

Sjå meg! Høyr meg! Respekter meg!

**-ein kvalitativ studie om brukarmedverknad for personar
med rusmiddel- og psykisk problem**



Universitetet
i Stavanger

Sigrun Kalstveit

Juni 2013

Master i helsevitenskap, spesialisering innan psykisk helsearbeid

Institutt for helsefag

Universitetet i Stavanger

Vegleiar: Hildegunn Sagvaag, Førsteamanuensis, Dr.PH

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SPESIALISERING: Spesialisering innan psykisk helsearbeid

SEMESTER: vår 2013

(vår/høst – årstall)

FORFATTER/MASTERKNDIDAT: Sigrun Kalstveit

VEILEDER: Hildegunn Sagvaag, Førsteamanuensis, Dr.PH

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Sjå meg! Høyr meg! Respekter meg!

- ein kvalitativ studie om brukarmedverknad for personar med rusmiddel- og psykisk problem

Engelsk tittel: Se me! Listen to meg! Respect me!

-A qualitative study of user interaction for people with substance abuse and mental illness

EMNEORD/STIKKORD: Brukarmedverknad, rusmiddel- og psykisk problem, relasjon, tillit, respekt, anerkjenning og stigmatisering.

ANTALL SIDER: 69

STAVANGER: 23. juni 2013

DATO/ÅR

Forord

Yes! Nå er endeleg oppgåva ferdig. Det har ikkje vore berre enkelt å kombinera skule, småbarn og jobb. Det har vore viktig for meg å få levera nå før sumaren, så det er ei fantastisk kjensle å nå vera ferdig, og faktisk ha klart å ferdigstille oppgåva.

I anledning denne oppgåva er det ein del personar eg gjerne vil takke.

Først vil eg takk informantane for at dei ville stille opp, og villig delte sin kunnskap og erfaring med meg. Dykk har lært meg mykje, som eg vil ta med meg vidare. Hadde det ikkje vore for dykk hadde oppgåva aldri blitt det den er i dag.

Eg vil i den anledning også takka brukaren, som inspirerte meg til val av tema, for at eg fekk lov til å ta utgangspunkt i situasjonen din i oppgåva mi.

Eg vil takka vegleiaren min, for ditt engasjement til oppgåva mi. Du har villig delt av din kunnskap og korrigert meg under skriveprosessen. Sett utruleg stor pris på samtalanene våre. Det har gitt meg mykje nyttige refleksjonar. Veldig glad for at eg fekk deg.

Tusen takk til tante Berit og onkel Harald for at dykk tok dykk tid til og korrekturlesa oppgåva.

Eg vil også takka mi kjære studieveninne Rachel, for di støtta gjennom desse to åra på skulen. Vil takka deg og dei andre medstudentane for tilbakemeldingar og oppmuntring undervegs og på masteroppgåveseminara.

Sist men ikkje minst vil eg takka vesle Sigrid og mannen min Frode. Sigrid du er så snill og god. Det har vore godt og fått hjelp til barnepass av bestemor og bestefar nokre gonger, så tusen takk til dykk også. Frode, du har vore veldig tolmodig, sjølv om eg har prøvd å ikkje la det gå for mykje utover Sigrid og deg, og eg sett stor pris på det. Tenk nå skal me få vanlege dagar igjen, sjølv om det blir vel litt ekstra igjen når me nå snart får nummer to. Tusen takk for hjelp og oppmuntrande ord.

Stavanger 18.juni

Sigrun Kalstveit

Samandrag

Denne studien fokuserte på personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem. Mitt fokus var om personane erfarte å ha medverknad i eiga behandling, og korleis dei erfarte møtet med hjelpeapparatet. Sjølv om lovverket og statlege retningslinjer regulerer for brukarmedverknad til personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem, viste det seg likevel at denne gruppe personar kunne ”falla mellom to stolar”. Ved at eg gjennomførte denne studien, vona eg å få synleggjort einskilte sine erfaringar av medverknad i eiga behandling. Håpet var at det også ville føra til ei bevisstgjerung hjå tilsette i forhold til brukarmedverknad i praktisk utføring av arbeidet ved at dei fekk meir kunnskap om emnet. På den måten kunne resultatet frå studien koma personar med rusmiddel- og psykisk problem til nytte.

For å løfta fram temaet, brukarmedverknad for denne gruppe personar, slik dei sjølv erfarte det, var det relevant å nytta ein kvalitativ forskingsmetode med djupneintervju som datainnsamlingsmetode. Funna eg gjorde, synte at informantane hadde både gode og dårlege erfaringar i forhold til medverknad i eiga behandling. Nokre hadde betre erfaringar enn andre. Felles for mange informantar var at dei hadde erfart å ikkje bli tatt alvorleg i forhold til den psykiske lidinga på grunn av rusmiddelproblemet, der dei fekk beskjed om at rusmiddelproblemet var årsaka til den psykiske lidinga. Det kunne difor synast som at samanslåing til integrert behandling av rusmiddelproblem og psykisk lidung framleis diskvalifiserte for å få nødvendig hjelp, i staden for at ein blei sikra betre hjelp. Erfaringa informantane hadde av manglande medverknad gjaldt innan fleire instansar av hjelpeapparatet.

Innholdsliste

Forord.....	3
Samandrag.....	4
1.0 Innleiing.....	7
1.1 Bakgrunn for val av tema	8
1.2 Formål	10
1.3 Avgrensing	10
1.4 Omgrepsavklaring	11
1.5 Oppbygging av oppgåva.....	12
2.0 Tidlegare forskning om tema	13
3.0 Problemstilling	15
4.0 Teoretisk referanseramme	16
4.1 Brukarmedverknad	16
4.1.1 Brukarperspektivet	18
4.2 Rusmiddel- og psykisk problem.....	19
4.3 Relasjon.....	21
4.4 Oppsummering	24
5.0 Metode.....	25
5.1 Val av metode.....	25
5.2 Forforståing.....	26
5.3 Innsamling av data.....	26
5.3.1 Det kvalitative forskingsintervju	27
5.3.2 Transkribering	28
5.4 Utval	28
5.5 Utfordringar med å få tak i informantar	29
5.6 Truverde og gyldigheit	30
5.7 Forskingsetiske vurderingar	31
5.8 Analyse.....	32
6.0 Presentasjon av resultat	34
6.1 Manglande erfaring av medverknad	34
6.1.1 Lite å seia i forhold til behandling.....	36
6.1.2 LAR stengte for brukarmedverknad	37
6.1.3 NAV lite brukarmedverknadsviljug	38
6.2 Rusmiddelproblem diskvalifiserer brukarmedverknad	39
6.3 Erfaring av brukarmedverknad.....	42

6.4 Manglende medverknad gir erfaring av å ikkje bli verdsett.....	43
6.5 Brukarmedverknad gir erfaring av å bli tatt på alvor	44
6.6 Oppsummering	45
7.0 Diskusjon.....	46
7.1 Drøfting i lys av teori	46
7.1.1 Erfaring av medverknad	46
7.1.2 Medverknad i høve samtidig rusmiddel- og psykisk problem.....	52
7.1.3 Respekt, likeverd og anerkjenning	54
7.2 Refleksjonar.....	57
7.3 Anbefalingar til vidare forskning	58
7.4 Oppsummering	59
8.0 Konklusjon	60
8.1 Avslutning	60
8.2 Anbefalingar for praksisfeltet.....	61
9.0 Litteraturliste	62

Vedlegg 1: Godkjenning frå NSD

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Tidlegare forskning

1.0 Innleiing

I denne studien ynskjer eg å utforske kva personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem erfarer i forhold til medverknad på eiga behandling, og erfaringa deira i møtet med hjelpeapparatet.

Brukarmedverknad er først nytta i FN sine menneskerettar frå 1948 (Vatne, 1998), og er regulert gjennom lovverket vårt. På 1960- og 1970 talet skjedde det eit skifte i politikken som gjekk frå ”omsorg” til ”deltaking”, men først på 1980 talet blei brukarmedverknad eit aktuelt omgrep for alle brukargrupper i offentleg forvaltning. Omgrepet blir nå framheva og idealisert via fleire kanalar, der både lovverk og statlege retningslinjer pålegg hjelpeapparatet å praktisera brukarmedverknad (Jenssen, 2012). Gjennom lov om pasient- og brukarrettar (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), lov om kommunale helse- og omsorgstenester (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), spesialisthelsetenestelova (spesialisthelsetjenesteloven, 1999), psykisk helsevernlova (psykisk helsevernloven, 1999), lov om sosiale tenester i NAV (lov om sosiale tenester i NAV, 2009) og i NAV-lova (NAV-loven, 2006) kjem det tydeleg fram at ein som brukar skal ha medverknad på eigen livssituasjon. Dette er også gjenspegla i rammeplanen for helse- og sosialutdanningane (Røkenes & Hanssen, 2012).

Gjennom statlege retningslinjer er det også presisert at brukarmedverknad er viktig. I St.prp. nr. 1 (2007-2008) står det at brukaren sitt behov skal vera utgangspunkt for tenestene, der tydinga av brukarmedverknad må vera forankra i leiinga og hjå dei tilsette i tenestene. Medverknad frå brukarar og pårørande må styrkast for å sikra ei god og heilskapleg behandling. I St.meld. nr. 21 (1998-1999) står det at hjelpeapparatet skal yta hjelp til sjølvhjelp, og at brukarmedverknad inneber at den einskilde har eit medansvar. Rehabiliteringstiltaka skal difor ikkje fungera som ferdig-dekka bord som brukaren kan forsyna seg av, og slik berre verta einseitig mottakar av tenester. Hjelpeapparatet skal tilby individuelle løysingar som stemmer med behova til brukaren (Brumoen, 2007).

I følgje verdigrunnlaget for opptrappingsplanen for psykisk helse frå 1999, er målet med tenestetilbodet å fremja sjølvstende og evne til å meistra eige liv. Brukarmedverknad er eit av verkemidla for å nå dette målet, og stortinget har vedtatt at brukarperspektivet skal

liggja til grunn for tenestetilbodet (St.prp. nr. 63 (1997-1998)). I samhandlingsreforma står det at individet sin rett til medbestemming og medverknad er eit vesentleg element i integritetskravet, som vil sei at tenestemottakar skal erfara å få innverknad på tenestetilbodet (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Helsedirektoratet (2012a) framhevar at ein gjennom heile behandlingsprosessen skal understøtta brukaren sine eigne ressursar på ein slik måte at livkvaliteten blir betre. I Meld. St. nr 30 (2011-2012) framhevar ein også at brukarmedverknad og eigenerfaring er ein viktig del i tverrfagleg spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern, der den enkelte skal oppleve meistring i kvardagen.

Brukarmedverknad er difor noko ein som tenesteytar ikkje kan velja bort. Men det er ikkje berre lovføresegn og statlege retningslinjer som gjer brukarmedverknad viktig, men den erfaring at aktive brukarar fører til betre resultat i arbeidet (Humerfelt, 2005a). Trass dette syner det seg at retten til medverknad medfører utfordringar for tilsette i hjelpeapparatet, og medverknaden kan fort bli tomme ord om den ikkje blir omgjort til konkrete handlingar og arbeidsformer (Ulvestad & Henriksen, 2007). Mange tilsette i hjelpeapparatet uttrykkjer også at det kan vera problematisk å oppnå god samhandling med andre tenesteytarar (Evjen, Kielland & Øiern, 2012) Brukarmedverknad i praksis kan bli ei ekstra stor utfordring i møte med personar med rusmiddel- og psykisk problem ettersom fleire av dei ikkje er blant dei som ropar høgast og som står på for sin rett. Mange kjenner seg små i møte med tenesteapparatet. Ofte er tausheit, tilbaketrekning og angst ein del av sjukdomsbilete, noko som kan stå i motsetning til ei aktiv og utåtvent brukarrolle (Løken, 2006a). Dessutan er det mange brukarar som i kontakt med hjelpeapparatet skildrar sine erfaringar som at det er som å snakka til ein vegg (Aasmundsen & Sagvaag, 2012). Sjølv om brukarmedverknad er ein grunnleggjande rett ein har, kan brukarar erfara at medverknaden blir ei uoverkomeleg oppgåve, der vedkomande får meir ansvar over eigne handlingar og val enn det ein ynskjer og er i stand til å takla (Jenssen, 2012).

1.1 Bakgrunn for val av tema

I 2007 byrja eg å jobba med personar som hadde samtidig rusmiddel- og psykisk problem. Eininga for psykisk helse i kommunen eg jobbar i starta i 2003 eit prosjekt via

kommuneplanen for psykisk helsearbeid som skulle ivareta personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem betre. Målsettinga for prosjektet var å finna eit tilbod til denne gruppe personar, og skaffe kompetanse og erfaring innan dette feltet. Prosjektet blei starta med eit bukollektiv for tre menn med rusmiddel- og psykisk problem, og blei så trappa opp. Etter kvart blei det løyvt meir midlar slik at ein kunne starta eit bukollektiv til, samt byrja å gi teneste til menneske rundt i kommunen som også hadde denne problematikken.

Mueser, Noordsy, Drake og Fox (2006) nemner at det kan vera vanskeleg å jobba med personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem, der mange tenesteytarar kan oppleva det utfordrande, frustrerande og direkte slitsamt. Mange tenesteytarar kan også kjenna på at brukarane sjølv ofte ikkje set pris på behandlaren sin innsats, og at dei kan synast umotivererte, uærlege, unnvikande eller aggressive når ein prøver å hjelpa dei. Det kan også hjå mange brukarar vera eit manglande samsvar mellom kva dei seier og kva dei gjer. Når ein som fagperson jobbar med denne gruppe personar, der ikkje framgangen alltid samstemmer med håp og forventning, er det nyttig å tenkja at brukaren gjer så godt vedkomande kan. Ved at ein aksepterer at deira åtferd kan representera eit forsøk på å oppretthalda ein likevekt, aksepterer ein også lettare at brukaren faktisk prøver å meistra livet sitt så godt som mogeleg, og at den destruktive åtferda kan vera uttrykk for blant anna eit psykisk problem. Om ein erkjenner dei samansette utfordringane personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem står ovanfor, kan det vera lettare å la vera og klandra dei for den situasjonen dei er komen i (Mueser et al., 2006).

I arbeidet mitt er eg fleire gonger blitt frustrert gjennom samarbeid med andre instansar når det gjeld brukarane si anledning til medverknad. Samtidig har eg i møte med personar innan instansar i hjelpeapparatet ei oppleving av at lovverket ikkje alltid klarer å sikra ei tilrettelegging for å ivareta personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem. Det er ein brukar som har inspirert meg til val av tema. Vedkomande opplevde i møte med NAV å ha ingen medverknad på eigen behandling. Brukaren fekk beskjed om at vedkomande kom til å miste stønaden om vedkomande ikkje gjekk med på behandling i spesialisthelsetenesta eller kom seg i arbeid. Vedkomande tok imot hjelp på kommunenivå og ynskte å halda fram med dette, men det var ikkje vurdert som behandling god nok på dette tidspunkt. Behandling i institusjon var problematisk for brukar av di vedkomande opplevde at lidinga då blei forverra. PUT, psykiatrisk

ungdomsteam, på den andre sida, valde å ikkje ta imot brukar etter som vedkomande ikkje var motivert for heilt å slutta å bruka rusmiddel. For å få hjelp til å skaffa arbeid, måtte brukar vera fri for rusmiddel, sjølv om rusmiddelinntaket ikkje ville hindra vedkomande i å utføra eit arbeid. På dette tidspunkt var ikkje dette aktuelt av di det var problematisk for brukar å redusera meir på inntak av rusmiddel før vedkomande også fekk hjelp for si psykiske lidning. Er det slik det skal vera når ein som brukar kjem og spør om hjelp? Konsekvensen blir då at ein som brukar erfarer at hjelpeapparatet ikkje er der for å hjelpa ein, men heller motarbeidar ein. Mine refleksjonar om denne brukaren vil følgje studien som ein raud tråd.

1.2 Formål

Formålet med denne studien er å synleggjera personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem sine erfaringar av medverknad i eiga behandling, og erfaringane deira i møtet med hjelpeapparatet. Det er brukaren si stemme som skal bli høyrte, og eg vil søkja å kasta lys over deira erfaringar.

Gjennom forskinga vil eg løfta fram einskilde sine erfaringar av medverknad. Ved at ein får meir kunnskap om brukarar si erfaring av brukarmedverknad, er det eit håp at dette fører til meir bevisstgjerung blant tilsette i det daglege arbeidet deira. Utifrå dette er det eit håp om at resultatet frå studien skal koma personar med rusmiddel- og psykisk problem til nytte i framtida.

1.3 Avgrensing

På grunn av omfanget av studien og problemstillinga eg ynskjer å fokusera på, vel eg å konsentrera meg om brukarmedverknad på individnivå. Sidan eg ynskjer å fokusera på erfaringar informantar har av medverknad i eiga behandling og erfaringane deira i møte med hjelpeapparatet, vurderer eg at det er individnivå som er vesentleg.

1.4 Omgrepsavklaring

Eg gjer her greie for omgrep som blir nytta i studien.

Brukarmedverknad: Ordet brukarmedverknad er sett saman av brukar og medverknad. Grunnlaget for ordet brukar er at det skal vera mindre stigmatiserande sidan alle vil vera brukarar av hjelpeapparatet i løpet av livet. Medverknad inneheld ein intensjon om å ta del i noko og yta noko (Humerfelt, 2005a). På individnivå er brukarmedverknad den einskilde sin rett og anledning til å påverka og delta i avgjersler om sitt eige hjelpe- og behandlingstilbod (Andreassen, 2004).

Rusmiddel – og psykisk problem: Ein person som har rusmiddel- og psykisk problem har ei sjølvstendig psykisk lidning og samtidig rusmiddelproblematikk der kvar av lidingane medfører tydeleg nedsett funksjon i forhold til sosial fungering, å bu, arbeida eller på andre meiningsfulle livsområde. Ein nyttar ofte forkortinga ROP-liding for personar som har kombinert rusmiddelproblematikk og psykisk problem (Evjen et al., 2012), og eg vil vidare i studien også nytte denne forkortinga.

Hjelpeapparatet: Hjelpeapparat vil i denne oppgåva sei offentleg tenesteapparat eller privat tenesteapparat der det offentlege har kjøpt plasser, og som gir/skal gi tenester til personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem.

Brukar: I denne oppgåva blir brukar nytta om personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem, og som mottar teneste frå hjelpeapparatet.

