

BSOBAC- Bacheloroppgave med forskningsmetode

En kvalitativ studie

«Pandemi og brukermedvirkning i rusomsorgen»



Universitetet
i Stavanger

Det samfunnsvitenskaplige fakultetet

Bachelor i sosialt arbeid

Stavanger / 16.05.2022

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3 Avgrensninger.....	2
1.4 Forforståelse.....	3
1.5 Sosialfaglig relevans.....	3
1.6 Begrepsavklaring.....	4
2. BAKGRUNNSTEPPE.....	5
2.1 Covid 19 pandemien.....	5
2.2 Definisjon av brukermedvirkning.....	6
2.3 Rusmiddelavhengighet.....	7
2.4 Rusbehandling.....	8
2.5 Motivasjon som grunnpilar.....	9
3. TEORETISK REFERANSERAMME.....	11
3.1 Sosialkonstruktivisme.....	11
3.2 Sosial konstruksjon.....	12
3.3 Født sånn eller blitt sånn?.....	13
4. METODE.....	16
4.1 Hva er metode.....	16
4.2 Valg av metode.....	17
4.3 Valg av informanter.....	17
4.4 Fremgangsmåte for intervju.....	18
4.5 Analyse.....	19
4.6 Studiens troverdighet.....	20
5. PRESENTASJON AV FUNN OG DRØFTING.....	22
5.1 Reaksjoner på pandemien i rusfeltet.....	22
5.2 Spredning i miljøet.....	25
5.3 Kvaliteten på arbeidet.....	26
5.4 Relasjonsteori.....	28
5.5 Tilknytningsteori.....	30
5.6 Digitalisering.....	30

6. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON.....	34
LITTERATURLISTE.....	36

VEDLEGG

- 1: Informasjonsskriv til informanten
- 2: Samtykkeerklæring
- 3: Intervjuguide

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og oppgavens formål

Interessen for temaet til denne bacheloroppgaven kom fra de ulike erfaringene jeg fikk under praksisperioden på sosionomstudiet. Jeg var i praksis hos en av enhetene i mestringsenheten i Sandnes kommune. For å forsikre meg om at personvern ovenfor informantene blir ivaretatt så nevner jeg ikke hvilken avdeling jeg var i praksis på, men fagområdet der jeg var i praksis på omhandlet primært rustilfeller. Mestringsenheten er et variert tilbud til innbyggerne i samfunnet som har rus- eller psykiske helseutfordringer. Tilnæringsenheten som mestringsenheten har i forhold til sitt arbeid er at mennesker kan leve meningsfulle og tilfredstillende liv, på tross av ulike helseutfordringer. De ulike enhetene innenfor mestringsenheten gir et variert og godt tjenestetilbud. Tjenestetilbudet som ruskonsulentene innenfor mestringsenheten gir kan være kartlegging av brukere, hjelpe brukere å komme i kontakt med andre instanser slik som nav, bolig tjenesten og arbeidsmarkedet. Ettersom at covid-19 pandemien var i full sving når jeg var i praksis, fikk jeg spesielt innblikk i hvordan ruskonsulentene måtte jobbe basert på de ulike sosiale tiltakene som regjeringen kom med for å begrense smitten i samfunnet. På grunn av dette var det mange ulike arbeidsmetoder som måtte endres på. Når jeg var i praksisperioden så fikk jeg høre mye om hvordan ruskonsulentene jobbet før covid-19.

Dette fikk meg til å tenke på hvordan covid hadde påvirket kvaliteten i arbeidet ruskonsulentene gjør. I mars 2020 gikk Norge inn i full isolasjon for første gang. Dette medførte at befolkningen måtte holde seg hjemme og begrense mest mulig sosial interaksjon med andre mennesker. Mange arbeidsplasser måtte permittere arbeidere og stenge lokaler over lengre perioder. Siden koronapandemien har preget samfunnet på så og si alle måter, så virket det spennende og undersøke hvordan det har påvirket sosialarbeidet innenfor rusfeltet. Jeg ønsket å vinkle problemstillingen min opp mot koronapandemien fordi jeg følte dette kunne være en spennende utfordring. Samtidig så har det ikke blitt gjort så mye forskning på hvordan korona har påvirket rusomsorgen. Så for meg så virket det spennende å forske og ta for meg en problemstilling som ingen andre har gjort før. Formålet med denne bacheloroppgaven er å utforske hvordan koronapandemien har påvirket samarbeidet mellom ruskonsulent og rusmisbruker i henhold til begrepet brukermedvirkning.

1.2 Presentasjon av problemstilling

I denne oppgaven har jeg valgt følgende problemstilling:

«Hvordan har covid-pandemien påvirket brukermedvirkning mellom ruskonsulent og rusmisbruker?»

1.3 Avgrensninger

I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i ruskonsulentens arbeidsoppgaver under covid-19 pandemien. Siden ruskonsulenten har mye variert arbeid i samarbeid med rusmisbruker, så vil jeg vektlegge fokuset i denne oppgaven på hvordan brukermedvirkningen i ruskonsulentens arbeid har blitt påvirket.

Grunnen til at jeg har valgt å fokusere på brukermedvirkningen baserer seg på de ulike drastiske tiltakene regjeringen måtte legge føringer for i en slik krisesituasjon, og hvordan dette har påvirket den sosiale virkeligheten til rusmisbruker og ruskonsulent i deres samarbeid. I tilfeller, slik som dette, når det oppstår en uventet krisesituasjon så er de mest sårbare gruppene i samfunnet særlig utsatt. Jeg definerer rusmisbrukere som en av de mest sårbare gruppene man har i samfunnet.

Siden det er så mye forskjellig arbeid som utføres innenfor rusfeltet, så konkluderte jeg med at det kunne være hensiktsmessig å fokusere på en yrkesprofesjon fremfor den generelle sosialhjelpen som har blitt utøvd. Derfor valgte jeg å legge fokus på arbeidet mellom ruskonsulent og rusmisbruker. Dette begrunner jeg med at ruskonsulenter gir veldig tett oppfølging til sine klienter, samtidig som at det differansierer mellom hvor «tungt» inne i rusen klientene er. Siden arbeidet til ruskonsulenten har så mange forskjellige nyanser og er veldig variert, så valgte jeg å avgrense oppgaven med å legge hovedfokuset på ulike forhold innenfor brukermedvirkning som har blitt endret under pandemien.

1.4 Forforståelse

Før jeg begynte mitt studieløp så var rus det temaet jeg hadde minst kunnskap om. Derfor så har temaet omkring rus vært veldig spennende å tilegne seg kunnskap om. Studieløpet mitt og praksisperioden har gitt meg veldig mye forståelse og innsikt til hvor kompleks en rusavhengighet kan være, og hvor mange ulike faktorer som kan spille inn. Etter min forståelse så er ikke avhengighet bare et individuelt problem, men det er også skapt av strukturelle forhold i samfunnet. Det var ikke før i ettertid av praksisperioden jeg egentlig tenkte over hvor stor påvirkning koronapandemien hadde hatt på fagfeltet.

Under praksisperioden min så fikk jeg jobbe som ruskonsulent. Arbeidsoppgavene til en ruskonsulent går ut på å kartlegge rusmisbrukere og deres hjelpebehov. De etablerer kontakt med andre instanser og iverksetter ulike prosesser for å forbedre livskvaliteten til rusmisbrukerne. Dette kan for eksempel være å forbedre deres økonomi med kontakte banker, ordne bolig til klientene sine, hjelpe klientene med å søke jobb og mye mer. Ruskonsulenten kan sees på som rusmisbrukerens største støttespiller for å oppnå bedre livskvalitet. De jobber mye én til én hvor de har møter med sine klienter og tar for seg ulike problemområder. I møtene kan klienten snakke fritt og uttrykke seg ovenfor de tingene som vedkomne synes er vanskelig. Praksisplassen min ble påvirket på den måten at klientene ikke lenger fikk møte opp i lokalet på grunn av smittevern, men at ruskonsulentene måtte kontakte klientene sine i hjemmet deres. Ulike tjenestetilbud som ruskonsulentene kan tilby til sine klienter ble mindre på grunn av midlertidig nedstengning.

1.5 Sosialfaglig relevans

Fellesorganisasjonen definerer sosialt arbeid på følgende måte:

«Sosialt arbeid er et praksisbasert yrke og en akademisk disiplin som fremmer sosial endring og utvikling, sosialt samhold, myndiggjøring og frigjøring av mennesker. Prinsippene om sosial rettferdighet, menneskerettigheter, kollektivt ansvar og respekt for mangfold er sentrale i sosialt arbeid (Fellesorganisasjonen, 2017, s. 3).

Fellesorganisasjonen (FO) har dannet et yrkesetisk grunnlagsdokument for sosionomer, barnevernspetagoger, vernepleiere og velferdsvitere. Da er det denne definisjonen ovenfor som trer frem som den globale og nasjonale definisjonen. I lys av denne begrepsdefinisjonen så er det viktig for sosialarbeideren å arbeide for sosial endring og utvikling der sosial

urettferdighet forekommer. Videre viser dokumentet til at som sosialarbeider så skal man ha solidaritet ovenfor utsatte grupper og jobbe for sosial rettferdighet (Fellesorganisasjonen, 2017, s. 3). Slik som det skal komme frem i denne oppgaven så definerer og kategoriserer jeg rusmisbrukere som en særlig utsatt gruppe i samfunnet. På bakgrunn av dette og at koronapandemien fortsatt preger samfunnet, så vil det være sosialfaglig relevant å belyse tematikken rundt denne brukergruppen satt opp i en slik krisesituasjon.

1.6 Begrepsavklaring

Brukermedvirkning blir i følge Fellesorganisasjonen (FO) definert som en erkjennelse av at mennesket er i stand til å bearbeide sine egne liv og livsbetingelser. Videre så utdypes det slik at respekten for enkeltindividets frihet, selvbestemmelse og livsverdier er grunnleggende innenfor helse- og sosialfaglig arbeid. Gjennom brukermedvirkning skal yrkesutøveren bidra til å styrke den enkeltes mulighet for mestring og kontroll over eget liv (Fellesorganisasjonen, 2019).

Helsedirektoratet definerer begrepet brukermedvirkning at en person som benytter seg av relevante tjenester, i en eller annen form, har rett til å medvirke. Tjenesten som ytes er pliktig til å involvere bruker i sitt behandlingsløp. Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår vedkomnes livssituasjon. Samtidig har brukermedvirkning en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene man tilbyr (Helsedirektoratet, 2017).

Pasientrettighetsloven kapittel 3 har regler som angår brukerens rett til medvirkning og informasjon ved gjennomføring av helsehjelp. Bestemmelsene er generelle og gjelder alle typer brukergrupper. Under §3-1 tilsier det at rusmisbrukere har rett til å medvirke ved valg om gjennomføring av behandling. Rusmiddelbrukeren vil ha rett til den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i behandlingen. Her gjelder informasjon slik som mulige risikoer og bivirkninger ved behandlingen (Helsedepartementet, 2004. s. 27).

2 Bakgrunnsteppe

2.1 Covid 19 pandemien

Koronapandemien har de siste to årene preget alle verdens land. Isolasjon, maskebruk på offentlige steder og kohorter har alle vært noen av de mange tiltakene som har preget hverdagen vår. Koronapandemien (*Covid 19*) er et verdensomspennende utbrudd av den smittsomme og dødelige virusvarianten Sars- CoV-2. Viruset ble først påvist i Kina i slutten av 2019. Ettersom at viruset hadde så rask spredning over hele verden så erklærte Verdens Helseorganisasjon (WHO) smitteutbruddet som en pandemi i mars 2020 (Klein, 2022). Viruset er så dødelig at statistikken fra Verdens helseorganisasjon viser at rett i underkant av 6,2 millioner mennesker har dødd av koronaviruset på verdensbasis de siste to årene som viruset har preget samfunnet vårt (WHO.19.04.2022).

