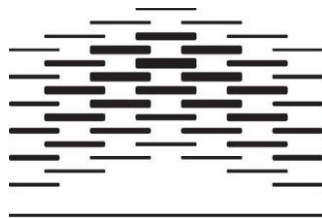


**MASTEROPPGAVE**  
**Masterstudiet i Helse og empowerment**  
**Mai 2016**

Å balansere kontroll og relasjon-  
Miljøarbeidere i klemme mellom bruker og system i LAR

May Anita Belseth

**Fakultet for helsefag**  
**Institutt for helse, ernæring og ledelse**



**HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS**

## Forord

Nå kan hverdagen og ikke minst livet endelig begynne igjen!

Prosessen med å skrive denne masteroppgaven har vært en lang, tøff, morsom, slitsom, gledelig, vanskelig og ikke minst lærerik tid

Det er mange som har blitt både frivillig og ufrivillig involvert i denne prosessen:

Jeg vil først og fremst rette en stor takk til alle deltakerne som har bidratt i undersøkelsen og som har gjort det mulig for meg å gjennomføre studien.

Jeg vil også takke gode venner for fine samtaler og oppmuntring, og en spesiell takk til Suzanne som bidro under intervjuene. Kollegaer og medstudenter for gode råd og faglige innspill og til familien min for deres tålmodighet og forståelse i både gode og mindre gode dager i skriveprosessen.

Tusen takk til mine veiledere Magne Haukland & Ingrid Ruud Knutsen for gode innspill, råd og motivasjon.

Oslo, mai 2016

May Anita Belseth

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er et tilbud som gir mennesker med langvarig opioidavhengighet substitusjonslegmidler som en erstatning for andre opiater. LAR er underlagt politisk styring og strenge kontrolltiltak. Samtidig er brukermedvirkning og maktomfordeling en målsetning når miljøarbeidere møter pasienter i LAR-tiltakene. Miljøarbeiderne skal følgelig forholde seg til dels motstridende krav og forventninger i samhandlingen med LAR-pasientene.

**Hensikt:** Hensikten med studien er å undersøke og beskrive hvordan miljøarbeidere opplever relasjonsarbeid i LAR. Teoretisk trekkes det veksler på teori som belyser makt i relasjonsarbeid med vekt på empowerment, omsorg og bakkebyråkrati.

**Metode:** Studien har et kvalitativt design, med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Det ble gjennomført 3 fokusgruppeintervjuer med totalt 14 miljøarbeidere som arbeider innenfor LAR. Data er analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

**Resultat:** Studiens hovedfunn viser at miljøarbeidere opplever utfordringer og dilemmaer i relasjonsarbeidet i den daglige samhandlingen med pasienter. De opplever å befinne seg i et spenningsforhold mellom brukerens behov, tilgjengelige ressurser og LAR-retningslinjenes begrensninger, og følgelig står de i en lojalitetskonflikt mellom pasient og system. I diskusjonen trekkes det veksler på teoretiske perspektiver av de ulike faktorene som påvirker relasjonsarbeidet mellom miljøarbeider og pasient i LAR

**Konklusjon:** Studiens synliggjør flere utfordringer miljøarbeidere møter i hverdagen i samhandling med LAR-pasienter. Miljøarbeiderne befinner seg i konfliktfylte spenningsfelt og dette reiser etiske dilemmaer som oppstår i relasjonen mellom miljøarbeider og pasient når retningslinjene ikke er i overensstemmelse med pasientens ønsker og behov

**Nøkkelbegrep:** legemiddelassistert rehabilitering, relasjon, bakkebyråkrati, omsorg, empowerment, makt

## Abstract

**Background:** Substance abuse treatment is an offer that gives people with long term opioid dependence substitution drugs as a substitute for other opiates. Substance abuse treatment is subjected to political control and demands strict supervision of patients. Nevertheless is user participation and redistribution of power an aim when milieu therapists meet patients in substance abuse treatment. Milieu therapists are accordingly supposed to conduct themselves to conflicting demands and expectations in the interaction with patients in substance abuse treatment

**Purpose:** The purpose of this study is to investigate how milieu therapists experience their relationship with patients in substance abuse treatment. Theoretically, the study draws on understandings of power related to empowerment, care and street level bureaucracy.

**Method:** The study has a qualitative design, with a hermeneutic-phenomenological approach. Three focus group interviews were conducted with 14 milieu therapist working in substance abuse treatment. Data are analyzed helped by qualitative content analysis.

**Results:** The main findings show that milieu therapists experience challenges and dilemmas in daily interaction with patients. They experience tensions between the patient's needs, available resources and the directions of substance abuse treatments restrictions, leading to a conflict of loyalty. In the discussion, the study draws on varieties of theoretical insights that explains different aspects of the relationship between milieu therapists and patients in substance abuse treatment.

**Conclusion:** The study shows several challenges in every day interaction between milieu therapists and patients. Milieu therapists find themselves in a field of tension, leading to ethical dilemmas in the relationship with patients when directions of the treatment are not in compliance with patients' wishes and needs.

**Key words:** Substance abuse treatment, relationship, street level bureaucracy, care, empowerment, power

## Innhold

Forord.....	1
Abstract .....	3
1 Innledning.....	7
<b>1.1 Bakgrunn for studien .....</b>	<b>7</b>
<b>1.2 Norsk narkotikapolitikk.....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 Empowerment .....</b>	<b>8</b>
<b>1.4 Hensikt.....</b>	<b>10</b>
<b>1.5 Formål.....</b>	<b>10</b>
<b>1.6 Problemstilling .....</b>	<b>10</b>
<b>1.7 Forskningsspørsmål.....</b>	<b>10</b>
<b>1.8 Avgrensning .....</b>	<b>11</b>
<b>1.9 Begrepsavklaringer .....</b>	<b>11</b>
<b>1.10 Oppgavens oppbygning.....</b>	<b>12</b>
2 Legemiddelassistert rehabilitering .....	13
<b>2.1 Historikk.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 LAR i Norge .....</b>	<b>14</b>
<b>2.3 Organisering av LAR .....</b>	<b>15</b>
<b>2.4 Pasienten i LAR .....</b>	<b>16</b>
3 Teoretiske perspektiver .....	17
<b>3.1 Relasjon .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 Miljøarbeideren som omsorgsperson.....</b>	<b>19</b>
<b>3.3 Miljøarbeiderne som bakkebyråkrater .....</b>	<b>22</b>
3.3.1 Utilstrekkelige ressurser .....	23
3.3.2 Tvetydige mål.....	23
3.3.3 Fremmedgjøring .....	23
3.3.4 Ufrivillige klienter .....	24
4 Litteratur og artikkelsøk .....	25
<b>4.1 Søkeprosessen.....</b>	<b>25</b>
<b>4.1.1 Inklusjonskriterier for artikler .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1.2 Relevant forskning på feltet.....</b>	<b>25</b>
4.2 Fagarbeider-pasientrelasjon.....	26
<b>4.3 Livskvalitet .....</b>	<b>26</b>
4.4 Empowerment og bakkebyråkratiet.....	27

5 Metode.....	31
<b>5.1 Valg av metode og forskningsdesign .....</b>	<b>31</b>
<b>5.2 Vitenskapelig utgangspunkt .....</b>	<b>31</b>
5.2.1 Hermeneutikk .....	32
5.2.2 Fenomenologi.....	32
<b>5.3 Min rolle som forsker og egen forforståelse .....</b>	<b>33</b>
<b>5.4 Fokusgruppeintervju .....</b>	<b>33</b>
5.5 Moderator rollen.....	34
<b>5.6 Utvalget.....</b>	<b>35</b>
5.6.1 Valg av antall fokusgrupper og antall deltakere .....	35
5.6.2 Homogent utvalg: .....	36
5.6.3 Rekruttering av deltakere: .....	37
5.6.4 Strategisk og hensiktsmessig utvelgelse.....	37
<b>5.7 Datainnsamling .....</b>	<b>38</b>
5.7.1 Forberedelse til intervju.....	38
<b>5.8 Transkribering.....</b>	<b>39</b>
<b>5.9 Analyse.....</b>	<b>39</b>
<b>5.10 Etske aspekter .....</b>	<b>41</b>
5.10.1 Frivillig informert samtykke.....	42
5.10.2 Oppbevaring av opplysninger og anonymisering .....	42
<b>5.10.3 Forskerrollen.....</b>	<b>43</b>
6 Presentasjon av funn og fortolkninger.....	44
<b>6.1 Relasjonsarbeid.....</b>	<b>45</b>
6.1.1 Trygghet skaper god relasjon .....	45
6.1.2 Mistanke om rusbruk er utfordrende for relasjon .....	46
6.1.3 Ytre kontroll skaper begrensning for tillit .....	47
6.1.4 Anerkjennelse gir rom for tillit og mindre kontroll .....	48
<b>6.2 Spenningsfelt .....</b>	<b>48</b>
6.2.1 Spenningsfelt mellom kontrollrolle og hjelperrolle.....	48
6.2.2 Spenningsfeltet mellom mistillit og tillit .....	50
<b>6.3 Overlevelsesstrategi .....</b>	<b>51</b>
6.3.1 Å gjemme seg bak systemets og legens makt bidrar til å opprettholde god relasjon .....	51
6.3.2 Opplevelse av å være balansekunstner .....	52
7 Diskusjon .....	53
<b>7.1 Studiens kvalitet.....</b>	<b>53</b>

7.1.1 Troverdighet .....	53
7.1.2 Bekreftbarhet .....	54
7.1.3 Overførbarhet .....	54
<b>7.2 Diskusjon av funn .....</b>	<b>54</b>
<b>7.2.1 Hvilken erfaringer har miljøarbeidere i LAR med etablering og opprettholdelse av en tillitsbasert relasjon overfor pasienter? .....</b>	<b>55</b>
<b>7.2.2 Hvilke utfordringer står miljøarbeiderne i til henholdsvis pasient og system? ...</b>	<b>57</b>
8 Avslutning .....	61
<b>8.1 Kritisk refleksjon .....</b>	<b>61</b>
<b>8.2 Konklusjon .....</b>	<b>61</b>
<b>8.3 Veien videre .....</b>	<b>62</b>
Litteraturliste .....	63
Vedlegg .....	67
<b>Vedlegg 1 .....</b>	<b>67</b>
<b>Vedlegg 2 .....</b>	<b>69</b>
<b>Vedlegg 3 .....</b>	<b>71</b>
<b>Vedlegg 4 .....</b>	<b>77</b>
<b>Vedlegg 5 .....</b>	<b>78</b>
<b>Vedlegg 6 .....</b>	<b>79</b>

## 1 Innledning

Utgangspunktet for denne studien kommer av mitt engasjement som vernepleier i arbeid med rusavhengige. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i miljøterapeuters erfaringer i relasjonsarbeid med pasienter innenfor legemiddellassistert rehabilitering (Heretter kalt LAR).

### 1.1 Bakgrunn for studien

Narkotikaproblemer rammer et stort antall mennesker, familiene deres og de nære omgivelsene. Statens institutt for rusmiddelforskning anslo i 2014 at antall injiserende rusbrukere i landet var 8400 personer (Skretting, Bye, Vedøy & Lund, 2014). Det er store helsemessige og sosiale skadevirkninger i forbindelse med dette, i tillegg til de menneskelige tragediene. Man ser at det er store vanskeligheter å skape trygghet i hverdagen ved rusmiddelmissbruk. Videre ser man at narkotika har store konsekvenser for samfunnet for øvrig i form av narkotikarelatert kriminalitet, utgifter til rettshåndhevelse, forebyggende tiltak, samt helse- og sosiale tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

### 1.2 Norsk narkotikapolitikk

Helse- og omsorgsdepartementet har hovedansvaret for alkohol- og narkotikapolitikken i Norge. Departementet er ansvarlige for en helhetlig og samordnet politikk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Norsk rusmiddelpolitikk har et overordnet mål om å redusere de negative konsekvensene rusmiddelbruk har for enkeltindivid og for samfunnet. For å nå dette kreves en koordinert, helhetlig og balansert narkotikapolitikk. Denne er basert på premisser og verdier som er forankret i en balansert tilnærming mellom en human og en restriktiv linje:

- Narkotika er og skal være ulovlig
- Alle personer med rusmiddelproblemer har rett til et verdig liv og til å møtes med respekt av samfunnet og behandlingsapparatet
- Det er et mål å bidra til at færre bruker narkotika, da omfanget av negative sosiale og helsemessige konsekvenser, herunder sykdom og ulykker, øker når rusmiddelforbruket øker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Fra et sosialpolitisk ståsted har diskusjonen rundt substitusjonsbehandling stor betydning for mange enkeltindivider. Utformingen av politikken har mye å si for den enkelte rusavhengige. I forhold til LAR behandling blir det bestemt hvilket legemiddel en har mulighet til å få, hvor streng kontroll behandlingen består av og hvilke sosiale tilbud som finnes (Frantzen, 2011).



### 1.3 Empowerment

Den første internasjonale konferansen om folkehelse fant sted i Ottawa 21 november 1986, denne blir kalt The Ottawa charter for Health Promotion. Folkehelsearbeid omfatter både helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid (Prop 90 L (2010-2011)). Opprinnelsen av ordet Empowerment knyttes ofte opp til den amerikanske borgerrettighetsbevegelsen som fant sted på 1970- tallet. Andre viktige inspirasjonskilder var kvinnebevegelsen, frigjøringsbevegelsene og selvhjelpsorganisasjoner.

Definisjonen på uttrykket ble i Ottawa charteret, at empowerment er en prosess som gjør folk i stand til å øke kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse (Helsedirektoratet, 2010).

Empowermentideologien vektlegger omfordeling av makt, fra fagfolk til brukere. Ideologien kan forstås som et slags motsvar til et paternalistisk syn på brukeren. Brukermedvirkning og synet på brukeren som ekspert på seg selv er sentralt i helsepolitiske føringer. Disse føringene får konsekvenser for fagfolkenes rolle og funksjon overfor brukerne. Helsepolitiske føringer fremkommer blant annet i landets lover. Ny helselov fra 1999 representerer et paradigmeskifte, et paternalistisk syn på brukerne som tradisjonelt har preget helsetjenesten, mot en vektlegging av brukerens rettigheter (Kjønstad, 1992).

Tveiten (2008) beskriver at medvirkning, maktfordeling og anerkjennelse av bruker som ekspert i eget liv er sentrale prinsipper i empowerment. For å hjelpe en bruker i empowermentprosessen må tjenesteutøveren gi slipp på sitt kontrollbehov og verdsette brukermedvirkning. Gjensidig respekt er viktig, og samhandling må preges av likeverd og maktfordeling i en deltakende relasjon (Tveiten, 2008).

*«Empowerment forutsetter en arena fri for bruk av makt og en relasjon basert på likeverd. Det er pasientenes egne verdier som må stå i fokus» (Tveiten, 2008, s 38).*

Empowerment-tenkingen som ideologi i helse- og sosial faglige yrker er muligens et ideelt og ønskelig utgangspunkt for både fagarbeidere og pasienter. I LAR er begge parter underlagt et lovverk som fagarbeiderne må forholde seg til, og pasientene følges opp med kontrolltiltak og overvåket medisininntak.

