



---

Universitetet  
i Stavanger

## **«Som å snakke til en vegg»**

*Personer med rusmiddelproblemer og deres  
erfaringer med brukermedvirkning i møter med  
sosialtjenesten*

Hilde Aasmundsen

Masteroppgave i helse- og sosialfag med fokus på  
brukerperspektiv

Institutt for helsefag  
Universitetet i Stavanger

Juni 2009

# Innhold

Forord.....	3
Oversiktsark artikkel.....	4
«Som å snakke til en vegg».....	5
Sammendrag:.....	5
Innledning.....	6
Begrepsavklaringer.....	8
Teoretisk rammeverk .....	9
Metode.....	11
Resultater.....	15
Stigmatisering.....	16
Paternalisme.....	17
Brudd i behandlingsprosessen .....	19
Diskusjon.....	20
Diskusjon av metoden .....	25
Konklusjon .....	28
Litteratur.....	30
Del 2: Sammenfatning - «Som å snakke til en vegg».....	35
1. Introduksjon.....	35
1.1 Begrepsavklaringer.....	36
1.2 Bakgrunn og presentasjon av tema.....	36
1.3 Begrunnelse for valg av tema.....	39
1.4 Tidligere forskning.....	40
1.4.1 Presentasjon av valgte artikler.....	42
1.4.2 Oppsummering.....	47
2. Metode.....	49
2.1 Forskningssamarbeid .....	49
2.2 Gjennomføring.....	51
2.3 Forforståelse .....	52
2.4 Kvalitative forskningsintervju.....	54
2.5 Utvalg av deltakere.....	55
2.6 Kvalitative forskningsintervju .....	56
2.7 Gjennomføring av intervju.....	57
2.8 Transkribering.....	58
2.9 Analyse.....	59
2.10 Presentasjon av resultatene.....	61
2.10.1 Stigmatisering.....	62
2.10.2 Paternalisme.....	63
2.10.3 Brudd i behandlingsprosessen .....	64
3 Diskusjon.....	65
4 Litteratur sammenfatningen.....	68
Vedlegg 1: Kort prosjektbeskrivelse: Sammen om – brukerkunnskap.....	72
Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse i prosjektet / samtykkeerklæring.....	74
Vedlegg 3: Temaguide.....	76
Vedlegg 4: Anbefaling fra personvernombudet.....	79
Vedlegg 5: Følg brev til redaktøren (ikke sendt).....	81
Vedlegg 6: Forfatterveiledning Fontene forskning.....	82

## **Forord**

Det er godt å avslutte med det som blir oppgavens begynnelse. På den måten lukker jeg herved masteren. Takk til mine medforskere i prosjektet «Sammen om – brukerkunnskap» ved HUSK kontoret i Stavanger: Solveig, Per Inge og Pål. Det har vært utrolig kjekt å arbeide sammen med dere. Også en takk til prosjektleder, Hilde, på psykisk helse delen i prosjektet. Ellers vil jeg takke alle på HUSK kontoret for utveksling av kunnskap, for energi og inspirasjon. En spesiell takk til leder på HUSK, Aase Boe Rygh, for tillit og for stipend.

Å skrive master er et heldøgnsprosjekt i perioder. Både familie og venner kan lide under den oppmerksomhet og energi masterarbeider tar. Jeg vil derfor benytte anledningen til å takke familie og venner som har gitt meg rom for å arbeide med masteren. En spesiell takk til Erik, uten deg hadde jeg ikke kunnet sitte her og skrive dette forordet!

Til slutt vil jeg takke min veileder, førsteamanuensis ved Universitetet i Stavanger, Hildegunn Sagvaag. Du har hatt tillit til meg, oppmuntret meg og fulgt meg i prosessen med et smil. Og ikke minst, du har latt meg jobbe selvstendig. Det har vært viktig for meg.

Litt nyttig informasjon til slutt:

Artikkelen er formatert i henhold til forfatterveiledningen til Fontene forskning. Resten av Masteroppgaven er formatert i henhold til retningslinjene til Masteren.

Antall ord i artikkelen er i forhold til krav om masteren og ikke i forhold til forfatterveiledningen.

Aukland, New Zealand, 30.06.09.

Hilde Aasmundsen

## **Oversiktsark artikkel**

### **«Som å snakke til en vegg»**

- Personer med rusmiddelproblemer og deres erfaringer med brukermedvirkning i møter med sosialtjenesten

#### **Forfatter:**

Hilde Aasmundsen, Mastergradstudent, Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger

#### **Adresse:**

Universitetet i Stavanger

#### **Telefon:**

970 93 956

#### **Email:**

[Hilde.65@hotmail.com](mailto:Hilde.65@hotmail.com)

**Antall ord:** 5971

Jeg bekrefter herved at artikkelen ikke har vært publisert eller levert til publisering annet sted.

## **Artikkelens tittel:**

### **«Som å snakke til en vegg»**

Personer med rusmiddelproblemer og deres erfaringer med brukermedvirkning i møter med sosialtjenesten

## **Sammendrag:**

Artikkelen er en presentasjon av en studie som har som mål å få kunnskap om hvordan brukermedvirkning inngår i møtene mellom personer med rusmiddelproblemer og utøvere i sosialtjenesten. Studiens datamaterial består av 8 kvalitative intervju med personer med rusmiddelproblemer som mottar hjelpetiltak fra sosialtjenesten. Analyse av intervjuene avdekker at brukermedvirkning ikke er en del av brukernes erfaringer. I stedet har de erfart å bli utsatt for objektivering. Objektiveringen uttrykkes gjennom at deltakerne føler seg stigmatisert, overstyrt og betydningsløse i møter med sosialtjenesten. Deres behov for hjelp er ikke ivaretatt. Konklusjonen av studien er at brukermedvirkning ikke inngår i møter mellom personer med rusmiddelproblemer og utøvere av sosiale tjenester, slik studiens deltakere har erfart det.

## **Nøkkelord:**

Brukerperspektiv, brukermedvirkning, personer med rusmiddelproblemer, sosialtjenesten, handlingsorientert forskningssamarbeid.

## «Som å snakke til en vegg»

- Personer med rusmiddelproblemer og deres erfaringer med brukermedvirkning i møter med sosialtjenesten

### **Innledning**

Personer med rusmiddelproblemer utgjør en stor gruppe mottakere av støtte og hjelp fra sosialtjenesten i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a). Som gruppe beskrives de som brukere med omfattende og sammensatte problemer av langvarig karakter (Ibid.). Kommunen har med hjemmel i Sosialtjenesteloven og Kommunehelsetjenesteloven et helhetlig ansvar for personer med rusmiddelproblemer. Kommunens ansvar for personer med rusmiddelproblemer innebærer blant annet å gi hjelp til den enkelte gjennom å tilby et behandlingsopplegg (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Med behandling menes her alle tiltak kommunen iverksetter med det formål å oppnå rusfrihet og integrering i samfunnet eller redusere skadevirkningene av rusmiddelavhengighet.

Sosialtjenestens hjelpetiltak til denne brukergruppen er i hovedsak hjemlet i Sosialtjenesteloven § 6-1<sup>1</sup>. Tiltakene skal være innrettet slik at de er tilpasset den enkelte brukers behov og involverer brukeren i planlegging og utforming av disse (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a). Brukernes meninger skal tillegges stor vekt ved utforming av tjenestetilbudet jf. Sosialtjenesteloven § 8-4. I følge Kjellevold (2006)

---

<sup>1</sup> Se kapittel 6 i Sosialtjenesteloven «Særlige tiltak overfor rusmiddelmisbrukere. Personer med rusmiddelproblemer kan i tillegg ha tjenester og tiltak hjemlet i Sosialtjenesteloven.

innebærer dette at mottakere av sosiale tjenester har medbestemmelsesrett ved planlegging, utredning og tildeling av tiltak.

Brukernes involvering og innflytelse i planlegging, utforming og tildeling av hjelpetiltak omtales som *brukermedvirkning*. Askheim (2009) sier at brukermedvirkning lenge har vært en overordnet målsetting i velferdspolitikken. Likevel viser forskning at brukere i liten grad erfarer å bli involvert og gitt innflytelse i møter med hjelpeapparatet (Antonsen, 2009, Sverdrup, Myrvold & Kristofersen, 2007, Hansen, 2007, Løken, 2003). Dette ser også ut til å gjelde personer med rusmiddelproblemer (Fisher & Neale 2008, Schulte, Moring, Meyer & Barrowclough, 2007). Imidlertid foreligger det lite forskning om brukermedvirkning relatert til personer med rusmiddelproblemer og brukermedvirkning. Det er derfor er et stort behov for mer forskning på feltet (Fisher & Neale 2008, Schulte et al. 2007).

Studien som presenteres i denne artikkelen bidrar med kunnskap om brukermedvirkning i relasjon til personer med rusmiddelproblemer ut fra følgende problemstilling: *Hvordan har brukermedvirkning inngått i møter mellom personer med rusmiddelproblemer og utøvere i sosialtjenesten, slik brukere har erfart det»*

Utgangspunktet for studien er brukeres erfaringer med brukermedvirkning i møter med utøvere i sosialtjenesten. Studien bygger på et kunnskapssyn som erkjenner at erfaringer om sosiale fenomen er en subjektiv virkelighet som kan

danne grunnlag for teoretisk tolkning og konklusjoner om disse fenomenene (Hummelvoll, 2003). Studiens forskningsmetode er kvalitative forskningsintervju med 8 personer med rusmiddelproblemer som mottar sosiale tjenester.

Studien har et utforskende design inspirert av handlingsorientert forskningssamarbeid slik Hummelvoll (2003) og Tew (2008) beskriver det. Analysen har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming inspirert av Kvale (2001) og Lindseth & Norberg (2004).

### ***Begrepsavklaringer***

Personer med rusmiddelproblemer anvendes her som begrep på personer som har en avhengighet av alkohol og / eller narkotika og som opplever å ha problemer knyttet til sin avhengighet. Problemene inkluderer avhengighetsproblematikk og problemer og lidelser i forhold til somatisk og psykisk helse, sosiale problemer, økonomiske problemer m.m. (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Personer med rusmiddelproblemer opplever å være stigmatisert og utstøtt fra samfunnet (Sagvaag, 2007, Tengqvist, 2007).

Personer med rusmiddelproblemer som er i kontakt med sosialtjenesten betegnes her som *brukere*. Begrepet viser tilbake til personer med rusmiddelproblemer som oppsøker eller kommer i kontakt med sosialtjenesten for å få hjelp (Andreassen, 2005).



Personer med rusmiddelproblemer som har bidratt med sine historier om møter med sosialtjenesten benevnes i artikkelen som *deltakere*. Valg av begrep viser tilbake til deres aktive deltakelse i intervjuprosessen. Intervjuene er forfattet i fellesskap med deltakerne.

Personer som yter hjelp i henhold til Sosialtjenesteloven kalles i artikkelen for *utøvere*. Utøverne er utøvere av sosial- og helsefaglig arbeid i sosialtjenesten. Sosial- og helsefaglig arbeid er et samlebegrep som kan benyttes som en generell betegnelse på barnevernpedagogers, sosionomers, velferdsarbeideres og vernepleieres yrkesutøvelse (Grønningsæter, 2007).

*Møter* refererer til alle møter der brukere og utøvere møtes, med unntak av møter der sosialtjenesten utøver tvang i henhold til Sosialtjenestelovens § 6-1a. Studiens fokus er møter på individnivå.

### ***Teoretisk rammeverk***

Brukermedvirkning som begrep har hatt en sentral plass i utvikling av offentlig sosial- og helsepolitikk og i utvikling av sosial- og helsefagene siden 1990-årene. Begrepet er imidlertid ikke entydig definert (Humerfelt, 2005a). I litteraturen diskuteres begrepet blant annet ut fra ulike motiv og begrunnelser for brukermedvirkning, ulik grad og nivå av brukermedvirkning og ulike konsekvenser brukermedvirkning har for utøvelsen av sosial- og helsefaglig arbeid (se for eksempel Ørstavik, 1996, Humerfelt, 2005a, Andreassen, 2005, Askheim & Starrin, 2007, Seim & Slettebø, 2007). Brukermedvirkning er på

mange måter et flertydig begrep som må begrepsbestemmes for å kunne studeres.

I denne studien forstås brukermedvirkning som et sosialt fenomen som realiseres i møter mellom brukere og utøvere. Brukermedvirkning her handler om brukermedvirkning på individnivå (se også Humerfelt, 2005a). Relasjonen mellom brukere og utøvere er i utgangpunktet asymmetrisk i det utøveren har mer makt enn brukeren både til å definere situasjonen og til å ta beslutninger (Howe, 1992). Makten følger utøverens posisjon som ansatt i sosialtjenesten; utøveren er bemyndiget makt. Brukermedvirkning må forstås som sosialt fenomen innenfor denne konteksten. *Hvordan* utøveren anvender makten blir sentralt. Brukermedvirkning krever at utøveren anvender sin makt på en slik måte at brukeren blir en likeverdige part i relasjonen (Antonsen, 2008, Fisher & Neale, 2008, Løken, 2003). Det er utøveren som *aktivt* må sørge for at brukeren får mulighet til å bli involvert og til å ha innflytelse (Andreassen, 2005, Askheim & Starrin, 2007, Seim & Slettebø, 2007). Hvordan utøveren møter brukeren og hvordan utøveren arbeider metodisk for å oppnå brukerens medvirkning har i denne sammenheng stor betydning (Andreassen, 2006).

Utøverens holdninger til brukeren visers gjennom den måten utøveren møter brukeren på. For å legge til rette for brukermedvirkning må utøveren møte brukeren med respekt for brukerens selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (FO, 2002) og med tillit, åpenhet, redelighet, omsorg og nestekjærlighet (Grønningsæter, 2007). Det er grunnleggende for realisering

av brukermedvirkning at utøveren har en holdning til brukeren som et likeverdig menneske. Brukeren må bli sett som subjekt i relasjonen (Antonsen, 2008, Fisher & Neale, 2008, Løken, 2003). Videre må utøveren invitere brukeren til et samarbeid og en dialog, for eksempel gjennom å fortelle brukeren om sitt ønske om samarbeid og ved å informere om hva samarbeidet innebærer (Antonsen, 2008, Sverdrup, 2007, Fisher, Jenkins, Bloor, Neale & Berney, 2007, Løken, 2003). Brukeren kan fraskrive seg retten til brukermedvirkning, men da må utøveren informere brukeren om hvilke konsekvenser dette kan få for hjelpen som ytes (Kjellevold, 2006). Klarer utøveren derimot å etablere et samarbeid og dialog med brukeren har de muligheten for å sammen utvikle ideer, tanker og forslag som kan danne et felles beslutningsgrunnlag for hjelpetiltak (Fisher & Neale, 2008, Seim & Slettebø, 2007). Dersom planlegging, utforming og beslutninger om hjelpetiltak springer ut fra et felles forståelsesgrunnlag kan vi si at brukermedvirkning har funnet sted (Antonsen, 2008, Fisher & Neale, 2008, Fisher et al., 2007, Løken, 2003).

## **Metode**

Studien har et utforskende design inspirert av Hummelvoll (2003) og Tew (2008). Målet med studien er å bidra med kunnskap om hvordan brukermedvirkning inngår i møtene mellom personer med rusmiddelproblemer og utøvere i sosialtjenesten, slik brukere har erfart det.

Studien har brukeres erfaringer som grunnlag for teoretisk tolkning og

konklusjoner. Jeg ønsket å integrere brukerperspektiv i forskningsprosessen. En strategi for å oppnå dette er forskningssamarbeid med personer som selv har brukererfaring (Tew, 2008). Jeg valgte derfor å utføre deler av forskningsprosessen i et forskningssamarbeid med personer med tidligere rusmiddelproblemer og med brukererfaring ansatt som prosjektmedarbeidere i forskningsprosjektet «Sammen om – brukerkunnskap» ved HUSK<sup>2</sup> ved Universitetet i Stavanger. Forskningsprosjektet hadde blant annet<sup>3</sup> fokus på samme brukergruppe og samme tema som denne studien og et samarbeid virket hensiktsmessig for alle parter. Forskningsprosjektet og studien er godkjent av Personvernombudet for forskning (se vedlegg 4).

Hva kan forskningssamarbeid med personer med brukererfaring bidra med? Forskningssamarbeid med personer som selv har brukererfaring kan blant annet tilføre en studie et brukerperspektiv på tema, problemstilling, forskningsspørsmål og datagrunnlag (Tew, 2008). Gjennom kritisk subjektivitet<sup>4</sup> (Humelvoll, 2003) kan studien utvikles slik at brukerperspektivet integreres i de deler av studien det samarbeides om. I denne studien har forskningssamarbeidet bestått av refleksjoner rundt studiens problemstilling og forskningsspørsmål, kritiske refleksjoner rundt forforståelser, utarbeidelse og gjennomføring av forskningsmetode og en tidlig kontroll av analysen. Prosjektmedarbeiderne var mine medforskere<sup>5</sup> i studien.

---

<sup>2</sup> Universitetssosialkontor, se [www.husk-stavanger.no](http://www.husk-stavanger.no)

<sup>3</sup> Prosjektet har i tillegg hatt flere problemstillinger, se [www.husk-stavanger.no](http://www.husk-stavanger.no)

<sup>4</sup> Kritisk subjektivitet innebærer at en er klar over at ens egen forståelse er en subjektiv sannhet og ikke representerer en objektiv sannhet. Personlige erfaringer og forståelse brukes aktivt og bevisst i forskningsprosessen og slik utvikles og nyanseres for-forståelsen gjennom forskningsprosessen.

