

LAR-BRUKERES OPPLEVELSE AV BEHANDLING

**En kvalitativ studie hvor et utvalg av fem LAR-brukere reflekterer
over sin opplevelse av behandling i LAR.**

Anne B. Mindestrømmen Simonsen
Høsten 2014
Veileder: Professor Paul Stephens

Masteroppgave i sosialfag med fokus på legemiddelassistert rehabilitering.

Institutt for sosialfag
Det samfunnsvitenskaplige fakultet
Universitetet i Stavanger



UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I SOSIALFAG

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Høst 2014

FORFATTER: Anne Beate Mindestrømmen Simonsen

VEILEDER: Professor Paul Stephens

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:

LAR-brukeres opplevelse av behandling:
En kvalitativ studie hvor et utvalg av fem LAR-brukere reflekterer over sin opplevelse av behandling i LAR.

Engelsk tittel:

Treatment for opioid dependence in Norway: a qualitative study of five persons' reflections on their experience of treatment.

EMNEORD/STIKKORD: LAR, legemiddelassistert rehabilitering, LAR-bruker, rus, brukermedvirkning, anerkjennelse, stigma, makt.

ANTALL SIDER: 96

ANTALL ORD: 33 351

STAVANGER 12.11.2014

Dato/år

Kandidatens underskrift

Forord

En toårig masterutdannelse nærmer seg nå slutten. Det har vært en lang prosess for meg å skrive en masteroppgave. Det har vært slitsomt, krevende, givende og ikke minst svært lærerikt for meg. Slitsomt fordi det har krevd mye tid, spesielt vekke fra min nærmeste familie. Krevende fordi det var en helt ny måte for meg å arbeide på. Givende og lærerikt fordi jeg har lært mye om emnet som jeg er interessert i, og ikke minst har jeg lært mye om meg selv som person i denne prosessen.

Under arbeidet med denne studien er det mange som har kommet med innspill, og disse fortjener en stor takk. Først og fremst vil jeg rette en stor takk til mine informanter. Uten deres villighet til å formidle deres opplevelser ville ikke denne studien sett dagens lys. Dere har i stor grad økt min forståelse for hvordan det oppleves å være bruker i helsevesenet.

Takk til min gode, tålmodige og kunnskapsrike veileder Professor Paul Stephens. Takk for at du veiledet meg inn på rett vei.

Dere som er min nærmeste familie fortjener takk for at dere alltid er til stede for oppmuntring og støtte. Min kjære far er spesielt i tankene. Tusen takk for kyndig datahjelp, og ikke minst at du alltid har oppmuntret meg til å se viktigheten av god utdanning.

Sola, november 2014

Anne B. Mindestømmen Simonsen

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord.....	3
Sammendrag	7
Abstract	8
1.0 Innledning	9
1.1 Bakgrunn for valg av tema	9
1.2 LAR - Legemiddelassistert rehabilitering	10
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	11
1.4 Nøkkelterminologi.....	11
1.5 Oppgavens struktur.....	11
2.0 Teori	13
2.1 Brukermedvirkning.....	13
2.1.1 Argumenter for brukermedvirkning.....	15
2.1.2 Brukerperspektivet.....	16
2.1.3 Tillit.....	18
2.1.4 Personlig integritet.....	18
2.2 Empowerment	19
2.3 Honneths anerkjennelsesteori	20
2.3.1 Tre former for anerkjennelse	20
2.4 Stigma.....	23
2.4.1 Skam	24
2.4.2 Situasjonsbestemt skam	24
2.5 Makt	25
3.0 Metode.....	27
3.1 Min rolle som forsker	27
3.2 Kvalitativ metode	28
3.2.1 Intervju som metode.....	28
3.2.2 "Grounded theory" tilnærming.....	29
3.3 Rekruttering av informanter	29
3.4 Presentasjon av informantene.....	30
3.5 Intervjuguide	31
3.6 Gjennomføring av intervjuene	32
3.7 Analyseprosessen.....	32
3.7.1 Transkribering	32

3.7.2 Analyse	33
3.8 Reliabilitet, validitet – overførbarhet.....	33
3.9 Etikk.....	34
4.0 Funn.....	35
4.1 Presentasjon av funnene.....	35
4.1.1 Hovedkategori 1: Informantens bakgrunn.....	36
4.1.2 Hovedkategori 2: Informantens opplevelse av legemiddelutdelingen.....	44
4.1.3 Hovedkategori 3: Informantens opplevelse av rehabiliteringen i LAR	55
4.1.4 Hovedkategori 4: Informantens helhetlige opplevelse av å være LAR-bruker	64
5.0 Diskusjon	70
5.1 Informantenes bakgrunn	70
5.1.2 Rusens oppstart	71
5.1.3 Rusens utvikling.....	71
5.1.4 Erfaring med tidligere rusbehandling	72
5.2 Informantens opplevelse med legemiddelutdelingen.....	74
5.2.1 Tidsramme for behandling i LAR.....	74
5.2.2 Legemidler.....	76
5.2.3 Tilpasning av legemidler.....	76
5.2.4 Henteordning	78
5.2.5 Avhengig av tillit mellom bruker og LAR.....	79
5.2.6 Opplevelse av å bli styrt av henteordningen	81
5.2.7 Ulovlig salg av narkotika ved utdelingen.....	82
5.2.8 Manglende oppmøte	85
5.3 Informantens opplevelse av rehabiliteringen i LAR.....	86
5.3.1 Positive og negative sider ved dialogen med LAR.....	86
5.3.2 Viktigheten av å ha et lavterskeltilbud som del av rehabiliteringen	88
5.3.3 Ansvarsgruppemøte.....	91
5.3.4 Å føle seg som et helt menneske	94
5.3.5 LAR-bare medisiner?	95
5.4 Informantens helhetlige opplevelse av å være LAR-bruker.....	96
5.4.1 Manglende oppfølging	96
5.4.2 Kortsiktige mål	97
5.4.3 Langsiktige mål.....	97
5.4.4 Hva kan bli bedre i LAR?.....	99

5.5 Avslutning.....	100
6.0 Litteratur	102
7.0 Vedlegg.....	106

Sammendrag

Tittel: LAR-brukeres opplevelse av behandling:

En kvalitativ studie hvor et utvalg av fem LAR-brukere reflekterer over sin opplevelse av behandling i LAR.

Tema/bakgrunn: Noen LAR-brukere har gjennom ulike kanaler gitt uttrykk for at deres behandling er mangelfull, med lite hensyn til brukermedvirkning.

Hensikt og mål: Masteroppgaven har som hensikt å belyse et utvalg av fem LAR-brukeres opplevelse av det å være under LAR-behandling. Målet med oppgaven har vært å få en dypere innsikt i hvordan hverdagen for LAR-brukere kan fortone seg, og hvordan det er å måtte forholde seg til LAR som behandlingsapparat. Et mål har også vært å få innsikt i hvordan, og i hvilken grad brukerne opplever at LAR påvirker dem.

Problemstilling: Oppgavens problemstilling er:

Hvordan opplever et utvalg av fem LAR-brukere sin behandling i LAR?

Metode: Denne studien bygger på relativt omfattende, semi-strukturerte intervjuer, utført blant fem LAR-brukere i samme helseforetak.

Teorien i oppgaven er blitt hentet fra ulike fagområder for å belyse empirien. I tillegg har selve den empiriske forskningen ført til en viss grad av "grounded theory".

Funn: Resultatene i denne studien viser at LAR-brukerne i utvalget opplever seg fanget i LAR-systemet. Det vil si at de oppfører seg og lever på en slik måte som LAR forventer at de skal gjøre for å få utdelt sine livsviktige medisiner. De opplever at maktforholdet mellom LAR som behandlingsapparat og dem som brukere av LAR er svært skeivt, slik at de i stor grad føler seg maktesløse. Informantene understreker at de har behov for mer oppfølging hva angår rehabiliteringsdelen. Det er særlig den som oppleves som mangelfull, i hvert fall ikke hensiktsmessig for dem selv. De opplever i liten grad at de blir tatt med på råd som brukere, og at deres stemme og behov blir tilstrekkelig tatt hensyn til. Informantene har hatt mange andre skuffende opplevelser gjennom den tiden de har vært i LAR-behandling.

Det kommer riktignok frem av studien at informantene til en viss grad også er fornøyde med den behandlingen de får av LAR, men at dette i det mest vesentlige er avhengig av hvilken person de treffer på som saksbehandler.

Abstract

Title: Treatment for opioid dependence in Norway: a qualitative study of five persons' reflections on their experience of treatment.

Theme: In my study, I document and analyse the concerns that some persons who undergo treatment for opioid dependence have with regard to perceived inadequate treatment and perceived scant regard for service user influence.

Aim: In my master dissertation, I seek to reveal the voices of a sample of five persons having treatment for opioid dependence as regards their own experience of the treatment.

In the dissertation, the aim is to obtain more insight into how persons undergoing treatment seem to perceive things in their everyday life, and what it is like to comply with treatment protocol. I am also interested in how and to what extent these persons perceive how the opioid treatment affects them.

Study Focus: How five people experience treatment for opioid dependence in Norway.

Method: In this qualitative study, I use semi-structured interviews for the purpose of obtaining information from five persons who undergo treatment for opioid dependence in one treatment centre. I use relevant theory in order to help understand the empirical data. Furthermore, the empirical research itself has led to the rise of some "grounded theory".

Results: My findings reveal that the persons receiving treatment for opioid dependence feel trapped in the treatment system. By this, they report that they conduct themselves and live according to the treatment programme's expectations in order to 'earn' medication that they regard as important in their life circumstances. They perceive a power imbalance between the treatment service and themselves as service users, such that they feel largely powerless. They point out too that they need more follow-up as regards the rehabilitation phase, which they see as inadequate or not relevant to their particular needs.

Moreover, they sense that their own chance to influence decisions is insufficient, thereby compromising service user voice and own priorities. They also report much other disenchantment from their experience of treatment for opioid dependence.

That said, there are some optimistic notes. The persons in the study report a degree of satisfaction with treatment received, but add that this is largely contingent on the person who is mainly in charge of the treatment.

1.0 Innledning

Denne innledningen skal gi leseren en forståelse av hva oppgaven handler om. Jeg skal derfor beskrive bakgrunnen for mitt valg av tema og deretter gi en kort innføring i LAR-legemiddelassistert rehabilitering. Jeg skal gi en presentasjon av problemstillingen, og deretter gjøre rede for hvordan jeg gjorde mine avgrensninger. Til slutt skal jeg si noe om oppgavens struktur.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne oppgaven er legemiddelassistert rehabilitering (heretter forkortet med bokstavene LAR). Jeg visste tidlig i prosessen på masterstudiet at jeg ville forske på og skrive om LAR. I 2005 hadde jeg min praksisperiode som sosionomstudent ved et lavterskeltilbud for rusmiddelavhengige og andre vanskeligstilte personer i Stavanger. Her fikk jeg et innblikk i hverdagen til LAR-brukere, og hadde gode ukentlige samtaler med mange av dem om forhold som de var opptatt av. I løpet av min praksisperiode var jeg i kontakt med omkring 8-10 LAR-brukere. Det kom frem at flere av dem opplevde seg overstyrt og fanget av et system i LAR, og hadde svært få positive opplevelser. Dette hadde også å gjøre med den relasjonelle samhandlingen de hadde med sin saksbehandler. Flere av de LAR-brukerne jeg var i kontakt med i løpet av denne perioden opplevde at de kun fikk utdelt medisiner med strenge restriksjoner de måtte overholde, og fikk lite eller ingenting igjen utover dette. De få positive opplevelsene de kunne dele var ofte knyttet til det å kunne motta legemidler på lovlig vis.

I løpet av mitt arbeidsforhold som saksbehandler i barneverntjenesten har jeg også møtt på noen klienter som er LAR-brukere. Deres historier gav meg et inntrykk av at det er vanskelig og slitsomt for dem å måtte forholde seg til LAR som et svært rigid system. Samtidig har det i media foregått en debatt som dreier seg om hvorvidt LAR-brukere får den rehabiliteringen de har krav på (Olsen 2013, Larsen 2013, Ergo & Aass 2013). Alt dette sett i sammenheng gav meg mersmak på å finne ut mer om hvordan LAR-brukerne opplever sin behandling og rehabilitering, og om deres forhold til LAR generelt.

Tidligere mastergradsforskning på området viser også at LAR har noen utfordringer når det gjelder å gi brukerne mer innflytelse i egen behandling. Toft (2013) viser i sin mastergradsstudie av et utvalg på syv informanter at LAR tilbyr den enkelte bruker et bedre liv enn det vedkommende hadde som rusmiddelavhengig. LAR-brukerne i hans utvalg opplevde til tross for dette at de var nødt til å følge spillereglene til LAR om de ønsket en vellykket LAR-behandling. Det ser ut til at LAR-brukerne i hans studie følte seg mer som objekter enn som subjekter i relasjonen med LAR.

I annen mastergradsforskning (Larsen 2013) avdekkes funn som tilsier at det finnes svært lite rom for brukerne og deres pårørende til å kunne påvirke måten behandlingen ble gjennomført på. Studiens utvalg besto av fem informanter. Det er manglende rehabilitering i behandlingen, og de pårørende i studien oppgir at den viktigste hjelpen som LAR har gitt, er medisinerne i seg selv. Legemidlene er positive for rusavhengigheten og kan på denne måten muligens være kriminalitetsforebyggende.

1.2 LAR - Legemiddelassistert rehabilitering

Substitusjonsbehandling av opioidavhengighet i Norge startet opp i 1998 etter en modell fra USA. Der hadde man allerede på 1960-tallet begynt med metadonbehandling for opioidavhengighet. Siden 2001 har behandlingsformen vært kjent som legemiddelassistert rehabilitering-LAR (Helsedirektoratet 2010).

Målet med behandlingen er økt livskvalitet, bedring av funksjonsnivået, og å redusere skadene av opioidmisbruk. Rehabiliteringen skal ta utgangspunkt i brukerens egne ønsker, mål og forutsetninger. Av og til kan skadereduksjon i seg selv være det viktigste målet for brukeren (ibid.) Serafrapporten (2013) viser tall fra en undersøkelse, gjort blant LAR-brukere i 2012. Av rapporten kommer det frem at 80 % av de godt over 7.000 LAR-brukere i landet, verken er i jobb eller under utdanning. Det kommer også frem at kun 58 % av LAR-brukere på landsbasis "antas" å ha fullført en rehabiliteringsprosess.

Behandlingen med substitusjonslegemiddelet skal være en del av en større helhet hvor rehabilitering er et vesentlig element. Retningslinjene for LAR sier at det må foregå en samhandling og samordning mellom tjenestene og brukeren selv (ibid.). Det er lagt vekt på brukermedvirkning. Brukermedvirkning er beskrevet i flere offentlige dokumenter, retningslinjer og lovverk.

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med bruker. Det skal legges stor vekt på hva brukeren mener, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §§ 3-2 første ledd nr.6, 3-6 og 3-8. Også pasient- og brukerrettighetsloven (1999) regulerer brukermedvirkning. Her kommer det frem at helsevesenet ikke bare bør, men har plikt til å tilrettelegge for brukermedvirkning, jf. § 3-1.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Studiens problemstilling er formulert slik:

LAR-brukeres opplevelse av behandling: En kvalitativ studie hvor et utvalg av fem LAR-brukere reflekterer over sin opplevelse av behandling i LAR.

Gjennom personlige, semi-strukturerte intervjuer av fem LAR-brukere, skal jeg prøve å belyse deres opplevelse av behandlingen.

I denne sammenhengen, fokuserer jeg på følgende tema:

- Bakgrunn for oppstart av LAR-behandling.
- Hvordan oppleves legemiddelutdelingen.
- Hva består rehabiliteringen av, og hvordan opplever den enkelte den?
- Helhetlig opplevelse av det å være LAR-bruker.

Fokuset skal gjennom hele studien være på den unike og egenopplevde erfaringen for den enkelte LAR-bruker.

1.4 Nøkkelterminologi

I denne studien unngår jeg begrepene ”klient” eller ”pasient” til fordel for begrepet ”bruker”. Brukerbegrepet fremstår for meg som mer nøytralt og det er mindre negative assosiasjoner knyttet til det (Humerfelt 2005).

Den samme begrunnelsen gjelder når jeg har valgt å bruke begrepet ”rusmiddelavhengig” fremfor ”rusmisbruker” eller ”narkoman”.

1.5 Oppgavens struktur

I kapittel 2 presenterer jeg relevante teorier og redegjørelser for sentrale konsepter og begreper, som bidrar til å bygge opp mine funn i denne studien. Kapittel 3 er den metodiske delen av oppgaven hvor det blir beskrevet hvilken metode som er brukt, og hvorfor den er brukt for å belyse min problemstilling. Deretter gjør jeg rede for hvordan jeg samlet inn data og hvordan transkriberingen ble gjennomført.

Kapittel 4 blir en konkret presentasjon av funn uten kommentarer underveis. Dette skjer i form av semantiske kategorier samt illustrerende tekst fra de transkriberte intervjuene.

I Kapittel 5 drøfter jeg mine funn blant annet i forhold til relevant empiri og teori.

Oppgaven avsluttes med en oppsummering og konsise kommentarer.

2.0 Teori

Følgende kapittel tar i hovedsak for seg teori om brukermedvirkning, anerkjennelse og empowerment. Jeg har lagt vekt på Honneths anerkjennelsesteori (2007). Jeg har videre belyst Goffmans stigma (1968), ulike sider ved skam og Bourdieus maktperspektiv (1968).

2.1 Brukermedvirkning

Ordet brukermedvirkning er satt sammen av to ord: bruker og medvirkning.

Humerfelt (2005) viser til at utviklingen av brukerbegrepet har skjedd de siste ti år, da man mente at klientbegrepet inneholdt negative assosiasjoner i form av stigmatisering. Man mente også at det hentydet til noe nedverdiggende og at klienten inntok en passiv rolle. Man ønsket da å få mer positive assosiasjoner til gruppen. Sett i sammenheng med denne studiens informanter, som er rusmiddelavhengige i LAR-behandling, kan man diskutere hvorvidt det assosieres med noe positivt i forhold til dem, da de bruker begrepet bruker når de er aktive å ruse seg. Alt utstyret de bruker i denne sammenheng, kalles også for brukerutstyr.

Medvirkning er andre del av ordet brukermedvirkning. I Taule (1999) kommer den leksikalske betydningen av ordet frem: å delta, bidra og hjelpe. På den måten inneholder medvirkning en intensjon om at man skal ta del i noe, samt yte noe i denne forstand, forstått som at noe aktivt skal foregå.

Brukermedvirkning sier noe om forholdet mellom brukeren og forvaltningen, hvor man ser brukeren som en aktiv part i relasjonen. På individnivå som er relevant i forhold til denne studien, vil det si at LAR-brukeren får medvirke aktivt i relasjonen til de involverte rundt den enkeltes behandling (Humerfelt, 2005). Man kan også si at begrepet er knyttet til troen på menneskets iboende ressurser og evne til mestring og innflytelse på eget liv (Jenssen, 2012).

Kjellevold (2005) sier at de sosiale tjenestene skal være samordnet. Det vil si at tjenestene skal være helhetlige og sammenhengende. De som har behov for hjelp skal gis anledning til å medvirke i planleggingen, utforming, gjennomføringen og ikke minst evalueringen av det aktuelle tiltaket. Hanssen (2010) sier at brukeren, i tillegg til aktivt å delta og til å involveres, skal ha innflytelse på alle beslutninger som angår helse og velferd. Det vil selvsagt variere hvor mye den enkelte bruker deltar og involveres,

men målet bør være at brukeren selv opplever optimal medvirkning sett i forhold til hans forutsetninger og ønsker. Dette poenget kan illustreres ved å henvise til min studie:

”Jeg skulle ønske det at LAR innså hvor viktig det er å følge opp personer og høre hva de sier. Prøve å hjelpe de med det de selv sier er viktig.” (Eivind)

”Men å høre mer på oss, og ikke ta avgjørelser bak vår rygg. Det hadde vært fint. Heller spørre: ’Dordis, hva er det som skal til for at DU kommer deg videre nå?’” (Dordis)

Det kan være tilfeller hvor brukeren av ulike grunner ikke kan eller vil medvirke. Brukeren kan vise til at han eller hun ikke har lyst, men også at han eller hun rett og slett ikke orker. Kravet til brukermedvirkning er hjemlet i lov, og den profesjonelle kan da komme i dilemma mellom det å motivere for brukermedvirkning og det å vurdere at brukeren har autonomi til å ta sine egne valg og avgjørelser. Om man tenker at brukeren har tatt sine egne valg, men at det likevel strider mot det den profesjonelle og de rundt ham/henne vurderer er best for ham, kan den profesjonelle da komme i en situasjon hvor vedkommende blir beskyldt for ansvarsfraskrivelse. Om brukeren ikke er i stand til å ta egne valg, kan det konfereres med nærmeste pårørende som kjenner brukeren godt, slik at brukerens synspunkter og ønsker kan formidles. På bakgrunn av dette kan en beslutning tas likevel, når man på denne måten vet hva brukerens ønsker er.

Alle brukerne skal ha innflytelse over de beslutningsprosesser som fører til tjenestetilbud de berøres av. Det skal være dialog mellom de som foretar en beslutning og brukeren som berøres av den enkelte beslutningen (Rønning & Solheim, 1998).

Humerfelt og Hansen et al. (2005) problematiserer blant annet hvorvidt begrepet brukermedvirkning kun er retorikk eller en realistisk forventning. Brukermedvirkning er et positivt ladet begrep, hvor intensjonen er at brukeren er aktiv, og tjenestene er tilpasset den enkeltes behov etter medvirkning fra vedkommende selv. Som sagt er brukermedvirkningen rettighetsfestet i norsk lov, noe som tydeliggjør individuelle rettigheter, samt det offentliges plikter i samme sak. Likevel er dette ikke nok. Det er helt avgjørende at det blir lagt vekt på å få til en hensiktsmessig relasjon mellom den profesjonelle og brukeren. Det er relasjonen mellom brukeren og den profesjonelle som legges til grunn for om det tas hensyn til brukermedvirkning eller ei. Man kan si det er samspillet og kvaliteten på den gjeldende relasjonen som blir avgjørende. Dette

underbygges ved at det er den profesjonelle som vurderer om, og i tilfelle på hvilke tidspunkter, brukermedvirkning skal foregå.

I min studie kommer det fram hvor viktig det er at denne relasjonen finnes og i hvor stor grad det er lagt til rette for brukermedvirkning:

”Pleier å alliere meg med hun ene saksbehandleren. Har tillit til henne og sitter ved siden av henne...” (Dordis)

”Så fikk jeg en ny saksbehandler, så hun hadde sett i papirene at jeg hadde spurt etter psykolog i mange år uten og få det. Hun sa det kanskje var på tide at noen hørte på meg.” (Eivind)

”Og jeg synes det er personavhengig alt etter hvem du treffer på LAR.” (Eivind)

Sett i lys av teorien om at man ved brukermedvirkning skal ha troen på menneskets iboende ressurser og evne til mestring, har man tildelt begrepet brukermedvirkning en positiv forståelse. På samme tid impliserer man en forventning om økt bevissthet om eget ansvar for handlinger og valg. Når man vet at brukerne representerer et vidt spekter av sammensatte og komplekse livssituasjoner, kan man se at denne dobbeltbetydningen gjør det vanskelig ikke bare å definere, men også å gjennomføre brukermedvirkning (Jenssen, 2012).

2.1.1 Argumenter for brukermedvirkning

Humerfelt (2005) argumenter for hvorfor brukermedvirkning er viktig. Hun viser til at argumentasjonen for brukermedvirkning i tidsrommet fra 1960-årene og mot midten av 80-tallet, først og fremst ble knyttet til verdi og rettighet innenfor en politisk fellesskapsmodell. I denne perioden fikk desentralisering stor politisk støtte i enkelte områder, og det ble vektlagt en styrking av borgernes rettigheter og plikter, for å kunne stå opp mot de store kreftene i samfunnsstrukturen. Sett i lys av **demokratiske argumenter** for brukermedvirkning, sier Humerfelt (ibid.) at målet er at borgerne skal lære seg å bli aktive og gode medborgere, og jo mer de deltar og utvikler sin kompetanse, jo bedre medborgere blir de. Dette er basert på tanken at brukernes medvirkning igjen skal utvikle dem til å bli bedre skolerte borgere. Man kan dermed si at brukermedvirkning i seg selv ikke har noen egenverdi, men den kan brukes som et middel til å oppnå en annen verdi.

Bak **maktutjevningsargumentet** ligger det et ønske om å bedre maktbalansen mellom brukerne og det offentlige hjelpeapparatet. Det er skjev maktfordelingen mellom bruker og den profesjonelle, og man vet at til slutt er det brukeren som blir utsatt for maktens konsekvenser. Humerfelt (ibid.) sier at intensjonen med å legge til rette for brukervedvirkning er å kunne bidra til en jevnere maktbalanse mellom partene, slik at beslutningene som tas, stemmer mer overens med brukerens behov. I min studie kommer det frem at LAR-brukeren i stor grad er underlagt makten fra den enkelte LAR-saksbehandleren. Det er ujevn maktfordeling, og den eneste som kan tape er LAR-brukeren.

Effektivitetsargumentet sier noe om at det er brukeren selv som vet best hvor skoen trykker. Med utgangspunkt i dette kan man raskere oppnå de oppsatte mål, hvis brukeren selv får delta aktivt i utformingen av mål og hva som skal arbeides med. På denne måten er brukeren raskere ut av for eksempel behandling, og det blir mer kostnadsbesparende på samfunnsnivå. Dette gir videre et **økonomisk argument** for brukervedvirkning. Tanken er at brukervedvirkning vil lede til bedre utnyttelse av knappe ressurser og dermed til økt tjenesteeffektivitet. Dette betyr at aktive deltakere som regel er billigere enn passive mottakere.

I disse argumentene for brukervedvirkning kan man se ytterpunktene mellom enkeltindividets grunnleggende rettigheter og menneskeverdet som er like for alle, og økonomiske argumenter på den andre siden. Det kan være en økonomisk gevinst ved et brukerperspektiv fordi ansvaret og oppgavene blir individualisert og gitt til brukeren. Samtidig kan man si at det kan skje en ansvarsfraskrivelse fra den profesjonelles side. Ser man dette argumentet gjennomført i praksis, kan det komme frem en annen side ved saken. Når forutsetningen er at brukeren selv får ansvar for å ordne og samle inn papirer, fylle ut skjemaer og ordne nødvendig dokumentasjon for saken sin, kan man lett se for seg at dette for noen brukere vil være en uoverkommelig oppgave å gjennomføre. Det er da ikke gitt at den enkelte brukeren er i stand til å opprettholde sterk nok motivasjon til å delta i rehabiliteringen og står i fare for å falle utenfor (Jenssen, 2012).

2.1.2 Brukerperspektivet

Et perspektiv sier noe om hvordan man betrakter et fenomen. Seim & Slettebø (2007) viser til at man har et brukerperspektiv når den profesjonelle evner å se brukeren og har

dens interesser og behov i sentrum. Dette innebærer nødvendigvis ikke at brukeren er aktivt deltakende slik som nevnt ovenfor i henhold til brukermedvirkning.

En annen dimensjon er uttrykk for brukerens egen forståelse av seg selv og sin situasjon i fortid, nåtid og fremtid. Dette er brukerens perspektiv (ibid.).

Den profesjonelle bør kunne utøve et profesjonelt arbeid som består av både brukerens perspektiv og brukermedvirkning. Det bør legges til rette for at brukeren vil ha et ønske om å komme frem med sine egne synspunkt. Dette kan gjøres ved at den profesjonelle benytter sine sosiale ferdigheter til aktiv lytting og til å være sensitiv i kontakten med bruker. På denne måten kan den profesjonelle innta et brukerperspektiv gjennom sin fagkunnskap, samt tilrettelegge for at brukeren tar brukerens perspektiv med å dele sin egen opplevelse av situasjonen.