Legemiddelassistert rehabilitering kan være, ifølge Nasjonale retningslinjer for LAR (2009), et livslangt rehabiliteringsforløp. I retningslinjene beskrives det at en skal samarbeide om å gi pasienten nødvendig bistand slik at de kan oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne,

selvstendighet og deltakelse i samfunnet. Hovedmålet vil være å legge til rette for pasientenes egne ønsker, at livskvalitetsmål realiseres og å redusere skader av opioidmisbruk.

Jeg har erfaring med denne brukergruppen etter arbeid i et LAR- tiltak. Jeg opplever relasjonsarbeid som en viktig del av en rehabiliteringsprosess innenfor dette området. Aamodt (2014) skriver at det er en allmenn oppfatning blant hjelpeapparatet at en god relasjon mellom hjelpeapparat og pasient kan være med på å fremme rehabiliteringsprosessen. Av egne erfaringer opplever jeg at skjevhet i maktforhold og strenge kontrolltiltak i LAR kan være med på å vanskeliggjøre god samhandling og god relasjon mellom miljøarbeidere og pasienter. Dette kan for eksempel vise seg ved mistanke om rusbruk og ved inndragelse av henteordning av medisiner. Kontrolltiltak i form av urinprøver og spyttprøver oppleves til tider vanskelig for pasienten, fordi pasientene opplever kontrolltiltakene som mistillit fra miljøterapeutene.

Min erfaring er at LAR-behandling krever mer enn farmakologisk behandling. Psykososial oppfølging av pasienter er sentralt i all behandling, også innen rusbehandling (Waal, Busserud, Clausen, Håseth & Lillevold, 2014). En viktig del av behandling er relasjonsarbeid da dette kan bidra til å fremme pasientens rehabiliteringsprosess (Aamodt, 2014). Legene i LAR har beslutningsmakt over bruk av avhengighetsskapende legemidler og kontrolltiltak, som medfører at maktforholdet mellom tjenesteutøver og pasienter er skjevt. Dette bidrar også til utfordringer knyttet til brukermedvirkning i LAR i form av tydeliggjøring av roller og ansvar for beslutninger. Pasienter i LAR kan oppleve kontrolltap i stort omfang i livet og stor grad av umyndiggjøring som følge av strenge kontrolltiltak i LAR (Helsedirektoratet, 2010). I lys av empowermentprinsippene som brukermedvirkning og anerkjennelse (Tveiten, 2009) anser jeg ut i fra personlige og faglige interesser at dette er et viktig tema å gå dypere inn i for å få mer kunnskap om miljøarbeideres refleksjoner rundt maktforhold i samspillet mellom pasient og profesjonell på dette feltet.

I en brukerundersøkelse utført av brukerorganisasjonen proLAR i 2014 kommer det frem at 63% av brukerne som har svart på undersøkelsen blant annet hadde kommentert at de ønsket bedre oppfølging, bedre imøtekommelse, bedre ivaretagelse, bli tatt på alvor, bli behandlet med respekt på lik linje som andre pasienter, mer frihet og medvirkning og å kunne være ærlig uten å straffes (Vestergaard, Brun, Bjørnstad & Øiern, 2014).

I rapport fra seminar om sårbare grupper i 2008 (Ruyter, Solbakk og Waal, 2008) kommer det frem at behandling av ruslidelser har stor politisk oppmerksomhet og uenighet. Det er store

økonomiske interesser knyttet til hvilken behandling helsevesenet velger. Ofte er det slik at helsevesenet har begrenset kapasitet, og en behandling må vike for en annen. Det er derfor krav om god dokumentasjon av effekt og bivirkning ved behandling i legemiddelassistert rehabilitering. Ved forskjellige LAR tiltak undersøkes ofte effekt av farmakologisk behandling i kombinasjon med psykososiale tiltak som beskrevet i nasjonale retningslinjer for LAR; bolig, nettverk, sysselsetting og økonomi. I en rapport av IRIS (Nationalt research Institute of Stavanger) i 2006 kommer det frem at psykososial oppfølging gir bedre effekt av behandling, det reduserer sosial og psykisk belastning, bidrar til redusert forbruk av illegale rusmidler og reduserer kriminalitet, samt bedrer psykisk og fysisk helse.

#### 1.4 Hensikt

Hensikten med studien er å undersøke og beskrive hvordan miljøarbeidere opplever relasjonsarbeid i LAR.

#### 1.5 Formål

Formålet med studien er å skape bevisst refleksjon mellom miljøarbeidere rundt relasjonsarbeid med pasienter, og hvilke faktorer som spiller inn i relasjonsbygging og samhandling i det daglige. Studien kan bidra til en økt forståelse av de forskjellige utfordringer og dilemmaer miljøarbeidere innenfor LAR systemet møter i det daglige.

#### 1.6 Problemstilling

**Miljøarbeidernes erfaringer med relasjonsarbeid innenfor legemiddelassistert rehabilitering (LAR).**

#### 1.7 Forskningsspørsmål

1. Hvilken erfaringer har miljøarbeidere i LAR med etablering og opprettholdelse av en tillitsbasert relasjon overfor pasientene?
2. Hvilke utfordringer står miljøpersonale i til henholdsvis pasient og system?

## 1.8 Avgrensning

I studien ønsket jeg å intervju miljøarbeidere som har minst et års erfaring med pasienter i rusbehandling. Jeg ønsker å fokusere på miljøarbeidere og deres erfaring med relasjonsarbeid med pasienter i legemiddelassistert rehabilitering, og hvordan dette påvirker daglig samhandling.

## 1.9 Begrepsavklaringer

I dette kapitlet har jeg valgt å gi en oversikt over sentrale begreper i studien.

*Substitusjonsbehandling:* Behandling for rusmiddelavhengige. Behandlingen går ut på at rusmiddelet pasienten er avhengig av erstattes av et lignende middel som muliggjør stabilisering av pasienten (Helsedirektoratet, 2011). Begrepet substitusjonsbehandling brukes i oppgaven ved anledninger det er snakk om personer som får legemidlene metadon, subutex eller suboxone

*Metadon:* Metadon er et syntetisk opioid, et legemiddel, som brukes ved behandling av opioidavhengighet (Forskningsrådet, 2011).

*Buprenorfin:* Legemiddel med opiatvirkning som er sammenlignbar med andre opiater. Subutex og Suboxone er legemidler som inneholder virkestoffet Buprenorfin (Helsedirektoratet, 2011).

*Rusmiddelavhengighet:* Det finnes ingen klar definisjon av rusmiddelavhengighet, men det blir ofte betegnet som en samling av symptomer, et syndrom, der følgene av rusmiddelbruk i perioder påvirker en persons livssituasjon slik at det forstyrrer personens livsførsel på u hensiktsmessig og skadelig måte (Helsedirektoratet, 2011).

*Pasient:* «En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfellet» (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2001).

*Bruker:* En bruker er en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Begrepene bruker og pasient er brukt etter som det har passet seg i teksten, begge begrepene refererer til valgt LAR-pasientene

*Miljøarbeider:* Helse- og sosial arbeider som i denne sammenheng jobber i LAR-tiltakene, og har daglig kontakt med pasientene, både på medisinerrom og i miljøet der pasientene oppholder seg. Det henvises også til fagarbeidere alt etter som det passer seg i teksten.

### 1.10 Oppgavens oppbygning

Innledningsvis ble det redegjort for studiens bakgrunn, hensikt, formål og forskningsspørsmål, det er også redegjort for studiens relevans. I innledningen finnes det i tillegg begrepsavklaringer.

I kapittel to gis det en innføring i utviklingen av legemiddelassistert rehabilitering som behandlingsform, LAR i Norge og organisering av behandlingstilbudet, samt pasienten i LAR. I kapittel tre beskrives teoretiske perspektiver som er valgt for å gjennomføre analysen. Teoretiske perspektiver som er valgt er Martinsens (2012) teori om omsorg, Lipskys (2010) begrep om bakkebyråkratiet og teori som belyser makt i relasjonsarbeid. I kapittel fire gjøres det rede for litteratursøk og tidligere forskning på feltet som kan knyttes til denne studien. I kapittel fem gjøres det rede for valg av metode, vitenskapelig utgangspunkt og etiske aspekter. Kapittel seks presenteres funn og fortolkninger, i kapittel syv diskuteres funn og fortolkninger opp mot teoretiske perspektiver og forskning på feltet. Avslutningsvis i kapittel åtte vil oppsummering konklusjon og forslag til videre forskning beskrives.

## 2 Legemiddelassistert rehabilitering

### 2.1 Historikk

Fekjær (2009) beskriver i sin bok RUS blant annet rushistoriske perspektiver fra 1700-tallet og frem til dags dato. På 1700-tallet fikk opiumsrøyking i Kina en viss utbredelse, dette førte til forbud mot dyrking og import på slutten av århundret. Eksport av opium fra India og Kina var svært økonomisk gunstig for engelskmennene, og i 1840 årene benyttet de seg av militære midler til å tvinge frem opiumsomsætning i Kina, den såkalte «opiumskrigen». Det er knyttet store handelsinteresser og skadevirkninger til opiumhandelen. Dette førte til en internasjonal konferanse i Haag i 1912 for å regulere opiumhandelen. Norge vedtar året etter en opiumslov tilpasset Haag vedtaket, og året deretter blir det i USA bestemt at bare leger kan foreskrive opiumsstoffer og kokain (Fekjær, 2009).

På begynnelsen av 1900-tallet finner Charles B Towns i New York kur mot morfinavhengighet, noe som gir stor suksess. Det viste seg at kuren inneholdt en blanding av planteekstrakter. Senere på 1900-tallet kommer andre såkalte vidunderkurer mot alkoholisme og narkomani, og i behandling ble blant annet amfetamin, LSD, cannabis og GHB brukt. Da heroinet i sin tid ble framstilt, ble dette lansert som et godt alternativ til morfinavhengighet, og i 1990 avsluttes sirkelen da et farmasøytisk firma lanserte morfin som medisin mot heroinavhengighet (Fekjær, 2009).

Internasjonal konferanse om opiumsstoffer avholdes av FN, og i 1961 vedtas den første narkotikakonvensjonen. Denne er fortsatt gjeldene. Konvensjonen har hovedvekt på naturprodukter, men det vedtas senere en tilsvarende FN-avtale om syntetiske rusmidler. Denne gjelder både håndhevelse og internasjonalt samarbeid (Fekjær, 2009). Konvensjonen konsentrerer seg særlig om kontroll med ulovlig internasjonal handel, og har utvidet kontrollsystemet til også å omfatte handel med kjemiske substanser som brukes i fremstilling av narkotika (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961).

I midten av forrige århundreskiftet i USA utviklet det seg et «moderne heroinbruk», og på bakgrunn av dette utviklet Vincent P Doyle og Marie Nyswander substitusjonsbehandling med metadon på 1960 tallet. Man erfarte at når pasienter brukte metadon viste de mindre ruspreget atferd og at rehabiliterende tiltak ble etterspurt. Disse erfaringene har i senere tid ligget til grunn for substitusjonsbehandling av opioidavhengighet (Helsedirektoratet, 2010).

Sykdomsdefinisjonen av opioidavhengighet er tatt inn i de internasjonale klassifikasjonssystemene av sykdommer og i Helsedirektoratets retningslinjer for LAR (2010)

forklarer utviklingen på dette feltet at substitusjonsbehandling med metadon og buprenorfin har vokst seg frem til å bli en dominerende behandlingsform på verdensbasis.

## 2.2 LAR i Norge

I Norge forsøkte man seg forsiktig frem med metadonbehandling i noen prosjekter i 1960 og 70 årene. Norske myndigheter stilte seg kritisk til medikamentelle tiltak i rusbehandling og på sykdomsforståelse av avhengighet. Man ønsket at rusbehandling i Norge først og fremst skulle være medikamentfrie fremgangsmåter. Rusbehandling skulle dreie seg om rusfrihet og ikke avhengighet av andre legemidler. Substitusjonsbehandling ble derfor forbudt i Norge i 1976. Først etter en påvist hiv-epidemi blant sprøytebrukere ble det igangsatt en debatt om substitusjonsbehandling (Helsedirektoratet, 2010). Forslaget om metadon behandling til hiv-positive sprøytebrukere i 1991 var politisk enkelt å få igjennom på grunn av frykt for å smitte andre. På tross av motstand mot å gi metadon (statsdop) til rusavhengige, ble det drevet et prøveprosjekt i Oslo fra 1994. Metadon behandling etableres som et permanent landsdekkende tiltak fra 1998, navngitt MAR (metadon assistert rehabilitering), for å vise at rehabilitering var en viktig del av behandlingen. Fra år 2002 ble buprenorfin systematisk tatt i bruk og man endrer navnet fra MAR til LAR (Fekjær, 2009).

Det har vært bred politisk og faglig enighet om at substitusjonsbehandling i Norge skal ha rehabilitering som mål. Sammenliknet med andre land har Norges LAR-tiltak vært preget av streng kontroll og inntakskriteriene har vært blant de strengeste i Europa. På bakgrunn av streng kontroll og lange ventelister, har man de senere årene lagt press på å liberalisere rammeverket rundt LAR. Til tross for at Lar- evalueringen avdekket manglende psykososial oppfølging og økt lekkasje av substitusjons legemidler på det illegale markedet har det ført til forslag om å ta inn flere pasienter med økt kontroll (Helsedirektoratet, 2010). Legemidlene i som brukes i LAR er svært vanedannende. Det vil av den grunn være nødvendig å motvirke misbruk av legemidlene og å forebygge skade på pasienter og eventuelt tredjemann ved salg av legemidler på et illegalt marked. På bakgrunn av dette er det innført kontrolltiltak. Man kan si at LAR har et ansvar både for enkeltindivid og samfunnet for øvrig for å ivareta sikkerhet i behandlingen.

Flere kommunale og private lavterskeltilbud tilbyr i dag substitusjonslegemidler som skadereduksjon, blant annet LASSO-prosjektet (Legemiddelassistert skadereduserende substitusjonsbehandling i Oslo). I tillegg til substitusjonslegemiddelet suboxone, tilbys

rusavhengige som benytter seg av tilbudet kontakt opp mot øvrig hjelpeapparat som LAR og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB). Målet med denne behandlingsformen er blant annet å redusere overstadig rusbruk og overdosedødsfall og helseskade forårsaket av injeksjon av opioider (Jacobsen, 2014).