Første smittetilfelle ble påvist 26. februar 2020, og det første dødsfallet ble påvist 12. mars. Samme dato som dødsfallet ble påvist så iverksatte de norske myndighetene tiltak for å begrense smitten og dødeligheten av viruset. Dette medførte at befolkningen måtte i total isolasjon i sine hjem og unngå kontakt med andre mennesker enn familiemedlemmer i sin egen husstand. Statsministeren i Norge, som den gang var Erna Solberg, beskrev tiltaket som «de sterkeste og mest inngripende tiltakene vi har hatt i Norge i fredstid» (Klein, 2022).

Hvis man skal definere en pandemi så må man ta for seg momenter innenfor krisepsykologi. En pandemi defineres som en verdensomspennende spredning av en ny sykdom som rammer millioner av mennesker (Heltne, 2021. s. 23). Den geografiske spredningen på sykdommen er med på å kategorisere om et virusutbrudd klassifiseres som en epidemi eller pandemi. I tilfellet rundt koronaviruset så kategoriserer man virusspredningen som en pandemi på bakgrunn av at sykdomsutbryddet har spredd seg over hele verden, samtidig som at det er svært mange mennesker som har blitt rammet. Man kan definere en pandemi som en epidemi som sprer seg globalt. Så forskjellen mellom en epidemi og pandemi, og hvordan man kategoriserer dem, baserer seg på hvor høy smittsomhet og alvorlighetsgrad det gir globalt. En pandemi har oftest store konsekvenser for både enkeltpersoner og samfunner, i større grad enn hva en epidemi gjør (Heltne, 2021. s. 25).

2.2 Definisjon av brukermedvirkning

Brukermedvirkning er et begrep det legges mye fokus på i utførelsen av helse- og sosialtjeneste. Dette baserer seg på at det er lovgitt at en bruker har rett til medvirkning i sin egen sak og behandlingsforløp. Loven §3.1 i Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) legger ned føringer for hvilke rettigheter brukeren har i gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet definerer en bruker som

[...] en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form. I Plan for brukermedvirkning defineres bruker som en person som har behov eller nyttiggjør seg tjenester innen psykisk helsefeltet eller rusfeltet (Karlsson, 2021. s. 24).

Videre så skiller man brukermedvirkning på individnivå og på systemnivå. På individnivå så innebærer dette at for brukermedvirkning «*så må bruker medvirke til helsehjelpen gjennom valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, og får den informasjonen som er nødvendig for å medvirke*» (Helsedirektoratet, 2022). Dette vil si at det er viktig at brukeren faktisk blir involvert når det skal ytes tjenester innenfor helse- og sosialomsorg. Det er brukerens egne valg og prioriteringer som har stor betydning for hvordan behandlingsforløpet blir og hvilke ting det skal legges fokus på. Samtidig er det viktig at man forsikrer seg om at samarbeidet mellom bruker og hjelper skaper en arena for involvering og ivaretagelse av pårørende og barn som er innblandet i brukers sak (Helsedirektoratet, 2022).

Brukermedvirkning på systemnivå innebærer at brukerne deltar aktivt som gruppe, eller organisasjon, i påvirkningen av planlegging- og beslutningsprosesser som angår politikk- og tjenesteutvikling. De ulike brukerne, eller representantene, i gruppene skal i størst mulig grad være med på å bidra med sin egen kunnskap og erfaringer til fagfolk og andre relevante aktører når det kommer til planlegging, utforming og drift av et bedre tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2022).

Som nevnt tidligere så har man definert brukermedvirkning som brukerens rett til deltakelse i sin egen behandling. Brukere som har rusmiddelproblemer og andre avhengighetstilstander søker ofte råd eller hjelp hos fastleger, NAV eller andre instanser. I mange tilfeller så får rusmisbrukere etablert kontakt med en ruskonsulent. Denne ruskonsulenten er en faglig kvalifisert sosialarbeider som skal være med på å hjelpe bruker til å komme i kontakt med ulike instanser og oppnå et verdig og bra behandlingsforløp. Når man

skal begynne en målrettet behandling av et rusproblem så trengs det en felles forståelse hos bruker og hjelper ovenfor problemet de skal jobbe med. Da er en avtale om målsetning og metode viktig å få etablert. Her er begrepet «*personen i situasjonen*» et relevant holdepunkt for å skape god brukermedvirkning mellom hjelper og bruker. Dette begrepet defineres som at det er brukeren selv som vet best hvordan sin livssituasjon er (Kleppe, 2016, s. 19).

2.3 Rusmiddelavhengighet

Når man skal definere rusmiddelavhengighet så kan det være hensiktsmessig å definere «rusmiddel» og «avhengighet» separat. Rusmidler blir definert som legale stoffer slik som alkohol, reseptbelagte medikamenter, eller som illegale stoffer som opioider eller ulike former for psykoaktive stoffer (Jensen, 2022). For å oppsummere så er rusmidler ulike stoffer som gjør at man oppnår endret stemningsleie, dette blir definert som en *beruselse* i kroppen som gir dopamin og stimulerer reseptorene i hjernen (Amundsen, 2010. s. 10).

I følge ICD-10, som er den tiende revisjonen av den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdom og relaterte helseproblemer, så defineres avhengighet som «når en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener utvikler seg etter gjentatt stoffbruk» (Direktoratet for e-helse, 2022). Dette vil med andre ord innebære at man har et sterkt ønske om å ta stoffet man er avhengig av. Trangen for å ta dette stoffet vil medføre at man mister atferdskontroll og at man ikke klarer å la være å fortsette bruken av stoffet. Denne mangelen på kontroll er så sterk at den unnveier kunnskapen omkring at man vet hvor skadelig og farlig stoffet kan være for egen kropp og helse, og at man fortsetter å bruke stoffet selv om det gir skade på seg selv og omgivelsene (Direktoratet for e-helse, 2022). Innenfor ICD-10 finner man totalt seks ulike kriterier for diagnostiseringen av en avhengighetssykdom. Det er minst tre av disse som må være oppfylt for at man kan si at en person sliter med en rusmiddelavhengighet innenfor diagnosesystemet. Det er ingen konkret definisjon på en avhengighet på grunn av at en avhengighet kan se ulik ut fra person til person (Amundsen et al., 2010. s. 35).

Innenfor de ulike rusmidlene man har så har hvert rusmiddel et eget avhengighetspotensiale. Dette avhengighetspotensiale varierer mellom de ulike rusmidlene man har og individet som bruker dem. De ulike faktorene som spiller inn på et avhengighetspotensial er hvilket

rusmiddel man tar, hvor ofte man tar dem, hvilken måte rusmiddelet inntas på, og hvordan rusmiddelet tas opp i blodet og brytes ned i kroppen. Alle disse faktorene vil ha påvirkning ovenfor avhengighetspotensialet som stoffet har for et individ. (Kraft, 2016, s. 21) Samtidig som at disse faktorene spiller inn på avhengighetspotensialet til et stoff, så vil individuelle nevrologiske forskjeller, tilgjengelighet, sosial aksept og økonomiske forutsetninger slik som pris ha påvirkning for avhengighetspotensialet til et rusmiddel (Kraft, 2016, s. 21). Alkohol som er et legalt rusmiddel er lettere å få tak i enn for eksempel heroin. Alkohol er tilgjengelig for allmennheten og selges i dagligvarebutikker, men for eksempel heroin som er et illegalt rusmiddel vil være vanskeligere å få tak i siden det ikke er så tilgjengelig for alle.

2.5 Rusbehandling

Behandling av rus- og avhengighetsproblemer handler om å gjøre bruker i stand til å leve et godt og fullverdig liv. Dette må man prøve å få til ut i fra brukerens enkelte mål, behov og ønsker (Mørland, 2016. s. 77). I lys av dette så er det viktig å involvere ulike instanser og personer som muligens kan gi konstruktive bidrag til bruker i behandlings- og rehabiliteringsprosessen. Man kan også legge tilrette for at brukeren kommer i kontakt med ulike brukerorganisasjoner, likemenn og personer som har erfaringskompetanse innenfor det aktuelle fagområdet.

Slik som andre sykdommer har ruslidelser flere likheter og spesielle trekk som det er viktig å være klar over (Mørland, 2016. s. 78). Lidelsene som rus medfører gir nedsatt livskvalitet og økt mortalitet på lik linje som hvilken som helst annen sykdom. Den største forskjellen mellom ruslidelser og andre sykdommer vil være hvordan pasienten forholder seg til et eventuelt behandlingsløp. Innenfor det sykdomsskapende agenset så har rusmiddelbruken en mer overveiende attraktiv side for brukeren enn hvis brukeren hadde hatt en annen sykdom, som for eksempel kreft. I mange tilfeller så vil ikke en person med ruslidelser nødvendigvis oppfatte seg selv som behandlingstrengende. Vedkommende kan være ambivalent ovenfor sitt ønske om behandling. Et eventuelt ønske om behandling kan være knyttet til årsaker slik som håp ovenfor å beholde rusmidlet, men å oppnå en redusert eller fjernet skadevirkning (Mørland, 2016. s. 82).

Rusmiddelbruken sammenfatter en handlings- og viljekontroll hos bruker. Hos en person som har ruslidelser så vil fristelsestrykket ovenfor rusmiddelet være overveldende sterkt. I dette tilfelle så vil opplevelsen av smerte og annen lidelse for brukeren bli ubetydelig. I realiteten så

er all denne virksomheten som bruker foretar seg viljestyrt og det er en eller annen form for valg involvert. Behandling består derfor i prinsipp av ulike tiltak som er med på å påvirke eller endre de forholdene som fører til skadelige valg. Dette skal være med på å øke evnen til valg og handlinger som er med på å redusere eller fjerner rusmiddelsproblemene hos bruker. Man kan da si at behandling er å påvirke en sammensatt atferd samtidig som bruker kan ha skiftende eller ambivalente reaksjoner.

2.6 Motivasjon som grunnpilar

En av grunnpilarene innenfor rusbehandling er motivasjonen som bruker har for et behandlingsforløp. For ruskonsulentene på mestringsenheten så er motivasjon en viktig faktor for deres hjelpearbeid. Klientene må selv være motiverte og aktive i sitt eget behandlingsløp for at hjelpen skal fungere. Motivasjon er en nærliggende faktor for om en person klarer å oppnå sine mål når man skal slutte med rus, men er det egentlig så enkelt som man tror? I noen tilfeller kan man tenke tankene at hvis en person bare vil det nok og har motivasjon for det, så er det bare å slutte med rusmidler (Mørland, 2016. s. 77). Om den rusavhengige ikke klarer å slutte så vil man ofte kategorisere det som at det er brukers holdninger og normer som er problemet. Dette er nødvendigvis ikke det som er hovedproblemet for at en person ikke klarer å slutte. Ved alle former for langvarig rusmiddelbruk så er atferden innvevet i et konglomerat av ulike erfaringer og hendelser. Disse erfaringene og hendelsene er med på å prege hvilke tanker som blir styrende, og hvilke følelser og impulser som melder seg. Innenfor motivasjonspsykologi så kommer det fram at motivasjon ikke er en fast og konstant størrelse hos oss mennesker. Den er et dynamisk resultat av et samspill basert på mange faktorer. Motivasjonen er foranderlig og endrer seg hele tiden (Mørland, 2016, s. 104).