Tenesteytar: I denne oppgåva er tenesteytar eitt av omgrepa eg vel å bruka på dei som yter hjelp via hjelpeapparatet til personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem. Eg vil også nytta fagperson, behandlar og kontaktperson.

Legemiddelassistert rehabilitering: Er omgrepet for den norske ordninga for substitusjonsbehandling når ein er avhengig av opiat. Ein nyttar ofte forkortinga LAR (Helsedirektoratet, 2011), og eg vil difor vidare i studien nytta denne forkortinga.

Statlege retningslinjer: I denne oppgåva er dette felles omgrep på dokument utgitt av det offentlege.

1.5 Oppbygging av oppgåva

Denne masteroppgåva inneheld 8 kapittel. Kapittel 1 er innleiinga, der eg også skildrar bakgrunn for val av tema, formålet med oppgåva, avgrensing eg har gjort og omgrepsavklaring. I kapittel 2 presenterer eg tidlegare forskning og litteratursøk som er gjort i den anledning. I kapittel 3 presenterer eg problemstillinga. I kapittel 4 presenterer eg den teoretiske referanseramma; teori om brukarmedverknad, rusmiddel- og psykisk problem og relasjonsteori. Kapittel 5 utgreier eg for val av metode, datainnsamling, utval, utfordringar i forhold til å få kontakt med informantar og analyseprosessen ved eit kvalitativt forskingsintervju. I kapittel 6 presenterer eg funna frå intervju, der eg presenterer 5 hovudfunn. Eg drar også her inn mine refleksjonar om brukaren, som har inspirert meg til val av tema, og vedkomande sine erfaringar. Desse utsegnene står til slutt under kvart av dei punkta der det er relevant å nemna vedkomande, og er skrivne i ein mindre storleik slik at det er lett å skilje. Kapittel 7 omhandlar diskusjon, der eg drøfter dei ulike funna, presenterer refleksjonar og peikar på tema for vidare forskning. Kapittel 8, som er konklusjonen, inneheld avslutninga og anbefalingar for praksisfeltet.

2.0 Tidlegare forskning om tema

Det finst veldig mykje forskning innan brukarmedverknad, men derimot er det svært lite innanfor området brukarmedverknad til personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem. Databasar eg har søkt på, er Cinahl, Medline, Idunn og Norart. Søkjeorda eg har nytta, er brukarmedverknad åleine, eller i kombinasjon med rusmiddel- og psykisk problem eller dobbeldiagnose. Sidan det er lite forskning innan samtidig rusmiddel- og psykisk problem, har eg valt å også nytta forskning innan rusmiddelproblem og psykisk problem kvar for seg. Eg har nytta refereebedømte artiklar og grå litteratur (vedlegg 4).

Integrerte og heilskaplege tiltak er blitt tatt meir i bruk ettersom dette møter brukaren sitt behov, sjølv om det er lite forskning på området. Integrert behandling av rusmiddelproblematikk og psykisk lidning medfører at ein overvinn problema ved dei tradisjonelle behandlingstiltaka, der brukarane blir kasteballar og samanhengen mellom rusmiddelbruk og psykisk problem blir ignorert (Gråwe, 2006a).

Kvalitativ studie med intervju av personar med rusmiddel- og psykisk lidning i Storbritannia syner at tenestetilbodet er utilstrekkeleg for denne gruppe personar. Erfaringa deira er å bli ekskludert og stigmatisert, og der det er lite integrert behandling av begge lidningane. Ei meir inkluderande og heilskapande tilnærming er ynskjeleg (Lawrence-Jones, 2010).

Brukarmedverknadsomgrepet er ein gjengangar i velferdspolitikken. Sjølv om ein har hatt vakre målsettingar lenge, har ein midlertidig rikeleg dokumentasjon på at måla så langt frå er oppnådde. Dette gjeld ikkje berre russektoren, sjølv om mykje tyder på at spriket er endå større der enn innanfor andre velferdsordningar, og kanskje aller størst når det er snakk om personar som rusar seg på narkotiske stoff (Askheim, 2009).

Fleire studiar syner at personar med rusmiddelproblematikk erfarer at tenesteytarar sjeldan høyrer på deira argument eller involverer seg i korleis ein skal få kvardagslivet til å fungera. Ei felles erfaring er å bli skuffa over å ikkje bli høyrte (Thommesen, 2012).

I studie om brukarmedverknad blant personar med psykisk problem syner resultatet at deltakarane meiner det framleis er langt igjen. Erfaringa deira er at brukarmedverknad berre gjeld for dei best fungerande brukarane eller der familien stiller opp. Erfaringa er manglande informasjon om rettane deira, og avvising på legevakta. Fritt sjukehusval er ikkje ein realitet, sidan erfaringa er at ein må gjera seg sjukare enn ein er for å få plass. Det som blir opplevd som god hjelp er individuell vurdering, for då må tenesteytar høyra på brukaren. Tilsette med brukarerfaring er viktig for godt psykisk helsearbeid, av di dei veit kvar «skoen trykkjar» (Antonsen, 2008).

3.0 Problemstilling

På bakgrunn av ovanfor nemnde ynskjer eg å ta utgangspunktet i følgjande problemstilling:

Kva erfaring av medverknad i eiga behandling og erfaringar i møtet med hjelpeapparatet har personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem?

4.0 Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet presenterer eg det teoretiske perspektiv som eg opplever relevant i forhold til studien sin problemstilling. For å kaste lys over forskningstema og det informantane har fortalt er teori om brukarmedverknad, rusmiddel- og psykisk problem, og relasjon nytta som teoretiske fundament.

4.1 Brukarmedverknad

Brukarmedverknad er eit nøkkelord for å skildra ei jamnare maktfordeling i relasjon mellom brukarar av velferdsstaten og hjelpeapparatet (Juritzen, Engebretsen, & Heggen, 2012), der brukaren skal vera ein aktiv part (Humerfelt, 2005a). Likevel kan brukarmedverknad ha eit noko utydeleg innhald, men målsettinga er å gi styrke, kontroll og styring over eige liv og erstatta avmakt med eigenmakt (Juritzen et al., 2012). Trass i denne overordna målsettinga viser forskning at brukarar i lita grad erfarer å bli involvert og gitt medverknad i møtet med hjelpeapparatet (Aasmundsen & Sagvaag, 2012). På individnivå handlar medverknad om korleis den enkelte brukar får medverka i relasjonen med hjelpeapparatet (Humerfelt, 2005a).

Helse- og sosialpolitikken i Noreg har hatt ein klar ambisjon om å gi brukarar større medverknad og sikra rettane deira betre (Juritzen et al., 2012). Brukarmedverknad inneber å anerkjenna brukaren sine kunnskapar og erfaringar med gjennomlevd sjukdom og liding, der brukarmedverknad vil sei at dei som blir påverka av ei avgjerd eller er brukar av tenester, får medverknad på avgjerdsprossar og utforming av tenestetilbod (Løken, 2006b). For at brukarmedverknaden skal vera reell, må difor brukaren få tilgang til all informasjon om seg og saka si, slik at avgjersla bli tatt på eit reelt grunnlag (Myhra, 2012). Nokre gonger kan brukarar erfare at hjelpeapparatet ikkje fortel alt. Dette treng ikkje vera intensjonen til tenesteytar, som kanskje ikkje hugsar eller vurderer det slik at brukaren har behov for eller nytte av informasjonen. Likevel er det å halda tilbake informasjon ein måte å krenka den andre på (Myhra, 2012).

Grunngjevinga for medverknad er todelt. Ein kan argumentera både for at brukarane har rett til medverknad på forhold som angår ein sjølv, og at brukarane har ein kunnskap som avgjerdstakarane treng (Løken, 2006b). Dette er eit resultat av at ein har erkjent at brukaren sjølv er ekspert på si eiga liding, og skal bli høyrte og få lov til å medverka heile vegen i sin lækingsprosess. Erfaringane så langt dekkjer truleg heile skalaen frå gode til dårlege erfaringar, der det mange plasser kan vera store forbetningspotensial med tanke på å få til ein brukarmedverknad som blir opplevd reell (Lønne, 2006). Ved at ein anerkjenner brukarmedverknad blir brukaren sin stemme sett på som kjelda til visdom og eigen endring (Gjerme, Lømo, & Lundgaard, 2007).

For at brukarmedverknad skal vera ein realitet, må behandlinga vera eit samarbeid mellom brukar og tenesteytar. Psykisk helsearbeid i samband med rusproblematikk er eit kontekstuelte arbeid, der ein må ta utgangspunkt i den enkelte sitt liv og dei samanhengar vedkommande står i (Bøe & Thomassen, 2007). For at endring skal skje, er det viktig at det er ein relasjon. Relasjonen og samarbeidet er sentralt for den enkelte sin medverknad i eigen endringsprosess. Det er viktig at denne relasjonen er basert på tryggleik og tillit for at brukaren skal kunne ta imot og nyttiggjera seg den hjelpa tenesteytar tilbyr. Brukaren skal koma med eigne meiningar og erfaringar om kva som kan bidra til ein betra livssituasjon (Humerfelt, 2005b). I dette samarbeidet bør det vera brukaren som i størst mogleg grad tar avgjerslene og avgjer vegvala, der ein nyttar fagpersonen som ein ressurs for råd og vegleiing (Bøe & Thomassen, 2007).

Brukaren skal ha medverknad og vera deltakar i utforminga av den behandling eller dei tiltak som gjeld vedkommande (Bøe & Thomassen, 2007). For at brukaren skal ha anledning til å medverka i si eiga behandling, er det viktig at tenesteytar, som er oppdratt i eit system som ser på fagpersonane som ekspertar, gir frå seg makta til brukaren (Bredland, Linge, & Vik, 2011). Ofte trur tenesteytar at dei veit best kva brukaren treng og tek avgjersler for brukaren. Dette er ei moralsk uansvarleg maktutøving, som tek frå brukaren anledninga til å vera deltakar i eige liv (Vestaby, 2010). Fagpersonane må gi frå seg makt, fjerna seg frå ekspertrolla og i større grad gå over til å bli samarbeidspartnar med brukarane. For å realisera idealet om brukarmedverknad kan det vera nødvendig med ei haldningsendring hjå den enkelte tilsette i hjelpeapparatet. Det krever bevisstgjerung og systematisk jobbing for å endra etablerte haldningar. Det er viktig med kunnskap, innsikt og forståing for å mogleggjera brukarmedverknad (Juritzen et al. 2012; Vestaby 2010).

Gjennom livet vil ein alltid møte situasjonar der ein blir menneskeleg utfordra, både relasjonelt og kjenslemessig. Denne utfordringa møter ein alltid med haldningar, som kan vera blikk, ord eller heile vårt kroppslege nærvær (Samuelsen, 2012). Innanfor ei eining eller avdeling utviklar det seg ofte ein pleiekultur på grunnlag av desse utfordringane. Ein brukar si erfaring av medverknad kan bli påverka av denne pleiekulturen. Pleiekulturen er noko ein som tenesteytar deltek og lever i ved å vidareføra mønstra av kunnskap, meiningar og haldningar som til dømes regjerer på ei avdeling, men som også heile tida kan bli nyskapt og forma gjennom fagpersonane si eiga medverknad på avdelinga (Norheim, 2006). Når ein kjem som nytilsett til ei avdeling, kan pleiekulturen vera med å påverka ein både positivt og negativt, av di haldningane og omsorgspraksisen i avdelinga er med på å avgjera om ein glir inn i allereie fastlagde mønster, eller om det er opning for nye meiningar både frå tilsette og brukarar. I nokre pleiekulturar er det dessverre ikkje rom for kritiske spørsmål, og kunnskap blir heller ikkje etterspurt. Det kan også i ein travel kvardag, der effektiviteten er viktig, henda at ein lukkar augo for uverdige forhold, og respektlaus oppførsel og behandling. Ingen vil høyra om det, og det som eventuelt blir høyrst, blir det ikkje gripe tak i (Samuelsen, 2012).

4.1.1 Brukarperspektivet

Brukarmedverknad er den aktiviteten brukaren deltek i relasjonen med, og som tenesteytaren tilrettelegg for, medan brukarperspektivet er brukaren si forståing av eigen situasjon (Humerfelt, 2005a). Ein fagperson som er brukarorientert, tek omsyn til brukaren sine eigne val (Røkenes & Hanssen, 2012). For at tenesteytaren skal kunne ta inn over seg brukaren sitt perspektiv, må ein som fagperson ha gode kommunikasjonsevner og god kunnskap om brukaren sin situasjon. Dette vil igjen føra til god forståing mellom tenesteytar og brukar, slik at brukarperspektivet blir teke omsyn til (Humerfelt, 2005a). Som fagperson vil ein likevel ikkje kunne ta innover seg brukarperspektivet fullt ut. Det er difor viktig at ein tek brukaren si oppleving på alvor, og at brukaren erfarer å ha reell medverknad på det som skjer (Røkenes & Hanssen, 2012).

Brukaren skal ha ei aktiv rolle i eigen rehabiliteringsprosess, og det er brukaren sine eigne opplevingar og meiningar som skal liggja til grunn for det som skal skje. Skal ein

kunne bidra med noko, må ein sørgja for at bidraget er innanfor den livssituasjonen brukaren definerer. Er hjelpa utanfor brukaren sin livssituasjon, er den ikkje tilpassa den einskilde, og brukaren vil difor ha problem med å ta imot hjelpa (Brumoen, 2007).

4.2 Rusmiddel- og psykisk problem

Personar med rusmiddel- og psykisk problem har to lidningar som begge kan føra til mykje smerte og vanskelege val, og som igjen kan medverka til å gjera betringsprosessen meir problematisk. I tillegg har personar med høgt rusmiddelforbruk større risiko for å få somatiske problem. Dette kan vera med å redusera evna til å meistra problem (Evjen et al., 2012). Omfanget av rusmiddelproblematikk hjå brukarar som får psykisk behandling, har vore mykje forska på dei siste 20-30 åra. Ei rekke studie syner at det ofte er psykiske lidningar hjå personar som har søkt hjelp for rusmiddelproblematikk. Det er også mykje dokumentasjon på at kombinasjonen rusmiddelmisbruk og psykisk lidning kan føra til tydeleg funksjonsnedsetting for mange, som igjen kan resultera i store konsekvensar for vedkomande sjølv (Evjen et al., 2012).

Det kan vera utfordrande å gi tenester til personar med fleire samtidige diagnosar. Personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem stiller ofte store krav til samhandling på tvers av avdelingar, etatar og nivå (Evjen et al., 2012). Helsedirektoratet meiner at personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem i mange høve fell mellom to stolar. Ein målretta felles innsats er nødvendig for å gi fleire eit verdig liv (Helsedirektoratet 2012b; Evjen et al. 2012). Gjennom helsedirektoratet (2012a) har denne brukargruppa fått større fokus. Rusmiddelproblematikk og psykisk lidning er tett samanvevd og påverkar kvarandre gjensidig. Integrert behandling og heilskapelege tiltak over tid med stor vekt på oppsøkjande polikliniske strategiar har vist seg å gi best resultat av både symptom og livskvalitet til personar med ROP-lidning. Dette gjeld uansett kva lidning som kom først, rusmiddelproblemet eller den psykiske lidinga. Stabile og positive relasjonar og kontinuitet i behandlinga er også viktig (Lønne 2006; Gråwe 2006a; Mueser et al. 2006; Evjen et al. 2012; Thommesen 2012; Gråwe 2006b; Helsedirektoratet, 2012a). I Noreg er føringane gjennom statlege retningslinjer at ein skal satsa på denne kombinasjonen (Gråwe, 2006b). Det blir og framheva at ein gjennom heile

behandlingsprosessen skal støtta brukaren sine egne ressursar på ein slik måte at livkvaliteten blir betre (Helsedirektoratet, 2012a). Tiltak som integrerer behandling av både rusmiddel- og psykisk problem fører til at ein overvinn problema med dei tradisjonelle behandlingstiltaka, som er behandling sekvensielt i tid eller parallelt i ulike separate behandlingsopplegg. Gjennom tradisjonelle behandlingstiltak blir brukarane kasteballar og samanhengen mellom rusmiddelproblem og psykisk lidning blir ignorert. Studie viser likevel at institusjonar er generelt dyktige til å behandla psykiske problem, men svært dårlege til å behandla rusmiddel- og psykisk problem på ein integrert måte (Gråwe, 2006a). Det viser seg at denne gruppe personar ofte blir tapande part i kampen om behandling. Fleire fagleg sterke behandlingss plassar får ikkje lenger forlenga samarbeidsavtale. Mange fagpersonar meiner dette er fagleg uforsvarleg (Skotland, 2012).

Mange i hjelpeapparatet har erfaring med at personar med ROP-lidning slit med å møta til behandling og med å koma til avtalt time. Tenesteytarar i hjelpeapparatet må difor vera fleksible. Dei må gå ut å møta brukarane som har ei alvorleg psykisk lidning og er avhengige av rusmiddel der dei oppheld seg (Lønne, 2006). Likevel viser det seg at hjelpeapparatet ofte stiller for store krav til brukarane. Om ein har problem med rusmiddel, blir det forventat at vedkomande skal slutta med rusmidla, sjølv om rusmidla gir han eller ho sjølvtilitt, energi, mot til å leve og kontroll over tankekjøret som kan vera årsaka til at ein byrja å rusa seg. Det kan ofte vera den som treng hjelp som må tilpassa si sjølvforståing og kvardagsliv til den eller dei forandringsmodellane hjelpeapparatet arbeidar etter. Med ein slik logikk blir det vanskeleg å utforma individuelle tilbod (Thommesen, 2012). Gjennom helsedirektoratet (2012a) er det kome retningslinjer om at ein bør gi behandling i oppsøkande behandlingsteam om brukarar ikkje responderer på tradisjonell poliklinisk behandling, sjukehusopphald eller anna døgnbasert institusjonsbehandling. Mange er av ulike grunnar ute av stand til å nyttiggjera seg dei tenestene som finst. Då handlar det om å bruka tid på å etablera kontakt og koma i god dialog med brukaren. På sikt vil det vera viktig å byggja opp eit nettverk kring brukaren som både kan gi fagleg hjelp og vegleing, støtte og oppleving av meistring (Lønne, 2006).

Historisk sett har psykisk lidning og rusmiddelproblematikk blitt forbunde med stigmatisering. Ein av grunnane er nok at kunnskapen om desse lidningane har vore liten.