### 2.3 Organisering av LAR

Etter hvert som LAR ble et nasjonalt behandlingstilbud, ble det opprettet egne spesialiserte LAR-sentre. Disse sentrene var i gråsonen mellom helsetjeneste og rusbehandling i utvalgte fylkeskommuner. Etter statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak av rusmiddelmissbrukere, ble LAR sentrene overført til regionale helseforetak. Etter rusreformen i 2004 fikk de regionale helseforetakene ansvar for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB) (jfr. Spesialisthelsetjenesteloven). Dette innebærer at institusjoner som tilbyr slik behandling anses som helseinstitusjoner, og er underlagt gjeldende regler for slike institusjoner etter Spesialisthelsetjenesteloven og dennes forskrifter. Etter at TSB er definert som helsetjenester, vil disse være regulert av helselovgivningen, som blant annet medfører at pasientrettighetsloven vil være gjeldende ved denne type tjenester (jfr. Spesialisthelsetjenesteloven). Både Verdens helseorganisasjon og norsk lovverk fremmer brukermedvirkning (WHO, 1986, Pasientrettighetsloven, 1999, Stortingsmelding 34 (1996-97)). Pasientrettighetsloven legger blant annet vekt på pasienters rett til medvirkning og informasjon. Fra 2010 er det kliniske tilbudet hjemlet i LAR-forskriften (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) og i nasjonale retningslinjer for LAR (Helsedirektoratet, 2010). Behandling i LAR organiseres som et trepartssamarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, sosialtjeneste og primærhelsetjenesten, der pasienten ideelt sett skal være midten, som et firepartssamarbeid (Helsedirektoratet, 2010). LAR-behandling reguleres av spesialisthelsetjeneste loven av 2. juli 1999 nr. 61 § 3-16 og helsepersonelloven av 2. juli 1999 nr 64 §11. Her angis formålet med LAR, kriterier for inntak og utskrivelse, samt regler for kontrolltiltak. I tillegg reguleres LAR av Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) av 18.12.2009 nr 1641 men hjemmel i nevnte lovverk, samt nasjonal retningslinje utarbeidet av Sosial og helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2011).



## 2.4 Pasienten i LAR

Årlig presenterer Senter for rus og avhengighetsforskning (Seraf) statusrapporter for LAR i Norge. I følge denne rapporten fra 2015, var det 7433 pasienter i behandling i 2014. 1028 av disse ble registrert samme år. 30% av pasientene er kvinner. Gjennomsnittsalderen på pasienten er 43,4 år (Waal, Busserud, Clausen, Håseth & Lillevold, 2014).

Retningslinjene for LAR anbefaler legemiddelet buprenorfin som førstevalg ved substitusjonsmedisinering. Dette begrunnes i at overdoseringsfare og dødsfall er høyere ved metadon bruk. 40% av pasientene i LAR bruker metadon (Waal, Busserud, Clausen, Håseth & Lillevold, 2014).

På tross av dette har jeg selv erfaring med at pasienter i LAR ønsker metadon, men at dette ikke imøtekommes i mange tilfeller. Dette kan føre til at pasientene ikke får en opplevelse av å ha samme pasientrettigheter som «vanlige» pasienter, de kan oppleve å bli motarbeidet og umyndiggjort.

Rapporten viser at det på landsbasis er 11% av pasientene som mottar psykoterapeutisk behandling. På tross av dette anslås det at halvparten av pasientene har god rusmestring og har kommet langt i rehabiliteringen som omfatter kontroll over rusmiddelbruk og en tilfredsstillende livssituasjon (Waal, Busserud, Clausen, Håseth & Lillevold, 2014).

Pasientenes psykiske helsetilstand beskrives som dårlig, mange har symptomer på angstlidelser, depresjoner og vrangforestillinger. I tillegg ble bortimot 1/3 av pasientene beskrevet med dårlig fysisk helse og alvorlige fysiske plager i så stor grad at det svekker utfoldelse og livskvalitet (Waal, Busserud, Clausen, Håseth & Lillevold, 2014).

### 3 Teoretiske perspektiver

Egne erfaringer med arbeid i et LAR- tiltak som vernepleier, teoretisk grunnlag og studier gjort på fagområdet har gitt føringer for valg av teoretisk referanseområde. Fokuset i studien er det relasjonelle forholdet mellom miljøarbeider og pasient i LAR. Begrunnelse for valg av teori ligger deltakernes fortellinger om deres erfaringer.

#### 3.1 Relasjon

Begrepet relasjon kommer av det latinske ordet *relatio*, og betegner at en gjenstand står i forbindelse med en annen. I helse- og omsorgsfaget brukes begrepet om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2000).

Møte mellom mennesker innebærer alltid en relasjon. Begreper som tillit, likeverd, samarbeid og anerkjennelse er sentrale når en beskriver en god hjelperelasjon. Dette ser ut til å være gjeldende uavhengig av behandlingsideologi eller teoretisk retning (Aamodt, 2014, Karlsson & Borg, 2015).

Ved analyse av data har det vist seg at makt er et gjennomgående sentralt tema i relasjonen mellom miljøarbeider og pasient. Jeg har på bakgrunn av dette valgt å se på makt som en del av omsorg for pasienten og makt på systemnivå i lys av relasjonsarbeid med pasienter.

Askheim (2012) beskriver at det er innlysende at relasjonen mellom tjenesteyter og brukere vil handle om makt og maktforskjeller, fordi det i relasjonen er en grunnleggende asymmetri. Dette kommer av at den hjelpetrengende henvender seg til en fagperson eller instans der han/hun kan få hjelpen de ønsker eller har behov for. Som helse- og sosialarbeider har man mulighet til å bidra med dette fordi man har tilgang på ressurser, tiltak eller kunnskap som den hjelpetrengende trenger.

Askheim (2012) beskriver at makt er et vidt begrep det kan være vanskelig å få tak på.

*«Samfunnsliv uten makt er utenkelig. Makt finnes i alle slags sosiale relasjoner og former livet til hver enkelt samfunnsborger. Alle stilles ovenfor maktforhold, om enn på ulike måter, fordi de er underlagt normer og krav, påbud og forbud. Når vi skal treffe egne valg, er de fleste valgmuligheter i samfunnet påvirket av andres maktutøvelse. Når vi handler, skjer det svært ofte at hver enkelt utøver makt. I langt flere tilfeller er denne makten ubetydelig og triviell, men av og til svært betydningsfull»* (Engelstad, 2005, s 7).

Hvordan makten spilles ut mellom helse- og omsorgsarbeideren kommer til uttrykk på flere måter. For en empowerment rettet helse eller sosialarbeider vil det være viktig å reflektere over om makten kan legitimeres eller rettferdiggjøres og om argumentene for maktbruken er legitim? Det finnes flere ulike tilnærminger til makt blant annet makt over, makt sammen med, makt til og makt innenfra (Askheim, 2012).

Makt over knyttes til opprettholdelse av en allerede eksisterende maktsituasjon som kan ta ulike former. Dette kan være makthavere i form av aktører, eller strukturell makt som ligger i organisatoriske og fysiske strukturer. Denne formen for makt vil være vanskelig å se, men kan påvirke hvordan brukeren føler seg mottatt og den kan virke disiplinerende og ydmykende på brukeren av velferdstjenester. Dette kan for eksempel dreie seg om at brukerne blir kategorisert som for eksempel narkoman eller psykiatrisk pasient o.l. Dersom definisjonen får et hegemoni, blir de raskt internalisert ved at de tas for gitt og utgjør pasientens primær identitet (Askheim, 2012).

Makt sammen med handler om at aktørene finner en felles plattform der det er interesse eller verdikonflikter. En søker løsninger som vil gagne alle impliserte parter. Dette kan innebære at partene finner en løsning som imøtekommer partenes behov. Denne tilnærmingen bidrar til å holde personer sammen i grupper, fellesskap, organisasjoner og samfunn (Askheim, 2012).

Makt sammen med handler om å oppnå mål sammen med noen og ikke på bekostning av andre. Det innebærer å jobbe sammen som et kollektiv for en felles sak. Gjennom dialog får aktørene klarhet i hvordan andre ser på ting, kan det oppnås en enighet som kan ramme inn problemet på en ny måte som reduserer konflikten. Denne formen for makt innebærer en maktspredning (Askheim, 2012).

Makt til beskrives også som maktspredning som vil berike involverte parter, der den totale makten øker, uten at det går på bekostning av andre. Makten beskrives som en produktiv makt, som skaper muligheter og handlinger uten dominerende holdning. Denne formen for makt er nært knyttet til helse- og sosialfaglig arbeid. Den innebærer at fagpersoner kommer frem til løsninger brukerne ønsker og er tilfredse med i samarbeid med brukerne. Dette betyr ikke at fagpersonene mister makt, men at de sprer makten og en økning av den totale makten oppnås (Askheim, 2012).

Makt innenfra kan sidestilles med det engelske begrepet «self-empowerment». Dette handler om tillit og evne til å handle av en anerkjennelse av og en bevissthet om at det er gjennom

egne ressurser eller kollektiv handling vil det være mulig å mobilisere og utøve makt på en effektiv måte (Askheim, 2012).

Makt på denne måten begrunner ifølge Askheim (2012) empowerment-arbeidet. Individuer eller grupper holdes nede i avmakt fordi noen har makt over dem. Empowerment handler om å endre maktrelasjonene og mobilisere til motstand mot avmakt. Det er helse- og sosialarbeiderne sin oppgave å jobbe sammen med de avmektige, slik at de kommer ut av avmakten og ved dette kan gjenvinne kontroll og makt i eget liv (Askheim, 2012).

### 3.2 Miljøarbeideren som omsorgsperson

Ved å se på miljøarbeideren som omsorgsperson er Kari Martinsens perspektiv på omsorg, tillit og svak paternalisme etter min mening godt egnet. Miljøarbeideren har et overordnet ansvar for forsvarlig medisintildeling og ivaretagelse av pasienten, herunder forhindre skade. Ved å være unnvikende og utydelige kan rollen som miljøarbeider lett føre oss mot det Kari Martinsen beskriver som unnlåtelsessynder.

Kari Martinsen (2012) inspireres av K.E Løgstrup i sine refleksjoner rundt begrepet omsorg. Hun beskriver verdioppfatninger der relasjoner og avhengighet er fundamentalt. I dette ligger det at mennesker er henvist til hverandre for å ta vare på hverandre, dette er en felles og grunnleggende verdiforutsetning. Tillit er fundamentalt og bærende i vår henvisthet til hverandre, og et etisk fenomen. Tillit er bærende i omsorg og har med engasjement og innlevelse og gjøre, samtidig kan omsorg lett gå over i sine motsetninger som unnlåtelsessynder eller formynderi. Gjennom faglig skjønn kan man holdes på rett vei, og skjønnet får med dette både en faglig og politisk side.

Kari Martinsen (2012) beskriver videre at omsorg er å inngå i relasjoner og å knytte bånd. I tillegg handler dette om avhengighet, gjennom avhengighetsforholdet utvikler mennesket selvstendighet. Relasjon og avhengighet er grunnleggende i menneskers liv.

Løgstrup (1961) hevder at menneskelig forståelse og handling grunnes i det vi er felles om, vår avhengighet av hverandre. Avhengigheten beskrives som en kjensgjerning som gir etiske fordringer. Løgstrup siteres i Kari Martinsen (2012, s 137) slik:

*«At menneskers liv er forviklet med hverandre, der af udspringer fordringen om at ta vare på hverandre»*

I alle møter mellom mennesker ligger fordringen om å ta vare på den andres liv, dette springer ut i fra kjensgjerningene at vi er henvist til hverandre. Løgstrup kaller dette livsytringer (Martinsen, 2012). Videre beskriver Martinsen (2012) at livsytringene er en forutsetning for at menneskenes liv ikke skal gå til grunne. Tillit er en livsytring. Dette er grunnleggende for at mellommenneskelige relasjon kan bygges og utvikles. Livsytringene er konstant gitt uten og uavhengig av vår vurdering og skal ikke begrunnes. Livsytringer har målet i seg selv, og dersom de skal ha et annet formål enn sitt eget, forsvinner tilliten eller forvandles til det motsatte; mistillit. Livsytringer spilles ut i konkrete situasjoner og viser seg gjennom handlinger. Handlingene vurderes eller begrunnes etter situasjonen man befinner seg i. Situasjonene kan være konfliktfylte, komplekse eller preget av dilemmaer, som gjør at livsytringen vil være ulikt til stede.

Martinsen (2012) beskriver livsytringene som «født» etiske. Moralen ligger i våre handlinger som krever overveielser og skjønnsmessige vurderinger slik at vi kan handle på best mulig måte ut ifra overensstemmelse med livsytringene. Partene i en relasjon stilles ovenfor moralske utfordringer som vil gjelde for deres livsytringer. Konflikt, dilemmaer og kriser gjør livsytringene bevisste. Det kan av den grunn være nødvendig å formulere regler og normer for handling. Reglens funksjon vil være å forhindre at livsytringene ødelegges. Dersom tillitsforhold ødelegges kan det være nødvendig å regelstyre atferden, regelens funksjon vil være å ta vare på de verdiene som lider under sviktende tillitsforhold. Reglene kan være hjelpelige i vanskelige situasjoner der å handle ut ifra skjønn alene er problematisk. Reglene vil ikke alltid være restriktive for å forhindre at man gjør galt, men hjelpe oss til å gjøre det gode (Martinsen, 2012). Martinsen (2012) beskriver at skjønn og regler vil ut ifra situasjonen kunne endres, de er menneskeskapte normer. Skjønn knyttes alltid til en konkret situasjon, mens regelens forhold til det konkrete vil være problematisk. Det betyr ikke at ikke reglene og skjønnen er motsetninger til hverandre. Regler kan inngå i skjønnen, brukt som prinsipp eller overveielse. Regelen vil være en påminnelse om verdien som skal bevares. Regelen bør analyseres og vurderes i forhold til situasjonen som bærer livsytringene i seg.

Martinsen (2012) beskriver at mennesker normalt sett møter hverandre med tillit. Dersom man står ovenfor hverandre med mistillit er det ut ifra omstendigheter med særlige grunner. Hun beskriver videre at menneskers liv ville blitt forkrøplet og ødelagt dersom vi på forhånd hadde møtt hverandre med mistillit (Martinsen, 2012 s 142). Tilliten er fundamental og skal ikke begrunnes. Tillit er elementært i vår holdning til den andre. Holdning kan bidra til å gjøre den andres liv trygt eller truende. Ved å utlevere seg selv, legger en sitt liv i den andres hånd

som fordrer imøtekommenhet og at ens livsmuligheter skal ivaretas. Det motsatte vil være å bryte ned tillitsforholdet. Tillit kan brytes ned både strukturelle og individuelle forhold (Martinsen, 2012). For å forhindre mistillit kan en regelstyre relasjonen, man kan for eksempel pålegge begge parter å handle etter en norm.

Ved å bli den andres tillit verdig må partene alltid ta utgangspunkt i at det er tillit til stede. I en begynnende relasjon vil tilliten være preget av gjensidig forbeholdenhet. Når den ene parten våger å gi av seg selv, fordrer det av den andre å ta vare på det den andre åpner opp for. En må være villig til å prøve å finne frem til hva den andre er best hjulpet med. Det fordrer også av helsefagarbeideren en form for utleverthet, en sårbarhet og emosjonell involvering for å kunne sette seg inn i den andres situasjon (Martinsen, 2012). Som mennesker vil man alltid stå i dilemma mellom åpenhet og beskyttelse i sosiale relasjoner. Som yrkesutøvere kan begå overtramp i form av at omsorgen kan bli sentimental eller paternalistisk. Ved sentimental omsorg for den andre begrenses situasjonen til egne følelser. Paternalisme kan føre til et objektiviserende syn på pasienten. En kan si at paternalisme er en «bedrevitenhet» fra fagutøver. Dette beskriver Martinsen (2012) som at den hjelpetrengende fratras mulighet for å delta i prosessen om sine egne livsmuligheter. Fagutøverens handlingsmåte begrunnes ut ifra paternalisme ved at fagutøver vet hva som er til den andres beste og at pasienten ikke tas hensyn til. Ved dette blir pasienten gjort maktesløs. Som yrkesutøver vil det være umulig både ved sentimental og paternalistisk yrkesutøvelse å vise sårbarhet, sensitivitet og oppriktighet i relasjonen som er nødvendig for å være den andres tillit verdig. Martinsen (2012) hevder at for å bygge opp en relasjon med grunnleggende tillit som utgangspunkt i yrkessammenheng må to forutsetninger være tilstede: En autoritetsstruktur i relasjonen, der fagutøver har kunnskap som er nødvendig i situasjonen, som pasienten ikke har, og at en svak paternalisme overordnes prinsippet om pasientens autonomi.