I henhold til rusmiddelbruk så er et av de grunnleggende elementene at rusen gir en positiv opplevelse. Ingen bruker rusmidler flere ganger hvis det ikke oppleves som meningsfullt eller godt på flere måter. Følelsen som rusmiddelet gir balanseres av alternative goder, forståelsen av negative konsekvenser og av de ulike normene som tilsier noe om hva som er verdig eller riktig. Dette er hovedgrunnen til hvorfor en rusmisbruker kan ha ambivalente holdninger til behandling. Dette gjør at man vakler mellom hva man bør gjøre og hva man reelt sett gjør. Dette kan også ha innvirkning på om man ombestemmer seg eller at man ikke klarer å holde fast på en beslutning man har tatt. Svært få med et rusproblem har et åpent eller skjult ønske

om å kunne styre rusmiddelbruken slik at man unngår negative konsekvenser. Når lengselen etter et rusmiddel melder seg så er det utallige muligheter for hvorfor en bruker tar muligheten for å begå et selvbedrag. I henhold til rusbehandling så er et av de grunnleggende tiltakene å kunne avklare motivasjon og ambivalens, for så å hjelpe brukeren til å komme i en posisjon til å utføre gode valg og handlinger. Valget av tiltak må først og fremst avgjøres på bakgrunn av de motivasjonsforholdene som bruker har ovenfor behandlingsforløpet. Et type tiltak kan for eksempel være at man forhindrer at personen kommer i en situasjon hvor valgene blir for vanskelige, og at man heller sikter mot ulike situasjoner hvor de ønskede valgene blir tilstrekkelig nærliggende for bruker. Samtidig har man andre tiltak som skal være med på å styrke brukerens egen forståelse ovenfor sin rusproblematikk, noe som videre kan føre til en bedre handlingsevne i henhold til ruslidelsen som bruker har (Mørland, 2016. s. 104).

3. Teoretisk referanseramme

3.1 Sosialkonstruktivisme

I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i et sosialkonstruktivistisk perspektiv. Innenfor dette perspektivet vil det si at de ulike sosiale fenomenene man har i samfunnet er sosialt konstruert (Schiefløe, 2019, s.107). I lys av dette så er den sosiale virkeligheten man har blitt et subjektivt fenomen. Den virkeligheten vi befinner oss i er konstituert av fire dimensjoner. Her har man struktur, kultur, interaksjon og relasjoner. Alle disse dimensjonene henger nært sammen for hvordan vår sosiale virkelighet formes. De strukturelle og kulturelle dimensjonene utgjør de ytre rammene for hvordan atferden vår er. Interaksjon og relasjon omhandler vårt forhold til andre mennesker og hvordan vi omgås med dem. Kultur er for eksempel en dimensjon som utvikles, formes, formidles og forvaltes gjennom ulik interaksjon med andre mennesker (Schiefløe, 2019. s. 107).

Sosialkonstruktivisme er et begrep som går inn på det sosiologiske perspektivet hvor man betrakter virkelighetsforståelsen hos mennesker som «kontinuerlig formet av opplevelser de har opplevd, livssituasjoner de befinner seg i og hvem de kommuniserer med». (Tjora, 2020). Dette perspektivet ble presentert av sosiologene William Isaac Thomas og Alfred Schutz. Videre kan man trekke inn det såkalte Thomas-teoremet. Den tilsier at «*det mennesket oppfatter som virkelig, blir virkelig i sine konsekvenser*» (Berger, 2006. s. 9). Thomas-teoremet illustrerer hvordan aktørers tolkninger kan ha betydning for ulike valg og samfunnets utvikling. Sett i lys av dette så kan man si at sosiale fenomener verken er gitte, konstante eller nødvendigvis funksjonelle. Fenomenene er dermed formet og endret gjennom definisjoner og aktive fortolkninger som oppstår under sosial samhandling (Berger, 2006).

Denne analytiske tilnærmingen rundt sosial virkelighet kan vi bruke til å se på vår egen tilværelse som helhet. Som individer i et samfunn så opptrer vi i mange ulike sammenhenger. Man må innrette oss i forhold til ulike forskjellige ytre krav, muligheter og begrensninger. Noen ganger møter man kulturelle føringer i form av forventninger fra omgivelsene våre. Føringene kan i enkelte situasjoner være entydige og konsistente, mens andre ganger kan de være utydelige eller motsetningsfylte (Repstad, 2014. s. 40). I flere av livets faser så forholder man seg til andre mennesker. Enten om det er i arbeidslivet, studiesituasjon eller fritid. I slike

situasjoner så inngår man i en forpliktende relasjonsdanning, men man velger selv hvor nærtliggende og dype relasjoner man vil skape til de rundt seg. Noen av relasjonene man danner er man født inn i, mens andre får man gjennom de ulike dimensjonene for den sosiale virkeligheten (Repstad, 2014. s. 42). Kvaliteten for den sosiale tilværelsen henger sammen med de egenskapene dette mangfoldet av relasjoner gir oss og hvordan man som individ klarer å håndtere dem (Repstad, 2014. s. 42).

3.1 Sosial konstruksjon

Den sosiale virkeligheten er ikke et gitt entydig fenomen og den fremstår ikke og oppleves likt hos alle (Repstad, 2014. s. 40). Erfaring og læring som man opplever påvirker den virkeligheten man har. Ofte går forandringen av de ulike virkelighetsbildene man har så langsomt og gradvis at man ikke tenker over det (Berger & Luckmann, 2006. s. 40). Det blir en mer naturlig prosess som vi eventuelt må reflektere over på egenhånd for å bli bevisstgjort over den. Når man formulerer det slik så vil spørsmålet rundt hvordan virkeligheten «egentlig er» være fremtredende, noe som er veldig vanskelig å besvare på en enkel måte (Schiefløe, 2011, s. 107).

Tanken om at den virkeligheten man har er entydig gitt har for de fleste av befolkningen i verden blitt snudd brått på hodet de siste to årene. Samfunnet gikk fra yrende sosial interaksjon til total isolering på bare noen få måneder etter at første tilfelle av covid-19 ble oppdaget. Det virkelighetsbildet har for mange rast sammen, og må bygges på nytt igjen. Virkeligheten kan fremstå annerledes som en følge av læring og ny innsikt. På bakgrunn av dette kan man se virkeligheten som et subjektivt fenomen, der det virkelighetsbildet man forholder seg til er noe man har kommet frem til på grunnlag av observasjoner og fortolkninger (Schiefløe, 2011. s. 112). Det virkelighetsbildet man har er avhengig av hva slags utgangspunkt vi har. Dette forandres som følge av erfaring, læring og kunnskapstilegnelse. Man kan da si at virkelighetsbildet man har er et direkte resultat av en konstruksjonsprosess. Denne prosessen er ikke noe man foretar oss selv på egenhånd, men det er en sosialiseringssprosess hvor påvirkelse av andre, andres fortolkningsmodeller og andres tanker og følelser former oss (Schiefløe, 2011. s. 114).

I boken *The social construction of reality* tar forfatterne Peter L. Berger og Thomas Luckmann for seg målsetningen å analysere det vi kaller hverdagsvirkeligheten. Det vil si at de tar for seg den kunnskapen og forståelsen som styrer vår atferd på hverdagslig basis

(Berger & Luckmann, 2006. s. 42). Hovedpoenget med analysen er at hverdagslivet fremstår som en virkelighet som tolkes av individer på en slik måte at det blir subjektivt meningsfylt. På samme tid så oppfatter man virkeligheten i hverdagen som ordnet i ulike mønstre som igjen er uavhengige av vår egen opplevelse. Det vil si at man ser på virkeligheten som intersubjektiv. Nemlig en verden man deler til felles med andre (Repstad, 2014. s. 48). Språk er i denne forstand et viktig redskap. Dette er fordi at det er språket vårt som hjelper oss til å ordne inntrykk og erfaringer og til hvordan vi deler virkelighetsbildet vårt med andre (Repstad, 2014. s. 53). Det språket vi velger å bruke, hvordan vi knytter forskjellige begreper til ulike situasjoner, og hva slags sammenheng vi tolker erfaringer og observasjoner inn i, er et direkte resultat av et komplekst samspill som foregår mellom individer og de sosiale omgivelsene individene befinner seg i. Berger og Luckmann konkluderer derfor med at virkelighetene fremstår som *sosialt konstruert* (Schiefløe, 2011. s. 118).

3.2 Født sånn eller blitt sånn?

Hvorfor noen havner inn i rusmisbruk og avhengighet har lenge vært forsket på. En gammel lærdom om rusmiddelbruk tilsier at «rusbruk går i slekter». Det er mye debatt omkring dette temaet om rusmiddelbruk er slik som denne gamle lærdommen sier eller om det er ytre faktorer slik som miljø og sosial arv som spiller inn. Noen slekter har mange og noen har ingen som er avhengige av rusmidler. Årsaken kan være både være genetisk og bære preg av sosial arv (Mørland, 2016. s. 56). Når man snakker om arvelighet så tenker man ofte på arv knyttet til arvestoff, gener og genetisk arv. Når en egenskap er veldig hyppig i en slekt, så kan dette imidlertid også skyldes slekstradisjoner, oppvekstmiljø og familieforhold. Det er dette vi kaller sosial arv (Mørland, 2016. s. 56). Gjennom et genealogisk studie, også kalt slektstre, så kan man undersøke forekomsten av rusmisbruk tilbake i flere generasjoner. Den sosiale arven forekommer ved studier som omhandler slektens normer, atferd og verdier. Et genealogisk studie kan derimot ikke i seg selv vise hva som er sosial og hva som er genetisk arvet i henhold til eventuell rusproblematikk i slekten (Mørland, 2016. s. 57).

Innenfor forskning er begreper som «delt» (indre) og «ikke delt» (ytre) miljø relativt kjent. Dette delte miljøet går inn på familieforhold, relasjonen mellom foreldrene og foreldrenes atferd og oppdragelsesmetoder. Det «ikke delte» miljøet går ut på forholdene man opplever utenfor familien. (Mørland, 2016. s. 58). Her vil miljøfaktorene slik som skolegang, lekemiljø,

naboskap, arbeidsmiljø og liknende ha stor betydning. Dette miljøet er i stor grad veldig forskjellig hos hvert enkelt menneske. Hos rusmisbrukere finner vi en sterk overrepresentasjon av tidlige relasjonsbrudd og interaksjonsproblemer. Samtidig finner vi en høy forekomst av enslige oppdragere og foreldre med psykisk belastning. Terapi og kvalitative intervjuer peker til at det er veldig vanlig at personer som er rusmiddelavhengige har fra tidlig alder hatt tilknytningsvansker og har trolig opplevd en form for identitetsproblematikk. Samtidig så peker forskning på at det er den genetiske arveligheten på den ene siden og det «ikke-delte» miljøet på den andre siden som kaster best lys over en lik og ulik problemutvikling (Mørland, 2016. s. 59). Funnene bør forstås i hensyn til personens sårbarhet og disposisjon. Funnene fra forskningen gir ikke en konkret forklaring på hver enkelt individs utvikling. Derfor kan man si at de negative påkjenningene en person opplever eller mangelen på gode opplevelser kan være sentrale faktorer for enkeltes utvikling. På en annen side er det viktig å spesifisere at en god del av de vanskeligstilte problemene en person kan oppleve i hjemmet kan skyldes foreldrenes genetisk betingede vansker.