Løysinga var ofte å gøyma vekk folk med denne problematikken. Gjennom åra har låg status og manglande tilskot til denne gruppe personar ført til forskjellsbehandling (Dybvig, Johannessen, Kjær, Lyngstad & Thorsen, 2004). Heldigvis har mykje endra seg, men informasjonsbehovet er framleis stort. Mykje tyder på at stigmatisering framleis er ein del av kvardagen, som også Midré (1995) viser til. Som rusmiddelbrukar blir ein ofte ikkje sett på som ein verdig trengande av di ein opplever at dei er skuld i situasjonen sin sjølv. I undersøkingar blant legar kjem det fram at sjukdommar som ein meiner skuldast klanderverdig livsførsel, har lågast prestisje (Album, 1991). I våre dagar er det mange brukarorganisasjonar og brukarrepresentantar i hjelpeapparatet. Desse er viktige for å sikra ein open og betre kommunikasjon (Dybvig et al., 2004). I dag skal brukarane motta eit behandlingstilbod som er tilpassa den enkelte. Ein kan likevel undra seg over korleis dette blir praktisert innan ulike deler av hjelpeapparatet, og om det fungerer slik det var meint (Dybvig et al., 2004), sidan mange personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem kjenner på det å bli stigmatisert i forhold til lidningane sine.

4.3 Relasjon

All tenesteyting byggjer på relasjonen mellom den som yter ei teneste og den som mottar tenesta. Mellommenneskelege relasjonar og uformelle og kvardagslege samhandlingsformer har stor verdi for å skapa eit godt utgangspunkt for vidare verdfullt fagleg arbeid (Myhra, 2012). Utgangspunktet for det gode møtet vil alltid vera basert på observasjon. Denne vil gå begge vegar. Brukaren vil også gjera seg sine tankar om behandlaren i forhold til personlegdom, kvalifikasjonar og dagsform. I dette samspelet blir ein synlege for kvarandre, og grunnlaget for eit godt eller dårleg samarbeid blir skapt. Den som er i brukarrolla, vil merka om tenesteytarar veit kva vedkomande snakkar om, og om tenesteytaren framstår som noko meir enn ei rolle. Slik blir truverde skapt, som er eit grunnleggande trekk ved ein god relasjon, og ein får tillit til behandlaren sin (Myhra, 2012).

Relasjonskompetanse handlar om å forstå og samhandla med dei menneske ein som tenesteytarar møter i sitt virke på ein god og formålstenleg måte. Denne kompetansen er ein viktig del av den faglege kompetansen. Ein fagperson som har god kompetanse i

relasjonsbygging kommuniserer på ein måte som gjev meining, som ivaretar det eigentlege formålet med samhandlinga og som ikkje krenkar brukaren. For at ein skal kunne setja handlingar ut i livet, er det viktig at ein også har handlingskompetanse. Men utan relasjonskompetanse kan ein umogeleg klara å setja seg inn i brukaren sin livssituasjon (Røkenes & Hanssen, 2012). Relasjonskompetanse og handlingskompetanse bør difor vera fletta saman i ei eining. Å vera i relasjon handlar blant anna om å kjenna seg sjølv, forstå brukaren sine opplevingar og forstå kva som skjer i samspelet med brukaren. For å klara dette er tenesteytar nøydd til å møta brukaren som eit subjekt og visa respekt for brukaren sin integritet og rett til sjølvbestemming (Røkenes & Hanssen, 2012).

For å oppnå god relasjon og byggja allianse er det viktig at fagpersonen tek seg god tid til å bli kjent med brukaren, og at fagpersonen kan stå i relasjonen over lang tid slik at brukaren ikkje føler seg avvist (Von Krogh, 2005). Personar med ROP-liding, har ofte ekstra stort behov for langvarige relasjonar på grunn av sitt behov for samansette og langvarige tenester. Menneske som ofte opplever å bli audmjuka, kan ropa etter å bli høyrd og sett, men orda finn ikkje nokon mottakar. Slik kan overtydinga om at sviket vil møta dei også i denne relasjonen, veksa seg stadig sterkare. Det er viktig å visa at ein har omsut for brukaren og tek vedkomande på alvor, samtidig som ein skal læra vedkomande å stå på egne bein (Lindström, 2003). Som tenesteytar må ein kunne bruka kompleks og samansett kunnskap som gagnar brukaren sin situasjon eller betringsprosess. Det er også viktig at ein som tenesteytar kan nullstilla seg slik at ein møter brukaren med eit ope sinn, viser at ein er interessert i brukaren og ikkje har fordommar rundt korleis vedkomande er (Myhra, 2012).

Ein sentral komponent i ein god relasjon er anerkjenning og gjensidig aksept av kvarandre, mellom den som tilbyr hjelp og den som mottek hjelp. Anerkjenninga blir uttrykkja gjennom ei haldning, der respekten for det andre mennesket og vedkomande si oppleving er grunnleggjande (Myhra, 2012). Fagpersonen må difor, i staden for å ta utgangspunkt i egne meiningar, søkja å finna ut om desse er i samsvar med brukaren sine. Brukaren vil då oppleve anerkjenning for den vedkomande er, og oppleva at vedkomande sine personlege meiningar er viktige i relasjonen og for arbeidet vidare. Utgangspunktet er at ein må ha respekt for at den andre er annleis, sjølv om det kan vera

utfordrande å skulle møte andre sine haldningar og verdiar som ikkje samsvarar med sine egne (Myhra, 2012).

Alle menneske har behov for å få stadfesting på den ein er. Stadfesting betyr i kjærleik å svara på det eit anna menneske lengtar etter, vil vera og er (Lindström, 2003). Om ein opplever å ikkje bety noko eller vera viktig for nokon, kan ein kjenna på ei oppleving prega av resignasjon og tomleik. Skal ein som fagperson klara å skapa ein relasjon er det viktig å lytta til brukaren, og gi vedkomande stadfesting og respekt for den vedkomande er. Stadfesting har kraft til å røra ved og lindra, og er ei viktig handling blant tilsette innan hjelpeapparatet. Når ein stadfestar nokon, rører ein djupt ved den andre, og det er den handlinga som gjer brukaren si utvikling mogeleg. Ei erfaring av å ikkje bli stadfesta inneber liding (Lindström, 2003).

Når ein blir brukar av hjelpeapparatet på grunn av rusmiddel- og psykisk problem, blir det sårbare i oss særleg synleg. Det er då heilt avgjerande korleis den enkelte blir møtt og ivaretatt. Dessverre er det ei kjensgjerning for mange brukarar at ein ikkje alltid erfarer møtet med hjelpeapparatet som godt og ivaretagande, men at ein sit igjen med vonde minne. Dette kan vera å bli møtt respektlaust, med sårande og nedlatande ytringar eller fornærmande handlingar, eller at ein verken er blitt sett, høyr, forstått eller tatt på alvor (Samuelsen, 2012). I møte mellom tenesteytar og brukar er tenesteytaren si fremste oppgåve å verna om brukaren si oppleving av verdi. Det å oppleva seg som mindre verd som menneske, oversett og ikkje bli tatt på alvor, er audmjukande og djupt sårande og kan føra til skade på den enkelte si sjølvkjensle. Det å krenka er å påføra andre menneske liding, og er ei subjektiv oppleving eller erfaring (Samuelsen, 2012).

Brukarrolla har det tradisjonelt sett vore lite makt knytt til. Mange har kjent seg små og underdanige i møtet med hjelpeapparatet, der utgangspunktet for relasjonen er at den eine skal hjelpa den andre. Slik relasjon er utfordrande sidan det heile dreier seg om ulikskap (Myhra, 2012). Det å vera i brukarrolla kan for mange medføra avmaktskjensle. Det er tenesteytaren som er gitt formell makt gjennom at vedkomande kjenner lovar, reglar, rutinar og system for korleis tenestene fungerer og blir ytt. Nettopp difor er det viktig korleis tenesteytaren oppfører seg og behandlar brukaren for at det skal oppstå ein god relasjon mellom dei og slik utøva rolla si på best mogeleg måte. Måten ein kommuniserer

på og korleis ein utfører møta, kan både redusera og hindra at unødig makt blir brukt. Den som er i ein maktposisjon, kan oversjå den andre, men ikkje omvendt. Det er difor den som har mest makt, som har størst ansvar for kva som blir skapt (Myhra, 2012).

4.4 Oppsummering

I dette kapitlet har eg presentert den teoretiske referanseramma eg opplevde som relevant i lys av det informantane fortalde. Eg nytta teori om brukarmedverknad, rusmiddel- og psykisk problem, og relasjon nytta som teoretiske fundament.

5.0 Metode

I dette kapitlet skildrar eg korleis studien er gjennomført. Først kjem bakgrunn for val av metode. Deretter blir det gitt ei skildring av førebuing og gjennomføring av studien, for så å avslutta med analyseprosessen.

5.1 Val av metode

For og kunne utforska kva erfaringar personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem har i forhold til medverknad i eiga behandling, og erfaringane deira i møtet med hjelpeapparatet, fann eg det relevant å nytta ein kvalitativ metode. Dette valde eg av di eg søkte å gå i djupna i staden for mengde, og eg meinte difor at ein kvalitativ metode ville gi gode data og belysa temaet på ein fagleg interessant måte. Eg brukte denne metoden av di den samsvarte med den røynda eg ville utforska, av di kvalitativ metode søkte nyansar og betre forståing (Dalland, 2007).

I ein studie med kvalitativ metode gjorde eg som forskar bruk av både skildring og tolking, der det ikkje var mogeleg å nytta det eine utan å nytta det andre, av di skildringa var farga av tolkingar, og tolkinga bygde på skildringar. Av di kvalitativ metode handla om tolking av meningar i menneskelege uttrykk kan ein seie at metoden hørde heime i ein hermeneutisk erkjeningstradisjon (Malterud, 2003). På denne måten var alt det eg presenterte i denne studien, prega av meg som forskar si forforståing og tolking av det informantane skildra av erfaringar av medverknad i eiga behandling og erfaringane deira i møtet med hjelpeapparatet. Som forskar kunne eg likevel vektleggja den eine av desse dimensjonane meir enn den andre i innsamling og analyse av kvalitativt materiale. Eg prøvde å nytta ei mest mogeleg skildrande haldning til materialet, for slik å presentera informantane si stemme så lojalt som overhovudet mogeleg (Malterud, 2003). Som forskar var det viktig at eg var bevisst på eigne tankar og haldningar når eg skulle tolka medmenneskelege meningar. Når eg prøvde å forstå eit utsegn eller ei handling, var det ikkje mogleg å gjera dette uavhengig av mine tidlegare erfaringar (Dalland,

2007). Det var difor viktig å vera mine erfaringar bevisst slik at eg møtte informantane med eit ope sinn.

5.2 Forforståing

For at eg skulle klare å gjenfortelja erfaringane til informantane på ein best mogeleg lojal måte, kravde det at eg hadde eit reflektert forhold til eigen påverknad på gjennomføring og analyse av studien. Sjølv om eg prøvde å redusera anledninga for skeivtolking av forskingsarbeidet gjennom å tenkja igjennom kva som kunne vera mine grunnar for påverking av forskinga, prega likevel forforståinga mi heile prosessen. Eg vona likevel at ved at eg reflekterte over mi forforståing og gjorde denne tydeleg, at eg fekk meir distanse, slik at eg klarte og presentera informantane si stemme minst mogeleg forstyrra, og utan å leggja mine eigne tolkingar som fasit. Sjølv om eg blei kjend med informantane si forståing, og slik fekk innsikt i deira erfaring, hadde eg alltid med meg mi eiga forståing. Med min bakgrunn som sjukepleiar med vidareutdanning innan rusproblematikk, hadde eg med meg mi arbeidserfaring, og som menneske hadde eg med meg mi livserfaring. Jobben min innan kommune- og spesialisthelseteneste, blant anna med personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem, farga meg som intervjuar. Desse områda påverka meg i vala mine, og måtar eg såg og møtte informantane på. På bakgrunn av dette kunne eg leita etter svar som passa min livshorisont, og som slik overskygga informantane sin livshorisont. Målet var at livshorisontane møttest slik at eg fekk ei sann forståing av informantane si erfaring.

5.3 Innsamling av data

For å finne svar på problemstillinga, gjorde eg eit kvalitativt forskingsintervju, der eg samla data gjennom individuelle intervju. Sidan eg var interessert i brukarane si erfaring var intervju ein relevant framgangsmåte for innhenting av slik informasjon, der individuelle intervju eigna seg godt for å få fram einskilde sine skildringar (Thagaard,

2009). For å hugsa intervju brukte eg ein lydopptakar, noko alle informantane var innforstått med på førehand, og hadde godtatt.

Eg intervju personar som gav meg opplysningar om det eg var interessert i å vita noko om, der me utveksla synspunkt om eit tema som opptok oss begge. Samtalen hadde ein viss struktur og hensikt. Eg valde intervju med opne spørsmål av di dette ga anledning til å gå i djupna på tema i tillegg til at informantane fekk anledning til å gi utfyllande svar og eg fekk deira synsvinkel (Kvale, 2001). Intervju føreset at eg som forskar hadde innlevingsevne. På den måten kunne intervjuet gjennomførast som ein meiningsfull samtale. Det var difor viktig at eg hadde eit ope sinn i høve det som kom fram gjennom intervju slik at informantane si erfaring blei grunnlaget. Med eigne ord fekk dei lov til å uttrykkja seg, der eg som intervjuar lytta til kva personane sjølv fortalte, og slik lærte om deira erfaringar. For å få til ein størst mogeleg likeverdig dialog var det viktig at eg klarte å skapa ei god ramme, basert på tillit og tryggleik (Kvale, 2001).

5.3.1 Det kvalitative forskingsintervju

Eg valde ein halvstrukturert intervjuguide slik at samtalen fekk lov til å utvikle seg undervegs (vedlegg 3). Som forskar definerte eg tema og spørsmål, men det var også viktig å gi informantane anledning til å koma med sine synspunkt og erfaringar. Likevel var det relevant å ha ein del spørsmål nedskrivne, som hjelpte meg å halda fokus. Eg var ikkje bunden til ei bestemt rekkefølge og spørsmål blei formulerte undervegs i samtalen (Dalland, 2007). Det kvalitative aspektet ved denne framgangsmåten var at informantane sto fritt til å utforma svara sine, og eg fekk tydeleg fram erfaringane deira (Thagaard, 2009). Då kom den gode samtalen lettast fram, og det blei enklare for meg å få innsikt i informantane sitt forhold til temaet og dermed også til deira erfaringar (Fog, 1994).

Intervju blei for det meste gjennomførde heime hjå informanten. Dette fordi det var ynskjeleg for informantane. Eg syntest dette var ein god plass av di det var ein trygg arena for informanten. Berre eit intervju blei føretatt på ein anna plass, og det var då viktig å finne ein plass der me fekk ro. Intervju blei gjennomført i mars og april 2013.

Intervjua føregjekk som ein samtale, og varte frå 20 minutt til 2 timar og 16 minutt. Intervjuet som varte over to timar inneheldt samtaleemne som ikkje nødvendigvis passa til temaet på oppgåva. Eg var bevisst på å vera tilstades i samtalen og ha augekontakt. Informantane sine refleksjonar og formidlingar blei støtta med nikk, kommentarar og klargjerande spørsmål. Slik fekk informantane anledning til å bekrefte innhaldet eller utdjupa utsegna sine. Eg opplevde alle informantane opne, og fekk tilbakemelding frå alle at dei opplevde intervjuet bra.

5.3.2 Transkribering

Etter intervjuet føretok eg transkribering av intervjua. Transkriberinga var ikkje berre ein teknisk prosess, men ein tolkingsprosess i seg sjølv (Kvale, 2001). Målet var å transkribere intervjua så rask som mogeleg etter intervjuet. Dette klarte eg med det første intervjuet og halve nummer to. Etter det kom intervjua så tett at det var vanskeleg å få fullført transkripsjonen før neste intervju. Intervjua blei likevel transkribert kort tid etter intervjuet av meg. Lydkvaliteten på opptakaren var god. Dette gjorde det lett å høyre kva som blei sagt og transkribere ordrett. I det eine intervjuet snakka informanten veldig fort, og det kunne difor av og til vera vanskeleg å oppfatta kva som blei sagt. Men med tolmod og lytting til utsegna fleire gonger blei det forståeleg. Transkriberinga var ein tidkrevjande, men nyttig prosess som bidrog til å gi ein heilt annan nærleik til den informasjonen som kom frå samtalan. Data blei transkribert i anonymisert form, der 4,5 intervju utgjorde eit skriftleg materiale på 51 sider med 1,15 i linjeavstand. Det halve intervjuet var på grunn av at informanten måtte avbryte.

5.4 Utval

Når det gjeld tal på deltakarar, var det i utgangspunktet ynskjeleg å intervjua til eg nådde eit visst mettingspunkt. Om mange brukarar hadde hatt same erfaring av medverknad på eiga behandling, kunne eg snakka om metting av utval. Målet var gjennom å intervjua personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem å finna felles erfaringar mellom det dei ulike informantane fortalte meg. Det var likevel viktig å ikkje samla inn for mykje data av di det kunne blitt vanskeleg å analysere eit stort og uoversiktleg datamateriale

(Kvale, 2001). Eg ynskte i utgangspunktet å intervju 5-7 brukarar. Slik ville eg få ei viss mengd deltakarar, men likevel ikkje fleire enn at eg klarte å analysere resultatet. For å sikra variasjonen i utvalet, og dermed breidde i svara, ynskte eg informantar av begge kjønn og i ulike alder (Kvale, 2001).

For at eg ikkje skulle ha kjennskap til informantane, og for at informantane skulle få lov til å vera anonyme fram til dei hadde tatt avgjersla om dei ynskte å delta i studien eller ikkje, tok eg først kontakt med fleire instansar innan hjelpeapparatet i ein kommune der eg ikkje har arbeidstilknytning for å be om hjelp til å skaffe informantar. Dette gjorde eg for å vera sikker på at eg ikkje ville få informantar eg hadde behandlingsansvar for eller at det var mogeleg at eg ville få det i løpet av nærmaste framtid. Det synt seg vanskeleg å få tak i informantar. Alle informantar med fullført intervju, hadde vore rusfri over ein periode, men dette var ikkje noko krav. Eg sleit med å få tak i eller mottok gjentatte avbestillingar frå informantane som var i ein aktiv rusfase. Resultatet blei fire fullførte intervju og eit som blei avslutta ca halvvegs. Eg valde å nytta meg av den delen av intervjuet som blei gjennomført. Av fullførte intervju var det to kvinner og to menn. Det intervjuet som blei starta, men ikkje fullført, var med ei kvinne. Alderen til informantane var mellom 20 og 45 år.