Det etiske prinsipp om respekten for pasientens autonomi og retten til å bestemme, kan føre til at pasienten ikke vedkommer fagutøver. En kan unndra seg sin forpliktelse til å dra omsorg for den andre. I følge Løgstrup er vi henvist til å ta vare på hverandre, som i denne sammenheng betyr at det er fagutøvernes oppgave og ønske å gå inn i relasjoner for å gagne pasientene mest mulig, blant annet for å forhindre skade. Martinsen (2012) beskriver svak paternalisme på den måten at fagutøverne alltid ønsker å gagne pasienten, og dersom det gagnar pasienten vil det være riktig at denne trekkes inn i beslutningsprosessen om egen pleie. Men det vil være fagutøverens faglige skjønn som avgjør om opplysningene er til pasientens beste og hvordan en skal handle slik at pasienten får det best mulig. Dette vil igjen forutsette

at fagutøveren setter seg inn i pasientens situasjon og forsøker å fortolke den andres realitet, og å møte pasienten på en måte så langt det lar seg gjøre ut ifra pasientens ståsted (Martinsen, 2012). Martinsen (2012) beskriver at en autoritetsstruktur som bygger på svak paternalisme krever at fagutøver har fagkunnskap pasienten ikke har, og med utgangspunkt i dette er fordret i vanskelige situasjoner til å ta en avgjørelse som ut ifra engasjement og sensitivitet gagnar pasientene mest mulig. Sensitiviteten og interessen for den andres velbefinnende fordrer skjønnsmessig vurdering av situasjonen og hindrer paternalistisk maktutøvelse. Ved dette blir fagutøveren den andres tillit verdig og en uforbeholden tillit kan vokse frem mellom partene.

### 3.3 Miljøarbeiderne som bakkebyråkrater

Som helse- og sosialfagarbeidere kan man ifølge Askheim (2012) oppleve en følelse av avmakt i nært arbeid med pasienter. Avmakt kan for eksempel dreie seg om at man som fagarbeider ønsker å oppfylle pasientenes behov og interesser, samtidig som man opplever trange ressursrammer. Ofte er det slik at relasjon mellom helse- og sosialarbeidere og pasienter vil dreie seg om makt og maktforskjeller, og at det er en grunnleggende asymmetri.

Som ansatt i LAR er man styrt av overordnede lover, regler og rutiner som er et resultat av politiske beslutninger, samtidig som man har ansvar for at pasientene i LAR ivaretas på best mulig måte.

Lipskys (2010) begrep om bakkebyråkrater handler om personer som jobber direkte med mennesker, har skjønnsvurderinger som en stor del av arbeidsdagen og har ansvar for å utforme velferdstjenester i praksis. Man er styrt av offentlig politikk samtidig som tjenestene skal utformes og tilpasses de menneskene man jobber med. Man befinner seg i spenningsfelt mellom kollektive og individuelle hensyn, mellom det ideelle og reelle, mellom effektivitet og enkeltmenneskers behov. Man står stadig ovenfor og stilles til ansvar for motsetninger mellom intensjon og virkelighet. Ofte overlates fagpersoner til seg selv ved håndtering av dette gapet, for eksempel ansvaret for å sørge for god tjenestekvalitet innenfor et system som preges av mangel på tid, ressurser og mulighet for å utvikle individuelle tilpassede tjenester. Lipsky (2010) beskriver at det vil være nærliggende å standardisere tilbudene slik at de blir mer universelle og mindre tilpasset den enkelte for å takle en slik situasjon.

Teorien om bakkebyråkratiet anvendes i flere studier i blant annet sosialt arbeid og velferdsforvaltning både nasjonalt og internasjonalt (Grung, 2008). Mikael Lipskys (2010)'

teori om bakkebyråkratiet tar utgangspunkt i observasjoner av offentlige organisasjoner. Lipsky hevder at den offentlige politikken skapes i bakkebyråkratenes hverdag og at man som offentlig ansatt styrer tjenestene som tilbys av offentlige myndigheter (Lipsky, 2010). Som bakkebyråkrat er man ikke bare en nøytral utøver av politiske bestemmelser, men gjennom daglige rutiner og avgjørelser bidrar man til å forme politikken aktivt ved tolkning av regelverk og fordeling av ressurser (ibid). Byråkratiet preges i stor grad av skjønnsutøvelse fordi regelverket ikke vil ha mulighet til å fange opp enkeltmenneskers komplekse situasjoner. I tillegg er det sentralt blant bakkebyråkraterne at arbeidsmengden er stor i forhold til tilgjengelige ressurser, man jobber under tvetydige og motstridende mål, en blir fremmedgjort i eget arbeid, og klientene er i stor grad ufrivillige (Lipsky, 2010).

### 3.3.1 Utilstrekkelige ressurser

Lipsky (2010) beskriver at kjennetegnet ved byråkratiske beslutninger er at de tas under forhold som karakteriseres av begrenset tid og informasjon. Beslutninger skal tas hurtig og de er preget av høy grad av usikkerhet fordi beslutningene omfatter mennesker. Ofte er det lite ressurser tilgjengelig for å utøve arbeidet på en tilfredsstillende måte, fordi forholdet mellom antall ansatte og antall klienter er i ubalanse og fordi man har begrenset tid. I tillegg kan man oppleve at rutineoppgaver kan bidra til at bakkebyråkraterne får mindre tid til klientene (Lipsky, 2010).

### 3.3.2 Tvetydige mål

Som bakkebyråkrater vil man befinne seg i et spenningsfelt mellom klientorienterte mål og organisatoriske mål. Arbeidet til bakkebyråkraterne kan være preget av motstridende og tvetydige mål som stadig vil være i endring (Lipsky, 2010). Lipsky (2010) beskriver at rolleforventninger som ligger i den kompliserte strukturen bakkebyråkrater forholder seg til, bidrar til måltvetydighet og konflikt, klientorienterte mål kan komme i konflikt med organisasjonenes mål og det kan oppstå rollekonflikt fordi det kan det kan være motstridende forventninger fra offentligheten som kan oppfattes som diffuse.

### 3.3.3 Fremmedgjøring

Bakkebyråkrater kan bli fremmedgjort gjennom opplevelse av tap av kontroll over en situasjon der det er ment at de skal ha kontroll. For eksempel kan man få en følelse av mangel på kontroll over arbeidet sitt. Dette kan komme av at man ikke fullt ut kan jobbe seg «ferdig» med klientene, fordi de ikke er gjenstand for avslutning. Selv om bakkebyråkrater er i stand til



å løse problemene til brukerne, kan det alltid dukke opp andre problemer som ikke lar seg løse. Dette kan sammenliknes som å se bruker som et «produkt» av sitt arbeid, og på denne måten kan man oppleve mangel på kontroll over resultatet av arbeidet fordi man bare jobber med deler av «produktet» (Lipsky 2010).

#### 3.3.4 Ufrivillige klienter

Bakkebyråkrater tilbyr tjenester til brukere som de ikke har tilgang til andre steder. Dette kan føre til at brukere opplever å være i en ufrivillig situasjon, i tillegg kan det oppleves som skjev maktfordeling mellom bruker og fagarbeider. Brukerne kan velge om de ønsker tjenestene velferdssystemet tilbyr, men deres frivillighet vil begrenses i form av rammebetingelser og politiske beslutninger. Dette kan føre til betydelige implikasjoner for kvaliteten på interaksjonen mellom bakkebyråkraterne og brukerne. På tross av dette står ikke brukerne helt uten makt. Brukerne kan bruke bakkebyråkratenes tid; man har ofte mye å gjøre og det settes krav om raske avgjørelser, brukerne kan i slike situasjoner utgjøre en kostnad ved å ta opp fagarbeidernes tid. Slik kan brukerne påvirke deres forhold til fagarbeiderne fordi tid er ofte for brukerne en liten pris å betale (Lipsky, 2010). Bakkebyråkraterne er også i stor grad bundet av sosiale normer om korrekt behandling av mennesker. Lipsky (2010) beskriver at en tredje ressurs som brukerne har til rådighet som kan påvirke maktbalansen i relasjon med fagarbeiderne er tilfredshet. Tilfredshet fra brukerne vil til dels være viktig for fagarbeiderne å oppnå. Det vil være viktig for bakkebyråkraten å oppnå takknemlighet, suksessfull mekling og endring av atferd hos bruker i ønsket retning. På tross av dette vil ikke maktforholdet mellom brukere og fagarbeidere være balansert, det antas at utfallet av det som bestemmes går ut i fra bakkebyråkratenes prioriteringer. Samtidig bestemmes utfallet av valgte prioriteringer av begrensninger ved bakkebyråkratenes arbeid (Lipsky, 2010).

## 4 Litteratur og artikkelsøk

### 4.1 Søkeprosessen

Søk etter vitenskapelige artikler er gjort i ulike databaser som helsebiblioteket, SveMed+, PsychInfo, Cinahl, Cambell Collaboration og Cochrane Library. Jeg har benyttet meg av enkeltstående søkeord og i kombinasjon med AND og OR. Både engelske og norskesøkeord ble benyttet blant annet: consumer participation, substance abuse, nurse-patient- relation, communication patient perspective, substitute treatment, methadone, buprenorphine, opiate maintainance treatment, rusmisbruk, rusomsorg, relasjon, legemiddelassistert rehabilitering, rusomsorg. Det er også utført manuelle søk i Google scholar

#### 4.1.1 Inklusjonskriterier for artikler

- Publisert i 2004 eller senere
- Skandinavisk eller engelsk språklige
- peer reviewed
- Kvalitative og kvantitative forskningsdesign

Jeg valgte å ekskludere artikler som var publisert tidligere enn 2004 fordi forskning på feltet tidligere enn dette kan være for gammel. Valg av språkkriteriet er innlysende innenfor databasene. I tillegg til kvalitative studier har jeg valgt å inkludere kvantitative studier. Det ble også kun valgt artikler som var fagfellevurdert (peer reviewed) slik at valgte artikler var kvalitetssikret før publisering.

Søkeresultatet i SveMed+ resulterte i 21 treff, søk i CINAHL resulterte i 22 treff.

Ekskluderings kriterier for artikler ble gjort som nevnt ovenfor. Jeg har i tillegg inkludert forskning funnet ved enkeltsøk gjort i google scholar (Vedlegg 5).

#### 4.1.2 Relevant forskning på feltet

Under søkeprosessen viser det seg at det fins lite forskning og dermed få artikler som direkte kan knyttes til problemstillingen i denne studien. Innen legemiddelassistert rehabilitering forskes det mye på effekt av legemidler og legemidler generelt. På tross av dette har jeg funnet artikler som jeg mener kan være relevante og ha overføringsverdi til min studie. Med

hovedfokus på helse- og sosialarbeider- pasient relasjon og Empowerment relateres artiklene til problemstillingen og forskningsspørsmål.

#### 4.2 Fagarbeider-pasientrelasjon

Det er flere studier som er utført med tanke på relasjon mellom fagfolk og pasienter. Det er viktig for miljøpersonale å vite noe om brukernes perspektiv for å skape gode relasjoner og tillitsforhold. Jeg har valgt ut noen studier som viser hva som gjør at pasienter opplever å ha en god relasjon til personalet i behandlingsøyemed. I en kvalitativ studie med 13 pasienter om deres meninger om hva som var viktig i behandling, gjennomført av Dahle & Iversen (2011), vises det til at særlig fire punkter er viktige for brukerne i studien; Gode og trygge rammer, å bli tatt på alvor og respektert, tilgjengelige ansatte og meningsfulle program, samt god og tett oppfølging. Det samme viser en studie gjennomført av Thylstrup (2011). Denne studien viser til verdifull informasjon om hvilke tiltak som bør inkluderes i behandlingstiltak innen rusomsorg. Studien var både kvantitativ (screening) og kvalitativ (intervjuer) med 186 deltakere til sammen, den kvalitative delen av studien viser til pasienters egne erfaringer om hvilke tiltak som gjør at pasienten blir i behandling. Studien viser at det er viktig for pasienten at behandlingsatmosfæren er god, at en føler seg ivaretatt og velkommen, og at en var på et sted der en følte at en kunne få den hjelpen man trengte. Videre viser studien at det var viktig for pasienten å føle at behandleren brydde seg om de, og at de de var tilgjengelige både for praktisk hjelp og individuelle samtaler. Halvorsen (2009) utførte en kvalitative studie med 9 deltakere som ble intervjuet, der det ble undersøkt hvilke betingelser som skal til for at relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende skal bli en positiv opplevelse. Studien viser at en god relasjon mellom hjelper og hjelpesøkende er av stor betydning for behandling. I denne studien la den hjelpesøkende i stor grad vekt på det samme som beskrevet i de foregående studiene; anerkjennelse og respekt, bli sett og hørt, få bekreftelse på seg selv og sin forståelse av virkeligheten. Likeverd i samhandling med hjelper var et viktig fokus. Studien viser til at slike faktorer kan bidra til å styrke selvbilde og selvtillit hos hjelpetrengende. Studien viser også til at dersom en ikke blir møtt med forståelse og anerkjennelse kan hjelpetrengende føle seg krenket.

#### 4.3 Livskvalitet

Brekke, Vetlesen, Høiby & Skeie (2010) har gjort en studie om livskvalitet hos pasienter i legemiddelassistert rehabilitering. Artikkelen er basert på en studentoppgave og i denne ønsket man å undersøke endringer i pasienters opplevde livskvalitet etter oppstart i LAR og

pasienters forklaring på endringene. Resultat av funn og hovedbudskap for artikkelen er at legemiddellassistert rehabilitering kan gi økt livskvalitet- som forklares med at livet ikke lenger styres av rus, færre sosiale problemer på bakgrunn av fast inntekt og forutsigbarhet, samt bedre forhold til familie og venner. Pasienter opplever å ha fått tilbake kontroll over eget liv- dette forklares med bedret livskvalitet, funn viser i tillegg at kontrolltiltak i LAR kan hos noen oppleves som en vesentlig innskrenkning av frihet og derav dårligere livskvalitet. Dette begrunnes med at pasienter opplever å bli behandlet som «veldig» narkoman i LAR, flere føler seg ensomme og isolert og at pasienter mener at rehabiliteringen er det som fungerer dårligst i LAR.

#### 4.4 Empowerment og bakkebyråkratiet

Det vises til studier som har en likhetstrekk i funn. Studiene viser at det er vanskelig å implementere empowerment i daglig samhandling med pasientene, samtidig viser en studie at dette er et vesentlig punkt for at pasienter skal velge å bli i behandling.