Utgangspunktet for at brukeren skal ha lyst til, og forstå nødvendigheten av, å medvirke, er at brukeren opplever at den profesjonelle legger til rette for en relasjon hvor brukermedvirkning vektlegges.

Hele hensikten med brukerens perspektiv på egen situasjon, er at den profesjonelle skal få ta del i den. Det er da avgjørende at den profesjonelle har evne til å persipere dette perspektivet. Dette avhenger igjen av den profesjonelles nivå hva angår kommunikasjonsferdigheter og ikke minst kunnskap om brukerens situasjon. Når den profesjonelle mestrer å persipere brukerens perspektiv, kan brukerens perspektiv på egen situasjon igjen utvikles til å preges av en intersubjektiv forståelse mellom de to partene.

Det har vært økt fokus på brukermedvirkning og brukerperspektivet innenfor helse- og sosialfaget. Likevel viser en undersøkelse fra sosial- og barneverntjenesten (Uggerhøj, 1996, Sandbæk, 2001, Egelund og Hestbæk, 2003, referert i Humerfelt, 2005, s. 20) at brukernes medvirkning kan oppleves som begrenset. Brukerne i undersøkelsen la vekt på hvordan de ble behandlet av saksbehandlerne. De trakk frem at de var opptatt av å bli behandlet med menneskelighet og respekt som individer, med ærlighet og med engasjement. I tillegg var det viktig med innflytelse på beslutninger. Det kan indikere at brukerne er fornøyd, men ikke at deres rettigheter nødvendigvis er ivaretatt. Et eksempel fra min studie illustrer dette:

”... ellers er jeg fornøyd med slik LAR har behandlet meg generelt sett.” (Arne)

I forkant av dette utsagnet har Arne sagt at hans stemme i liten grad blir hørt av saksbehandleren i LAR.

2.1.3 Tillit

Når den profesjonelle har et relasjonsfokus i samhandlingen med bruker, er det viktig å basere relasjonen på trygghet og tillitt. Slik kan brukeren mest hensiktsmessig nyttiggjøre seg den hjelpen han eller hun trenger med sine utfordringer (ibid.). Det fremstår som umulig å nyttiggjøre seg hjelp i en relasjon som er fri for gjensidig tillitt.

I Yrkesetisk grunnlagsdokument for sosionomer, barnevernspedagoger, vernepleiere og velferdsarbeidere, nevnes det at tillit, åpenhet, redelighet, omsorg og nestekjærlighet er de menneskelige verdiene som ligger til grunn for av en etisk og faglig basert relasjon mellom bruker og den profesjonelle (Grunnlagsdokumentet, revidert 2010).

2.1.4 Personlig integritet

Alle forhold og relasjoner mellom stat og enkeltmennesket skal være basert på det grunnleggende prinsippet om menneskets iboende verdighet (Kjellevold, 2005). Dette prinsippet begrunner at menneskeverdet sees på som ukrenkelig og at alle mennesker er likeverdige.

Alle har krav på respekt for sin fysiske og psykiske integritet, selvrealisering og personlige autonomi. Ved å si at mennesket har en iboende verdighet, følger det med det sentrale verdier som blant annet likeverd og respekt for personlig integritet (ibid.).

I Yrkesetisk grunnlagsdokument finner man likeverd og ikke-diskrimineringsprinsippet. Det påpeker at alle mennesker er likeverdige og alle har krav på et verdig liv. Prinsippet som omhandler respekt for enkeltindividet sier at man gjennom brukermedvirkning skal bidra til å styrke den enkelte brukers mulighet for mestring og kontroll over eget liv (Grunnlagsdokumentet, revidert 2010).

Når man som profesjonell arbeider i relasjon til brukere skal man ha disse prinsippene som utgangspunkt for all kontakt med brukeren. I min studie kommer det flere utsagn som reflekterer over hvor viktig det er for den enkelte LAR-bruker å kunne oppleve det å ha et verdig liv på lik linje med alle andre i samfunnet. De ønsker å oppleve likebehandling og bli møtt med respekt på alle områder i kontakt med LAR-systemet. Dette reflekteres gjennom deres ønsker om å få ta del i og være med å bestemme rundt

sin egen behandling og rehabilitering. Hver enkelt LAR-bruker vil bli sett på som et unikt menneske med ulike behov, og få behandling og tjenester deretter.

Jeg skal illustrere med noen eksempler fra min studie:

”Og det går an å bli et fullverdig menneske, selv etter det livet jeg har levd. Og jeg er stolt jeg, for å kunne stå her i dag. For å være den jeg er i dag.” (Carl)

”Jeg føler ikke at jeg ikke blir tatt vare på. Jeg føler jeg blir sett og hørt vedrørende de fleste tingene.” (Bård)

”Jeg føler de tar altfor lite hensyn til det menneskelige aspektet i det her. De bare pusher ut, og jeg syns det blir tatt altfor lite hensyn til alt sammen rundt liksom...” (Bård)

2.2 Empowerment

Yrkesetisk grunnlagsdokument (ibid.) bruker det norske ordet myndiggjøring som erstatning for empowerment. Myndiggjøring innebærer at brukerne får hjelp til å mobilisere og ta i bruk egne ressurser, slik at de opplever mestring og har innflytelse og styring over eget liv. Myndiggjøring kan innebære at faglig innflytelse og kontroll blir svekket til fordel for brukers eget ansvar, egen makt og kontroll.

Empowerment innebærer en grunnleggende antakelse om at mennesket under rimelige betingelser vil utvikle evner og ferdigheter som vil sikre overlevelse og et best mulig liv både for individet og fellesskapet. Empowerment kan defineres som en prosess hvor individer, grupper eller samfunn mobiliserer ressurser til å håndtere sine utfordringer. Sørensen sier at det motsatte av opplevd empowerment er maktesløshet (Sørensen, 2002).

Mange ganger blir brukermedvirkning og empowerment brukt om hverandre.

Empowerment har sitt utspring i sosial aktivistideologi som utviklet seg i USA på 1960-tallet, og i ideer om hjelp til selvhjelp som ble lansert på 1970-tallet. Det dreier seg om å etterstrebe sin rettmessige plass i samfunnet, for å kunne ta del i felles rettigheter og plikter på likeverdige måter. Ved å benytte seg av demokratiet, og sin demokratiske rett, kan alle delta på like premisser i samfunnet. Det er sentralt i empowerment at brukerne skal ta i bruk sine politiske rettigheter, for eksempel ved å fremme brukergruppens interesser, rettigheter og krav som borgere i landet. Empowerment skiller seg fra

brukermedvirkning ved å ha en politisk og ideologisk tilhørighet. Brukermedvirkning er nødvendig i empowermentprosessen for å nå målene på alle nivå, men det å ha fokus på brukermedvirkning forutsetter nødvendigvis ikke empowerment (Humerfelt, 2005). Selv om man kan se en del likhetstrekk mellom begrepene brukermedvirkning og empowerment, har jeg valgt brukermedvirkning i min studie fremfor empowerment. Dette er fordi brukermedvirkning legger mer vekt på kvaliteten av relasjonen mellom den profesjonelle og LAR-brukeren.

2.3 Honneths anerkjennelsesteori

Den tyske sosialfilosofen Axel Honneth er kjent for sin anerkjennelsesteori. Han ønsker å gjøre anerkjennelse til det nye nøkkelbegrepet i forståelse og bekjempelse av sosial ulikhet. Han betegner det å oppnå anerkjennelse som kampen for anerkjennelse av den verdien individet tilskriver seg selv i forhold til familie, lovverk og samfunnet. Med kamp mener han at anerkjennelse ikke er gitt på forhånd, men er noe man skal kjempe for. Utgangspunktet er ulikhet, hvor man ser at den ene parten undertrykker den andre. Sentralt i anerkjennelsesteorien er antagelsen om at menneskets identitet først blir virkelig gjennom anerkjennelse. Menneskets evne til å fungere som vellykket sosialt individ er avhengig av anerkjennelse som bekreftelse av autonomi og individualitet. Honneth beskriver det som en oppbyggingsprosess i hvert enkelt menneske som dreier seg om kjærlighet, rettigheter og solidaritet (Honneth, 2007).

2.3.1 Tre former for anerkjennelse

Honneths (2007) teori baserer seg på at individet kjemper for anerkjennelse i ulike sosiale fellesskap. De sosiale fellesskapene betegner han som anerkjennelsessfærer: den private sfære, den rettslige sfære og den solidariske sfære.

Den **private sfæren** innebærer alle menneskelige primærrelasjoner, det vil si familie og nære venner. Her ligger den mest elementære form for anerkjennelse, og Honneth kategoriserer også disse relasjonene under kjærlighet. I kjærlighetsforhold ligger ”*alle primære relasjoner som består av sterke følelsesmessige bindinger mellom få personer etter mønster av erotiske parforhold, vennskap og relasjonen mellom barn og foreldre*” (ibid. s. 104). Med denne anerkjennelsen følger det selvtillit som gjør mennesket i stand til å handle, kommunisere samt ta del i nære relasjoner. LAR-brukere i min studie påpeker viktigheten av å bli anerkjent i den private sfæren. For eksempel illustrerer Carl det slik når han treffer sine nærmeste i menigheten:

”Jeg ser at folk blir glad når jeg kommer... Det varmer hjertet mitt, det gjør meg til å føle meg stolt som menneske liksom. Det å bli tatt i mot, til tross for at de kjenner min historie.”

Den **rettslige sfæren** vil si å ha rettsstatus i samfunnet. Det dreier seg om å bli respektert og å bli oppfattet som et selvstendig individ. Vi lever i et demokratisk samfunn, men det skjer likevel at mennesker ikke har rettsstatus og dermed ikke får oppfylt sine rettigheter. Honneth (2007) sier at selvrespekt kun kan utvikles fullt ut, hvis mennesket anerkjennes som et autonomt handlende rettssubjekt, det vil si som et fullverdig medlem av samfunnets fellesskap. Mennesket kan bedre respektere seg selv, om det blir respektert av andre. Eivind fra min studie opplever dette på denne måten:

”Jeg tenker det er så respektløst... når du har levd et liv i rus, så bør vel egentlig målet være at vi skal få en bedre livskvalitet? Men her så blir det mer sånn at de skal 'ha deg under skoen' og der skal du være liksom...”

Solidaritetsfæren dreier seg om å være en del av fellesskapet. Samfunnet er i utvikling mot pluralisme, og individualisme har ført til økte behov hos den enkelte for sosial verdsettelse av livsstil og væremåte. Mennesket er slik at man streber etter individuell prestisje og anerkjennelse fra andre. I motsetning til den rettslige sfæren snakker man her om egenskaper som man ikke deler med andre. Honneth sier det dreier seg om en verdibundet omsorg mot ett felles mål. Om denne anerkjennelsen fratras eller nektes, kan det skade den individuelle handlekraften (ibid.). I et eksempel fra min studie illustrerer Bård dette slik:

”Man må føle seg til nytte og kunne bidra med noe. Her får jeg gjort mye, og har stor tillit. Mestre de tingene som jeg begynte med da jag kom hit, og til å få nye oppgaver som jeg vokser på.”

Honneth bruker tre ulike selvforhold: selvtillit, selvrespekt og selvaktelse. De tre selvforholdene kan utvikles gjennom anerkjennelse i de tre ulike sfærene. Man utvikler en positiv selvforståelse ved å motta anerkjennelse fra dem man har nærmest rundt seg i sin private sfære. I den rettslige sfæren får vi positiv selvforståelse ved at man lever i et samfunn som gir samme rettigheter til alle, og gjennom den solidariske sfæren blir man anerkjent med særegenheter som har plass i fellesskapet og samfunnet. Honneth sier også at man til gjengjeld spiller en viktig rolle i det å anerkjenne andre mennesker.

Anerkjennelsen i de ulike sfærene legger et grunnlag for i det hele tatt å kunne tre inn i intersubjektive forhold. Anerkjennelsen i hver sfære utgjør et grunnleggende trinn i individets utvikling fordi man må erfare alle formene for anerkjennelse for å kunne utvikle en fullverdig identitet. Det er likevel ikke slik at man må gjøre seg ”ferdig” med ett trinn om gangen for å gå videre i utvikling, men heller en slag sirkelbevegelse der trinnene både bygger på hverandre og virker samtidig (Skjefstad, 2012).

For å forstå Honneths anerkjennelsesteori, må man også forstå hvilken virkning det å bli utsatt for krenkelser kan ha. Krenkelse er det motsatte av anerkjennelse. I Honneths teori blir da krenkelse å svekke selvforholdene: selvtilliten, selvrespekten og selvaktelsen. Han sammenfatter de ulike former for krenkelser til kroppslige krenkelser i privatsfæren, nektelse av rettigheter i den rettslige sfæren, og nedverdiggelse i den solidariske sfæren. Tredeling av anerkjennelsesformene kontrasteres med tre typer krenkelser: kroppslig krenkelse, nektelse av rettigheter og nedverdiggelse.

Forholdene kan fremstilles slik:

Anerkjennelsesform	Anerkjennesssfære	Selvforhold	Krenkelse
Kjærlighet	Den private	Selvtillit	Kroppslig krenkelse
Rettigheter	Den rettslige	Selvrespekt	Nektelse av rettigheter
Solidaritet	Den solidariske	Selvaktelse	Nedverdiggelse

(ibid s.58)

Krenkelser i den private sfæren gjør noe med selvtilliten og den fysiske integriteten. Det handler om krenkelser i form av vold, overfall eller tortur. Tvang kan også være en krenkelse av den private sfæren, dette til tross for at tvangen kan være hjemlet i lov.

Eksempler på krenkelser i den rettslige sfæren kan være løgn, tyveri eller marginalisering av enkelte grupper i samfunnet. Det kan også være at man ikke får innfridd rettigheter som man i utgangspunktet har krav på etter loven. Krenkelser i denne sfæren kan skje på individuelt og kollektivt nivå. Om en person blir fratatt en rettighet, er det på individnivå, om en hel gruppe, for eksempel LAR-brukere, diskrimineres, er det på kollektivt nivå.

Krenkelser i den solidariske sfæren kan strekke seg fra harmløse til mer dyptgripende former for stigmatisering. Krenkelsen består i at visse livsformer og virkelighetsoppfattelser nedverdiggjes og tilskrives en lavere status i stedet for å

anerkjennes som mulige og også akseptable måter å leve på. Disse krenkelsene bryter ned brukerens selvaktelse ved at man ikke blir verdsatt som den man faktisk er.

Honneth mener at krenkelser i den solidariske sfæren er et psykisk motstykke til fysisk sykdom. Typiske symptomer for denne formen av krenkelser er skam, indignasjon og sinne (Honneth, 2007).

Det som er felles for anerkjennelsesformene er det grunnleggende kravet om gjensidighet i form av å få og å gi anerkjennelse. Derfor kan man si at anerkjennelse er et viktig begrep i relasjoner hvor man har brukermedvirkning som mål (Skjefstad, 2012).

2.4 Stigma

Erving Goffman (1968) definerte stigmatisering (stigma) som en diskrediterende egenskap som diskvalifiserer personer fra full sosial aksept. Han sa også at fenomenet stigma er en prosess hvor andres reaksjoner ødelegger en normal identitet. Goffman betraktet stigma som et eksempel på et gap mellom det en person skulle være, eller personens virtuelle og vedkommendes faktiske sosiale identitet – det vil si hva identiteten faktisk er. Goffmans tilnærming til studier av avvik kalles gjerne stemplingsteori (Goffman, 1968).

I ”Skam og skade” mener Skog (2006, s. 137) at stemplingsteori sier noe om hvordan brukerens selvilde formes i samspillet med andre i samme situasjon, samt samfunnets formelle institusjoner, her for eksempel behandlingsapparatet LAR. Han viser til teoriens historiske røtter som går tilbake til sosialpsykologen George Herbert Mead og hans forestilling om at Ego påvirkes av andres oppfatninger og vurderinger av menneske. Noen ganger kan alter Egos oppfatning av Ego bli til speilbildet for Egos egen oppfatning av seg selv. Det vil si at den andres bilde av oss blir til slutt det vi selv ser oss i. Det er denne mekanismen som ligger til grunn for stigmatiserings- og stemplingsteorien.

Normalt vil stemplingsteorien være opptatt av negative bilder, og de ødeleggende konsekvensene dette kan få for Ego (Goffman, 1968). Et negativt selvilde kan få brukeren til å trekke seg unna samfunnet. Er brukeren i rusmiljø som jo er avvikende i seg selv, kan den negative utviklingen forsterkes ytterligere. Når brukeren opplever mange negative tilbakemeldinger, fordi han er rusmiddelavhengig, synker etter hvert livskvaliteten. Brukeren kommer da i en situasjon hvor han kan velge å slå seg til ro

med denne situasjonen, eller han kan, avhengig av grad av motivasjon, bryte med den avvikende livsstilen som rusmiddelavhengig. Dette innebærer mange vanskelig valg, og det er utfordrende å gjenvinne tillit, både på individnivå og samfunnsnivå, både som stigmatisert og som rusmiddelavhengig.

2.4.1 Skam

Humerfelt (2005) viser til et relasjonelt perspektiv når hun sier at skam dreier seg om sosial kategorisering som medfører en respons/reaksjon eller sanksjoner som påføres av andre. På denne måten er det ikke selve handlingen som er skambelagt, men responsen i form av en nedlatende tilbakemelding fra andre som blir utslagsgivende. Eller selve forestillingen om den andres nedlatende respons. Slik er skam knyttet opp til selviakttagelsen, nemlig det å se seg selv med andres øyne.

Man kan si at skam bygger på sosiale relasjoner, og forstås gjennom tredjepart, eller gjennom forestillinger om de andre. Det skammelige ved å være LAR-bruker dreier seg blant annet om andre menneskers respons, som igjen viser seg i deres holdninger til mennesker som er brukere i LAR. Det å møte LAR-brukere med holdninger som at de er løgnere, kriminelle, snyltere og mindreverdige, er en måte å respondere på som skaper skamfølelse. Her er det vist med et sitat fra mine informanter:

”Så klart at vi er en gruppe som har levd med å lure, trikse, mikse og utnytte, og jeg mener at det ikke er forsvarlig og ikke ha strenge kontroller og tilsyn da.”
(Bård)

2.4.2 Situasjonsbestemt skam

Situasjonsbestemt skam knytter seg til enkelte opplevelser hvor man føler skam, og verdigheten oppleves som krenket. Brukeren kan oppleve krenkelse av egenverd, krenkelse av grenser for egenverd, og da gjerne av andre. Ofte skjer det også at følelsen av skam holdes hemmelig, i frykt av hvordan andre skal kunne komme til å reagere. En av informantene i min studie beskriver opplevelse av situasjonsbestemt skam i forbindelse med det å avgi urinprøve:

”Noen bare kikker, det er speil foran og bak. Noen bare kikker før jeg setter meg ned liksom, og det synes jeg er helt greit. Noen av dem er så flinke til å ta hensyn. Men noen sitter og nistirrer rett på meg liksom, hvem synes det er kult? Det er jo veldig privat og veldig viktig for de som har en historie. Så det er jeg ikke helt

fornøyd med altså. For meg har det vært helt horribelt, så nedverdiggende. Noen ganger har jeg grått i flere dager etterpå. Jeg er jo ikke sjenert, men det er det der når jeg føler meg tråkket på." (Dordis)

2.5 Makt

Makten er til stede i alle former for samhandling mellom den profesjonelle og brukeren i hjelpeapparatet, selv om makten ofte kan sies å være tildekket. Skau (1992) påpeker at det vises allerede i ordet som brukes, nemlig hjelpeapparatet: maktaspektet er ikke synlig. Hjelpeaspektet derimot *kan* være til stede, men det *må* nødvendigvis ikke.

Mange har negative assosiasjoner til ordet makt. Man leser om maktmisbruk, maktsyke, maktsyke mennesker og så videre. Man vil helst ikke være offer for andres utøvelse av makt, ei heller være den som blir definert som en som utøver makt over andre. Dette negative synet på makt viser til anvendelsen av makten, ikke makten i seg selv. Monsen (1990) peker på dette når hun sier at det er viktig å innse at makt i seg selv ikke behøver å være av det onde: *"Å bruke makt er ofte like godt som ondt. At maktbruk ofte fører til destruktive resultater, kan henge sammen med at maktutøverne er ubevisste og uprofesjonelle."*

Max Weber er kjent for den klassiske definisjonen av makt: *"enhver sjanse til å få gjennomført sin vilje i en sosial relasjon, også ved motstand, uavhengig av hva denne sjansen er basert på"* (Weber, 1940, referert i ibid. s. 38). Ifølge Webers definisjon er makt verdinøytral. I det ligger også at makt ikke trenger å bli utøvd, for å bli definert som makt, men det ligger i selve muligheten til å utøve den. Konflikten oppstår dermed når det er ulike oppfatninger om hva som er "å få gjennomført sin vilje". Er dette sammenfallende med brukerens syn, eller kun til for å hevde den profesjonelle selv, og hans eller hennes egne interesser.

Maktbegrepet er omstridt og vises gjennom mange uttrykk. Makt strekker seg fra fysisk tvang til former for makt som er mer usynlige og abstrakte. Former for mer åpenlys makt kan være for eksempel direkte vold, trusler eller tvang.

I den andre retningen har man former for makt som ikke er så åpenlyse, eller hvor det er vanskelig å sette fingeren på at bestemte personer eller grupper mer eller mindre bevisst, og mer eller mindre legitimt, utøver makt over andre.

Den franske filosofen Michel Foucault sier at *"i det moderne samfunnet setter makten seg gjennom i sine 'hårfine forgreininger'"* (Foucault referert i Red. Järvinen et al., 2005). Foucault (2002) har hatt stor innflytelse på nyere maktdiskusjoner innenfor politisk sosiologi. Han satte fokus på de former for makt som ikke benytter seg av tvang, vold eller er basert på legalt herredømme. Foucault viser til at makt alltid er til stede, over alt og i alle sammenhenger. I alle relasjoner vil det forekomme en maktposisjonering. Han viste til sammenhengen mellom makt og kunnskap, og han sier at det ikke finnes makt uten kunnskap og omvendt – ingen kunnskap uten makt. På denne måten er makt, og gjerne også kontroll, noe som gjennomsyrrer de fleste menneskelige relasjoner og samfunnsskapt institusjoner – bevisst eller ubevisst. Han hadde fokus på maktformer som ofte viser seg på mikronivå i konkrete møter mellom den profesjonelle og brukeren. Den makten som utøves fra den profesjonelle i disse møtene, er uttrykk for en legal myndighet. Makten er basert på den konstruerte sannhet om hva den profesjonelle tolker som det beste for brukeren. Typiske kjennetegn ved slik makt er at den som hovedregel ikke oppfattes av den berørte parten som utøvelse av makt. Det er to begrunnelser for at slik makt ikke defineres som makt i seg selv:

- De gjeldende beslutningene og avgjørelsene tas ut i fra et ønske om å hjelpe brukeren og absolutt med de beste intensjoner for brukeren. De profesjonelle er eksperter i å hjelpe, og deres profesjonelle erfaring er forbundet med at de vet hva som er til det beste for brukeren.
- De profesjonelle oppfatter seg og blir oppfattet av andre som om de har den faglige ekspertise på og erfaring fra den aktuelle problemstillingen som berører brukeren. Dette forstås dermed ikke som en utøvelse av makt, men som en profesjonell vurdering, basert på erfaring og kunnskap (Foucault, 2002).

Bourdieu (1996) diskuterer også denne formen for makt i Symbolsk makt. Han bruker begrepet symbolsk makt og viser til det implisitte og indirekte ved ulike maktrelasjoner. Det er med andre ord ikke sikkert at den som utøver makt eller den som domineres legger merke til, eller er seg bevisst, at dette skjer. Denne formen for makt er tilsynelatende usynlig og godtas som et allmenngyldig gode. Symbolsk makt er kun virksom hvis den anerkjennes av andre.

I det følgende skal jeg gjøre rede for min metodiske tilnærming.

3.0 Metode

I dette kapitlet skal jeg gjøre rede for hva og hvordan jeg har gjort for å komme frem til svar på min problemstilling. Aubert (referert i Dalland, 2012 s.111) definerer metode som: ”(...) en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.”

Det finnes mange måter å svare på en gitt problemstilling på. Man kan si at metoden er redskapet i møte med noe man vil undersøke nærmere. Metoden hjelper til å samle inn dataene man må ha til undersøkelsen, og kan dermed gi svar på den formulerte problemstillingen (Dalland, 2012).

3.1 Min rolle som forsker

Forforståelse kan beskrives som de forutsetninger jeg som forsker har til å kunne fortolke og rekonstruere de sosiale aktørers virkelighet (Gilje & Grimen, 1993). Gilje og Grimen (ibid.) nevner at det er fem begrep som har betydning for forskerens forforståelse: *språk og begreper, trosoppfatninger og forestillinger, og personlig erfaring*. Forforståelsen omfatter mine meninger og oppfatninger jeg har på forhånd om LAR-brukeres opplevelse av behandling. Man vil alltid stille med en forforståelse når man møter informantene.

Gjennom mitt arbeid i flere år som saksbehandler i barneverntjenesten, har jeg hatt en relasjon til flere foreldre som er LAR-brukere. Dette har gitt meg en forforståelse i form av personlig arbeidserfaring som det er vanskelig å nullstille. Når jeg har en slik forforståelse og forhåndskunnskap, må jeg være klar over at dette kan være med på å prege mine tolkninger i analysen av data.

Når jeg har denne forforståelsen må jeg forsøke å møte informantene og tolke deres historier med et åpent sinn, slik at jeg ikke forfortolker empirien eller legger føringer for analysen. Dalen (2004) påpeker viktigheten ved dette og sier at forskeren skal bruke sin forforståelse på en slik måte at det åpner for best mulig forståelse av informantenes opplevelse og meninger.

3.2 Kvalitativ metode

Dalen (ibid.) sier at kvalitativ metode skal utvikle forståelsen av ulike fenomener knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet. Forskeren skal få en dypere innsikt i hvordan mennesker forholder seg til sin livssituasjon.

I denne studien er det livssituasjonen til LAR-brukere jeg skal utvikle forståelsen av. Den enkeltes livssituasjon er kompleks, og trolig blir den enkelte sterkt påvirket av sin tilknytning til LAR.

Denne studien kommer inn under den hermeneutiske (fortolkende) vitenskapstradisjon, fordi den fortolker meninger i informantenes utsagn (Gadamer referert i Nordtvedt & Grimen, 2004).

3.2.1 Intervju som metode

Jeg har valgt intervju som metode for å finne svar på min problemstilling. Jeg ville ha inngående informasjon fra hver enkelt informant om dennes egne opplevelser med å være LAR-bruker. Thaagård (2011 s. 61) sier at *"intervjuformen er en særlig godt egnet metode for å få informasjon om hvordan informanten opplever og forstår seg selv og sine omgivelser"*. På bakgrunn av dette ville jeg gjennomføre dybdeintervju med informantene for å komme enda tettere innpå deres livsverden. Dalen (2004) beskriver intervjuformen også som en måte å få genuin innsikt i informantens egen opplevelse av ulike livssituasjoner. Intervjuformen gir mulighet til å få frem de tanker og følelser som informantene sitter med i form av en helt personlig interaksjon mellom intervjuer og informant.

Et intervju kan være åpent i spørsmålsform, eller mer strukturert. Jeg valgte en såkalt semi- eller delstrukturert intervjuform, med planlagte spørsmål innenfor ulike kategorier av tema som jeg hadde valgt på forhånd.

Ved å velge en semi-strukturert intervjuform, åpner jeg som intervjuer for litt mer variasjon enn ved et helstrukturert intervju. Temaene og til dels spørsmålene er gitt på forhånd, med utgangspunkt i en overordna intervjuguide. Informanten får rom til å variere i rekkefølge, og det åpner mer for egen refleksjon under hvert tema. Jeg ville at informanten skulle snakke så fritt som mulig for å få flyt i samtalen.