5.5 Utfordringar med å få tak i informantar

Før eg starta studien, trudde eg det skulle vera relativt enkelt å skaffa meg informantar som ynskte å stilla opp, sjølv om eg visste at dette kunne vera ei utfordrande gruppe personar. Eg trudde temaet ville vera kjekt å få uttala seg om. Likevel viste dette seg å ikkje stemma. For å skaffa informantar vart eg nøydd til å ta kontakt med fleire instansar enn eg hadde tenkt i byrjinga, der eg måtte vera kreativ i forhold til instansar eg tok kontakt med. Eg valde instansar innan hjelpeapparatet, via representantar med brukarerfaring og via ein informant som gjerne ville spørje vener (snowball sample).

Av di det var fleire instansar eg ikkje mottok svar frå, var eg usikker på om årsaka var tenesteytarar i hjelpeapparatet eller om det var brukarar som ikkje orka eller ynskte å stilla opp. Eg tenkte sjølv at dette kunne skuldast begge partar. Eg mottok tilbakemelding

frå ein instans om at brukarane hadde kontakt med så mange, og at dei difor syntest det var nok. Var det hjelpeapparatet som skulle velja dette for brukaren, og kvar var då brukarmedverknaden? Eg mottok også fleire avlysingar då eg tok kontakt med informantar av di dagsforma ikkje var god. Ein informant prøvde ein gong, men valde å avslutta av di vedkomande ikkje klarte å følgja med grunna rusmiddelinntaket. Det let seg dessverre ikkje gjera å finna ein ny dag, så tidsperspektivet stoppa anledninga til å fullføra intervjuet. Tilbakemeldingar eg mottok frå brukarar var at ein ikkje torde å stille opp av di det kunne vekka opp for mange tidlegare dårlege erfaringar i forhold til hjelpeapparatet, og at ein var redd for at ein ikkje skulle takla dette. På grunn av mange dårlege erfaringar hadde nokre brukarar vanskar med å stola på folk, og ein sleit difor med å stole på forskar også. Ein var redd for at forskar skulle bruke informasjonen mot vedkomande i staden for til fordel for vedkomande. Slike opplysningar gjorde meg frustrert i forhold til korleis eg skulle klara å få tak i dei informantane som eg tenkte var viktige for å belysa temaet mitt. Og kanskje var det dei som ikkje hadde så dårlege erfaringar med hjelpeapparatet, som stilte opp.

5.6 Truverde og gyldigheit

Eg la i denne studien vekt på at lesaren kunne følgja heile arbeidet frå byrjing til slutt for å synleggjere truverdet i oppgåva. For å sikra truverdet ytterlegare blei det nytta ein intervjuguide ved alle intervju slik at informantane omtala dei same områda.

Intervjuguiden blei laga utifrå problemstillinga, slik at denne samsvara med oppgåva sitt mål. Intervjuguiden fungerte difor som eit instrument for å sikra truverde, og stabiliteten i oppgåva blei sikra (Kvale, 2001). Intervjua bygde på kvarandre og modna etter kvart. Dette førte til ulike hjelpespørsmål som utdjupa dei allereie bestemte områda i intervjuguiden av di eg som intervjuar gjorde erfaringar gjennom intervju og informantane kom med tankar som gjorde dei aktuelle områda i dei seinare intervju rikare (Kvale, 2001).

Prosessen med å transkribera intervju og analysearbeidet var nøyaktig utført. Talet på informantar kunne vore større for å styrkja truverdet ytterlegare (Kvale, 2001). Målet med denne studien var likevel ikkje å finna klare svar, men å auka kunnskapen om emnet.

I studien var også graden av gyldigheit viktig, og om eg klarte å fanna informantane sine skildringar både i intervjusituasjonen, gjennom analysefasen og i presentasjonen.

Oppgåva med å sikra gyldigheita starta allereie gjennom arbeidet med å utarbeida forskinga sitt fokus til analysen av funna var ferdig (Kvale, 2001). Gjennom studien låg det ei mogeleg feilkjelde i sjølve kommunikasjonsprosessen. Gyldigheita kunne bli svekkja på grunn av erfaringane mine frå arbeidslivet ettersom det påverka informantane og meg som intervjuar. Det var difor naudsynt å presentera mi for-forståing og gjera analyseprosessen transparent. Gjennom studien nytta eg ein kvalitativ analysemetode, som bidrog til å kvalitetsikra analyseprosessen, og eg meinte difor gyldigheita i studien blei ivaretatt tilstrekkeleg.

Planlegging og gjennomarbeiding aukar truverdet, og bidreg til å kvalitetssikra forskingsprosessen sin gyldigheit (Kvale, 2001).

5.7 Forskingsetiske vurderingar

Forsking blant personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem, var forsking blant personar som var kategorisert som brukarar. Dette stilte difor store krav til etiske vurderingar. For å få godkjenning til forskinga søkte eg Norsk Samfunnsvitenskaplige datatjeneste (NSD). Skriftleg svar blei mottatt med godkjenning (vedlegg 1).

Studien medførte etiske krav om å søkja sann kunnskap, der respekten for mennesket var eit fundamentalt utgangspunkt. Eg kunne difor ikkje akseptera at mennesket blei gjort til middel for at eg skulle oppnå eit bestemt mål. Informantane blei invitert til å koma med innspel i etterkant viss det var noko dei ville kommentera eller utdjupa meir (Kvale, 2001). Dei etiske avgjerslene føretok eg gjennom heile prosessen (Thagaard, 2009).

Prinsippet om informert samtykke var utgangspunktet for studien (Thagaard, 2009). Eg utforma difor eit informasjonsskriv om kva tema eg ynskte å ta opp med informantane, og samtykkjeerklæring. Alle informantane blei informert munnleg og skriftleg av rekrutterande instans. Dei som ynskte å delta i studien, tok enten sjølv kontakt med meg direkte, eller oppgav telefonnummer til rekrutterande instans med tillating om at eg kunne kontakta dei.

Før intervjuet starta, blei samtykkjeerklæringa gjennomlesen og underskriven, og informantane fekk på ny skriftleg informasjon om studien (vedlegg 2). Hadde dei spørsmål, informerte eg dei før intervjuet. Eg gav også informasjon om at dei når som helst hadde høve til å trekke seg frå studien utan at det kom til å få konsekvensar for dei. Det var viktig at dei som deltok i studien min, valde dette frivillig og ikkje blei utsett for press. På denne måten blei autonomiprinsippet, det vil sei retten til sjølvbestemming og medverknad, oppfylt. Alle informantane i studien var vaksne menneske som blei vurdert til å ha samtykkekompetanse. Som forskar var eg ekstra varsam sidan det var ei utsett gruppe, og eg passa på at informantane ikkje blei påført unødvendig meirbelastning. Oppgåva mi var å beskytta informantane og passa på at eg ikkje krenka dei som hadde vist meg tillit (Malterud, 2003).

Ved gjennomføring av studien hadde eg også ansvaret for å halda teieplikta og sikra intervjupersonane sin anonymitet (Dalland, 2007). Informantane blei informerte om at eg hadde underskreve teieplikterklæring, og eg forsikra om at all informasjon dei hadde gitt, blei handtert konfidensielt, og at dei ikkje kunne identifiserast i framstillingane (Thagaard, 2009). Informantane blei i tillegg anonymiserte i forhold til kjønn.

5.8 Analyse

Analysen av materialet starta allereie ved første intervju og føregjekk kontinuerleg gjennom heile forskingsprosessen fram til den avslutta tolkinga. Analysen bygde bru mellom rådata og resultat ved at det organiserte datamaterialet blei fortolka og samanfatta (Malterud, 2003).

I min analyse av empiri var det relevant å ta utgangspunkt i Malterud (2003) sin 4 trinns analysemetode, som er ei modifisering av Giorgi sin fenomenologiske analyse. Målet var å gjenfortelja informantane sine uttrykk, erfaringar og meiningsinnhald på ein mest mogeleg lojal måte.

Kvar tekst blei først gjennomlest, og eg danna meg eit umiddelbart inntrykk av heilskapen i teksten. For at teksten skulle bli oversiktleg å arbeida med, markerte eg interessante utsegn frå kvar av informantane nøye med raud skrift og markeringspenn. Eg

skreiv også stikkord i margin. Dette var andre steg i analysen. Dei markerte tekstdelane, som blei kalla meiningsberande einingar, bestod av setningar og lange utsegn (Malterud, 2003). I dette steget blei relevant tekst skilt frå irrelevant, og eg fekk betre oversikt over informasjonen eg hadde innhenta gjennom intervju. Slik fekk eg fram samanhengar som hadde relevans for studien (Kvale, 2001). Etter å ha lese gjennom alle intervju fleire gonger og identifisert relevant tekst, plasserte eg dette i eit temakart som eg nytta meg av vidare. Fleire meiningsberande einingar blei samla under same temaoverskrift av di innhaldet omhandla felles tema. Eg valde å laga eit temakart for kvart intervju for å kunne skilja dei ulike informantane sine utsegn. Tredje trinn i analysen var å gi dei ulike temaoverskriftene vidare mening, der dei enkelte meiningsberande einingane blei nøye gjennomgått. Temaoverskriftene som gav lite mening til fokuset i oppgåva, blei her sløyfa. Gjennom dette arbeidet blei det klart at problemstillinga måtte endrast noko. For det var ikkje berre erfaringane av medverknad i behandling som kom tydeleg fram, men også erfaringane til informantane i deira møte med hjelpeapparatet. I det siste trinnet var det viktig at eg som forskar samanfatta det eg hadde funne på ein måte som var lojal mot informantane. For å sikra at eg fekk med meg det informantane fortalte, var det viktig at eg nytta den transkriberte teksten, der eg las gjennom intervju fleire gonger etterpå. For å få tak i meiningsinnhaldet i teksten vandra eg frå del av teksten til heile teksten og vidare til del igjen (Thagaard, 2009). Eg skapte slik ei heilskapleg mening i det augeblikket ei første mening viste seg i det eg prøvde å forstå, som igjen blei revidert i lys av det eg fann ut når eg trengte lenger inn i teksten (Gadamer, 2010). Det var inga absolutt sanning, men målet var å få auka forståing av meiningsinnhaldet i informantane sin livssituasjon (Thagaard, 2009).

6.0 Presentasjon av resultat

I dette kapitlet legg eg fram resultatet av funna mine på bakgrunn av informantane sine utsegn om deira erfaring av medverknad i behandling, og erfaringane dei opplyser å ha hatt i møtet med hjelpeapparatet. Desse tema var det som kom fram i datamaterialet:

1. Manglande erfaring av medverknad
2. Rusmiddelproblem diskvalifiserer brukarmedverknad
3. Erfaring av brukarmedverknad
4. Manglande medverknad gir erfaring av å ikkje bli verdsett
5. Brukarmedverknad gir erfaring av å bli tatt på alvor

Eg valde å halda punkt 2 som eit eige tema av di opplevinga mi gjennom intervjuet var at sidan brukarane hadde ei ROP-liding førte dette til manglande medverknad. Negative haldningar kom fram hjå tenesteytarar når brukarane fortalde at dei hadde eit rusmiddelproblem.

Det var veldig ulik erfaring informantane hadde i møtet med hjelpeapparatet. Erfaringane var også ulike ut frå kva delar av hjelpeapparatet dei hadde vore i kontakt med. Felles for alle informantane var at dei hadde både positive og negative erfaringar med hjelpeapparatet i forhold til det å få medverka og bli sett, høyrte, respektert og tatt alvorleg når ein bad om hjelp. Det var grunn til å tru at dette var på grunn av at alle har vore i kontakt med fleire deler av hjelpeapparatet.

6.1 Manglande erfaring av medverknad

Opplevinga av å ikkje ha medverknad i møtet med hjelpeapparatet var noko alle informantane hadde erfaring med. Informantar erfarte at det offentlege ikkje gav dei ein reell sjanse til medverknad, fekk betra livssituasjonen sin og fekk eit fullverdige liv av di bustadsituasjonen det offentlege tilbydde dei, kunne vera ein hospitsplass der mange med rusmiddelproblem budde saman. Når ein budde på slike plasser over lengre tid, var

opplevinga til ein informant at kommunane laga rusmiddelavhengige sjølv, og at det var hårreisande å plassera unge menneske på slike plasser. Erfaringa var at ein ikkje klarte å nyttiggjera seg hjelp frå hjelpeapparatet når ein budde på hospits. Opplevinga var også at det tok for lang tid og at tenesteytar gjorde for lite når ein søkte hjelp av hjelpeapparatet, og at ein difor følte ein ikkje hadde reell medverknad. I tillegg klarte ein ikkje å halda motivasjonen oppe av di ting tok for lang tid.

Informantar opplyste:

Slik som eg ser det, så lagar dei rett og slett narkomane sjølv, altså kommunen, når dei plasserer unge menneske på hospits.

Det er blitt gjort for lite liksom til at eg klarer å halda motivasjonen så veldig mykje lengre. Det gjeld i høve begge kontaktinstansane mine.

Det var og problem når det gjaldt samarbeid mellom instansar. Informantane kunne ha god medverknad og blei møtt positivt av kontaktpersonar i ein del av hjelpeapparatet, men så hadde ein ikkje kome lenger av di verken søkjande instans eller ein sjølv fekk gehør. Slik blei ein ståande og ”stanga hovudet i veggen”. Informantar hadde erfart å bli søkt til psykolog på grunn av at fleire tenesteytarar i hjelpeapparatet meinte dette var viktig, men fekk ikkje gehør hjå behandlande instans. Erfaringa var også at ein sjølv opplevde å ha behov for psykolog men blei ikkje høyrte eller fekk gehør for sine ynskje.

Utsegn frå informantar:

Eg spurte etter psykolog i mange år. Fekk ikkje i det heile tatt. Til slutt så gav eg berre opp.

Tidlegare psykologen sa eg var nøydd til å ha psykolog vidare for det krølle seg i hovudet på meg, ... men leiaren meinte på at eg var ikkje sjuk nok. Legen min sa akkurat det same og kontaktpersonane mine sa akkurat det same, men leiaren valde å ikkje høyre på dei. Så nå slite eg jo big time med stemmane, og eg får jo ikkje hjelp for dei. Nå må eg klara det sjølv.

Brukaren eg kjenner, opplevde å bli søkt til psykiater på grunn av at fleire deler av hjelpeapparatet meinte dette var viktig, men fekk ikkje gehør hjå behandlande instans. Når brukar ville klaga på vedtaket, var svaret frå vikarierende lege at det var nyttelaust, for vedkomande kjente systemet og visste at svaret kom til å bli nei.

6.1.1 Lite å seia i forhold til behandling

Erfaringa var at ein ikkje alltid hadde like mykje ein skulle ha sagt når det gjaldt kva type behandling ein blei sendt til. Sjølv om ein ynskte hjelp og ynskte behandling, var det viktig at ein opplevde å få adekvat behandling, slik at ein trudde ein fekk noko ut av den. Informantar opplyste at det var viktig å høyre på kva personar som kjende ein og kjende behandlingstilbodet meinte, men at det likevel ikkje var noko poeng at ein berre blei sendt til behandling utan at det var gjennomtenkt. Ein måtte få lov til å vera med å medverka i forhold til eiga behandling, fordi ein sjølv visste oftast best kva som passa for ein. Når ein var med å tok avgjersla sjølv, gjekk ein ofte meir inn for behandlinga av di det var noko ein verkeleg ville. Ein var forskjellige som menneske, og ulike behandlingstilbod passa den enkelte. Erfaringa var også at det kunne vera vanskeleg å få tilbod om behandling av di ein hadde nådd ein alder som ikkje blei prioritert, sjølv om ein sjølv opplevde at ein framleis var ung og at det var nå ein var motivert for behandling. Det var ofte då avgjerande kva behandlar ein hadde om ein blei tilbudd plass eller ikkje. Erfaringa var at ein ikkje alltid blei fortalt sanninga og blei fortalt at det ikkje eksisterte akutt plass etter ”sprekk”. Ein fekk difor ikkje raskt plass sjølv om ein visste at akutt plassen eksisterte av di ein sjølv var med og oppretta den i si tid. Erfaringa var difor at ein ikkje fekk ny sjanse, og at behandling tok lengre tid. Det blei også nemnd av informantar at det var dumt at det var så lang ventetid. Ein fekk ikkje plass når ein sjølv ynskte og trong det, og det blei vanskeleg å halda motivasjonen oppe i ventetida.

Utsegn frå informantar:

Det er ikkje alltid dei tilpassar det. ... Av og til så er det berre der det er plass, og så kastar dei deg der. Og det er ikkje riktig det synest eg. Det må jo stemma med det du ynskjer sjølv, og det du treng.

Når du rusar deg, og bestemmer deg for at du vil inn på behandling, då skulle det vore ein plass til deg med ein gong, for det er då du vil, og det er då du er motivert. Ikkje om eit halvt år når du får plassen. Det er vanskeleg å halda på motivasjonen over tid.

Brukaren eg kjenner, opplevde at tenesteytar ville avgjera kva behandling vedkomande skulle ha, og at vedkomande skulle leggjast inn. Brukar sjølv meinte at dette var bortkasta tid og ressursar på det nåverande tidspunkt, og at brukar ofte kjente på at vedkomande berre blei dårlegare av å vera innlagt. Brukar ynskte difor sjølv heller å gå poliklinisk, men dette fekk vedkomande avslag på.

6.1.2 LAR stengte for brukarmedverknad

Informantar fortalde at dei synest LAR hadde mykje reglar. Slik som LAR fungerte, tok dei ikkje vare på dei som var dei dårlegast stilte brukarane. Det burde dei ha gjort. Det var stor forskjell på kontaktpersonane i forhold til om du fekk medverka og blei behandla med respekt. Opplevinga var også at det ikkje blei gitt anledning til å ”gå på trynet” i forhold til sidemisbruk og der avtalar gjort med kontaktperson i LAR, ikkje blei haldne. Straff hadde ikkje berre med at ein gjorde dumme ting, men kven ein hadde som kontaktperson på LAR. Ein måtte jobba for å opparbeida seg respekt. Og dei som ikkje kunne snakka godt for seg, hadde mykje dårlegare ordningar i LAR enn dei som var meir taleføre.

Informantar nemnde:

Ein kontaktperson eg hadde tidlegare, var heilt forferdeleg. Ho kom inn i rommet, så handhelste ho på legen min og kontaktpersonen min, og så sette ho seg berre ned, og ho helste ikkje på meg. Så byrja ho eit langt angrep på meg.