Med alt dette tatt i betraktning så peker fremdeles forskning på at grupper som opplever rusmiddelbruk får størst påvirkning av ytre (ikke-delte) faktorer og miljøer. Man kan da konkludere med at det er samspillet mellom individet og omgivelsene som skaper en risiko for om en person blir rusmiddelavhengig. Det er spesielt stor risiko når individet er barn for å bli påvirket av disse faktorene. Hvis et barn har fått utviklet en god kognisjon og en atferd som er med på å øke sjansene for et godt samspill i normalsamfunnet, så vil prognosen være god. Dersom et barn ikke har det, kan tendensen gå i motsatt retning i form av avviksent utvikling, rusmiddeleksponering og rusmiddeleksperimentering (Mørland, 2016. s. 58). Forhold slik som dette gjør at det er forståelig at det ytre miljøet har så stor betydning for om en person blir rusmiddelavhengig eller ikke. Samtidig så er det situasjoner hvor enkelte mennesker opplever en god utvikling til tross for massiv negativ eksponering og et vanskelig ytre miljø. Dette blir ofte definert som *resilience*. Konklusjonen blir derfor slik at utviklingen av rusproblemer og avhengighet foretas i et samvirke mellom genetisk betinget disposisjon og summen av de ytre miljøfaktorene. På bakgrunn av en arvelig disposisjon kan de uheldige miljøfaktorene føre til rusmiddelbruk og gjentakelse av bruken. Dette kan videre lede til nevrobiologiske, sosiale og psykologiske endringer hos individet. Mellom de enkelte individene vil arv og miljø ha en betydning i varierende grad. Knyttet opp mot koronapandemien så har de ytre miljøfaktorene blitt sterkt påvirket. Regjeringens tiltak om

kohorter, full isolasjon og begrensede tjenestetilbud har medført at miljøets rolle hos rusmisbrukerne har blitt sterkt fremtredende for deres virkelighetsbilde de siste to årene. Dette skal jeg komme nærmere innpå under drøftedelen av oppgaven (Mørland, 2016. s. 59).

4. Metode

4.1 Hva er metode

Metode blir definert som «*en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder*» (Dalland, 2021. s. 53). Metoden sier noe om hvordan man skal gå til verks for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Det å være metodisk i vitenskapelig forstand er å bruke og overholde intellektuelle standarder i vår argumentasjon. Dette stiller krav til oss om at man må være ærlig og sann i vår argumentasjon, samtidig som at man må tenke og systematisere våre tanker. Dette er allmenngyldige krav til enhver metode man velger å ta i bruk. For å kunne etterprøve og finne frem til ny kunnskap så trenger vi flere ulike metoder som vi kan ta i bruk (Dalland, 2021. s. 53).

Disse forskjellige metodene er til for å kunne kvalitetssikre i hvilken grad påstandene man kommer med er sanne, gyldige og holdbare. Det er flere forskjellige typer metoder man kan ta i bruk for å tilegne seg kunnskap om et tema. Det er metoden som er selve redskapet i møtet vårt med det vi vil undersøke. Det er selve metoden man bruker som hjelper oss å samle inn data. Data er den informasjonen man trenger til undersøkelsen vår. I denne oppgaven har jeg valgt å bruke en kvalitativ orientert metode. Under bruk av denne metoden så henvender man seg ofte til grupper eller personer som er forhåndsvalgte og som man mest sannsynlig mener har noe spesielt å bidra med. Dette kalles et *strategisk utvalg* (Dalland, 2021. s. 59). Kravet når man bruker denne metoden er slik at man må argumentere på en faglig overbevisende måte ovenfor det utvalget som har blitt gjort. Korrekt bruk av dataen man samler inn betyr at man skal være mest mulig nøyaktig under innsamlingen, behandlingen og analysen av dataen. Resultatet man får av undersøkelsen må være minst mulig avhengig av den som utfører undersøkelsen.

Vanligvis deler man metodene inn i to hovedkategorier: *Kvalitativ* og *Kvantitativ* metode. De kvantitative metodene har fordelen med at de gir data i form av målbare enheter. De ulike tallene man får gjør at man kan foreta regneoperasjoner som gjør at svaret og statistikken man får svaret «svart på hvitt». Svaret man får i form av statistikk er veldig gunstig å henvise til når man argumenterer for og i mot en analyse om et tema. Den kvalitative metoden derimot må man vektlegge fokuset rundt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2021. s. 55). Når man bruker denne metoden så er datainnsamlingen slik at det skjer

i direkte kontakt med personer som er i fagfeltet som undersøkes. Man går i dybden for å få frem det særegne og det eventuelle avvikende i undersøkelsen. Både kvalitativ og kvantitativ orienterte metoder er med på å bidra på hver sin måte når man skal prøve å forstå det samfunnet vi lever i og hvordan det er satt sammen. Avslutningsvis så kan man kategorisere bruken av begge disse formene for metode slik; at de som bruker kvantitative data er «tellere», mens de som bruker kvalitative er «tolkere» (Dalland, 2021. s. 56).

4.2 Valg av metode

Jeg har da valgt å bruke en kvalitativ metode for oppgaven. Begrunnelsen for hvilken metode man velger baserer seg på hvilken metode som passer best til problemstillingen og den vi mener gir oss gode data og belyser problemstillingen på en faglig spennende måte (Dalland, 2021. s. 56). I henhold til denne oppgaven så vil den kvalitative metoden fungere best fordi det blir for vanskelig å finne statistikk på hvordan brukervedvirkningen har blitt påvirket av pandemien. Dermed så vil sosialarbeiderens erfaringer og kunnskap som har blitt utarbeidet gjennom arbeidsplassen være den beste formen for å innhente informasjon. Det er metoden som er redskapet vårt når man skal undersøke noe. Når redskapet anvendes så samler man inn data. Data blir definert som den informasjonen man trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2021. s. 54). Som nevnt over baserer valget mitt, av hvilken metode jeg ville bruke, på overveielser mellom det jeg så på som hadde den mest ideelle fremgangsmåten, og det som var praktisk gjennomførbart i henhold til å belyse problemstillingen min på best mulig måte.

4.3 Valg av informanter

Når man gjør et utvalg er det viktig at de valgte enhetene – som i dette tilfellet er menneskene jeg intervjuer – kan gi meg interessant og god informasjon som svarer på problemstillingen min (Jacobsen, 2010, s. 114). Jeg har valgt å bruke begrepet *informant* om de jeg skal intervjuer, på bakgrunn av at en informant er en person som har god kunnskap om grupper man undersøker, men som selv ikke er representert i gruppen (Jacobsen, 2010, s. 114).

For å best mulig kunne belyse min problemstilling så var det viktig for meg og kontakte personer som har sett utviklingen og vært i kontakt med flere ulike personer innenfor rusmiljøet. Jeg valgte å spørre arbeidere som jobber som ruskonsulenter. Ruskonsulenter har vanligvis en bachelorutdanning innenfor sosialt arbeid eller vernepleie. Samtidig så har de et

helhetlig bilde av hvordan rusmiljøet endrer seg siden de ofte er i kontakt med klienter som er aktivt inne i miljøet. Ruskonsulenter jobber nemlig slik at de har en klientliste på 15-20 personer som de har oppfølging på. Dermed kan man konkludere med at informasjonen de gir igjennom et intervju vil være dagsfersk og nøyaktig.

Jeg anså det som en styrke for oppgaven å sette noen krav til hvem informantene mine skulle være. Jeg ønsket å få informanter som hadde jobbet lengre enn 5 år. Informantene har da god erfaring i jobben både før og under pandemien. De har da lettere for å tilkjenne eventuelle endringer i lys av problemstillingen jeg har vinklet spørsmålene mot. Videre så ønsket jeg at det skulle være en jevn fordeling av hvilken utdanning informantene hadde tatt. Jeg valgte da å sette krav om at to av informantene skulle ha bachelorgrad innen sosialt arbeid, og de to siste informantene skulle ha bachelorgrad som vernepleier. Jeg så på dette som en mulighet til å berike oppgaven i den form av at informantene mest sannsynlig da har forskjellige innfallsvinkler omkring temaet, fordi de ikke har gjennomført samme studieløp og utdanning. Jeg har dermed gjennomført et *strategisk utvalg*, da jeg har valgt personer som har bestemte kunnskaper og erfaringer (Dalland, 2021, s. 59). Jeg har valgt å kategorisere informantene som informant 1-4.

4.4 Fremgangsmåte for intervju

Når jeg fant ut at jeg ønsket å bruke intervju som forskningsmetode så startet jeg med å lage en intervju guide og en samtykkeerklæring. Etter å ha snakket med veileder fikk jeg grønt lys for å kunne intervju de informantene jeg hadde valgt ut. Deretter kontaktet jeg daglig leder for arbeidsplassen hvor informantene jobber. Jeg ga beskjed til daglig leder om at jeg ønsket informanter med minimums 5 års erfaring på arbeidsplassen. Jeg stilte dette kravet på bakgrunn av at ruskonsulentene da vil ha klienter på sin klientliste som de har hatt oppfølging på over lengre tid. Dette medfører at ruskonsulenten vet en del om sin klient og klientens hverdag. Sosialarbeideren har kjennskap til klientens personlighet og vaner, så dermed vil en eventuell endring i atferd være lettere å plukke opp. Samtidig så vil ruskonsulenten ha jobbet minimum to år før koronautbruddet begynte å prege samfunnet, også deretter to år i koronapandemien. Ruskonsulenten vil da være kjent med hvordan det var å jobbe i sitt fagfelt før og etter starten på pandemien.

Når jeg hadde fått mine fire informanter så sendte jeg dem samtykkeerklæringen og intervjuguiden. Samtykkeerklæringen min ble signert og sendt tilbake til meg. Planen var at

jeg skulle ha intervjuene i starten av mars, men nettopp på grunn av koronatilfeller på arbeidsplassen så ble intervjuene flyttet til 22 mars. Intervjuene ble gjennomført en av gangen og varte rundt 40 minutter. Intervjuene ble gjennomført på et møterom nede på arbeidsplassen. Intervjuene ble holdt på en tirsdag, noe som viste seg å være den generelle møtedagen for arbeidsplassen. Dette betyr at for ruskonsulentene så er tirsdagene den dagen i uken hvor de setter opp svært få avtaler med klientene sine, siden store deler av dagen går til møtevirksomhet mellom de ansatte i form av ansvarsgruppemøter og samarbeidsmøter. Derfor så var ingen av informantene preget av eventuelle uforutsette og stressende situasjoner med klienter før de deltok på intervjuet. Dermed så påvirket dette kvaliteten på intervjuet i en positiv forstand. Informantene fremstod som rolige, reflekterte og ivrige til å svare på spørsmålene jeg stilte dem. Jeg fulgte intervjuguiden slik at jeg forsikret meg om at de viktigste spørsmålene ble besvart, slik at alle fire intervjuene hadde en grunnmur av spørsmål, også kunne jeg spørre oppfølgingsspørsmål hvis jeg plukket opp informasjon som jeg ønsket at informanten skulle utdype mer om.