3.2.2 "Grounded theory" tilnærming

I min analyse av de kvalitative intervjuene bruker jeg "grounded theory", en forskningsmetode som legger vekt på induksjon. Ved induksjon skal utvikling av analytiske begreper og teorier skje gjennom en kodingsprosess. Ved denne metoden starter forskeren med mer eller mindre blanke ark i analysen. Ut i fra empirien finner man teorier som kan forklare situasjoner, fenomener, nyanser og variasjoner. Dette står i motsetning til at man starter med en hypotese, som man i etterkant skal få bekreftet eller avkreftet. Man legger vekt på informantenes egne oppfatninger og opplevelser, og dette legger igjen grunnlaget for analysen (Dalen, 2004) og (Glaser, 2010).

Kodingsprosessen foregår ved systematisk sammenligning av datamaterialet. Ved denne analyseformen finner man likheter og forskjeller i empirien og kategoriserer det i ulike kategorier. Når man deretter gjenkjenner felles mønster, muliggjør det generering av underkategorier. Ved en slik analysemetode sikrer man at forskeren ikke bare konstruerer kategorier, men det krever også at materialet etterpå brytes ned til meningsfylte enheter i underkategorier (Dalen, 2004). For eksempel brytes min hovedkategori "Informantens bakgrunn" videre ned i underkategorier som blant annet "Startet med rus", "Årsak til rusing" og "Rusens utvikling". På denne måten får man frem full kompleksitet og mangfold i empirien.

3.3 Rekruttering av informanter

Ved en kvalitativ studie kan man foreta et strategisk utvalg. Det vil si at informantene velges ut i fra hvilke egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske ut i problemstilling og studiens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2011). Problemstillingen sier at jeg skal intervju LAR-brukere om deres opplevelse av det å være i LAR. Jeg har også avgrenset det til at brukerne skal ha vært i LAR i minimum ett år og helst lenger. På denne måten fikk jeg brukere som hadde fått nok tid til å gjøre seg refleksjoner om og erfaring med behandling i LAR. Kvalitative studier dreier seg ofte om å dele personlige erfaringer og ofte nærgående temaer, og dermed kan det være vanskelig å rekruttere informanter (ibid.).

I rekrutteringsfasen var jeg i kontakt med mange lavterskeltilbud for rusmisbrukere. Ledelsen ved flere av dem var tydelige på at de ikke ønsket å formidle kontakt videre fra masterstudenter til LAR-brukere. De la vekt på at brukerne av tilbudene skulle få være i fred på senterne og ikke få forespørsler fra studenter om å bli intervjuet. Dette

gav meg utfordringer med hensyn til å rekrutteringen, men jeg fikk til slutt tre, som igjen rekrutterte de to siste for meg. Denne metoden for rekruttering kaller Thagaard (ibid.) for *snøballmetoden*. En av utfordringene ved denne metoden er at informantene gjerne da befinner seg innenfor samme miljø og nærhet. Ved å delta i en forskningsstudie gir man skriftlig samtykke, og når forskeren får foreslått andre aktuelle informanter med liknende erfaringer, får man vite noe om informanten uten at de selv har gitt samtykke til det. I dette tilfellet fikk jeg da vite at vedkommende var LAR-bruker, uten at han selv var klar over at jeg visste det. Dette kan igjen føre til konflikter informantene i mellom, og de vil gjerne stille spørsmål ved hvorfor de har blitt foreslått (ibid.). Jeg fikk et etisk dilemma da den fjerde av mine informanter foreslo sin eksmann som informant. På denne måten fikk jeg informasjon om vedkommende som han selv ikke visste at jeg hadde. Det kan også stilles spørsmål med graden av taushetsplikt idet begge to vet at den andre er informant i studien.

Det er vanlig å si at utvalgets størrelse ikke skal overskride muligheten til å gjøre dyptgående intervjuer og analyse (ibid.). Da jeg hadde intervjuet fem LAR-brukere og transkribert teksten, mente jeg at jeg hadde nok data til å kunne svare på problemstillingen. Alle fem informantene jeg har intervjuet er LAR-brukere, begge kjønn er representert, og de har vært i behandling i minimum ett år; så, jeg fikk det utvalget jeg ønsket på forhånd.

3.4 Presentasjon av informantene

Jeg har gitt de fem informantene fiktive navn, i alfabetisk rekkefølge, etter rekkefølgen jeg intervjuet dem i. Jeg har valgt å kalle dem Arne, Bård, Carl, Dordis og Eivind.

Navn:	Alder:	Kjønn:	Vært LAR-bruker i:
Arne	52	Mann	Halvannet år
Bård	34	Mann	Fem år
Carl	50	Mann	Seksten år
Dordis	39	Kvinne	Sju år
Eivind	52	Mann	Fem år

Gjennomsnittsalderen på mine informanter er 45,5 år, og de har i gjennomsnitt vært i LAR-behandling rundt sju år. Informant Carl trekker opp snittet for behandlingstiden med sine seksten år. Ser man bort fra ham, er gjennomsnittlig behandlingserfaring fire og et halvt år.

Informantene forteller om sine personlige erfaringer og opplevelser som LAR-brukere. Samtlige har vært i LAR over et år. Derfor oppfyller alle kriteriene som jeg har satt i informasjonsskrivet (vedlegg 1).

3.5 Intervjuguide

Som forberedelse til intervjuene hadde jeg utformet en intervjuguide (vedlegg 2). I denne hadde jeg laget en oversikt over de ulike temaer jeg ville få belyst. Under hvert tema hadde jeg forberedt ulike spørsmål jeg kunne stille for å få informanten i gang med å fortelle. Intervjuguiden var bygd opp med temaer etter stigende emosjonell involvering. Tanken var at etter hvert som fortroligheten mellom meg som forsker og informanten ble tryggere, ville temaene bli mer personlige i sitt innhold. Thagaard (ibid.) understreker at forskeren har ansvar for å tone ned det emosjonelle nivået mot slutten.

Underveis i intervjuene kunne jeg stille ytterligere spørsmål, for å få informantene til å utdype nærmere eller presisere om noe var uklart. Intervjuguiden var nødvendig som et godt verktøy for å strukturere intervjuene, og også for meg til å huske hva som var viktig å få med.

Jeg startet hvert intervju ved å sjekke at informantene hadde lest informasjonsskrivet jeg hadde utformet om studien. De gav meg også signatur på informert samtykke (vedlegg 3), og vi gikk gjennom forhold rundt taushetsplikt, bl.a. om anonymisering av informanten. Videre åpnet jeg intervjuet med å stille avklarende spørsmål om alder, hvor lenge de har ruset seg og lignende. Etterpå gikk jeg over til mer åpne spørsmål hvor informanten selv fikk bestemme tempo og til en viss grad innhold i temaet. Jeg opplevde at jeg på denne måten fikk lange, utdypende svar på mine tema. Underveis i intervjuet kom enkelte informanter noen ganger inn på tema som i mer eller mindre grad var relevante for studien. Det var ok for meg, og gav meg noen ganger viktige innspill til neste intervju. Mot slutten av hvert intervju spurte jeg informanten om det var noe han eller hun ønsket å tilføye som vi ikke hadde vært innom og som de synes var viktig å få frem. Helt til slutt takket jeg informanten for at han eller hun stilte opp til intervju.

3.6 Gjennomføring av intervjuene

Som nevnt tidligere var det en utfordring for meg å rekruttere informanter. Dermed ble intervjuene gjennomført over en periode på fire måneder. Ulempen ved det var at jeg ikke fikk kontinuiteten i intervjuprosessen. Fordelen var at jeg var godt forberedt mellom hvert møte og fikk tid og ro til transkribering mellom hver gang. Bortsett fra det siste foregikk intervjuene i et eget rom på to ulike lavterskeltilbud for rusmisbrukere som LAR-brukerne selv hadde tilknytning til. Det femte og siste intervjuet ble gjennomført i et nøytralt møterom på min arbeidsplass, som informanten naturlig nok ikke har noen tilknytning til. Ved samtlige intervju fikk vi sitte uforstyrret i ro og fred. Varigheten varierte fra ca. 50 minutter, til en time og 20 minutter.

Jeg opplevde at gjennomføringen av intervjuene gikk bra, og jeg selv ble etter hvert tryggere og tryggere i min rolle. Etter at jeg hadde stilt bakgrunnsspørsmålene og vi gikk inn på de ulike temaene, fløt intervjuene veldig fint. Jeg opplevde at informantene likte å kunne fortelle om sine opplevelser og erfaringer, og at dette i liten grad hadde blitt gjort med dem før. Jeg prøvde å være bekreftende, oppmuntrende og vise at jeg var interessert i informantens historier. Men det var en balansegang for ikke å bli for bekreftende.

Jeg merket meg at det var utfordrende å finne balansen mellom nærhet og distanse i min relasjon til informanten. Temaet for studien innebærer å fortelle og dele personlige opplevelser som kan være dyptgripende i informantens liv. Jeg opplevde noen ganger å komme i konflikt mellom min vante rolle som er sosialarbeider og rollen som mer eller mindre nøytral forsker. Som sosialarbeider opptreer man nærere i relasjonen og inngår dermed i en hjelperrolle, som ikke skal nyttes som forsker. Jeg hadde noen ganger lyst til å gå inn i en hjelperelasjon som er noe mer enn bare bekreftende nikk og korte, oppmuntrende tilbakemeldinger av mer eller mindre nøytral art.

3.7 Analyseprosessen

I det følgende skal jeg gjøre rede for transkribering og hvordan jeg har analysert datamaterialet.

3.7.1 Transkribering

Jeg transkriberte alle intervjuene direkte etter at det ble gjennomført. Jeg hadde brukt mobiltelefonen som lydopptaker. Lyden var i de fleste tilfellene klar og tydelig, med

klar stemme. I noen få tilfeller oppfattet jeg ikke ordene som ble sagt, men det gav likevel ikke noe utslag for helheten av innholdet. Dette var forståelig nok en tidkrevende prosess. Jeg stoppet og skrev nærmest en og en setning om gangen for å få med meg alt som ble sagt, og måtte også spole tilbake noen ganger. Etter å ha skrevet ned alt, hørte jeg til slutt hele intervjuet på ny i sin helhet for å få oversikten samtidig som jeg leste den transkriberte teksten. Dette synes jeg var nyttig for helhetsinntrykket.

Jeg har transkribert intervjuene i sin helhet, men etter råd fra min veileder har jeg utelatt en del av innholdet i kategoriseringen og analysen. Dette er fordi jeg vurderte det som ikke relevant for denne studien. Det kunne for eksempel være: *”Han (faren) hadde kvinnfolk i hver havn. Og fant ut etter hvert at han hadde ganske stor familie. Det var 10 halvsøsken som dukka opp etter at han døde, som krevde sitt.”*

Alle informantene, og jeg selv, snakker dialekt, men jeg valgte å transkribere intervjuene til bokmål. Dette gjorde jeg fordi det ble ryddig og greit da alle hadde samme utgangspunkt med tanke på dialektbetingede nyanser.

3.7.2 Analyse

Sammenligning og kategorisering av datamaterialet startet da alle intervjuene var gjennomført og transkribert. Jeg brukte hovedtemaene i intervjuguiden som utgangspunkt da jeg startet kategorisering. Temaene ble ordnet som hovedkategorier og jeg laget underkategorier under hver hovedkategori. Jeg så på hver eneste setning i den transkriberte teksten, sammenlignet og plasserte dem i underkategorier etter hvor det var naturlig. Det var mye prøving og tilpasning før jeg ble fornøyd.

Etterpå fant jeg relevant grounded theory og vanlig teori, og drøftet funnene mine opp i mot det teoretiske grunnlaget i denne studien. Jeg hadde startet studien med en tanke om ulike teorier rundt brukermedvirkning og makt. Dette ble bekreftet da jeg analyserte de innsamlede dataene.

3.8 Reliabilitet, validitet – overførbarhet

Thagaard (2011) knytter begrepet reliabilitet til spørsmålet om forskningens pålitelighet. Reliabilitet i forskningen dreier seg om kvaliteten på den informasjonen studien baserer seg på og vurderinger av hvordan forskeren anvender denne til utvikling av studien. Thagaard (ibid.) mener det er avgjørende for reliabiliteten at forskeren redegjør for på hvilken måte data er samlet inn og videreutviklet i studien. Det er også

viktig at forskeren er tydelig på hva som er informantenes data i motsetning til forskerens egne vurderinger av disse data.

Validiteten sier noe om forskningens gyldighet og hvorvidt forståelsen av den er overførbart og gyldig i andre sammenhenger (ibid.) Kan funnene i min studie også si noe om flere LAR-brukere, her eller i andre deler av landet? Mitt utvalg besto av fem informanter, og det er ikke gitt at disse dataene er representative for resten av landets LAR-brukere. På denne måten ser jeg at det er for lite grunnlag til å si noe generelt om LAR-brukeres opplevelse av behandlingen.

3.9 Etikk

Dalland (2005) påpeker viktigheten av at informanten som deltar i studien gjør dette med vitende og vilje, på ett fritt og selvstendig grunnlag. Jeg var tydelig på at informanten når som helst kunne trekke seg fra studien, også underveis eller etter at intervjuene var gjennomført. Som nevnt tidligere, ble alt dette også redegjort for i et skriftlig informasjonsskriv som informanten fikk opplest og tatt med seg. Hensikten ifølge Dalland (ibid.) er å styrke enkeltindividets autonomi og oppmuntre til selvstendige valg. Forskeren blir også nødt til å ha en etisk refleksjon over hva det innebærer for en informant å delta i en forskningsstudie av denne art.

Tidlig i planleggingsfasen ringte jeg til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som vurderte min studie til ikke å være meldepliktig. Dette skyldes at datamaterialet er anonymisert, og at det ikke er mulig på noen som helst måte å identifisere informantene i lydopptaket. Det blir ikke behandlet personopplysninger og det opprettes heller ikke registre med sensitive personopplysninger.

I det følgende skal jeg presentere funnene mine.

4.0 Funn

I forrige kapittel har jeg presentert metoden. I dette kapitlet skal jeg legge fram funnene. Funnene vil bli vist i tabeller, uten kommentarer underveis. Innledningsvis vil det komme en kort beskrivelse av hvordan funnene er delt opp. Funnene vil bli diskutert videre i kapittel 5. I metodekapitlet nevnte jeg at informantene fikk tildelt fiktive navn alfabetisk etter hvilken rekkefølge de ble intervjuet i. A ble Arne, B ble Bård, C ble Carl osv. På denne måten ble det ryddig og greit å forholde seg til rekkefølgen jeg hadde intervjuet dem i.

I intervjuguiden har jeg fire hovedtema: Innledning med bakgrunn, legemiddelutdelingen, rehabiliteringen, og helhetsopplevelsen ved å være LAR-bruker. Disse fire temaene er hovedkategoriene i mine funn. Under hovedkategoriene har jeg lagt inn ulike underkategorier. Jeg har valgt underkategoriene ut i fra hva som er blitt sagt under intervjuene. Etter å ha arbeidet med teksten, har jeg sett på setningene og kategorisert dem i de ulike underkategoriene. Jeg har valgt å vise hver hovedkategori med en tabell for hver informant.

4.1 Presentasjon av funnene

Hovedkategori 1 tar for seg hvor lenge informanten har vært rusavhengig. Det kommer frem når og hvordan vedkommende har begynt med rus. Det beskrives også tidligere behandlingsopplegg, rusfrie perioder og eventuelle sprekker. Det danner et bilde av bakgrunnen for oppstart av behandling i LAR.

Hovedkategori 2 tar for seg selve legemiddelutdelingen, hvordan den fungerer og oppleves for den enkelte informant i praksis. Informantene beskriver sine meninger og følelser rundt legemiddelutdelingen. Det kommer også frem hvordan de ønsker den ideelt sett skulle foregå. Den beskriver også tidsramme og bruk av medikamenter.

Hovedkategori 3 tar for seg både den enkeltes personlige erfaring med rehabiliteringen i LAR, og oppfattelsen av LARs rehabilitering generelt.

Hovedkategori 4 er den siste hovedkategorien. I denne delen belyses det hvordan det i helhet oppleves å være LAR-bruker. Den beskriver kortsiktige og langsiktige mål og – eventuelt – ønsker om endring.

4.1.1 Hovedkategori 1: Informantens bakgrunn

Informant Arne

Underkategori	Illustrerende tekst
Startet med rus	<i>"Jeg er jo rusmisbruker, ja eksrusmisbruker nå da. Jeg begynte å ruse meg da jeg var 8-10 år med sniffing da jeg gikk på barneskolen."</i>
Rusens utvikling	<i>"Da (i tenårene) begynte jeg å drikke og spise tabletter og sniffe, og det bygde videre til sterkere og sterkere stoffer." "Holdt på å ruse meg, kriminalitet, frem og tilbake til og med 1995."</i>
Tilleggsdiagnoser	<i>"Ja, jeg hadde ADHD og ble medisinert med amfetamin i barndommen..."</i>
Erfaring med tidligere rusbehandling	<i>"Jeg var 32-33 år hvor jeg første gang reiste til avrusning til Veksthuset. Også der var jeg ett år." "Og hvor jeg begynte å jobbe og vi (Arne og kona) klarte oss fint etter den avrusningen i 5 år. Hvor vi sprakk på heroin og amfetamin etter 5 år. Det blir jo ca. i 2000." "Etter x antall år på narkotikamisbruk, reiste vi til en familieinstitusjon. Statens klinikk for narkomane. Der var vi i ett år og kom hjem og klarte oss fint i x antall år igjen. Husker ikke om det var 7-8 år. Klarte oss lenger den perioden der. Så begynte vi å sprekke igjen i helger og..."</i>
Selvmedisinering	<i>"Lurte barnevernet litt til å tro at vi ikke ruset oss. Kjøpte bare subutex illegalt og siden vi var på behandling godtok de (barnevernet) det. Så lenge vi holdt oss friske da...Ja vi hadde jo faste urinprøver selv om vi kjøpte det illegalt. Da så de jo at vi ikke så brukte noe annet enn subutexen da. Og da godtok de</i>

	<i>at vi kjøpte til vi fikk innvilget behandling selv.”</i>
Inngang til LAR	<i>”Da var vi jo to, men så er det meg da. Jeg begynte i LAR-behandling. Husker ikke datoen... Men si juni 2012. Så det er vel halvannet år siden nå da ... siden jeg begynte.”</i>

Hovedkategori 1: Informantens bakgrunn

Informant Bård

Underkategori	Illustrerende tekst
Startet med rus	<i>”Jeg er 34 år, og brukte rus første gangen da jeg var 13 år. Noe sånn. Og illegale rusmidler fra jeg var 14 første gang.”</i>
Rusens utvikling	<i>”... Så holdt jeg på et par tre år mens jeg gikk på skole. Også kom jeg under barnevernet på barnevernsinstitusjon. Så kom jeg ut igjen og holdt på et par tre år. ... 10-15 år? Noe sånt har jeg holdt på... Men ikke hele tiden da. Har jo hatt opphold hvis jeg har vært i behandling.”</i> <i>”Ja hasj og alkohol. Også utartet det seg til amfetamin. Ecstasy og en del sånne ting. Og nå de senere år etter jeg fylte 23 år, så begynte jeg med morfinpreparater og heroin da. Så jeg har ca. 3-5 år med opiatavhengighet. ... Før jeg startet i LAR da.”</i>

Hovedkategori 1: Informantens bakgrunn

Informant Carl

Underkategori	Illustrerende tekst
Startet med rus	<i>”Jeg begynte veldig tidlig. I 1977. 13-14 år gammel. Da var det cannabis.”</i>

Første opplevelsen av rusen	<p><i>"Da jeg fikk, eller den første (reven) jeg lagde meg... Det var som å komme til en helt ny fantastisk verden liksom. Det bare 'wow'!"</i></p>
Rusens utvikling	<p><i>"Jeg begynte ganske kjapt på andre ting."</i></p> <p><i>"Så jeg satte mitt første skudd på et offentlig toalett da jeg var 13 eller 14 år gammel. Da begynte jeg med heroin. Jeg begynte med heroin før amfetamin. For det var det han (nabogutten) gikk på. Det var en uvanlig vei å gå, men piller har egentlig aldri vært 'tingen' min. Det er jo det veldig mange begynner med etter cannabis. Piller har aldri vært noe for meg. Eller, jo, det er klart jeg har tatt piller i mengder også men det har aldri vært 'min' ting."</i></p>
Tøff oppvekst	<p><i>" ... jeg hadde da en far som var ganske voldelig. Han hadde fått juling av faren sin, og som han sa: 'Det ble jo menneske av meg' ... Så da trodde jo han det var noe riktig å gjøre mot meg da. Det tok mange år før jeg fikk ham (faren) til å skjønne at det var feil. Så ... Vi har hatt en tøff oppvekst. Han først, også meg etterpå. Det tok lang tid før jeg fikk snakket ut med både ham og farmor om dette."</i></p> <p><i>"Så det var slik at han hadde greid seg greit med sånn oppdragelse, så syns han det var greit å banke opp meg hver gang jeg hadde gjort noe galt."</i></p>
Vond sirkel	<p><i>"Jeg fortsatte ganske jevnt (med rusing), og for å ha råd til det måtte jeg begynne å selge. Og det var det som var den vonde sirkelen. Du kriter stoff for å slippe å bruke så mye av egne penger på det da. Og bruker du for mye, så skylder du penger ... Og da må du finne på andre ting for å få gjort opp gjelda di ... Det er en runddans som ikke er god i det hele tatt."</i></p>
Positive tanker	<p><i>"Jeg vil ha positive tanker. Etter at jeg begynte i LAR"</i></p>

	<i>så fant jeg ut et nytt livsmotto: Tenk positivt og piss negativt så går det greit!"</i>
--	--

Hovedkategori 1: Informantens bakgrunn

Informant Dordis

Underkategori	Illustrerende tekst
Startet med rus	<i>"Jeg begynte å ruse meg da jeg gikk i 7. klasse."</i>
Årsak til rusing	<i>"Jeg og mamma var veldig knytta. Jeg hadde et utrolig behov for å ... å løsrive meg fra mamma. Jeg måtte bli mer fri. DERFOR begynte jeg å ruse meg."</i>
Rusens utvikling	<p><i>"Så reiste jeg på folkehøyskole og da prøvde jeg amfetamin for første gangen ... Jeg hadde bare røykt hasj og spist piller før det. Jeg var 17 år da jeg prøvde heroin for første gangen ... Uff, dette er trist og vanskelig å snakke om ... 17 år ... Jeg var alt for, alt for ung ..."</i></p> <p><i>"Jeg hadde lite nettverk. Men noen venner som ikke rusa seg, men jeg trakk i mot de få jeg hadde som rusa seg."</i></p> <p><i>"Da (tidlig i 20-års alderen) røyka jeg bare om kvelden. Sleit med å sove da også. Holdt på med hasjen en stund, men så begynte jeg så smått på opiater. Det kom snikende kan du si, litt her og litt der. Var ute en helg og sånn ... Nei."</i></p>
Avgjørende valg	<i>"Dumme valg, men ok... Nå tok jeg de da. Ja det var sprøyter. En og to ganger, så var jeg helt... Ja da var jeg 'der'."</i>
Første opplevelsene med rusen	<i>"Jeg kan forklare hvordan det var. Når jeg var ... eller første gang jeg skjöt, satt sprøyte, det var morfin... Du bare kjenner det i nakken, at ting bare..."</i>

	<p><i>går litt nedover (viser med hendene i nakken). Når det gjelder amfetamin, det var det jeg var aller gladest i i begynnelsen. Ingen er glad i heroin til å begynne med. Alle blir dårlige. Det er ikke sånn 'ett skudd så er du hekta' ... det er ikke sånn. Ikke som jeg opplevde det da, jeg var sjuk i et halvt år for å si det sånn. Og spydde som en gris... Men jeg fortsatte, for når jeg hadde spydd, så var det greit. Jeg vet ikke hvordan jeg skal forklare det, jeg. Så var det første gangen ... Så var det opiatet jeg skøyt. Andre gangen da hadde jeg sniffa amfetamin veldig masse. Ja så var det en som sa: 'Hvis du ikke skyter det inn så får du ikke ...' Så dumt, vet du ... Jeg hadde lovet meg selv at det skulle aldri skje."</i></p>
Hekta	<p><i>"Ja det var sprøyter en og to ganger så var jeg helt... Ja da var jeg 'der'."</i></p> <p><i>"Da måtte jeg bare få det i meg ... Dette var i tidlig 20 årene, etter at jeg var blitt hekta. For man blir jo ikke hekta med en gang ... hadde jeg begynt på dop igjen nå, så hadde det tatt meg 3 dager, for kroppen husker. Ikke mer enn tre dager før jeg er hekta igjen."</i></p>
Banking	<p><i>"Så fikk jeg skikkelig juling. Ble beskyldt for å ha stjålet et kg med hasj. Som jeg slettes ikke hadde noe med å gjøre i det hele tatt. Fikk skikkelig skambank ... Ikke kjekt. Det var første gang jeg fikk ordentlig juling."</i></p>
Gode hjelpere i livet	<p><i>"En mann tok en gang meg til seg i en dårlig periode, og han lot meg få bo hos ham en periode. Han gikk til legen og henta medisiner sånn at jeg kunne trappe ned. Jeg spiste hans medisiner for ikke å bli så jævlig dårlig. All den omtanken jeg har fått, tenker jeg egentlig. Jeg tenker at jeg har hatt engler rundt meg hele veien, jeg. Det er jeg så veldig sikker på. Alltid</i></p>

	<p><i>noen som har kunnet ivareta meg i dårlige perioder. Men det er ikke alltid jeg har vært i stand til å ta i mot omsorgen da.”</i></p> <p><i>”Når jeg kan se det i en helhet etterpå. Så lurer jeg på hva det var som gjorde at de følte så sterkt for meg liksom. Det er sånt som er litt rørende. Det er mange å ta av tenker jeg.”</i></p>
Indre uro	<p><i>”Og jeg har alltid kanskje vært litt annerledes. Litt for mye energi og litt for lite vett ... jeg vet ikke (småler) Aldri egentlig kunne følt meg hjemme. Aldri kunnet satt meg ned og kunne kjent på fred og ro for å si det sånn ... Det må være litt aktivitet rundt meg.”</i></p>
Erfaring med tidligere rusbehandling	<p><i>”Det begynte med 13 måneder på Renvangen (veksthus). Det er noe av det strengeste du kan gå gjennom. Det fungerte helt fantastisk for meg. Men det er ikke for alle. Enten tåler du det eller ikke. Hadde dette vært ti år tidligere, så tror jeg ikke at jeg hadde blitt rusmisbruker på samme måten.”</i></p> <p><i>”Ja ... Jeg tror jeg røyka hasj en gang i løpet av de 13 månedene (på Renvangen). Da var jeg rusfri etter det.”</i></p> <p><i>”Barnevernet krevde vi (Dordis og mannen) skulle på familiebehandlingen på Hov i Land. Men det var masse styr der oppe og jeg eller vi ble aldri hørt. Jeg kjente jeg ble kjempedeprimert. Følte at alt gikk i mot meg, ingen hørte på meg.”</i></p>
Psykiske utfordringer	<p><i>”Så får jeg gutten min ... Alt er helt fantastisk men jeg får ikke sove. Når han var rundt ett år, fikk jeg psykiske problemer. Hadde ikke sovet, og var så sliten jeg holdt på å stupe. Havna på psykiatrisk en helg. Orka verken mannen eller ungen, men såååå dårlig samvittighet. Jeg fikk tabletter, men tålte det ikke.</i></p>

	<i>Begynte å fantasere og var helt koko.”</i>
Selvmedisinering	<i>”Så begynte jeg med selvmedisinering på heroin. Det var sånn det var ... Skulle nok søkt subutex tidligere.”</i>
Inngang til LAR	<i>Jeg ville hive inn håndkleet og søke på subutex. Jeg klarte ikke mer (av rusbehandlingen). Første gang ble jeg avvist. Så fikk jeg også bipolar lidelse, som jeg ikke har lenger da. Etter hvert fikk jeg lov å begynne i LAR. Etter at gutten ble tatt fra oss. Ble vel egentlig vendepunktet. Vi separerte oss og jeg fikk LAR for 7 år siden.”</i>