Nokon straffetiltak må det vera, men dei må gi folk sjansar. ... Meininga var jo at me skulle få eit verdig liv. ... Straff har ikkje berre å gjera med at ein gjer dumme ting. Det har så mykje å sei kven du får som kontaktperson på LAR.

Dei som jobbar på LAR, gjorde det heller ikkje så enkelt i forhold til arbeid av di dei var lite fleksible med henteordningane sine av medisinar. Det kunne vera umogeleg å behalda ein jobb. Erfaringa frå informantane var at regelverket ikkje blei praktisert likt i LAR over heile landet, og at reglane var strengare blant anna på deler av Vestlandet.

Utsegn frå informantar:

LAR kunne ikkje tilretteleggja i forhold til henting av medisin der eg jobba.

Dei satsar så mykje på straff og sånn her. Det er sånn satsing på straff i staden for å møte folk der dei er. Nettopp! Og det er sagt at her og Trondheim er dei verste plassane i Noreg.

6.1.3 NAV lite brukarmedverknadsviljug

Informantar nemnde at dei hadde vanskar med forholdet til NAV. Dei blei ikkje tatt seriøst og fekk ikkje medverka i situasjonen. Dei erfarte at NAV ikkje gav rett informasjon, var lite tilgjengeleg, hadde manglande engasjement og ikkje møtte på til dømes ansvarsgruppemøte. At NAV kunne vera problematiske å forholde seg til somme tider var også ein frustrasjon samarbeidspartnarar kunne kjenne på i følgje informantar.

Informantar opplyste:

Kontaktpersonane eg har på NAV, er heilt talentlause. Dei er heilt ubrukelege. ... Kontaktpersonane mine har prøvd å ringja til dei for å få i stand samtale, og at dei kan vera med, men det er heilt umogeleg. Dei får det ikkje til. Dei og er heilt oppgitte over dei.

Han var sikkert flink viss han hadde vilja, men han gadd ikkje engasjera seg. ... Når han fekk anbefalinga frå legen, gadd han så vidt å lesa det, så la han det vekk.

Det blei også opplevd at NAV ikkje gjorde nok for å prøva å finna arbeidstiltak ein kunne delta på, og at det tok for lang tid. Når ein berre blei sittande heime og glo i veggen, var det vanskeleg å halda oppe motivasjonen og unngå å bruka rusmidler.

Informant nemnde:

Det tok lang tid å finna ut av dette her med å prøva å få noko å gå til, blant anna ein gard. Eg blei jo sittande eg å glo i veggen kvar dag. Eg kjeda meg så mykje, og då måtte eg ha rus. Eller måtte ikkje, men eg klarte ikkje å la vera.

Brukaren eg kjenner, erfarte å ikkje få medverka i møte med NAV. På møtet blei det bestemt over hovudet på vedkomande kva som var alternativet. Vedkomande erfarte heller ikkje å få hjelp til å skaffa seg jobb av di tenesteytar meinte ho ikkje kunne gå god for brukar når brukar fortsatt nytta cannabis til det vedkomande kallar

medisinsk bruk. Sjølv om det å byggja tilfriskning rundt jobb har vist seg å vera positivt for mange. Brukar blei også faktisk oppfordra til å ikkje vera ærleg i forhold til sitt rusmiddelbruk av di det då ville vera lettare for vedkomande å få jobb. Avslaget grunna tenesteytaren også i lovverket, og brukaren opplevde å ha ingen medverknad på sin livssituasjon og behandling.

6.2 Rusmiddelproblem diskvalifiserer brukarmedverknad

Fleire av informantane nemnde at dei har negative erfaringar i forhold til det å bli sett for både rusmiddelproblemet og psykiatrilidinga si i møte med hjelpeapparatet. Reell medverknad i behandlinga blei difor ikkje mogeleg. Erfaringa var at både innan psykisk helsevern og instansar innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling såg fagpersonane berre rusmiddelproblemet til brukaren. Fagpersonane spurde ikkje etter årsaka til kvifor dei byrja å bruka rusmiddel, og kva rusmidla hadde og seia for vedkomande. Dei fekk berre beskjed om at dei måtte slutta med rusmiddel og at rusmidla var årsaka til den psykiske lidinga. Resultatet var at fagpersonane ikkje tok tak i den psykiske lidinga. Som person med ROP-liding var du difor heldig om du fann den eine behandlaren som såg deg for den du var. Informantane erfarte at ein sjølv og andre blei fråtatt medisinerer for den psykiske lidinga av di ein hadde sagt at ein nyttar rusmiddel.

Som informantar opplyste:

Dei ser berre ruslidinga, og mange gonger så tenkjer dei at det er avhengigheita som er sjukdommen. Men dei fleste som rusar seg, veldig mange i alle fall, har byrja med det som medisinerer. Det gjorde i alle fall eg.

Ein kompis av meg innrømma at han brukte rus, og då tok psykologen vekk den antipsykotiske medisinen hans, og det var det einaste som virka på han, og heldt han roleg. ... Då er det difor du har problemet, så då treng du ikkje medisinen i følgje han, for då må du berre slutta å rusa deg. ... Det var mange år eg gav han av min antipsykotiske medisin for at han skulle halda seg stabil.

Erfaringa til informantane var at fagpersonane ikkje fokuserte på integrert behandling av begge lidingane samtidig, og at behandlarar innan psykisk helsevern fråskreiv seg ansvaret på grunn av rusmiddelproblemet.

Informantar sa:

Då sa han berre rett ut, han legen, dette er rusrelatert sa han. Dette er ikkje noko me kan hjelpe deg med. Dette er du nøydd til å hjelpe deg sjølv med på ein eller anna måte, i eit program. For han meinte at all min depresjon og sucidale tankar kom frå rusen.

Den behandlinga du får av helsevesenet, når du seie du bruke rus, den er bullshit på godt norsk. ... Når eg berre fortalte om psykiatrilidinga, så fekk eg hjelp, blei møtt og ivaretatt. Men så fort eg sa at eg brukte rus av og til og sånn, så var det akkurat som å skru på ein anna brytar. For då vart det berre fokusering på det at eg rusa meg, ikkje på å finna årsaka bak. Før eg sa noko var dei veldig på å finna ut kvifor eg hadde problem. ... Det er ein grunn til at eg byrja å rusa meg. Det er jo den dei burde ta tak i i staden for. ... Skulle eg få hjelp, så måtte eg slutta å rusa meg. Punktum.

Opplevinga til informantane var at dei blei stigmatiserte på grunn av sitt rusmiddelproblem, meir enn den psykiske lidinga, og at rusmiddelproblemet var årsaka til lita erfaring av medverknad på eiga behandling. Erfaringa var at det var vanskeleg å bli trudd som rusmiddelavhengig av di du som rusmiddelavhengig blei stempla. Dei blei heller ikkje tatt seriøst for begge lidingane dei sleit med, og blei ikkje likeverdig behandla og godkjende som den personen kvar av dei var.

Informantar nemnde:

Rusen blir veldig stigmatiserande. ... Og så er det så mange som snakkar til deg akkurat som du er ingenting, du føler deg som ei lus. Du føler du har ikkje ein ting du skulle ha sagt fordi du brukar rus rett og slett. ... Du blir stempla, og du får ikkje den hjelpa du treng.

Den første psykologen min snakka til meg akkurat som eg var ein rett og slett ein dritunge. At alle mine psykiske problem hadde med rus å gjera, og det hadde det aldeles ikkje. Eg byrja å rusa meg av heilt andre grunnar. Sant.

Ein av informantane nemnde også at vedkomande på grunn av rusmiddelproblemet blei skriven ut av psykiatrisk avdeling då vedkomande opplyste om rusmiddelproblemet sitt. Behandlaren meinte at bruk av rusmiddel var grunnen til at vedkomande hadde fått

psykisk problem. Realiteten var at informanten hadde byrja å bruka rusmiddel på grunn av den psykiske lidinga. Informanten fekk ikkje informasjon eller tilbod om meir relevant behandling ut frå kva fagpersonar meinte.

Informant sa:

Dei skreiv meg ut på grunn av at eg rusa meg. Eg rusa meg ikkje inne på avdelinga. Så fort eg sa eg hadde rusproblem, så blei det snudd trill rundt. Før det så fekk eg den hjelpa eg skulle ha, for då leita dei etter kvifor eg var blitt sjuk.

Dei skreiv meg berre rett ut, og eg var ikkje den einaste. Det var 3 stykk den dagen som blei skrivne ut. Alle 3 blei skriven ut på grunn av at me hadde innrømt at me hadde brukte rus. Ikkje på avdelinga, men hadde rust oss. ... Dei heiv meg eigentleg ut til intet, utan å henvisa meg vidare.

Det blei likevel opplyst at det var stor skilnad på ulike psykiatriske avdelingane i forhold til korleis ein hadde erfart å bli møtt og få medverka på eiga behandling når dei hadde både rusmiddel- og psykisk problem.

Informant sa:

På den avdelinga eg var sist, blei eg møtt på ein heilt annan måte. Der blei eg ikkje stigmatisert sjølv om eg fortalte at eg brukte rus. For den legen som var der, var heilt annleis.

Brukaren eg kjenner, erfarte at av di vedkomande har eit rusmiddelproblem i tillegg til den psykiske lidinga, så ville ikkje hjelpeapparatet la brukar gå til polikliniske samtalar for si psykiske lidning. Dei meinte vedkomande måtte få hjelp frå tverrfagleg spesialisert rusbehandling for rusmiddelproblemet sitt først. Problemet til brukar var at slik stoda var, så var det vanskeleg for vedkomande å redusera meir på inntak av rusmiddel før vedkomande fekk hjelp for si psykiske lidning. Brukar hadde også erfart at vedkomande ikkje blei tatt alvorleg for si psykiske lidning når vedkomande hadde vore innlagt på psykiatrisk avdeling av di brukar hadde eit rusmiddelproblem.

6.3 Erfaring av brukarmedverknad

Informantane hadde også positive erfaringar i møtet med hjelpeapparatet, der dei hadde fått medverka i eiga behandling. Nokre hadde meir positive erfaringar enn andre. Det som var felles for alle informantane, var at dei hadde stort sett positive erfaringar av hjelpeapparatet nå, men ikkje hadde hatt det tidlegare. Nokre hadde brukt lang tid på å koma der dei var i dag i forhold til det å få medverka. Nå hadde informantane fått kontaktpersonar som tok dei på alvor. Dette gav dei erfaring av medverknad.

Informantar opplyste:

Når eg legg fram behova mine for hjelp føler eg nå eg blir møtt, men ikkje tidlegare. Legen min har alltid hjelpt meg, men før eg fekk han så fekk eg ikkje hjelp i det heile tatt når eg spurde om hjelp. Då var det heilt nada.

Det har hjelpt meg så mykje, og eg har fått det når eg har trengt det. ... Folk rundt meg har gjort så godt dei kan. Eg har verkeleg møtt folk som har brydd seg heile vegen, utanom den eine gongen.

Han fastlegen min, han snakkar eg mykje med. Han er heilt fantastisk. Han har redda livet mitt altså. ... Han snakkar eg også med viss eg har det dårleg.

Erfaringa til informantane var at sjølv om det fortsatt var utfordringar, hadde dei nå nokre tenesteytarar dei stolte på og som ilag med dei prøvde å betra livssituasjonen deira. Dei ville aldri klart det om det ikkje hadde vore for desse tenesteytarane. Erfaringa var at ein hadde kontaktpersonar og ansvarsgrupper der ein fekk lov til å vera med å bestemma. Utfordringane i dag var manglande eller dårleg samarbeid med andre instansar som gjekk ut over informantane. Dei erfarte å bli møtt og fekk medverknad der dei hadde dagleg kontakt, men når nye behov meldte seg og ein prøvde å få til samarbeid med andre instansar, stoppa det opp.

Informantar sa:

Eg har vore så heldig og då, for kontaktpersonane mine har jo talt mi sak. Hadde det ikkje vore for dei, hadde eg aldri fått den siste runden på behandlingssenter, fordi eg var

så gamal. ... Dei såg på meg som eit umogeleg tilfelle fordi eg var så gamal og hadde fått så mange sjansar. ... Men det var denne gongen eg var klar for det. ... Eg hadde aldri klart meg eg viss ikkje det var for kontaktpersonane mine.

Eg føler eg har vore med å styrt heile behandlingsforløpet mitt, men det har ikkje alltid gått så fort så eg har ville. Men eg har fått vore med å styrt den.

Sjølv om det var viktig at ein fekk lov til å vera med å medverka blei det nemnd at det var viktig at ikkje tenesteytarane var letturte og let seg manipulera. Når ein var tilknytt eit rusmiddel miljø kunne det vera vanskeleg i byrjinga å ikkje prøva å manipulera tenesteytarane. I slike tilfelle var det feil med for mykje brukarmedverknad fordi ein då ville utnytta systemet.

Informantar sa:

Eg trenger ein som ikkje lar seg pusha og manipulera og sånn. Nå prøve eg å ikkje manipulera lengre, men alle narkomane er veldig flinke til å manipulera veit du, og det er ikkje lett å legge frå seg den i byrjinga.

For eg sa at den personen eg måtte ha måtte vera veldig bestemt. Måtte tola at eg skjelte ho ut. ... Å det fekk eg. Kontaktpersonane har is i magen.

6.4 Manglande medverknad gir erfaring av å ikkje bli verdsett

Når ein erfarte å ikkje få medverka på eigen situasjon eller tatt alvorleg for begge lidingane sine, var erfaringa til informantane at dei kjente seg verdlause, følte seg som lus, blei sinte og frustrerte, skuffa og lei seg, lite respekterte og trødde på. Dei følte og at tenesteytarar såg ned på dei som brukarar, og hadde opplevd å bli kalla løgnar. Erfaringa var at ein prøvde å ta kontakt, men ikkje blei sett, høyrte, møtt eller respektert og hadde erfaring av at det ein sa og ynskte, ikkje hadde nokon verdi. Korleis ein som tenesteytar snakka til og møtte brukarane betydde mykje for den vidare relasjonen til brukaren.

Som informantane opplyste:

Totalt verdlaus føler eg meg då. Fullstendig verdlaus. Då er det ikkje vits i å sei noko då. Får ikkje noko hjelp likevel. ... Du får ei kjensle av at dei set seg over deg. Det du meiner betyr ingenting. Ting blir tredd over hovudet på ein.

Dei trur jo ikkje historiene våre av di me er narkomane, me berre lyg. ... Viss ein prøver å gi uttrykk for kva kjensler ein har, så er det berre sutring og klaging og løgn.

Sint og svikta blei eg. ... Det var illojalt av dei å visa meg ryggen. Så eg blei sår, lei meg og forbanna.

På grunn av mange dårlege erfaringar i kontakt med tenesteytarar i hjelpeapparatet opplyste informantar at dei sleit med å stola på tenesteytarar og andre menneske. Dei brukte lang tid på å lære seg å stola på fagpersonar igjen.

Utsegn frå informantar:

Eg måtte lære meg å stola på folk. Sant. Og nå gjer eg det.

Men eg måtte lære meg å stola på folk rett og slett. Og det har eg gjort på grunn av gruppa, og fordi kontaktpersonane mine er veldig flinke.

6.5 Brukarmedverknad gir erfaring av å bli tatt på alvor

Når ein fekk medverka på eigen behandling og livssituasjon eller tatt alvorleg for begge lidingane sine gav dette ei erfaring av å bli tatt på alvor og som eit likeverdige menneske. Erfaringa av medverknad gav også ei oppleving av at ein blei forstått, og at tenesteytar hadde trua på ein, hørde på ein, respekterte ein, tok ein på alvor, verdsette ein og såg ein. Erfaringa var at det å få medverka gav ei form for sjølvrespekt. Opplevinga til informantane var at dei nå stort sett hadde kontaktpersonar som såg dei for den personen dei var.

Informantar nemde:

Medverknad gir ei form for sjølvrespekt, det gir ei form for kjensle av at du blir tatt på alvor, at du blir tatt som eit likeverdig menneske. Menneske som er like mykje verd.

Når eg sa noko, så blei eg høyrte, og då blei det gjort noko med det. Og det har eg ikkje opplevd før i det heile tatt, at folk har høyrte på meg. Difor har eg heller halde kjeften. Nå har eg lært at eg kan få hjelp viss eg berre opnar meg. ... Før eg fekk legen min, så fekk eg ikkje hjelp i det heile tatt når eg spurde om hjelp.

Det blei påpeika av informantane at det var viktig at fagpersonane ikkje gav opp brukar og var med og bar håpet og trua, sjølv om det kunne sjå håplaust ut. Difor var det viktig at ein fekk nye sjansar, men at ein måtte vera med å ta ansvar sjølv. Det kunne vera knalltøft å finna trua på seg sjølv når ein var van med å gå på ”trynet”. Nokre informantar sa at grunnen til at dei takka ja til å delta i studien og ville snakka med meg, var av di dei nå hadde det betre og hadde lært seg å stola på fagpersonar igjen.

Informantar opplyste:

Ein skal ikkje gjera bjørnetenester for dei som treng hjelp heller. Ein kjem ikkje nokon veg om ein ikkje klarar å jobba seg framover sjølv.

Eg hadde ei fantastisk god dama nede på sosialen som hadde trua på meg, og ho hjalp meg mykje.

6.6 Oppsummering

I dette kapitlet har eg skildra erfaringane informantane har av medverknad i eiga behandling, og erfaringane deira i møtet med hjelpeapparatet. Opplevinga er at dei har hatt både gode og dårlege erfaringar i høve medverknad, der nokre hadde meir positive erfaringar enn andre. Felles erfaring for dei fleste informantane var erfaring av å ikkje bli tatt alvorleg for si psykiske lidning av di dei hadde eit rusmiddelproblem.

7.0 Diskusjon

I dette kapitlet diskuterer eg dei ulike funna som kom fram gjennom informantane sine utsegn i lys av teori, lovar og statlege retningslinjer. Eg vil også reflektera over erfaringar eg har gjort gjennom denne studien. Til slutt vil eg koma med forslag til vidare forskning.

7.1 Drøfting i lys av teori

For å diskutera dei ulike funna som kom fram gjennom informantane sine utsegn vil eg nytta meg av teori om brukarmedverknad, rusmiddel- og psykisk problem og relasjon.

Av di den manglande erfaringa av medverknad på grunn av samtidig rusmiddel- og psykisk problem kom så tydeleg fram i fleire intervju har eg valt å diskutera dette temaet åleine.

