinfo&type=studieue&subtype=1

Jacobsen, Dag Ingvar (2010), *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfag*. 2 utgave. Høyskoleforlaget. Kristiansand.

Jacobsen, Dag Ingvar (2003) *Forståelse, beskrivelse og forklaring; innføring i metode for helse- og sosialfagene*. 1 utgave. Høyskoleforlaget. Kristiansand.

Johannesen, Asbjørn., Tuft, Per Arne og Christoffersen, Line (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo. Abstrakt Forlag. 4 utg.

Kagge G., Tjernshaugen K. og Molteberg Glomnes L (2015) «*Ap-landsmøtet ga heroin-ja*». Artikkel i Aftenposten 18.04.2015.(<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/politikk/Ap-landsmotet-ga-heroin-ja-7985966.html>) (printet ut 22. 04.2015)

Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk. 2 utg. Oslo.

Lillemoen, Lillian (2008) *Det er bare sånn jeg er – en undersøkelse om sykepleierstudenters utvikling av moralsk opptreden*. Doktorgradsavhandling ved det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Oslo.

Lovejoy, M., Rosenblum, A., Magura S., Foote J., Handelsman L. og Stimmel B. (1995) *Patients' Perspective on the Process of Change in Substance Abuse Treatment*. Artikkel i *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 2, No 4, side 269-282. USA.

Lund, Thorleif og Haugen, Richard (2006) *Forskningsprosessen*. Oslo. Unipub forlag.

Malterud, Kirsti (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo. Universitetsforlaget. 3 utg.

Mld. St. 16. (2010-2011) *Nasjonal helse –og omsorgsplan (2011-2015)*. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

Mld St. 30 (2011-2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk; alkohol – narkotika – doping*. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014) *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2014*. PasOpp-rapport Nr 6 2014. Oslo

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2007) *Måling av brukererfaringer med avhengighetsbehandling: En litteraturgjennomgang av validerte måleinstrument*. Notat. Oslo

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2011) *Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling?* Notat. Oslo.

Nordfjærn, Trond, Rundmo, Torbjørn og R. Hole (2010) *Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction.* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17; 53-64.

Nordlie, Egil (2014) *Helsemessig følger for de pårørende.* Artikkel i kapittel 2 i boka Retretten: Rusomsorg i praksis, s. 60-63. Oslo.

Nortvedt, P. og Grimen, H. (2004) *Sensibilitet og refleksjon, filosofi og vitenskapsteori for helsefag.* Gyldedal Akademisk. Oslo.

Renland, Astrid (2012) *Mediehype og metadonbabyer.* Artikkel i Rus & Samfunn 03/2012. Oslo

Rieber-Mohn, Georg Fr (1996) «Dilemmaer i narkotikapolitikken», kapittel 5 i boka Rusmidler og veivalg (Pedersen W, og Waal, Helge (red)). Cappelen akademisk forlag. Fagernes.

Rus og samfunn «Videreutdanning rus». Oversikt. <http://www.rus.no/id/114.0> (tatt ut 16.04.2015)

SIRUS (2015) *Nær 100 nye psykoaktive stoffer oppdaget i Norge siden 2010.* Artikkel på nettsidene til SIRUS.(<http://www.sirus.no/naer-100-nye-psykoaktive-stoffer-oppdaget-i-norge-siden-2010/> (printet ut 3. 4 2015)

SIRUS (2015) *Rusmidler i Norge.* Kapittel ; Tjenestetilbudet. Informasjon på SIRUS sine nettsider. <http://www.sirus.no/publikasjon/rusmidler-i-norge/8-tjenestetilbudet/>

Skretting, Astrid og Storvoll, Elisabeth E. (red) (2011) *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken.* SIRUS-Rapport nr 3/2011. Oslo.