Hovedkategori 1: Informantens bakgrunn

Informant Eivind

Underkategori	Illustrerende tekst
Startet med rus	<i>”Jeg var ganske ung ... Jeg gikk vel i 4. klasse når jeg startet. Hadde en eldre bror som var borti rus. 9-10 år... Da begynte det med sniffing og piller.”</i>
Inngang til rusmiljøet	<i>”Ja altså når jeg flytta hit så ... så havna jeg vel rett oppi sniffemiljøet. De var de første jeg ble kjent med da jeg kom hit. Så hadde jeg som sagt en eldre bror som ruset seg. Han var jo også bare 13. Så jeg havna veldig fort ut med hans venner. Det var ikke mye opplyst kan du si, verken av foreldre eller politi. Så det var ingen som visste noe. Vi hadde fritt spillerom.”</i>
Rusens utvikling	<i>”Først hasj og alkohol. Også bygde det på seg med amfetamin, LSD og til slutt heroin da.”</i> <i>”Altså ... Jeg misbrakte vel amfetamin i 18 år før jeg prøvde heroinen da.”</i> <i>”Så utviklet det seg jo til å bli sånn blandingsmisbruk.”</i>

	<i>Der du gjerne har amfetamin og heroin.”</i>
Heroinen som løsning	<i>”Så det ble en slags ... Ja, skal vi se ... Jeg må vel ha nærmet meg 30 kanskje. Så jeg var ikke så ung på heroinen faktisk. Så det ble på en måte en slags avslutning. For du blir utslitt og du føler du trenger å slappe av. Så er det heroinen som blir løsningen på en måte.”</i>
Sprekk	<i>”Det må ha vært rundt 18-20 års alderen. Da hadde jeg 2-3 år der det gikk på vanlige ting som vin, alkohol. Kanskje litt røyking av og til ... Hasj. Så skar det seg.”</i> <i>”Havner utpå etter at jeg er ferdig med den (skolen). Også etablerer jeg familie på nytt igjen. Da hadde jeg vel også 2-3 år. Dette var uten behandling. Etter hvert så skjærer det seg jo. Man blir uenig òg ... Og når man går i fra en annen er det jo lett å ty til noe man kjenner fra før. Slipper å tenke så mye.”</i>
Ønske om å lykkes	<i>”Du får lyst til å få det til. Du får noen du er glad i, familie og barn.”</i>
Erfaring med tidligere rusbehandling	<i>”Ja ... Så er det jo ... Vi (Eivind og ekskona) har jo vært i behandling to ganger. Ja med den siste familien. Da var vi i behandling før gutten vår kom til verden for 11 år siden. Det var på veksthuset Renvangen. Med behandlingen så tror jeg vi hadde bort i mot en sånn 3-års periode rusfrie. Da han (sønnen) kom til verden, så ble det skjæring mellom meg og moren. Og ... Havna utpå igjen. Så blir det jo enda vanskeligere igjen. Da har du jo en liten en. Straks litt mer komplisert ... De andre gangene har jeg jo vært med mødre som ikke har rust seg. Da har det liksom vært litt lettere å slippe tak. Så... Vi prøver jo å ta oss i sammen og søker behandling på Hov i Land.”</i>

LAR - siste utvei	<i>"Du kan si det sånn... At da vi reiste til Renvangen, var jo tanken at vi skulle bli rusfrie uten LAR. Men LAR ble en siste utvei. Du føler liksom det er siste stopp. Du har jo lyst til å bli rusfri, men når du ikke får det til så vil du jo prøve alt som er mulig. Så jeg vet ikke hvordan det hadde gått hvis jeg ikke hadde hatt den muligheten til å gå i LAR da. Da er det ikke sikkert jeg hadde vært her i dag."</i>
-------------------	---

4.1.2 Hovedkategori 2: Informantens opplevelse av legemiddelutdelingen

Informant Arne

Underkategori	Illustrerende tekst
Tidsramme	<i>"Jeg begynte i LAR-behandling, husker ikke datoen... Men si juni 2012, så det er vel halvannet år siden nå da ... Siden jeg begynte."</i>
Legemidler	<i>"Jeg får suboxone film. 24 mg pr. dag. Hvis du vil ha det helt ... Har det med meg. Jeg deler dosen min opp, jeg, i løpet av dagen. (viser fram suboxonen)".</i> <i>"Jeg har 3 slike til dagen. Dette er 8 mg, slik at når jeg har 24 mg har jeg 3 slike til dagen. Jeg deler det litt utover."</i>
Henteordning	<i>"Til å begynne med må du jo hente medisinen hver dag."</i> <i>"Ja, starter med hver dag, hver eneste dag, ja."</i>
Tilpasning av dose	<i>"Og så startet jeg med 8 mg. Og så gikk jeg på 8 mg, og så fikk jeg dagen etterpå 12 mg, og så dagen etter fikk jeg 16 mg. Det gikk jeg på i 3-4 måneder, og så følte jeg liksom at det ikke var helt det jeg trengte. Ja du føler liksom du blir dårlig. Ja mister hele piffen utover dagen. Ja blir sånn trøtt og ikke orker noe utover ettermiddagen. Så da søkte jeg om å få heve</i>

	<p>dosen til 24 mg. Så fikk jeg hevet den først til 20 mg og det hjalp litt. Merket bare noe på kvelden da, sånn i 6-7 tiden. Jeg ville bli stabil på det ... Så fikk jeg 24 mg og da begynner det ikke før sånn i 22 tiden. Mellom 21-23 og det syns jeg er greit. Da går jeg jo og legger meg.”</p>
<p>Opplevelse av å bli styrt av henteordningen</p>	<p>”Jeg føler på en måte at jeg blir styrt av dem (LAR). Men ikke sånn daglig styring. Jeg har jo komt så langt nå at jeg henter medisiner en gang i uken og gir urinprøve en gang i uken. Nå pr i dag. Så da er sånn at jeg blir styrt på den mandagen hver uke. Må være der inne før kvart på 11 hver mandag. Da tar jeg en dose mens de ser på meg på mandagen, også får jeg resten med meg hjem til resten av uken. Så da låser jeg de inn og passer på ... Og ellers er det sånn at hvis jeg plutselig finner på at tirsdag så reiser jeg til en annen by eller Syden, så må jeg søke om å få medisiner for lenger enn en uke ... Det er som regel ... Jeg har ikke hatt problemer med det selv enda, men jeg har hørt om folk som jeg kjenner som går i LAR har først fått innvilget for eksempel 3 måneder til Thailand, men har nå fått beskjed at de ikke får for mer enn en måned av gangen nå.”</p>
<p>Ulovlig salg av narkotika ved utdelingen</p>	<p>”Men, plassen... Det er jo... Både når du kommer til sentrum med bussen ... Da du kommer til plassen, så står det brukere på veien inn og vil selge deg stoff eller vil kjøpe medisinene dine. Og inne på utdelingsplassen, sitter det en hel haug som vil selge ... Er jo mange som går på sprekker eller har sidemisbruk, hvor de selger amfetamin eller tabletter, hvisker over bordet og sånn. Når de som jobber der ikke akkurat ser på eller sitter ved bordet. Hvinking om kjøp og salg. Så, jeg sa det, at det ble litt mye</p>

	<p><i>fristelser, og fikk det hjemkjørt ... Da begrenser du den fristelsen som er i starten.”</i></p> <p><i>”Det var derfor jeg ikke søkte LAR tidligere, på grunn av de som henger utforbi og selger. Hva er vitsen med å gå i LAR, hvis du ikke greier å slutte ...? Denne medisinen gjør jo ikke at jeg slutter på stoff automatisk, men at jeg ikke tenker på heroin..og jeg tenker ikke på og ruse meg. Men hadde jeg gått nede i Sandnes på ruten som ruser seg, så hadde det ikke lang tid før jeg hadde brukt noe. Selvfølgelig. Det stopper tankene, men hvis du har det rundt deg hele tiden ... Nei, da.”</i></p>
Manglende oppmøte	<p><i>”Ja... Hvis jeg ikke møter opp på 3 dager så heter det at du mister avtalen. Så da går du ned på ... Jeg tror for min del ... Hvis jeg ikke hadde møtt opp på mandagen, tirsdagen onsdagen og kommet dinglende på torsdagen så tror jeg ikke jeg hadde mistet medisinen men måtte gått tilbake på henteordningen. Sånn som 'ok, nå må du komme 3 ganger i uken'. Eller jeg hadde fått en eller annen reaksjon på det ... 'Hvorfor trengte du ikke medisin på 3 dager?' For du blir jo faktisk talt dårlig når du ikke får tatt medisinen så ... Selvfølgelig kan det jo skje at jeg blir syk eller at jeg ikke kan komme, men jeg tviler... Men hvis du ikke kommer på tre dager og har hatt en sprekk, så tenker de vel at 'han har jo hatt andre ting'. Så ... De ser litt ut i fra urinprøver og ja ...”</i></p>

Hovedkategori 2: Informantens opplevelse av legemiddelutdelingen

Informant Bård

Underkategori	Illustrerende tekst
Tidsramme	<i>"Jeg har vært i LAR siden 2009, så 5 år nå. Ja det blir 5 år i disse tider."</i>
Legemidler	<i>"Jeg begynte på suboxone da, som ventemedisin helt i starten. Så, etter et halvt år byttet jeg over fra suboxone til subutex. Så gikk jeg da et par år sånn ca ... Så fikk jeg noen medisiner på en tilleggsdiagnose som jeg har, ADHD, og jeg ble lovet at jeg skulle få begynne på Ritalin. Da sa de at jeg måtte begynne på metadonet, for de hadde mer erfaring med de to medisinene i sammen. Og da byttet jeg over til metadon, og det har jeg gått på nå i to år. Så ... ja."</i>
Ventemedisin	<i>"Før jeg kom offisielt inn i LAR i 2009, så gikk det noen måneder på ventemedisin. Før det er sånn offisielt eller formelt inne da..Hva skal jeg si... Så da jeg kom i behandling da ... Etter 2-3 måneder på ventemedisin ... Ja."</i>
Henteordning	<i>"Til å begynne med var det et ganske hardt regime ... Så var det å hente ... Jeg flyttet hit til X kommune i 2010 etter behandlingen, så måtte jeg nesten hente daglig da ... her nede i gata. Så to ganger urinprøver i uka, så fikk jeg med medisin til helgene da ... 3 dager fikk jeg med hjem ... Så sånn gikk det ganske lenge. Så hadde jeg noen sporadiske sprekker. ... Før liksom jeg fikk oppstart på ritalin. Så jeg fikk aldri en bedre henteordning på grunn av det da ..."Ja, henter metadonet en gang i uken."</i> <i>"Da jeg kom til kommunen åpnet LAR (utdelingen) 7 eller ti på 7. Så ble det slutt etter noen måneder,</i>

	<p><i>endra til 7.15 og nå er det 8. Men nå er det fra 8 til 10.45 og fra en plass mellom 12 og 13, så det syns jeg er idiotisk hvis det ikke passer meg. Jeg kan ikke komme klokken 14 for eksempel, da får jeg 'nei' for det er sånn og sånn regler."</i></p>
<p>Avhengig av tillitt mellom bruker og LAR</p>	<p><i>"Etter hvert så har tiden gått, og jeg har fått ganske greit med tillit."</i></p> <p><i>"Ja altså, jeg kjører jo løpet beint. Jeg forholder meg til de reglene som blir satt. Og samarbeidet, jeg vil gi en positiv rytme til rehabiliteringen min. Og jeg har jo gitt også. Jeg selger ikke medisinene mine og det kommer jeg ikke til å gjøre heller. Det er jo nettopp fordi jeg trenger dem selv. Og det vet jo LAR. Og det har jo tatt år, for å få den tilliten også. Jeg føler det at ... Det er nødvendig at det skal være så strengt for at det i det hele tatt skal gå. Så klart at vi er en gruppe som har levd med å lure, trikse, mikse og utnytte og jeg mener at det ikke er forsvarlig og ikke ha strenge kontroller og tilsyn da."</i></p> <p><i>"Ja nå ble jeg syk for første gang på mandag mot alle odds. Jeg slet sånn ... Var så dårlig, òg på tirsdag. Jeg kastet opp begge dosene mine, bare en 20 minutter/halvtime etter inntak. Så det innebar at jeg sto i manko på 2,5 flaske på onsdagen, så jeg ringte LAR, for jeg visste ikke hvordan dette her kom til å gå. Om jeg ble trodd eller ei. ... Men jeg trodde at i beste fall fikk jeg utlevert men at jeg måtte hente meg inn igjen. På en måte, at jeg måtte dele opp de andre flaskene mine. Men det var ikke snakk om, jeg fikk ut to ekstra flasker, måtte hente før helga. Innen tre dager."</i></p> <p><i>"Jeg hadde ikke trodd at jeg skulle få det slik (ny</i></p>

	<p>dose), ja jeg var redd jeg ikke skulle få det og ikke bli trodd. Hvis jeg skulle hente inn 2,5 dose så måtte jeg ha hatt mindre enn en halv dose resten av uken på det jeg hadde igjen. Dette hadde jeg egentlig ikke klart. For det er ganske ekstremt for meg å gå på halv dose. Dette her kjenner du så godt ... Dette er også en av grunnene til at det høgere terskel for meg å sprekke kan du si. Kan ikke tulle det til. Jeg vet hva som venter meg i tilfelle.”</p> <p>”Føler at jeg skulle fått mer tillit, fått hente lit sjeldnere gjerne.”</p>
<p>Opplevelsen av at henteordningen styrer livet</p>	<p>”Når jeg har kommet et stykke på vei så føler jeg meg ganske fastlåst i en del ting da.”</p> <p>”Hvis jeg skal reise vekk så må jeg søke. Det er ikke bare å reise som andre folk kan.”</p> <p>”Det er ikke akkurat at jeg føler meg så veldig bunden heller, men det er dette styret med at jeg må søke òg ... Få svar òg. Som regel har det gått veldig greitt. Men likevel ... Jeg syns at jeg kunne fått hente for 14 dager, metadon. Ikke hver uke ... Også er det sånn at jeg må drikke en flaske under tilsyn. Og så er det sånn at jeg til tider har valgt å ta medisinene mine på kveldstid, eller ikke kveldstid men ettermiddagen fremfor morgenen da ... Og da kommer jeg skjevent ut ... Da må jeg vente ganske mange timer på tirsdagen før jeg får dosen min da.”</p>
<p>Ulovlig salg av narkotika ved utdelingen</p>	<p>”Ja det skulle i hvert fall ikke være nede i den sumpen ... Det der verste hullet ... Til tider da så har jeg hatt et press på meg at folk (andre LAR-brukere) har gått og mast på meg om salg og kjøp, og kunne spart meg for dette bryet ... Folk har vært så desperate at de har trua til seg medisiner fra andre. De har aldri gjort det</p>

	<p><i>med meg, men du vet jo aldri med folk som er så desperate. Det er det hele med å måtte forholde seg til folka som kommer inn der daglig, som er rusa, og som har et enormt sidemisbruk ... Så jeg skulle ønske at de som hadde vært i LAR lenge og som klarer seg bra, kunne ha kommet å hente en annen plass. Det kunne vært todelt på en måte. Sett på det som en gulrot. Hvis du gjør sånn og sånn, så får du det sånn og sånn. Så det er jo det som ofte er problem for mange er at de sprekker igjen, fordi de møter på dette hele tiden. Nå er jeg heldig som har en gang i uka, men tenk på de som må hente hver dag? Da jeg var ferdig på behandling, så ble jeg tvunget ned i byen hver dag for å hente medisinen min. Det var de første jeg skulle bli kjent med i kommunen ...</i></p> <p><i>Rusmisbrukerne. Du skal ha en enorm viljestyrke for å klare det da tenker jeg.”</i></p>
Manglende oppmøte	<p><i>”Da ... får jeg ikke noe før dagen etterpå. Men hvis du ikke kommer etter noen dager, så blir du automatisk skrevet ut. Etter 4-5 dager har du jo vist at du ikke trenger noe medisiner. Da er du vel automatisk nedtrappet ... Eller ikke helt sånn da men ... Men du blir sett på som det.”</i></p>

Hovedkategori 2: Informantens opplevelse av legemiddelutdelingen

Informant Carl

Underkategori	Illustrerende tekst
Tidsramme	<i>”Jeg startet i 1998 ...”</i>
Tilpasning av legemidler	<i>”Først plassert på metadon. Det funka ikke på meg. Jeg var oppe i ganske høye doser, 176 mg. Og det gav meg ingen effekt. Jeg ble bare mer og mer sugen på</i>

	<p><i>heroin, etter hvert som de øka dosen så hadde jeg lyst på mer. Det endte opp til slutt at jeg nekta å ta det. Jeg gikk ut og la meg dårlig. Da blir du skikkelig dårlig når du kutter ut metadon. Jeg har aldri vært så dårlig på heroin en gang, som da jeg kutta metadonet. Jeg fikk ikke effekten av det, men likevel var kroppen hekta på det ... Du blir mer hekta på metadon enn heroin. Jeg gikk på metadon i ca 2 år uten effekt... Halvannet år. Jeg fikk ikke byttet om, for det var metadon som skulle brukes liksom. Subutexen var liksom ikke helt kommet enda ... Etterpå skiftet jeg til temgezic, etter at jeg fikk avtale med en lege der jeg bodde. "Så lenge du er villig til å avlegge rene prøver hos meg, så skriver jeg ut" sa han." (...) "Etter at jeg flytta hit, da sleit jeg i 3-4 måneder, med å få en lege som var villig til å skrive ut temgezic til meg. Jeg måtte innom 17 leger før jeg fant en, og han ble beordret av fylkeslegen å skrive ut til meg."</i></p> <p><i>"Jeg får nå subutex, 24 mg tablett."</i></p>
Henteordning	<p><i>"Nå, siden jeg har gått så lenge med bare rene prøver, så henter jeg en gang i uka på vaktapoteket."</i></p>
Ulovlig salg av narkotika ved utdelingen	<p><i>"Jeg holdt på i mange år å gå på utdelingen ... Og DER sleit jeg skikkelig altså. For der kommer man på morgenen for å hente medisinene sine, og der står de på utsiden og spør om 'du skal kjøpe noe?'. Og etter at du hadde vært inne og henta medisinen, så var det 'Skal du bytte noe'? Og det sa jeg til LAR, for jeg sleit ... Det var før jeg hadde kommet opp på den dosen jeg har nå. Så jeg sleit fortsatt med å avklimatisere meg i hele systemet. Og da når du blir møtt av folk som står på utsiden i trappen, og vil gi deg noe som funker bedre ikke sant? Det foregår både kjøp og salg både inni og utpå. Det var fryktelig tøft og jeg sleit. Jeg</i></p>

	<p><i>informerte også LAR om det, men det var så lite de kunne gjøre.”</i></p> <p><i>”Men problemet er at der hvor medisinen blir levert ut ... Alle vet jo hvor det er, innenfor rusmiljøet. Så hvis det er noen som er svake der, så kommer de så vidt til døra før de sitter med heroinen i hånda. Fordi mange vil ha det, men de har ikke rene prøver. Og da er det en god verdi på de tablettene man henter der ... Dessverre. Og det er altfor mange svake mennesker, de blir utnyttet og de blir overkjørt. Jeg ser folk som blir regelrett rana der nede ... Fredagen er det ekstra mye folk der nede, for da vet man at de henter for en hel helg. Så ... Det er risikosport det der. Du må være tøff hvis du skal klare det. Jeg har vondt når jeg ser de som går der nede.”</i></p>
--	--

Hovedkategori 2: Informantens opplevelse av legemiddelutdelingen

Informant Dordis

Underkategori	Illustrerende tekst
Tidsramme	<i>”(...) jeg fikk LAR for 7 år siden.”</i>
Tilpasning av legemidler	<i>”Da begynte jeg på suboxone tablettene 16 mg. Det gikk jeg på to år, men jeg fikk så vannvittig mye sår i kjeften ... Etter hvert fikk jeg økning med 2 mg før jeg gikk over på subutex ... Sto på de i ca. to år. Men, nå er jeg på subutex 18 mg. Men jeg synes ikke bivirkningene fra suboxone film har gått vekk ennå. Det er sprøtt, det er 4 måneder siden. Jeg fikk mye vann i beina, mye svetting og vannvittig med sår i munnen. De tilsetter sitrus og det har jeg aldri tålt. Tennene mine er jo ødelagt ...”</i>
Sanksjoner ved urene prøver	<i>”Jeg har hatt to urene prøver en gang. Da ble jeg</i>

	<p><i>hevet rett over på daglig henting og suboxone film. Og det skjer jo ikke med noen andre, men det må jo være fordi jeg har unge. Kan ikke forstå at de skulle være av en annen grunn.”</i></p>
Stress ved henteordningen	<p><i>”Mye unødvendig stress. Ja mye stress rett og slett.”</i></p> <p><i>”Urinprøvene og hentinga. Altså, det er stress, jeg bruker 3 timer i uka på det. Jeg har henting 2 ganger i uka. Og jeg liksom godt pisser når jeg er der, det er ikke noe problem. Men det er det å sitte og vente, like lenge som andre som skal til legen. Jeg er der jo 2 ganger i uka og kunne kanskje få lov til å gå rett inn. Og det er minst en time venting, og veldig ofte glemmer de meg.”</i></p> <p><i>”Altså jeg kunne jo aldri hatt en 100 % stilling med dette LAR-opplegget deres. Det hadde jo ikke gått. Og jeg må være der før 11 ellers får jeg ikke medisin. To minutter over og jeg får det ikke.”</i></p>
Belastningen med urinprøvene	<p><i>”Bare for eksempel det med urinprøvene hvor jeg må sitte sånn som dette her: (skrever med bena). Og jeg har problemer med min, hva skal jeg si, med min seksualitet. Altså, det var den ene gangen hvor de trodde jeg hadde juksa, og jeg satt vanlig å pissa..Og jeg spurte i ett år, kan jeg ikke få et bekken?(...) Nei, da måtte jeg sitte og skreve, de skulle se stråla. Hvor kult er det? Og, jeg har aldri vært prostituert men jeg har opplevd en hel del dritt ... Og det er ikke kult altså. Det er jo sånn, jeg klemmer beina igjen ved den første sjansen jeg får jeg(...)Husker at jeg satt og grein et par ganger, hvor det slettes ikke var behagelig for meg.(...) Ok, jeg mener det er helt greit at de sjekker når du tisser, men jeg mener 'ta litt hensyn'.(...)Også sånn: 'jeg skal høre det smelle i</i></p>

	<p><i>potta'. Hjelper ikke meg noen ting det... Det er ikke alltid lett å pisse, men hva skal jeg gjøre, jeg får ikke medisiner før jeg har tissa jeg. På 7 år har jeg nesten alltid klart å pisse, men den perioden jeg måtte sitte og skreve, klarte jeg ikke altså. Helt grusomt. Men jeg må si det, det er veldig forskjell på de som tar urinprøvene. Noen bare kikker, det er speil foran og bak. Noen bare kikker før jeg setter meg ned liksom, og det syns jeg er helt greit. Noen av dem er så flinke til å ta hensyn. Men noen sitter og nistirrer rett på meg liksom, hvem syns det er kult? Det er jo veldig privat og veldig viktig for de som har en historie. Så det er jeg ikke helt fornøyd med altså. For meg har det vært helt horribelt, så nedverdiggende. Noen ganger har jeg grått i flere dager etterpå. Jeg er jo ikke sjenert, men det er det der når jeg føler meg tråkket på."</i></p>
Følelse av straff	<p><i>"Altså ... Jeg måtte sitte og skreve (ved urinprøvene) i over et halvt år. Fordi de ikke stolte på meg. De mente den ene prøven var kald ... Hadde de bare sagt det til meg, 'du ta den prøve en gang til' så hadde ting vært mye, mye bedre. Hadde spart meg for alt det der grusomme." (...)" Dette måtte jeg gjøre som straff for de trodde jeg hadde juksa. Og det står i LAR sine retningslinjer at de skal gjøre det mest skånsomme for brukeren som mulig. Ok, hvor skånsomt er dette?"</i></p>
Lite hensyn til enkeltmennesket	<p><i>"Veldig mange, og det er grunnen til at mange blir rusmisbruker også, er på grunn av overgrep. De bør ta hensyn til den enkeltes historie. Jeg får helt vondt sånn, inni meg."</i></p>
Ønsker for utdelingen	<p><i>"Skulle det vært utdeling en gang i måneden, og en urinprøve i uka. Eller en i måneden, uanmeldt. Mye bedre. For det er folk som tilrettelegger og</i></p>

	<i>planlegger. Veldig mange gjør det skjønner du. Slippe det der stresset med flere ganger i uka. Slippe å søke 14 dager i forveien til ferie for eksempel.”</i>
--	--

Hovedkategori 2: Informantens opplevelse av legemiddelutdelingen

Informant Eivind

Underkategori	Illustrerende tekst
Tidsramme	<i>”Det er ca.5 år siden.” (startet i LAR)</i>
Henteordning	<i>”Ja jeg henter 3 ganger i uken nå da.”</i>
Legemidler	<i>”Så får jeg medisiner. 2x8 mg med subutex.”</i>
Urinprøver	<i>”Ja må avlevere urinprøve da. To ganger. Mandag og fredag. Då må du jo på med hansker og inn på et avlukke. Så skal de stå å se på deg når du urinerer da.”</i>
Rolig på utdelingen	<i>”Ellers er det greit på utdelingen. Det er stort sett LAR-brukere, men ikke sånn som i større kommuner hvor du blir overlessa med folk som skal selge deg et eller annet eller kjøpe. Rolig og greit. Aldri hørt eller opplevd noe.”</i>
Ønsker for utdelingen	<i>”Tidligere gikk jeg jo til fastlegen og hentet. Det syns jeg var det beste. Det ville jeg gjerne hatt tilbake. Det er liksom mer... Ja du føler deg mer sånn behandla som et menneske. Som en vanlig bruker.(...)Håper jo at jeg skal få det slik igjen. Har spurt om det men det blir lite svar på sånne ting.”</i>

4.1.3 Hovedkategori 3: Informantens opplevelse av rehabiliteringen i LAR

Informant Arne

Underkategori	Illustrerende tekst
Positive og negative sider ved dialogen med LAR	<i>”Ellers har jeg møte en gang i halvåret eller noe sånt. Men det er jo mye på grunn av det går så bra da. Selv</i>

	<p><i>om jeg henter bare en gang i uken så kan jeg godt bare gå nedom å snakke med hovedkontakten der nede ... For hvis det er noe så tar jeg kontakt.”</i></p> <p><i>”Ja, jeg syns det fungerer bra. Men jeg gjør det på en ordnet måte også da. Jeg ser mange andre brukere, de kommer ned og hylar og skriker i lokalet ... For det ikke går deres vei. De gangene jeg har hatt noe, så skriver jeg det. Skriver det ned og leverer det skriftlig, da får jeg alltid svar, for da må de svare ikke sant? Hvis jeg står der ned og hylar ut så alle brukere og ansatte hører, hvem skal svare deg? Er jo ingen som kan gi deg et svar, er jo ingen som vet. Så springer man ut døren og skjeller ut LAR for de gjør ikke sånn og sånn” (...)</i>Du må jo sette deg ned å kalle inn behandleren din på LAR og ta det opp. På en normal måte. Sånn som når jeg vil bytte medisin så ringte jeg til LAR selv og spurte om dette. Jo de skulle ta det opp så skulle jeg få et svar. Har ikke fått svar enda da men ... jeg skal få svar i løpet av denne uken, så da forventer jeg et svar. Egentlig skulle jeg få svar sist uke, men så ble det utsatt. Så da fikk en telefon på morgenen, legen var ikke der så møtet ble utsatt til tirsdag. Så da forventer jeg at svaret kommer denne uken..så dette fungerer bra for meg da!”</p>
<p>Viktigheten av å ha et lavterskeltilbud som del av rehabiliteringen</p>	<p><i>”Men jeg føler fremdeles at... Ja uten senteret (lavterskeltilbud), hadde jeg ikke fylt dagen. Det hadde blitt kjedelig. Jeg begynte å gå på senteret for å fylle dagen, ikke bare halve dagen kan du si.”</i></p>