7.1.1 Erfaring av medverknad

Som tenesteytar kan ein ikkje velja bort brukarmedverknad, men det kan visa seg å vera svært ulik praksis innan instansar i hjelpeapparatet. Om ein som brukar får lov til å vera med å forma eigne målsettingar kan dette skapa håp og handlekraft til å vera aktiv deltakar i eige liv. Som informantane seier, er det viktig at ein får lov til å vera med å ta avgjersler sjølv. Det er lettare å engasjera seg i behandlinga si når det er noko ein verkeleg vil, og som ein ikkje føler blir ”tredd nedover hovudet” på ein. Som tenesteytar er det viktig at ein tar utgangspunkt i brukaren sine opplevde behov og søker råd hjå brukaren. Slik kan hjelpa bli best mogeleg tilrettelagt for den enkelte brukar. Når fagpersonen ber brukaren om råd, er det eit godt utgangspunkt for å la brukaren få ei aktiv rolle (Myhra, 2012). Ein må sjå brukaren med dei erfaringane og den sjølvopplevinga som vedkomande har og møta heile mennesket. Det er viktig å anerkjenne vedkomande som medmenneske og sjå ressursane og potensialet samtidig med vanskane dei slit med (Jenssen & Tronvoll, 2012). Som brukar er ein ekspert på seg

sjølv og sitt eige liv, men det vil ikkje sei det same som at ein er ekspert på å leva livet. Når tenesteytar lyttar til brukaren, kan dei saman koma fram til gode løysingar (Myhra, 2012). Som fagperson er det viktig at ein samhandlar med brukar på ein slik måte at ein skapar tryggleik, ærlegdom, respekt og anerkjenning (Røkenes & Hanssen, 2012). Likevel har informantane diverre erfaring med å ikkje bli tatt alvorleg når dei har tatt kontakt med hjelpeapparatet og har difor ikkje fått hjelp. Ting har tatt for lang tid slik at ein har mista motivasjonen undervegs i ventinga. Dette har gjort sitt til at informantane har mista mykje tillit til tenesteytarar. Ved å leita etter svar saman med brukaren viser ein at brukaren er eit likeverdig individ. Dersom fagpersonen ikkje klarar å setja seg inn i brukaren sine førestellingar og behov, vil vedkomande kunne mista det nødvendige perspektiv (Myhra, 2012). Vedkomande kan bli farga i sine eigne førestellingar og ser ikkje andre utveggar (Røkenes & Hanssen, 2012).

Det er ei aktiv handling å skapa endring i eige liv, der aktive brukarar har synt seg å gi betre behandlingsresultat. For å få dette til må brukaren endra seg sjølv (Gjeramo et al. 2007; Humerfelt 2005a). Gjennom fleire undersøkingar er det vist at det å få lov til å vera med å bestemma sjølv er viktig for livskvalitet og helse. Menneske som opplever seg styrte av andre, gir lettare opp og utviklar sjukdommar (Røkenes & Hanssen, 2012). Det er viktig at brukarane er med i prosessen, og at dei blir utfordra og deltakande aktørar i eige liv. Om ein skal endra seg krev det at ein tek ansvar for seg sjølv og eigen veremåte. Blir tenesteytaren den mest aktive parten i relasjonen overtar vedkomande ansvaret for at brukaren skal meistra livet sitt (Gjeramo et al., 2007). Informantar legg vekt på at tenesteytarar ikkje må ta frå dei ansvaret viss dei skal makta å endra livet til noko betre. Slik Lossius ser det, i følgje Von Münchow (2013), behandlar altfor ofte fagpersonar brukarane som taparar eller fiendar, og ikkje som alminnelege menneske. Resultatet av dette er at ein er med på å skapa lite mektige brukarar, som igjen fører til lite aktive brukarar. Når informantar opplyser at dei ikkje opplever å få medverka i sitt eige behandlingsopplegg, men erfarer at tenesteytar tek avgjersler for dei, er det lett å forstå at dei blir frustrerte og får ei oppleving av at dei ikkje har noko dei skulle ha sagt. Korleis skal ein då klara å mobilisera handlekraft og behalda motet i ein allereie vanskeleg livssituasjon? Informantar fortel om erfaringar der dei berre har fått beskjed om korleis og kvar dei skal få behandling. Gjennom rusreforma kom retten til fritt val av behandlingsplass (Helsedepartementet, 2004). Men det kan visa seg at denne retten ikkje alltid blir gjennomført, og at tenesteytarar i det offentlege og hjelpeapparatet ynskjer å

bestemme kvar brukaren skal motta hjelp. Studie gjort av Antonsen (2008), viser at brukarar opplever at fritt sjukehusval ikkje er ein realitet når ein må gjera seg sjukare enn det ein er for å i det heile tatt bli lagt inn.

Å kjenna seg avmektig gjer noko med oss som menneske, og ein kan resignera og la seg driva inn i ei offerrolle der ein aksepterer dårleg sjølvtilitt og lågt sjølvbilete. Mange kan klandra seg sjølv for situasjonen dei er i. Slike situasjonar kan skapa passive individ, og slik gi næring til meiningar om at folk er late og lite interesserte i å få orden på sitt eige liv. Som tenesteytar er det viktig at ein har kunnskap om dette og gjer bruk av denne kunnskapen i behandling. God behandling inneber at ein som enkeltmenneske blir sett og høyrd (Myhra, 2012). I slike situasjonar er det viktig at ein som tenesteytar er kreativ for å kunne oppdaga og gi rom for brukaren sine ressursar og ibuande moglegheiter. Det kan vera ei stor utfordring å læra personar med rusmiddel- og psykisk problem å tru på eigne ressursar og mogelegheiter og motivera dei til å gjera noko positivt for seg sjølv (Bø, 1996). Dette er informantane einig i, men nemner likevel at det naudsynt. Det er også nødvendig at brukarane får fleire sjansar, for dette kan gi meir utteljing enn ein trur (Von Münchow, 2013). Informantar poengterer kor viktig dette er, og det er difor naudsynt at tenesteytar ikkje gir opp. Brukaren si eiga rolle er viktig for betringsprosessen og for å klara å ta kontroll over eige liv igjen. For å vera i betring må ein vera eit aktivt og handlande menneske, der ein prøver å forstå kva som skjer og slik prøver å finna vegen vidare. Vegen er ikkje strak og strømlinjeforma, og for å oppnå betring er det nødvendig at ein ikkje gir opp, verken som brukar eller personell (Borg & Topor, 2007). Det er viktig at ein finn eigne mestringsstrategiar for å fungera mest mogeleg optimalt. Betring er ein måte å leva på, ei haldning og ein måte å møte utfordringane i kvardagen på. Det inneber å meistra utfordringane ein har ved eigne funksjonsavgrensingar og å byggja opp att opplevinga av integritet og mening med desse avgrensingane. Slik kan ein læra seg måtar å hjelpa seg sjølv på (Borg & Topor, 2007).

Det er avgjerande at ein må få lov til å bli betre i eige tempo, og at tenesteytar støttar positivt opp. Ein bør starta med å søkja etter ein motivasjonsfaktor for at den einskilde skal klara og henta seg inn (Hummelvoll, 2013). Likevel er det viktig at ein ikkje blir blenda av tilsynelatande meistring, av di dette kan dekkja over faktiske problem, og slik resultera i at brukar blir verande lengre enn nødvendig i ein uheldig livssituasjon. Som

tenesteytarar er det viktig at ein støttar brukaren sine eigne val og strategiar, og som tillet brukaren å oppleve seg som samarbeidspartnarar og ikkje passive brukarar. Å bli dulla med gagnar ingen (Myhra, 2012).

For at ein som brukar skal føle at ein blir tatt på alvor, er det viktig at ein ser alle sider av personen, og at vedkomande får hjelp for alle problema sine. Slik kan brukaren få kvardagslivet til å fungera. Helsedirektoratet har tidlegare berekna at ca. 4000 personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem har eit underforbruk av kommunale tenester. Desse har behov for bistand innanfor mange områder (Meld. St. 30 (2011-2012)). Det er viktig at det offentlege gir denne gruppe personar ei reell anledning til å få kvardagslivet til å fungera. Slik det fungerer i dag, har informantar ofte oppleving av at dette ikkje stemmer. Sjølv om det offentlege har gjort fleire satsingar på å skaffa brukarar med ROP-liding skikkelege bustadtilhøve (Meld. St. 30 (2011-2012)), er det likevel mange som fortsatt opplever å bli plassert på hospits av di det ikkje finst noko alternativ. Dette som er tenkt å vera eit kortvarig tilbod, blir for mange bustadlause ofte ei langvarig løysing (Ervik, Sælør, & Biong, 2012). Når ein blir plassert på hospits, er informantar si oppleving at kommunen er med på å skapa rusmiddelavhengige av di det ofte er ein plass der det bur fleire personar som er avhengige av rusmiddel. Det kan vera ein vanskeleg stad å halda seg unna rusmiddel og kan vera prega av lite ro. I tillegg kan dette i følgje informantar i min studie ofte vera eit lite rom som ikkje ser særleg hyggeleg ut, og som kan vera svært nedslarva. Slik det er i dag, må ein som brukar ofte allereie ha fått til kvardagslivet for at ein skal få ein skikkeleg bustad. Dårleg husvære og mangel på søvn og mat gjer det endå vanskelegare å halda tankekøyet på grunn av den psykiske lidinga og rusmiddelproblema under kontroll, og ein kan oppleve det som om hjelpeapparatet har svikta ein (Thommesen, 2012). I følgje Mueser et al. (2006) er bustad eit minimum for denne gruppe personar, og det bør helst vera bustad med oppfølging. Om ein ikkje har stabilitet i bustadsituasjonen, vil mykje av det andre arbeidet i forhold til brukaren vera bortkasta. Dette nemner også informantar som viktig.

Det er godt dokumentert at LAR har positiv effekt om ein får heilskapleg behandling, men det føreset at rehabiliteringa blir gitt godt nok innhald (Meld. St. 30 (2011-2012)). Utleveringa av medisin bør bli tilpassa brukaren om brukaren er i arbeid eller utdanning (Helsedirektoratet, 2011). Men dette er i følgje nokre informantar ikkje opplevinga ein sit

att med, av di ein opplever at endå om ein sjølv og andre brukarar har jobb eller anledning til å få jobb, er det vanskeleg å kombinera dette i praksis av di tenesteytarar i LAR er lite fleksible i forhold til henteordningane sine. Det viser seg då at ein ofte mistar anledninga til å jobba, og gir brukaren lita erfaring av medverknad.

Når ein som brukar slit med ROP-liding, kan det også vera utfordringar i høve alle reglane i LAR, og ein kan lett ramla utanfor også denne delen av hjelpeapparatet. Sjølv om det er blitt etablert prosjekt der ein prøver å sjå nøyare på skadereduksjonsfunksjonen (Meld. St. 30 (2011-2012)), er likevel erfaringa frå informantar at det her er ein lang veg å gå. Opplevinga er at ein innanfor LAR er lite villig til å godta noko sidemisbruk og ”sprekkar” på rusmiddel. For å prøva å skapa minst mogeleg belastning i forhold til reglar, er det gjennom faglege retningslinjer for LAR kome tiltak for mindre inngripande kontrolltiltak (Meld. St. 30 (2011-2012)). I helsedirektoratet (2011) blir det presisert at behandlingstilbodet skal vera det same over heile landet, der brukarane skal få eit heilskapleg behandlingstilbod. Men erfaringa frå informantane er at regelverket ikkje blir praktisert likt i LAR over heile landet. Deler av Vestlandet er blant dei som har strengast reglar. Som også informantar har erfart, så må ein opparbeida seg respekt, der dei som ikkje kan snakka godt for seg, har mykje dårlegare ordningar i LAR enn dei som kan ordleggja seg betre.

Det er klare føringar for at NAV skal samarbeida og leggja til rette for at brukarane skal blir høyrde og få vera med å medverka (Lov om sosiale tjenester i NAV 2009; NAV-loven 2006). Men det har vist seg vanskeleg for brukarar og kontaktpersonar å skapa kontakt og samarbeida med NAV. For personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem er samarbeid på tvers av instansar svært viktig av di denne gruppe personar med sine samansette problem ofte har stort behov for kontakt med fleire deler av hjelpeapparatet (Mueser et al. 2006; Evjen et al. 2012). Men informantane stadfestar at slikt samarbeid ofte er utfordrande. Behovet for samarbeid mellom instansar blir også skildra i NOU (2005: 3), der det kjem sterke anbefalingar om tettare samarbeid til personar med ROP-liding. Hensikta med samarbeidet er blant anna å bidra til betre oversikt for dei ulike instansane og brukaren. Det er gjort undersøkingar i forhold til NAV som viser at erfaringa er at det er personavhengig om ein får hjelp eller ikkje og kva hjelp ein får. Ein erfarer ofte å bli snakka til på ufine måtar, og ein føler seg ikkje møtt. Dette viser at NAV har ein jobb å gjera i forhold til å møta brukarar på ein

respektfull måte og utøva brukarmedverknad slik at ein ikkje opplever seg audmjuka, men verdig behandla (Skjefstad, 2007).

NAV eller kommunen har i oppgåve å leggja til rette for at den som slit med rusmiddel- og psykisk problem, skal få seg jobb og utdanning, og det blir nemnd at dette er ein viktig del av oppfølginga (Helsedirektoratet, 2012a). Det kan visa seg, slik som informantane har erfaring med, at NAV ikkje vil samarbeida, er lite tilgjengelege, og ikkje vil høyre på ein eller arbeida for at ein skal få seg ein jobb eller utdanning. For å inkorporera dette i systemet sitt, er det viktig at både leiarar og tilsette innan NAV jobbar saman for å imøtekoma brukarane på ein rettmessig måte. For å bidra til ein meir heilskapleg rusmiddelpolitikk, er det kome spesifikke retningslinjer for grupper som har særleg behov for hjelp til å koma i arbeid. Personar som har eit rusmiddelproblem er ei slik gruppe som i stor grad står utanfor arbeidslivet eller står i fare for å falla utanfor. I denne tilrettelegginga skal NAV vera ein sentral del (Meld. St. 30 (2011-2012)).

Brukarar som mottar legemiddelassistert rehabilitering og brukarar som er langtidsmottakarar av sosialhjelp eller av andre grunnar slit med å koma seg i arbeid, er dei det skal bli satsa mest på (Meld. St. 30 (2011-2012)). Det kan då synast merkeleg at informantar som er i LAR-behandling og brukarar med ROP-liding har erfart det motsette. Dei føler seg heller motarbeidde av NAV-systemet. Gjennom eit foredrag heldt av Rachel Perkins refererer Kvaal (2012) Perkins, der ho fortel om kor viktig det er for ein person si oppleving av velvære å få koma seg i jobb. Det er ingen hinder at personar har samtidig rusmiddel- og psykisk problem. Dette kan også vera med på å auka sjølvkjensla til brukaren av di ein opplever at ein meistrar noko, og at nokon har trua på ein. Informantar stadfestar dette. Ved å syne brukaren at ein har trua på vedkomande stadfestar ein brukaren (Lindström, 2003). Om brukaren opplever mangel på meistring kan dette føra til psykisk og fysisk ubalanse utover den ubalansen sjukdomsprosessen i seg sjølv gir (Von Krogh, 2005).

Slik det ser ut for meg, kan det synast som om brukarmedverknad ofte er vanskeleg å praktisera for tenesteytarar i hjelpeapparatet. I følgje informantane er det tydeleg at nokre instansar har større problem med å inkorporera brukarmedverknad enn andre. For at brukarmedverknaden skal bli reell, kan det ofte synast som om ein som fagperson må la seg styra mindre av prosedyrar, og heller sjå på kva som er best for brukarane (Von Münchow, 2013). Ved å gjera noko for brukaren som brukaren synest er viktig, vil også

brukaren oppleva at ein blir tatt på alvor og blir verdsett som den ein er (Sundet, 2007). For at fagpersonar eller ulike instansar innan hjelpeapparatet ikkje skal kunne skjula seg bak fine ord og lovar (Jenssen & Tronvoll, 2012), kunne det vore gunstig å gjort slik ein av informantane ynskte, der nokon utanfrå skulle tre inn i rolla som person med ROP-liding for slik å få sjå korleis ein som brukar ofte blei behandla. Bruk av erfaringskonsulent blei også nemnd av informantar av di det er lettare å høyre på ein som du veit forstår kva det gjeld. Kjennskap om rusmiddel- og psykisk problem sjølv i arbeid med brukarar blir sett på som eit viktig verkemiddel for å få til ein reell brukarmedverknad. I tillegg er det lettare for ein erfaringskonsulent å bringa truverdige håp inn i ein livssituasjon som kan verka håplaus (Sundfør, 2012).

7.1.2 Medverknad i høve samtidig rusmiddel- og psykisk problem

Personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem kan stilla store krav til samhandling på tvers av avdelingar, etatar og nivå (Evjen et al., 2012). Det er mykje nyare forskning som syner at integrerte behandlingsprogram over tid er mest effektive og gir best resultat i forhold til menneske med ROP-liding uansett kva liding som kom først av rusmiddelproblemet og den psykiske lidinga (Lønne 2006; Gråwe 2006b; Gråwe 2006a; Thommesen 2012; Helsedirektoratet, 2012a; Mueser et al. 2006; Evjen et al. 2012). Men som studien min syner, er dette vanskeleg. Dette kan vera eit problem når brukarar med rusmiddel- og psykisk problem blir søkt til poliklinisk tilbod innan psykisk helsevern, og vedkomande får avslag med grunngjeving om at ein bør søkja tilbod innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Som brukar er det forståeleg at ein i ein slik situasjon vil kjenne på frustrasjon ved å ikkje bli tatt på alvor for begge lidingane sine, og at ein ikkje får hjelp når ein ber om det og heller ikkje får medverka på eigen behandling. Thommesen (2012) nemner også at behandlingsapparatet er meir opptatt av at ein skal slutta å bruka rusmiddel enn å spørja brukarane om kva rusmiddelet betyr for dei. Som informantar formidlar, opplever dei å ikkje bli tatt alvorleg innan psykisk helsevern for si psykiske liding på grunn av sitt rusmiddelbruk. Dei erfarer at det er ingen fokus på å spørja dei om kva som er årsaka til at dei nyttar rusmiddel. I slike tilfelle kan ein tenkja at rusmiddelproblemet er stigmatiserande av di ein hadde fått hjelp for den psykiske lidinga om ein ikkje hadde hatt eit rusmiddelproblem. Informantane blei heller ikkje trudd i forhold til si psykiske liding av di dei har eit rusmiddelproblem, som

fagpersonar meinte var årsaka til den psykiske lidinga. Som Askheim (2009) viser til, er det forskning som syner at det å ha eit rusmiddelproblem er stigmatiserande i seg sjølv. Ein blir ikkje sett på som verdig trengande av di hjelpeapparatet meiner at ein er skuld i situasjonen sin sjølv (Midré, 1995). Sjukdommar som blir antatt å skuldast klanderverdig livsførsel har lågast prestisje blant legar (Album, 1991). I statlege retningslinjer kjem det klart fram at tenesteapparatet ikkje kan seia frå seg ansvaret for brukarar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem. Problemet kan likevel vera kvar i hjelpeapparatet ein meiner brukaren skal motta hjelpa (Lønne, 2006). I Meld. St. 30 (2011-2012) står det at om ein som brukar har behov for henvisning til tverrfagleg spesialisert behandling, skal ein også vurderast for behandling innan psykisk helsevern. For fagpersonar kan dette gi rom for vurdering i høve kva instans ein som brukar skal få hjelp frå når ein vender seg til hjelpeapparatet. Slik informantar har erfart viser det seg at ein kan oppleva at det er ulik praksis. Samtidig står det også at alle distriktpsikiatriske senter skal ha poliklinisk tilbod til rusmiddelbrukarar (Meld. St. 30 (2011-2012)). I følgje dette påbodet tenkjer eg at meininga er at det ikkje skal vera så lett å berre fråskriva seg ansvaret. Som brukar kan ein likevel oppleva at dette blir gjort av tenesteytarar innan hjelpeapparatet. På den andre sida syner det seg, til tross for at personar med ROP-liding er eit satsingsområde, at det skjer ei redusering av behandlingsplassar til denne gruppe personar (Skotland, 2012). Resultatet kan bli at personar med ROP-liding framleis «fell mellom to stolar».