Frank & Bjerger publiserte artikkelen «Empowerment in drug treatment: dilemmas in implementing policy in welfare institutions» i 2011. Artikkelen beskriver hvordan og hvorfor retningslinjer i velferdssystemet med fokus på empowerment, her forstått som brukermedvirkning, skaper dilemmaer i legemiddellassistert behandling i Danmark.

Artikkelen peker på to forskjellige dilemmaer, som fokuserer på forholdene mellom juridiske og institusjonelle styringssett og ansatte og brukeres mulighet for påvirkning (Frank & Bjerger, 2011).

Første dilemma handler om hvordan man kan bidra til brukermedvirkning og individuell behandling, og de faktiske mulighetene man har for å iverksette dette i velferdsinstitusjoner med begrensede ressurser, bemanning og et eget lovverk å forholde seg til (Frank & Bjerger, 2011).

Artikkelen beskriver at ved en praksis der man bruker Empowerment prinsippene som en del av praksisen til institusjonen, vil det kreves individuelle tjenester som er basert på pasientenes egne behov, ønsker og kompetanse. Det viser seg at det er vanskelig å gi pasientene individuell basert behandling ved slike tiltak fordi praksisen ikke bare styres av pasienter og ansatte, men av et overordnet lovverk, helse regulerende politikk og manglende ressurser som kan virke som en motsetning til empowerment prinsippene i den daglige praksisen. Det viser

seg at massebasert behandling er den mest levedyktige løsningen i praksis. På tross av dette ser man av resultatene i studien at det er både positivt og nødvendig med individuellbasert behandling for pasientene (Frank & Bjerger, 2011).

Det andre dilemmaet handler om hvordan man kan skape balanse mellom oppfatning av brukermedvirkning og lovverkets krav om kontroll i forhold til substitusjonslegemidler (Frank & Bjerger, 2011).

Stort fokus på kontrolltiltak i behandling kan oppfattes som at pasientene mangler evne til å ivareta seg selv og egne medisiner. Dette kan generere dilemmaer i hverdagen, blant annet manglende opplevelse av medvirkning og manglende opplevelse av likestilthet i relasjon mellom pasient og ansatt. I artikkelen beskrives det at lovverk og retningslinjer gir liten mulighet for empowerment i behandling og at dette bidrar til å skape konflikt mellom pasienter og ansatte. Samtidig skapes det dilemma i prosessen mot pasientenes muligheter til å bli mer selvstyrt i egen behandling. På tross av at ansatte forsøker å minimere dilemmaene som oppstår, viser det seg at det skapes konflikt mellom kontrolltiltak og pasientenes oppfatning av medvirkning og innflytelse på egen behandling (Frank & Bjerger, 2011).

I artikkelen konkluderes det med at empowerment i praksis har stor påvirkning i legemiddelassistert rehabilitering og rusbehandling. Empowerment i behandling har ført til at sosiale og institusjonelle prosesser beveger seg mot hvordan pasienten kan involveres i egen behandling, og sikre et mer konstruktivt og en mindre konfliktfylt relasjon mellom pasienter og ansatte. På denne måten og med de utfordringene man opplever i LAR, implementeres empowerment i praksis med flere dilemmaer, større forskjeller i ulike praksiser og mindre resultater enn forventet (2011).

I studien «Defining Engagement in adolescent substance abuse treatment» gjennomført av Pullmann, Ague, Johnson, Lane, Beaver, Jetton & Rund i 2013, ble det intervjuet voksne fagpersoner som jobber med ungdom i rusbehandling. Fant man at det er fem kategorier som bidrar til at ungdom engasjerer seg i egen behandling. Disse er forkortet til CARES og står for: Conduct/ oppførsel, Attitude/ Holdning, Relationship/ relasjon, Empowerment Og Social context/ sosial kontekst.

Conduct (Atferd) defineres som observerbar pasientoppførsel relatert til tilfriskning og endring gjennom behandling. Deltakerne i studien mente at pasientenes deltakelse i

behandlingstilbudet indikerte pasientenes vilje til tilfriskning og endringer. Fagpersonene mente at atferd som viste engasjement i behandling inkluderte en aktiv og selvstendig deltakelse, ærlighet og å snakke om vanskelige opplevelser. I tillegg til dette mente fagpersonene at det viste engasjement fra pasientene at de sa ifra om man kom for sent eller uteble fra behandlingstidene, at pasientene tok ansvar og var interessert i egen behandlingsplan (Pullmann et al, 2013).

Attitude (Holdning til behandling), ble beskrevet av fagpersoner som pasientenes holdning som et pågående, ekte og personlig engasjement i egen behandlingsprosess og om ungdommene var motiverte for behandling. Fagpersonene mente i tillegg at holdning kunne bedømmes ut ifra om ungdommene godtok å bli ansvarliggjort for egen atferd, om man uttalte seg frivillig og ikke ved at man ble tvunget til å prate i behandlingstidene, samt på non-verbale uttrykk som smil, øyekontakt og ved bruk av åpent kroppsspråk (Pullmann, et al, 2013).

Relationship (Relasjon) defineres som det båndet (Å stole på og å like) som oppstår mellom pasienter og fagpersoner og deres fellesforståelse av behandlingens mål, oppgaver/gjøremål og følelse av samarbeid mellom fagpersoner og pasienter med tanke på behandlingsforløp. Fag personer beskrev relasjon som en terapeutisk allianse (Pullmann et al, 2013).

Empowerment: Defineres i denne studien av de intervjuede fagpersonene som ungdommenes mulighet for medvirkning og maktfordeling i behandlingsforløpet. Empowerment som begrep defineres i tillegg som en prosess der mennesker gjenvinner kontroll i eget liv, omgivelsene og en kritisk forståelse av miljøet. I intervjuene kom det frem at fagpersonene mente at å se empowerment på denne måten fordret en endring av hvordan man som fagperson ser på meningen med behandlingen, fra å jobbe for at ungdommene skal bli problemfri, til et fokus rettet mot ungdommens positive utvikling og at fagpersoner ser ungdommen som en resurs i egen og andres behandling(Pullmann et al, 2013).

Social Context (Sosial kontekst) i denne studien defineres dette som familie og sosialt nettverk, samt samfunnets mulighet, villighet og involvering i behandling. Fagpersonene mente at ungdommenes aktiviteter utenfor behandlingen, for eksempel skole eller studier og trening er en indikasjon på engasjement for rusfrihet blant ungdommene i behandling. Spesielt dersom ungdommene selv tok initiativ til «positive» aktiviteter. Å selv ta initiativ til «positiv» aktivitet ble sett på som et oppriktig engasjement fordi fagpersonene mente at ungdommen

ikke gjorde dette for å erstatte tid de tidligere hadde brukt på å ruse seg, men fordi det bidrar til å stimulere egen emosjonelle og intellektuelle utvikling og vekst (Pullmann et al,2013).

En studie gjennomført av Skatvedt, Andvig og Baklien (2015) om forhold som berører hjemmetjenestens møte med eldre med psykiske helseproblemer. På individnivå konkluderes det med at personalet opplever ansvarsoversvømmelse og yrkesetiske og personlige dilemmaer i arbeidet. De rår ikke over nok ressurser eller har tilstrekkelig autonomi for å realisere ansvaret de har. Videre konkluderes det med at rammebetingelser på organisatorisk nivå begrenser fagarbeidernes handlingsrom. De jobber i yttergrensen av bakkebyråkratiet ved at de daglig møter lidelser de ikke kan gjøre noe med om de skal følge formelle vedtak. På tross av dette er ikke de ansatte maktesløse. I samspill mellom organisasjonen og ansatte er det mulighet for å reforhandle, påvirke og utvide (ibid).

## 5 Metode

I dette kapitlet skal jeg redegjøre for hva jeg har gjort, og hvordan jeg har kommet frem til svar på valgt problemstilling. I følge Ellingsen og Drageset (2008) er metode læren om å samle inn, organisere, bearbeide, analysere og tolke data på en systematisk måte. Metode handler om hva, fra hvem, hvor og hvordan. For å komme fram til forskningsdesign og metode er et overordnet prinsipp at forskningsspørsmålet bestemmer metoden. Man kan si at metoden er et redskap i møte med noe man vil undersøke nærmere (Dalland, 2012).

### 5.1 Valg av metode og forskningsdesign

Denne studien har en kvalitativ tilnærming. Kvale og Brinkmann (2012) beskriver at kvalitativ metode tar sikte på å få frem betydningen av menneskers erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden forut for vitenskapelige forklaringer. I denne studien ble forskningsmetode valgt etter utarbeidelse av forskningsspørsmål, hensikt og formål.

Kvalitative metoder handler om menneskelig erfaring, fenomenologi og hermeneutikk. Det er en systematisk innhenting av menneskers levde erfaringer som skrives ned i tekst (Malterud, 2012). I studien er det ansatte i LAR som danner datamaterialet. Malterud (2012) beskriver at kvalitative metoder brukes ved utforskning av sosiale fenomener sett fra perspektivet til den det gjelder, i deres naturlige kontekst. I denne sammenheng vil det overordnede ønsket ved å intervju ansatte være å få frem deres subjektive opplevelse og erfaring av relasjonsarbeid med pasienter. Metoden kjennetegnes ved fleksibilitet, induktivitet, nærhet og et lite utvalg med mye informasjon (Johannessen, Tufte, Kristoffersen, 2008).

### 5.2 Vitenskapelig utgangspunkt

Denne studien tar utgangspunkt i både hermeneutisk og fenomenologisk vitenskapstradisjon. Jeg har tatt utgangspunkt i deltakernes subjektive erfaringer og opplevelser ved bearbeidelse av datamaterialet og i analysens utgangspunkt. Ved videre arbeid med analysen har deltakernes utsagn blitt fortolket.



### 5.2.1 Hermeneutikk

Hermeneutisk fortolkning søker å nå frem til gyldige fortolkninger av tekstens meninger (Kvale og Brinkmann, 2012). Thornquist (2003) skriver at hermeneutikken hjelper oss å forstå hvordan vi forstår, og er sentralt innen humaniora. Hermeneutikk har to forskjellige bakgrunner; noen trekker linjer til gresk mytologi og guden Hermes, som var den guddommelige budskapsbudbringer. Andre trekker linjer til det greske ordet hermeneuein som betyr å forstå, fortolke og tyde. Hermeneutikk er fortolkningskunst. Hermeneutisk lære kan sees på som en reaksjon på naturvitenskapen, den er opptatt av at det finnes vitenskap, ikke bare om natur, men også om menneskelig liv. Wilhelm Dilthey, en av hermeneutikkens «fedre», han skilte mellom disse formene for vitenskap. Målet i naturvitenskap er å forklare fenomener, mens i humanvitenskap er målet å forstå mennesket. Thornquist (2003, s 151) skriver videre om to hermeneutikere: Martin Heidegger og Hans Georg Gadamer, som påstod at hele menneskets måte og eksistere på er hermeneutisk; «*vi mennesker er i verden som forstående og fortolkende historiske vesener*». Thornquist (2003, s152) beskriver også at: «*all viten, all forståelse forutsetter en bakgrunn av antakelser*».

Et prinsipp i hermeneutikken er å forstå delene ut av helheten og helheten ut fra delene, den hermeneutiske spiral.

*«Hver gang vi forstår en del av virkeligheten, påvirker det vår oppfatning av helheten. Den nye helhetsforståelsen setter delen, eller delene, i et nytt lys, og kan gi en ny forståelse av enkeltdelene, som igjen påvirker helhetsforståelsen osv»* (Thornquist, 2003, s 142).

### 5.2.2 Fenomenologi

Fenomenologi tar utgangspunkt i subjektive opplevelser, og søker å oppnå en dypere forståelse i meningene til enkeltpersoner. Fordi forskeren reflekterer over egne erfaringer, kan han/hun lage et utgangspunkt for studien (Thagaard, 2015). Fenomenologien bygger på en underliggende antakelse om at realiteten er slik folk oppfatter den (Kvale & Brinkmann, 2012). Thagaard (2015) beskriver at det er sentralt innen fenomenologien å forstå fenomener på grunnlag av perspektivene til de personer som studeres, og å beskrive omverdenen slik den erfares av disse. Fenomenet som studeres og analyseres gir grunnlag for å utvikle forståelse av fenomenet (ibid).

### 5.3 Min rolle som forsker og egen forforståelse

Å forske på eget arbeidsfelt kan være utfordrende. Tjora (2010, s 176) beskriver det slik:

*«Mye kunnskap om det aktuelle temaet er en fordel for å stille presise spørsmål, men kan også være en ulempe ved at man har for mange forutinntattheter»*

Gjennom arbeid som vernepleier innen rusomsorg i flere år, er mitt ståsted som forsker faglige og personlige interesser og erfaringer. Under studietiden på vernepleierstudiet hadde jeg praksis i et LAR-tiltak. Ut ifra denne erfaringen opplevde jeg at substitusjonsbehandling er utfordrende og at relasjonen mellom ansatte og pasienter kan oppleves som konfliktfylte. Gilje & Grimen (1993) sier noe om at forforståelse kan beskrives som de forutsetninger jeg som forsker har til å kunne fortolke og rekonstruere de sosiale aktørers virkelighet. Videre sier de at det er fem begrep som kan ha betydning for forskerens forforståelse: språk og begreper, trosoppfatninger og forestillinger, og personlig erfaring. Forforståelsen i denne oppgaven vil omfatte mine egne meninger og oppfatninger om relasjonen mellom miljøterapeuter og pasienter i LAR.

Mine erfaringer var med på å danne grunnlaget for valg av problemstilling. Denne tiden har gitt meg en forforståelse i form av arbeidserfaring som kan være vanskelig å nullstille. Ved å ha en slik forforståelse og forhåndskunnskap, må jeg være klar over at dette kan være med på å prege mine tolkninger i analyse av data. Med denne forforståelsen må jeg forsøke å møte deltakerne og tolke deres erfaringer med et åpent sinn, slik at jeg ikke fortolker 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 deltakernes opplevelse og meninger.

### 5.4 Fokusgruppeintervju

For di formålet med studien er å belyse miljøterapeuters erfaringer med relasjon til pasienter falt valget på fokusgruppeintervju, jeg ønsket at deltakerne i intervjuet skulle reflektere over og diskutere sine erfaringer. Fokusgruppeintervju har som formål å få innsikt i folks følelser, holdninger og forståelser av virkeligheten (Ringdal, 2013). Data som innhentes i fokusgruppeintervjuene er den erfaringsbaserte kunnskapen til deltakerne i fokusgruppen og deres felles refleksjon over sine erfaringer og tanker. Metoden stimulerer til refleksjon og genererer til refleksjon mellom deltakerne, den bidra til å belyse problemstillingen fra flere synsvinkler. (Johannessen, Tuft & Kristoffersen, 2008). Fokusgruppeintervju kjennetegnes av en ikke-styrende intervjustil, og man tar sikte på å få frem forskjellige synspunkter om et emne. Det er

ikke et formål for et slikt intervju å få frem enighet eller en presentasjon av løsninger på emnene som diskuteres (Kvale & Brinkmann, 2012).