Hovedkategori 3: Informantens opplevelse av rehabiliteringen i LAR

Informant Bård

Underkategori	Illustrerende tekst
Positive og negative sider ved dialogen med LAR	<p><i>"Jeg har vært heldig da og hatt en ganske flink LAR-konsulent helt i fra starten. Vi har en veldig god dialog."</i></p> <p><i>"Nei jeg tror det nok handler om at jeg er den jeg er også. At jeg spiller på lag, og at jeg gjør det som jeg skal gjøre. Altså det jeg har skrevet under på da. Også har jo de også skrevet under på det. ... Hvis de skal kunne følge på de som ruser seg, så må de i hvert fall klare å følge opp de som holder seg."</i></p> <p><i>"Jeg kan ringe inn, og får som regel tak i henne (konsulenten), hvis ikke legger jeg igjen beskjed eller vi sender mail. Så det er aldri noe problem med den kontakten jeg har hatt i LAR da. Men når det er sagt så er ikke jeg den som ringer mest og maser. Kanskje det er derfor det går så bra med den kontakten da. Så.."</i></p>
Ansvarsgruppemøter	<p><i>"Jeg prøver å ha hyppige ansvarsgruppemøter. Slik at vi prøver å avtale slik at vi har møte mellom 6-8 uker, ikke over to måneder til neste møte. Jeg syns det viktig også jeg ... Når jeg har så små mål om gangen, er det greit å se om de fungerer. Altså det, det er ikke alltid møtene er like gode, men det er greit å ha den kontakten. For å bli oppdatert."</i></p>
Viktigheten av å ha et lavterskeltilbud som del av rehabiliteringen	<p><i>"Ja altså det er enormt dårlig ettervern i dette landet. Jeg er ganske heldig da som har møtt dette tilbudet som er her på senteret. Hadde det ikke vært for det (senteret) så vet jeg ikke hva livet mitt hadde vært ... Det hadde i hvert fall ikke vært særlig innholdsrikt. Jeg tror ikke jeg hadde fått utvikla meg slik i den grad"</i></p>

	<p><i>som jeg har gjort til nå. Jeg kom hit som en bruker av plassen, og i dag blir jeg regnet som personal. Med brukererfaring kan jeg vise at ting kan ordne seg om man bare står på. Jeg synes det er veldig kjekt å bidra mens jeg er her, for de andre. Fordi jeg vet jo hvordan det er å komme til en plass og føle at man ikke får det til. Det å mestre livet, sprekker, ikke ha det greit og streve. Her skal man være samlet og rusfri, og mange savner en sånn plass å være helt fra starten av."</i></p> <p><i>"Lavterskel tilbud er det nok av, men det som mangler er flere slike tilbud som på dette senteret her. Nede på det (det andre) lavterskeltilbudet er det mye sårstell, utlevering av sprøyter og så videre. Så det mangler den terskel at du må være rusfri og samlet for å komme inn. Det er jo ikke tillatt med salg, men det blir jo gjort. Altså, folk sovner jo nærmest med hodet i suppeskålen. Det blir jo ikke tillatt her, da blir man vist bort. For å klare å holde seg rusfri så er dette den rette plassen. Her er det folk som klarer å yte mer, friske folk som gjør at du klarer å vokse mer som person selv. ... Man stopper jo der, hvis man ikke har noe å se opp til eller støtte seg på. Til å inkludere, slik at jeg kan føle meg hjemme på en måte."</i></p> <p><i>"En må ha et tilbud for å holde seg rusfri. Man må føle seg til nytte og kunne bidra med noe. Her får jeg gjort mye, og har stor tillit. Mestre de tingene som jeg begynte med da jag kom hit, og til å få nye oppgaver som jeg vokser på. Vise at jeg er verdig tilliten."</i></p>
<p>Å føle seg som et helt menneske</p>	<p><i>"For meg har det vært viktig for å kunne føle meg som et helt menneske. Det er jo det som er viktig for</i></p>

	<i>alle som er i rehabilitering, at de får føle seg som et helt menneske. Ikke bare sånn litt her og der ...”</i>
LAR - bare medisiner?	<i>”Hvis det går en stund mellom møtene mine, så glemmer folk litt ut. Tilslutt sitter man bare mottar medisiner uten at noen vet hvorfor.”</i>

Hovedkategori 3: Informantens opplevelse av rehabiliteringen i LAR

Informant Carl

Underkategori	Illustrerende tekst
Manglende rehabilitering	<i>”Rehabiliteringsbiten i LAR, den funker ikke. Jeg ser ikke den biten engang. Du får hjelp til medisineringen så du holder deg borte fra stoffet, HVIS du vil.”</i>
LAR - bare medisiner?	<i>”Ja, det jeg får fra LAR, er KUN medisiner. Jeg husker ikke helt hva som sto i den kontrakten vi skrev.(...) Kanskje finne noe konstruktiv å gjøre på dagene ... Men det er aldri et tema en gang.”</i>
Ansvarsgruppemøte	<p><i>”Ansvarsgruppemøtene ja ... Jeg synes det bare har blitt noe man går på nå. Og nå har ... Det skal egentlig være en gang i måneden ...”</i></p> <p><i>”Nå har jeg to ganger i året. Det er legen som er med, forloveden, LAR, NAV og av og til fra NAV trygd. Også er det fra rehabiliteringen (medisinsk).”</i></p> <p><i>”Det er stort sett å snakke om hvordan ting går, og om det er noen ting jeg trenger. Blir jo litt lei av å si hva jeg trenger for de kan jo ikke hjelpe meg med det likevel. Får beskjed om å søke, så får jeg avslag. Så nå er jeg lei av å søke å få avslag.”</i></p> <p><i>”Jeg synes det blir en formalitet. De skal liksom fortelle og vise myndighetene at de har møter med oss, men innholdet er tull. De leser opp referat fra forrige møte, også er det liksom ’er det noe spesielt?’</i></p>

	<p><i>Og repetere... Gjentakelse. Men jeg godtar det, jeg får jo tross alt utlevert mine medisiner. Og ... Det er medisiner som kan misbrukes. Og jeg har ikke noe problem med å stille opp der. Men de gir meg så lite, så jeg er glad det bare er en gang i året. Ingenting blir hørt.”</i></p>
<p>Viktigheten av å ha et lavterskeltilbud som del av rehabiliteringen</p>	<p><i>”Men de kaller meg jo en ’solskinshistorie’ for LAR. For jeg klarer meg, jeg fungerer. Og... De (LAR) føler ikke det er så viktig å bruke tid på meg.(...) (ler)</i></p> <p><i>”Jo, ja det er i hvert fall ikke deres skyld. Det er fordi jeg har et støtteapparat her i menigheten, som er grunnen til at jeg kan kalle meg en solskinnshistorie ... Det har betydd så mye for meg, det å treffe mennesker som får tillit til meg. Selv om jeg sier hvem jeg er, ikke å basunere det ut med en gang selvsagt, men etter hvert som jeg blir kjent med folk, så prater jeg. Jeg liker jo å fortelle om det livet jeg har levd. For å vise at det går an å forandre seg.”</i></p> <p><i>”Man må finne de positive gledene man kan. Jeg føler jeg klarer det. Jeg har menigheten og det er en stor del av livet mitt. Vi (Carl og forloveden) er her 4-5 ganger i uka. Og det er det som gir meg styrke til å klare dagene. De å føle at man blir akseptert og godtatt et sted, er alfa og omega for å kunne komme seg videre i livet. Føle seg som en del av en ting, og ikke føle seg alene der ute. Fellesskap er styrke. Og der føler jeg at LAR svikter. Få det fellesskapet som jeg trenger har reddet meg, men det er ikke takket være LAR. Her får jeg alt jeg trenger for å føle menneskeverdet. Jeg ser at folk blir glad når jeg kommer... Det varmer hjertet mitt, det gjør meg til å føle meg stolt som menneske liksom. Det å bli tatt i</i></p>

	<i>mot, til tross for at de kjenner min historie. Jeg definerer meg som narkoman, men ruser meg ikke lenger. Og vi LAR-brukere trenger friplasser i rusfritt miljø. Dette må LAR bli bedre på.”</i>
Å føle seg som et helt menneske	<i>”Og det går an å bli et fullverdig menneske, selv etter det livet jeg har levd. Og jeg er stolt jeg, for å kunne stå her i dag. For å være den jeg er i dag. For jeg føler at jeg kan gjøre noe nyttig, og det... Ja ... Jeg synes det er kjempefascinerende å være med på.”</i>

Hovedkategori 3: Informantens opplevelse av rehabiliteringen i LAR

Informant Dordis

Underkategori	Illustrerende tekst
Ansvarsgruppemøte	<p><i>”Og den taushetsplikten kan man se langt etter. Jeg har 14 personer i ansvarsgruppa mi. Hvor mye taushetsplikt kan det bli? Ser du poenget?”</i></p> <p><i>”Og enda verre på de der ansvarsgruppemøtene vet du. Må sitte der med hele jævla gjengen ... Og snakke om de tingene der med 12 stykker rundt bordet. Jeg blir så trassig altså, Får lyst til å denge skallen i bordet jeg. Jeg hater det.”</i></p> <p><i>”Men hvorfor kan jeg ikke bare møte en og en. Det har jeg mest lyst til. Da har jeg mye lettere for å være ærlig. Hvor mange er det som synes det er behagelig å fortelle alt til en hel 'sal' av folk ... Har tatt det opp 100 ganger. Til alle involverte. Uansett hvor bra ting er, så kjenner jeg at jeg blir sånn sint inni meg. Bare fordi at alle skal liksom 'kline' seg opp i meg. Føler jeg. Utlevere seg for 14 stykker, ikke kult. Tenk på deg selv?”</i></p> <p><i>”Men det var de der ansvarsgruppemøtene</i></p>

ja... (smiler) Det skal liksom være støttende, men jeg føler det som... Hvordan skal jeg si det... Jeg føler det skikkelig ubehagelig. Ordentlig ubehagelig føler jeg det. Jeg kan ikke ...”

”Nå har jeg 3-4 ganger i året. Så det er jo ikke sånn voldsomt ofte, det var en stund det var oftere ... Det er litt etter hvordan situasjonen er. Men det kommer aldri til å gagne meg på noen som helst måte de ansvarsgruppemøtene. De skal jo være for å gjøre det lettere liksom, men det gjør det mye vanskeligere for meg. Jeg ville heller hatt en time med hver og en. Og jeg føler det er så mye i mitt liv, og alle har ikke noe med alt jeg snakker om. Men alle skal liksom høre på. Om alle de dumme tinga jeg kan gjøre. Og stille masse kritiske spørsmål, også skal jeg sitte og svare på alt. Hvorfor? Jeg har ingen behov for dette her. Og da blir jeg veldig barnslig igjen. Hadde det vært en og en, jeg hadde ikke hatt problemer med det. Har tatt det opp hundre ganger. Vet du, jeg syns det er helt forjævlig. Gruer meg mange dager i forveien. Har helt vondt i magen. Uansett hvor bra ting er, har jeg skikkelig vondt i magen. Pleier å alliere meg med hun ene saksbehandleren. Har tillit til henne og sitter ved siden av henne... Det er nesten som gruppeterapi, hvis du kan se for deg det? Bare det at du er den eneste som skal bli bombardert med spørsmål liksom. Det sitter 14 personer rundt, og de spør deg om alt slags mulig og du skal ha lure svar på alt. Det er ikke greit. Beste hadde vært om jeg bare hadde hatt med LAR å gjøre. Jevne møter mellom meg og LAR, ja helt greit. Ikke hatt problemer med det, og med ruskonsulent. Ja helt fint. Jeg gjør det mest av plikt. Hun spurte en gang om jeg klarte meg 3 uker uten

	<i>samtale, hehe... Huff. Det er prisen jeg må betale for å få medisinene mine."</i>
Uavklarte forventinger	<i>"Jeg vet liksom ikke hva jeg kan forvente av dem da. Men det jeg ikke helt forstår er, hvorfor skal de ha så mye å si når det gjelder mitt liv? Hvis de ikke også kan hjelpe meg? Skal de bare ta fra meg alt det som er bra her i livet? Ser du hva jeg mener? og jeg mener, hvis de skal ha så mye ansvar bør de også ta ansvar for... Ja ... Hvis de faktisk kan hjelpe."</i>
Positive og negative sider ved dialogen med LAR	<i>"... For jeg tror at nå når jeg fikk ny kurator, så sa hun: hun ville gjerne ha en time med meg for hun hadde lyst til å hilse på meg. Ja altså jeg ... ble jo helt overgitt. Også sier hun: hva er det LAR kan gjøre for å hjelpe deg? Hva er det du sier, sier jeg? Det er det første gang jeg har hørt, jeg har vært i LAR i 7 år sa jeg, aldri noen som hadde spurt hva de kunne gjøre for meg. Alltid dreide det seg om hva jeg skulle gjøre for å tilfredsstille LAR.(...) Jeg føler jeg har kjempegodt kontakt med henne. Jeg liker henne kjempegodt for å si det sånn."</i>

Hovedkategori 3: Informantens opplevelse av rehabiliteringen i LAR

Informant Eivind

Underkategori	Illustrerende tekst
Positive og negative sider ved dialogen med LAR	<i>"Og sånn som nå, når jeg skal begynne i arbeid. Så har jeg gått og mast i 3-4 år om å få snakke med en psykolog. 'Nei du trenger ikke det, du har jo oss' for kliniske samtaler. Slutta med Blå Kors. LAR skulle overta. Og du kan ikke lette deg for dem, du kan ikke si hva du vil. Så fikk jeg en saksbehandler, så hun hadde sett i papirene at jeg hadde spurt etter psykolog i mange år uten og få det. Hun sa det</i>

	<p>kanskje var på tide at noen hørte på meg. Så jeg fikk komme til psykolog ...”</p> <p>”Jeg er vel kanskje en av de mer heldige. Noen får gjerne en yngre saksbehandler som styrer livet deres etter magefølelsen. De leverer rene prøver, men blir holdt tilbake fordi noen ’føler’ det ikke stemmer helt. De styrer andre sine liv, det går utover familieliv og alt.”</p>
Ansvarsgruppemøte	<p>”Det er jo mange ganger sånt at du bare sitter der på møtene. Og hvis jeg klarer å engasjere meg så kan eg bli så sinte at jeg må gå ut. Du føler ikke det nytter uansett.”</p>

4.1.4 Hovedkategori 4: Informantens helhetlige opplevelse av å være LAR-bruker

Informant Arne

Underkategori	Illustrerende tekst
Kortsiktige mål	<p>”Mitt hovedmål er jo at jeg skal klare meg dag for dag.”</p>
Langsiktige mål	<p>”Altså, jeg kommer til å være i LAR så lenge jeg har unger hjemme. Jeg gidder ikke ta sjansen på at jeg skal kunne sprekke når ungene bor hjemme.”</p> <p>”Men jeg regner jo med at det skal vare livet ut ... Sånn, jeg har ikke tenkt å slutte på LAR, det får bare gå ... Til jeg er sikker på ja ... Jeg tenker på det som en livslang ja ... Men selvfølgelig, kanskje når jeg blir 70 så kanskje jeg slutter ...(ler).”</p>
Opplevelsen av å bli godt behandlet	<p>”... ellers er jeg fornøyd med slik LAR har behandlet meg generelt sett.”</p>
Hva kan bli bedre i LAR?	<p>”Innsøkningsprosessen i LAR. Det tar for lang tid. At det skal at mellom 6-12 måneder, før du kommer inn i LAR det er for lang tid. Du kan risikere å dø i køen.”</p>

Hovedkategori 4: Informantens helhetlige opplevelse av å være LAR-bruker

Informant Bård

Underkategori	Illustrerende tekst
Langsiktig mål	<i>"Når jeg begynte i LAR, så tenkte jeg at dette er noe som jeg aldri klarer å slutte med. Dette er sikkert medisiner som jeg må gå på livet ut. Men nå har jeg tenkt i ettertid at jeg ikke ønsker å gå livet ut, for jeg har veldig lyst til å slutte."</i>
Opplevelsen av å bli sett og hørt	<i>"Jeg føler ikke at jeg ikke blir tatt vare på, jeg føler jeg blir sett og hørt vedrørende de fleste tingene."</i>
Takknemlighet	<i>"Så for meg handler det bare om å være takknemlig. Det er derfor dette (tillitt) er med på at jeg holder meg også."</i>
Avhengigheten til medisinene	<i>"Den metadonen hjelper meg til å holde fokus. Så jeg har ikke komt der enda at jeg vil trappe ned eller slutte. Men jeg håper jo da..Det er i hvert fall sånn jeg har tenkt. Når du går på metadon, så vet du, eller føler med hele kroppen at du er avhengig av noe. Fordi du må ha den neste dosen til bestemt tid. Hvor jeg bare går en time eller sånn, blir jeg helt syk. Stressa og helt ... Derfor jeg ikke kan selge medisinen min heller. Jeg får helt fnatt uten ... Tror jeg hadde tatt livet mitt altså, ja jeg hadde hatt skikkelig ...(trekker pusten)."</i>
Hva skal til for å fungere?	<i>"Berginga mi er at jeg er sta og ganske privilegert sånn. Jeg er ikke den som sprekker hele tiden og bruker opp tilliten. Gang på gang, for eksempel ringer og sier at jeg har brukt opp dosen, de ser jo et mønster om man prøver å lure unna noe. At man jukser på urinprøvene eller slikt. Det gjør jeg ikke. Du må bare jobbe opp den tilliten hvis du skal slutte å"</i>

	<i>ruse deg. Det er ingenting galt med LAR sånn sett, det er rett og slett.</i> ”
--	---

Hovedkategori 4: Informantens helhetlige opplevelse av å være LAR-bruker

Informant Carl

Underkategori	Illustrerende tekst
LAR-bare medisiner?	<i>”Jeg føler de tar altfor lite hensyn til det menneskelige aspektet i det her. De bare pusher ut, og jeg syns det blir tatt altfor lite hensyn til alt sammen rundt liksom ... Vi trenger ikke bare medisiner, vi trenger noen å kunne gå til også! Og der føler jeg LAR stiller altfor lite opp. Når du begynner der så får du beskjed om at vi skal hjelpe deg med det og det, men det føler jeg at det er ingen som har tid til meg, annet enn å dele ut medisiner.”</i>
Langsiktige mål	<i>”Jeg vet ikke om jeg noen gang tør å slutte med LAR. Når jeg kjenner hvor store smerter jeg har med en såpass høy dose med subutex, så vet jeg ikke om jeg tør gå av for å være helt ærlig. Men jeg tenker stadig vekk at jeg har lyst til å kaste medisinerne på havet.”</i>
Kortsiktige mål	<i>”Målet mitt dag for dag er å kunne oppleve noe positivt hver dag, slik at jeg kan smile og tenke at jeg har hatt en fin dag. At jeg kan ha gleden noen, hjulpet noen, og for meg vil det jo være å hjelpe ungen til forloveden, avlaste henne ved å passe barnebarna en stund. Det er sånne ting, de små gledene liksom. Man må finne de positive gledene man kan. Jeg føler jeg klarer det.”</i>
Hva kan bli bedre i LAR?	<i>”Og vi LAR-brukere trenger friplasser i rusfritt miljø. Dette må LAR bli bedre på.”</i>
Takknemlighet	<i>”I den situasjonen jeg er, føler jeg at jeg kan gå med hodet hevet. Og si at jeg er tidligere misbruker, men</i>

	<p><i>at nå fungerer jeg via LAR. Men jeg skryter ikke av LAR og sier at det er de som har gjort jobben, for det er det jeg som har gjort. Men LAR har hjulpet meg masse med medisinene. da slipper jeg å bruke stoff for å kunne fungere, og det er jeg evig takknemlig for. Men det eneste som noen gang har gjort meg smertefri er heroin. Og jeg drømmer om å være smertefri.”</i></p>
--	--

Hovedkategori 4: Informantens helhetlige opplevelse av å være LAR-bruker

Informant Dordis

Underkategori	Illustrerende tekst
Å føle seg fanget	<i>”Det er sånn makt liksom. Det der grepet om meg.”</i>
Uten russug	<i>”Altså for å si det sånn, alt handler jo at jeg ikke har russug. Subutexen handler om at jeg ikke har russug. Men det hjelper meg ikke til å få bedre søvn. Det hjelper meg ikke til at jeg ikke har nerver. Det holder meg unna dopen. Jeg har ikke hatt noe opiatutslag noen gang.”</i>
Langsiktige mål	<i>”Jeg kommer ikke til å prøve å slutte med LAR før gutten min er blitt stor. Tar ikke sjansen på det. Jeg har hatt så mange perioder hvor jeg faktisk har klart meg to år, men kan ikke forklare hva som skjer. Det bare stopper opp i hodet mitt liksom også bare ruser jeg meg helt som en idiot. Jeg holder ut og holder ut, men så bare funker det ikke lenger. Jeg ser ikke vekk fra at det skjer igjen.”</i>
Kortsiktige mål	<i>”Jeg tar dag for dag. Tenker at jeg må finne en positiv ting hver dag. Jeg må se det kjekke som skjer hver dag. Samtaler eller en tur med gutten min for eksempel.”</i>

Hva kan bli bedre i LAR?	<p><i>”Altså jeg hadde aldri klart meg så godt uten LAR. Men å høre mer på oss, og ikke ta avgjørelser bak vår rygg. Det hadde vært fint. Heller spørre: ’Dordis, hva er det som skal til for at DU kommer deg videre nå?’ Istedentfor, nå må du hente hver dag og så videre ... Så det handler egentlig om å være på lag med hun som styrer medisinene (ler). Det gjør egentlig det, teit å si, men sånn er det.”</i></p>
--------------------------	--

Hovedkategori 4: Informantens helhetlige opplevelse av å være LAR-bruker

Informant Eivind

Underkategori	Illustrerende tekst
Å føle seg fanget	<p><i>”Men samtidig så føler jeg at LAR er med på å presse deg ut igjen i bruk jeg er fanget rett og slett.”</i></p> <p><i>”Jeg tenker det er så respektløst ... når du har levd et liv i rus, så bør vel egentlig målet være at vi skal få en bedre livskvalitet? Men her så blir det mer sånn at de skal ’ha deg under skoen’ og der skal du være liksom ...”</i></p> <p><i>”Så de hjelper deg opp på et visst nivå, så står du der. Og det er veldig frustrerende og det er jo helt klart med på. Altså etter hvert nå så sliter man jo både med depresjoner og søvnproblemer, nedstemthet. Du føler du kommer ikke videre. Som følge av et LAR-system som ikke ser deg. Du bare er der. Og jeg føler det jeg opplever er representativt for mange andre LAR-brukere.”</i></p>
Store konsekvenser	<p><i>”Og jeg synes det er personavhengig alt etter hvem du treffer på LAR. De som jobber der inne vet egentlig ikke hva de holder på med. De har ikke utdanning til det. De vet ikke hva konsekvenser det får for et liv, jeg kan aldri tenke meg at de forstår hva de egentlig gjør. Det har innvirkning på alt. For eksempel oppfølging av et barn du</i></p>

	<i>gjerne har dårlig samvittighet for fra før av. Vært fraværende en stund òg. Ja så jeg går rundt med en konstant dårlig følelse, rett og slett.”</i>
Manglende oppfølging	<i>”Snart et år siden. Siden jeg fikk diagnosen. Enda til ... Ingen spørsmål om hvordan det har gått, ingenting kontakt. (pause) Har rett og slett lyst til å slutte i LAR. På grunn av dette her. Jeg føler de river meg ned istedenfor å bygge deg opp.”</i>
Langsiktig mål	<i>”Målet mitt er jo egentlig ... Jeg har jo en bror som har klart å komme seg ut helt på egenhånd uten behandling etter han begynte på ADHD medisinene. Så jeg tenker det kan være en ide for meg å prøve. Tanken på å sleppe LAR og det regimet der ... Det frister meg veldig, motiverer meg mye. Planen min i august er å trappe ned på medisiner. Og det er kun på grunn av den behandlingen jeg får.”</i>
Hva kan bli bedre i LAR?	<i>”Jeg skulle ønske det at LAR innså hvor viktig det er å følge opp personer og høre hva de sier. Prøve å hjelpe de med det de selv sier er viktig. Gi mer tillitt, fornøye med at de får bedre livskvalitet istedenfor å henge seg opp i bagateller og at de ikke klarer å styre personen.” ”De tar i fra deg istedenfor å støtte opp. Fokuserer hva de egentlig gjør med folk. Helheten. Ikke bare subutexen.”</i>

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet skal jeg gi en redegjørelse for den empiri som informantene har gitt meg gjennom de kvalitative intervjuer, og den analysen som er blitt mulig å gjøre på grunnlag av denne informasjonen. Det blir drøftet relevant teori opp i mot de empiriske funnene som er presentert i kapittel 4.

Ut i fra funnene og analysen av dem, skal jeg forsøke å gi svar på min problemstilling som formulert i kapittel 1, Innledning.

Studiens problemstilling er formulert slik: *Hvordan opplever et utvalg av fem LAR-brukere sin behandling i LAR?*

I drøftingen tar jeg for meg hver hovedkategori med underkategorier i samme kronologiske rekkefølge som funnene er presentert i tabeller i kapittel 4. Det vil da si at det er informantens bakgrunn som blir drøftet først. Deretter kommer hovedkategori to, tre og fire med sine underkategorier. I drøftingen tar jeg hovedsakelig hensyn til de underkategorier der minimum fire informanter har gitt sitt svar. Grunnen til dette er at jeg mener det er her det er mest relevant informasjon og også med tanke på oppgavens omfang. Det er likevel noen utvalgte underkategorier som er viktige til tross for få svar, og disse har jeg valgt å ta med. Det er ikke alle underkategorier som blir drøftet like grundig, da jeg ikke vurderer dem som like viktige for studiens problemstilling. Dette er også med hensyn til oppgavens omfang. De ulike sitatene blir merket med anonymt navn på slutten, slik at det er tydelig at det er ulike informanternes utsagn som blir drøftet.

I diskusjonen er det uunngåelig at det blir noen repetisjoner spesielt fra kapittelet 3, Teori. Dette er likevel nødvendig for å kunne trekke trådene sammen på en helhetlig måte, og sette funnene sammen med relevant teori.

5.1 Informantenes bakgrunn

Informantens bakgrunn sier noe om når og hvordan hver enkelt av dem har startet med rus. Det er sånn sett relevant i forhold til å se likhetstrekkene mellom rusens oppstart og deretter rusens utvikling, og videre inn i mot LAR-behandling. All empiri i denne hovedkategorien tar for seg livet før oppstart i LAR-behandling.

5.1.2 Rusens oppstart

Samtlige av de fem informantene har startet veldig tidlig med å ruse seg.

"Jeg begynte å ruse meg da jeg var 8-10 år med sniffing da jeg gikk på barneskolen." (Arne)

"Jeg er 34 år, og brukte rus første gangen da jeg var 13 år. Noe sånn. Og illegale rusmidler fra jeg var 14 første gang." (Bård)

"Jeg begynte veldig tidlig.(...) 13-14 år gammel. Da var det cannabis." (Carl)

"Jeg begynte å ruse meg da jeg gikk i 7. klasse." (Dordis)

"Jeg var ganske ung... Jeg gikk vel i 4. klasse når jeg startet. Hadde en eldre bror som var borti rus. 9-10 år... Da begynte det med sniffing og piller." (Eivind)

Alderen ligger mellom 8-9 år og 13-14 år for oppstart av rus, og de ulike rusmidlene ser ut til å variere fra hasj, cannabis og til sniffing og piller.