<sup>5</sup> Se Waksvik (2009) for nærmere redegjørelse av begrepet medforsker

Som forskningsmetode valgte vi intervju inspirert av metodene «Bruker Spør Bruker»<sup>6</sup> og kvalitativt forskningsintervju slik vi finner det beskrevet i Kvale (2001). Studien baserer seg på halvstrukturerte forskningsintervju med 8 personer med rusmiddelproblemer som mottar, eller nylig har mottatt hjelp etter Sosialtjenesteloven §6-1. Kvale (Ibid. S 28) sier at det er *“den menneskelige interaksjonen i intervjuet som produserer vitenskapelig kunnskap”*. I denne studien valgte vi å være to personer til stede som intervjuere, en medforsker og meg. Det var medforskeren som i hovedsak utførte intervjuet, jeg kom inn med tilleggsspørsmål eller utdypende spørsmål etter at intervjuguiden var gjennomgått. Valget om å utføre intervjuene sammen med en medforsker som hovedintervjuer ble tatt på bakgrunn av forskning som viser at «Bruker Spør Bruker» er en metode som i særlig grad kan bidra til å få fram de «laveste» stemmene (Løken, 2003) og at undersøkelser utført av personer med profesjonell sosial- og helsefaglig bakgrunn, som jeg har, ser ut til å få resultater som viser større grad av tilfredshet med sosial- og helsetilbudene enn undersøkelser som har blitt utført direkte av brukere (Tew, 2008). Tews argumentasjon for denne forskjellen er at brukere både stiller mer relevante spørsmål og at deltakerne i intervjuene tør å svare ærlig når intervjuene ikke utføres av en som representerer systemet de føler seg avhengige av. Argumentene er også å finne igjen i evalueringen av metoden «Bruker Spør Bruker» slik det er presentert i Løken (2003).

---

<sup>6</sup> [www.brukererfaring.no](http://www.brukererfaring.no)

Deltakere ble rekruttert på informasjonsmøte for prosjektet «Sammen om – brukerkunnskap», på et av de lokale tilbudene med fokus på sosial omgang for personer med rusmiddelproblemer og gjennom kontaktpersoner i sosial- og helsetjenesten. 15 personer er intervjuet totalt i prosjektet<sup>7</sup>. Jeg deltok på de 8 første intervjuene og det er disse som danner det empiriske grunnlaget for min studie og denne artikkelen.

Etiske overveielser i forskningsprosessen førte til at vi bestemte oss for at deltakerne skulle kunne velge mellom tre steder medforskerne mente kunne skape trygghet for deltakerne under intervjuene<sup>8</sup>. I forkant av intervjuene fikk deltakerne informasjon om medforskernens og min rolle i prosjektet og hvordan vi tenkte å gjennomføre intervjuet. Samtykkeerklæring var sendt ut på forhånd. Erklæringen ble gjennomgått før intervjuet og før signering. Deltakerne var informert om at de på et hvilket som helst tidspunkt kunne trekke seg fra studien. Intervjuene ble tatt opp bånd og senere transkribert. Alle transkriberte intervju ble anonymisert og oppbevart nedlåst på Universitetet i Stavanger. Båndopptakene og transkripsjonene ble makulert etter utført analyse. Intervjuenes varighet er på mellom 1 og 2 timer.

Analysen av intervjuene er utført i flere faser inspirert av Kvale (2001) og Lindseth & Norberg (2004). De første fasene av analysen ble gjennomført i

---

<sup>7</sup> Prosjektet Sammen om – brukerkunnskap har undersøkt flere problemstillinger enn de som presenteres her.

<sup>8</sup> Trygghet under intervjusituasjonen kan bidra til å øke kvaliteten på svarene, det vil si studiens reliabilitet (Kvale, 2001).

forskningssamarbeidet ved at medforskerne og jeg etablerte hver våre tentative analyser ut fra følgende spørsmål til den transkriberte teksten: Hva er de sentrale temaene i teksten og er det en rød tråd i deltakerens historie? Deretter fulgte refleksjon over de ulike måtene vi hadde tolket tekstene på og hvilken betydning vår for-forståelse hadde for temaene vi var kommet fram til. Dette var en tidlig kontroll av analysen for å redusere skjevtolkning (Kvale 2001). Siste del av forskningssamarbeidet var at vi sammen noterte ulike meningsenheter i tekstene.

Jeg har deretter arbeidet videre med analyse av tekstene ut fra forskningsspørsmålene: Hvordan har deltakerne erfart å bli møtt av utøvere? Og hvordan har de erfart å bli involvert og gitt innflytelse i møter med utøvere i sosialtjenesten? Resultatene er strukturert i hovedtema og meningsinnhold eksemplifisert med representative sitater.

## **Resultater**

Objektivering fremstår for meg som hovedtema i deltakernes erfaringer med møter med sosialtjenesten. Objektivering oppstår i møter der mennesker blir møtt med distanse og likegyldighet, og der meninger og tanker ikke blir tatt på alvor. Det motsatte vil være å møte en person med respekt gjennom å ta opp meninger til diskusjon og ettertanke (Skjervheim, 1996 i Fossetøl og Nyhus, 2007). Objektivering handler om å ikke bli respektert som et likeverdig menneske og å ikke bli møtt som en unik person (Lingås, 2008). Objektivering innebærer at en relasjon som i utgangpunktet er treleddet; Subjekt - Subjekt

og et saksforhold (objekt) blir toledet; Subjekt - Objekt (Sørbø, 2007).

Som meningsinnhold under hovedtemaet objektivisering har jeg tolket stigmatisering, paternalisme og behandlingsavbrudd.

### **Stigmatisering**

Et tema som kom opp flere ganger under intervjuene var deltakernes erfaringer av å ikke bli møtt som personer, som mennesker med verdi.

Deltakerne fortalte at de i stedet for å bli møtt som individuelle personer ble møtt som tilhørende gruppen «rusmisbrukere», stemplet som farlige, kriminelle og som søppel: *«Det er akkurat som om de dømmer deg på forhånd. De drar alle under en kam, liksom at vi er farlige, eh ja rett og slett søppel, for å si det sånn. Følte meg så vannvittig liten da jeg kom inn på det sosialkontoret».*

Dette tolker jeg som stigmatisering. Goffmann (1968) sier at når mennesker kategoriseres og tillegges negative egenskaper som brukes som merkelapper på dem, omtales dette som stigmatisering. Når et menneske stigmatiseres omgjøres mennesket fra Subjekt til Objekt. Deltakerne fortalte at de mistet følelsen av verdi når de ble møtt på denne måten. En deltaker sier: *«De tenker ikke på personen. Du betyr ingenting, var veldig opptatt av det; ser de meg ikke? Er det virkelig sant dette at jeg nesten ikke eksisterer? Da føler jeg at de ikke bryr seg, at jeg ikke betyr noen ting. Jeg føler jeg formelig glir vekk».*



Flere deltakere knyttet det å bli kategorisert som «rusmisbruker» til å bli holdt fast. At å bli stemplet som «rusmisbrukere» innebærer at de som personer ikke kan utvikle og endre seg. De blir sittende fast i stigmaet; de blir den kriminelle, den farlige, søppelet. En deltaker sier: *«Å være rusmisbruker er en bås. Sånn er du, og sånn er du alltid».*

Stigmatiseringen kan slik jeg tolker det forstås som en konsekvens av at utøvere bare ser problemene, ikke personen; det vil si at Subjektet, brukeren, og Objektet, rusmiddelproblemene, blir til Objekt, Rusmiddelproblem (se Sørbø 2007).

### **Paternalisme**

*«De må lære seg å behandle folk litt mer individuelt, altså ikke som en gruppe. Alle er forskjellige selv om de ruser seg, liksom. Der synes jeg ikke de er flinke».*

Å behandle brukere individuelt er kjernen i brukermedvirkning på individnivå.

Å behandle brukere individuelt innebærer at brukere blir hørt, at deres kunnskap og erfaringer etterspørres, at de får nødvendig informasjon og at deres meninger tillegges vekt når beslutninger tas (Antonsen, 2008, Sverdrup, 2007, Fisher et al. 2007, Løken, 2003). Deltakerne har, med få unntak, ikke opplevd å få denne behandlingen.

To deltakere hadde erfart å bli spurt om hva de mente noen få ganger og en deltaker sa at han hadde erfart dette *en* gang. Generelt handlet deltakernes erfaringer om å ikke blir hørt og om å føle seg oversett og tilsidesatt av utøverne. Følgende sitater finner jeg illustrerende for deltakernes generelle erfaringer: «Å snakke med sosialen er som å snakke med en vegg. Når jeg spør om noe får jeg ikke svar. Jeg føler meg behandlet som en lort».

Erfaringene deltakerne forteller om passer slik jeg tolker det inn i en paternalistisk modell. Paternalisme kjennetegnes først og fremst ved at den som har størst makt i et forhold overstyrer den andre (Askheim & Starrin, 2007). Paternalisme bygger i følge Starrin (Ibid.) på en tankegang som deler mennesker inn i hierarkiske system, i over- og underordnet, med eksperter på toppen. I dette systemets tankegang vil det alltid være ekspertens synspunkter som veier tyngst når problemer skal løses. Den underordnetes tanker og meninger anses som betydningsløse. Den underordnete blir betraktet som en som har stort behov for hjelp og styring ovenfra. Den underordnete blir i en slik relasjon et Objekt<sup>9</sup>, en sak som skal løses eller behandles. Eksperten har ansvaret for å ta beslutninger. En deltaker sier:

*Realiteten er at du har ingen ting å si, du blir overstyrt, overprøvd og det du sier er ikke reelt, det står ikke i deres bøker, det er ikke slik vi skal gjøre det og du betyr ingen ting som bruker.*

---

<sup>9</sup> Paternalisme kan også forstås som å innebære «jeg-du» relasjoner i bestemte situasjoner, se foreksempel Martinsen (2005) og Holte (2003)

Deltakerne forteller også at de ikke har fått informasjon om sine rettigheter og muligheter for hjelp: *«Har ikke fått informasjon om noe jeg hadde krav på eller noen sånne ting. Så jeg visste bare at jeg kunne levere inn en søknad, det var det eneste jeg visste».*

At deltakerne ikke får informasjon gjør det vanskelig for dem å vite hva de har rett på, hva de kan forvente av hjelp og hvilke mulighet de har for hjelp. Som en deltaker sier: *«Har prøvd å lese litt på internettet. Det er ikke så lett å finne fram der».* Mangel på informasjon om hva brukere kan medvirke i forhold til begrenser muligheten til medvirkning (Fisher et al., 2007).

### ***Brudd i behandlingsprosessen***

Behandlingsprosessen har for majoriteten av deltakerne inkludert behandlingsopphold i institusjon. I følge Sosialtjenesteloven § 6-1 skal sosialtjenesten følge opp brukere når de er i behandling sin institusjon og legge til rette nødvendige hjelpetiltak etter oppholdet. Utformingen av hjelpetiltakene skal skje i samarbeid med brukeren. Ingen av deltakerne har hatt avtalt oppfølging eller tilrettelagte hjelpetiltak ved utskrivning fra institusjon. Noen av deltakerne har imidlertid erfart at utøvere i sosialtjenesten har ringt dem noen ganger mens de var i behandling for høre hvordan de hadde det.

*Da jeg var i behandling var det ingen som fortalte meg hva som skulle skje etterpå. Jeg kom tilbake til ingen ting. De skulle jo tilpasse et opplegg for meg da, der jeg kunne begynne å bygge meg opp, ha noe å*

*gjøre på dagtid, ikke gå og drive. Men etter at jeg har kommet ut har det ikke vært noen møter (Intervjuet ca 1 år etter endt behandling)*

Sitatet over er uttrykk for noe alle deltakerne sier de har erfart. Utskrivning fra institusjon ser ut til å ha representert *et brudd* i behandlingsprosessen uten at deltakerne er informert eller involvert i dette. Bruddet kan tolkes som at utøverne har avsluttet kontakten uten å avklare behov for videre oppfølging.

Deltakerne uttrykte at de trengte hjelp og støtte også etter behandling i institusjon. Flere var uten støttende nettverk da de kom tilbake til kommunen og mangel på støtte og hjelp fra utøverne i sosialtjenesten fikk stor betydning for dem. En deltaker sier: «*Hvis de bare kunne ringt en dag i uken, spurt hvordan det gikk med meg så ville jeg forstått at noen brydde seg om meg, noen støttet meg og fulgte meg videre*».

Det er uklart når og hvordan kontakten med sosialtjenesten har blitt gjenopprettet, men alle deltakerne som hadde vært i behandlingsinstitusjon har hatt behov for hjelpetiltak etterpå. På det tidspunktet intervjuene ble forfattet mottok en deltaker legemiddelassistert behandling, de andre deltakerne ventet enten på avklaring i forhold til behandlingstilbud eller sa at de hadde gitt opp å bli rusfrie.

## **Diskusjon**

*«Hvis sosialtjenesten ikke hører på oss, kan dere ikke hjelpe oss».*

Studiens resultater stemmer overens med tidligere forskning som har funnet at brukere generelt erfarer liten grad av brukermedvirkning (Antonsen, 2008, Fisher et al., 2007, Shulte et al., 2007, Sverdrup et al., 2007, Hansen, 2007, Løken, 2003).

Stigmatisering av personer med rusmiddelproblemer i samfunnet er også veldokumentert (Sagvaag, 2007, Tengqvist, 2007, Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a). Studier viser at stigmatiseringen også finner sted i møter mellom personer med rusmiddelproblemer og utøvere i sosial- og helsetjenesten (Fisher & Neale, 2008, Shulte et al., 2007) og denne studien viser like resultater. Personer med rusmiddelproblemer opplever seg stigmatisert som «rusmisbruker» i møter med utøvere i sosialtjenesten. Askheim (2009) viser til Skog (2006, s. 187) som sier at «*Misbrukeren er påført et stigma, og veien går fra «uønsket handling» til «uønsket person»*». Denne opplevelsen stemmer med deltakernes erfaringer fra møter med utøvere i sosialtjenesten. De føler seg uønsket og de føler seg mindreverdige som mennesker. I misbrukerbegrepet ligger skyld. Askheim (2009) sier at rusmisbrukere oppfattes som å ha skyld i den vanskelige situasjonen de er kommet i selv, at de har seg selv å takke. Opplevelsen av å bli møtt med slike holdninger kan i følge Fisher & Neale (2008) både hindrer brukermedvirkning og motarbeider at brukerne søker hjelp for behandling. I følge Granerud (2004) forsterkes lidelse gjennom stigmatisering. Å bli stemplet, implisitt eller eksplisitt, som «rusmisbruker» med påfølgende negative merkelapper, kan

derfor få svært alvorlige konsekvenser for personer med rusmiddelproblemer, som i utgangpunktet kan ha omfattende psykiske og sosiale problemer.

Resultatene fra min studie ser ut til å presentere polariteter til brukermedvirkning. Brukermedvirkning kjennetegnes av involvering, samarbeid, dialog og medbestemmelse. Resultatene av studien kjennetegnes av ekskludering, utestenging og overstyring. Det er fristende å trekke slutninger om at stigmatisering av personer med rusmiddelproblemer fører til at utøvere i sosialtjenesten opptrer paternalistisk overfor brukere, uten at det trenger å være en direkte sammenheng. Det kan være slik, og det trenger ikke være slik.

Den asymmetriske relasjonen mellom brukere og utøvere gir muligheter for utøveren til å opptre paternalistisk, det samme gjør forståelsen av rusmiddelproblemer som en sykdom som skal behandles. Utøveren kan kjenne på stort ansvar knyttet til sin posisjon for de beslutninger som tas, og kan overstyre brukeren for å være sikker på at beslutningene er innenfor rammene av det utøveren oppfatter som gyldig i forhold til sosialtjenestens regler og normer. Også en forståelse av rusmiddelproblemer som sykdom kan fremme paternalisme. Etter at rusreformen trådte i kraft i 2004 er det blitt et økt fokus på behandling av rusmiddelproblemer i helsevesenet. Klingsheim (2003) sier at endringen i forståelsen av rusavhengighet har gått fra en sosialpsykologisk forståelse med vekt på ansvar og motivasjon til en mer naturvitenskapelig og medisinsk forståelse av rusavhengighet. Innenfor en medisinsk

fortståelsesmodell vil behandleren være ekspert og den som har kunnskapen som trengs for å stille den diagnosen som vil kan gi brukeren rett behandling (Hummelvoll, 2003). Brukerens kunnskap og meninger er ikke relevant her. Når brukere med psykiske lidelser og / eller rusmiddelproblemer forteller at de ikke blir hørt, sett eller tatt på alvor (Antonsen, 2008, Fisher & Neale, 2008, Løken, 2003) kan det være på grunn av at møtene finner sted innenfor en slik modell. Lidelsen eller problemene er i fokus, personen som individ forsvinner.

Overgangen fra behandlingsinstitusjon og hjem til kommunen ser ut til representerer en kritisk fase for personer med rusmiddelproblemer. Her slutter behandlingsopplegget. Opptrappingsplanen for rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a) sier at det er nødvendig med bedre oppfølging fra kommunene etter institusjonsopphold. Kanskje bekrefter deltakerne i studien sine erfaringer allerede erkjente mangler i oppfølgingen av personer med rusmiddelproblemer. Likevel er det viktig å fokusere på dette bruddet i behandlingsprosessen. Deltakere i studien min sa at de ikke forstod hvorfor ingen tok kontakt med dem da de kom tilbake til kommunen. De føler seg glemt. Kanskje er utøvere mer betydningsfulle enn de selv, og brukere, er oppmerksomme på ?

Studiens problemstilling er «*Hvordan har brukermedvirkning inngått i møter mellom personer med rusmiddelproblemer og utøvere i sosialtjenesten, slik brukere har erfart det?*».