Intervjuene ble tatt opp på lydbåndopptakeren Olympus WS-853. Deretter ble intervjuene transkribert over på datamaskin uten å inkludere noen form for personopplysninger. To av informantene jeg intervjuet hadde dialekt, men jeg valgte å skrive det om til bokmål for leservennlighetens skyld. Selv om jeg skrev det over til bokmål så var det viktig for meg å ikke formulere meg annerledes eller endre på setningsoppbygningen i svarene til informantene. Dette gjorde jeg ettersom at jeg ønsket at svarene som informantene kom med forholder seg nøyaktige og så dagsferske som mulig. Samtidig så er det sosialarbeiderens tolkning av spørsmålene jeg ønsker å få frem. For korrekt bruk av informasjonen/data så må man være mest mulig nøyaktig under datainnsamlingen, behandlingen og analysen. Resultatet skal være minst mulig avhengig av den som utfører intervjuet. (Dalland, 2021. s. 60). Etter at intervjuene hadde blitt transkribert så ble alle båndopptakene slettet.

4.5 Analyse:

Ifølge Dalland så er det selve analysen som skal hjelpe oss til å finne ut av hva intervjuet har å fortelle (Dalland, 2021. s. 94). Under analysen er det viktig å få frem innholdet i intervjuet på en mest mulig saklig måte. Selve grunnlaget for analysen blir lagt i intervjuguiden. Her kommer de tankene du har om problemstillingen frem, og svarene man får skal i størst mulig grad prøve å belyse problemstillingen man har laget. For å bygge tiltro til de forklaringene

man tar for seg i analyse delen av oppgaven så er det helt nødvendig å begrunne de forklaringene man kommer med opp mot tidligere forskning på det fagområdet man tar for seg. Før man i det hele tatt startet å utføre intervjuer så bør det være lurt å allerede danne seg tanker omkring hvordan man vil gå frem i analyseringsprosessen. Dette vil bidra til å styre de forberedelsene man gjør. Videre vil dette danne et grunnlag for hvordan gjennomføringen, før- og etterarbeidet av intervjuet blir utført (Dalland, 2021. s. 94).

4.6 Studiens troverdighet

Relabilitet er et annet ord for pålitelighet, begrepet handler om at målinger må være korrekt utført og at eventuelle feilkilder oppgis. Et annet begrep som brukes i sammenheng med relevans og gyldighet er validitet (Dalland, 2021, s.43). For å kunne oppfylle kravet om relabilitet så må funnenes konsistens vektlegges gjennom de tre sentrale stadiene i forskningsprosessen: intervjuene, transkriberingen og analysen. I henhold til utvalgets relevans så er det bare informantene som kan gi svar på problemstillingen. Dette baseres på at det er deres egne erfaringer og deres hjelpearbeid innenfor rusfeltet som ligger til grunn for hvordan de svarer på spørsmålene jeg har stilt dem. Jeg hadde totalt 14 spørsmål som jeg stilte til informantene. Alle fikk de samme 14 spørsmålene slik at jeg kunne se om informantene satt med samme erfaring. Selv om jeg forholdt meg til de 14 spørsmålene som en grunnbase for intervjuene, så valgte jeg å legge opp intervjuet i et semistrukturert format. Dette vil si at jeg som intervjuer hadde lagd et oppfølgingsspørsmål til hvert av de 14 spørsmålene. Dette åpnet muligheten for at informantene kunne gå dypere inn i problematikken. Dette følte jeg ville være med på å gi studien enda høyere relabilitet.

I henhold til studiens replikasjonsverdi så er det en kjent problemstilling et kvalitativt intervju er avhengig av en subjektiv tilstedeværelse. Dette er spesielt viktig i analysedelen. I analyseringen av intervjuene har jeg, som alle andre, en forforståelse med meg selv. Gjennom oppgaven har jeg forsøkt å ikke la min forforståelse styre vinklingen av analysen, men jeg har etterstrebet å være så objektiv som mulig. Selv om at jeg har jobberfaring innenfor det aktuelle temaet så har min erfaring og kunnskap blitt lagt til side under intervjuprosessen. Jeg har heller valgt å ta utgangspunktet i å undersøke på en problemstilling hvor dataen man samler inn ikke kan finnes i bøker eller annen litteratur. Man må kontakte kvalifiserte fagpersoner som innhenter ulik informasjon på hverdagsbasis og som har gjort dette over tid, slik at de har innsyn i fagområdets utvikling.

I vurderingen av denne oppgavens validitet, så må man se om dataene som er samlet inn er relevant i forhold til problemstillingen (Dalland, 2021, s. 63). Siden problemstillingen min omhandler erfaringene de ansatte har i forhold pandemien påvirkning av brukermedvirkningen til deres klienter, så er validiteten for dataen jeg har samlet relevant. Jeg har tilstrebet å fremstille informantenes beskrivelser på en mest mulig nøyaktig og korrekt måte.

Når man skal vurdere validitet må man også vurdere overføringsverdien som studien har til andre populasjoner og settinger (Dalland, 2021, s. 63). Valget mitt om å ha fire informanter mener jeg vil berike overføringsverdien enn hvis jeg hadde hatt færre informanter. Siden dataen jeg samlet inn er erfaringsbasert så vil det å ha flere informanter gjøre at jeg kan sette informasjonen opp mot hverandre for å kunne se helheten av problemstillingen, fremfor å basere dataen på eventuelle enkelthendelser som informanten har opplevd. Samtidig så vil kravet jeg satt om at informantene måtte ha jobbet på arbeidsplassen i minimum fem år, gjør at validiteten på oppgaven stiger. Dette baserer jeg på at informantene da har jobbet minimum to år under normale tilstander i samfunnet, samtidig som at de har jobbet to år under krisesituasjonen. Da vil de ha kunnskap og erfaringer rundt hvordan ting var før, og hvordan ting har endret seg gjennom pandemien.

Får å oppnå kvalitet i forskningen man foretar seg så stilles det kriterier om at det arbeidet du har utført er til å stole på. Kravet om pålitelighet eller reliabilitet innebærer at man legger frem hvordan undersøker har gått frem i sin arbeidsmetode for å fremskaffe den informasjonen vedkomne kommer med. Gjennom min arbeidsprosess så har jeg vektlagt funnernes konsistens basert på tre sentrale stadier i forskningsprosessen: intervjuene, transkriberingen og analysen.

5. Presentasjon av funn og drøfting:

I dette kapittelet vil de ulike funnene fra intervjuene bli presentert og deretter drøftet etter temaet jeg har valgt for oppgaven. I intervjuene var mye av fokuset rettet mot hvilke erfaringer sosialarbeideren hadde i forhold til hvordan deres forhold til klientene sine var blitt påvirket. Her valgte jeg å legge størst vekt på brukermedvirkningen i arbeidet mellom ruskonsulent og klient.

5.1 Reaksjoner på pandemien i rusfeltet

En fellesbenevner for alle fire informantene var at de fikk flere henvisninger av personer som tilsynelatende lever helt normale A4 liv, med jobb, familie, god økonomi og som er etablerte på flere arenaer i livet. Jeg siterer to av informantene:

Informant 1:

«Vi har merket en økning i antall henvendelser vedrørende alkoholmisbruk hos personer som er aktive i arbeidslivet. Mye hjemmekontor, sosial isolering og mindre krav i hverdagen ga nok flere muligheten til å kunne drikke mer uten å bli oppdaget. Når jeg tenker på krav i hverdagen så tenker jeg på at man ikke lenger trenger å kjøre bil til jobb dagen etterpå og at man sitter på teams store deler av arbeidsdagen. Dermed blir det vanskeligere å fange opp samtidig som at det åpner muligheten for musbruk i skjul».

Informant 2:

«Grunnen er nok fordi folk sitter mye hjemme på hjemmekontor. Folk opplever gjerne å ha hjemmekontor to til tre dager i uken, noe som gjør at man gjerne tar seg noe ekstra å drikke på kvelden før, fordi man slipper å tenke på at man må være edru for å kjøre bil til jobb dagen etter. Og over tid så baller dette på seg og ett glass vin blir gjerne til fire-fem».

Informantenes erfaringer stemmer overens med krisepsykologien som forfatter Unni Marie Heltne tar for seg i sin bok «*Pandemi og Krisepsykologi Psykososiale utfordringer og støttetiltak*». Hvor hun tar for seg ulike psykiske reaksjoner som pandemier påfører

befolkningen. Selv om det finnes lite forskning og informasjon rundt de lange og korte konsekvensene av en pandemi, så vet vi fra gjennomgang av sykehusinnleggelses i Norge i årene før og etter spanskesyken (1918-1920), at antallet årsaker til innleggelse på grunn av mentale lidelser ble mangedobbellet etter pandemien (Heltne, 2021. s. 43). Undersøkelser i etterkant av SARS-epidemien som varte fra 2000 til 2001 viser til at overlevende opplevde økt stressreaksjoner, alvorlig angst, dødsangst og kronisk depresjon. Undersøkelsene viser til også at disse problemene varte i flere år etter at pandemien var over (Heltne, 2021. s. 43).

Isolasjon og ensomhet er to forhold som blir forsterkede under hånderingen av en pandemi. Slik som med tidligere tilfeller av pandemi så har koronapandemien gitt samme forutsetning for tiltak rundt isolasjon og lite, til dels null, sosial samhandling. For den generelle befolkningen som har opplevd tidligere pandemier så er følelser slik som uro og angst, ensomhetsfølelse, aggresjon og håpløshet en vanlig fellesnevner (Heltne. 2021. s. 43). Konsekvenser slik som disse har også blitt funnet etter H1N2 (svineinfluensaen) og hiv-pandemien. Dette er konsekvenser som rammer et stort antall mennesker på verdensbasis under pandemier. Dette er fellesnevner for de pandemiene verden har gått igjennom (Heltne, 2021. s. 44).

Pandemier er veldig forskjellig i forhold til andre kritiske, skremmende og truende hendelser. Dette kan man basere på at trusselen er usynlig og kan være hvor som helst. Man kan komme i berøring av overflater som har smitte, nære og bekjente kan bære viruset uten å ha symptomer og det kan påføres i stor grad overalt. Dette skaper et uromoment blant befolkningen fordi man ikke vet hvor eller når trusselen kan inntreffe (Heltne, 2021. s. 43). Samtidig som at man prøver å opprettholde en form for ro og avslappethet i samfunnet, så er faren slik at hvis man blir for avslappet til situasjonen så øker trusselen. Når vi slapper av så føler man mindre trang til å følge opp på rutiner for smittevern, noe som gjør at smitten øker. Beskyttelsen mot dette blir da isolasjon og ensomhet blant befolkningen fordi man skal begrense hvem man er i kontakt med. Dette kan videre medføre at man fradrar befolkningen støttepersoner, slik som familie, venner og i dette tilfelle sosialarbeider. Dette er personer som støtter og beskytter for de ulike psykososiale konsekvensene når man har det vanskelig. For brukergrupper som har problemer med rusmisbruk så er ensomhet og rusmisbruk en stor fellesnevner for hvorfor vedkomne drikker (Heltne, 2021. s. 44).

Nedstengingen og isolasjonen fører til mer ensomhet og det er flere som har vanskeligheter med å håndtere denne følelsen (Heltne, 2021. s. 44). Opplevelse av ensomhet er en risikofaktor for å utvikle grubling. Grubling og ensomhetsfaktoren er med på å øke risikoen for om en person blir deprimert. Å være alene og ikke ha tilgang på ulike distraksjoner kan for enkelte mennesker føre til at vanskelig tanker, minner og opplevelser blir ekstra sterke og dominerende. Hvilken reaksjon dette vekker hos folk er selvfølgelig veldig individuelt og vil variere fra person til person. Det er flere grupper som har vist seg å være spesielt sårbare for psykososiale problemer, både under tidligere pandemier og under koronapandemien (Heltne, 2021. s. 45).