Fokusgruppeintervju kan ha mange fordeler fremfor spørreskjema og individuelle intervju. Kreuger og Casey (2000) mener at det er mer økonomisk, og at en får frem flere fasetter. Deltakerne plasseres i et naturlig miljø med interaksjon med andre. Emner som er viktige for deltakerne blir diskutert, og fokusgrupper produserer hurtig, konsentrert informasjon. Et fenomen som studeres via fokusgruppeintervju kan føre til ny innsikt ved at erfaringer fra andre gir ny, utvidet og verdifull innsikt om fenomenet (Kreuger og Casey 2000). Fordeler ved fokusgruppeintervjuer ifølge Ringdal (2013) at de er tidsbesparende, og ved hjelp av gruppedynamikken kan en få frem innsikt i et tema som ikke kommer frem i individuelle intervju.

Ulemper ved fokusgruppe intervju kan være at deltakerne hver for seg har mindre tid til disposisjon enn ved individuelt intervju, dermed kan det bli mindre tid til å gå i detalj, som kan føre til at viktige nyanser, modifiseringer eller refleksjoner kan bli utelatt. Gruppe sammensettingen i fokusgruppe kan føre til at det som kommer frem kan bli ensartet og likt, fordi gruppesamtaler kan begrense rommet for avvikende holdninger og erfaringer. En annen ulempe kan være dominerende deltakere. Eksempelvis kan en av deltakerne snakke så mye at andre deltakere ikke kommer til, eller at noen deltakere presenterer egne kunnskaper og oppfatninger som selvfølgelige og allmenne, som kan føre til at det vil føles vanskelig for andre deltakere å presentere alternative erfaringer eller synspunkter (Kvale & Brinkmann, 2012).

### 5.5 Moderator rollen

Halkier (2003) beskriver at moderators oppgave under intervjuet er å få deltakerne til å snakke sammen og håndtere sosial dynamikk mellom deltakerne. Det er viktig at moderator finner en god balanse mellom innlevelse og distanse. Jeg fant det svært utfordrende å gjennomføre moderatorrollen i fokusgruppeintervjuene jeg gjennomførte. Dette kan skyldes mangel på erfaring.

Under fokusgruppeintervjuene valgte jeg å ha med en tidligere kollega som sekretær. Sekretærens oppgave er å følge med på hva som foregår i fokusgruppas diskusjon (Malterud, 2012). Under mine intervjuer fant jeg det svært verdifullt å ha med en sekretær. Sekretæren skrev notater gjennom hele intervjuprosessen, renskrev disse i etterkant og notatene ble

tilsendt meg pr mail. Disse notatene gjorde det mulig for meg å få et bedre helhetsbilde av intervjuene. Selv om sekretæren hadde en anonym rolle under intervjuene benyttet jeg anledningen etter intervjuene til å spørre sekretæren foran deltakerne om det var spørsmål jeg hadde glemt å spørre. I etterkant var det også verdifullt å kunne snakke med en annen person om opplevelsen av å gjennomføre intervju, samt å diskutere hvordan jeg som moderator kunne forbedre og forberede meg til neste intervju. Det ble i tillegg benyttet lydopptaker under intervjuene. Denne ble plassert midt på bordet slik at alle deltakerne skulle høres godt og at viktig informasjon ikke skulle gå tapt. Før intervjuet startet ble det gjennomført en test av kvaliteten på lydopptakene, som ble spilt av for deltakerne. På denne måten kunne man høre om det var nødvendig at deltakerne snakket høyere eller om plasseringen av deltakerne rundt bordet var god nok. I etterkant av hvert intervju ble disse transkribert. Dette fant jeg verdifullt fordi jeg på denne måten kunne finne ut om intervju spørsmålene måtte forandres eller om de ga nok informasjon.

## 5.6 Utvalget

Studien er gjennomført i et LAR-tiltak med flere avdelinger som har samme pasientgruppe. Deltakerne i studien har helse- og sosialfaglig høgskole utdanning og har jobbet i tiltaket eller innen rusomsorg i minst to år.

### 5.6.1 Valg av antall fokusgrupper og antall deltakere

Et viktig grunnlag for kvalitativ forskning er valg av deltakere, slik at intervjumaterialet gir tilstrekkelig grunnlag for analysen. Metodelitteraturer beskriver stor variasjon ved valg av antall grupper. Malterud (2012) skriver at en konklusjon sier at en skal gjennomføre så mange grupper at empirisk data kan belyse problemstillingen på en forsvarlig måte, men heller ikke flere. Videre beskriver Malterud (2012) egne erfaringer fra fokusgruppestudier med 1-4 intervjuer, der hun tar sikte på å etablere empirisk materiale basert på to grupper som kan suppleres med 1-2 intervjuer dersom de første gruppene ikke har tilstrekkelig datakvalitet til å belyse problemstillingen. Kreuger og Casey (2000) anbefaler minimum 6 fokusgrupper for en studie. Hvis man søker mange sosiale nyanser, og om man vil tilfredsstillere kravet til metning, bør man ha mange nok grupper.

For et studentprosjekt som går over noen måneder sier det seg selv at antallet må være mindre. En mer selektiv utvelgelse av deltakere og ønsket om dybde i datamaterialet kan forsvares med færre grupper (Halkier 2003).

I denne studien ble det ikke bestemt hvor mange fokusgrupper som skulle gjennomføres på forhånd. Det ble bestemt at jeg kunne gjennomføre fire fokusgrupper ved LAR tiltaket. På tross av mulighet for fire intervjuer ble det valgt å avslutte intervjuprosessen etter tredje intervju fordi datamaterialet så ut til å ha etablert et tilstrekkelig empirisk materiale.

Seleksjonen fra flere avdelinger i et LAR-tiltak ga min studie flere perspektiv og nyanser enn om jeg kun hadde samlet data fra ett av miljøene.

Halkier (2003) har studert litteraturen omkring betydningen av størrelse på fokusgrupper. Flere perspektiver om emnet kan komme til syne dersom en stor gruppe samles. Imidlertid kan større grupper være vanskeligere å moderere. Det kan også vanskeliggjøre transkriberingsprosessen dersom en har mange deltakere. Litteraturen konkluderer med at både små grupper på tre-fire deltakere, og større grupper på opptil 12 deltakere kan gi gode data til en studie (Halkier 2003). I de tre gjennomførte intervjuene var det i første intervju fem deltakere, andre intervju fire deltakere og i tredje intervju seks deltakere.

#### 5.6.2 Homogent utvalg:

I denne studien de kjente deltakerne hverandre før intervjuprosessen startet. Et homogent utvalg beskrives som et utvalg med liten variasjon ut fra sentrale kjennetegn (Johannessen, tuft og Kristoffersen, 2008). Malterud (2012), sier at et homogent utvalg kan styrke gruppedynamikken fordi deltakerne lettere kan gjenkjenne og identifisere seg med hverandres erfaringer. Deltakerne lettere kan lettere kjenne seg igjen i uttrykte erfaringer, og det kan føre til at gruppen holder seg til temaer som tas opp. På denne måten kan det bli mindre maktspill og mindre strategisk kommunikasjon. Jeg opplevde at det var en fordel at deltakerne hadde jobbet sammen og kjente hverandre godt under intervjuet, på tross av uenigheter opplevde jeg at deltakerne uttrykke meninger sine og at de hadde en fellesforståelse for temaene som ble tatt opp under intervjuet. Videre sier hun at homogenitet bør balanseres ut ifra variasjon blant deltakerne, fordi mangfoldet kan være med på å skape nyanser i de empiriske dataene. Deltakerne i denne studien jobber sammen i det daglige, og har kjennskap til hverandre. Malterud (2012) sier at fordelene med eksisterende grupper har den fordel at konteksten stemmer bedre med dagliglivets rammebetingelser, og at deltakerne på grunn av dette kan

spille på et større repertoar av felles erfaringer enn når man møtes som fremmede. Samtidig påpeker Barbour (2005) merverdien av diskusjoner mellom mennesker som allerede kjenner hverandre. Fokusgrupper sammensatt av mennesker som allerede hører til ett miljø kan være fordelaktig på flere måter (Halkier 2003). De kjenner hverandre og de kjenner forholdene som blir diskutert, da de er medlem av samme miljø, og en kan forvente at de lettere deltar i samtalen. Jeg valgte fokusgrupper fremfor individuelle intervju, også fordi fokusgrupper gir mer kraft til den individuelle uttalelsen ved at sosial kontroll og forsterkning er til stede. Som en følge av delte erfaringer og opplevelser, kan de forskjellige perspektivene utdypes.

Når en gruppe eksisterer på forhånd kan praten flyte for lett, og deltakerne kan ende opp med å si det de alltid pleier å si når ett gitt tema kommer opp, det blir viktig for moderator å stille kritiske spørsmål (Malterud, 2012).

#### 5.6.3 Rekruttering av deltakere:

Før studien tok form hadde jeg etablert kontakt med en sentral person som jobber i et LAR-tiltak. På forespørsel fra meg om mulighet for å gjennomføre studien og rekruttere fra dette stedet fikk jeg positiv tilbakemelding, og personen sa seg villig til å være behjelpelig med rekruttering av deltakere. Malterud (2012) skriver at det er en fordel for rekruttering at kontaktperson er kjent og har tillitt hos de forskeren skal snakke med. Etter at avdelingene i LAR tiltaket hadde fått informasjon om studien fra overnevnte person, tok jeg selv kontakt med aktuelle steder og informerte om studien. Det ble også lagt igjen skriftlig informasjon og samtykke skjema. Ved et tilfelle ble informasjon og samtykke skjema sendt pr mail. Deltakerne fikk selv bestemme tid og sted for intervjuet, men fikk en måneds tidsfrist. Alle intervjuene ble gjennomført innen to uker etter at jeg presenterte studien ved aktuelle instanser. Første intervju fant sted i januar 2015, andre og tredje intervju fant sted i februar 2015.

#### 5.6.4 Strategisk og hensiktsmessig utvelgelse

For å ivareta studiens gyldighet og pålitelighet benyttes et strategisk utvalg som gir variasjon og bredde slik at en kan få frem tilstrekkelig variasjon mellom deltakerne, slik at ulike oppfatninger kan komme frem under intervjuet (Johannessen, Tufte & Krisstoffersen, 2008). Det vi derfor være hensiktsmessig å velge respondenter ut i fra spredning i forhold til utdanning, yrkeserfaring, arbeidssted, alder og kjønn (Ellingsen & Drageset, 2008).

Før intervjuprosessen ble satt i gang, valgte jeg å dra innom LAR tiltakene for å informere om studien. Jeg informerte i tillegg om utvelgelseskriteriene for å kunne være med på intervjuene. Av deltakerne som var med i studien var alle utdannet innenfor helse- og sosialfaglige utdannelse; sykepleiere, vernepleiere og sosionomer. I to av gruppene var begge kjønn representert, mens i tredje intervju var det kun kvinner som deltok. Alle deltakerne har jobbet i LAR tiltakene i minst to år. Det var ønskelig å utføre intervjuene på tvers av arbeidsstedene, men dette lot seg ikke gjøre, fordi intervjuene ble gjennomført i deltakernes arbeidstid. Intervjuene ble derfor gjennomført på deltakernes faste arbeidssted.

## 5.7 Datainnsamling

### 5.7.1 Forberedelse til intervju

Under forberedelse til intervjuer ble det utarbeidet intervjuguide (Vedlegg) med spørsmål relatert til studiens forskningsspørsmål og problemstilling. Intervjuguiden består av seks hovedspørsmål med flere underspørsmål (vedlegg 3). Hovedspørsmålene er generelle, mens underspørsmålene er utdypende. Thagaard (2015) beskriver at en viktig målsetning med kvalitative intervjuer er å utforske de temaer en ønsker informasjon om. Hovedspørsmålene er grunnlaget i intervjuguiden og oppfølgingsspørsmålene har til hensikt å få mer utdypende og detaljert informasjon om temaet. Åpne spørsmål vil være viktig.

Under intervjuene var intervjuguiden til god hjelp, men ikke bindende. Deltakerne ble ved noen anledninger anmodet om å utdype opplevelser og erfaringer ytterligere dersom det ikke kom tilstrekkelig informasjon når underspørsmålene var stilt.

### 5.7.2 Gjennomføring av intervju

Deltakerne fikk velge hvor intervjuene skulle finne sted. Alle intervjuene ble holdt på deltakernes arbeidssteder. Under intervjuene satt deltakerne, jeg og sekretær ovenfor hverandre rundt et bord, slik at alle kunne se hverandres kroppsspråk og ha øyekontakt med hverandre. Lydopptaker ble plassert midt på bordet.

Før hvert intervju presenterte jeg meg selv og sekretæren. Det ble i tillegg gitt informasjon om studien, lydopptaker, samtykke og frivillig deltakelse med mulighet for å trekke seg når som helst under intervjuet. Samtykke skjema ble signert, informasjonsskriv delt ut og i tillegg ble det spurt om deltakerne hadde spørsmål til studien.

For å unngå forstyrrelser under intervjuet ble det bedt om at mobiler ble satt på lydløs. Det ble likevel noen forstyrrelser; tiltaksstedets telefon ringte, et kjøleskap begynte å pipe, skjenking av kaffe samt at en av deltakerne forlot rommet for å hente annen drikke. Grunnet dette ble lydopptaker satt på pause ved en anledning.

Generelt sett opplevde jeg deltakerne som interesserte i temaene som ble tatt opp. Deltakerne diskuterte temaene seg imellom og var både enige og uenige.

### 5.8 Transkribering

Under alle intervjuene ble det benyttet lydopptaker, lydopptakene ble lyttet til i etterkant av hvert intervju mens innholdet ble transkribert. Å transkribere betyr i denne sammenheng å gjøre om tale til tekst. Alt materiale ble transkribert ordrett, slik at jeg lettere fikk oversikt og struktur over datamaterialet, samt at transkripsjonene ble mest mulig pålitelige. Alle pauser og kroppsspråk ble markert, enten ved (...) for pause eller ved kommentarer i teksten.

Anonymisering av deltakerne ble gjort ved at alle deltakere fikk et nummer slik at deres utsagn ble nummerert i stedet for at jeg brukte navn i teksten. Det transkriberte materialet ble tilslutt 50 sider. Dette ble lest igjennom flere ganger for å få en dypere forståelse av deltakernes erfaringer. Dette var en svært tidkrevende prosess, men jeg opplevde at det var svært viktig for videre arbeid med tekstene. Å transkribere etter hvert intervju gjorde at jeg fikk en pekepinn på hvordan jeg kunne forbedre meg som moderator til neste intervju.

Transkripsjonen er ifølge Kvale & Brinkmann (2012) en begynnelse på analyseprosessen, noe jeg selv fikk erfare.

### 5.9 Analyse

I analysen utvikles intervjuenes mening og forskerens trekker frem deltakernes forståelse av temaene. Samtidig bringer forskeren frem sin egen forståelse inn i arbeidet slik at nye sider ved fenomenet synliggjøres (Kvale & Brinkmann, 2009).