Slik jeg tolker studiens resultater kan jeg vanskelig se at brukermedvirkning har inngått i møtene. Askheim (2009) sier at brukermedvirkning kun er et tomt honnørord for personer med rusmiddelproblemer. For denne studiens deltakere ser dette ut til å stemme; brukermedvirkning er ikke en del av deres erfaringer fra møter med utøvere i sosialtjenesten. Deltakerne i denne studien har vært opptatt av hvordan de har blitt møtt og hvordan de har følt seg i møter med utøvere. Noen har brukt sterke uttrykk som «lort» og «søppel», en deltaker beskriver opplevelsen av å miste sin eksistens. For denne studiens deltakere ser det ut som om selve grunnlaget for brukermedvirkning; å bli møtt med respekt, å bli sett og behandlet som unike personer og å bli tatt på alvor av utøverne i sosialtjenesten, er fraværende.

Tema for deltakerne har vært deres opplevelse av objektivisering, slik jeg har tolket det. Deltakerne har ikke opplevd at deres meninger har hatt betydning eller er etterspurt av utøverne, tvert imot sier de at de ikke blir hørt og at de heller ikke får svar når de spør om noe. To av deltakerne har brukt metaforen «vegg» for å beskrive hvordan de har erfart at deres budskap er tatt imot av utøverne, noen har sagt at de har måttet krangle seg til hjelp, andre har sagt at du som bruker kan si det du mener, men det betyr ingenting, så hvorfor si det?

Ingen av deltakerne har hatt tilbud om hjelpetiltak da de kom fra behandling i institusjon. Dette på tross av at sosialtjenesten har ansvar for følge opp brukere i institusjon og å legge til rette for tiltak ved avslutning av



institusjonsopphold jf. Sosialtjenesteloven § 6-1.

Studiens entydige resultater mot fravær av brukermedvirkning gjør det nødvendig med en kritisk vurdering av metoden. Er studien troverdig?

### **Diskusjon av metoden**

Kvale (2001) argumenterer for at valideringen avhenger av den håndverksmessigere kvaliteten på studien. Resultater må sjekkes, utprøves og tolkes teoretisk gjennom hele forskningsprosessen. Også etiske vurderinger må inngå i prosessen. Kvale (Ibid.) sier at forskeren må ha en reflektert vurdering av hvilke valideringsformer som er relevante for de ulike delene av prosessen.

Denne studien har et utforskende design som inkluderer forskningssamarbeid med medforskere som har hatt rusmiddelproblemer og som har brukererfaring. Målet med forskningssamarbeidet har vært å integrere brukerperspektiv i forskningsprosessen. Ved å samarbeide med personer som har nærhet til tema jeg har studert har jeg fått utviklet kunnskap som ellers ville ha vært lite tilgjengelig for meg. Kvale (2001) sier at ekspertise på det feltet som skal studeres gir gode forutsetninger for gyldige tolkninger av studiens etiske sider og av hvordan studiens kvalitet kan ivaretas. Gjennom forskningssamarbeid er studiens tema vurdert som relevant og en studie av temaets konsekvenser er vurdert som å komme personer med rusmiddelproblemer til gode.

Litteraturstudie viser at det er lite forskning på brukermedvirkning for personer

med rusmiddelproblemer. Studien stiller derfor relevante forskningsspørsmål ut fra tidligere forskning. Medforskerne har bidratt i formulering av forskningsspørsmål og problemstilling, noe jeg mener sikrer studiens gyldighet.

Gjennom forskningsprosessen har medforskerne og jeg hatt diskusjoner og refleksjoner rundt sentrale begrep, våre holdninger og vår forståelse av tema. Hummelvoll (2003) beskriver dette som kritisk subjektivitet. Gjennom kritisk subjektivitet er jeg blitt mer oppmerksom på hvordan jeg som forsker kan påvirke data. Dette har gjort at jeg har hatt økt oppmerksomhet på egne holdninger og min forståelse gjennom forskningsprosessen. Spesielt viktig har det vært for meg å være oppmerksom på dette under arbeidet med analysen og fremstilling av resultater.

Også intervjuene er utført i samarbeid med medforskere. Vi har vært to intervjuere, en medforsker og jeg, og en deltaker til stede under intervjuene. Ved å være to intervjuere til stede under intervjuene kunne en person, i hovedsak meg, konsentrere seg om å lytte og vurdere svarene i sammenhengen og komme inn med oppklarende spørsmål når dette var nødvendig. Dette er hva Kvale (2001, s 116) kaller «*på stedet kontroll*». Kvale (Ibid. S 28) sier at det er “... *den menneskelige interaksjonen i intervjuet som produserer vitenskapelig kunnskap*”. I denne studien var det medforskeren som i hovedsak utførte intervjuet sammen med deltakeren. Jeg kom inn med tilleggsspørsmål eller utdypende spørsmål etter at intervjuguiden var gjennomgått. Hvordan kan denne interaksjonen ha påvirket produksjonen av

studiens kunnskap? Tew (2008) viser til Clark et al. (1999) og Rose (2001) som sier at undersøkelser utført av personer med profesjonell sosial- og helsefaglig bakgrunn ser ut til å få resultater som viser større grad av tilfredshet med sosial- og helsetilbudene enn undersøkelser som har blitt utført direkte av brukere. Tews (2008) argumentasjon for denne forskjellen, er at brukere både stiller mer relevante spørsmål og at deltakerne i intervjuene tør å svare ærlig når intervjuene ikke utføres av en som representerer systemet de er avhengige av. Intervjumetoden som er anvendt i studien, kan ha påvirket resultatene i en retning som gjør at resultatene er mer troverdige enn hvis intervjuene hadde vært utført av meg alene. Vi var imidlertid ikke erfarne intervjuere og det er sannsynlig at vi ikke fikk ut hele det relevante potensialet i alle intervjuene. Vi klarte imidlertid å få til en god dialog og en trygg ramme rundt intervjusituasjonen. Vi har vurdert det slik at intervjuene gir et godt bilde at deltakernes historier i forhold til brukermedvirkning.

Deltakerne oppfattet medforskerne som en representant for deres gruppe, altså personer med rusmiddelproblemer. De uttrykte at det var viktig at medforskerne var med i prosjektet og at de ledet intervjuene. Det virket som de oppfattet dette som en anerkjennelse av personer med rusmiddelproblemer. Deres positive innstilling til at medforskerne arbeidet i prosjektet «Sammen om- brukerkunnskap» og at det var de som ledet intervjuene kan ha bidratt til at de delte så mye av sine dårlige erfaringer og torde å vise sin sårbarhet til oss. Validiteten i intervjusituasjonen ble karakterisert av at deltakerne virket ærlige og ønsket å bidra med sine historier i tillegg til at vi til en hver tid var to

som kunne vurdere konsistens og gyldighet i svarene.

At vi alltid var to tilstede på intervjuene medførte også at vi var to som kunne kontrollere og vurdere transkripsjonene av intervjuene. I tillegg til å få en så god overføring til skriftlig form som mulig fungerte transkripsjonene som felles «huskelapper» for hvordan intervjuet hadde vært.

Analysen av intervjuene er utført i to faser, i den innledende fasen var medforskerne relevante samtalepartnere for kommunikativ validering (Kvale, 2001). Også fagmiljøet på HUSK har bidratt til å sikre den kommunikative valideringen. I den delen av analysearbeidet jeg har utført alene har det vært viktig å få til en så transparent analyse som mulig. Jeg har presentert de ulike delene av analysen med sitater og tilhørende tolkning slik at leseren selv kan validere arbeidet.

Studien er utført på en systematisk måte og sammenfatningen er ment å bidra til å gi et godt bilde av forskningsprosessen og den metodiske gjennomføringen av studien. Ethiske vurderinger er tatt underveis, både i forskningssamarbeid og av meg alene. Jeg har under hele studien hatt deltakernes ve og vel i fokus.

## **Konklusjon**

Vi må betrakte deltakernes erfaringer som kvalifiserte erfaringer, som viktige bidrag i kunnskapsutviklingen av hvordan personer med rusmiddelproblemer erfarer å være brukere, erfarer møter med hjelpeapparatet. Den virkeligheten

medforskerne har fått frem av deltakerne sine erfaringer om brukermedvirkning er en virkelighet verd å forske på. Medforskerne har en utradisjonell nærhet til forskningssubjektene, noe vi kan si er en styrkning av brukerstemmer. Studien gir gjennom forskningssamarbeid med medforskere et verdifullt og gyldig bilde av brukeres erfaringer.

Kunnskapen om stigmatisering, paternalisme og brudd i behandlingsprosessen bør kunne oppfattes som utfordringer for sosial- og helsetjenestene. Vi trenger likevel andre studier, med utøveres perspektiv, med byråkrater og politikeres perspektiv på brukermedvirkning for å få mest mulig kunnskap om hvordan brukermedvirkning kan styrkes. Ny kunnskap kan bidra til å rive ned gamle vegger og åpne for dialog og samarbeid mellom brukere og utøvere.

## Litteratur

Andreassen, Tone Alm (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Andreassen, Tone Alm (2006). Brukermedvirkning utfordrer fagfolkenes rolle. *Velferd*, nr. 2, 2006, side 28-31.

Antonsen, Eva Bjørg (2008). Et stykke på vei, men likevel langt igjen? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, nr. 4, 2008, side 345-354.

Askheim, Ole Petter & Bengt Starrin (red) (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Askheim, Ole Petter (2009). Brukermedvirkning – kun for verdige trengende? Om brukermedvirkning på rusfeltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, nr. 1, 2009, side 52-59.

Fisher, Jan, Nick Jenkins, Michael Bloor, Joanne Neale & Lee Berney (2007). *Drug user involvement in treatment decisions*. York, UK: Joseph Rowntree Foundation.

Fisher, Jan & Joanne Neale (2008). Involving drug users in treatment decisions: An exploration of potential problems. *Drugs: Education, prevention and Policy*, nr. 2, 2008, side 161-175.

FO (2002). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere*. Oslo: Fellesorganisasjonen.

Fossestøl, Bjørg & Anne K. Nyhus (2007). Er sosialt arbeid et fag? I Grønningsæter, Arne (red) *Rett eller galt – eller noe midt imellom?* Oslo: Fellesorganisasjonen side 67-73

- Goffman, Erving (1968). *Stigma*. Harmondsworth: Penguin Books Ltd.
- Granerud, Arild (2004). *Sosial integrering for mennesker med psykiske problemer – erfaringer, utfordringer og ønsket støtte*. Rapport nr. 19-2004. Elverum: Høgskolen i Hedemark.
- Grønningsæter, Arne (red) (2007). *Rett eller galt – eller noe midt imellom?* Oslo: Fellesorganisasjonen.
- Hansen, Gunnar Vold (2007). *Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Doktoravhandling Karlstad University Studies. Karlstad: Karlstads universitet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007a). *Opptappingsplan for rusfeltet*. St.prp. nr. 1 (2007-2008) kapittel 8. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Holte, Jan Stensland (2003). Skjerming – utvikling av en begrunnet praksis. I Hummelvoll, Jan Kåre (red), *Kunnskapsdannelse i praksis: Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget side 117-144.
- Howe, David (1992). *An introduction to social work theory*. Aldershot: Ashgate Publishing LTD.
- Humerfelt, Kristin (2005a). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv – honnørord med lavt presisjonsnivå. I Willumsen, Elisabeth (red) *Brukerens medvirkning!* Oslo: Universitetsforlaget side 15-33.
- Hummelvoll, Jan Kåre (red) (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis: Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo:

Universitetsforlaget.

Kjellevold, Alice (2006). Idealet om brukerorientering i helse- og

sosialtjenesten. *Lov og rett*, nr. 01-02, 2006, side 3-25.

Klingsheim, Ranveig (2003). Narkomanes dårlige helse – en sykepleiefaglig utfordring. *Sykepleien* nr. 2, 2003, side 33-37.

Kommunehelsetjenesteloven (1982). *Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. nov. 1982 nr 66*.

Kvale, Steinar (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lindseth, Anders & Astrid Nordberg (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*, nr 2, 2004, side 145-153.

Lingås, Lars Gunnar (2008). Etikkens plass i en ny kriminalpolitikk. *Fontene forskning*, nr. 1, 2008, side 65-71.

Løken, Kårhild Husom (2003). *Sterk som en bjønn og lita som ei teskje. Om brukeres opplevelser og erfaringer med informasjon, kommunikasjon og medvirkning. (Rapport)*. Hamar og Stange kommune.

Martinsen, Kari (2005). *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo: Akribe.

Sagvaag, Hildegunn (2007). *Alkoholbruk i tilknytning til arbeid - ein kvalitativ studie i eit folkehelsvitskapeleg perspektiv*, upublisert monografi, NHV-rapport 3.

Schulte, Sabrina, Jan Moring, Petra Sylvia Meyer, & Christine Barrowclough (2007). User involvement and desired service developments in drug



treatment: Service user and provider views. *Drugs: education, prevention and Policy*, nr. 3, 2007, side 277-287.

Seim, Sissel & Tor Slettebø (red) (2007). *Brukermedvirkning i barnevernet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmisbrukere*. Rapport IS-0050. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *...og bedre skal det bli! – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005–2015)*. Veileder IS-1162. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Sosialtjenesteloven (1991). *Lov om sosiale tjenester m.v. av 13. des. 1991 nr 81*.

Sverdrup, Sissel (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: Sammenstilling av fem prosjekter*. Rapport 2007/2. Oslo: Diakonhjemmet Høgskole.

Sverdrup, Sissel, Trine Myrvold & Lars Kristofersen (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter*. (NIBR-rapport 2007:2). Oslo: Norsk institutt for by- og regionalforskning.

Sørbø, Jan Inge (2007). Pasient og behandler i filosofisk perspektiv.

Helsedialog Helse sør-øst. Hentet fra:

[http://www.helsedialog.no/laring\\_og\\_mestring\\_lms/brukermedvirkning/brukermedvirkning\\_skjult/Pasient+og+behandler+i+filosofisk+perspektiv.d25-Tgdf3F6pwlBQ5j.ips](http://www.helsedialog.no/laring_og_mestring_lms/brukermedvirkning/brukermedvirkning_skjult/Pasient+og+behandler+i+filosofisk+perspektiv.d25-Tgdf3F6pwlBQ5j.ips)

Tengqvist, Anna (2007). Å begrense eller skape muligheter – om sentrale

holdninger i empowermentarbeidet. I Askheim, Ole Petter & Bengt Starrin (red) *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS side 72-84.

Tew, Jerry (2008). Researching in Partnership. *Qualitative Social Work*, nr. 3, 2003, side 271- 287.

Waksvik, Guro (2009). Brukerstemmens blikk nødvendig i forskning.

<http://www.mentalhelse.no/?>

[module=Articles;action=Article.publicShow;ID=12310](http://www.mentalhelse.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=12310)

Ørstavik, Sunniva (1996). *Brukerperspektivet - en kritisk gjennomgang*. Oslo: Institutt for sosialforskning.

## **Del 2: Sammenfatning - «Som å snakke til en vegg»**

*Personer med rusmiddelproblemer og deres erfaringer med brukermedvirkning i møter med sosialtjenesten*

### **1. Introduksjon**

Som en ramme rundt artikkelen «Som å snakke til en vegg» - Personer med rusmiddelproblemer og deres erfaringer med brukermedvirkning i møter med sosialtjenesten (Aasmundsen, 2009), vil jeg her presentere en sammenfatning av studien. Artikkelen er et selvstendig produkt ment å tilfredsstille kravene for publisering i Fontene forskning (se vedlegg 6) og kravene for Master i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv, Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger (se [www.uis.no](http://www.uis.no)). Sammenfatningen som presenteres her gir en utdypende beskrivelse av ulike områder jeg mener er viktige å belyse nærmere for å gi leseren en mulighet til en evaluering av studiens kvalitet.

Sammenfatninger er et tillegg til artikkelen og må leses i sammenheng med denne.

I kvalitativ forskning har personen bak forskerrollen en sentral rolle i utvikling av studiens kvalitet (Kvale, 2001). Kvaliteten i kvalitativ forskning avhenger i stor grad av forskerens håndverk og det er viktig at forskeren søker å gjøre fremgangsmåte og metodiske valg så gjennomsluttede som mulig (Olsen, 2003). For å synliggjøre hvordan jeg som forsker har arbeidet metodisk gjennom forskningsprosessen er sammenfatningen skrevet i en personlig og fortellende stil.

Sammenfatningen starter med begrepsavklaring før en presentasjon av tema og bakgrunn for valg av tema. Deretter presenteres tidligere forskning på området og studiens problemstilling. Jeg gir så en utdypende beskrivelse av metoden før jeg presenterer studiens resultater. Sammenfatningen avsluttes med diskusjon av studien. Studiens teoretiske rammeverk, diskusjon av resultater og metode er presentert i artikkelen (Aasmundsen, 2009) og blir ikke nærmere kommentert i sammenfatningen.

## **1.1 Begrepsavklaringer**

Personer med rusmiddelproblemer anvendes her som begrep på personer som har en avhengighet av alkohol og / eller narkotika og som opplever å ha problemer knyttet til sin avhengighet. Problemene inkluderer avhengighetsproblematikk og problemer og lidelser i forhold til somatisk og psykisk helse, sosiale problemer, økonomiske problemer m.m. (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Personer med rusmiddelproblemer opplever å være stigmatisert og utstøtt fra samfunnet (Sagvaag, 2007, Tengqvist, 2007).

Personer med rusmiddelproblemer som er i kontakt med sosialtjenesten betegnes her som *brukere*. Begrepet viser tilbake til personer med rusmiddelproblemer som oppsøker eller kommer i kontakt med sosialtjenesten for å få hjelp (Andreassen, 2005).

Personer med rusmiddelproblemer som har bidratt med sine historier om møter med sosialtjenesten benevnes i artikkelen som *deltakere*. Valg av begrep viser tilbake til deres aktive deltakelse i intervjuprosessen. Intervjuene er forfattet i fellesskap med deltakerne.