I lys av problemstillingen så har kontakten mellom ruskonsulent og rusmisbruker blitt mindre enn det den var før koronapandemien. På arbeidsplassen hvor informantene jobber så ble det i lengre perioder brukt tiltak for å begrense smitte, men samtidig kunne opprettholde et godt tilbud og medvirke til bruker. Det ble mindre møtevirksomhet hvor klientene møtte fysisk nede på kontoret til ruskonsulent. Tiltaket ble da at ruskonsulent måtte avtale med klienten sin om de kunne møtes, enten ved med kort visitt i hjemmet iført fullt smittevernsutstyr, eller gå tur ute hvor man kunne opprettholde avstand. Et fokus på brukermedvirkning mellom ruskonsulent og klient i et slikt tilfelle så vil det være essensielt at ruskonsulent klarer å kontakte rusmisbruker. Dette blir da gjennom en telefonsamtale eller melding. Da forutsetter dette at klienter tar telefonen når sosialarbeideren ringer og svarer på meldinger. Dette viste seg å være en stor barriere enkelte ganger. På spørsmål om klientene har blitt vanskeligere å få tak i svarer informantene:

Informant 3:

«En av de større utfordringene vi har opplevd under koronapandemien er det generelle oppmøte til avtale. Mange av klientene mine lar vær å møte opp fordi de har vært så ekstremt redde for å bli smittet, de vil ikke vaksinere seg og fordi rusmiljøet, i starten, var ganske skjermet for korona med lite smittetilfeller, så var det flere av mine klienter som ikke ville møte personer utenfor rusmiljøet for å unngå å dra med seg smitte inn i rusmiljøet».

Informant 4:

«Et lite kjennetegn for denne typen brukergruppe er at de ikke alltid er så lette å få tak i på telefon. Dette har med hvor aktivt inne i rusen de er eller om de har opplevd en sprekk hvor de har bruk rusmidler gjerne flere dager i strekk. Da merker man at de ikke er lette å få tak i. Derfor kjører vi gjerne ut til der vedkomne bor for å se at de har det bra og at vi kan bistå med den hjelpen vi utøver».

5.2 Spredning i miljøet:

Når utbruddet av covid-19 pandemien kom så var det stor bekymring rundt helsesituasjonen til personer i rusmiljøet. Bekymringen rundt at flere som har et rusmiddelproblem ofte har flere underliggende somatiske og psykiske lidelser som ville sette dem i risikogruppen. I Norge og internasjonalt så har det vært overraskende lite smitte i rusmiljøet. Dette er noe overraskende, men på samme tid så er det en situasjon som det er viktig å følge med på fremover. St. Olavs hospital i Trondheim opplevde gjennom romjulen en oppblussning av koronaviruset i rusmiljøet i Trondheim. Dette kom etter endringer i tiltakene rundt sosial interaksjon. Tiltakene ble lettet slik at man kunne feire jul sammen med familie og kjente. Dette medførte en merkbar økning i smittetilfeller (Hølaas, 2021. s. 27).

Rusmisbrukere er en brukergruppe som kan bli hardt rammet av de mange tiltakene som regjeringen kommer med. Det er foreløpig veldig lite forskning rundt dette temaet, men fagpersoner ved Oslo universitetssykehus uttrykker bekymring i forhold til denne sosiale gruppen. Disse bekymringene baserer seg på konsekvensene av nedstengingen av samfunnet. Nedstengningen vil ha innvirkning på ulike lavterskeltilbud, som brukergruppen benytter seg av, og stopp i arbeids- og aktivitetstilbud. Dette kan igjen føre til tapt inntekt, økt alkoholmisbruk under stress og at overgang til tyngre rusmidler, ettersom at tilgangen til cannabis og kjente rusmidler reduseres. Samtidig så er det ikke så mange som er tilgjengelige på digitale plattformer, telefon og de har ofte ikke en fast boadresse. Dette gjør det enda viktigere at lavterskeltilbud holder åpent (Hølaas, 2021. s. 28).

5.3 Kvaliteten på arbeidet:

På spørsmål om tjenestetilbudet mestringsenheten gir har blitt bedre eller dårligere så svarer informant 2 og 3:

Informant 2:

«Det har vært vanskelig å tilby dagtilbud til mine klienter på grunn av nedstengningen. Det har jo hendt at folk kommer ut av behandling også er hele Norge nedstengt, så hva skal de da gjøre? Så da har flere endt opp med å gå på en sprekk fordi de ikke har noen aktivitet å gå til. Dette har vi som ruskonsulent merket».

Informant 3:

«Jeg føler egentlig at flere av de tilbudene som kommunen gir har klart å være tilpasningsdyktige. Selv om de ikke har klart å utføre sitt tjenestetilbud 100% på grunn av ulike tiltak, så har de klart å betjene brukergruppen innenfor et minimumskrav»

Under intervjuet spør jeg om mer utdypning/eksempler på slike tilfeller, da svarer informant 3:

«Tjenester slik som matposer for eksempel. Cafe nr. 13 i Sandnes måtte stenge lokalet i perioder, men de gikk fra å servere varme måltider i lokalet til å lage matposer som folk kunne komme å hente på døren utenfor lokalet. Da fikk brukerne varme måltider og mat for resten av uken».

Den generelle aktiviteten som har falt bort under koronapandemien og resultatene av dette kan man knytte opp mot et sosialkonstruktivistisk perspektiv. Det er, som nevnt tidligere i oppgaven, et sosiologisk perspektiv hvor man betrakter virkelighetsforståelsen sin basert på opplevelser man har opplevd, livssituasjoner man befinner seg i og hvem man kommuniserer med (Tjora, 2020). Hvertfall to av disse tre har blitt drastisk påvirket av koronapandemien. Dette er ytre miljøfaktorer som har blitt drastisk påvirket på grunn av koronatiltakene, slik som isolasjon over lengre perioder, nedstenging av tjeneste- og aktivitetstilbud og tiltak om kohorter. Spesielt så merkes det at tjenestetilbudene de siste to årene har blitt færre eller satt på vent på grunn av pandemien. For en person som opplever ruslidelser så er fysisk aktivitet et veldig sentralt virkemiddel mot depresjon og angstlidelser. Samtidig så øker fysisk aktivitet den generelle tiltakslysten og gjennomføringskraften hos mennesker. Slike forhold er viktige

å ta i betraktning i behandlingen av rusbrukslidelser. For eksempel så er treningsgrupper en behandlingsmåte som gjør det lettere å redusere rusmiddelbruk, begrense og redusere eventuelle tilbakefall. Dette har i stor grad sammenheng med at bedre fysisk form reduserer angstfølelsen og motvirker depresjon. (Kilde, Trening hjelper mot angst og depresjon). Fysisk aktivitet vil også være med på å skape økt velvære og gi alternative måter å kunne regulere mistrivsel og samvær på. På grunn av at de tilbudene som mestringsenheten kan tilby har blitt begrenset under pandemien så kan dette være med på at tendensen for tilbakefall blant rusmisbrukerne øker. Dette blir videre satt i relasjon til gunstige virkninger mot behandling av rusproblemer og psykisk lidelse (Heltne, 2021. s. 66). Som nevnt så kan lite fysisk aktivitet medføre en større tendens for tilbakefall blant rusmisbrukere. Hvis jeg henviser med to eksempler fra intervjuene jeg har foretatt meg så kan det vises at dette muligens stemmer:

Informant 2:

«Hvis jeg skal snakke ut i fra min egen klientliste så har jeg flere tilfeller hvor jeg selv har følt at vedkomne er på bedringens vei, men på grunn av isoleringen og lite sosial kontakt har ført til at vedkomne har falt noen hakk tilbake i sitt behandlingsløp mot å bli rusfri».

Informant 3:

«For vår arbeidsplass så har vi jo måtte stenge ned tilbud slik som turgruppe, joggegruppe og sykkelgruppe midlertidig. Hvis jeg skal basere det på min erfaring og dem jeg har oppfølging på som tar del i disse tilbudene så er det noen få som har gått på en så kalt sprekk og tatt rusmidler. Selv forventet jeg flere tilfeller av de jeg har på min klientliste, men noen har det jo blitt».

Basert på disse svarene og erfaringene som disse sosialarbeiderne har omkring tilbakefallsprosenten og på grunn av de ytre miljøfaktorene som har blitt påvirket, så viser det til at det er tilfeller hvor den sosiale aktiviteten og mangel på deltakelse i tilbud som vektlegger fokus på fysisk aktivitet gjør at det forekommer tilbakefall. Selvfølgelig så kan det være andre grunner for at enkelte rusmisbrukere opplever tilbakefall, men isolasjon og mangel på deltakelse viser seg, basert på ruskonsulentens erfaringer, at det forekommer avvik og tilbakefall på rusen. Man kan knytte dette opp mot det sosialkonstruktivistiske perspektivet siden hverdagsvirkeligheten til klientene har blitt endret av tiltakene regjeringen har satt. Den hverdagsvirkeligheten som et individ har blir påvirket av hvilken sammenheng man tolker

erfaringer fra og hvordan man knytter ulike begrep til ulike situasjoner (Berger, 2006. s 41). Dette er et komplekst samspill som foregår mellom individer og de sosiale omgivelsene man befinner seg i. Siden pandemien endrer på disse sosiale omgivelsene, i form av for eksempel isolasjon, så er dette med på å endre virkelighetsbilde hos rusmisbrukeren. Dermed kan man si at koronapandemien er en direkte årsak til at den sosiale konstruksjonen endres, noe som videre har innvirkning på ruskonsulentens evne til brukermedvirkning i forhold til sin klient. Dette kan begrunnes med å koble pandemien opp mot Thomas-teoremet i den forstand at tolkningen av en situasjon påvirker handling et individ tar for seg. Tolkningen klientene har er ikke objektive og handlingene er påvirket av subjektive synspunkter på situasjonen (Berger, 2006. s. 43). Hvis jeg viser til informant 3 og 4 sine utsagn under kapittel 5.1, så har flere av klientene valgt å ikke møte opp til avtaler på bakgrunn av frykten for å bli smittet av viruset. Her står tolkningene klientene tar for seg en direkte årsak til deres handlinger om å ikke å møte opp.

5.4 Relasjonsteori:

God relasjonsbygging er veldig viktig for behandlingsresultatet. Hjelperens evne til å lytte, forstå brukers situasjon og skape en god arbeidsallianse er avgjørende for å yte best mulig hjelp og å motivere for å bidra til endring og utvikling (Eide, 2017. s. 125). Innen humanistisk psykologi og klientsentrert terapi så har Carl Rogers utformet ulike betingelser man må gå ut i fra for å skape best mulig relasjon med bruker. Disse fire betingelsene er; empati, ubetinget respekt, varme og genuinitet. Av alle disse fire betingelsene så blir evnen til å vise empati ansett som den viktigste. For å bidra til forandring så må hjelper leve seg inn i situasjonen til bruker. Her kommer begrepet «personen i situasjonen» til grunne. Dette begrepet går ut på at det er bruker selv som vet best hvordan sin livssituasjon er, derfor er det viktig at hjelper er med på å forstå brukers perspektiv på sin situasjon (Eide, 2017. s. 125).

Real communication occurs when the evaluation tendency is avoided, when we listen with understanding (Carl Rogers: On Becoming a Person, 1961).