Det kan vera fleire årsaker til at ein som brukar kan kjenne på at ein ikkje blir tatt alvorleg og erfarer manglande medverknad. Innanfor ei eining eller ei avdeling gjenspeglar det seg som regel ein pleiekultur av di det ofte lagar seg ei samansetning av grunnhaldningar blant fagpersonar som jobbar på plassen. Alt etter grunnhaldningane og fagpersonane sin omsorgspraksis kan denne pleiekulturen vera både positiv og negativ ved at ein kan vidareføra mønstra av kunnskap, meiningar og haldningar, men også bli påverka og forma gjennom fagpersonane si eiga medverknad på pleiekulturen (Norheim, 2006). Om ein tilpassar seg pleiekulturen slik at det stengjer for anledninga til å bli påverka av brukaren si subjektive oppleving og erfaring, vil ein mista verdfull informasjon, og det vil bli vanskeleg å sjå brukaren som det unike mennesket vedkomande er. Som fagperson vil ein då ikkje stilla kritiske spørsmål i forhold til rutinar og tenester ein gir, og desse kan bli tatt for sjølvsegde og bli normgivande (Norheim, 2006). I ei psykiatrisk avdeling vil det kunne bli normgivande at ein

stigmatiserer menneske som brukar rusmiddel. Slik får ikkje personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem ei likeverdig behandling basert på respekt og anerkjenning, der brukar blir tatt på alvor i forhold til begge lidningane og får medverka. Stigmatisering er meir ei oppfatning hjå dei som stigmatiserer enn fakta (Vendsborg, Blinkenberg, Kistrup, Lindhardt, & Nordentoft, 2011). Men det er brukarane som blir skadelidande om ein har ein slik pleiekultur og haldning i avdelinga. Det er viktig at ein heile tida er bevisst på dette, slik at det er konstant fokus på forbetningsområde for den einskilde fagperson, men også haldningar og handlingar innan avdelingane (Jøranson & Hauge, 2011). Kva haldningar og fordømmar ein har på avdelinga, vil påverka synet ein har på brukaren og korleis ein vil møte vedkomande. Som brukar kan ein også ha fordømmar mot behandlaren, men sidan ein ikkje er i ein maktposisjon, får ikkje slike fordømmar utvikla seg til stigmatisering (Vendsborg et al., 2011).

7.1.3 Respekt, likeverd og anerkjenning

Alle menneske har behov for å bli høyrd, respekterte og sett som det mennesket ein er. Sjølv om ein har eit rusmiddel- og psykisk problem endrar ikkje dette seg. Behovet blir kanskje berre større av di ein så ofte erfarer å ikkje få denne respekten og anerkjenninga som menneske, men i staden blir stigmatiserte slik informantane har erfart. Gjennom studie gjort blant personar med ROP-liding i Storbritannia syner studien at informantane også her erfarer å bli stigmatisert og ekskludert (Lawrence-Jones, 2010). Om denne anerkjenninga blir manglande, vil ein oppleve mangel på respekt, og det vil påverka sjølvkjensla vår, og ein vil føla seg krenka som menneske (Stålsett, 2011). Brukarar nemner, slik også informantane stadfestar, at behovet for å bli sett, høyrd, respektert, anerkjent, tatt på alvor, at ein har trua på ein og at deira synspunkt blir tatt omsyn til er viktig, men at mange av reglane i hjelpeapparatet dessverre ikkje støttar opp om dette (Thommesen 2012; Skjefstad 2007). Det å oppleve å ikkje bli respektert, er sårande og øydeleggande for sjølvkjensla, og går på den personlege verdien laus. Om ein derimot opplever å få respekt, vil dette vera med å auka sjølvrespekten og ein vil få ei erfaring av større eigenverd. Det å bli behandla som eit heilt og uerstatteleg menneske, må ein ikkje undervurdere (Stålsett, 2011). Informantar skildrar erfaring av å føle seg verdilause, som lus, svikta, stigmatiserte, frustrerte, sinte og at tenesteytar ser ned på ein som brukar når dei ikkje blir tatt på alvor for både rusmiddelproblemet og den psykiske lidninga si, og

gjennom å ikkje får lov til å vera med å medverka på eigen behandling og situasjon. Erfaringar om at fagpersonar berre tek avgjersler utan at ein sjølv har noko ein skulle ha sagt, gir informantane ei oppleving av at det dei sjølv meiner har ingen betydning, og at fagpersonane set seg over brukaren. Å bli sett som eit verdfullt menneske og bli anerkjent som ein likeverdig person, er heilt avgjerande for å få til ei positiv behandling for personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem. Det kan vera med å skapa håp og eit vendepunkt hjå brukaren (Stålsett, 2011).

Informantar opplyser at i møte med hjelpeapparatet blei det behandlaren meinte, ”tredd ned over hovudet” på dei, og dei måtte berre godta det behandlar bestemte. Dette gav informantane ei oppleving av avmakt og inga erfaring av respekt og anerkjenning for dei som menneske. Om ein opplever å bli møtt med respekt, forståing og anerkjenning, vil relasjonen bli betre, og ein vil kjenna seg verdsett. I ein relasjon der dette er på plass, har ein eit godt utgangspunkt for betring (Myhra, 2012). Samtidig må ein også stilla krav til brukaren slik at brukaren kan klara å gjenvinna kontrollen over eige liv. Det er viktig at det er brukaren som får lov til å bestemme måla og beskriva behova sine (Von Krogh, 2005). For at behandlaren skal kunne forstå ein som har rusmiddel- og psykisk problem, er det viktig at dialogen er ekte. I den faglege kompetansen er denne evna sentral. Behandlaren må difor alltid anstrenga seg for å sjå brukaren som det einskilde individet og den verdfulle personen brukaren er og kunne sjå det menneskelege bak det ytre, uavhengig av diagnosane (Stålsett, 2011).

Mange kjenner i møte med tenesteytarar at det er manglande engasjement frå tenesteytarane. Ein av informantane skildrar at vedkomande har møtt manglande tru på at dette skal gå bra. Ei slik haldning frå fagpersonar blir opplevd som svært krenkande (Borg & Topor, 2007). Sjølv om ein som behandlar ikkje har tru på opplegget, er det viktig at ein ikkje tar trua frå brukaren. Sjølv om ein kan erfara at brukaren gjer feil, er det likevel viktig at vedkomande får lov til å gjera eigne avgjersler (Sundet, 2007). Slik informantar opplyser er det viktig at ikkje tenesteytar gjer brukaren bjørnetenester. Brukaren må sjølv vera med å jobba seg framover skal ein koma nokon veg. Om ein opplever at tenesteytar tar trua frå ein, vil det kunne framkalla mange negative kjensler ved ein sjølv, og ein vil lett få ei avmaktskjensle (Myhra, 2012). Som brukar er det viktig at ein opplever at tenesteytarar som står rundt, ikkje gir opp, men støttar brukaren i både

oppturar og nedturar. På denne måten kan fagpersonen vera med å bringa mot og håp til brukaren slik at også brukaren sjølv klarar å oppretthalda håpet om endring (Myhra, 2012). Dette nemner informantar som viktig. Det er viktig at fagpersonen ikkje mistar håpet, sjølv om brukaren nokre gonger kan gjera det. Ved at ein opprettheld trua på brukaren, kjenner brukaren seg verdsett. Det er difor viktig at ein er villig til å setja seg inn i den andre si røynd og liding og bekreftar den andre sine opplevingar og tankar. Slik gir ein brukaren anledning til å forma eige liv (Bø, 1996).

Informantar har erfart at etter gjentakande forsøk på å få hjelp frå hjelpeapparatet utan å lykkast, har ein mista trua på å få hjelp. Dette har vidare gjort sitt til at informantane har mista mykje tillit til tenesteytarar og har brukt lang tid på å læra seg å stola på tenesteytarar igjen. For ein brukar som har hatt mange negative erfaringar i forhold til hjelpeapparatet, er det viktig at tenesteytar gir brukar tid og anledning til å gjenskapa tillit. Ved å byggja tillit og respekt mellom brukar og fagperson kan ein saman arbeida mot betring og helse. Om ikkje tillit og respekt er til stades, vil dette gjera arbeidet vanskeleg (Myhra, 2012). Som fagperson er det viktig å ha i mente når ein møter brukaren at brukaren kan kjenne på redsel for sjølve møtet på grunn av tidlegare opplevingar. Men samtidig kan brukaren ha ein lengsel og eit håp om at det skal koma noko godt ut av møtet (Røkenes & Hanssen, 2012).

Alle informantane eg har hatt kontakt med, og som gjeld personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem, har hatt kontakt med mange delar av hjelpeapparatet. Det å heile tida skulla fortelja historia si om nederlag og negative erfaringar tærer på sjølvkjensla til vedkomande. Den vonde historia blir ofte gjentatt for at behovet for hjelp skal bli anerkjent. Om ein då i tillegg opplever negative erfaringar i møtet med hjelpeapparatet når ein kjem for å be om hjelp, er det lett å forstå at dette ikkje kan vera enkelt, og at det kostar brukaren mykje å koma. Resultatet kan vera at ein ofte kjenner seg mindre enn den minste (Stålsett, 2011).

7.2 Refleksjonar

I arbeidet med denne studien har eg tileigna meg mange erfaringar. På førehand visste eg at problemstillinga mi var ganske vid sidan eg spurte etter erfaringar om medverknad innan heile hjelpeapparatet. Det viste seg vanskeleg å oppnå mettingspunkt i forhold til informantar som det var mogeleg å få tak i innanfor aktuelt tidsrom, sjølv om fleire informantar hadde felles erfaringar. Alle informantane hadde gode og dårlege erfaringar når det gjaldt medverknad. Felles for alle var verdien av å bli sett, høyrd, respektert og tatt på alvor, og at dette gav informantane ei erfaring av å få medverka på eiga behandling. Slik eg opplevde studien, blei eg litt overraska over at eg fekk så mange fleire positive tilbakemeldingar på erfaringar i møte med hjelpeapparatet enn det forskning og litteratur fortel om, sjølv om dette er positivt. På den andre sida veit eg, gjennom erfaringa med å skaffe informantar, at det er mange eg burde intervjuja for kanskje å få fram eit meir samsvarande syn.

Eg valde ei vid problemstilling av di det var brukarane si erfaring i møte med hjelpeapparatet generelt eg ville få fram. Likevel erfarte eg at det var meir problematisk å få tak i informantar enn eg først hadde trudd. Hadde eg hatt eit anna fokus, trur eg det hadde vore meir problematisk å fått tak i informantar. Det var overraskande for meg at dette var eit tema det skulle bli vanskeleg å skaffa informantar til. Ved å reflektera over deira tilbakemeldingar er det forståeleg at det kunne vera ein vanskeleg prosess for dei å fokusera på dei negative erfaringane sine, og at dette har vore med på å skapa vanskar med å stola på tenesteytarar og andre menneske. Eg opplevde det også overraskande at tilsette innan hjelpeapparatet tilsynelatande virka så lite interesserte i å hjelpa meg med å skaffa informantar. Dette gav meg ei oppleving av at dei ikkje syntest dette var eit viktig tema å forska på, og kanskje syntest det var ubehageleg om eg skulle forska i deira eining.

Gjennom mi arbeidserfaring med samarbeidspartnarar innan hjelpeapparatet, overraska det meg ikkje at informantar hadde felles erfaring av forskjellsbehandling og lite medverknad i høve det å ha ei ROP-liding. Erfaringa mi er at det ikkje alltid er like lett å få behandling innan psykisk helsevern av di ein får beskjed om at brukaren treng hjelp innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Eg blei likevel overraska over deira felles

erfaring av å ikkje bli trudd og tatt alvorleg for begge lidingane sine i møte med tenesteytar. Tenesteytar ignorerte den psykiske lidinga grunna rusmiddelproblemet, og meinte denne ikkje var reell.

Erfaring eg har gjort meg er at erfaringa informantane har av medverknad og ikkje medverknad gjeld innan heile hjelpeapparatet, sjølv om instansar innan psykisk helsevern utmerka seg noko. Erfaringa er at dette er eit felt det er gjort lite forskning på, og at behovet for meir forskning er stort. Eg vonar oppgåva mi kan visa fagpersonar kor viktig det er å møta brukarane med respekt og saman med brukaren laga gode løysingar slik at arbeidet kan koma brukarane til gode. Å sjå brukaren som den personen vedkomande er, slik at brukaren får ei erfaring av at ein tek vedkomande alvorleg for begge lidingane, er naudsynt for at brukaren skal ha ei erfaring av medverknad.

7.3 Anbefalingar til vidare forskning

Av di det føreligg lite forskning innan brukarmedverknad for personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem, ser eg eit stort behov for meir forskning generelt innanfor dette området.

Etter erfaringane eg har gjort, synest eg det hadde vore nyttig med ein større studie innan same feltet med fleire informantar, for slik å få eit anna og vidare perspektiv. Det kunne også vore interessant å gjera ein kvantitativ studie innan dette feltet, slik at brukarar som ikkje klarar å stola på forskar eller synest det er vanskeleg å forholde seg til tema, kunne fått anledning til å uttala seg. Kanskje kunne ein kvantitativ studie gjort det lettare for dei å delta.

Det er eit tankekors at så mange erfarer å ikkje bli tatt alvorleg i forhold til begge lidingane. Eg synest difor det hadde vore nyttig med forskning innan psykisk helsevern. Slik det kjem fram i studien min og i forskning, opplever eg at denne delen av hjelpeapparatet har ein jobb å gjera i forhold til å sjå brukarane for begge lidingane sine, og ikkje bagatellisera den psykiske lidinga, som kanskje var årsaka til at ein starta med rusmiddel.

I fleire kommunar og andre instansar innan hjelpeapparatet er det tilsett personar som har erfaringskompetanse. I den anledning hadde det vore interessant å undersøka korleis personar med brukarerfaring erfarer at samarbeidet fungerer. Det hadde vore nyttig å undersøke om vedkomande erfarer at deira meiningar blir høyrde, og korleis deira kompetanse blir nytta. Frå eigen arbeidserfaring veit eg at det er av stor nytte å ha kollegaer med erfaringskompetanse. Dette gjeld for både andre tilsette og i relasjonen med brukarar, som også informantar opplyser.

7.4 Oppsummering

I dette kapitlet har eg drøfta resultatet som kom fram gjennom informantane sine utsegn i lys av teori, lovar og statlege retningslinjer. Eg har også reflektert over erfaringar eg har gjort meg gjennom denne studien, og kome med forslag til vidare forskning.

Det kan sjå ut som at personar med ROP-liding framleis «fell mellom to stolar» i høve medverknad, sjølv om statlege retningslinjer har prøvd å leggja til rette for betre føresetnadar til denne gruppe personar gjennom blant anna integrert behandling. Likevel kan det vera vanskeleg å finna logikken sidan fleire behandlingss plasser for personar med ROP-liding blir lagt ned.

8.0 Konklusjon

Dette kapittelet inneheld avslutning og anbefalingar for praksisfeltet.

8.1 Avslutning

Sjølv om alle informantane hadde både gode og dårlege erfaringar med tenesteytarar innan ulike instansar i hjelpeapparatet, er det helst dei negative opplevingane som har satt spor og festar seg når ein høyrer historiene og erfaringane deira. Som del av hjelpeapparatet er det viktig å vera klar over korleis brukarar erfarer at personar i hjelpeapparatet møter dei, og at ein som brukar har altfor mange erfaringar av at tenesteytarar ikkje har møtt deira behov og ikkje har vore villig til å sjå problemet frå deira side. Dette gjeld spesielt når ein har eit samtidig rusmiddel- og psykisk problem.

Lovverket og statlege retningslinjer krev at brukarmedverknad skal vera i fokus, og rammene for tenesteytarar er difor klare. Likevel viser det seg ut frå informantane si erfaring at personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem kan ”falla mellom to stolar”, og difor ikkje får den hjelpa vedkomande har krav på. Slik eg tolkar lovane og dei statlege retningslinjene, viser det seg at lovane og dei statlege retningslinjene prøver å fanga opp brukaren sitt behov for hjelp, men at tilsette innan instansar i hjelpeapparatet ikkje lever opp til det lovar og statlege retningslinjer forventar. Dette kan vera på grunn av dei ulike pleiekulturane som finst innan dei ulike instansane. Haldningar og fordommar ein som tenesteytar har i forhold til denne gruppe personar er av stor betydning for korleis ein møter vedkomande. Ein kan også undra seg om grunnen er at tenesteytarar og leiarar i ulike instansar ikkje har brukt nok tid på å sette seg inn i nye lovar og retningslinjer som er kome. Dei gode intensjonane hjelp lite når ikkje grunnleggjande rammevilkår fylgjer med.