Personer som yter hjelp i henhold til Sosialtjenesteloven kalles i artikkelen for *utøvere*. Utøverne er utøvere av sosial- og helsefaglig arbeid i sosialtjenesten. Sosial- og helsefaglig arbeid er et samlebegrep som kan benyttes som en generell betegnelse på barnevernspedagogers, sosionomers, velferdsarbeideres og vernepleieres yrkesutøvelse (Grønningsæter, 2007).

*Møter* refererer til alle møter der brukere og utøvere møtes, med unntak av møter der sosialtjenesten utøver tvang i henhold til Sosialtjenestelovens § 6-1a. Studiens fokus er møter på individnivå.

## **1.2 Bakgrunn og presentasjon av tema**

Studien handler om brukermedvirkning og personer med rusmiddelproblemer sine erfaringer med brukermedvirkning i møter med utøvere i sosialtjenesten.

Personer med rusmiddelproblemer utgjør en stor gruppe mottakere av støtte og hjelp fra sosialtjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a). Som brukergruppe beskrives de som personer med omfattende og sammensatte problemer av langvarig karakter (Ibid.). Rusmiddelproblematikk inkluderer lidelser i forhold til somatisk og psykisk helse, sosiale problemer og økonomiske problemer (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, Klingsheim, 2003). Personer med rusmiddelproblemer erfarer å bli utstøtt fra viktige samfunnsarenaer som for eksempel arbeidsmarkedet og boligmarkedet (Sosial- og helsedepartementet, 2007a). Personer med rusmiddelproblemer kan på bakgrunn av dette forstås som en svakstilt gruppe i samfunnet. I tillegg opplever personer med rusmiddelproblemer å bli stigmatisering og å føle seg mindreverdige (Sagvaag, 2007, Tengqvist, 2007).

Sosialtjenesten har et helhetlig ansvar for personer med rusmiddelproblemer. Ansvaret innebærer blant annet å gi hjelp til den enkelte gjennom å tilby et behandlingsopplegg. Med behandling mener her alle hjelpetiltak kommunen iverksetter med det formål å oppnå rusfrihet og integrering i samfunnet eller å redusere skadevirkningene av rusmiddelavhengighet (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Hjelpetiltakene omfatter råd, veiledning og hjelpetiltak, jf. Sosialtjenestelovens §§ 4-1 og 4-2. Sosialtjenesten skal også bistå med å etablere et behandlingsopplegg når det er behov for det og brukeren ønsker det. Sosialtjenesten skal følge opp brukeren i behandlingsopplegget gjennom samtaler og om nødvendig hjemmebesøk. Videre skal sosialtjenesten legge til rette nødvendige tiltak ved avslutningen av et eventuelt institusjonsopphold.

Rehabilitering og omsorg inngår i behandlingen. Rehabilitering i betydningen tiltak som tar sikte på integrering av personer med rusmiddelproblemer i samfunnet i forhold til bolig, arbeidsliv og sosial fungering, og omsorg i betydningen tiltak som bidrar til at personer med rusmiddelproblemer får ivaretatt grunnleggende behov med respekt for den enkelte persons

selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Brukernes behov skal være i sentrum for hjelpen som ytes og brukerens perspektiv og meninger skal vektlegges og inngå i beslutningsgrunnlaget som tas i sosialtjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a, Sosial- og helsedirektoratet, 2004, Sosialtjenesteloven, 1991). Dette innebærer at brukere må involveres og gis innflytelse i planlegging, utforming og tildeling av hjelpetiltak.

Brukernes involvering og innflytelse omtales som brukermedvirkning. Brukermedvirkning som begrep har vært sentralt i utvikling av offentlig helse- og sosialpolitikk og i utvikling av sosial- og helsefagene siden 1990- årene (Humerfelt, 2005a). Brukermedvirkning anvendes på flere nivå som politisk,- system,- og individnivå (Andreassen, 2006). Brukermedvirkning på politisk nivå og systemnivå er som regel organisert ved at grupper av brukere lar seg representere i ulike organer som berører deres hjelpetilbud, mens brukermedvirkning på individnivå finner sted i møter mellom bruker og utøvere. I denne studien er det brukermedvirkning på individnivå som er i fokus. Brukermedvirkning på individnivå handler i stor grad om relasjonen mellom brukere og utøvere og om hvordan brukeren gis anledning til å være aktiv deltaker i denne relasjonen (Humerfelt, 2005a). *Hvordan* utøveren møter brukeren og legger til rette for involvering og innflytelse blir sentralt.

Brukermedvirkning kan ha flere begrunnelser og mål. Andreassen (2006) skiller mellom demokratiske og instrumentelle begrunnelser mens Sverdrup, Myrvold & Kristofersen (2007) sier at både demokratiske, instrumentelle og terapeutiske hensyn kan begrunne brukermedvirkning. Demokratiske begrunnelser legger vekt på borgernes rettigheter til å bestemme over eget liv (Andreassen, 2006), instrumentell brukermedvirkning har som formål å forbedre og / eller effektivisere tjenestene til brukere, mens terapeutiske hensyn vektlegger brukernes utvikling av mestringsevne og livskvalitet gjennom medvirkningen (Ibid.). For denne studiens fokus er demokratiske hensyn og terapeutiske formål særlig aktuelle. Demokratiske hensyn er

inkludert i omsorgsbegrepet som beskrevet over (Sosial- og helsedirektoratet, 2004) og terapeutiske formål som mestring og deltakelse er et hovedformål for rehabiliteringstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a).

Rehabilitering og omsorg skal som nevnt inngå i personer med rusmiddelproblemers sitt behandlingsopplegg.

Begrepet brukermedvirkning favner vidt. Askheim (2009) karakteriserer brukermedvirkning som et «trekkspillbegrep». På den ene sida kan det først og fremst være et positivt, men forholdsvis innholdstomt honnørbegrep. På det andre ytterpunktet kan det innebære at det er brukeren som har det avgjørende ordet. Det er altså nødvendig å foreta en begrepsbestemmelse for å kunne studere brukermedvirkning.

I denne studien tar jeg utgangspunkt i sosialpolitiske føringer for utøvelsen av sosiale tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a, Helse- og omsorgsdepartementet, 2007b, Sosial- og helsedirektoratet, 2004) og i Sosialtjenesteloven. Studien forholder seg til at brukermedvirkning er en rettighet brukere har, at hjelpetiltakene i sosialtjenesten skal bygge på brukernes behov og at brukernes mening og forståelse skal inngå i beslutninger som tas i sosialtjenesten. Innenfor denne rammen har jeg beskrevet kjennetegn ved relasjonen mellom brukere og utøvere som jeg mener må være til stede for at jeg skal kunne si at brukermedvirkning har vært en del av denne relasjonen. Beskrivelsen danner studiens teoretiske rammeverk og er presentert i artikkelen (Asmundsen, 2009). Som bakgrunn for valg av teori har jeg tatt utgangspunkt i sosial- og helsefaglig litteratur og forskning på området.

### **1.3 Begrunnelse for valg av tema**

Studien inngår som en masteroppgave i Master i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv (se UiS, 2009). Masterstudiet har fokus på brukermedvirkning og brukerperspektiv i sosial- og helsetjenesten. I et av studiets dokumenter står det at selv om brukermedvirkning og

brukerperspektiv har vært vektlagt i sosial- og helsefagene i nærmere 20 år, viser forskning, brukerundersøkelser og medieoppslag at brukere bare i begrenset grad opplever å bli hørt, bli involvert og gitt innflytelse i møter med sosial- og helsetjenesten. Videre står det at det er et stort behov for økt kompetanse når det gjelder å tilrettelegge, organisere og koordinere tjenester ut fra brukernes behov og oppfatning. I dokumentet påpekes behovet for forskning som har fokus på brukermedvirkning i sosial- og helsetjenesten (UiS, 2009). Å velge et fokus på brukermedvirkning i studien var derfor et naturlig valg for meg.

Fokus på personer med rusmiddelproblemer er valgt på bakgrunn av at personer med rusmiddelproblemer ikke alltid får den hjelpen de har behov for fra sosialtjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet (2007a) påpeker at de har behov for lang bedre oppfølging i kommunene enn det de får i dag. Opptappingsplanen for rusfeltet peker på at det er behov for å styrke kompetansen på rusfeltet (Ibid.). En studie som tar utgangspunkt i personer med rusmiddelproblemer sine erfaringer med brukermedvirkning i møter med sosialtjenesten kan være et bidrag for utvikling og styrking av kompetanse og for bedre tilrettelegging av tjenester til personer med rusmiddelproblemer ut fra deres behov.

Som sosionom har jeg også vurdert det slik at jeg har et etisk ansvar for å fremme inkludering, motarbeide diskriminering og stigmatisering av mennesker, samt å vise solidaritet med svakstilte grupper (FO, 2002). Personer med rusmiddelproblemer kan forstås som en svakstilt gruppe som erfarer ekskludering og stigmatisering. En måte jeg som sosionom og masterstudent kan handle i forhold til dette ansvaret er ved å la personer med rusmiddelproblemer sine erfaringer danne studiens datagrunnlag.

#### **1.4 Tidligere forskning**

Tidligere forskning på området inngår i studiens teoretiske rammeverk. For å



få en oversikt relevante studier har jeg utført litteratursøk. Søkene er utført i fagdatabasene Academic Search Elite, Bibsys Mime, Norart, Soc Index og Social Care Online.

Følgende norske søkeord er benyttet;

- brukermedvirkning,
- brukerperspektiv,
- personer med rusmiddelproblemer,
- rusmiddelavhengige,
- rusmisbrukere,
- sosialt arbeid og
- sosial- og helsetjenesten.

Følgende engelske søkeord er benyttet;

- user involvement,
- user participation,
- user perspective,
- drug abuse,
- addictive,
- addiction,
- social work,
- social service og
- health service.

Det er relativt få studier som har fokus på personer med rusmiddelproblemer og brukermedvirkning i møter med sosialtjenesten. Forskning i forhold til personer med rusmiddelproblemer ser først og fremst ut til å ha fokus på ulike typer rusmidler, konsekvenser av bruk av ulike typer rusmidler og forskning knyttet til medikamentbehandling av opiatbrukere. For eksempel gav søk på Academic Search Elite med søkeord «drug abuser and user involvement / user involvement and drug abuser» 23 treff hvor 2 omhandlet brukermedvirkning. Søk på ISI Web of Science med samme søkeord gav 447 treff, ingen om

brukermedvirkning. Jeg har imidlertid funnet noen artikler jeg mener gir relevant bakgrunnskunnskap. Studiene har fokus på personer med rusmiddelproblemer og personer med psykiske lidelser.

#### **1.4.1 Presentasjon av valgte artikler**

Studien «Drug user involvement in treatment decisions» (Fischer, Jenkins, Bloor, Neale & Berney, 2007) er en kvalitativ studie fra Storbritannia med fokus på brukermedvirkning knyttet til avgjørelser som gjelder behandling for personer med rusmiddelproblemer. Studien baserer seg på dybdeintervju med brukere av og ansatte i to kommunale tilbud og to behandlingsinstitusjoner for personer med rusmiddelproblemer. Studien har utforsket en rekke områder knyttet til brukermedvirkning. Forfatterne har blant annet studert både eksisterende nivå og utbredelse av brukermedvirkning, i tillegg til ønsket nivå av brukermedvirkning blant utøvere og brukere. Også hindringer for brukermedvirkning og betydningen brukermedvirkning har for behandlingsresultater er studert.

Resultatene av studien viser blant annet at brukermedvirkning forstås ulikt av brukere og utøvere. Brukere forbant brukermedvirkning med det å kunne kommunisere effektivt med de ansatte, utøverne forbant brukermedvirkning med informert samtykke og brukernes mulighet til å ta valg innenfor behandlingsprogrammer. Studien fant også at brukere som var i tidlig fase av behandling, første tre måneder, ikke hadde noe ønske om å medvirke i forhold til å ta valg angående behandlingen. Noen av brukerne hadde derimot et ønske om medvirkning etter hvert. Ansatte på de ulike stedene var i prinsippet for brukermedvirkning, men mente det var mange begrensninger i systemet, som for eksempel begrensede ressurser og lange administrative prosedyrer.

Studien identifiserte en rekke forhold som kan fremme brukermedvirkning, for eksempel at utøveren forsikrer seg om at brukeren ikke føler seg presset til å være med og ta avgjørelse for fort og å gi tydelige forklaringer og informasjon om forhold som berører beslutningene som skal tas. Videre er det

i følge studien viktig at brukeren føler seg trygg og ivaretatt for å kunne medvirke.

Hjørnesteinen i effektiv brukermedvirkning er i følge artikkelens forfattere at både brukere og utøvere har lyst til og vilje til å lytte og kommunisere med hverandre.

I artikkelen «Involving drug users in treatment decisions: An exploration of potential problems» (Fischer & Neale, 2008) som bygger på samme studie, utdypes noen faktorer som kan hindre brukermedvirkning når beslutninger som gjelder behandling skal tas. Forfatterne nevner blant annet at oppfatninger av at personer med rusmiddelproblemer er upålitelige, manipulerende og ute av stand til å ta gode beslutninger på vegne av seg selv hindrer brukermedvirkning. Brukere sa at helsearbeidere, implisitt eller eksplisitt, klandret rusmiddelavhengige for avhengigheten, behandlet dem med avsky og underkjente problemene der noe som gikk ut over deres selvspekt og selvtillit i forhold til å medvirke i beslutninger om behandling. Opplevelsen av å bli møtt med slike holdninger kunne motvirke at brukere søkte hjelp for behandling.

Utøvere hevdet at brukere hadde urealistiske forventninger i forhold til behandling, for eksempel at de ønsket å komme raskere i behandling enn det utøverne anså som mulig. Som et resultat av denne oppfatningen argumenterte utøvere for at det var nødvendig å begrense brukermedvirkning slik at brukere ikke kom for fort i behandling med urealistiske ambisjoner som utøverne mente ville øke sannsynligheten for at behandlingen mislyktes.

Studien konkluderer med at brukermedvirkning i forhold til beslutninger som gjelder behandlingstilbud er ønskelig og har mange positive effekter. Forfatterne nevner blant annet at brukermedvirkning styrker brukernes selvtillit og selvfølelse og gav positive resultat i forhold til behandlingen. Samtidig viser studien at problemene som kan oppstå i forhold til

brukermedvirkning er substansielle og komplekse. Forfatterne foreslår ulike strategier for å fremme brukermedvirkning. For eksempel at mer deling av informasjon, åpne diskusjoner om roller, forpliktelser og ansvar kan bidra til at brukere og utøvere utvikler en felles forståelse, avklarer misforståelser og slik skaper et felles beslutningsgrunnlag.

Forfatterne sier også at investering i opplæring, øvelser og utvikling av ferdigheter kan fremme mer muligheter for brukermedvirkning i forhold til avgjørelser knyttet til behandling. For eksempel kan utøvere ha nytte av å lære om klientene sine sine liv og den negative effekten utøvernes motvilje og stigmatisering kan ha for behandlingsprosessen.

En annen studie utført i England, «User involvement and desired service developments in drug treatment: Service user and provider views» (Schulte, Moring, Meyer & Barrowclough, 2007), har blant annet studert brukeres og fagpersoners perspektiv på muligheten for brukermedvirkning i kommunale rustilbud i England, samt deltakernes oppfatning av eksisterende nivå av brukermedvirkning i disse tilbudene. 46 brukere og 52 utøvere deltok i studien. Studien som presenteres her er basert på semi-strukturerte intervju med brukere og utøvere. Spørsmålene rettet seg mot hvordan deltakerne ser på brukermedvirkning, i hvilken grad brukermedvirkning eksisterer i dag og hva de ønsker av endringer i tjenestetilbudet.

Studien skiller ikke mellom brukermedvirkning på individnivå og systemnivå, men det fremkommer av svarene i studien at nivået av brukermedvirkning generelt var lavt. Brukere ønsket høyere grad av brukermedvirkning enn ansatte uttrykte at de ønsket. Forfatterne peker på at det her var stor diskrepans mellom brukere og ansatte. Forfatterne viser til forskning som dokumenterer god effekt av brukermedvirkning for behandlingsresultater, og konkluderer med at en økning i inkorporering av brukerperspektivet ikke bare er viktig for å oppnå gode behandlingsresultater, men at det også kan ha en positiv påvirkning på en rekke faktorer knyttet til personer med

rusmiddelproblemer sin hverdag. Forfatterne sier at det å bli involvert og gitt muligheten til delta kan bidra til å redusere den sosiale ekskluderingen av personer med rusmiddelproblemer utsettes for og redusere stigmatiseringen av personer med rusmiddelproblemer. Forfatterne sier at aktiv deltakelse i forhold til tjenestetilbudet og samarbeid med utøvere kan være fordelaktig for både brukere og utøvere.

Personer med rusmiddelproblemer har ofte psykiske problemer i ulik grad (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a) og generell kunnskap om brukermedvirkning utviklet på bakgrunn av studier knyttet til personer med psykiske problemer kan overføres til personer med rusmiddelproblemer (se for eksempel Sosialdepartementet, 2003). På grunn av at det foreligger lite forskning knyttet til personer med rusmiddelproblemer og brukermedvirkning har jeg derfor valgt noen studier knyttet til personer med psykiske problemer.