Analysen i denne studien støtter seg til Thagaard (2015) fremgangsmåte for analyse (Vedlegg 3) Selve analyseprosessen startes med å stille sentrale spørsmål til datamaterialet. Spørsmål som hva og hvordan bør stilles før en stiller spørsmålet hvorfor. Analysen bidrar til å utvikle en helhetsforståelse av meningsinnholdet i materialet. Videre er det viktig å tenke på hvordan resultatene skal fremstilles (Thagaard, 2015). Det er viktig å bli fortrolig med innholdet i datamaterialet. Det vil være strategisk å lese nøye gjennom intervjuer før en starter



inndelingen og klassifiseringen av data. På denne måten kan man skape et grunnlag for å få en forståelse for sammenhengen av innholdet i dataene (ibid). Kjernen i kvalitativ analyse er ifølge Corbin & Strauss (2008) å reflektere over hvordan teksten kan forstås, og å finne ord og begreper som egner seg best til å få frem meningsinnholdet. Det er i tillegg viktig å skrive kommentarer til intervju materialet. På denne måten rettes oppmerksomheten mot mønstre i dataene, og blir til hjelp for å identifisere temaer man anser som interessante (ibid) Koder på et lavt abstraksjonsnivå kan for eksempel være konkrete beskrivelser; hva deltakerne gjør deres egenskaper eller synspunkter. Koder på et høyere nivå vil være forskerens tolkning av deltakernes situasjon og deres handlinger (Thagaard, 2015). Koding handler i tillegg om at en reflekterer over hvordan en kan forstå sammenhengen mellom koder som brukes og å benytte seg av begreper som fremhever dataens meningsinnhold (ibid).

Koder som viser utsnitt av data som handler om det samme, klassifiseres innen samme kategori. Kategoriene gjenspeiler sentrale temaer i prosjektet. Måten datamaterialet deles inn på reflekterer forståelsen forskeren har utviklet (Thagaard, 2015). Analysen innebærer både en sammenfatning av data (deduktiv tilnærming) og fortolkning av mønstre i materialet (induktiv tilnærming). Som forsker må man rette oppmerksomheten mot ulike måter å fortolke teksten på. Spørsmålet som danner utgangspunktet for analysen er; hva handler teksten om. Formålet med kvalitativ analyse er å utvikle forståelse av dataene som går utover det deltakerne gir av sin situasjon og synspunkter (ibid).

Jeg opplevde analyseprosessen som en omfattende og utfordrende prosess fordi det kom frem mye og viktig informasjon under intervjuene. Første steg i analysen var å lese igjennom de transkriberte intervjuene flere ganger. Deretter forsøkte jeg å trekke ut essensen i hvert intervju ved at jeg markerte teksten i intervjumaterialet og skrev kodeord i marginen. Ut fra kodingen fant jeg frem til likheter i alle intervjuene, for å komme frem til meningsfulle enheter tok jeg utgangspunkt i studiens problemsstilling. Gjennom dette forsøkte jeg å sile ut temaene som var mest relevante, videre skrev jeg ned stikkord ved utsagnene for å lage foreløpige hovedkategorier.

Jeg har tatt utgangspunkt i hermeneutisk meningsfortolkning for å kunne fortolke deltakernes opplevelse og forståelse. I arbeid med analysen ble det brukt mye tid på å finne frem til hoved- og underkategorier. For å få en dypere forståelse av tekstene var det viktig å se teksten i del og helhet. Ved fortolkning vil ikke teksten være forutsetningsløs (Kvale & Brinkmann, 2012). Dette betyr at forskerens forforståelse og dermed tekstens mening vil være preget av

dette. Min arbeidserfaring vil på grunnlag av prege forståelsen av tekstens mening. I tråd med fenomenologisk tenkning har jeg forsøkt å la min egen forforståelse ligge i bakgrunn, for på best mulig måte kunne hente inn deltakernes perspektiver.

Kvale & Brinkmann (2012) beskriver at intervjufortolkning er gjenstand for kritikk fordi de ikke er objektive. Sammen intervju kan tolkes på flere måter. Hermeneutisk tradisjon tillater fortolkningsmangfold og peker på at det kan stilles mange spørsmål til samme tekst og at ulike spørsmål kan føre til ulike fortolkninger av teksten. Problemstilling og forskningsspørsmål har satt føringer for hvordan jeg har valgt å fortolke i analysen og for hvilken teori jeg har valgt å bruke. Det teoretiske perspektivet ble valgt etter at analysen var ferdig, og springer ut ifra deltakernes opplevelser og erfaringer. Jeg valgte å gjøre det slik fordi jeg ønsket at deltakernes perspektiver skal bære oppgaven og ikke omvendt.

#### 5.10 Ethiske aspekter

I all forskning er forskningsetiske hensyn viktig å ta stilling til. Jeg har valgt å benytte meg av kvalitativ metode, med få deltakere. På denne måten kommer man tett på de som deltar i intervjuet og får personnære opplysninger. Ethiske problemstillinger oppstår som følge av at man undersøker menneskers privatliv og legger beskrivelsene av dette ut i det offentlige (Kvale & Brinkmann, 2012). Ved en intervjustudie er det mange etiske aspekter å ta hensyn til; Kvale og Brinkmann (2012) har satt opp syv stadier ved forskning, der en ved alle stadier skal ta hensyn til etikk:

- Tematisering: Ikke bare diskutere vitenskapelig verdi av intervjuundersøkelsen, men også ta hensyn til menneskene som skal utforskes
- Planlegging: Hente inn informert samtykke og sikre konfidensialitet
- Intervjusituasjonen: Drøfte rundt menneskenes opplevelse av intervjusituasjonen
- Transkribering: konfidensialitetshensyn, og tenke over hvordan intervjupersonenes muntlige uttalelser skrives ned
- Analysering: Hvor dypt og kritisk skal intervjuene analyseres, og hvordan skal uttalelsene tolkes
- Rapportering: Kun rapportering av kunnskap som er verifisert og sikker.

I samråd med veiledere ble prosjektet vurdert slik at det ikke var nødvendig og meldes inn til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Dette ble besluttet med bakgrunn i at deltakerne i prosjektet ikke var en sårbar gruppe. Det ble også vurdert å

søke Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Etter å ha søkt på NSDs nettside og utført test om prosjektet måtte meldes, viste testresultatet at heller ikke dette var nødvendig (vedlegg 4). Dette ble begrunnet med at det ikke ble opplyst om noen personopplysninger i studien. Valgte i tillegg å ringe NSD, der ansatt bekreftet testresultatet på nettsiden.

#### 5.10.1 Frivillig informert samtykke

Forskningsetiske retningslinjer kap 4 § 13 beskriver hovedregel om samtykke: Det kreves samtykke fra deltakerne i en studie. Samtykket skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart (Helseforskningsloven, 2008). Deltakerne i denne studien fikk en skriftlig forespørsel om å delta i studien, forespørselen inneholdt informasjon om studien, hensikt med forskningen, konfidensialitet og frivillig deltakelse (vedlegg 1). I tillegg informerte jeg deltakerne om frivillig deltakelse før intervjustart, samt at de kunne velge å trekke når som helst gjennom intervjuprosessen. Det kan likevel tenkes at deltakerne følte at de «måtte» stille opp. Jeg opplevde at en av deltakerne sa: «huff, dette har jeg gledet meg lenge til kan du tro». Jeg informerte ettertrykkelig om igjen at deltakeren kunne velge og trekke seg, men personen valgte å være med under intervjuet. Under intervjuene fikk jeg inntrykk av at alle deltakerne hadde lyst til å delta og at de syntes at temaene som ble tatt opp var interessante.

Det er også krav om at samtykket skal være informert, dette vil si at deltakerne skal ha mottatt informasjon før samtykke gis. Før intervjuene startet informerte jeg deltakerne om prosjektet, formål og hensikt, hvordan opplysningene som ble innhentet skulle brukes, hvordan jeg deltakerne skulle anonymiseres, hvordan opplysningene skulle oppbevares og informasjon om når prosjektet skulle avsluttes. Deltakerne ga etter denne informasjonen samtykke til å delta i studien.

#### 5.10.2 Oppbevaring av opplysninger og anonymisering

For å sikre korrekt gjengivelse under transkribering av deltakernes utsagn valgte jeg å benytte meg av lydopptaker. I følge personvernombudet (2008) er stemmene til personer på lydopptak personopplysning. Lydopptakeren ble derfor oppbevart forsvarlig i et låsbart skrin, uten tilgang for andre enn meg selv. Lydopptakene slettes når studien er ferdigstilt. Det fins ingen personidentifiserbare opplysninger som navn eller fødselsnummer i mitt materiale. På tross av dette har jeg gjort et bevisst valg på å ikke bruke deltakernes eksempler i analysedelen der det er gjengitt situasjoner som handler om pasienter, fordi eksemplene kan være gjenkjennbare

for pasientene eller andre. Under transkriberingen valgte jeg å benevne deltakerne med nummer: 1,2,3,4,5,6 for å skille mellom hvem som sa hva. Jeg har også valgt å ikke bruke tiltakets egentlige navn og omtaler stedene som LAR-tiltak. Det finnes både kommunale og statlige tilbud til LAR-pasienter, tiltaket vil på denne måten ikke gjenkjennes.

### 5.10.3 Forskerrollen

Et overordnet mål ved kvalitativ forskning er at forskeren reflekterer over deltakernes opplevelser og erfaringer (Malterud, 2012). Kvale og Brinkmann (2012) beskriver at kvalitativ metode oppfattes som en dominatfri metode der tillit og empati er grunnleggende. På tross av dette kan deltakerne under intervjusituasjonen oppleve et asymmetrisk maktforhold.

Under intervjuene forsøkte jeg å være bevisst på det asymmetriske maktforholdet som kan oppstå i en intervjusituasjon (Kvale & Brinkmann, 2012). Et intervju har som formål å få frem mest mulig informasjon knyttet til studiens problemstilling og jeg som forsker har monopol på å fortolke deltakernes utsagn. Fordi intervjuet er opptatt av deltakernes erfaringer og opplevelser og fortolkning av meninger er det lett å overse asymmetrien i relasjonen (ibid). Jeg opplevde at deltakerne var svært åpne og villige til å fortelle om sine opplevelser og erfaringer under intervjuet, på tross av at deltakerne var uenige til tider og selv om det var temaer konfliktfylte.

## 6 Presentasjon av funn og fortolkninger

Med bakgrunn i analysearbeidet vil jeg i dette kapitelet presentere funn og fortolkninger. Datamaterialet resulterte i tre hovedkategorier og åtte underkategorier. Funnene beskriver hvordan helse- og sosialarbeidere som jobber innenfor LAR opplever relasjonsarbeid med pasienter. Sitater fra intervjuene er brukt for å få frem intervjudeltakernes stemmer underbygge selve analysen

<b>Hovedkategori 1</b>	
Relasjonsarbeid	Trygghet skaper god relasjon  Mistanke om rusbruk er utfordrende for relasjon  Ytre kontroll skaper begrensning for tillit  Anerkjennelse gir rom for tillit og mindre kontroll
<b>Hovedkategori 2</b>	
Spenningsfelt	Spenningsfeltet mellom kontrollrolle og hjelperrolle  Spenningsfeltet mellom mistillit og tillit
<b>Hovedkategori 3</b>	
Overlevelsesstrategi	Å «gjemme» seg bak systemets og legens makt bidrar til å opprettholde en god relasjon  Opplevelse av å være balansekunstner

## 6.1 Relasjonsarbeid

Relasjonsarbeid i denne sammenheng handler miljøterapeuters opplevelse av å bygge relasjon med pasienter i LAR. Deltakerne i intervjuene beskriver både dilemmaer i relasjonsarbeid, samt opplevelse av hvordan man kan oppnå en god relasjon med pasientene. Min opplevelse under intervjuet var at deltakerne var opptatt av temaet. Deltakerne sa at relasjonsarbeid er sentralt i alt de gjør og at det er en kontinuerlig jobb. Under intervjuet var samspillet mellom deltakerne godt, det ble diskutert noen uenigheter, men jeg opplevde at deltakerne stort sett var enige.

### 6.1.1 Trygghet skaper god relasjon

Flere av deltakerne beskriver at pasientenes erfaringer med tidligere relasjoner bidrar til begrensinger for å skape gode relasjoner. Under intervjuene ble det beskrevet at pasientene ofte har opplevd relasjonsbrudd i tidlig barndom, dette kunne for eksempel dreie seg om foreldre, søsken eller andre nærpersioner. I tillegg ble det nevnt konfliktfylte og brutte relasjoner med blant annet hjelpeinstanser. Deltakerne fortalte at det tar tid å bygge god relasjon. Fordi mange av pasientene har relasjonsskader fra tidligere relasjoner er det viktig at helse- og sosialarbeiderne er der for pasientene både i gode og dårlige tider, ved å være der for pasienten og ved kontinuerlig jobb skapes tillitsfull og trygge relasjoner.

*«At det har vært en relasjon over tid og at man har stått i mye sammen. At det har vært både gode og vonde opplevelser, kriser og gleder, alle nyanser. At man har stått i relasjonen, både pasient og miljøterapeut»*

For pasienten er det viktig at miljøterapeuten viser at en er der. Det er viktig for pasienten at de kan stole på at relasjonen mellom pasient og miljøterapeut ikke ødelegges selv om man viser «hvem man er». Miljøterapeuten må innta en rolle der de viser pasienten at de holder ut og er der selv om pasienten «svikter».

*«Å kunne stå i det når det stormer er viktig. Vi blir testet, og klarer man å stå i det kan det være en godkjennelse»*

Ved å vise pasienten at en er der uansett hvilken situasjon som oppstår, bidrar til at pasienten blir trygg på relasjonen. Ved dette får miljøterapeuten en «godkjennelse» fra pasienten, med godkjennelse sier pasienten at de er trygge og har tillit til miljøterapeuten, og ved dette har man en god forutsetning for å bygge relasjon.

Å anerkjenne pasienten ved å bruke tid, og å vise at man bryr seg er med på å skape trygghet. Pasientene opplever en likeverdig relasjon ved miljøterapeutens tilstedeværelse i en dagligdags situasjon:

*«Å vise at jeg trives med pasienten med å være sammen med pasientene, at man liker å sitte på kjøkkenet og prate. Bruke tid, og vise at jeg setter pris på pasientene. At jeg liker å tilbringe tid med pasienten og å høre på han/henne»*

Det er flere faktorer som bidrar til å skape trygge, tillitsfulle relasjoner. Å tåle pasientene på godt og vondt, være der, bruke tid, og vise at en setter pris på pasienten er viktige faktorer for relasjonsarbeid. Det er viktig for miljøterapeutene og bruke tid på å anerkjenne pasientene ved at de blir sett og hørt.

#### 6.1.2 Mistanke om rusbruk er utfordrende for relasjon

Deltakerne opplever at det er vanskelig å snakke om rusbruk med pasientene fordi pasientenes opplevelse av mistillit kan ødelegge en skjør relasjon. Samtidig erfarer miljøterapeutene at pasientene ikke alltid er ærlige når det gjelder medisinnntak. De begrunner dette med at man som miljøterapeut har sanksjonsmuligheter i form av å nekte pasienten medisiner eller inndragelse av henteordning av medisiner.