Slik eg opplever det, erfarer brukarar å bli stigmatisert på grunn av rusmiddelproblemet sitt og dei erfarer å ikkje bli trudd og tatt på alvor for den psykiske lidinga si grunna rusmiddelproblemet. Dei får slik ikkje den hjelpa vedkomande har krav på. Dette stadfestar også informantar. Det kan difor synast som om samanslåinga til integrert

behandling av rusmiddelproblem og psykisk lidning framleis diskvalifiserer brukarane frå å få nødvendig hjelp, i staden for at ein skulle bli sikra betre hjelp. Integrert behandling ser ikkje ut til å bli prioritert, der personar med ROP-liding igjen blir den tapande part.

Ein kan også undra seg på om det offentlege gjer nok for å følgje opp lovverk og statlege retningslinjer når tilbakemeldinga frå informantar er manglande bustader, for lite tilbod, og at det tar for lang tid å få hjelp slik at brukarane ofte mistar motivasjonen undervegs i ventinga. Til tross for at denne gruppe personar er eit satsingsområde er resultatet ei redusering av behandlingsplassar. I høve løyvingar gjennom ulike forvaltningsnivå er det stadig tilsynelatande ansvarsforskyvingar som fører til at denne gruppe personar ikkje får den hjelpa dei har behov for.

8.2 Anbefalingar for praksisfeltet

Slik eg ser det, er det for mange negative erfaringar i høve medverknad i møte med hjelpeapparatet sjølv om informantane har mange positive erfaringar.

Når ein informant ber om å bli sett, høyrd, respektert og tatt på alvor i møte med hjelpeapparatet, er dette noko som burde vore sjølvsgagt. Eg vonar difor tenesteytarar tenkjer seg om i forhold til korleis dei møter brukarane, og saman med brukaren lagar gode løysingar slik at arbeidet kan koma brukarane til gode. Når ein brukar har samtidig rusmiddel- og psykisk problem er det særst viktig at brukaren blir tatt alvorleg for begge lidingane vedkomande slit med, og at ikkje den psykiske lidinga blir ignorert.

Tenesteytar må sjå brukaren som den personen vedkomande er, slik at brukaren får ei erfaring av at ein tek vedkomande på alvor. Dette er naudsynt for at brukaren skal ha ei erfaring av medverknad.

9.0 Litteraturliste

Aasmundsen, H., & Sagvaag, H. (2012). ”Som å snakke til en vegg”: Personer med rusproblemer og deres erfaring av brukermedvirkning. I A. G. Jenssen, & I. M. Tronvoll (Red.), *Brukermedvirkning: Likeverd og anerkjennelse* (s. 188-200). Oslo: Universitetsforlaget.

Album, D. (1991). Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, (17), 2127-2133.

Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten: Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

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

Askheim, O. P. (2009). Brukermedvirkning – kun for verdige trengende?: Om brukermedvirkning på rusfeltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (1), 52-59.

Borg, M., & Topor, A. (2007). Bedringsprosesser. I M. Borg, & A. Topor, *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (s. 13-29). (2. rev.utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Brumoen, H. (2007). *Vanen, viljen og valget: En psykologibok om avhengighet og mestringstillit*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Bø, A. K. (1996). *Omsorgens ansikt: Om metoder og kunst i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Dybvig, S., Johannessen, J. O., Kjær, R., Lyngstad, G., & Thorsen, G.-R. B. (2004). *Stigma antistigma: Stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser og hvordan stigma kan bekjempes*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Fog, J. (1994). *Med samtalen som utgangspunkt: Det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Ervik, R., Sælør, K. T., & Biong, S. (2012). «Å gripe øyeblikket». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (4), 302-313.
- Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2012). *Dobbelt OPP: Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gadamer, H.-G. (2010). *Sannhet og metode: Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax Forlag.
- Gjerme, H., Lømo, B., & Lundgaard, R. (2007). Brukermedvirkning i rusbehandling – er det mulig?. I A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A.-G. Tuseth, & T. Fjeldstad (Red.), *Klienten – den glemte terapeut: Brukerstyring i psykisk helsearbeid* (s. 166-181). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Gråwe, R. W. (2006b). Forståelse og behandling av personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk. I A. Almvik, & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 138-158). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gråwe, R. W. (2006a). Psykisk helsevern for personer med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(6), 561-562.

Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. (Rundskriv I-8/2004). Henta frå <http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf>

Helsedirektoratet. (2012a). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser: Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. (Rundskriv IS-1948). Henta frå <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser.pdf>

Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. (Rundskriv IS-1701). Henta frå <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet/Publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet.pdf>

Helsedirektoratet. (2012b, 13. mars). *Ny retningslinje for behandling av samtidige ruslidelser og psykiske lidelser*. Henta 25. oktober 2012 frå <http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/behandling-av-samtidige-ruslidelser-og-psykiske-lidelser.aspx>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov, 24. juni 2011 nr. 30, om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Humerfelt, K. (2005a). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv - honnørord med lavt presisjonsnivå. I E. Willumsen (Red.), *Brukernes medvirkning!: Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (s. 15-33). Oslo: Universitetsforlaget.

Humerfelt, K. (2005b). Verdige historier, men uverdige bruk?: Brukere med rusmiddelproblemer som offentliggjør sine egenerfarte historier. I E. Willumsen (Red.), *Brukernes medvirkning!: Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (s. 75-93). Oslo: Universitetsforlaget.

Hummelvoll, J. K. (2012). Recovery og bedringsorientert omsorg. I J. K. Hummelvoll, *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (s. 55-82). (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Jenssen, A. G. (2012). Brukermedvirkning – hva er så det?. I A. G. Jenssen, & I. M. Tronvoll (Red.), *Brukermedvirkning: Likeverd og anerkjennelse* (s. 42-53). Oslo: Universitetsforlaget.

Jenssen, A. G., & Tronvoll, I. M. (2012). Brukermedvirkning – likeverd og anerkjennelse. I A. G. Jenssen, & I. M. Tronvoll (Red.), *Brukermedvirkning: Likeverd og anerkjennelse* (s. 15-25). Oslo: Universitetsforlaget.

Juritzen, T., Engebretsen, E., & Heggen, K. (2012). Mydiggjøringens forførende makt. I E. Engebretsen & K. Heggen (Red.), *Makt på nye måter* (s. 122-137). Oslo: Universitetsforlaget.

Jøranson, N., & Hauge, S. (2011). Hvordan Dementia Care Map-ping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. *Sykepleien Forskning*, (4), 376-382.

Kvaal, B. (2012, 20. november). *Derfor er arbeid jobb nummer én*. Henta 19. juni 2013 frå http://www.rop.no/Artikler/Etter_dato/derfor-er-arbeid-jobb-nummer-en

Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Lawrence-Jones, J. (2010, 20. april). Dual diagnosis (drug/alcohol and mental health): Service user experiences. *Practice*, 22(2), 115-131.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.1080/09503151003686684>

Lindström, U. Å. (2003). *Psykiatrisk sykepleie: Teorier, verdier og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Lov om sosiale tjenester i NAV. (2009). *Lov, 18. desember nr. 131, om sosiale tjenester i NAV*. Oslo: Arbeidsdepartementet.

Løken, K. H. (2006a). *Undring og dialog: Hvordan kan brukerundersøkelser være et verktøy for å involvere brukerne og deres organisasjoner i kvalitetsutvikling av tjenester i en kommune?*. Oslo: Rådet for psykisk helse.

Løken, K. H. (2006b). Å lykkes med brukervedvirkning. I A. Almvik, & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 187-200). Bergen: Fagbokforlaget.

Lønne, A. H. (2006). *Å leve med psykisk lidelse og rusmisbruk*. Oslo: Legeforlaget.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Meld. St. nr. 30 (2011-2012). (2011). *Se meg!: En helhetlig rusmiddelpolitikk: Alkohol – narkotika – doping*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Midré, G. (1995). *Bot, bedring eller brød?: Om bedømming og behandling av sosial nød fra reformasjonen til velferdsstaten*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Myhra, A.-B. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner: Realisering av brukervedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.

NAV-loven. (2006). *Lov, 16. juni 2006 nr. 20, om arbeids- og velferdsforvaltningen*. Oslo: Arbeidsdepartementet.

Norheim, A. (2006). Pleiekulturens betydning for en god profesjonell omsorg - et etisk perspektiv. I A. Barbosa da Silva (Red.), *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid* (s. 228-256). Oslo: Gyldendal Akademiske.

NOU 2005: 3. (2005). *Fra stykkevis til helt: En sammenhengende helsetjeneste*. Henta frå <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20052005/003/PDFS/NOU200520050003000DDDPDFS.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). (2011). *Lov, 2. juli 1999 nr. 63, om pasient- og brukerrettigheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov, 2. juli nr. 61, om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Samuelsen, E.-K. (2012). Krenkelsens mange ansikter – en vei til kjærlighetens etikk. I R. Thorsen, K. S. Mæhre, & K. Martinsen (Red.), *Fortellinger om etikk* (s. 141-160). Bergen: Fagbokforlaget.

Skjefstad, N. (2007). Respekt og anerkjennelse. I E. Marthinsen, & N. Skjefstad (Red.), *Tiltaksarbeid i sosialtjeneste og NAV: tett på!*. (s. 81-105). Oslo: Universitetsforlaget.

Skotland, S. (2012). Dobbelt diagnosepasientene taper igjen. *Rus & Samfunn*, (3), 7-9.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). (2009). *Lov, 2. juli nr. 61, om spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld. nr. 21 (1998-1999). (1998). *Ansvar og meistring: Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk*. Henta frå <http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037>

St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2008). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Henta frå <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

St.prp. nr. 1 (2007-2008). (2007). *For budsjettåret 2008*. Henta frå <http://www.regjeringen.no/pages/2013283/PDFS/STP200720080001HODDDDPDFS.pdf>

St.prp. nr. 63 (1997-1998). (1997). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999- 2006: Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Henta frå <http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/Stortingsproposisjonar/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>

Stålsett, S. J. (2011). *Respekt: Se om igjen*. Oslo: Pax Forlag.

Sundet, R. (2007). Brukerperspektiv og den terapeutiske relasjon – betydninger for terapeutisk arbeid. I A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A.-G. Tuseth, & T. Fjeldstad (Red.), *Klienten - den glemte terapeut: Brukerstyring i psykisk helsearbeid* (s. 312-327). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Sundfør, K.-O. (2012). Frå bruker til erfaringskonsulent. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (4), 366-369.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Thommesen, H. (2012). *Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Ulvestad, A. K., & Henriksen, A. K. (2007). I skyggen av elfenbenstårnet. I A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A.-G. Tuseth, & T. Fjeldstad (Red.), *Klienten – den glemte terapeut: Brukerstyring i psykisk helsearbeid* (s. 20-27). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Vatne, S. (1998). *Pasienten først?: Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vendsborg, P. (2011). Stigma – teorier og begreber. I P. Vendsborg, S. Blinkenberg, K. Kistrup, A. Lindhardt, & M. Nordentoft (Red.), *Dømt på forhånd: Om stigmatisering af mennesker med psykisk sygdom* (s. 9-25). København: Psykiatrifonden.

Vestaby, H. K. (2010). Fra passiv pasient til aktiv medspiller. *Sykepleien*, 98(13), 57-59.
doi:10.4220/sykepleiens.2010.0136

Von Krogh, G. (2005). *Begreper i psykiatrisk sykepleie: sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Von Münchow, O. (2013). Rusmiddelpasienter må utfordres. *Rus & Samfunn*, (1), 8-9.



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 helsefag
 Universitetet i Stavanger
 Ullandhaug
 4036 STAVANGER

Vår dato: 07.12.2012

Vår ref:32311 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.12.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

32311	<i>Brukarmedverknad i forhold til menneske med rus- og psykiatriproblematikk</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Hildegunn Sagvaag</i>
Student	<i>Sigrun Kalstveit</i>

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

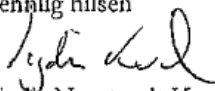
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


 Vigdis Namtvedt Kvalheim


 Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10
 Vedlegg: Prosjektvurdering
 Kopi: Sigrun Kalstveit, Godalstunet 16i, 4015 STAVANGER



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 32311

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c). Personvernombudet minner om at ansatte har taushetsplikt og kan derfor ikke gi informasjon som kan identifisere enkeltpersoner, med mindre brukerne har samtykket eksplisitt til dette.

Prosjektet skal avsluttes 01.12.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes.

Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Brukarmedverknad i forhold til brukarar med rus- og psykiatriproblematikk

Målet med denne studien er å løfte fram den kunnskapen og erfaringa personar med rus- og psykiatriproblematikk har i forhold til brukarmedverknad i møte med helse- og omsorgssektoren. Det er også ynskjeleg å få vite kva erfaring tenesteytarar har i forhold til brukarmedverknad i møte med denne brukargruppa. Det er difor eit mål at resultat frå studien skal koma menneske med rus- og psykiatriproblematikk til nytte i vidare arbeid.

Eg ynskjer å intervjuje brukarar og tenesteytarar individuelt, der det vil bli nytta lydopptak under intervjuja dersom den enkelte gir samtykkje til det.

Deltaking i studien er frivillig, og det vil ikkje få konsekvensar for deg om du ikkje ynskjer å delta. Du kan når som helst trekke deg frå studien, og få sletta opplysningane som er registrert om deg. Du er sikra full anonymitet og all data vil bli behandla konfidensielt. Det er berre prosjektleiar og prosjektmedarbeidar som har tilgong til intervjuja, og me har tystnadsplikt. Lydopptak og utskrift frå intervjuja vil bli sletta når studien er ferdig.

Studien er en del av ein masterstudie i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD).

Tusen takk for di hjelp og di deltaking.

.....

.....

Prosjektleder
Hildegunn Sagvaag

Prosjektmedarbeidar
Sigrun Kalstveit

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

Samtykkeerklæring.

Eg har fått både skriftlig og munnleg informasjon om prosjektet ” Brukarmedverknad i forhold til brukarar med rus- og psykiatriproblematikk”, og ynskjer å delta i prosjektet.

.....

Sted

Dato

underskrift

INTERVJUGUIDE

- Korleis er kvardagen din?
 - Får du støtte frå omgivnadane/hjelpeapparatet? Korleis?

- Kva hjelp har du behov for for å kunne fungere best mogeleg?
 - Samtaler
 - Støtte til å bu
 - Økonomi

- Legg du dette fram for hjelpeapparatet?
 - Korleis? Kan du sei meir...?
 - Korleis blir du møtt då?

- Korleis er erfaringa di i forhold til det å få hjelp når du henvend deg?
 - Korleis har du opplevd å bli møtt i forhold til ruslidinga/psykiatrilidinga? Har du opplevd at dei berre ser den eine sida?
 - Kjenner du at du blir ivaretatt?
 - Har du opplevd å ikkje bli møtt? Kva skjedde då og korleis var det?
 - Blir du opplyst om ulike hjelpetilbod?
 - Kva oppleving har du av at hjelpeapparatet tilbyr deg hjelp der du henvend deg?
 - Har du blitt henvist vidare om ikkje hjelpar kan tilby deg det du ynskjer? Kva oppleving har du av det?

- Korleis får dine egne meningar betydning?
 - Korleis påverkar du behandlinga/tenesta du får? Fortel meir om det....
 - Kva tenkjer du om medverknad, og kva gir deg ei kjensle av medverknad i kontakt med hjelpeapparatet? Har du ei slik oppleving du kan fortelja om?

(Om du ikkje har ei slik oppleving – kan du beskriva ein situasjon der du kunne kjent på ei slik oppleving?)
 - Kva betyr det for deg å få påverka behandlinga?
 - Korleis er det dersom du opplever at du ikkje får påverke?
 - Kva forventningar har du til medverknad?
 - Når føler du du får medvirka?
 - Opplever du at hjelpa er tilpassa deg spesielt?
 - Kva meiner du skal til for at du skal ha det godt? (lykkast med måla dine...)
 - Kva synest du fungerer/fungerer ikkje i forhold til hjelpa/tenesten?

- Blir det lagt planar for hjelpa du får?
 - Har du noko erfaring med det?
 - Er det skriftlige planar?
 - Er du med å utarbeida dei?
 - Har du til dømes IP/Ansvarsgruppe?

- I kva grad får du nytta dine egne ressursar?
 - Korleis opplever du det i forhold til utfordringar?
 - Korleis opplever du det i forhold til ansvar? Lite/mykje?

- Synest du det er noko eg burde spurt om som eg ikkje har spurt om?
- Er det noko tema som me har prata om i dag som du meiner er meir viktige?
- Korleis har du opplevd dette intervjuet?

Søkjeppross

Database	Søkjeppord	Treff	Treffnummer på valt artikkel
Cinahl	service user, substance abuse and mental health in all text	23	6, denne kunne ikkje opnast
	service user in abstract, substance abuse and mental health in title	1	
	service user and dual diagnosis in all text	18	2, same artikkel som over
	service user and dual diagnosis in title	8	2, same artikkel som over
	service user and dual diagnosis in title and qualitative research in all text	1	2, same artikkel som over
NorArt	Brukermedvirkning og rus- og psykisk lidelse	0	
	brukermedvirkning Årstal: 2005-2013	158	
	brukermedvirkning Årstal: 2010-2013	66	
Idunn	Brukermedvirkning, rus lidelse og psykisk lidelse	4 tidsskrift og ein artikkel	
Idunn	Brukermedvirkning	344	
Medline	service user, substance abuse and mental illness in abstract	1	
	service user and dual diagnosis in abstract	0	
	user interaction and dual diagnosis in abstract	3	
	user interaction, dual diagnosis and qualitative research in abstract	0	

Medline	user interaction, substance abuse and mental illness in abstract	0	
---------	--	---	--

Funn

Forfatter	Namn på artikkel	Årstall	Metode	Database
Askheim, O. P.	Brukermedvirkning - kun for verdige trengende? Om brukermedvirkning på rusfeltet	2009		Idunn
Antonsen, E. B.	Et stykke på vei, men likevel langt igjen?	2008		Idunn
Lawrence-Jones, J.	Dual diagnosis (drug/alcohol and mental health): Service user experiences.	2010	Kvalitativ undersøkning med intervju av personar med samtidig rusmiddel- og psykisk problem	Cinahl
Gråwe, R. W.	Psykisk helsevern for personer med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer	2006		NorArt
Thommesen, H.	Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer	2012		Litteratur
Von Münchow, O.	Rusmiddelpasienter må utfordres	2013		Idunn
Skotland, S.	Dobbeldiagnosepasientene taper igjen	2012		Idunn
Sundfør, K.-O.	Fra bruker til erfaringskonsulent	2012		Idunn
Ervik, R., Sælør, K. T., & Biong, S.	«Å gripe øyeblikket»	2012		Idunn