I artikkelen «Et stykke på vei, men likevel langt igjen?» (Antonsen 2008) presenteres en studie basert på 2 fokusgruppeintervjuer med brukere, etter at de hadde deltatt på kurs i brukermedvirkning i regi av et brukerstyrt prosjekt. Studien har undersøkt hva brukere mener er faktorer som kan hemme og fremme brukermedvirkning ut fra deres erfaringer med psykisk helsearbeid. Studiens resultater er at brukere synes det er langt igjen når det gjelder brukermedvirkning. Flere deltakere mente at det er de «sterkeste» brukerne og de med familie som stiller opp som får best hjelp, brukernes rettigheter tolkes forskjellig av ansatte og brukere får ulik informasjon om hvilke rettigheter de har. Deltakerne sa også at de ikke fikk informasjon i det i hele tatt hvis de ikke spurte etter det. Når det gjaldt fremmede faktorer for brukermedvirkning pekte de på at det er viktig å få en individuell vurdering. De må tjenesteyteren høre på brukeren som ønsker individuell hjelp basert på sine behov. Deltakerne mente at brukermedvirkning er viktig, fordi det er brukeren som selv vet «hvor skoen trykker» og som er eksperten på seg selv. Deltakerne mente også at det er personavhengig hvor god hjelp de får og at lovverket tolkes forskjellig. Antonsen peker på at makten ved å være

fagekspert kan hindre brukermedvirkning og at fagkompetanse tradisjonelt har blitt mer opphøyet enn brukerkompetansen. Videre sier hun at det kreves en holdningsendring der utøveren må være villig til å sidestille brukerkompetanse med fagkompetanse.

I rapporten «Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: Sammenstilling av fem prosjekter» (Sverdrup, 2007), utarbeidet på oppdrag fra Norges Forskningsråd som ledd i evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2006) sammenstilles funn fra fem forskningsprosjekter som på ulikt vis har studert og omhandlet temaet brukermedvirkning. Flere av undersøkelsene i rapporten er gjennomført i to omganger. Sverdrup peker på at brukermedvirkning har en sentral plass i Opptappingsplanen for psykisk helse, men at det er langt igjen før brukermedvirkning er realisert i tråd med planens mål. Brukere og pårørende mener de får for lite informasjon til å kunne medvirke, det er registrert relativt store forskjeller i tjenestetilbudet brukere får, og det er ulik forståelse av hva brukermedvirkning er blant de som har deltatt i undersøkelsene; brukere, pårørende og utøvere.

I doktoravhandlingen «Samarbeid uten fellesskap Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid» (Hansen, 2007) har forfatteren studert innføringen av individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid og hvordan målene med individuelle planer ivaretas. En individuell plan skal, i følge Hansen, blant annet bidra til at tjenestetilbudet bygger på brukermedvirkning. Undersøkelsen bygger på intervjuer med ansatte og observasjoner av ansvarsgruppemedlemmer i forbindelse med individuelle planer. Studien viser at begrensninger i brukermedvirkning i stor grad er et resultat av manglende ressurser og begrenset tiltaksrepertoar i kommunene. Forfatteren sier at mangelen på klare mål og forståelse av hensikten med å utarbeide individuell plan i psykisk helsearbeid hindrer at arbeidet med individuelle planer utnyttes til økt brukermedvirkning.

«Sterk som en bjønn og lita som ei teskje» (Løken, 2003) er en litt eldre, men

relevant rapport som beskriver resultatene fra kartleggingsarbeidet i brukerforum i Stange og Hamar kommune i 2002 – 2003. Prosjektet var en del av Opptrappingsplanen for psykisk helse og hadde blant annet som målsetting å oppnå større åpenhet og kunnskap om psykisk helse. Det var lagt stor vekt på at brukere og pårørende selv er med å definere hva de har behov for av informasjon, kommunikasjon, tilbud og tjenester. Brukerforum var en kartleggingsgruppe som bestod av brukere fra Mental helse i ulike kommuner. Målet med brukerforum var å få fram brukernes erfaringer og opplevelser i tilknytning til nevnte tema.

Resultatene som fremkommer av rapporten er at brukere mener at informasjon, kommunikasjon og brukermedvirkning henger nært sammen, og at informasjon generelt sett er mangelvare, særlig når det gjelder informasjon om muligheter og rettigheter. Brukerne i undersøkelsen sier at forholdene må legges bedre til rette for brukermedvirkning og at utgangspunktet må være en likeverdig dialog, i tillegg må brukernes synspunkter aktivt etterspørres. Kommunikasjonen mellom bruker og tjenesteapparatet er preget av skjevt maktforhold og brukere opplever at deres kunnskap og erfaring ikke blir verdsatt i tilstrekkelig grad. Brukere føler seg ikke forstått eller tatt på alvor. I tillegg ser det ut til at det er for dårlig kommunikasjon mellom ulike tjenesteutøvere og nivåer og at tjenestetilbudet derfor blir for dårlig koordinert og lite samordnet.

#### **1.4.2 Oppsummering**

Forskning på brukermedvirkning i forhold til personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser viser at brukere opplever at de ikke blir sett, hørt og tatt på alvor i møter med hjelpeapparatet (Antonsen, 2008, Fisher & Neale, 2008, Løken, 2003). Brukere sier de får lite eller ingen informasjon om rettigheter og muligheter og at mangel på informasjon hindrer brukermedvirkning (Antonsen, 2008, Sverdrup, 2007, Løken, 2003). Samtidig sier de samme brukerne at den hjelpen de får er personavhengig og tilfeldig; det kommer an på utøveren de møter og det kommer an på ressurssterk brukeren er.

Brukere ser på brukermedvirkning som en mulighet til å bli hørt og derved få tilpassede tjenester og uttrykket ønsker om at deres erfaringer og kunnskap skal bli verdsatt (Antonsen, 2008, Fisher & Neale, 2008, Løken, 2003).

Utøvere uttrykker at de ønsker å involvere brukerne men sier at systemet i seg selv og mangel på tiltak begrenser brukermedvirkning (Fisher & Neale, 2008, Hansen, 2007, Løken, 2003). Noen utøvere ønsker ikke å involvere brukerne i det hele tatt (Fisher & Neale, 2008). Det kan se ut som brukere generelt ønsker høyere grad av brukermedvirkning enn utøvere gjør (Shulte et al., 2007).

Brukere og utøvere forstår brukermedvirkning ulikt (Fisher et al., 2007).

Flere forfattere påpeker at brukermedvirkning ser ut til å ha positive effekter i forhold til behandlingsresultater og at brukermedvirkning generelt ser ut til å ha positive effekt for personer med rusmiddelproblemer (Fisher & Neale, 2008, Shulte et al., 2007). Brukermedvirkning innebærer inkludering, det motsatte av den ekskluderingen som personer med rusmiddelproblemer ofte erfarer, og kan motvirker stigmatisering ved at utøveren blir bedre kjent med brukeren, (Schulte et al., 2007).

Det kan imidlertid se ut til å være bestemte hindringer for brukermedvirkning når det gjelder personer med rusmiddelproblemer knyttet til utøvernes holdninger til dem (Fisher & Neale, 2008). Generelt ser det ut til å være en enighet om at maktubalanse, nedvurderende holdninger til brukere og til deres kunnskap og kompetanse hindrer brukermedvirkning (Antonsen, 2008, Fisher & Neale, 2008, Løken, 2003).

Forfatterne av flere av studiene påpeker at god kommunikasjon er viktig for realisering av brukermedvirkning og at utøvere må ta brukerens kunnskap og forståelse av situasjon alvorlig. God informasjon om forhold som berører



beslutningsgrunnlaget vektlegges også (Fisher et al., 2007).

Studiene bidrar med mye kunnskap om brukermedvirkning som er direkte relatert til personer med rusmiddelproblemer eller som har høy overføringsverdi. Men ingen av studiene har forsket eksplisitt på personer med rusmiddelproblemer sine erfaringer med brukermedvirkning i møter med sosialtjenesten. Det kan derfor være viktig å utvikle kunnskap på dette området. Flere forfattere (Fisher & Neale 2008, Fisher et al., 2007, Schulte et al., 2007) understreker også behovet for mer forskning i forhold til personer med rusmiddelproblemer og brukermedvirkning.

På denne bakgrunn har jeg formulert følgende problemstilling:

*Hvordan har brukermedvirkning inngått i møter mellom personer med rusmiddelproblemer og utøvere i sosialtjenesten, slik brukere har erfart det?*

Målet med studien er å løfte frem personer med rusmiddelproblemer sine erfaringer med brukermedvirkning. Håpet er at studien kan utgjøre et bidrag for sosialtjenestens arbeid med å tilrettelegge tjenestene ut fra brukernes behov.

## **2. Metode**

Studien har et utforskende design inspirert av forskningssamarbeid slik vi finner det beskrevet i Hummelvoll (2003) og Tew (2008). Som forskningsmetode er det anvendt kvalitative forskningsintervju etter Kvale (2001).

### **2.1 Forskningssamarbeid**

En strategi for gjennomføring av en studie er forskningssamarbeid med personer som har nærhet til tema som skal studeres. Nærhet til tema gir forskeren en mulighet til å gripe mangfoldet og det særegne ved det som skal studeres og det gir innpass til erfarings- og opplevelsesverden til deltakerne i en studie (Brottveit, 2008). Denne studien er i hovedsak<sup>10</sup> gjennomført i

---

<sup>10</sup> Studiens tema, litteratursøk, teoretiske rammeverk, sluttanalyse, diskusjon og konklusjon

samarbeid med medforskere<sup>11</sup> som selv har hatt rusmiddelproblemer og som har brukererfaring. Medforskerne har vært ansatt i prosjektet «Sammen om - brukerkunnskap» (se vedlegg 1) ved HUSK<sup>12</sup> ved Universitetet i Stavanger. Ved å inngå i forskningssamarbeidet har jeg søkt å integrere medforskernes kunnskap og perspektiv knyttet til tema for slik å øke studiens kvalitet. Medforskerne har en nærhet og kunnskap om hvordan rusmiddelproblemer erfares og oppleves og om hvordan det erfares og oppleves å være bruker. De har en ekspertise på det aktuelle feltet som gir gode forutsetninger for gyldige tolkninger (se Kvale, 2001, s 116) både av studiens etiske sider og av hvordan studiens kvalitet kan ivaretas.

«Sammen om – brukerkunnskap» har som formål å utvikle tjenester i tråd med brukernes ønsker og behov (Waksvik, 2009). Prosjektet er basert på handlingsorientert forskningssamarbeid slik Hummelvoll (2003) beskriver det. I handlingsorientert forskningssamarbeid deltar personer som inngår i praksisfeltet som skal utforskes som medforskere i forskningsprosessen. Deltakelsen består blant annet i å være med å bestemme hvilke forskningsspørsmål som skal formuleres og hvordan disse skal bli brukt (Ibid.). På den måten gis de som berøres av forskningen makt og innflytelse i forskningsprosessen. Alle involverte i handlingsorientert forskningssamarbeid betraktes som selvstyrte personer som bidrar både med kreativ tenking og utforming av forskningsprosessen for å skape mening i resultatene

Denne forskningstilnærmingen har en utvidet forståelse av kunnskap (Hummelvoll, 2003). Bakgrunnen for dette kunnskapssynet er hentet fra Reason (1994). I følge Hummelvoll hevder Reason at det hovedsakelig finnes tre former for kunnskap: *Erfaringskunnskap*, som nås mellom direkte møter med personer, steder og ting, *praktisk kunnskap*, kunnskap om hvordan man gjør noe, og *påstandskunnskap*, dvs. kunnskap om noe som uttrykkes gjennom påstander og teorier. Hummelvoll sier at: «*I forskning som er rettet*

---

er utført av meg alene

<sup>11</sup> Se Waksvik (2009) for nærmere redegjørelse av begrepet medforsker

<sup>12</sup> HUSK står for "Høgskole- og universitetssosialkontor", se også [www.husk-stavanger.no](http://www.husk-stavanger.no)

*mot personer må påstandskunnskap som kommer fram i forskningskonklusjonene være avledet fra og rotfestet i subjektens erfarings- og praksiskunnskap» (s 33).*

Det handlingsorienterte forskningssamarbeidet søker å knytte sammen erfaringsbasert kunnskap, praktisk kunnskap og teori med det mål å implementere kunnskapsdannelsen i praksis. Forskningstilnærmingen i handlingsorientert forskningssamarbeid bygger på tre innbyrdes sammenhengende aspekter: 1) *Deltakende og helhetlig kunnskap*. Man er interessert i kunnskap som omfatter så mye av deltakernes erfaringer som mulig og ikke i fragmentert kunnskap eller teoretisk kunnskap som er skilt fra praksis og erfaring. Slik kan vi oppnå en dypere forståelse av fenomener. 2) *Kritisk subjektivitet*. Kritisk subjektivitet er en kvalitet i vår bevissthet som bidrar til å overstige splittelsen mellom objektivitet og subjektivitet. Erfaringer fokuseres bevisst som en del av forskningsprosessen med en oppmerksomhet på at den enkelte ser verden som sin verden og ikke som Verden. Den individuelle opplevelse og erfaring vektlegges og brukes aktivt. 3) *Kunnskap i handling*. Kunnskap skapes i og for handling heller enn i og for refleksjon alene.

Forskningsprosessen i handlingsorientert forskningssamarbeid kjennetegnes av å være refleksiv, fleksibel og prosessuell (Hummelvoll, 2003).

## **2.2 Gjennomføring**

Forskningssamarbeid kan organiseres og gjennomføres på ulike måter hvor hele eller deler av forskningsprosessen inngår i forskningssamarbeidet (Tew, 2008, Hummelvoll, 2003). For denne studiens del har forskningssamarbeidet bestått i refleksjoner rundt studiens problemstilling og forskningsspørsmål, kritiske refleksjoner rundt våre forforståelser, utarbeidelse og gjennomføring av forskningsmetode og en tidlig gjennomgang av analysen. Etske vurderinger knyttet til de ulike områdene var en del av den løpende prosessen.

I forskningsprosessen la vi mye vekt på å arbeide frem og tydeliggjøre egen forforståelse fordi denne påvirker kvalitativ forskning (Kvale, 2001). Vi noterte ned egne erfaringer, holdninger og forståelse knyttet til tema som skulle studeres. Det vi noterte var ment å øke egen oppmerksomhet på hvordan vi som personen kunne påvirke forskningen. Dette ble ikke delt i gruppen. Derimot ble den økte oppmerksomheten rundt tema anvendt aktivt og kritisk i diskusjoner og til refleksjon jamfør Hummelvolls (2003) beskrivelse av *kritisk subjektivitet*. Etter hvert som vi ble godt kjent med hverandre og tillit i gruppen var etablert, delte vi åpent, etter eget ønske, vår forståelse og våre erfaringer. Prosessen med artikulering og refleksjoner rundt forforståelsen har skapt ny forståelse av studiens tema for meg. Jeg ser på kritisk subjektivitet i forskningsprosessen som spesielt viktig for kvalitetssikring av studien. Gjennom dialog med medforskerne har jeg fått innpass i erfarings- og opplevelsesverden til medforskere med egen erfaring knyttet til tema og slik har jeg oppnådd mer helhetlig kunnskap om tema.

### **2.3 Forforståelse**

Jeg har prøvd å redusere muligheten for skjevtolkning gjennom forskningssamarbeidet. Likevel er studien først og fremst mitt håndverk og det er jeg som har det overordnede ansvaret for studien. Jeg som forsker har påvirket studien gjennom de valg jeg har tatt underveis i forskningsprosessen, både i forhold til teoretisk perspektiv, gjennom tolkning av intervjuene og ved valg av design og forskningsmetode. Jeg har også nærhet til tema som skal studeres ved at jeg har arbeidet som sosionom med personer med rusmiddelproblemer. Å redegjøre for forforståelsen er sentralt i kvalitativt forskning for å gi andre en mulighet til å validere forskningsresultatene (Brottveit, 2009, Kvale, 2001).

Jeg er sosionom og har de siste 14 årene arbeidet som sosialarbeider. Jeg har blant annet erfaring fra arbeid i sosialtjenesten, fra rehabiliteringstjenester til personer med rusmiddelproblemer og fra et kommunalt lavterskeltilbud til unge personer med rusmiddelproblemer. I den perioden jeg har arbeidet som

sosialarbeider har brukermedvirkning vært på dagsorden uten at det har vært særlig vektlagt som begrep på de arbeidsplassene jeg har vært på. Noen av arbeidsplassene har hatt et fokus som jeg ser kan forstås som brukermedvirkning uten at det har vært uttalt som det. Fokus har vært på å ta imot brukeren med respekt, ha brukerens behov i fokus og arbeide metodisk for å hjelpe brukeren til å avklare behovet for hjelp. Videre å arbeide sammen med brukerne for å oppnå brukerens mål. Det kan ha vært å søke behandling i institusjon eller å komme i arbeid.

Ulike arbeidsplasser har hatt ulike rammer for utøvelsen av sosialt arbeid. Innenfor noen arbeidsplasser jeg har jobbet har jeg funnet det vanskelig å handle selvstendig sammen med brukere. Spesielt gjelder dette sosialtjenesten hvor jeg har kjent på at jeg har hatt lite myndighet som sosionom. Jeg tenker at det begrenser brukermedvirkningen. For å utarbeide individuelle tiltak trenger jeg som sosionom handlingsrom som gir mulighet for nettopp dette. Handlingsrommet i sosialtjenesten fant jeg svært begrenset. Det er verdt å nevne at jeg ikke har jobbet i sosialtjenesten siden 1997.

Sosialarbeiderne trenger slik jeg ser det, støtte og tillit fra ledere for å oppleve myndighet og må gis muligheten til å kunne ta selvstendige avgjørelser sammen med brukeren.

Å arbeide med personer med rusmiddelproblemer har vært inspirerende og krevende. Det har berørt meg på ulikt vis og jeg har kjent på både frustrasjoner, sorg, glede. Det jeg kommer i kontakt med når jeg er i møter med personer med rusmiddelproblemer er ofte at alt oppleves sterkt. I arbeidet med personer med rusmiddelproblemer har jeg opplevd behov for veiledning. Veiledningsbehovet har vært knyttet til både på prosess og innhold i arbeidet.