En rekke studier viser at tidlig oppstart med rus kan føre til omfattende og høyt misbruk av rusmidler senere i livet. Det er også en viss sammenheng mellom tidlig oppstart av rusmisbruk og hva de aktuelle har med seg av oppveksthistorier, livserfaringer og individuelle særtrekk (Pape, 2010). Samtlige av informantene har fortalt om utfordrende oppvekstvilkår og videre lett tilgang til rus i tidlig alder. Etter at de har startet med rusen har veien vært kort til tyngre stoffer.

5.1.3 Rusens utvikling

Det ser ut til at rusens utvikling har gått raskt etter at de først har startet. De har hatt en rask overgang til sterkere stoffer enn det de startet med, og utviklingen har dermed gått raskt.

"Da (i tenårene) begynte jeg å drikke og spise tablett og sniffe, og det bygde videre til sterkere og sterkere stoffer." (Arne)

"Ja hasj og alkohol. Og så utartet det seg til amfetamin. Ecstasy og en del sårne ting. Og nå de senere år etter jeg fylte 23 år, så begynte jeg med morfinpreparater og heroin da. Så jeg har ca. 3-5 år med opiatavhengighet." (Bård)

”Jeg begynte ganske kjapt på andre ting(...)”Så jeg satte mitt første skudd på et offentlig toalett da jeg var 13 eller 14 år gammel. Da begynte jeg med heroin. Jeg begynte med heroin før amfetamin.” (Carl)

”Så reiste jeg på folkehøyskole og da prøvde jeg amfetamin for første gangen... Jeg hadde bare røykt hasj og spist piller før det. Jeg var 17 år da jeg prøvde heroin for første gangen... Uff, dette er trist og vanskelig å snakke om... 17 år... Jeg var alt for, alt for ung” (Dordis)

”Først hasj og alkohol. Også bygde det på seg med amfetamin, LSD og til slutt heroin da.” (Eivind)

”Altså... Jeg misbrakte vel amfetamin i 18 år før jeg prøvde heroinen da.” (Eivind)

”Så utviklet det seg jo til å bli sånn blandingsmisbruk, der du gjerne har amfetamin og heroin.” (Eivind)

Avhengigheten er eskalerende, og den går raskt i utvikling. Fekjær (2009) sier at all avhengighet kan ha preg av at man går seg fast i bestemte mønstre som man blir slave av. Rusen gir en øyeblikkelig følelse av lykke. Man føler at all uro for fremtiden er blitt borte og man får en opplevd frihetsfølelse. Rusen henter frem minner og forsterker alt det positive i hendelsene. Den som ruser seg kan oppleve seg mer intelligent og kanskje også ha en følelse av makt til å endre på ting. Smaks-, lukt-, og fargeopplevelser blir sterkere (ibid.)

Det kan se ut som om rusens kortvarige virkninger er så effektfulle at det er dette som gjør at rusmisbruket utvikler seg såpass raskt for informantene.

5.1.4 Erfaring med tidligere rusbehandling

Før en rusmiddelavhengig får startet opp med behandling i LAR, sies det at all mulig tidligere behandling skal være prøvd ut uten hell. Tre av fem informanter beskriver hvilke typer behandling de har vært involvert i, med ulike erfaringer, og hvordan det har påvirket dem.

”Jeg var 32-33 år hvor jeg første gang reiste til avrusning til Veksthuset. Også der var jeg ett år.” (Arne)

”Etter x antall år på narkotikamisbruk, reiste vi (Arne og kona) til en familieinstitusjon. Statens klinikk for narkomane. Der var vi i ett år og kom hjem og klarte oss fint i x antall år igjen. Husker ikke om det var 7-8 år. Klarte oss lenger den perioden der. Så begynte vi å sprekke igjen i helger og...” (Arne)

”Det begynte med 13 måneder på Renvangen (veksthus, behandlingstilnærming med fellesskap som metode). Det er noe av det strengeste du kan gå gjennom. Det fungerte helt fantastisk for meg. Men det er ikke for alle. Enten tåler du det eller ikke. Hadde dette vært ti år tidligere, så tror jeg ikke at jeg hadde blitt rusmisbruker på samme måten.” (Dordis)

”Barnevernet krevde vi (Dordis og mannen) skulle på familiebehandlingen på Hov i Land. Men det var masse styr der oppe og jeg eller vi ble aldri hørt. Jeg kjente jeg ble kjempedepremert. Følte at alt gikk i mot meg, ingen hørte på meg.” (Dordis)

”Ja... Så er det jo... Vi (Eivind og ekskona) har jo vært i behandling to ganger. Ja med den siste familien. Da var vi i behandling før gutten vår kom til verden for 11 år siden. Det var på veksthuset Renvangen. Med behandlingen så tror jeg vi hadde bort i mot en sånn 3-års periode rusfrie. Da han (sønnen) kom til verden, så ble det skjæring mellom meg og moren. Og... Havna utpå igjen. Så blir det jo enda vanskeligere igjen. Da har du jo en liten en. Straks litt mer komplisert... De andre gangene har jeg jo vært med mødre som ikke har rust seg. Da har det liksom vært litt lettere å slippe tak. Vi prøver jo å ta oss i sammen og søker behandling på Hov i Land.” (Eivind)

Både Dordis og Eivind forteller at de i utgangspunktet er motivert for behandling, men at de etter en stund sprekker av ulike grunner. De beskriver at den opprinnelige planen for rusbehandling var veksthus og det var en behandlingsform som i utgangspunktet passet for dem. Dordis sier til og med at om denne behandlingen var på et annet tidspunkt i livet, så ville hun ikke vært rusmiddelavhengig i dag.

Goffman (1968) sier at stemplingsteori normalt sett vil være opptatt av negative bilder, og de ødeleggende konsekvensene dette kan få for Ego. Et negativt selvbylde kan få brukeren til å trekke seg vekk fra samfunnet, og han kan igjen eksempelvis mer eller mindre bevisst bruke sin avvikerstatus som unnskyldning for å ruse seg mer. Er

brukeren i rusmiljø som jo er avvikende i seg selv, kan den negative utviklingen forsterkes ytterligere. Når brukeren opplever mange negative tilbakemeldinger, fordi han er rusmiddelavhengig, synker etter hvert livskvaliteten. Brukeren kommer da til det punkt hvor han kan velge å slå seg til ro med denne situasjonen, eller han kan, avhengig av grad av motivasjon, bryte med den avvikende livsstilen som rusmiddelavhengig. Dette innebærer mange vanskelig valg, og ikke minst en stor grad av motivasjon.

5.2 Informantens opplevelse med legemiddelutdelingen.

Samtlige informanter har respondert i underkategoriene tidsramme, legemidler og henteordning. Jeg legger først frem underkategorien tidsramme for behandling i LAR.

5.2.1 Tidsramme for behandling i LAR.

Som nevnt i kapittel 3, Metode, er gjennomsnittlig behandlingstid i LAR for informantene rundt syv år. Den som har vært kortest har vært i halvannet år og den som har vært lengst har vært i 16 år. Flere av dem uttaler at de ikke kunne klart seg uten LAR og at de nok ser på LAR som en livslang behandling. De som har barn som de på nåværende tidspunkt tar seg av, eller i det minste har kontakt med, påpeker at det i hvert fall ikke er snakk om å slutte før barna er voksne eller at man ikke innehar daglig omsorg lenger. Det sier noe om at de ikke ønsker å ta sjansen på en sprekk på grunn av barna eller at de ikke overlever uten LAR.

Det er uttalt i rusomsorgen at opiatavhengighet kan sees på som en livsvarig avhengighet. Det har av denne grunn vært lite fokus i LAR på det å avslutte substitusjonsbehandlingen.

I Veilederen for substitusjonsbehandling (2013 kap.8.2.) kommer det frem at LAR for de fleste er en langvarig behandling, som gjerne vil kunne vare livet ut. Med utgangspunkt i denne veilederen er det lite fokus på det å avslutte behandlingen i LAR og det har også vært lite forskning på det. Serafrapporten fra 2013 omtaler at all erfaring viser til at de fleste brukere vil få ett bedre liv ved å forbli i LAR. Likevel vises det til at det er behov for bedre oppfølging av brukere som ønsker å avslutte LAR. Brukerne bør få tett oppfølging og raskt fornyet tilbud om LAR, dersom de av ulike grunner skulle få tilbakefall eller av andre grunner ønsker å ta opp igjen behandlingen.

Sett i lys av teori om brukermedvirkning skal LAR-brukeren tas med på beslutninger som omhandler, og gir konsekvenser for, deres liv. Hanssen (2010) sier i tillegg til at

brukeren skal delta aktivt og involveres, så skal han eller hun ha innflytelse på alle beslutninger som angår helse og velferd. Det kommer frem i min studie at det både oppleves som vanskelig å få sluttet i LAR, men også at informantene selv opplever at det er uaktuelt på nåværende tidspunkt. Unntaket er Eivind som er i en prosess hvor han nå tenker på å trappe ned.

Seraf (2013) beskriver forskning på dødeligheten blant heroinavhengige som viser at den er spesielt høy før inntak i LAR. Det som kommer frem, er at dødeligheten er enda høyere blant brukere som har blitt skrevet ut av LAR, eller selv har valgt å avslutte behandlingen. En undersøkelse fra Vancouver i Canada som omfattet nesten 15 000 brukere som forsøkte å slutte med metadon viser at det var under fem prosent av forsøkene som ble vurdert som vellykkede, vist ved at brukerne var både metadon- og rusfrie etter 18 måneder (Nosyk, 2012 i Stand 16/2013). Samme artikkel viser at de få som har klart å avslutte LAR-behandling, er de som i størst mulig grad har hatt medinnflytelse på tempoet i nedtrappingen og hvor nedtrappingen har gått over lang tid. Det vises til de viktige forutsetningene for å lykkes både som aktiv i LAR og ved avslutning i LAR, nemlig brukermedvirkning, rehabilitering, stabilt liv og en plass å bo. Serafrapporten (2013) viser også til at dødeligheten når man avslutter LAR er høy. Dette er det beste argumentet for at de som ønsker å avslutte eller trappe ned LAR-behandling får tett og god tilrettelegging.

Eivind deler sin opplevelse i forhold til at han selv ønsker å slutte i LAR. Han er inspirert av sin bror, og mener selv helt klart at han skal klare å slutte med LAR. Han ønsker en gradvis nedtrapping av medisiner, og tenker at han trenger en god oppfølging spesielt mot slutten. Han sier at han ikke blir møtt på sine ønsker, og opplever at han får lite begrunnelse for hvorfor. Denne behandlingen står i strid med brukermedvirkning, som ifølge Jensen (2012) er et begrepet som er knyttet til troen på menneskets iboende ressurser og evne til mestring og innflytelse på eget liv.

Eivind opplever helt klart ikke at hans iboende ressurser med tanke på nedtrapping blir tatt hensyn til. Det ser heller ikke ut til at saksbehandler tenker at han skal ha evne til å mestre et liv uten LAR på egen hånd.

Eivind beskriver også at LAR på en måte er siste mulige måte å overleve på:

”Men LAR ble en siste utvei. Du føler liksom det er siste stopp.”

Ut fra dette tyder hans uttalelser at LAR ikke er ment som et steg på veien mot å bli rusfri, men mer som en livslang behandling. Han står i et dilemma: Han ønsker å trappe ned, men definerer for seg selv at dette er siste utvei.

5.2.2 Legemidler

Informantene opplyser hvilke legemidler de får utdelt. Det kommer frem at fire av fem bruker buprenofin (subutex eller suboxone) og den femte bruker metadon, også etter å ha startet opp med buprenofin.

”Jeg får suboxone film. 24 mg pr. dag.8...”Jeg har 3 slike til dagen. Dette er 8 mg, slik at når jeg har 24 mg har jeg 3 slike til dagen.” (Arne)

”Og da (etter startet med ADHD medisiner) byttet jeg over til metadon, og det har jeg gått på nå i to år.” (Bård)

”Jeg får nå subutex, 24 mg tabletter.” (Carl)

”Men, nå er jeg på subutex 18 mg.” (Dordis)

”Så får jeg medisiner. 2x8 mg med subutex.” (Eivind)

Det har vært slik fra tidligere at det har vært enklere å ta overdose med subutex fordi den lettere kan injiseres, i motsetning til suboxone som ikke kan. Av denne grunnen er det nå mest vanlig med oppstart på suboxone enn tidligere. Av mine informanter er det kun Arne som får suboxone av buprenorfinene. Resten får subutex. Det skal være lettere å avslutte med buprenorfin enn med metadon, og i tillegg skal det oppleves som mindre abstinensfremkallende. Metadonet er et syntetisk fremtillt stoff, med de fleste virkemidlene som opium. Det rapporteres om mindre bivirkninger i det hele tatt ved bruk av subutex fremfor suboxone. (Fekjær, 2009). Det er likevel mange LAR-brukere som ønsker å bytte til metadon, i og med at det gis ut også i tablettform. Det kommer også frem at brukerne ønsker et bredere utvalg av substitusjonsmedikamenter. Serafrapporten (2013) viser at de som har vært stabile LAR-brukere over lenger tid, lettere kan få metadon i tablettform.

5.2.3 Tilpasning av legemidler

I den nasjonale retningslinjen (2010/2011) kommer det frem at brukeres ønsker skal vektlegges ved valg av substitusjonsmedikament, slik sett på som brukervedvirkning.

Det er mange hensyn å ta i forbindelse med tilpasning av legemidlene:

”Så gikk jeg da et par år sånn ca (på subutex)... Så fikk jeg noen medisiner på en tilleggsdiagnose som jeg har, ADHD, og jeg ble lovet at jeg skulle få begynne på Ritalin. Da sa de at jeg måtte begynne på metadonet, for de hadde mer erfaring med de to medisinene i sammen.” (Bård)

Bård ble satt over på metadon i det han også har en tilleggsdiagnose, ADHD. Det var dette kriteriet som ble utslagsgivende for hans legemiddeltilpassing. Han beskriver også at dette fungerer godt for ham. På denne måten blir det tatt hensyn til Bård som et helhetlig menneske (Hanssen, 2010).

Carl har en helt annen opplevelse av tilpasningen av legemidlene i LAR. Han mener at han lenge ble helt overkjørt i forhold til egne valg og behov:

”Først plassert på metadon. Det funka ikke på meg. Jeg var oppe i ganske høye doser, 176 mg. Og det gav meg ingen effekt. Jeg ble bare mer og mer sugen på heroin, etter hvert som de øka dosen så hadde jeg lyst på mer. Det endte opp til slutt at jeg nekta å ta det. Jeg gikk ut og la meg dårlig, da blir du skikkelig dårlig når du kutter ut metadon. Jeg har aldri vært så dårlig på heroin en gang, som da jeg kutta metadonet. Jeg fikk ikke effekten av det, men likevel var kroppen hekta på det... Du blir mer hekta på metadon enn heroin. Jeg gikk på metadon i ca 2 år uten effekt... Halvannet år. Jeg fikk ikke byttet om, for det var metadon som skulle brukes liksom. Subutexen var liksom ikke helt kommet enda...”

Det at Carl har måttet stå på metadon i to år uten virkning, kan ses på som det totalt motsatte av det som blir presentert i de nasjonale retningslinjene (2010/2011). Til tross for at han gir sterkt uttrykk for at kroppen hans ikke responderte på metadonet, mener den profesjonelle at det er han som vet best hva som er best for LAR-brukeren. Det er på denne måte Foucault (2002) mener at makten som utøves fra den profesjonelle i møte med brukeren, kan være et utslag av en legal myndighet. Makten er basert på den konstruerte sannhet om hva den profesjonelle tolker som det beste for brukeren.

Dordis har opplevd det samme i forhold til tilpasning av legemidler og maktmisbruk:

”Da begynte jeg på suboxone tablett 16 mg. Det gikk jeg på to år, men jeg fikk så vannvittig mye sår i kjeften... Etter hvert fikk jeg økning med 2 mg før jeg gikk over på subutex... Sto på de i ca. to år. Men, nå er jeg på subutex 18 mg. Men

jeg syns ikke bivirkningene fra suboxone film har gått vekk ennå. Det er sprøtt, det er 4 mnd siden. Jeg fikk mye vann i beina, mye svetting og vannvittig med sår i munnen. De tilsetter sitrus og det har jeg aldri tålt. Tennene mine er jo ødelagt...”

Dordis hadde lenge gitt beskjed om at hun fikk sår i munnen av suboxone film. Hun ble satt rett over på dette medikamentet som sanksjon etter et sidemisbruk. Hun klagde, men det tok lang før hun ble hørt. I denne relasjonen mellom Dordis og LAR, gjennomsyrrer makten relasjonen, og det forekommer en maktposisjonering sett som at LAR er overordnet i forholdet og vet hva som er best for Dordis (ibid.). Hun er blitt påtvunget et legemiddel som gir henne sterke bivirkninger. Dordis har sånn sett ikke noe annet valg enn å ta det hun blir foreskrevet.

5.2.4 Henteordning

Henteordningen til LAR kan være organisert på ulike måter. Ut fra funnene ser det ut til at det ofte er basert på langvarigheten av tillitsforholdet mellom LAR og brukeren. Har brukeren vært stabil over lang tid, med rene urinprøver og uten sidemisbruk, får brukeren en ordning med å hente sjeldnere. Det starter som regel med at brukeren må hente for hver dag og at det etter hvert slakkes av:

”Til å begynne med må du jo hente medisinen hver dag.” (...) ”Ja, starter med hver dag, hver eneste dag, ja.” (...)

”Jeg har jo komt så langt nå at jeg henter medisiner en gang i uken og gir urinprøve en gang i uken. Nå pr i dag.” (Arne)

”Til å begynne med var det et ganske hardt regime... Så var det å hente... Jeg flyttet hit til X kommune i 2010 etter behandlingen, så måtte jeg nesten hente daglig da... her nede i gata. Så to ganger urinprøver i uka, så fikk jeg med medisin til helgene da... 3 dager fikk jeg med hjem... Så sånn gikk det ganske lenge. Så hadde jeg noen sporadiske sprekker. Før liksom jeg fikk oppstart på ritalin. Så jeg fikk aldri en bedre henteordning pga det da... Ja, henter metadonet en gang i uken.” (Bård)

”Nå, siden jeg har gått så lenge med bare rene prøver, så henter jeg en gang i uka på vaktapoteket.” (Carl)

(...)”Jeg har henting 2 ganger i uka” (...) (Dordis)

”Ja jeg henter 3 ganger i uken nå da.” (Eivind)

Informantenes henteordning varierer fra en dag i uka til tre dager i uke, og fra å hente på LAR-utdeling og til å hente på apoteket. Det kan se ut som om det noen ganger er tilfeldig hvilken ordning man får, og at det ikke er fastsatte rutiner for hvordan dette skal foregå. Det blir utøvd skjønn i vurderingene, og det oppleves for brukeren som vanskelig å endre den enkeltes ordning. Eivind har vært i LAR i fem år, og må fremdeles hente tre ganger i uka. Bård har vært i LAR i fire år, hatt en del sprekker og får hente en gang i uka. De forholder seg også til forskjellige kommuner.

Eivind har tidligere hentet legemidler hos sin fastlege, noe som han opplevde som svært positivt:

”Tidligere gikk jeg jo til fastlegen og hentet. Det synes jeg var det beste. Det ville jeg gjerne hatt tilbake. Det er liksom mer... Ja du føler deg mer sånn behandla som et menneske. Som en vanlig pasient.(...)Håper jo at jeg skal få det slik igjen. Har spurt om det men det blir lite svar på sånne ting.”

I det han beskriver om dette ønsket om å få denne ordningen tilbake, blir han i liten grad eller ikke i det hele tatt hørt på. Hans stemme og interesse blir ikke ivaretatt i den grad de bør med hensyn til brukermedvirkningen (Hanssen, 2010). Hans ønske er å bli oppfattet som en helt vanlig bruker. I det kan det legges at han ikke vil føle seg stigmatisert eller annerledes. Han ønsker å bli fullt ut sosialt akseptert (Goffman, 1968).

5.2.5 Avhengig av tillit mellom bruker og LAR.

I denne konkrete underkategorien er det kun Bårds funn som er blitt kategorisert med tanke på tillitsforholdet i den konkrete utdelingssituasjonen. Likevel tenker jeg det er viktig for min studie å belyse dette forholdet, da det gjennomgående er tema som omhandler tilliten mellom bruker og den profesjonelle i LAR. Alle handlinger i LAR, alle planer, rehabiliteringen, alle møter og spesielt utdelingen, baseres på tillitsforholdet og opplevelsen rundt det. Bård beskriver viktigheten og følgene av tillitsforholdet på denne måten:

”Etter hvert så har tiden gått, og jeg har fått ganske greit med tillit.”

”Ja altså, jeg kjører jo løpet beint, jeg forholder meg til de reglene som blir satt. Og samarbeidet, jeg vil gi en positiv rytme til rehabiliteringen min. Og jeg har jo gitt også, jeg selger ikke medisinene mine og det kommer jeg ikke til å gjøre

heller. Det er jo nettopp fordi jeg trenger dem selv. Og det vet jo LAR. Og det har jo tatt år, for å få den tilliten også.

Bård legger vekt på at hans forpliktelse i tillitsforholdet dreier seg om at han holder seg til reglene og ikke selger medisinen sin. Han følte at tilliten ble satt på prøve idet han ble syk, og hadde behov for ny dose. Han beskriver følelsen av det å kanskje ikke bli trodd, og hva de eventuelle følgene av det ville blitt for ham:

”Ja nå ble jeg syk for første gang på mandag mot alle odds. Jeg slet sånn... Var så dårlig, òg på tirsdag. Jeg kastet opp begge dosene mine, bare en 20 min./halvtime etter inntak. Så det innebar at jeg sto i manko på 2,5 flaske på onsdagen, så jeg ringte LAR, for jeg visste ikke hvordan dette her kom til å gå. Om jeg ble trodd eller ei. Men jeg trodde at i beste fall fikk jeg utlevert men at jeg måtte hente meg inn igjen. På en måte, at jeg måtte dele opp de andre flaskene mine. Men det var ikke snakk om, jeg fikk ut to ekstra flasker, måtte hente før helga. Innen tre dager.”

I dette kommer det frem at han var nervøs i forkant, og ble lettet da det viste seg at han hadde opparbeidet seg såpass med tillit at LAR-ansatte ikke mistrodd ham. Bård beskriver store følger for ham hvis dette ikke hadde gått i orden:

”Jeg hadde ikke trodd at jeg skulle få det slik (ny dose), ja jeg var redd jeg ikke skulle få det og ikke bli trodd. Hvis jeg skulle hente inn 2,5 dose så måtte jeg ha hatt mindre enn en halv dose resten av uken på det jeg hadde igjen. Dette hadde jeg egentlig ikke klart. For det er ganske ekstremt for meg å gå på halv dose. Dette her kjenner du så godt... Dette er også en av grunnene til at det høyere terskel for meg å sprekke kan du si. Kan ikke tulle det til, jeg vet hva som venter meg i tilfelle.”

”Føler at jeg skulle fått mer tillit, fått hente lit sjeldnere gjerne.”

Det kan virke som om Bård var nervøs for hvem han skulle treffe denne dagen hvor han måtte be om ny medisin. I relasjonen mellom LAR-brukeren og LAR-utdelingen bør den profesjonelle ha et relasjonsfokus i samhandlingen, og det er viktig å basere relasjonen på trygghet og tillitt. Slik kan LAR-brukeren mest hensiktsmessig nyttiggjøre seg den hjelp han eller hun trenger med sine utfordringer (Humerfelt, 2005). Det fremstår som umulig å nyttiggjøre seg hjelp i en relasjon som er fri for gjensidig tillitt.

Om Bård hadde hatt et fullt tillitsforhold til LAR, kunne han sluppet å være nervøs for følger og sanksjoner etter at han hadde vært syk og han hadde unngått denne ubehagelige engstelsen i forkant.

5.2.6 Opplevelse av å bli styrt av henteordningen

De enkelte informantene har ulike henteordninger, alt etter hvor lenge de har vært i behandling. Det spiller også inn om de eventuelt har hatt ett sidemisbruk og om henteordningen har blitt strammet inn etter det.

”Jeg føler på en måte at jeg blir styrt av dem (LAR). Men ikke sånn daglig styring. Jeg har jo komt så langt nå at jeg henter medisiner en gang i uken og gir urinprøve en gang i uken. Nå pr i dag. Så da er sånn at jeg blir styrt på den mandagen hver uke. Må være der inne før kvart på 11 hver mandag” (Arne)

”Når jeg har kommet et stykke på vei så føler jeg meg ganske fastlåst i en del ting da.” (Bård)

Sitatene fra Arne og Bård beskriver opplevelsen av at livet er styrt etter hvordan henteordningen er organisert for dem. Begge to har ukentlig henteordning, men beskriver også hvordan de kan tenke seg at hverdagen hadde vært lettere for dem om de kunne hente medisiner for eksempel hver andre uke. Det at henteordningen styrer hverdagen, går også ut over friheten til for eksempel å ta ferie, eller reise vekk på mer eller mindre planlagte turer.

”Og ellers er det sånn at hvis jeg plutselig finner på at tirsdag så reiser jeg til en annen by eller Syden, så må jeg søke om å få medisiner for lenger enn en uke... Det er som regel... Jeg har ikke hatt problemer med det selv enda, men jeg har hørt om folk som jeg kjenner som går i LAR har først fått innvilget for eksempel 3 måneder til Thailand, men har nå fått beskjed at de ikke får for mer enn en måned av gangen nå.” (Arne)

”Hvis jeg skal reise vekk så må jeg søke, det er ikke bare å reise som andre folk kan.” (...)”Ja... Det er ikke akkurat at jeg føler meg så veldig bunden heller, men det er dette styret med at jeg må søke òg... Få svar òg. Som regel har det gått veldig greitt. Men likevel... Ja... Jeg syns at jeg kunne fått hente for 14 dager, metadon. Ikke hver uke...(Bård)

Sett i lys av teorier om makt, kan man se at noen former for makt ikke er så åpenbare, men likevel oppleves som utøvd makt overfor LAR-brukeren. Maktbegrepet er omstridt og vises gjennom mange uttrykk. Foucault (2002) viser til at makt alltid er til stede, over alt og i alle sammenhenger. I alle relasjoner vil det forekomme en maktposisjonering. Foucault viser også til at makten blir utført i den tro at den profesjonelle vet hva som er best for brukeren og med de beste intensjoner for brukeren. I dette tilfelle er det da slik at LAR-utdelingen har vurdert det som best for brukeren at medisinene blir hentet en dag i uken. Dette er trolig for å forhindre misbruk og for å ha kontroll. Et annet perspektiv Foucault nevner er at avgjørelsen om ukentlig utdeling blir tatt ut i fra et synspunkt om at den profesjonelle blir vurdert som den ene som har den faglige ekspertisen. I denne sammenhengen ser man at henteordningen i så stor grad styrer brukerne at de kan oppleve å miste sin frihet, og det blir på denne måten utøvd makt over dem. Både Arne og Bård har ønsket om å endre ordning, men blir avvist. Man kan si at det på denne måten både blir utøvd makt mot dem og det er tatt svært lite hensyn til brukermedvirkning.

5.2.7 Ulovlig salg av narkotika ved utdelingen

Tre av fem informanter påpeker at det er en stor utfordring med ulovlig salg av narkotika ved utdelingen. De beskriver at det dreier seg om rent kjøp og salg av de utdelte legemidlene og også ulovlige narkotiske stoffer. Spesielt blir det omtalt som et problem i det man er i starten av et LAR-behandlingsopplegg og man er nylig blitt rusfri fra ulovlige medikamenter som for eksempel heroin eller piller. Det blir uttalt at dette kan være så fristende for enkelte at de går på sprekker eller foretar et sidemisbruk i en eller annen grad.