Det er ikke bare Rogers som viser til viktigheten av å danne bærekraftig brukermedvirkning i form av god relasjon mellom bruker og hjelper. Nyere teoretiske og kliniske studier, både internasjonalt (Bohart og Greenberg red. 1997, Shane, Shane og Gales 1997, Mitchell 2000) og i Norge (Nerdrum, 2000, Løvlie Schibbye 2002), belyser viktigheten av relasjonens betydning i samarbeidet. Her tydes det at evnen som hjelper har til å lytte og forstå den andre er med på å skape en god arbeidsallianse, som igjen bidrar til forandring og utvikling hos bruker (Eide, 2017. s. 125). Rogers poengterer at når klienten begynner å se seg selv med hjelp av aksepterende og respektfulle blikk fra hjelper, så vil klienten forandres. For at man skal kunne oppnå dette så må hjelper som sagt sette seg i klientens sted og se saken fra en annen synsvinkel og selv prøve å leve seg inn i brukers situasjon (Eide, 2017. s. 128). Basert på disse punktene som Rogers mener skal være med på å skape god brukermedvirkning og endring hos bruker, så ser vi igjen at de ytre miljøfaktorene, som koronapandemien har brakt med seg, setter en stopper for dette hjelpearbeidet. Mindre mulighet for oppmøte med ruskonsulent, på grunn av tiltaket om begrenning av antall personer man har sosial kontakt med, så mister hjelper muligheten til å nettopp gi aksepterende og respektfulle blikk i møte med rusmisbruker. Et kjent problem for rusmisbrukere er at de har veldig dårlig selvbilde Ifølge Rogers vil et sunt og godt selvbilde gjøre at individet forholder seg lettere til andre på en god og harmonisk måte (Gråwe, 2009. s. 14). Når den positive fremtoningen som bruker opplever hos ruskonsulent faller bort, så kan man se hvor stor stopper koronapandemien setter for samarbeidet mellom rusmisbruker og ruskonsulent.

Intervjuobjekt 3:

«Å danne relasjoner til nye klienter har blitt litt vanskeligere under pandemien. I enkelte tilfeller så har vi oppfølging gjennom en telefonsamtale, da mister man mye av aksept aspektet i arbeidet vårt».

Informant 4:

«Det vanskeligste har nok vært at når nye klienter ikke møter opp til avtaler, på grunn av at de gjerne sier at de har symptomer på korona, så blir vi litt handlinsslammert. De kan ikke komme her på arbeidsplassen, og vi kan ikke møte dem i hjemmet heller. På samme tid så kan man ikke la være å gi oppfølging, det kan gjerne være to uker til neste man har neste samtale med bruker. Selv har jeg tatt oppfølging på telefon, men jeg merker at det er vanskeligere å danne en dyp relasjon og tilknytning på denne måten.»

5.5 Tilknytningsteori

Å danne relasjoner er en stor del av brukermedvirkningen mellom ruskonsulent og rusmisbruker. Relasjonen skaper en arena for trygge og sterke bånd i tilknytningsfasen. Tilknytningsteori, slik som psykologen John Bowlby har utviklet den, tar utgangspunkt i;

«Å ha trygge og sterke bånd til andre er et grunnleggende behov hos ethvert menneske, ikke bare i barnets første leveår, men gjennom hele barndommen, ungdomstiden og frem til tidlig i voksenalderen» (Eide. 2017. s. 129).

Hvis man opplever brudd eller alvorlig trussel på brudd kan dette skape psykiske vanskeligheter. Mange rusmisbrukere har veldig begrenset nettverk utenfor rusmiljøet. Rusmisbruken har gjerne ødelagt familieforhold eller vennskap, noe som gjør at personer med ruslidelser har svært få personer å danne disse trygge og sterke båndene med (Eide. 2017. s. 130). For mest sannsynlig så består de nærmeste i nettverket til bruker av personer som selv har psykiske vanskeligheter eller ruslidelser. Ut i fra den teorien som Bowlby legger frem, så er hjelperens funksjon å legge til rette for at klientens bånd til andre mennesker blir styrket. Siden ruskonsulentens arbeid har blitt påvirket i den form av at man skal begrense smitte blant befolkningen, så blir møtetiden mellom rusmisbruker kortet ned, og de møtes ikke ofte nok til å fremskape en god tilknytning med hverandre (Eide. 2017. s.132). Dette skaper en trussel for relasjonsdanningen og den tilknytningsevnen som rusmisbruker har til ruskonsulenten. Dette skaper vanskeligheter for brukerens rett til medvirkning i sitt behandlingsforløp.

5.6 Digitalisering

På mestringsenheten, slik som mange andre arbeidsplasser, så har pandemien gjort at man må tenke nytt i hvordan man utfører arbeidet sitt. Pandemien har gjort at man, nesten over natten, må tenke nytt og finne ut av hvordan man best mulig kan opprettholde det tjenestetilbudet man gir. Alle fire informantene var samsvarte i intervjuene sine om at den største omveltningen i deres arbeid, og utøvelse av brukermedvirkning til klientene sine, var digitaliseringen som koronapandemien har påført samfunnet.

Informant 1:

«Den største omveltningen i vårt arbeid må nok ha vært at vi bruker teams mye mer enn før. All møtevirksomhet går nesten bare over teams, det har medført en del positive aspekter i arbeidet vårt».

Informant: 4:

«Det er helt klart bruken av teams og digitaliseringen som har blitt påvirket størst i vårt arbeid. Personlig så mener jeg at vi har klart å opprettholde kvaliteten på arbeidet samtidig som at mine klienter fortsatt opplever god brukervedvirkning».

Den raske digitaliseringen man opplever av koronapandemien påvirker oss i hvordan vi lever på hverdagsbasis, hvordan vi kommuniserer med hverandre og hvordan vi fremskaffer oss informasjon og kunnskap (Jacobsen. 2021. s. 463). Basert på ruskonsulentenes erfaringer så tilkjenner samtlige av informantene at de har opplevd digitaliseringen som en positiv faktor i deres arbeid sammen med rusmisbruker, og at klientene har respondert veldig positivt til dette. Det ruskonsulentene legger frem som de syns er positivt med digitalisering, i henhold til brukervedvirkningen til rusmisbruker, er at ansvarsgruppemøter og samarbeidsmøter har blitt lettere å få til, og det krever mindre planlegging både for rusmisbruker og hjelper.

Informant 2:

«Bruken av teams har gjort at det er mye lettere å samle fagpersoner for det tverrfaglige samarbeidet. Vi trenger ikke å reise til en plass for å samles. Slik som ting er nå så må vi som ruskonsulenter bare koordinere med klient, og sørge for at vedkomne stiller opp, også bruker vi teams til å kontakte andre aktører slik som advokater, fastleger og andre rådgivere. Dette gjør at vi sparer mye tid og krefter, dette gjør at vi effektiviserer arbeidet vi gjør».

Som informant 2 sier, og som resten av informantene erfarer, så har digitaliseringen påvirket brukervedvirkningen positivt. Siden det har blitt vanligere for arbeidsplasser å bruke videosamtaler gjennom Teams som hjelpemiddel under møtevirksomhet, så sparer dette tid og

krefter når man skal ha møter med andre aktører som er med i hjelpen av behandlingen av en rusmisbruker. Ansvarsgruppemøter og samarbeidsmøter er nå kun to tastetrykk unna, noe som gjør at effektiviteten av arbeidet har blitt forbedret. Her ser vi nok et eksempel på hvordan det sosialkonstruktivistiske perspektivet kommer til spille. De sosiale fenomenene man har i samfunnet er sosialt konstruert, og kravet om å isoleres og begrense kontakt med andre mennesker, legger opp løpet for å bruke Teams og digitalisere arbeidshverdagen.

Selv om digitaliseringen har vært bra for brukermedvirkningen så kan det stilles spørsmål om ruskonsulentens rolle har blitt enda viktigere for å fremheve medvirkning sammen med bruker. Som nevnt tidligere så er relasjonsdanning mellom bruker og hjelper veldig viktig for å skape et godt samarbeid. Denne formen for arbeid står svært sentralt i ruskonsulentens arbeidsdag. Dette gjelder både før og etter korona. På bakgrunn av digitaliseringen så har man måtte møte andre aktører, slik som fastlege, NAV veileder eller rådgivere gjennom teams møter på en dataskjerm. Hvis man skal tenke på rusmisbrukers velvære og helse, så kan det stilles spørsmål til om at siden møter med fastlegen som oftest går gjennom teams, så får ruskonsulenten en større og viktigere rolle for å vurdere hvordan rusmisbrukeren har det. Siden det kun er ruskonsulenten som ser bruker ansikt til ansikt så plukker hjelper lettere opp på om det er noe som er galt. For fastlegen sin del så kan det være vanskelig å plukke opp på slike ting når man ser bruker gjennom en dataskjerm. På spørsmål om ruskonsulenten selv føler at de har et større ansvar for den kliniske vurderingen av sine klienter så svarer informantene:

Informant: 1

«Jeg føler ikke et større ansvar, vi har så tett og bra kontakt med de andre hjelpeaktørene til klientene, slik at de fleste vet hvordan klientens situasjon og helse er før man i det hele deltar på møtet».

Informant: 4

«Klientene er vanligvis veldig delaktige i møtene, slik at de som sitter på teams klarer å plukke opp om noe er galt hos bruker, og hvis de plukker opp på noe så spør de direkte til bruker under møtet. Siden det er jeg som sitter i samme rom som min klient så føler jeg at vi har god kontroll om vi plukker opp på noe som er galt»

Etter det ruskonsulentene erfarer og responsen de har fått av klientene sine så føler brukerne seg godt ivaretatt under slike møter, selv om det er gjennom videosamtaler på Teams. Relasjonen som dannes til fastlegen har ikke blitt preget og tilknytningen som rusmisbruker får til fastlegen har fremdeles god kvalitet. Sett opp mot Bowlbys tilknytningsteori, som har blitt nevnt i oppgaven tidligere, så kan ruskonsulentens funksjon i henhold til brukermedvirkning fungere som en tilrettelegger for klientens bånd til andre hjelpeorganer og personer. Så selv om erfaringene til ruskonsulentene tilsier at de ikke føler et større press eller ansvar for å vurdere hvordan helsesituasjonen til klienten sin, så er rollen som tilrettelegger ganske fremtredende i arbeid mot at en klient skal få kontroll på sine ruslidelser.

6. Oppsummering og konklusjon

I denne oppgaven har jeg sett på hvilke erfaringer ansatte innenfor fagfeltet rus har i henhold til hvordan brukermedvirkningen har blitt påvirket av korona pandemien. På bakgrunn av at temaet omkring effektene av korona på ulike områder ennå ikke er så kjent, siden pandemien nettopp har forsvunnet, så valgte jeg å ha en litt åpen problemstilling. Det er mange ulike faktorer som spiller inn på begrepet brukermedvirkning, derfor så var det stor mulighet for å utforske de erfaringene som ruskonsulentene har hatt ovenfor tematikken.

Før jeg begynte å skrive oppgaven så valgte jeg ut den teorien og det perspektivet som jeg best mulig følte kunne berike problemstillingen min. Videre valgte jeg intervju som fremgangsmetode for å samle inn data. Etter å ha valgt fire informanter, basert på krav om faglig erfaring og kompetanse, så viste det seg at de var ganske samstemte i deres oppfattelse og erfaringer til hvordan korona har påvirket brukermedvirkningen mellom dem og deres klienter. Samtlige av informantene opplevde at det ble vanskeligere å opprette kontakt med klientene sine fordi de var vanskeligere å få tak i. Samtidig så opplevde de det som vanskeligere å danne en god relasjon med klientene sine. Digitaliseringen, var i følge informantene, en positiv endring i måten ruskonsulenten jobber på. Informantene tilsier at denne digitaliseringen i forhold brukermedvirkningen har vært en endring som gjør det lettere å koble på andre instanser i møtevirksomhet. Det krever mindre tid og arbeid for å sette opp møter, noe som gir en mindre påkjenning for både ruskonsulenten og klienten.