Jeg har god erfaring fra å inkludere personer med rusmiddelproblemer i planlegging, utforming og tildeling av tjenester. Jeg har også erfart at noen

ikke vil bli involvert i avgjørelser. Her tenker jeg at tid er et viktig moment og at brukermedvirkning må forstås som en prosess. Det kan ta tid å utvikle mot og trygghet til å bære ansvar. Jeg ser på det som sosialarbeiderens ansvar å arbeide metodisk for brukerens medvirkning.

Når jeg nå har redegjort for sentrale deler av min forforståelse vil jeg presenter studiens forskningsmetode.

#### **2.4 Kvalitative forskningsintervju**

Som nevnt over sier Hummelvoll (2003) at forskning som er rettet mot personer må utvikle påstandskunnskap med rot i subjektens erfaring- og praksiskunnskap. I denne studien er det personer med rusmiddelproblemer som brukergruppe sin erfaringskunnskap, oppnådd gjennom møter med utøvere i sosialtjenesten, som gir grunnlag for utvikling av ny kunnskap. Kunnskapen som søkes utviklet er kunnskap om brukermedvirkning relatert til denne brukergruppen.

En hensiktsmessig metode for innhentning av erfaringskunnskap er det kvalitative forskningsintervjuet. Kvalitative forskningsintervju har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden i den hensikt å fortolke de beskrevne fenomenene (Kvale, 2001). Karlsson (2003) sier at en studie av livsverden innebærer en studie av de levde erfaringene og at vi gjennom kvalitative intervju kan få en forståelse av sentrale tema som utgjør den andres livsverden. Kvalitative intervju er derfor en relevant forskningsmetode for denne studien.

Kvale (2001) beskriver det kvalitative forskningsintervjuet som et moralsk foretagende. Spesielt viktig er det informerte samtykke (se vedlegg 2), sikring av deltakernes konfidensialitet og vurdering av hvilke konsekvenser studien kan ha for deltakerne (Kvale, 2001).

Prosjektet «Sammen om - brukerkunnskap» skulle intervju personer med

rusmiddelproblemer i forhold til deres erfaringer og deres perspektiv på blant annet åpningstider, sosialtjenestens beliggenhet m.m. (se vedlegg 1 & 3). Denne studiens mål inngikk i forskningsprosjektets mål og jeg vurderte at jeg ved å samarbeide med medforskerne også i forhold til forskningsmetoden kunne berike studiens datagrunnlag. Medforskerne var positive til et samarbeid med meg.

I samarbeidet gjennomgikk vi og vurderte de ulike etiske aspektene ved kvalitative intervju og bestemte hvordan vi skulle gå fram for å sikre kvaliteten. Samtykkeerklæring ble utarbeidet, vi bestemte oss for at alle intervju skulle anonymiseres ved å lage fiktive navn på deltakerne, at vi ønsket å ta intervjuene opp på bånd og at båndopptakeren skulle være nedlåst mellom hvert intervju. Når det gjaldt studiens konsekvenser for deltakerne ble de vurdert til å komme deltakerne til gode. Her la jeg særlig vekt på at studien inngår i prosjektet «Sammen om – brukerkunnskap» og at medforskerne etter at jeg avsluttet forskningssamarbeidet skulle arbeide videre med implementering av studiens resultater i praksis (se vedlegg 1).

Medforskerne utarbeidet temaguide og jeg kontrollerte at denne studie sitt tema var dekket gjennom spørsmål i guiden (se vedlegg 3).

Tre aktuelle steder for intervju ble bestemt av medforskerne med vekt på at intervjuene skulle utføres på steder deltakerne kunne føle seg trygge. Deltakerne kunne velge mellom disse tre stedene.

## **2.5 Utvalg av deltakere**

Deltakere ble rekruttert på informasjonsmøte for prosjektet «Sammen om – brukerkunnskap», på et av de lokale tilbudene med fokus på sosial omgang for personer med rusmiddelproblemer og gjennom kontaktpersoner i sosial- og helsetjenesten. 14 personer er intervjuet totalt i prosjektet. Jeg deltok på de 8 første intervjuene og det er disse som danner det empiriske grunnlaget for min studie.

Kriterier for utvalget var at den som skulle delta under intervju hadde rusmiddelproblemer og mottok, eller nylig hadde mottatt, tjenester fra kommunen.

Tabell 1 gir oversikt over deltakerne i studien

<b>Intervjunr.</b>	<b>Kjønn</b>	<b>Alder</b>	<b>Aktiv rusbruk</b>	<b>Legemiddel Assistert Rehabilitering</b>
<b>1</b>	kvinne	32		ja
<b>2</b>	mann	35	ja	
<b>3</b>	mann	42	ja	
<b>4</b>	mann	30	ja	
<b>5</b>	mann	65	ja	
<b>6</b>	mann	28	ja	
<b>7</b>	mann	28	ja	
<b>8</b>	mann	55	ja	

Tabell 1. Deltakere i studien

## **2.6 Kvalitative forskningsintervju**

Studiens forskningsmetode er kvalitative forskningsintervju (Kvale 2001).

Medforskerne og jeg var blitt enige om at vi alltid skulle være to intervjuere til stede under intervjuene (Aasmundsen, 2009). Vi mente dette var en god metode for å sikre at mest mulig informasjon ble inkludert i datagrunnlaget, både verbal og nonverbal informasjon. Ved å la en person styre intervjuet og en person være observerende deltaker så vi en mulighet for det. Samtidig var vi usikre på hvordan det ville påvirke deltakeren som skulle intervjues når vi som intervjuere var i flertall. Spesielt ble min rolle diskutert, skulle jeg delta under intervju eller skulle medforskerne utføre intervjuene uten meg?

Kvale (2001) peker på at samtalen i forskningsintervju ikke er en gjensidig form for interaksjon mellom to likeverdige, men at det oppstår et asymmetrisk maktforhold ved at det er intervjueren som definerer situasjonen, presenterer samtaletemaene og styrer intervjuet gjennom sine spørsmål. I



prosjektsamarbeidet var likeverd et viktig prinsipp og vi hadde ikke noe ønske om å forsterke asymmetrien. En måte å redusere asymmetrien på er ved å la personer som selv har brukererfaring utføre intervjuene (Tew, 2008). Ved at medforskerne utførte intervjuene tenkte vi at vi kunne få mer umiddelbare og ærlige svar på spørsmålene (Løken 2003). Samtidig var jeg opptatt av å være med under intervjuene, både fordi jeg anså det som viktig for å utvikle min forskningskompetanse og for å sikre studiens datagrunnlag. Etter flere runder med diskusjon ble vi enige om at jeg skulle være med en medforsker som «medintervjuer» til jeg mente jeg hadde nok datagrunnlag til å kunne gjennomføre en analyse. Metoden vi valgte er inspirert av metoden «Bruker Spør Bruker»<sup>13</sup>.

## **2.7 Gjennomføring av intervju**

Før intervjuene avklarte vi de ulike oppgavene og rollene vi skulle ha knyttet til utførelsen av intervjuene. Medforskeren skulle sammen med deltakeren forfatte intervjuene. Medforskeren skulle videre ha hovedansvar for at temaguiden ble gjennomgått. Jeg hadde muligheten til å stille utdypende spørsmål på slutten av intervjuene. Jeg skulle ikke ta notater underveis da vi tenkte at det kunne forstyrre samtalen mellom medforskeren og deltakeren.

Intervjuene startet med en presentasjon av oss og de ulike roller vi skulle ha under intervjuet. Målene med intervjuene ble gjennomgått; prosjektet hadde som mål å få kunnskap om brukernes erfaringer og meninger om sosialtjenesten og andre tjenester knyttet til rus i kommunen (vedlegg 1) og jeg hadde som mål å undersøke deres erfaringer med et spesielt fokus på brukermedvirkning.

Samtykkeerklæringen ble gjennomgått og deltakerne ble informert om at de når som helst under intervjuet kunne trekke seg fra dette uten at det ville få noen negative konsekvenser for dem. Etter at samtykkeerklæringen var signert ble deltakerne spurt om vi kunne ta opp intervjuet på bånd. Alle deltakerne var

---

<sup>13</sup> [www.brukererfaring.no](http://www.brukererfaring.no)

positive til det. Deltakerne ble også informert at de ville få et gavekort på kr 300,- som takk for at de delte av sin erfaringskunnskap.

Intervjuenes varighet var på mellom 1 til 2 timer. Det første intervjuet var preget av at vi var uerfarne, det betyr at intervjuguiden var mer styrende i dette intervjuet enn i de neste som ble utført. Etter hvert ble intervjuene mer og mer styrt av deltakernes historier og av vår søken etter utdypende kunnskap der det var relevant for studien. Intervjuene ble det jeg vil kalle mer og mer «inter views», en utveksling i form av en samtale (Kvale, 2001). Etter intervjuet uttrykte flere deltakere takknemlighet over å få lov til å bidra med sine erfaringer. De uttrykte også håp om at deltakelsen ville føre til bedre tilrettelegging av tjenester for personer med rusmiddelproblemer.

Etter intervjuene delte medforskeren og jeg våre tanker og opplevelser rundt intervjuene. Vi tok opp samtalene på bånd og delte senere inntrykk og refleksjoner i hele prosjektgruppen. På den måten kunne vi bruke våre umiddelbare inntrykk etter intervjuene som «hukommelse» når vi skulle analysere intervjuene. Vi brukte også refleksjonene til å diskutere hvordan vi kunne utvikle oss som intervjuere. Denne delingen erfarte jeg som særdeles viktig for å «lukke» situasjonen, særlig etter intervju som hadde vært sterkt følelsesladde. Jeg kommer tilbake til dette under avsnittet om etikk.

## **2.8 Transkribering**

Som Kvale (2001) sier er ikke transkripsjonen bare en teknisk prosess, men en tolkningsprosess i seg selv. Vi hadde tatt opp intervjusamtalene på bånd og vi hadde vært to intervjuere til stede under intervjuene. Hvordan skulle vi arbeide videre? Det var ønskelig å transkribere intervjuene i samarbeid slik at muligheten for skjevtolkning ble redusert, men etter at jeg og en medforsker hadde transkribert to intervju sammen så vi at dette var for tidkrevende til at vi skulle klare å overholde tidsfristene våre, jeg for masteroppgaven og prosjektet sine tidsfrister. Vi fordelte derfor transkripsjonene mellom oss som gruppe, i tillegg til at en person utenfra ble lønnet for å transkribere 5 intervju.

Båndopptakene var av varierende kvalitet. Der vi var usikre diskuterte vi alltid innholdet og merket teksten som ugyldig dersom vi ikke kunne høre hva som ble sagt eller ikke husket dette. I det store og hele ble de samlede transkriberte tekstene rikholdige og av god kvalitet.

## **2.9 Analyse**

Analysen har en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Dette innebærer at jeg har en fenomenologisk tilnærming til deltakernes erfaringer, jeg har søkt etter meningen i erfaringene for å studere hvordan brukervedvirkning har inngått i møtene og / eller hvilke meninger erfaringene inneholder (Linseth & Norberg, 2004). Analysen er utført av transkriberte tekster, det vil si erfaringene slik de fremkommer i tekstform. Med en fenomenologisk hermeneutisk tolkning har jeg unngått å komme med påstander om at det finnes en sannhet. Kunnskapen som utledes er et resultat av mitt møte med teksten og tekstens møte med meg i en bestemt kontekst (Sagvaag, 2007). En viktig konsekvens av prosessen er at jeg ikke har søkt å komme fram til rene fakta. Målet er å komme fram til en forståelse av teksten som i neste omgang kan generere ny kunnskap (Alveson & Shøldberg, 1994).

Analysen ble gjennomført i to hovedfaser. Første del av analysen er gjennomført i forskningssamarbeidet ved at medforskerne og jeg etablerte hver våre tentative analyser ut fra følgende spørsmål til den transkriberte teksten: Hva er de sentrale temaene i teksten og er det en rød tråd i deltakerens historie? Deretter fulgte refleksjon over de ulike måtene vi hadde tolket tekstene på og hvilken betydning vår forforståelse kunne ha hatt for tolkningen. Ved å være flere tolkere på de samme tekstene kunne vi kontrollere analysen på et tidlig stadium (se Kvale, 2001, s 136). Gjennom dialog rundt vår tolkning ble vi oppmerksomme på at vi hadde noe ulik tilnærming til tema; medforskerne la vekt på rusmiddelproblematikk mens jeg var mer opptatt av brukervedvirkning som fenomen. Kvale (Ibid.) sier at analysen berikes ved at flere perspektiver inkluderes og jeg fikk gjennom

kontroll av analysen et bredere perspektiv inn i grunnlaget for den videre tolkingen av data.

Selv om vi hadde ulik tilnærminger var det enighet om hva som var sentrale tema i intervjuetekstene.

Tabell 2 gir et utdrag av felles analysen.

<b>Felles forståelse</b>	<b>Medforsker</b>	<b>Meg</b>
Sosialtenesta vil helst ikkje ha han, han er uønska, tar han ikkje på alvor, han er ein byrde.	Flyktning i eige land, ingen kjenner han når han kjem tilbake til kommunen.	Tatt dårleg imot, ikkje fått tak i kva dei legg i begrepa: Elendig, aldri velkommen, uønska
Dei einaste trygge finn han i LAR , - LAR pakken og alt rundt	Han møter eit system, du er flytta, systemet bestemmer.	Føler seg uønska
	Var trygg i behandling	Byrjar å kranvla, for å bli sett
Han vil bli møtt som eit subjekt, kan gjerne møte motstand, er ikkje konfliktsky.	Uten LAR finnes ingen ting, LAR er trygt, Innheld element han set pris på.	Kom tilbake til kommunen etter å ha vore borte, ville ikkje bli tatt imot
		Vil bli tatt imot
Framtid: Håp om fred, oppnå ting, hus og heim, i alle fall ikke denne falske freden! At jeg har en betydning.	Behandling = trygg Etter behandling = uønsket/utrygg, ingen tok imot han.	Har hatt god kontakt med ei, dei diskuterte = snakka saman.

Tabell 2. Analyse av intervjuetekstene.

Felles hovedtema for intervjuene slik medforskerne og jeg tolket det:

*Personer med rusmiddelproblemer blir møtt som gruppe i fortid.*

Etter denne innledende analysen arbeidet jeg videre med tekstene ut fra studiens forskningsspørsmål: Hvordan har deltakerne erfart å bli møtt av utøverne? Og hvordan har de erfart å bli involvert og gitt innflytelse i møter med utøvere i sosialtjenesten? Analysen er inspirert av meningsfortetting slik Kvale (2001) beskriver det og av Lindseth & Norberg (2004) sin beskrivelse av fenomenologisk hermeneutisk metode for utforskning av levde erfaringer.

Her følger noen eksempler på hvordan jeg har gått fram i analysen.

<b>Utsagn</b>	<b>Kondensering</b>	<b>Subtema</b>	<b>Tema</b>
Ønsker å bli tatt på alvor, at de jeg møter	Behov for å bli hørt,	Være ønsket	Behov for å bli

ikke snakker meg etter munnen men sier hva de mener for jeg merker når de bare jatter med meg, at de tar imot meg på en hyggelig måte, for eksempel smiler	bli møtt med smil. Føle seg ønsket		møtt som subjekt
--	---------------------------------------	--	------------------

Tabell 3. Tidlig stadiet i analysen.

Tabell 4 viser forsøk på å finne tema og innhold ut fra sitater.

Tema	Innhold	Utsagn
Pater- nalisme	Blir overstyrt	Realiteten er at du har ingen ting å si, du blir overstyrt, overprøvd og det du sier er ikke reelt, det står ikke i deres bøker, det er ikke slik vi skal gjøre det og du betyr ingen ting som bruker
	Blir ikke hørt	Du føler at du snakker med en vegg, sånn blir det ofte på sosialen. Å snakke med sosialen er som å snakke med en vegg. Når jeg spør om noe får jeg ikke svar. Jeg føler meg behandlet som en lort.
	Mangel på informasjon	Er det noe du har krav på, må du finne ut av det selv. De brukte mye tid og ressurser på å få meg inn til behandling, men det var ingen som fortalte hva som skulle skje etterpå.

Tabell 4. Tema, innhold og utsagn

Etter en møysommelig prosess med gjentatte gjennomlesinger og ulike kategoriseringer kom jeg fram til at det var en hovedkategori som de andre aktuelle kategoriene kunne utledes fra. Hovedkategorien er objektivisering. Som sentrale meningsinnhold har jeg identifisert stigmatisering, paternalisme og brudd i behandlingsprosessen.

### **2.10 Presentasjon av resultatene**

Objektivisering fremstår for meg som hovedtema i deltakernes erfaringer med møter med sosialtjenesten. Objektivisering oppstår i møter der mennesker blir møtt med distanse og likegyldighet, og der meninger og tanker ikke blir tatt på alvor. Det motsatte vil være å møte en person med respekt gjennom å ta opp meninger til diskusjon og ettertanke (Skjervheim, 1996 i Fossetøl og Nyhus, 2007). Objektivisering handler om å ikke bli respektert som et likeverdig menneske og å ikke bli møtt som en unik person (Lingås, 2008). Objektivisering innebærer at en relasjon som i utgangpunktet er treleddet; Subjekt- Subjekt og et saksforhold (objekt) blir toleddet; Subjekt- Objekt (Sørbø, 2007).

Som meningsinnhold under hovedtemaet objektivisering har jeg tolket stigmatisering, paternalisme og behandlingsavbrudd.

### **2.10.1 Stigmatisering**

Et tema som kom opp flere ganger under intervjuene var deltakernes erfaringer av å ikke bli møtt som personer, som mennesker med verdi.