Skretting A., Bye Elin K., Finne Vedøy T. og Lund K. E. (2014) *Rusmidler i Norge 2014.* SIRUS-Rapport. Oslo

Skjervheim, Hans (1996 [1957]) *Deltakar og tilskodar og andre essays.* Aschehoug. Oslo.

Skærbæk, Eva og Nissen, Morten (2014) *Psykososialt arbeid - fortellinger, medvirkning og fellesskap.* Oslo. Gyldendal akademisk.

Snertingdal, Mette I (2011) *Kongen og Christer; Et tredje spor i narkotikapolitikken?* Artikkel i *Rus & Samfunn* 04/2011.

Stanghelle, Harald (2010) *Kongen og Christer.* Artikkel i *Aftenposten* 09.12.2010.
<http://www.aftenposten.no/meninger/kommentatorer/stanghelle/Kongen-og-Christer-6274448.html> (printet ut 22.04.2015)

Stolanowski, P-A og Rønnestad, M.H. (1997) *Profesjonell utvikling i psykososialt arbeid.* Cappelen Akademisk. Oslo

Stålsett, Sturla J (2011) *Respekt – se om igjen.* Pax forlag. Oslo

Surnflødt Ruud, Nina og Holmen, Mette Irene (2012) *Hvordan sykepleier kan bruke sitt kroppsspråk til å etablere en relasjon, som fører til at pasienten ønsker å åpne opp for samtale.* Bacheloroppgave. Gjøvik.

Thorbjørnsen, A.B, Strømstad, J.V, Aasland A.M. og Rørtveit K (2014) *Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid – en kvalitativ studie.* Artikkel i Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol 11, nr 4, side 328-338.

Varmdal, Torunn (2011) *Doktorgrad om tilbakefall blant ruspasienter.* Artikkel på St. Olavs Hospital sine nettsider. (<http://www.stolav.no/no/Om-oss/Organisering/Divisjon-og-klinikk/Klinikk-for-rus-og-avhengighetsmedisin/korus/Nyheter/Doktorgrad-om-tilbakefallsmonster-blant-ruspasienter/114336>) (printet ut 3.4. 2015)

Aamodt, Laila Granli (2001) *Den gode relasjon – støtte, omsorg eller anerkjennelse?* Gyldedal akademisk. Oslo

Aamodt, Laila Granli (2003) *Sosialt arbeid og anerkjennelse. En problematisering av grunnlagstenkingen i sosialt arbeid.* Artikkel i fagbladet Nordisk Sosialt Arbeid, nr 3, side 154 – 161.

Internettadresser:

<http://www.frittsykehusvalg.no/start>

<http://kurs.helsekompetanse.no/inkludering/18748> (printet ut 10.8. 2014)

<https://utdanning.no>

VEDLEGG 1; Samtykkeerklæring

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

«Hva bør man kunne noe om for å gjøre en god jobb i rusfeltet»

Bakgrunn og formål

Dette er en forespørsel til deg om å delta i prosjektet «Hva bør man kunne noe om for å gjøre en god jobb i rusfeltet?». Formålet med dette prosjektet er å finne ut av hva ansatte i rusfeltet og pasienter med rusproblematikk mener er det viktigste å ha kunnskap om for å gjøre en best mulig jobb med rusavhengige. Dette er en masteroppgave i masterstudie i Psykososialt Arbeid innen helse- og sosialfaglig yrkespraksis, ved Høyskolen i Østfold.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Prosjektet starter opp i desember 2013 og vil vare ut november neste år. Dersom du bestemmer deg for å delta, innebærer det at du vil bli intervjuet i ca 1 – 1,5 timer av undertegnende student. Det vil bli benyttet båndopptaker under intervjuet. Spørsmålene vil omhandle dine tanker, erfaringer og refleksjoner rundt emnet nevnt over. Det vil ikke bli innhentet andre opplysninger om deg enn det som fremkommer gjennom intervjuet. Studenten vil også ta notater underveis i intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun studenten som intervjuer og hennes veileder som vil ha tilgang til materiale som blir innhentet. Alt vil bli lagret på privat datamaskin, hvor det kreves brukernavn og passord for å få åpnet. Du vil bli anonymisert. Det betyr at opplysninger ikke kan spores tilbake til deg og du vil ikke kunne bli gjenkjent i publikasjonen som vil bli utgitt ved prosjektslutt.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 14. november 2014. Intervjuet du har deltatt i vil da bli slettet og alle notater vil bli makulert.