Arne beskriver at det var nettopp dette som gjorde at han ikke søkte LAR-behandling tidligere. Han tenkte med seg selv at det ville bli alt for stort press på kjøp og tilbud at han ville sprukket tidlig:

”Da du kommer til plassen, så står det brukere på veien inn og vil selge deg stoff eller vil kjøpe medisinene dine. Og inne på utdelingsplassen, sitter det en hel haug som vil selge... Er jo mange som går på sprekker eller har sidemisbruk, hvor de selger amfetamin eller tabletter, hvisker over bordet og sånn. Når de som jobber der ikke akkurat ser på eller sitter ved bordet. Hvissing om kjøp og salg.” (...) ”Det var derfor jeg ikke søkte LAR tidligere, på grunn av de som

henger utforbi og selger. Hva er vitsen med å gå i LAR, hvis du ikke greier å slutte...? Denne medisinen gjør jo ikke at jeg slutter på stoff automatisk, men at jeg ikke tenker på heroin..og jeg tenker ikke på og ruse meg. Men hadde jeg gått nede i byen med de som ruser seg, så hadde det ikke lang tid før jeg hadde brukt noe. Selvfølgelig. Det stopper tankene, men hvis du har det rundt deg hele tiden...”

Arne tok dette opp med sin LAR-behandler og fikk legemidlene sine hjemkjørt av hjemmetjenesten i starten:

”Så, jeg sa det, at det ble litt mye fristelser, og fikk det hjemkjørt... Da begrenser du den fristelsen som er i starten.”

Sett i lys av teorien om brukermedvirkning hvor man skal ta hensyn til brukerens ønsker og tanker om innvirkning på eget liv, kan man si at Arne har fått denne opplevelsen i forbindelse med utdelingen av medisiner (Hanssen, 2010). Brukeren skal bli tatt med på alle avgjørelser vedrørende hans helse og velferd. Han ga tydelig uttrykk for at dette kunne føre til at han ble utsatt for så store fristelser på utdelingen at han selv følte at han kunne starte med å ruse seg igjen.

Bård beskriver også de samme utfordringene. Men i motsetning til Arne måtte han hente selv i starten:

”Ja det skulle i hvert fall ikke være nede i den sumpen... Det der verste hullet... Til tider da så har jeg hatt et press på meg at folk (andre LAR-brukere) har gått og mast på meg om salg og kjøp, og kunne spart meg for dette bryet... Folk har vært så desperate at de har trua til seg medisiner fra andre. De har aldri gjort det med meg, men du vet jo aldri med folk som er så desperate. Det er det hele med å måtte forholde seg til folka som kommer inn der daglig, som er rusa, og som har et enormt sidemisbruk...(...) ”Ja det skulle i hvert fall ikke være nede i den sumpen... Det der verste hullet... Til tider da så har jeg hatt et press på meg at folk (andre LAR-brukere) har gått og mast på meg om salg og kjøp, og kunne spart meg for dette bryet... Folk har vært så desperate at de har trua til seg medisiner fra andre. De har aldri gjort det med meg, men du vet jo aldri med folk som er så desperate. Det er det hele med å måtte forholde seg til folka som kommer inn der daglig, som er rusa, og som har et enormt sidemisbruk...”

Bård mener at langvarige og stabile brukere i LAR, bør belønnes med et system hvor en kan bli satt pris på etter å ha vist tillit ut over flere år. Slik kan man hente sjeldnere når man har opparbeidet seg tillit. Det har noe med normaliseringen av hverdagen å gjøre, det å føle seg mer lik med andre:

”Så jeg skulle ønske at de som hadde vært i LAR lenge og som klarer seg bra, kunne ha kommet å hente en annen plass. Det kunne vært todelt på en måte. Sett på det som en gulrot. Hvis du gjør sånn og sånn, så får du det sånn og sånn.”

Bård viser til det at han som menneske ønsker å bli anerkjent for det han er i den situasjonen han er i. Han ønsker en belønning for å ha utført de rette oppgavene over tid, og har vist at han er tilliten verdig til å få en bedre henteordning.

Carl beskriver den samme utfordringen med store fristelser på utdelingen:

”Jeg holdt på i mange år å gå på utdelingen... Og DER sleit jeg skikkelig altså. For der kommer man på morgenen for å hente medisinene sine, og der står de på utsiden og spør om 'du skal kjøpe noe?'. Og etter at du hadde vært inne og henta medisinen, så var det 'Skal du bytte noe'? Og det sa jeg til LAR, for jeg sleit... Det var før jeg hadde kommet opp på den dosen jeg har nå. Så jeg sleit fortsatt med å avklimatisere meg i hele systemet. Og da når du blir møtt av folk som står på utsiden i trappen, og vil gi deg noe som funker bedre ikke sant? Det foregår både kjøp og salg både inni og utpå. Det var fryktelig tøft og jeg sleit. Jeg informerte også LAR om det, men det var så lite de kunne gjøre.”(...)

”Men problemet er at der hvor medisinen blir levert ut... Alle vet jo hvor det er, innenfor rusmiljøet. Så hvis det er noen som er svake der, så kommer de så vidt til døra før de sitter med heroinen i hånda. Fordi mange vil ha det, men de har ikke rene prøver. Og da er det en god verdi på de tablettene man henter der... Dessverre. Og det er altfor mange svake mennesker, de blir utnyttet og de blir overkjørt. Jeg ser folk som blir regelrett rana der nede... Fredagen er det ekstra mye folk der nede, for da vet man at de henter for en hel helg. Så... Det er risikosport det der. Du må være tøff hvis du skal klare det. Jeg har vondt når jeg ser de som går der nede.”

Carl har allerede oppnådd det som Bård trakter etter. Alle tre beskriver salget av narkotika på utdelingen som svært utfordrende. Alle har gitt beskjed, men det er kun

Carl som har fått tilpasset sin henteordning etter dette. Carl er den som har vært i LAR lengst (16 år), og det er mulig dette er en forklaring. Det viser seg likevel at det er svært ulik praksis på området og en utfordring som det bør arbeides med å finne gode løsninger for.

Både Arne og Bård beskriver henteordningen som så utfordrende at de ønsker endring. Sett ut i fra et brukerperspektiv skal LAR-ordningen se den enkelte bruker og har dens interesser og behov i sentrum (Seim og Slettebø, 2007). Brukerens interesser i dette tilfellet er at de opplever det som vanskelig å motstå fristelsene i forhold til rus på utdelingen. De er selv redde for at de skal gå på en sprekk, og er bekymret over om de klarer å holde igjen.

Brukerens perspektiv, som er en annen dimensjon, tar for seg hans egen forståelse av seg selv og sin situasjon i fortid, nåtid og fremtid (ibid.) De uttrykker sin egen forståelse av situasjonen på utdelingen. Fortiden deres utgjør en risiko i forhold til det å sprekke, og de er bekymret for fremtiden om de skulle falle for fristelsen med å kjøpe og selge, og dermed få et sidemisbruk med medfølgende konsekvenser. LAR bør kunne tilby en behandling og et syn som både innebærer brukerperspektivet og brukerens perspektiv. De kan utføre dette gjennom aktiv lytting og sensitivitet i kontakten med LAR-brukeren. Dette blir ikke gjort i dette tilfellet.

5.2.8 Manglende oppmøte

To av informantene tar opp et viktig tema i forbindelse med manglende oppmøte til utdelingen:

Hvis jeg ikke møter opp på 3 dager så heter det at du mister avtalen. Så da går du ned på... Jeg tror for min del... Hvis jeg ikke hadde møtt opp på mandagen, tirsdagen onsdagen og kommet dinglende på torsdagen så tror jeg ikke jeg hadde mistet medisinen men måtte gått tilbake på henteordningen. Sånn som 'ok, nå må du komme 3 ganger i uken'. Eller jeg hadde fått en eller annen reaksjon på det... 'Hvorfor trengte du ikke medisin på 3 dager?' For du blir jo faktisk talt dårlig når du ikke får tatt medisinen så... Selvfølgelig kan det jo skje at jeg blir syk eller at jeg ikke kan komme, men jeg tviler... Men hvis du ikke kommer på tre dager og har hatt en sprekk, så tenker de vel at 'han har jo hatt andre ting'. Så... De ser litt ut i fra urinprøver og ja...' (Arne)

”Da... får jeg ikke noe før dagen etterpå. Men hvis du ikke kommer etter noen dager, så blir du automatisk skrevet ut. Etter 4-5 dager har du jo vist at du ikke trenger noe medisiner. Da er du vel automatisk nedtrappet... Eller ikke helt sånn da men... Men du blir sett på som det.” (Bård)

Det ligger lite brukermedvirkning i det å ikke kontakte brukeren for å høre hva som er grunnen til manglende oppmøte. I Veileder for LAR (2013) står det at man skal så langt det er mulig kontakte brukeren på telefon ved manglende oppmøte for utdelingen. Det ser ikke ut til at dette blir praktisert til enhver tid, i alle fall ikke for alle.

5.3 Informantens opplevelse av rehabiliteringen i LAR

Rehabilitering er R-en i LAR. Informantene gir ulike uttrykk for hvordan rehabiliteringen oppleves for dem. Rehabiliteringen innebærer at LAR-brukeren er i dialog med LAR, og fire av informantene har sagt noe om både positive og negative sider ved dialogen med LAR.

5.3.1 Positive og negative sider ved dialogen med LAR.

Arne forteller at hans kontakt med LAR oppleves som god:

”Ja, jeg synes det fungerer bra. Men jeg gjør det på en ordnet måte også da. Jeg ser mange andre brukere, de kommer ned og hylar og skriker i lokalet ... For det ikke går deres vei. De gangene jeg har hatt noe, så skriver jeg det. Skriver det ned og leverer det skriftlig, da får jeg alltid svar, for da må de svare ikke sant? Hvis jeg står der ned og hylar ut så alle brukere og ansatte hører, hvem skal svare deg? Er jo ingen som kan gi deg et svar, er jo ingen som vet. Så springer man ut døren og skjeller ut LAR for de gjør ikke sånn og sånn(...) Du må jo sette deg ned å kalle inn behandleren din på LAR og ta det opp.”

Idet han beskriver hvor god dialogen er, sier han samtidig at den er en følge av at han oppfører seg på en måte som er forventet. Dette er i motsetning til hva andre han har observert gjør.

Bård sier noe om det samme, først og fremst at han har god kontakt, men også at det beror en del på hvem han er som person i møte med LAR:

”Jeg har vært heldig da og hatt en ganske flink LAR-konsulent helt i fra starten. Vi har en veldig god dialog.”

”Nei jeg tror det nok handler om at jeg er den jeg er også. At jeg spiller på lag, og at jeg gjør det som jeg skal gjøre. Altså det jeg har skrevet under på da. Også har jo de også skrevet under på det. ... Hvis de skal kunne følge på de som ruser seg, så må de i hvert fall klare å følge opp de som holder seg.”

”Jeg kan ringe inn, og får som regel tak i henne (konsulenten). Hvis ikke legger jeg igjen beskjed eller vi sender mail. Så det er aldri noe problem med den kontakten jeg har hatt i LAR da. Men når det er sagt så er ikke jeg den som ringer mest og maser. Kanskje det er derfor det går så bra med den kontakten da.”

Humerfelt og Hansen et al. (2005) problematiserer brukermedvirkningen som retorikk eller realistisk forventning. I tillegg til at brukermedvirkningen er lovfestet, er likevel kvaliteten på relasjonen mellom LAR-brukeren og den profesjonelle representanten fra LAR det som er det avgjørende. Dette vil si at det er den aktuelle saksbehandleren fra LAR med sine personlige egenskaper som avgjør hvorvidt LAR-brukeren opplever dialogen med LAR som positiv. Det kommer likevel frem at brukerens oppførsel spiller i stor grad inn på hvordan han eller hun blir mottatt.

Som også Dordis sier, er altså kvaliteten på dialogen avhengig av personen man har som kontaktperson:

”... For jeg tror at nå når jeg fikk ny kurator, så sa hun: hun ville gjerne ha en time med meg for hun hadde lyst til å hilse på meg. Ja altså jeg ... ble jo helt overgitt. Også sier hun: hva er det LAR kan gjøre for å hjelpe deg? Hva er det du sier, sier jeg? Det er det første gang jeg har hørt, jeg har vært i LAR i 7 år sa jeg, aldri noen som hadde spurt hva de kunne gjøre for meg. Alltid dreide det seg om hva jeg skulle gjøre for å tilfredsstille LAR.(...) Jeg føler jeg har kjempegod kontakt med henne. Jeg liker henne kjempegodt for å si det sånn.”

Dordis opplever at hun blir overasket når hun blir stilt spørsmålet om hva LAR kan gjøre for henne. Dette viser at det er ikke noe hun har opplevd før. Jenssen (2012) sier at utgangspunktet for at brukeren skal ha lyst og være villig til å medvirke, er basert på det grunnlag at den profesjonelle, LAR-saksbehandleren i dette tilfellet, legger til rette for en relasjon hvor brukermedvirkning kan fremmes. Dordis opplever at det nå for første gang blir lagt til rette for at det kan skje brukermedvirkning i henne rehabiliteringen.

Eivind har samme opplevelsen med personkjemi:

”Og sånn som nå, når jeg skal begynne i arbeid. Så har jeg gått og mast i 3-4 år om å få snakke med en psykolog. 'Nei du trenger ikke det, du har jo oss' for kliniske samtaler. Slutta med Blå Kors. LAR skulle overta. Og du kan ikke lette deg for dem, du kan ikke si hva du vil. Så fikk jeg en saksbehandler, så hun hadde sett i papirene at jeg hadde spurt etter psykolog i mange år uten og få det. Hun sa det kanskje var på tide at noen hørte på meg. Så jeg fikk komme til psykolog ...”

Relasjonen mellom LAR-bruker og saksbehandler krever en relasjon basert på tillitt og trygghet (Humerfelt, 2005). Dette er to avgjørende faktorer for å lykkes med et relasjonsfokus i samhandlingen. Dette er den eneste måten LAR-brukeren kan nyttiggjøre seg hjelp i forbindelse med rehabiliteringen i LAR. Ved å bli møtt med mistillit, kan LAR-brukeren føle seg utrygg og oppleve seg hjelpeløs og overkjørt:

”Jeg er vel kanskje en av de mer heldige. Noen får gjerne en yngre saksbehandler som styrer livet deres etter magesfølelsen. De leverer rene prøver, men blir holdt tilbake fordi noen 'føler' det ikke stemmer helt. De styrer andre sine liv, det går utover familieliv og alt.” (Eivind)

Eivind beskriver seg selv som heldig i og med at han har fått en saksbehandler som hører på ham. Når dette oppleves som en unntakssituasjon, kan dette tyde på at det vanligvis ikke er slik at LAR-brukeren opplever å bli lyttet på.

5.3.2 Viktigheten av å ha et lavterskeltilbud som del av rehabiliteringen

Tre av fem informanter understreker hvor viktig og nødvendig det er å ha et lavterskeltilbud for å klare seg i hverdagen. Lavterskeltilbudene kan være et menighetsfellesskap eller aktivitetssentre som er selvdrevne av brukere. Felles for informantene er at de opplever at LAR svikter på dette området ved mangel på tilbud og oppfølging. Av denne grunn har det vært helt opp til dem selv å komme i kontakt med tilbudene på egen hånd. For noen LAR-brukere som gjerne sliter med angst eller andre tilleggsdiagnoser kan dette virkelig være en utfordring.

Arne beskriver at han trenger å fylle dagene sine med noe meningsfullt:

”Men jeg føler fremdeles at... Ja uten senteret (lavterskeltilbud), hadde jeg ikke fylt dagen. Det hadde blitt kjedelig. Jeg begynte å gå på senteret for å fylle dagen, ikke bare halve dagen kan du si.”

Det Arne beskriver, dreier seg om å ha et meningsfylt innhold i hverdagen som holder ham vekke fra rusen.

Bård beskriver lavterskeltilbudet som avgjørende for å føle seg anerkjent:

”Jeg er ganske heldig da som har møtt dette tilbudet som er her på senteret. Hadde det ikke vært for det (senteret) så vet jeg ikke hva livet mitt hadde vært ... Det hadde i hvert fall ikke vært særlig innholdsrikt. Jeg tror ikke jeg hadde fått utvikla meg slik i den grad som jeg har gjort til nå. Jeg kom hit som en bruker av plassen, og i dag blir jeg regnet som personal. Med brukererfaring kan jeg vise at ting kan ordne seg om man bare står på. Jeg syns det er veldig kjekt å bidra mens jeg er her, for de andre. Fordi jeg vet jo hvordan det er å komme til en plass og føle at man ikke får det til. Det å mestre livet, sprekker, ikke ha det greit og streve. Her skal man være samlet og rusfri, og mange savner en sånn plass å være helt fra starten av.”

Sett i lys av Honneths teori om anerkjennelse kan man si at Bård får anerkjennelse i solidaritetssfæren ved å delta som bruker på senteret med et felles mål. Han bidrar for seg selv og de andre som er brukere av senteret. Han blir anerkjent ved særegenheter som har plass i fellesskapet og samfunnet (Honneth, 2007). Det grunnleggende kravet om gjensidighet i form av å få og gi anerkjennelse er oppfylt ved at Bård får anerkjennelse for at han deltar i senterets form og utvikling. Han blir satt pris på av sine medarbeidere og blir nå regnet som personal. Han gir anerkjennelse ved å dele sine erfaringer og bruke seg selv i arbeidet med øvrige brukere på senteret (Skjefstad, 2012).

Solidaritetsfasen dreier seg om det å være en del av fellesskapet. Honneth (2007) sier at mennesket søker etter individuell prestisje og anerkjennelse fra andre. Det dreier seg her om en verdibundet omsorg mot et felles mål. Om denne anerkjennelsen som Bård her opplever fratras eller nektes ham, kan det skade hans individuelle handlekraft (ibid.):

”En må ha et tilbud for å holde seg rusfri. Man må føle seg til nytte og kunne bidra med noe. Her får jeg gjort mye, og har stor tillit. Mestre de tingene som

jeg begynte med da jag kom hit, og til å få nye oppgaver som jeg vokser på. Vise at jeg er verdig tilliten.” (Bård)

Bård nevner at han trenger å oppleve at han kan vise seg tilliten verdig. Kjellevold (2005) nevner at ved å si at mennesket har en iboende verdighet, følger det med sentrale verdier som blant annet likeverd og respekt for personlig integritet. Bård opplever at han mestrer sine oppgaver, og oppnår med dette tillitten han behøver for å føle seg verdig som menneske.

I følge Bård er det avgjørende at lavterskeltilbudet er rusfritt:

”Lavterskel tilbud er det nok av, men det som mangler er flere slike tilbud som på dette senteret her. Nede på det (det andre) lavterskeltilbudet er det mye sårstell, utlevering av sprøyter og så videre. Så det mangler den terskel at du må være rusfri og samlet for å komme inn. Det er jo ikke tillatt med salg, men det blir jo gjort. Altså, folk sovner jo nærmest med hodet i suppeskålen. Det blir jo ikke tillatt her. Da blir man vist bort. For å klare å holde seg rusfri så er dette den rette plassen. Her er det folk som klarer å yte mer, friske folk som gjør at du klarer å vokse mer som person selv. Man stopper jo der, hvis man ikke har noe å se opp til eller støtte seg på. Til å inkludere, slik at jeg kan føle meg hjemme på en måte.”

Han ønsker å være i et samfunn hvor de andre også yter noe på samme vis som han. På denne måten spiller både han og hans medarbeidere/brukere på senteret en viktig rolle i forhold til å anerkjenne andre mennesker (Honneth, 2007).

Carl bruker et lavterskeltilbud 3-5 ganger i uken. Han beskriver det så konkret at det er dette som gir ham styrke til å klare hverdagen uten å ruse seg.

”Man må finne de positive gledene man kan. Jeg føler jeg klarer det. Jeg har menigheten og det er en stor del av livet mitt. Vi (Carl og forloveden) er her 4-5 ganger i uka. Og det er det som gir meg styrke til å klare dagene. Det å føle at man blir akseptert og godtatt et sted, er alfa og omega for å kunne komme seg videre i livet. Føle seg som en del av en ting, og ikke føle seg alene der ute. Fellesskap er styrke. Og der føler jeg at LAR svikter. Få det fellesskapet som jeg trenger har reddet meg, men det er ikke takket være LAR. Her får jeg alt jeg trenger for å føle menneskeverdet. Jeg ser at folk blir glad når jeg kommer...”

Det varmer hjertet mitt, det gjør meg til å føle meg stolt som menneske liksom. Det å bli tatt i mot, til tross for at de kjenner min historie. Jeg definerer meg som narkoman, men ruser meg ikke lenger. Og vi LAR-brukere trenger friplasser i rusfritt miljø. Dette må LAR bli bedre på.”

Carl sier, som Bård, at han opplever fellesskapet som en styrke til å klare dagene. Begge legger vekt på det å føle seg verdsatt, akseptert og anerkjent for den de er i den solidariske fasen (ibid.)

Carl beskriver også det man kan si er anerkjennelse i den private sfæren. Den innebærer anerkjennelse av selvtilliten gjennom primærrelasjoner, som familie og nære venner. Man kan si at Carl opplever menigheten som sine primære relasjoner. Med den type anerkjennelse Carl opplever her, følger det med selvtillit som gjør han i stand til å handle, kommunisere, samt ta del i nære relasjoner (ibid.)

5.3.3 Ansvarsgruppemøte

Veileder for LAR (2013) sier at LAR-brukeren skal ha et helhetlig og koordinert tilbud. Dette skal sikres ved hjelp av en IP-plan samt en koordinator. Koordinatoren skal sørge for den nødvendige oppfølging av hver enkelt LAR-bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet. Koordinering av de ulike tverrfaglige tiltakene kan organiseres i en ansvarsgruppe.

Fire av fem informanter har sagt noe om sine opplevelser med å delta i ansvarsgruppemøte som del av rehabiliteringen i LAR. Det er delte opplevelser rundt denne erfaringen, men det er sammenfallende at informantene deltar i disse møtene kun fordi det er påkrevd av dem og at de personlig har lite utbytte av dem:

”Jeg prøver å ha hyppige ansvarsgruppemøter. Slik at vi prøver å avtale slik at vi har møte mellom 6-8 uker, ikke over to måneder til neste møte. Jeg synes det viktig også jeg ... Når jeg har så små mål om gangen, er det greit å se om de fungerer. Altså det, det er ikke alltid møtene er like gode, men det er greit å ha den kontakten. For å bli oppdatert.” (Bård)

Carl sier det på denne måten:

”Ansvarsgruppemøtene ja ... Jeg synes det bare har blitt noe man går på nå. Og nå har ... Det skal egentlig være en gang i måneden ...”

”Det er stort sett å snakke om hvordan ting går, og om det er noen ting jeg trenger. Blir jo litt lei av å si hva jeg trenger for de kan jo ikke hjelpe meg med det likevel. Får beskjed om å søke, så får jeg avslag. Så nå er jeg lei av å søke å få avslag.”

”Jeg syns det blir en formalitet. De skal liksom fortelle og vise myndighetene at de har møter med oss, men innholdet er tull. De leser opp referat fra forrige møte, også er det liksom ’er det noe spesielt?’ Og repetere... Gjentakelse. Men jeg godtar det. Jeg får jo tross alt utlevert mine medisiner. Og ... Det er medisiner som kan misbrukes. Og jeg har ikke noe problem med å stille opp der. Men de gir meg så lite, så jeg er glad det bare er en gang i året. Ingenting blir hørt.”

Til tross for at ansvarsgruppemøtene skal være et tiltak som medvirker til brukermedvirkning, opplever Carl det som det motsatte. Brukermedvirkningen skal bidra til at LAR-brukerens stemme blir hørt, og at han aktivt skal involveres i alle beslutninger som tas rundt ham og berører ham (Jenssen, 2012). Det blir i dette tilfellet ganske tydelig at brukerens perspektiv i liten grad blir tatt hensyn til i denne sammenhengen (Seim & Slettebø 2007). Carl ber om hjelp, blir oppfordret til å søke om det han har behov for, men føler seg maktesløs i det han hele tiden får avslag. Han opplever at hans stemme i liten grad blir hørt og vektlagt, og dialogen mellom Carl som LAR-bruker og LAR er ikke tilstede (Rønning & Solheim, 1998).

Dordis opplever ansvarsgruppemøtene som en stor inngripen i hennes liv. Hun beskriver det som Honneth (2007) mener er krenkelser av selvaktelsen i den solidariske sfæren. Krenkelser i denne fasen kan strekke seg fra harmløse til mer dyptgripende former for stigmatisering. Honneth mener at den typen krenkelse som Dordis her opplever i den solidariske sfæren er et psykisk motstykke til fysisk sykdom:

”Og enda verre på de der ansvarsgruppemøtene vet du. Må sitte der med hele jævla gjengen ... Og snakke om de tingene der med 12 stykker rundt bordet. Jeg blir så trassig altså, Får lyst til å denge skallen i bordet jeg. Jeg hater det.”

”Men hvorfor kan jeg ikke bare møte en og en. Det har jeg mest lyst til. Da har jeg mye lettere for å være ærlig. Hvor mange er det som syns det er behagelig å fortelle alt til en hel ’sal’ av folk ... Har tatt det opp 100 ganger. Til alle

involverte. Uansett hvor bra ting er, så kjenner jeg at jeg blir sånn sint inni meg. Bare fordi at alle skal liksom 'kline' seg opp i meg. Føler jeg. Utlevere seg for 14 stk, ikke kult. Tenk på deg selv?"

"Men det var de der ansvarsgruppemøtene ja... (smiler). Det skal liksom være støttende, men jeg føler det som... Hvordan skal jeg si det? ... Jeg føler det skikkelig ubehagelig. Ordentlig ubehagelig føler jeg det. Jeg kan ikke ..."

Dordis uttrykker fortvilelse som følge av de krenkelsene hun opplever, og har bedt om løsninger ved heller å få møte hver enkelt instans alene. Hun opplever sterkt ubehag ved at hun må utlevere seg selv til alle de involverte, og det blir mer som en opplevd maktovergrep enn opplevelse av å motta hjelp. Foucault (2002) sier at makt er til stede over alt og i alle sammenhenger. Maktbegrepet er omstridt og vises gjennom mange uttrykk. Det strekker seg fra fysisk tvang til former for makt som er mer usynlige og abstrakte. I dette tilfellet er makten tydelig utført overfor Dordis idet hun selv føler så stort ubehag ved å delta i disse møtene. I tillegg blir hennes brukerperspektiv ikke tatt i betraktning når hun gir uttrykk for ønsket endring av situasjonen (cf. Seim & Slettebø, 2007).

I motsetning til å oppleve hjelp opplever Dordis det som en utspørring, hvor hun må prestere gode svar:

Men det kommer aldri til å gagne meg på noen som helst måte de ansvarsgruppemøtene. De skal jo være for å gjøre det lettere liksom, men det gjør det mye vanskeligere for meg. Jeg ville heller hatt en time med hver og en. Og jeg føler det er så mye i mitt liv, og alle har ikke noe med alt jeg snakker om. Men alle skal liksom høre på. Om alle de dumme tinga jeg kan gjøre. Og stille masse kritiske spørsmål, også skal jeg sitte og svare på alt. Hvorfor? Jeg har ingen behov for dette her. Og da blir jeg veldig barnslig igjen. Hadde det vært en og en, jeg hadde ikke hatt problemer med det. Har tatt det opp hundre ganger. Vet du, jeg syns det er helt forjævlig. Gruer meg mange dager i forveien. Har helt vondt i magen. Uansett hvor bra ting er, har jeg skikkelig vondt i magen.(...) Det er nesten som gruppeterapi, hvis du kan se for deg det? Bare det at du er den eneste som skal bli bombardert med spørsmål liksom. Det sitter 14 personer rundt, og de spør deg om alt slags mulig og du skal ha lure svar på alt. Det er ikke greit. Beste hadde vært om jeg bare hadde hatt med LAR å gjøre.

Jevne møter mellom meg og LAR, ja helt greit. Ikke hatt problemer med det, og med ruskonsulent. Ja helt fint."