Deltakerne fortalte at de i stedet for å bli møtt som individuelle personer ble møtt som tilhørende gruppen «rusmisbrukere», stemplet som farlige, kriminelle og som søppel: *«Det er akkurat som om de dømmer deg på forhånd. De drar alle under en kam, liksom at vi er farlige, eh ja rett og slett søppel, for å si det sånn. Følte meg så vannvittig liten da jeg kom inn på det sosialkontoret».*

Dette tolker jeg som stigmatisering. Goffmann (1968) sier at når mennesker kategoriseres og tillegges negative egenskaper som brukes som merkelapper på dem, omtales dette som stigmatisering. Når et menneske stigmatiseres omgjøres mennesket fra Subjekt til Objekt. Deltakerne fortalte at de mistet følelsen av verdi når de ble møtt på denne måten. En deltaker sier: *«De tenker ikke på personen. Du betyr ingenting, var veldig opptatt av det; ser de meg ikke? Er det virkelig sant dette at jeg nesten ikke eksisterer? Da føler jeg at de ikke bryr seg, at jeg ikke betyr noen ting. Jeg føler jeg formelig glir vekk».*

Flere deltakere knyttet det å bli kategorisert som «rusmisbruker» til å bli holdt fast. At å bli stemplet som «rusmisbrukere» innebærer at de som personer ikke kan utvikle og endre seg. De blir sittende fast i stigmaet; de blir den kriminelle, den farlige, søppelet. En deltaker sier: *«Å være rusmisbruker er en bås. Sånn er du, og sånn er du alltid».*

Stigmatiseringen kan slik jeg tolker det forstås som en konsekvens av at utøvere bare ser problemene, ikke personen; det vil si at Subjektet, brukeren, og Objektet, rusmiddelproblemene, blir til Objekt, Rusmiddelproblem (se Sørbo

2007).

### **2.10.2 Paternalisme**

*«De må lære seg å behandle folk litt mer individuelt, altså ikke som en gruppe. Alle er forskjellige selv om de ruser seg, liksom. Der synes jeg ikke de er flinke».*

Å behandle brukere individuelt er kjernen i brukermedvirkning på individnivå. Å behandle brukere individuelt innebærer at brukere blir hørt, at deres kunnskap og erfaringer etterspørres, at de får nødvendig informasjon og at deres meninger tillegges vekt når beslutninger tas (Antonsen, 2008, Sverdrup, 2007, Fisher et al. 2007, Løken, 2003). Deltakerne har, med få unntak, ikke opplevd å få denne behandlingen.

To deltakere hadde erfart å bli spurt om hva de mente noen få ganger og en deltaker sa at han hadde erfart dette *en* gang. Generelt handlet deltakernes erfaringer om å ikke bli hørt og om å føle seg oversett og tilsidesatt av utøverne. Følgende sitater finner jeg illustrerende for deltakernes generelle erfaringer: *«Å snakke med sosialen er som å snakke med en vegg. Når jeg spør om noe får jeg ikke svar. Jeg føler meg behandlet som en lort».*

Erfaringene deltakerne forteller om passer slik jeg tolker det inn i en paternalistisk modell. Paternalisme kjennetegnes først og fremst ved at den som har størst makt i et forhold overstyrer den andre (Askheim & Starrin, 2007). Paternalisme bygger i følge Starrin (Ibid.) på en tankegang som deler mennesker inn i hierarkiske system, i over- og underordnet, med eksperter på toppen. I dette systemets tankegang vil det alltid være ekspertens synspunkter som veier tyngst når problemer skal løses. Den underordnedes tanker og meninger anses som betydningsløse. Den underordnede blir betraktet som en som har stort behov for hjelp og styring ovenfra. Den underordnede blir i en slik relasjon et Objekt<sup>14</sup>, en sak som skal løses eller behandles. Eksperten

---

<sup>14</sup> Paternalisme kan også forstås som å innebære «jeg-du» relasjoner i bestemte situasjoner, se foreksempel Martinsen (2005) og Holte (2003)

har ansvaret for å ta beslutninger. En deltaker sier:

*Realiteten er at du har ingen ting å si, du blir overstyrt, overprøvd og det du sier er ikke reelt, det står ikke i deres bøker, det er ikke slik vi skal gjøre det og du betyr ingen ting som bruker.*

Deltakerne forteller også at de ikke har fått informasjon om sine rettigheter og muligheter for hjelp: «*Har ikke fått informasjon om noe jeg hadde krav på eller noen sånne ting. Så jeg visste bare at jeg kunne levere inn en søknad, det var det eneste jeg visste*».

At deltakerne ikke får informasjon gjør det vanskelig for dem å vite hva de har rett på, hva de kan forvente av hjelp og hvilke mulighet de har for hjelp. Som en deltaker sier: «*Har prøvd å lese litt på internettet. Det er ikke så lett å finne fram der*». Mangel på informasjon om hva brukere kan medvirke i forhold til begrenser muligheten til medvirkning (Fisher et al., 2007).

### **2.10.3 Brudd i behandlingsprosessen**

Behandlingsprosessen har for majoriteten av deltakerne inkludert behandlingsopphold i institusjon. I følge Sosialtjenesteloven § 6-1 skal sosialtjenesten følge opp brukere når de er i behandlingsinstitusjon og legge til rette nødvendige hjelpetiltak etter oppholdet. Utformingen av hjelpetiltakene skal skje i samarbeid med brukeren. Ingen av deltakerne har hatt avtalt oppfølging eller tilrettelagte hjelpetiltak ved utskrivning fra institusjon. Noen av deltakerne har imidlertid erfart at utøvere i sosialtjenesten har ringt dem noen ganger mens de var i behandling for høre hvordan de hadde det.

*Da jeg var i behandling var det ingen som fortalte meg hva som skulle skje etterpå. Jeg kom tilbake til ingen ting. De skulle jo tilpasse et opplegg for meg da, der jeg kunne begynne å bygge meg opp, ha noe å gjøre på dagtid, ikke gå og drive. Men etter at jeg har kommet ut har det ikke vært noen møter (Intervjuet ca 1 år etter endt behandling)*



Sitatet over er uttrykk for noe alle deltakerne sier de har erfart. Utskrivning fra institusjon ser ut til å ha representert *et brudd* i behandlingsprosessen uten at deltakerne er informert eller involvert i dette. Bruddet kan tolkes som at utøverne har avsluttet kontakten uten å avklare behov for videre oppfølging.

Deltakerne uttrykte at de trengte hjelp og støtte også etter behandling i institusjon. Flere var uten støttende nettverk da de kom tilbake til kommunen og mangel på støtte og hjelp fra utøverne i sosialtjenesten fikk stor betydning for dem. En deltaker sier: «*Hvis de bare kunne ringt en dag i uken, spurt hvordan det gikk med meg så ville jeg forstått at noen brydde seg om meg, noen støttet meg og fulgte meg videre*».

Det er uklart når og hvordan kontakten med sosialtjenesten har blitt gjenopprettet, men alle deltakerne som hadde vært i behandlingsinstitusjon har hatt behov for hjelpetiltak etterpå. På det tidspunktet intervjuene ble forfattet mottok en deltaker legemiddelassistert behandling, de andre deltakerne ventet enten på avklaring i forhold til behandlingstilbud eller sa at de hadde gitt opp å bli rusfrie.

### **3 Diskusjon**

Studiens resultater er diskutert i artikkelen (Aasmundsen, 2009). Jeg vil her i sammenfatningen diskutere noen betraktninger jeg har rundt studien. Først vil jeg bemerke at fraværet av brukermedvirkning i deltakernes erfaringer har overrasket meg. Jeg hadde forventet å finne lav grad av brukermedvirkning, det vil si at deltakerne ville fortelle at de ikke fikk være med å bestemme, men ikke at erfaringene skulle være så preget av fravær av brukermedvirkning. Jeg fant det vanskelig å fremstille resultatene og holdt lenge på å endre på navn på kategorier og meningsinnhold som jeg tenkte virket litt «mildere» enn de jeg har valgt å presentere. Jeg var opptatt av at de som skulle motta resultatene og som hadde makt til å endre på forhold som kunne gjøre det bedre for studiens deltakere kanskje ikke ville ta imot kunnskapen hvis den var

så udelt negativ. Det vil si at jeg hadde utøvere og ledere i sosialtjenesten i fokus. Jeg slet mellom å være tro mot deltakernes erfaringer, slik jeg tolket dem, og mot ønsket om at kunnskapen skal bli integrert i praksis. Var jeg på vei til å manipulere data? Jeg er ikke sikker og reflekterer ennå over dette dilemmaet. Data kan tolkes på mange måter og tokningsmangfoldet gir rom for å velge retning, men hvor i prosessen blir retningen styrende og data tilpasset retning? Hvordan kan jeg formidle kunnskapen troverdig og samtidig på en slik måte at den tas imot av utøverne i sosialtjenesten? Jeg bestemte meg for å holde fokus på deltakernes historier, slik jeg hadde opplevd at de kom fram under intervjuene og slik de fremstod i de transkriberte tekstene. Brukermedvirkning er ukjent for denne studiens deltakere. Utøverne i sosialtjenesten må forholde seg til denne kunnskapen.

Det er andre resultater av studien som ikke fremkommer i artikkelen. Disse resultatene, sammen med medforskernes tolkning av datagrunnlaget jeg har i denne studien, er brakt inn i fokusgrupper av medforskerne. Fokusgruppene har blant annet bestått av utøvere i sosialtjenesten. For tiden arbeide prosjektleder i prosjektet «Sammen om- brukerkunnskap» med en rapport om forskningsprosjektet der samlede resultater fra prosjektet vil bli presentert (se [www.husk-stavanger.no](http://www.husk-stavanger.no)). Denne studiens presentasjon er et godt supplement til prosjektrapporten. Studien her har hatt fokus på et avgrenset område og jeg har gått dypere inn i data for å kunne fremstille studiens forskningskonklusjoner.

Studiens troverdighet mener jeg er styrket gjennom forskningssamarbeidet, det samme gjelder etiske vurderinger som er tatt (se Aasmundsen, 2009). Forskningssamarbeid er en kilde til økt oppmerksomhet, til personlig og kunnskapsmessig utvikling og inspirasjon. Som masterstudent har det vært lærerikt, og også tidkrevende. Metoden har til tider tatt mye av mitt fokus og jeg var i perioder ganske forvirret på hva tema i oppgaven egentlig skulle være. Jeg var med å utvikle en metode, metoden var studiens metode, og jeg skulle studere en liten del av det tema prosjektet hadde fokus på.

Brukermedvirkning var sentralt både som metode, i metoden og for studien. Som Hummelvoll (2003) sier; forskningssamarbeid er preget av prosess som forandrer seg mens den pågår. Å være en del av denne prosessen og samtidig måtte forholde meg til krav til masterens tidsfrister og krav til vitenskapelig arbeid, har vært utfordrende. Jeg har arbeidet med å holde fokus i denne prosessen, jeg har måttet stoppe opp og trekke meg ut fra forskningssamarbeidet, mens medforskerne har gått videre i prosessen. Jeg har lært mye om meg selv og om forskningsmetoden. Om å dele av min kunnskap og ta imot andres kunnskap. Forskningssamarbeidet har, sammen med metodisk arbeid med studiens datagrunnlag, gjort meg mer ydmyk. Forskningssamarbeidet har slik jeg ser det vært en realisering av brukermedvirkning.

#### **4 Litteratur sammenfatningen**

Alvesson, Mats & Kai Skøldberg (1994). *Tolkning och refleksjon.*

*Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod.* Lund: Studentlitteratur.

Andreassen, Tone Alm (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten.* Oslo:

Gyldendal Norsk Forlag AS.

Andreassen, Tone Alm (2006). Brukermedvirkning utfordrer fagfolkenes rolle.

*Velferd*, nr. 2, 2006, side 28-31.

Antonsen, Eva Bjørg (2008). Et stykke på vei, men likevel langt igjen?

*Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, nr. 4, 2008, side 345-354.

Askheim, Ole Petter & Bengt Starrin (red) (2007). *Empowerment i teori og praksis.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Askheim, Ole Petter (2009). Brukermedvirkning – kun for verdige trengende?

Om brukermedvirkning på rusfeltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, nr. 1, 2009, side 52-59.

Brottveit, Gudrun (2008). Sosialt arbeid – et fag i spenningsfeltet. *Fontene forskning*, nr. 1, 2008, side 72-78.

Fisher, Jan, Nick Jenkins, Michael Bloor, Joanne Neale & Lee Berney (2007).

*Drug user involvement in treatment decisions.* York, UK: Joseph Rowntree Foundation.

Fisher, Jan & Joanne Neale (2008). Involving drug users in treatment decisions: An exploration of potential problems. *Drugs: Education, prevention and Policy*, nr. 2, 2008, side 161-175.

FO (2002). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere.* Oslo: Fellesorganisasjonen.

Fossestøl, Bjørg & Anne K. Nyhus (2007). Er sosialt arbeid et fag? I

Grønningsæter, Arne (red) *Rett eller galt – eller noe midt imellom?* Oslo: Fellesorganisasjonen side 67-73

Goffman, Erving (1968). *Stigma.* Harmondsworth: Penguin Books Ltd.

Grønningsæter, Arne (red) (2007). *Rett eller galt – eller noe midt imellom?*

Oslo: Fellesorganisasjonen.

Hansen, Gunnar Vold (2007). *Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle*

- planer i kommunalt psykisk helsearbeid. Doktoravhandling Karlstad University Studies. Karlstad: Karlstads universitet.*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007a). *Opptappingsplan for rusfeltet. St.prp. nr. 1 (2007-2008) kapittel 8. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007b). *Nasjonal plan for habilitering og rehabilitering 2008-2011. St.prp. nr. 1 (2007-2008) kapittel 9. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.*
- Holte, Jan Stensland (2003). *Skjerming – utvikling av en begrunnet praksis. I Hummelvoll, Jan Kåre (red), Kunnskapsdannelse i praksis: Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien. Oslo: Universitetsforlaget side 117-144.*
- Humerfelt, Kristin (2005a). *Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv – honnørord med lavt presisjonsnivå. I Willumsen, Elisabeth (red) Brukerens medvirkning! Oslo: Universitetsforlaget side 15-33.*
- Hummelvoll, Jan Kåre (red) (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis: Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien. Oslo: Universitetsforlaget.*
- Karlsson, Bengt (2003). *Erfaringsbasert pasientkunnskap: et nytt grunnlag for forståelse av klinisk arbeid i psykisk sykepleie. I Hummelvoll, Jan Kåre (red), Kunnskapsdannelse i praksis: Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien. Oslo: Universitetsforlaget side 147-171.*
- Klingsheim, Ranveig (2003). *Narkomanes dårlige helse – en sykepleiefaglig utfordring. Sykepleien nr. 2, 2003, side 33-37.*
- Kvale, Steinar (2001). *Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.*
- Lindseth, Anders & Astrid Nordberg (2004). *A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. Scandinavian Journal of Caring Science, nr 2, 2004, side 145-153.*

- Lingås, Lars Gunnar (2008). Etikdens plass i en ny kriminalpolitikk. *Fontene forskning*, nr. 1, 2008, side 65-71.
- Løken, Kårhild Husom (2003). *Sterk som en bjønn og lita som ei teskje. Om brukeres opplevelser og erfaringer med informasjon, kommunikasjon og medvirkning. (Rapport)*. Hamar og Stange kommune.
- Martinsen, Kari (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Olsen, Henning (2003). FORUM: Veje til kvalitativ kvalitet? Om kvalitetssikring af kvalitativ interviewforskning. *Nordisk Pedagogik*, nr. 1, 2003, side 2-20.
- Sagvaag, Hildegunn (2007). *Alkoholbruk i tilknytning til arbeid - ein kvalitativ studie i eit folkehelsevitskapeleg perspektiv*, upublisert monografi, NHV-rapport 3.
- Schulte, Sabrina, Jan Moring, Petra Sylvia Meyer, & Christine Barrowclough (2007). User involvement and desired service developments in drug treatment: Service user and provider views. *Drugs: education, prevention and Policy*, nr. 3, 2007, side 277-287.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmisbrukere*. Rapport IS-0050. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2008*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosialdepartementet (2003). *Forskning på rusmiddelfeltet*. NOU 2003:4. Oslo: Sosialdepartementet.
- Sosialtjenesteloven (1991). *Lov om sosiale tjenester m.v. av 13. des. 1991 nr 81*.
- Sverdrup, Sissel (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: Sammenstilling av fem prosjekter*. Rapport 2007/2. Oslo: Diakonhjemmet Høgskole.
- Sverdrup, Sissel, Trine Myrvold & Lars Kristofersen (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter*. (NIBR-rapport 2007:2). Oslo: Norsk institutt for by- og regionalforskning.
- Sørbø, Jan Inge (2007). *Pasient og behandler i filosofisk perspektiv*.

Helsedialog Helse sør-øst. Hentet fra:

[http://www.helsedialog.no/laring\\_og\\_mestring\\_lms/brukermedvirkning/brukermedvirkning\\_skjult/Pasient+og+behandler+i+filosofisk+perspektiv.d25-Tgdf3F6pwlBQ5j.ips](http://www.helsedialog.no/laring_og_mestring_lms/brukermedvirkning/brukermedvirkning_skjult/Pasient+og+behandler+i+filosofisk+perspektiv.d25-Tgdf3F6pwlBQ5j.ips)

Tengqvist, Anna (2007). Å begrense eller skape muligheter – om sentrale holdninger i empowermentarbeidet. I Askheim, Ole Petter & Bengt Starrin (red) *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS side 72-84.

Tew, Jerry (2008). Researching in Partnership. *Qualitative Social Work*, nr. 3, 2003, side 271- 287.