Gjennom oppgaven så har jeg rettet en del fokus på hvordan de ytre miljøfaktorene påvirker rusmisbrukers atferd, kvaliteten på ruskonsulentens arbeid og interaksjonen mellom disse to partene. Informantene mente at kvaliteten på tjenestetilbudet ble dårligere fordi de rett og slett hadde mindre sosiale tjenester å gi til klientene sine. Dette var en ringvirkning av regjeringens tiltak i henhold til å få kontroll på krisesituasjonen som samfunnet var i. Videre erfarte informantene at enkelte opplevde tilbakefall i rusen. Dette kan ha sammenheng med de nasjonale tiltakene slik som sosial isolasjon, mindre eller begrenset tjeneste tilbud og endret virkelighetsbilde hos brukerne. Ettersom at rusmisbrukernes hverdag ble endret så drastisk, så satte dette begrensninger på behandlingsforløpet deres. Alle disse endringene i arbeidet mellom rusmisbruker og ruskonsulent er direkte resultat av at samfunnet er sosialt konstruert, slik som Berger og Luckman legger frem i sin konklusjon omkring det

sosialkonstruktivistiske perspektivet. Menneskers virkelighetsforståelse og samhandlingen man har med samfunnet, former menneskers hverdagsvirkelighet.

Alt i alt så tyder det på at pandemien påvirket brukermedvirkningen mellom rusmisbruker og ruskonsulent og arbeidet de gjør sammen. Selv om det var mer negative enn positive endringer så har ruskonsulentene klart å opprettholde god kvalitet på tjenestetilbudet. På samme tid så er det vanskelig å finne forskning på dette for å kunne sette to streker under svaret. Dette kan man begynne med at koronapandemien nå nylig har begynt å forsvinne fra samfunnet vårt, så har man ikke hatt tid til å ta for seg forskning innenfor temaet. Det er først nå, når man har fått kontroll på viruset og ting går tilbake til normale tilstander, at man kan forske mer rundt effekten av viruset og gå mer inn på ulike fagområder og se hvordan de har blitt påvirket av pandemien. Å utforske rundt pandemien sin effekt på brukermedvirkningen innenfor rusfeltet har vært veldig givende og utfordrende. Siden det ikke er så mye forskning rundt denne tematikken så har det vært utrolig spennende å komme i så tett kontakt med fagområde, hvor den dataen og informasjonen jeg har fått er noe av det mest dagsferske jeg kunne fått.

Litteraturliste

Amundsen, E.J. (2010). *Hva er misbruk og avhengighet?: Betegnelser, begreper og omfang* (SIRUS-Rapport nr 4/2010). Statens institutt for rusmiddelforskning. (s-7-73*). Oslo

[sirusrap.4.10.pdf \(fhi.no\)](#)

Amundsen, E.J. (red.). Nordlund, S., Rise, J. Skretting, A. & Lund, I. (2010). *Hva er misbruk og avhengighet?.* Sirius2010. (s. 2-78*)

Berger, P.L. & Luckmann, T. (2006). *Den samfunnskapte virkelighet.* Fagbokforlaget. (6-211*)

Dalland, O. (2021). 7. Utgave. *Metode og oppgaveskriving.* Gyldendal. (4-271*)

Det kongelige helsedepartementet (2004). *Rusreform – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven* (s.24-30*)

[Microsoft Word - rundskriv rusreformen.doc \(regjeringen.no\)](#)

Direktoratet for e-helse. (2022, 1. januar). *ICD-10 – Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer.* Direktoratet for e-helse.

[FinnKode - Direktoratet for e-helse medisinske kodeverk - ICD-10, NCMP, NCSP, ICPC-2, BUP, ICF-CY \(ehelse.no\)](#)

Eide. T. Eide. H. (2017). *Kommunikasjon i praksis.* Gyldendal. (7-317*)

Fellesorganisasjonen. (2017). *Global definisjon av sosialt arbeid*.

[Global definisjon av sosialt arbeid NO.pdf \(fo.no\)](#)

Fellesorganisasjonen (FO), 2019

[Yrkesetisk grunnlagsdokument.pdf \(fo.no\)](#)

Gråwe, R.W. (2009) *Mestring av rus- og psykiske problemer: et gruppebasert lærings- og mestringsprogram: Arbeidsbok*. Akademisk forlag. (30-62*)

Helsedirektoratet. (2017). *Brukermedvirkning*

[Brukermedvirkning - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet. (2022). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*.

[Brukermedvirkning. Individuell plan. Rett til informasjon og opplæring. Fritt behandlingsvalg. - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet. (2013). *Sammen om mestring*.

[Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne – Veileder.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Heltne, U.M. (Red.). Hauken, M.A. (2021). *Pandemi og Krisepsykologi; Psykososiale utfordringer og støttetiltak*. Fagbokforlaget. (s. 3-199*)

Hølaas, I. I. (2021). *Velferdssamfunnet satt på prøve*. Røde Kors Oslo. (s. 3-35*)

Jacobsen, D.I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Høyskoleforlaget. (s. 113-123*)

Jacobsen, E. (Red.), Knudsen, M.W., (Red.). Schjelderup, G.E., (Red.). (2021). *Forbrukersosiologi*. Fagbokforlaget. (s. 442-477*).

Jensen, A.L.B. & Bachs, L. (2022). *Rusmidler*. Store norske leksikon
[rusmidler – Store medisinske leksikon \(snl.no\)](https://snl.no/rusmidler)

Klein, J. (2022) *Koronapandemien*. Store norske leksikon.
[koronapandemien – Store medisinske leksikon \(snl.no\)](https://snl.no/koronapandemien)

Kleppe, L. C. (Red.). (2010). *Sosialt arbeid; En grunnbok*. Universitetsforlaget. (36-46*)

Kraft, P. (2016). *Rusmiddelavhengighet; et psykologisk perspektiv*. Universitetsforlaget. (s. 19-39*)

Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og Avhengighet*. Universitetsforlaget. (s. 4-395*)

Repstad, P. (2017). *Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere*. Universitetsforlaget. (s. 3-258*)

Schiefloe, P.M. (2011). *Mennesker og samfunn: Innføring i sosiologisk forståelse*. Fagbokforlaget. (s. 8-545*)

Karlsson, B. (Red.). Sjøfjell, T. (2021). *Medvirkning i psykisk helse- og rusarbeid*. Universitetsforlaget. (s. 4-240*)

Tjora, A. (2020). *Sosialkonstruktivisme*. Store norske leksikon
[sosialkonstruktivisme – Store norske leksikon \(snl.no\)](https://snl.no/sosialkonstruktivisme)

World Health Organization. (2022). *WHO Coronavirus (Covid-19)*.

[WHO Coronavirus \(COVID-19\) Dashboard | WHO Coronavirus \(COVID-19\) Dashboard With Vaccination Data](#)

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til informanter

Ønsker du å delta i forskningsprosjektet

«Pandemi og brukermedvirkning i rusomsorgen»?

Mitt navn er [REDACTED]

Jeg studerer sosialt arbeid ved Universitetet i Stavanger. Jeg skriver min oppgave om fagfeltet rus og trenger informanter som kan stille til intervju. Intervjuene vil vare rundt 40 minutter. Ettersom at koronapandemien har preget samfunnet de siste to årene, så ønsker jeg å høre fra deg og dine erfaringer som ruskonsulent. Tematikken spørsmålene vil være rettet mot er hvordan du som ruskonsulent føler at arbeidet ditt har blitt påvirket i henhold til brukermedvirkning til dine klienter.

Dette er herved en invitasjon til deg hvis du ønsker å dele dine erfaringer og stille til intervju.

Ditt personvern

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg i formålene som står i dette skrevet. Det er bare jeg som intervjuer som har tilgang til dine personopplysninger.

Jeg har tatt for meg forsvarlige rutiner for å forsikre at dine personopplysninger er trygge. For å forhindre lagring på telefon, så vil det bli benyttet en ekstern lydopptaker. Informasjonen din vil bli anonymisert, samtidig som at jeg personlig skal gå gjennom opptakene og skrive ned informasjonen du gir meg under intervjuet. Dette gjør jeg for å kryptere og anonymisere informasjonen. Etter dette har blitt gjennomført så slettes opptakene.

Dine rettigheter som informant

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- Å få slettet personopplysninger om deg
- Mulighet til å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger, om du skulle ønske det

Håper du har lyst til å stille som informant til min bacheloroppgave.

Med vennlig hilsen

A solid black rectangular box used to redact the sender's name and signature.

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet «Pandemi og brukermedvirkning i rusomsorgen», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- Å delta i prosjektet «Pandemi og brukermedvirkning i rusomsorgen»
 - Å delta i et individuelt intervju
 - At intervjuet blir tatt opp på lydopptaker
 - At informasjonen du gir meg blir behandlet frem til prosjektet er avsluttet
-

(Signert av informanter, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

(Ca 40 minutter)

Til informanten:

Hei, først vil jeg takke deg for at du ønsker å stille til intervju.

Dette er spørsmålene du kommer til å få under intervjuet, med forbehold om at oppfølgingsspørsmål kan komme, dersom jeg som intervjuer ønsker å dykke dypere inn på noen temaer. Jeg ber herved om at du danner dine egne refleksjoner og ikke diskuterer spørsmålene med andre ansatte på arbeidsplassen din. Dette er ønskelig siden jeg foretrekker selvstendige svar, som du som informant har reflektert deg frem til selv, uten påvirkning av andre personer.

Dine refleksjoner

1. Hvordan føler du at koronapandemien har påvirket brukermedvirkning mellom deg og dine klienter?
2. Har rusmisbrukere blitt vanskeligere å få tak i på grunn av mer isolering under covid?
3. Hva vil du si har vært den største utfordringen for deg som ruskonsulent i henhold til oppfølging av rusmisbrukere under pandemien?
4. Hvordan har covid påvirket relasjonsetableringen mellom ruskonsulent og rusmisbruker? Vanskeligere eller lettere?
5. Har antall henvendelser økt under koronapandemien?
6. Har det vært en økning i avlyste avtaler med innbygger under korona pandemien (Lettere å finne en unnskyldning til å ikke møte til avtale?)

7. Føler du et større ansvar for den kliniske vurderingen på bakgrunn av digitaliseringen som pandemien har gitt samfunnet?

Rusmisbrukerens perspektiv

8. Har det blitt mer misbruk/sidemisbruk under covid?
9. Kommer du på et felles problem som har oppstått for rusmisbrukere under covid? Mindre sosial aktivitet? Mer isolering?
10. Har det blitt mye tilbakefall på rusen under covid? Har rusfrie fallt tilbake på rusen under korona? (Hva tror du grunnen til dette er?)

Om tjenestetilbudet

11. Vil du si tjenestetilbudet dere gir har blitt bedre eller verre under covid?
12. Har det blitt vanskeligere eller lettere å finne løsninger og tilby ulike hjelpemidler til klientene på bakgrunn av nedstengte avdelinger og permitteringer hos ulike bedrifter og samarbeidspartnere.
13. Hvordan har pandemien påvirket samarbeidet med andre aktører?
14. Hvilke arbeidsmetoder på arbeidsplassen har endret seg under Covid 19?