Bourdieu definerer dette som symbolsk makt (1996) og viser til det implisitte og indirekte ved ulike maktdimensjoner. På denne måten er det ikke sikkert at den som utøver makt eller den som domineres legger merke til, eller er seg bevisst, at dette skjer. Jeg tenker at det er en form for symbolsk makt i det forholdet som Dordis beskriver nedenfor. Hun er nødt å gjennomføre de ubehagelige ansvarsgruppemøtene og lide seg gjennom krenkelsen, for at LAR skal gi henne de medisinene hun trenger for å mestre hverdagen. Hun beskriver at krenkelsen er en pris hun må betale:

"Jeg gjør det (møtene) mest av plikt. Huff. Det er prisen jeg må betale for å få medisinene mine."

Eivind opplever seg maktesløs i ansvarsgruppemøtene:

"Det er jo mange ganger sånt at du bare sitter der på møtene. Og hvis jeg klarer å engasjere meg så kan jeg bli så sinte at jeg må gå ut. Du føler ikke det nytter uansett."

Den symbolske makten (Bourdieu, 1996) vises i det Eivind sier at han enten forholder seg stille ellers får han så mye følelsesmessig reaksjon at han reagerer uhensiktsmessig ved å fare opp. Han er den som blir dominert i relasjonen, men uten at makten er uttalt som tvang eller kontroll. Eivind tilpasser seg, slik at ikke hans følelsers skal ta overhånd.

5.3.4 Å føle seg som et helt menneske

Informantene i min studie har lagt vekt på det å føle og oppleve seg selv som et fullverdig menneske. De tilhører en marginalisert gruppe i samfunnet og det er trolig at de gjennom sine erfaringer som rusmiddelavhengige og nå LAR-brukere, mange ganger har følt seg stigmatisert i større eller mindre grad.

Grunnleggsdokumentet (2010) ved likeverd- og diskrimineringsprinsippet sier at alle mennesker er likeverdige og alle har krav på et verdig liv. Dette henger også sammen med anerkjennelsesteoriensom sier at alle mennesker har behov for å bli anerkjent på ulike nivåer (Honneth, 2007). Bård sier at det er i rehabiliteringsdelen av LAR at han som LAR-bruker spesielt har behov for å kunne oppleve å være et fullverdig menneske:

”For meg har det vært viktig for å kunne føle meg som et helt menneske. Det er jo det som er viktig for alle som er i rehabilitering, at de får føle seg som et helt menneske. Ikke bare sånn litt her og der ...”

Han beskriver i forkant av denne uttalelsen at det er lavterskeltilbudet som gjør at han får denne opplevelsen, og oppfølgingen fra LAR i denne forbindelse er mangelfull.

Hver enkelt av LAR-brukerne har behov for å bli sett på som et unikt menneske med ulike behov, og få behandling og tjenester deretter. Carl uttrykker det på denne måten:

”Og det går an å bli et fullverdig menneske, selv etter det livet jeg har levd. Og jeg er stolt jeg, for å kunne stå her i dag. For å være den jeg er i dag. For jeg føler at jeg kan gjøre noe nyttig, og det... Ja ... Jeg synes det er kjempefascinerende å være med på.”

Carl plasserer også kredit til denne opplevelsen hos lavterskeltilbudet. Det er tilhørigheten i menigheten og menneskene der som gir ham anerkjennelse i så stor grad at han selv kan føle seg akseptert og som et fullverdig menneske (cf.Honneth, 2007).

5.3.5 LAR-bare medisiner?

LAR skal gi et helhetlig tilbud, med substitusjonsbehandling og rehabilitering. To av informantene uttrykker sine meninger i forhold til dette. Bård sier:

”Hvis det går en stund mellom møtene mine, så glemmer folk litt ut, tilslutt sitter man bare mottar medisiner uten at noen vet hvorfor.”

Med dette kommer det frem at han er engstelig for at han kun skal sitte igjen og motta medisiner uten noe mer oppfølging. Det vil si at det eneste tiltaket han har som del av rehabiliteringen i LAR er ansvarsgruppemøtene. Og de har han som nevnt tidligere lite personlig utbytte av.

Carl opplever så stor grad av manglende rehabilitering at han sier:

”Ja, det jeg får fra LAR, er KUN medisiner. Jeg husker ikke helt hva som sto i den kontrakten vi skrev.(...) Kanskje finne noe konstruktiv å gjøre på dagene ... Men det er aldri et tema en gang.”(...)

”Rehabiliteringsbiten i LAR, den funker ikke. Jeg ser ikke den biten engang. Du får hjelp til medisineringen så du holder deg borte fra stoffet, HVIS du vil.”

Det er kun to av fem informanter som har sagt noe om den manglende rehabiliteringen og at det kun dreier seg om medisiner. Likevel tenker jeg at det er et problem av så alvorlig art at dette er noe som bør forbedres fra LAR sin side.

5.4 Informantens helhetlige opplevelse av å være LAR-bruker

I denne kategorien har informantene uttalt seg om deres helhetlige opplevelse av det å være LAR-bruker. De har sagt en del om hva som fungerer, hva som ikke fungerer og har beskrevet både sine kortsiktige og langsiktige mål med å være en del av LAR.

5.4.1 Manglende oppfølging

To av fem informanter sier at den helhetlige opplevelsen av det å være LAR-brukere bærer preg av manglende oppfølging. Carl sier det på denne måten:

”Jeg føler de tar altfor lite hensyn til det menneskelige aspektet i det her. De bare pusher ut, og jeg synes det blir tatt altfor lite hensyn til alt sammen rundt liksom ... Vi trenger ikke bare medisiner, vi trenger noen å kunne gå til også! Og der føler jeg LAR stiller altfor lite opp. Når du begynner der så får du beskjed om at vi skal hjelpe deg med det og det, men det føler jeg at det er ingen som har tid til meg, annet enn å dele ut medisiner.”

Når Carl uttrykker at ingen har tid til ham, til tross for at de hadde lovet ham hjelp når han gir beskjed, kan man si at systemet svikter denne brukeren. Tilliten er nødvendig i samarbeidsrelasjonen, sammen med trygghet, for i det hele tatt å få til brukermedvirkning (Humerfelt, 2005). Her lover LAR, men svikter og gir manglende oppfølging.

Eivind har kommet i samme situasjon. Han opplever at LAR i liten grad spør etter hvordan han har det. Han har fått en tilleggsdiagnose, men opplever at den helhetlige oppfølgingen er mangelfull:

”Snart et år siden. Siden jeg fikk diagnosen. Enda til ... Ingen spørsmål om hvordan det har gått, ingenting kontakt. (pause) Har rett og slett lyst til å slutte i LAR. På grunn av dette her. Jeg føler de river meg ned istedenfor å bygge deg opp.”

I tillegg føler han maktovergrepet fra LAR som så stor belastning, at dette i seg selv er hans største motivasjon for å slutte i LAR. I denne sammenhengen kan man si at

brukerperspektivet i stor grad er mangelfullt (cf. Seim & Slettebø, 2007). LAR skal være støttende og oppbyggende, ikke ha som hensikt å undertrykke noen.

5.4.2 Kortsiktige mål

Arne beskriver sitt kortsiktige mål som overlevelse dag for dag:

”Mitt hovedmål er jo at jeg skal klare meg dag for dag.”

Carl trekker det også ned til hverdagen med et slikt innhold at han kan glede noen andre:

”Målet mitt dag for dag er å kunne oppleve noe positivt hver dag, slik at jeg kan smile og tenke at jeg har hatt en fin dag. At jeg kan ha gleden noen, hjulpet noen, og for meg vil det jo være å hjelpe ungen til forloveden, avlaste henne ved å passe barnebarna en stund. Det er sånne ting, de små gledene liksom. Man må finne de positive gledene man kan. Jeg føler jeg klarer det.”

Dordis tar også dag for dag og forsøker å finne motivasjon gjennom gode opplevelser:

”Jeg tar dag for dag. Tenker at jeg må finne en positiv ting hver dag. Jeg må se det kjekke som skjer hver dag. Samtaler eller en tur med gutten min for eksempel.”

Både Carl og Dordis trekker inn forhold ved anerkjennelse som er gjeldene i den private sfæren, som gjør at dagene blir verdt å leve seg gjennom. Den private sfæren tar i følge Honneth (2007) for seg relasjonene man har til de nærmeste rundt seg. Honneth kategoriserer dem også under kjærlighet. Når man opplever anerkjennelse fra dem som er nære, følger det med en selvtillit som gjør mennesket i stand til å handle, kommunisere samt ta del i nære relasjoner. Det er disse relasjonene som informantene beskriver ovenfor som gir dem selvtillit og styrke til å holde ut en dag om gangen som rusfrie. Da klarer de i større grad å innfri sine kortsiktige mål.

5.4.3 Langsiktige mål

De ulike informantene har forskjellige tanker om sine langsiktige mål:

”Men jeg regner jo med at det skal vare livet ut ... Sånn, jeg har ikke tenkt å slutte på LAR, det får bare gå ... Til jeg er sikker på ja ... Jeg tenker på det som en livslang ja ... Men selvfølgelig, kanskje når jeg blir 70 så kanskje jeg slutter ... (ler).” (Arne)

Det er tidligere i diskusjonen stilt spørsmålet om hvorvidt LAR er en langvarig behandling eller ei. Arne tenker at han nok er i en livslang behandling, i hvert fall ut i fra den situasjonen han er i på det nåværende tidspunktet.

Bård har en annen innstilling, og han sier også at meningen hans har forandret seg underveis i behandlingsforløpet:

”Når jeg begynte i LAR, så tenkte jeg at dette er noe som jeg aldri klarer å slutte med. Dette er sikkert medisiner som jeg må gå på livet ut. Men nå har jeg tenkt i ettertid at jeg ikke ønsker å gå livet ut, for jeg har veldig lyst til å slutte.”

Forutsetningen for å avslutte behandlingen krever rom for brukermedvirkning og at LAR-brukerens stemme i stor grad blir hørt (cf. Jenssen, 2012). Det vil si at Bård er avhengig av at hans stemme blir vektlagt i dette forløpet, slik at han selv kan bestemme når han eventuelt skal trappe ned.

Carl lever med store smerter hver dag, dette til tross for at han går på ulike medisiner som skal dempe smertene. Det kommer frem at det er det som er hovedgrunnen til at han tenker livslang behandling i LAR:

”Jeg vet ikke om jeg noen gang tør å slutte med LAR. Når jeg kjenner hvor store smerter jeg har med en såpass høy dose med subutex, så vet jeg ikke om jeg tør gå av for å være helt ærlig. Men jeg tenker stadig vekk at jeg har lyst til å kaste medisinene på havet.”

Han sier samtidig at han vil kaste medisinene på havet. Jeg tenker det er et uttrykk for frustrasjon over hele hans oppfølging i LAR.

Dordis tar hensyn til barnet sitt med tanke på sine langsiktige mål for LAR-behandling:

”Jeg kommer ikke til å prøve å slutte med LAR før gutten min er blitt stor. Tar ikke sjansen på det. Jeg har hatt så mange perioder hvor jeg faktisk har klart meg to år, men kan ikke forklare hva som skjer. Det bare stopper opp i hodet mitt liksom også bare ruser jeg meg helt som en idiot. Jeg holder ut og holder ut, men så bare funker det ikke lenger. Jeg ser ikke vekk fra at det skjer igjen.”

Hun er i et avhengighetsforhold til LAR. Hun vet at det finnes en risiko for å sprekke, og hun vil ikke utsette barnet sitt for den påkjeningen det vil bli for ham. Likevel har hun et uttalt mål om å ville prøve når han er blitt voksen.

Eivind bruker broren sin som største motivasjon til å leve livet utenfor LAR. Han har et langsiktig mål om å være rusfri uten LAR-behandling og han beskriver misnøyen med LAR i sin helhet som grunnlaget for hans langsiktige plan.

”Målet mitt er jo egentlig ... Jeg har jo en bror som har klart å komme seg ut helt på egenhånd uten behandling etter han begynte på ADHD medisinene. Så jeg tenker det kan være en ide for meg å prøve. Tanken på å slippe LAR og det regimet der ... Det frister meg veldig, motiverer meg mye. Planen min i august er å trappe ned på medisiner. Og det er kun på grunn av den behandlingen jeg får.”

5.4.4 Hva kan bli bedre i LAR?

Ut i fra deres egen helhetlige opplevelse med å være LAR-bruker, sier fire av fem av informantene noe om hva de mener kan bli bedre i LAR:

”Og vi LAR-brukere trenger friplasser i rusfritt miljø. Dette må LAR bli bedre på.” (Carl)

Det kommer også frem tidligere i diskusjonen hvor avgjørende det er for LAR-brukeren å ha et rusfritt sted å være. Det at det har så avgjørende effekt tilsier at dette er noe LAR bør ha fokus på når de evaluerer sitt rehabiliteringstilbud.

”Altså jeg hadde aldri klart meg så godt uten LAR. Men å høre mer på oss, og ikke ta avgjørelser bak vår rygg. Det hadde vært fint. Heller spørre: ’Dordis, hva er det som skal til for at DU kommer deg videre nå?’ I stedet for, nå må du hente hver dag og så videre ... Så det handler egentlig om å være på lag med hun som styrer medisinene (ler). Det gjør egentlig det, teit å si, men sånn er det.” (Dordis)

Det hun sier ovenfor er at hun ønsker at hennes stemme i større grad skal bli hørt. Hun sier det så konkret som at hun trenger et spørsmål om hva hun selv mener skal til for at hun kommer videre i sin rehabilitering. Rønning & Solheim (1998) legger vekt på nettopp dette i sitt syn på brukermedvirkning. Alle brukere skal ha innflytelse over de beslutningsprosesser som fører til tjenestetilbud de berøres av. Det skal være dialog mellom dem som foretar en beslutning og brukeren som berøres av den enkelte beslutningen.

I en videreføring av ønsket om brukermedvirkning viser disse sitatet fra Eivind det samme:

”Jeg skulle ønske det at LAR innså hvor viktig det er å følge opp personer og høre hva de sier. Prøve å hjelpe de med det du selv sier er viktig. Gi mer tillitt, fornøyde med at de får bedre livskvalitet istedenfor å henge seg opp i bagateller og at de ikke klarer å styre personen.”

LAR-brukeren uttrykker i klar tale at de vil at deres stemme skal bli vektlagt i mye større grad enn det blir gjort nå. Eivind gir også uttrykk for, på lik linje med Bård, at han i en viss grad blir styrt av LAR. Her kommer Bourdieus (1996) symbolsk makt igjen til syne.

5.5 Avslutning

I dette kapittelet, Diskusjon, har jeg beskrevet LAR-brukernes opplevelse av behandling, delt inn i områdene bakgrunn, legemiddelutdelingen, rehabiliteringen og den generelle opplevelsen. Jeg har belyst funnene i lys av relevant teori og begrep.

Det har vært lærerikt for meg å få LAR-brukerens personlige historier direkte til meg i intervjuform. Informantene har vært innom mange ulike tema og opplevelser i forhold til det å være LAR-bruker. Jeg har fått dyp innsikt i hver og enkelt informants opplevelse.

De av funnene som utpekte seg og gjorde mest inntrykk på meg var at flere hadde opplevelsen av å føle seg fanget i LAR-systemet. I det ligger det at de oppfører og lever på en slik måte som LAR forventer og krever at de skal gjøre. Informantene opplever at de må gjøre det på denne måten for i gjengjeld å kunne få de medisinene som er livsviktige for dem. Måten dette skjevt fordelte avhengighetsforholdet preger hverdagen til LAR-brukeren på, gjør stort inntrykk.

Til tross for at informantene sier de føler seg kontrollert, kommer det også frem at de selv mener at det er nødvendig med en viss grad av kontroll i dette behandlingsopplegget. De får utdelt sterke medikamenter som kan misbrukes, selges videre, eller ha store følger for liv og helse hvis det misbrukes sammen med andre medikamenter.

Det kommer også frem funn som sier at LAR-brukerne i min studie er fornøyd med systemet. Da dreier det seg ofte om medisinerne de får for å holde seg rusfrie, og som de da er avhengige av, men når dette er sagt, savner de i stor grad en mer helhetlig oppfølging. Av denne grunn kan man si at rehabiliteringsbiten i LAR er mangelfull. Flere informanter vektlegger betydningen av et lavterskeltilbud, men at LAR svikter i forhold til å sette dem i kontakt eller være behjelpelige med å etablere sunt og rusfritt nettverk i rehabiliteringen. Dette er avgjørende at LAR-brukeren må finne ut av selv.

I de funnene som tilsier at informanten er fornøyd med sin opplevelse er det stor sammenheng med hva personen de treffer har av relasjonelle og kommunikative ferdigheter. Her foreligger det brukermedvirkning, og LAR-brukeren opplever å bli hørt, sett, anerkjent og får ta del i sin egen behandling. Det vil si at det er tilfeldig når LAR-brukeren opplever brukermedvirkning, og det er avhengig av hvem saksbehandleren deres er. Mange har opplevd flere skuffelser og deretter blitt fornøyd når de endelig har truffet på en saksbehandler som ”ser” dem og vektlegger hele brukers situasjon når avgjørelser tas.

Noen av begrensningene i denne studien kommer av at informantene er i samme helseforetak. For å få en bedre oversikt og spredning, kunne jeg ha søkt informanter i et større område. Det er mulig at informantenes opplevelse av behandling hadde vært annerledes en annen plass.

Det er mye å forske videre på i dette feltet. Informantene har uttalt seg i forhold til hva de vektlegger som sårbart i behandlingsopplegget. I stor grad avhenger det mye av den personlige oppfølgingen de får eller ikke får. Skulle jeg forsket videre på noe innen samme felt ville det være interessant å ha en komparativ studie, hvor behandlerens perspektiv på hva som er god eller mindre god behandling for LAR-brukeren blir belyst. Ved å sammenligne disse resultatene vil man kunne se hva som vektlegges likt og ulikt i begge ender av relasjonen.

Hver enkelt informant gjorde et personlig inntrykk på meg, og jeg opplevde at jeg ble berørt av deres sterke historier.

6.0 Litteratur

- Bourdieu, P. (1996). *Symbolisk makt*. Oslo: Pax Forlag.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ergo, T. & Aass, H.P. (2013, 18.desember). Svaret fra LAR. Stavanger Aftenblad, nyheter, lokalt. Hentet fra www.aftenbladet.no.
- Fekjær, H.O. (2009). *RUS. Bruk, Motiver, Skader, Behandling, Forebygging, Historie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Foucault, M. (2002). *Forelesninger om regjering og styringsmakt*. Oversatt av Neumann, I.B. Oslo: Cappelen akademisk.
- Gilje, G. & Grimen, H.(1993). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Glaser, B. (2010). *Att göra grundad teori – problem, frågor och diskussion*. Sociology press. Oversatt fra engelsk tittel *Doing grounded theory – issues and discussions*. Oversettere: Thulesius, H., og Åstrøm, T. Sociology press. (1998).
- Goffman, E. (1968). *Stigma. Notes on the Management of spoiled identity*. England: Penguin books.
- Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevold,A. og Willumsen,E. (2005). *Brukermedvirkning: Retorikk eller realisme*. I E. Willumsen (Red.). *Brukernes medvirkning. Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*.(s.173-190). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*.
- Honneth, A. (2007). *Kamp om anerkjennelse*. Oslo: Pax Forlag.

- Humerfelt, K., Kjellevold, A., Norheim, A. & Sommerseth, R. (2010). *"Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid."* I Hanssen, H. (Red.). *Faglig skjønn og brukermedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og politikk – om den nødvendige forbindelsen mellom brukermedvirkning og borgermedvirkning. I E. Willumsen (Red.), *Brukernes medvirkning. Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*.(s.15-31). Oslo: Universitetsforlaget.
- Järvinen, M., Larsen, J.E., Mortensen, N. (2005). (Red. Järvinen, Larsen, Mortensen) *Det maktfulde møde mellem system og klient*. Århus: Universitetsforlag.
- Jenssen, A.G.(2012). *Brukermedvirkning. Likeverd og anerkjennelse*. (Red. Tronvoll, I.M.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Kjellevold, A. (2005). Hensynet til brukeren – idealet om brukerorientering i helse- og sosialtjenesten. I E. Willumsen (Red.), *Brukernes medvirkning. Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*.(s. 49-74). Oslo: Universitetsforlaget.
- Larsen, E. (2013, 13.desember). Fylkesmannen: - LAR-pasienter får ikke forsvarlig helsehjelp. NRK, Rogaland. Hentet fra www.nrk.no/Rogaland.
- Larsen, G.W. (2013) *Pårørendes erfaringer med legemiddelassistert rehabilitering. En kvalitativ studie av pårørendes erfaringer med substitusjonsbehandling av sine nære sett fra pårørendes synsvinkel*.(Masteroppgave, Institutt for sosialfag, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger.)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011). (Helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) (Pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Monsen, N.K. (1990). *Det kjempende menneske. Maktens etikk*. Oslo: Cappelen.
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Olsen, S.T. (2013, 8.august). Utilstrekkelige LAR. Bergens tidende, Meninger, Debatt.
Hentet fra www.bt.no
- Pape, Hilde. (2010). *Tidlig debut - dystre framtidsutsikter?* – RUS & SAMFUNN.
Hentet fra www.rus.no.
- Rønning, R. & L.J. Solheim (1998). *Hjelp på egne premisser?* Oslo:
Universitetsforlaget.
- Seim, S. & Slettebø, T. (2007). *Brukermedvirkning i barnevernet*. Oslo:
Universitetsforlaget.
- Seraf Rapport 1/2013. *Status 2012 - LAR som det vil bli fremover*. Senter for rus og
avhengighetsforskning SERAF, UIO, Universitetet i Oslo og
Universitetssykehuset i Oslo.
- Skau, G.M. (1992). *Mellom makt og hjelp. En samfunnsvitenskaplig tilnærming til
forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo: Tano.
- Skjefstad, N. (2012). Brukermedvirkning sett i anerkjennelsesteoretisk perspektiv. I
Jenssen, A.G. & Tronvoll I.M, (Red.) *Brukermedvirkning. Likeverd og
anerkjennelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skog, O. (2006). *Skam og skade. Noen avvikssosiologiske temaer*. Oslo: Gyldendal
akademisk.
- Sørensen, M. (2002). "Empowerment" i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den
norske legeforening*. Nr 24.
- Taule, R. (1999). *Escolas ordbok*. Oslo: Escolas forlag.
- Thagaard, T. (2011). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*.
Bergen: Fagbokforlaget.
- Toft, H. (2013). "Si minst mulig - det kan brukes mot deg siden!" *En studie av LAR-
klienters opplevelse av innflytelse i egen behandling*. (Masteroppgave,
Høgskolen i Hedmark. Institutt for psykisk helse, oppvekst og samfunn.
Avdeling for helse- og idrettsfag.)

Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR

(legemiddelassistert rehabilitering). (2013). Helsedirektoratet IS-2022 ISBN.

Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere. Vedtatt på kongressen november 2002, revidert på kongressen november 2010.

7.0 Vedlegg

Forespørsel om deltakelse i masterprosjektet «LAR- fungerer det?»

Anne Beate Mindestrømmen Simonsen

Bakgrunn og hensikt

Jeg henvender meg til deg som en mastergrads student ved Universitetet i Stavanger. I forbindelse med min masteroppgave skal jeg gjennomføre en studie om LAR pasienters egen opplevelse av behandling.

Metode, utvalg og tema

Metoden som benyttes er kvalitativt individuelt intervju. Intervjuene vil bli utført i perioden november 2013 – januar 2014 etter avtale med hver enkelt person. Alle intervjuer vil bli tatt opp på lydfil.

For å delta i studien må du være LAR pasient og ha vært i behandling i minimum ett år.

Temaet vil være dine opplevelser og erfaringer med det å være LAR pasient.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Det vil i stede ble benyttet en kode som knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste bare jeg vil ha tilgang til.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. All denne informasjonen inkludert lydfilen vil slettes når studien avsluttes i juni 2014.

Etisk vurdering og personvern

Prosjektet er drøftet med personvernombudet for forskning v/ Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Da det ikke skal bli mulig og koble hver enkelt person til for gjenkjenning, trenger ikke prosjektet å meldes inn.

Frivillig deltakelse

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen. Det er frivillig å delta i studien og alle som sier ja til å være med kan trekke seg når som helst om de ønsker det, uten begrunnelse.

Dersom du har spørsmål om studien, eller er usikker på noe vedrørende intervjuet kan du kontakte meg: Anne B. Mindestrømmen Simonsen mob. 958 22 505 eller min veileder professor Paul Stephens ved Universitetet i Stavanger mob. 93831625.

Intervjuguide

Innledende spørsmål

- Hvor gammel er du?
- Hvor lenge har du vært rusmiddelavhengig/ruset deg?
- Hva har rusmisbruket bestått av?
Stikkord: Forløp, utvikling, tidligere rusbehandling.
- Hvor lenge har du vært pasient i LAR?
- Og hvilke legemidler får du utdelt i fra LAR?

Til å begynne med vil jeg gjerne at du skal fortelle om en typisk dag for deg.

- Hva består dagen av?
- Hvor stor del av dagen/uken din består av kontakt med LAR?
- Og hvordan opplever du din hverdag?

Legemiddelutdelingen

- Kan du fortelle hvordan legemiddelutdelingen foregår i praksis for deg? Kan du beskrive din opplevelse av hvordan legemiddelutdelingen?
Stikkord: hyppighet, sted, henteordning, opplevelse av personvern, taushetsplikt.
- Hvordan har dine legemidler blitt tilpasset deg? I hvilken grad opplever du medvirkning i forhold til tilpasning av legemidler.
- Har du hatt noe sidemisbruk? Kan du i tilfelle fortelle noe om dette?
Stikkord: hvilke rusmidler, sanksjoner og følger av sidemisbruk.
- Hvis du selv kunne få bestemme, hvordan ville du ønske at legemiddelutdelingen skulle foregå? Og hvorfor?

Rehabiliteringen

- Kan du fortelle hva din rehabilitering i LAR består av for deg?
Stikkord: hvilke instanser er involvert, hvem koordinerer, hyppighet på evt. ansvarsgruppemøter, fast kontaktperson?
- Er du kjent med hva som er retningslinjene for rehabilitering i LAR?
- På hvilken måte er din rehabilitering i tråd med retningslinjene til LAR?
-evt. på hvilken måte er din rehabilitering ikke i tråd med retningslinjene til LAR?
- Hva er ditt personlige mål med rehabiliteringen?
- På hvilken måte/hvordan er rehabiliteringen med å bidra til at du når ditt mål?
- Opplever du at din stemme/mening betyr noe for hvilken retning rehabiliteringen tar?
- Hva vil du si er avgjørende for at din rehabilitering skal være optimal?

- Hvis du selv kunne få bestemme, hva ville du ønske at rehabiliteringen skulle innebære for deg?

Informantens helhetlige opplevelse av å være LAR-pasient

- Kan du fortelle hvordan det oppleves i helhet for deg å være LAR pasient?
Åpent...
- Oppfølging
- Kortsiktige mål
- Langsiktige mål
- Kan du si noe om hvordan det ideelle forholdet til LAR skulle være for deg?
- Er det noe du selv ønsker å tilføye til slutt som vi ikke har snakket om eller som er viktig for deg å få frem?

Til slutt vil jeg takke informanten for hjelpen!

INFORMERT SAMTYKKE

Jeg er informert om masteroppgaven og prosjektet om forskning vedrørende LAR, og samtykker i at opplysninger som kommer fram under intervjuet kan brukes i denne masteroppgaven.

Jeg er informert om at jeg når som helst kan trekke meg uten at det får noen konsekvenser.

Jeg er også informert om at min identitet ikke på noen måte skal fremgå i denne masteroppgaven, min anonymitet blir ivaretatt, og at båndene med intervjuopptak vil bli slettet så snart de er skrevet ut.

Sted: _____

Dato:

Navn: _____

Informant

Jeg forsikrer om at det bare er jeg som får vite om informantens identitet. Persondata vil bli endret på en slik måte at ingen skal kunne gjenkjenne informantene.

Båndene med opptak av intervjuene vil bli oppbevart utilgjengelig for andre, og vil bli slettet så snart utskriftene er ferdig. Utskriftene vil bli behandlet konfidensielt (anonymisert).

Sted: _____

Dato: _____

Navn: _____

Intervjuer: _____