UiS (2009) [http://www.uis.no/studietilbud/helse-og\\_sosialfag/master/helse\\_og\\_sosialfag\\_-\\_master?StudprgID=M-HELSOS%3A2009%3ABOKM%C3%85L](http://www.uis.no/studietilbud/helse-og_sosialfag/master/helse_og_sosialfag_-_master?StudprgID=M-HELSOS%3A2009%3ABOKM%C3%85L)

Waksvik, Guro (2009). Brukerstemmens blick nødvendig i forskning.

<http://www.mentalhelse.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=12310>

Aasmundsen, Hilde (2009). «Som å snakke til en vegg» *Personer med rusmiddelproblemer og deres erfaringer med brukermedvirkning i møter med sosialtjenesten*. Del av masteroppgave, Universitet i Stavanger.

## **Vedlegg 1: Kort prosjektbeskrivelse: Sammen om – brukerkunnskap**

- et samarbeid mellom Sandnes kommune, Mental Helse Sandnes, Sandnes DPS og Universitetet i Stavanger v/HUSK

### **Presentasjon av det etablerte prosjektet:**

#### **Sammen om – brukerkunnskap – et utviklings- og forskningsprosjekt**

Mental Helse Sandnes, Sandnes DPS, Sandnes kommune og Universitetet i Stavanger har et samarbeidsprosjekt for å utvikle brukerkunnskap.

- Utvikle brukerkunnskap
- Finne måter for å anvende brukererfaringer til å bedre kvalitet på tjenester
- Spesielt for brukere: Økt tillit til at egne erfaringer er viktige. Opplevelser av at "mine erfaringer kan jeg på en god måte formidle til andre" og de er nyttige for andre.
- Spesielt for fagpersoner: Holdninger, kunnskap og praksis kan justeres eller endres på grunnlag av disse brukertilbakemeldingene.
- Få kunnskap om virksomme strategier for brukermedvirkning.
- Utvikle erfaringer og kunnskap om brukere som "medforskere". Her er det tenkt at medforskerrollen er datainnsamling og refleksjon ved analysen av dataene og evt. bidrag til å utvikle nye former for medforskning. (Hervik, 1994; Kvale, 1997; Kvale & Enerstvedt, 1995).

### **Metodisk tilnærming**

Med bakgrunn i målet med prosjektet og forskningsspørsmålene vil metoden som vil bli benyttet ta utgangspunkt i boken: *Handlingsorientert forskningssamarbeid* (Hummelvoll, 2003). Denne forskningsmetoden forutsetter et samarbeid mellom ulike parter; brukerne, representanter fra henholdsvis Sandnes kommune, Sandnes Mental helse, Sandnes DPS og Universitetet i Stavanger v/HUSK.

Grunntanken bak denne forskningsmetoden er :

1. deltakende og helhetlig kunnskap,
2. kritisk subjektivitet og
3. kunnskap i handling (Hummelvoll, 2003). En slik tilnærming bygger på at
  - mennesket er selvbestemmende og
  - at kunnskap både er erfaringskunnskap, praktisk kunnskap og påstandskunnskap (*op.cit.*).

En vitenskapsfilosofisk forutsetning vil være sosial konstruksjonisme (Berger & Luckmann, 1971; Hacking, 1999; Searle, 1995) som viser det mulig å studere brukeres erfaringer og opplevde behov som et sosialt fenomen og som et studieobjekt. Dette har et flerdimensjonalt menneskesyn som forutsetning. Det



innebærer å se mennesket både som fysisk, sosialt og åndelig vesen (Barbosa da Silva & Andersson, 1996). Studien har derfor et *subjektivt virkelighetssyn*. Målet med studiet er likevel å få frem gyldig kunnskap om sosiale fenomen, *epistemologisk objektiv*, noe som innebærer at kunnskapen skal kunne kommuniseres intersubjektivt og kunna testes, (Searle, 1995).

### **Status i prosjektet 21.02.2008**

Prosjektet har et styre bestående av representanter fra Mental helse avd. Sandnes, Psykisk helse Sandnes kommune, sosialtjenesten Sandnes kommune, Sandnes DPS, UiS og prosjektleder.

Prosjektet har også en arbeidsgruppe med representanter fra Psykisk helse Sandnes kommune, sosialtjenesten Sandnes kommune og Sandnes DPS.

Daglig leder har vært ansatt siden 01.03.07 og 4 prosjektmedarbeidere har vært tilsatt i over ½ år. Alle har brukererfaring og daglig leder har dessuten bachelor innen helse- og sosialfag.

Det er avholdt et åpent åpningsseminar der det møtte ca. 100 personer; brukere, pårørende, fagfolk og politikere. Representanter fra de offentlige tjenestene som møtte her viste stor vilje til å følge prosjektet; bistå med fremskaffelse av informanter og ta imot erfaringer fra brukere av tjenestene for å kunne korrigere tilbudet.

Alle har gjennomgått opplæring om etikk, intervju og kvalitativ forskning generelt. De har utarbeidet intervjuguiden og pt. gjennomført 12 intervju med brukere av tjenester.

I tillegg til intervju med brukere, skal tjenesteytere intervjues.

Prosjektet planlegges avsluttet innen utgangen av 2008.

Hildegunn Sagvaag  
Førsteamanuensis UiS

21.02.2008

## Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse i prosjektet / samtykkeerklæring



### Forespørsel om deltakelse i prosjektet ”Sammen om – brukerkunnskap”.

**Hensikten med prosjektet** er å kunne kartlegge og evaluere tjenestetilbudet innenfor rusproblematikk og sosialtjenesten i Sandnes kommune ut i fra et brukerperspektiv. Det vi blant annet ønsker å finne svar på via vårt prosjekt er hvordan vi kan benytte brukererfaringer og dialog mellom tjenestemottakere og tjenesteytere til forbedring av tjenestene. Vi vil intervjuer både brukere og ansatte i grupper og gi tilbud om enkeltintervjuer til de som ikke ønsker å bli intervjuet i gruppe. Det vil bli benyttet lyd- og eventuelt videoopptak under intervjuene.

Deltakelse i prosjektet er frivillig, og det vil ikke få konsekvenser for deg om du ikke ønsker å delta. Du kan når som helst be om å få slettet de opplysninger som er registrert om deg. Alle opplysninger som registreres vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun prosjektmedarbeiderne Hildegunn Sagvaag, Hilde Finnestad, Per Inge Børresen, Solveig Mageland, og Hilde Aasmundsen som har tilgang til opplysningene, og vi har taushetsplikt. Når resultatene fra prosjektet presenteres i en rapport skal det ikke skal være mulig å kjenne igjen enkeltpersoner. Video/ lydopptak og utskrifter fra intervjuene vil bli slettet innen prosjektet avsluttes 30.12.2008.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Vi håper med dette prosjektet at de brukertilbakemeldingene som kommer frem skal være med å utvikle kunnskap og finne måter for å få bedre kvalitet på tjenesten som gis.

.....  
Prosjektleder  
Hildegunn Sagvaag

.....  
Prosjektmedarbeider

.....  
Intervjuer:

.....  
Intervjuer:

Kontaktinformasjon: Hildegunn Sagvaag  
Universitetet i Stavanger  
4036 Stavanger  
51 83 42 36 eller 997 93 634  
hildegunn.sagvaag@uis.no

**Samtykkeerklæring.**

Jeg har fått både skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet ”Sammen om – brukerkunnskap”, og ønsker å delta i prosjektet.

.....

Sted	Dato	underskrift
------	------	-------------

### Vedlegg 3: Temaguide

1. Hva er dine erfaringer med kommunale tjenester i Sandnes kommune?
  - i forhold til sosialtjenesten
  - i forhold til rustjenester
  
2. Hvilke tjenester har du hatt / har du nå?
  - hvis du ikke har tjenester nå; når mottok du sist tjenester fra sosialtjenesten eller rustjenester?
  
3. Har du hatt mange saksbehandlere å forholde deg til?
  - Hvordan har det vært for deg?
  - Hva tenker du grunnen til at du har hatt mange saksbehandlere kan være?
  
4. Var det noen i tjenesten du fikk spesielt god kontakt med?
  - Hva tror du det var som gjorde at denne kontakten ble spesiell?
  - Hadde det betydning om dette var en kvinne eller en mann?
  - Dersom du har erfart samarbeidet ikke har fungert; Hvordan tror du at du hadde blitt møtt dersom du hadde bedt om ny saksbehandler?
  
5. Hvordan har du opplevd / opplever du tjenestenes tilgjengelighet (husk ved svar å få frem hvilken tjeneste deltaker svarer på)
  - Åpningstider
  - Saksbehandler ikke til stede
  - å få time når du trenger det
  - å komme gjennom på tlf
  - å få informasjon om tlf og åpningstider
  - å møte på grunn av beliggenhet
  - å møte på grunn livssituasjon

(Tema; brukermedvirkning: still åpne spørsmål)

6. Hvordan opplever du brukermedvirkning; dvs har du opplevd/ opplever du at du får
- være med å bestemme hvilke tjenester du skal få
  - får informasjon om rettigheter du har og tjenester du har krav på
  - at du og saksbehandler diskuterer og deler tanker og opplevelser rundt din situasjon
  - at dine meninger blir tatt på alvor og får konsekvenser for den hjelpen du får
  - at det du sier betyr noe for hvordan Sandnes kommune legger til rette i forhold til sosialtjenesten og rustjenester?

7. Hvordan har møtene med sosialtjenesten og / eller rustjenester påvirker ditt selvbilde?
- dvs måtene du ser på deg selv; som person

(Her kan det være bra å få eksempler; fra situasjon/ person/ når det skjedde/ når skjedde det siste gang...)

8. Hva legger du i begrepet individuell plan?
- Har du individuell plan eller har du fått tilbud om individuell plan?
  - Hvis du har fått tilbud, og takket nei, hva var det som gjorde at du ikke ville ha?
  - Hvordan har individuell plan fungert for deg; i forhold til fokus på det du vil ha hjelp til, dekket dine behov for hjelp? – har det vært til hjelp eller har det ikke fungert?
  - Har ikke hørt om individuell planlan
9. Hva legger du i begrepet ansvarsgruppe?
- Har du ansvarsgruppe?
  - Hvordan har ansvarsgruppe fungert for deg; i forhold til fokus på det

du vil ha hjelp til, dekket dine behov for hjelp? – har det vært til hjelp eller har det ikke fungert?

- Hvordan tenker du at din ansvarsgruppe kan bli bra for deg?
- Har ikke hørt om ansvarsgruppe

10. Har du vært i behandling for rusproblemer?

11. Hvilken type behandling var det?

- Hvordan har du opplevd oppfølgingen?
  - før behandling
  - under behandling
  - etter behandling
  - Hva har den oppfølgingen du har fått betydd for deg ?

12. Hva tenker du kunne vært gjort annerledes fra hjelpeapparatet i denne perioden av livet ditt?

13. Er det personer eller andre ting som har hatt stor betydning for deg i denne perioden?

14. Hvordan tenker du at du kan hjelpe de som arbeider i kommunen til å bli bedre i jobben sin slik at du opplever å få god hjelp?

(Mirakelspørsmålet)

Tenk deg at du våkner opp i morgen og livet ditt er slik du drømmer om at det skal bli; kan du beskrive hvordan du vet at livet ditt er helt topp da? Hva er til stede i livet ditt? Hvordan vet du at livet er bra? Er noe borte? Er noe nytt komt til?

## Vedlegg 4: Anbefaling fra personvernombudet

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Hildegunn Sagvaag  
Institutt for sosialfag  
Universitetet i Stavanger  
4036 STAVANGER

Vår dato: 26.09.2007

Vår ref: 17219 / 2 / AMS

Deres dato

Deres ref.

### TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.07.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

17219	<i>Sammen om – brukerkunnskap</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Hildegunn Sagvaag</i>

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

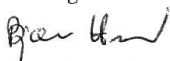
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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/melding/pvo\\_endringsskjema.cfm](http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/pvo_endringsskjema.cfm). 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://www.nsd.uib.no/personvern/register/>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.12.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10  
Vedlegg: Prosjektvurdering

Avdelingskontorer / District Offices.

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. Iyrrs svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uio.no

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

17219

Personvernombudet finner at behandlingen kan finne sted med hjemmel i personopplysningsloven §§ 8 første ledd (samtykke) og 9 a.

Deltakerne skal få skriftlig og muntlig informasjon. Informasjonsskrivet vurderes som tilfredstillende etter revisjon jf. e-post 24.09.2007.

Når resultatene presenteres skal det ikke være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner.

Datamaterialet skal anonymiseres ved prosjektslutt 30.12.2008. Anonymisering innebærer at direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller skrives om. Lyd- og videoopptak slettes.



## **Vedlegg 5: Følgebrev til redaktøren (ikke sendt)**

Til refaktøren i Fonten forskning

Vedlagt ligger artikkelen:

«Som å snakke til en vegg» - Personer med rusmiddelproblemer og deres erfaringer med brukermedvirkning i møter med sosialtjenesten.

Artikkelen inngår i min masteroppgave i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv ved Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger.

Artikkelen er en presentasjon av en studie som har som mål å få kunnskap om hvordan brukermedvirkning inngår i møtene mellom personer med rusmiddelproblemer og utøvere i sosialtjenesten. Studiens datamaterial er kvalitative intervju med personer med rusmiddelproblemer som mottar hjelpetiltak fra sosialtjenesten.

Analyse av intervjuene avdekker at brukermedvirkning ikke er en del av brukernes erfaringer. I stedet har de erfart å bli utsatt for objektivering. Objektiveringen uttrykkes gjennom at deltakerne føler seg stigmatisert, overstyrt og betydningsløse i møter med sosialtjenesten. Deres behov for hjelp er ikke ivaretatt.

Konklusjonen av studien er at brukermedvirkning ikke inngår i møter mellom personer med rusmiddelproblemer og utøvere av sosiale tjenester, slik studiens deltakere har erfart det.

Jeg håper artikkelen er interessant for Fontene forskning.

Vennlig hilsen

Hilde Aasmundsen

## **Vedlegg 6: Forfatterveiledning Fontene forskning**

Publisert 21.04.2008 - 09:38 Oppdatert 11.11.2008 - 10:24

Vitenskapelige artikler skal ikke overskride 7500 ord, inkludert ingress, litteraturreferanser, sammendrag og nøkkelbegreper. Artiklene skal inneholde et sammendrag på 100-120 ord som trykkes som ingress før artikkelen. Sammendraget skal oversettes til engelsk og trykkes etter artikkelen.

Kommentarer og debattinnlegg skal ikke være lengre enn 3500 ord, bokanmeldelser ikke lengre enn 2 000 ord.

Alt materiale skal være skrevet med dobbelt linjeavstand og god marg. Sidene skal være fortløpende paginert. Alt materiale skal sendes i en fil, med navnet på forfatteren som dokumentnavn. Hvis det er flere enn en forfatter skal en av forfatterne være kontaktperson, og filen ha denne forfatterens navn. I selve teksten til artikkelen skal det ikke stå noe som kan identifisere forfatteren/forfatterne.

Det godtas opp til to nivåer av underoverskrifter for å dele opp artikkelen. Underoverskriftene skal gi leserne veiledning og bør være korte og informative. Noter bør helst unngås, innholdet bør innarbeides i teksten. Hvis det er nødvendig med noter skal de nummereres fortløpende og vil bli trykket som sluttnoter. Hver tabell eller figur leveres på egen side, med henvisning til hvor de skal stå i teksten.

Alt materiale skal sendes til [fagredaktør Sissel Seim på e-post](#). Redaksjonen vurderer innkomne artikler og innkommet materiale. Vitenskapelige artikler sendes i anonymisert form til to uavhengige refereepersoner som vurderer dem på basis av [en utarbeidet mal](#). Når artikkelen er bedømt, vil forfatteren/ene få tilsendt vurderingen. Dersom artikkelen antas skal forfatteren bearbeide den og sende artikkelen tilbake til redaktør. Avhengig av refereevurderingen kan forfatteren også bli invitert til å sende inn en omarbeidet versjon av artikkelen til ny refereevurdering.

Språkvask av antatte artikler vil bli sendt til forfatteren (eventuelt den forfatter som er kontaktperson).

Manuskript returneres vanligvis ikke, og redaksjonen påtar seg ikke ansvar for dem. Antatte artikler publiseres i tidsskriftet og senere elektronisk på tidsskriftets hjemmeside.

### **Innsending av artikler skal inneholde:**

#### **A. Eget oversiktsark:**

- Artikkelens tittel
- Forfatteren/forfatterens navn, tittel og arbeidssted
- Opplysninger for den forfatteren som skal være kontaktperson: postadresse, telefon og e-post
- Artikkelens lengde (antall ord) inkludert sammendrag, litteraturreferanser og nøkkelbegreper.
- Erklæring om at artikkelen ikke har vært publisert eller levert til

publisering annet sted.

**B.** På neste side skrives artikkelens tittel, et sammendrag på maksimum 120 ord og maksimum seks nøkkelbegreper.

**C.** Selve artikkelen med tittel, tekst og litteraturreferanser.

**D.** Eventuelle figurer og tabeller på egen side.

**E.** Hvis artikkelen antas for publisering leveres i tillegg tittel, sammendrag og nøkkelbegrepene på engelsk, samt bilde av forfatterne.

### **Copyright**

Det er en betingelse for publisering at forfatterne gir publiseringsrettigheter til Fontene forskning. Dette gir tidsskriftet rett til å formidle artikkelen i trykket form og elektronisk etter at den er trykket. Forfatterne kan bruke artikkelen andre steder senere uten å innhente tillatelse, men det skal da gå fram at artikkelen opprinnelig er trykket i Fontene forskning, og det skal sendes melding til redaktøren om hvor den trykkes.