Som nevnt vil det bli skrevet en publikasjon ved prosjektslutt. Du vil få anledning til å lese gjennom rapporten før den publiseres for å se om du synes du er for lett å kjenne

igjen. Dine ønsker om endring for at du ikke skal kunne kjennes igjen, vil bli etterkommet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte masterstudent Cecilie Løberg, på tlf 996 22 459.

Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta.

.....
.....

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 2; Intervjuguide

INTERJUGUIDE

- 1) Kan du fortelle kort om din rushistorie – og ditt forhold til rusmidler i dag.
- 2) Hvor mange ganger har du vært inne til behandling – og hva slags type behandling var dette?
- 3) Generelt sett – hva har du fått ut av behandlingen du har gjennomgått?
- 4) I hvilken grad synes du ansatte i rusomsorgen klarer å forstå DIN situasjon i forhold til rusproblematikken?
- 5) Hva bør man kunne noe om for å gjøre en så bra jobb i rusfeltet som mulig?
- 6) Tenk på en god hjelper du har møtt i rusbehandling – hva karakteriserer denne personen?
- 7) Tenk på en dårlig hjelper du har møtt i rusbehandling – hva karakteriserer denne personen?
- 8) Ut i fra DIN erfaring; i hvilken grad synes du ansatte i rusfeltet har kunnskap om rus?
- 9) Kan du komme med selvopplevde eksempler med ansatte når det gjelder a) lite kunnskap om rus og b) mye kunnskap om rus?
- 10) Hvis du kunne komme med en oppfordring til de som jobber i rusfeltet – hva ville det være?

VEDLEGG 3; Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL, SCIENCE DATA SERVICES



Hindt Hørfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 50
mailto:nsd@nsd.no
www.nsd.no
Org.nr: 985 321 884

Ulf Dahl
Avdeling for helse- og sosialfag Høgskolen i Østfold
Remmen
1757 HALDEN

Vår dato: 16.12.2013

Vår ref: 36568 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.12.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>36568</i>	<i>Hva slags kunnskap er viktig å ha for å gjøre en best mulig jobb i rusfeltet</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ulf Dahl</i>
<i>Student</i>	<i>Cecilie Løberg</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldepikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 14.11.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Cecilie Løberg cecilieloeberg@hotmail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 57 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 07. kjone@sv.wilhelmsbru.no
TRONHØJ: NSD, SVU, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 30. nsd@mail.su.uib.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 36568

Det gis skriftlig informasjon og samtykke for deltakelse er ensbetydende med aktiv deltakelse.
Personvernombudet finner i utgangspunktet skrevet godt utformet, men forutsetter at følgende endres/tilføyes;
- navn og kontaktinformasjon til veileder førstelektor Ulf Dahl *På samtykketilkjøringen*

Personvernombudet legger til grunn for sin godkjenning at revidert skriv ettersendes
personvernombudet@nsd.uib.no før det tas kontakt med utvalget (merk eposten med **prosjektnummer**).

Personvernombudet legger videre til grunn at all førstegangskontakt med potensielle respondenter (her ment pasienter) skjer gjennom avdelingen. Dette medfører at student ikke kan rekruttere pasienter direkte selv fra egen arbeidsplass. Skal det rekrutteres pasienter fra egen arbeidsplass må dette skje skriftlig gjennom avdelingsleder.

Personvernombudet finner at det samles inn og registreres sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 bokstav c.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Østfold sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 14.11.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.