*«Å snakke om rusbruk kan være utfordrende for relasjonen, for mange av pasienten vil ikke snakke med oss om det. Vi kontrollerer jo tross alt henteordningen, så vi får ikke den 100% biten»*

Ved dette sitatet kommer det frem at rollen miljøterapeutene har er utfordrende for å bygge relasjon. Pasientene opplever at det er vanskelig å ha tillit til miljøterapeuten fordi de har en kontrollrolle. Pasientene kan ikke prate med miljøterapeutene om rusinntak, fordi de er redd for å få «straff».

*«Som helsepersonell har man ansvar for å ikke gjøre noe som er farlig for pasienten, og når man sier nei til pasienten etter klinisk vurdering sier pasienten: stoler du ikke på meg og benekter. Det er ødeleggende for relasjonen»*

For miljøterapeuten er det utfordrende å ha forskjellige roller. Pasientene opplever mistillit fra miljøterapeutene ved spørsmål om rusinntak, samtidig er miljøterapeutene pålagt å opptre forsvarlig ved medisindeling til pasientene. Miljøterapeutene erfarer at mistilliten kan være

ødeleggende for relasjonen. Det er utfordrende å opprettholde en god relasjon med kontrollfunksjonen i bunn ved relasjonsarbeid.

### 6.1.3 Ytre kontroll skaper begrensning for tillit

Urinprøve og spyttprøve er en del av kontrolltiltakene for medisinnntak og for å dokumentere eller avkrefte rusbruk i LAR. Kontrolltiltak i form av urinprøver og spyttprøver bidrar til å vanskeliggjøre relasjonen mellom pasientene og miljøterapeuter og dette kan lede til mistillit. Å kunne vise pasienter tillit uten kontrollrutiner kan bedre relasjonen, men dette er utfordrende. Deltakerne uttrykte i tillegg at å sette begrensninger ved at pasienten får redusert medisindose ved en rusepisode, at pasienten har uteblitt og ikke hentet medisin over en periode eller stramme inn på for eksempel henteordninger oppleves som vanskelig og utfordrende for relasjonen.

*«Det er jo et problem dette her med henteordning og sånn, vi er jo styrt av et system som sier hvordan det skal være. Hvis vi kanskje kunne jobbe litt i forhold til tillitsbiten der, hadde vi kanskje kommet lenger enn med urinprøver og sånt»*

Miljøterapeutene uttrykker at kontrolltiltakene er ødeleggende for relasjonsarbeid, og at de tenker at dette kunne vært unngått dersom en ikke hadde hatt disse. Det er vanskelig å overstyre «systemet» som har bestemt hvordan tiltaket skal fungere. Å ikke ha mulighet til å vise pasientene tillit uten urinprøver og spyttprøver kan bidra til en dårligere og mindre tillitsfull relasjon.

*«Jeg tenker at kliniske vurderinger av det kjennskapet vi får til folk over år, at det burde telle mer enn en urinprøve. At urinprøve ikke er å vise folk tillit»*

Miljøterapeutene uttrykker at pasientene opplever mistillit fra miljøterapeutene ved at de må ta urinprøver for å bevise rusfrihet. Det er ønskelig å vise pasientene tillit på bakgrunn av at man har bitt kjent med og lært pasienten å kjenne over lengre tid.

Tillit er en viktig del av relasjonsarbeidet. Dette er utfordrende å få til når systemet har strenge kontrolltiltak.



#### 6.1.4 Anerkjennelse gir rom for tillit og mindre kontroll

Deltakerne beskriver at når både pasient og miljøterapeut opplever å ha en god relasjon med hverandre skapes en tillitsfull relasjonen uten behov for kontroll. Pasientene tør å fortelle sannheten fordi de opplever å kunne stole på miljøterapeuten.

*«Hvis relasjonen er god, så tør pasienten å fortelle. Da trenger man ikke å ha den voldsomme kontrollen, for da kan det være mer åpenhet rundt ting. Pasienten kan være trygg på at de ikke kommer til å få kjempe konsekvenser hvis de forteller sannheten»*

Miljøterapeutene uttrykker at de opplever at pasientene er ærlige når relasjonen er etablert. Pasientene opplever at de kan være trygge på miljøterapeutene og at det kan være åpenhet rundt vanskelige situasjoner. Dette kan for eksempel dreie seg om rusbruk. Når pasientene kan være åpne om vanskelige situasjoner, opplever miljøterapeuten at de kan ha tillit til pasienten, og behovet for kontrolltiltak vil ikke oppleves som like nødvendig.

*«Hvi vi får relasjonen opp å stå, så er det ikke sikkert vi trenger så mye kontroll. Hvis vi får en relasjon som preges av gjensidighet og tillit begge veier er det ikke sikkert at vi hadde trengt så mye kontroll»*

Miljøterapeutene erfarer at en må jobbe for å få en god relasjon og at dette bidrar til mindre kontroll. Anerkjennelse og gjensidig tillit skaper god relasjon, som igjen bidrar til at behovet for kontroll blir mindre.

## 6.2 Spenningsfelt

Selv om relasjonsarbeid er veldig viktig, så har vi sett at det er noen utfordringer. Analysen ledet oss til å se utfordringer som spenningsfelt. Når vanskelige situasjoner oppstår oppleves spenningsfeltene både som konfliktfylte og som hjelp til å løse disse.

### 6.2.1 Spenningsfelt mellom kontrollrolle og hjelperrolle

Deltakerne i studien beskriver opplevelse av rollekonflikt fordi man har lover og regler å forholde seg til, samtidig som man ønsker å ivareta pasienten på best mulig måte. Å være tydelig og klar på rollen man har, og å være tydelig og ærlig på hvordan makten fordeles i LAR er viktig for relasjonen.

*«Å ikke underslå at vi har en kontrollfunksjon, ikke underslå at vi har mer makt enn de. Tydelighet. Det går på tydelighet og ærlighet, ikke late som om pasientene har makt over medisiner, de har makt over sitt eget liv og de har makt over hva de kan skape i samhandling med oss»*

Miljøterapeutene opplever at det er viktig at man er ærlig med pasientene om rollen man har som ansatt i LAR. Det er viktig at man ikke blir unnvikende ovenfor pasienten, men at man bidrar til maktfordeling som er reel, der det ikke handler om medisinutdeling, medisininntak eller henteordning. Miljøterapeutene ønsker at pasientene skal ha makt i eget liv der det er mulig. Ved samarbeid mellom miljøterapeut og pasient, har pasienten mulighet til å være med på å bestemme sitt behandlingsforløp.

*«Pasientene har ikke makt over å styre sin egen medisin, de har ikke lov til å bestemme hvor de skal hente sin egen substitusjonsmedikament. Det er noe spesielt med denne pasientgruppa, de er nåværende eller tidligere rusmisbrukere og faren for tilbakefall er stor. De leker russisk rulett med livet sitt. Vi kan ikke late som at det ikke er sånn og si at makten er likt fordelt, da vil vi lyve og da har vi ødelagt muligheten for relasjon. Men fra det til fordømmelse og maktutøvelse, kan man gjøre det med kjærlighet både til individet og gruppa, med respekt og stødighet»*

På tross av at pasientene kan få en opplevelse av avmakt i form av at retningslinjer og andre personer i et system «bestemmer» over deres hverdag, må miljøterapeutene forholde seg til lovverket. Som miljøterapeut opplever man at man har et ansvar for at pasientene «klarar seg» i behandling. Miljøterapeutene opplever at det er viktig å møte pasientene med omsorg.

Å oppleve og ikke kunne ivareta pasienten etter det pasienten og en selv som miljøarbeider oppfatter vil være til det beste for pasienten gir en følelse av avmakt for begge parter.

Miljøarbeiderne beskriver en indre konflikt i noen situasjoner der en er uenig i lovverket.

*«Det er en hårfin balansegang. Mange ganger skulle man ønske man kunne si til pasienten hvor dumt det som er bestemt er, men man kan ikke fordi vi ikke har noen mulighet til å gjøre noe med det»*

*«Vi forvalter et regelverk som gjør at vi av og til må være litt idioter. De har et liv de prøver å gjøre noe med, vi er satt til å guide, forsøke å hjelpe de og gjøre noe med det, endre livet»*

Pasientene er rusbrukere og er i LAR fordi de ønsker å redusere eller slutte å bruke rusmidler. Miljøterapeutene ønsker å hjelpe pasientene med dette og å ivareta pasientenes ønsker og behov. Miljøterapeutene uttrykker at dette til tider ikke lar seg gjøre fordi man har et regelverk å forholde seg til. Et regelverk miljøterapeutene ikke alltid er enige i.

*«Man er underlagt et regelverk man noen ganger er uenig i. Noen ganger tar faktisk regelverket feil, og vi kan bende på regelverket. Vi ønsker å gjøre det fordi det gagnar pasienten mer enn reglene»*

Det er viktig for miljøarbeiderne å hjelpe pasientene på best mulig måte slik at deres ønsker og behov blir møtt, på tross av retningslinjer og lovverk.

### 6.2.2 Spenningsfeltet mellom mistillit og tillit

For at medisinutdeling skal være forsvarlig skal den gis under overvåkning, det er vanskelig å stole på kliniske vurderinger; rusvurderinger man gjør i hverdagen ved å se pasientene.

Urinprøver og spyttprøver oppleves som en sikkerhet for å kunne stole på pasientenes rusfrihet. Mangel på tillit viser seg spesielt når det gjelder legemidlene.

*«Det er sånn at rusbrukere jukser og juger, det vet vi. De er eksperter på det, de har holdt på med det hele livet. Men det er med den medisinske biten, man bør ha mistillit til det»*

Miljøterapeutene uttrykker at det er vanskelig å stole på at pasientene tar medisiner sine som de skal slik at de ikke blir solgt på et illegalt marked. På tross av at man ikke alltid har tillit til at pasientene håndterer medisiner på riktig måte, er det mange andre sider pasientene har, man kan ha tillit til.

*«Retningslinjene våre er til hjelp og, skal du ha frihelg eller ferier så må de bevise. Da er det urinprøver eller spyttprøver som kreves»*

Retningslinjene til LAR er en hjelp i vanskelige situasjoner. Miljøterapeutene lener seg på disse når pasientene ønsker fri fra å hente medisin daglig. Pasientene må bevise at de klarer å være rusfri slik at det oppleves som forsvarlig å dele ut legemidler til pasientene for en lengre periode.

Erfaringene miljøterapeutene har gjort seg viser i tillegg at det er viktig for pasientene å vise at de kan «stoles» på.

*«Det er noen som ønsker å ta spyttprøver og, for å vise seg. De gjør det frivillig»*

Selv om miljøterapeutene ønsker å vise tillit til pasientene er det en trygghet å ha LAR retningslinjene og lene seg på når vanskelige avgjørelser skal tas.

### 6.3 Overlevelsesstrategi

Rollen som miljøterapeut er krevende blant annet fordi de må balansere mellom rollen som miljøarbeider og kontrollrolle. For å håndtere disse rollene viser det seg at miljøterapeutene benytter seg av ulike strategier. Å kunne si at det er systemet eller legen som har tatt en beslutning fører til at en opparbeidet relasjon mellom pasient og miljøterapeut ikke ødelegges. Å oppleve lojalitetskonflikt mellom lovverk og pasient fører til at deltakerne får en opplevelse av å være balansekunstnere.

#### 6.3.1 Å gjemme seg baksystemets og legens makt bidrar til å opprettholde god relasjon

Deltakerne uttrykte at det til tider er lettere å «skylde» på systemet eller legen når dårlige nyheter, som for eksempel at henteordning skal inndras eller at pasientene ikke får med seg medisin i helga, skal meddeles til pasientene. Spesielt i tilfeller der pasientene oppleves som sinte eller lei seg. I tillegg uttrykker deltakerne at det kan være vanskelig å si til pasientene at man er enig i legens beslutning, fordi det oppleves av deltakerne å være ødeleggende for relasjonen.

*«Noen ganger kjører vi legen foran oss, det skal tas upopulære avgjørelser og legen sitter med ansvaret. Da har jeg sagt at det må vi ta med legen, det har jo mye med at jeg ønsker å ha en god relasjon til pasienten»*

Flere av miljøterapeutene beskriver at det er lettere å si at det er legen som har tatt en beslutning som ikke er til pasientens fordel. Miljøterapeutene må forholde seg til pasienter og deres reaksjoner på de beslutninger som tas i hverdagen. Det forenkler hverdagen og bidrar til å bevare en god relasjon ved å legge beslutningsansvaret over på legen.

*«Ved diskusjon som jeg føler er feil eller ikke fører noe sted, om den har for høy temperatur eller for mye affekt så har jeg gjemt meg bak legen eller systemet. Vi kunne jo sagt i noen tilfeller at det er helt riktig det legen har bestemt, det sier vi ikke ofte»*

*«Man kan jo bygge en relasjon der du kan vise litt goodwill fra personlig ståsted. Noen ganger kan man bruke det, altså dette er retningslinjene uansett hva jeg mener»*

Å vise pasientene at man er på deres side ved upopulære beslutninger kan bidra til at man lettere kan bygge relasjon med pasienten.

### 6.3.2 Opplevelse av å være balansekunstner

Deltakerne beskriver at det kan oppstå opplevelse av lojalitetskonflikt i deres arbeid mellom pasient og system. Denne lojalitetskonflikten som spiller seg ut mellom miljøterapeutenes rolle og systemet kan bidra til å ødelegge relasjonen, samtidig bidrar den til å skape en «mellom barken og veden» følelse hos miljøterapeutene. Lojalitet til pasienten er viktig for dennes behandling samtidig er det viktig å være lojal til systemet eller regelverket en forvalter

*«Det blir vanskelig for vi deler ut et potent legemiddel. Vi må jo ha kontrollrollen, men relasjonen er viktig den og»*

Miljøterapeutene beskriver at det er vanskelig med forskjellige roller og at man både ønsker og må ha god relasjon til alle parter i LAR-systemet.

*«Vi må ha god relasjon til pasienten, men vi må også ha en god relasjon til legen. Vi blir stående imellom»*

Miljøterapeutene uttrykker at de blir stående mellom pasienten og legen som har beslutningsmakt, og at dette kan bidra til å skape en lojalitetskonflikt. Dette oppleves som vanskelig for mange.

*«Felles fiende er kjekt, men om den ikke er ærlig så ødelegger det relasjonen. Det er en hårfin balansegang»*

Å være enige med pasientene kan være det letteste i enkelte situasjoner miljøterapeutene opplever som vanskelig. Det er en «lett» utvei i en her og nå situasjon. Selv om man ønsker å bruke den letteste utveien er det viktig at man er lojal mot systemet og bestemmelsene som er utenfor miljøterapeutenes makt.

## 7 Diskusjon

Diskusjonen vil jeg i første del ta for meg studiens kvalitet. I andre del vil jeg diskutere funn opp mot teori og forskning på feltet.

### 7.1 Studiens kvalitet

Thagaard (2015) beskriver at i kvalitativ forskning benyttes begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet. Jeg har valgt å vurdere studiens kvalitet etter Thagaard (2015) sine beskrivelser av disse begrepene.

#### 7.1.1 Troverdighet

Studios troverdighet knyttes til hvor presise forskningsresultatene, dataens kvalitet og forskerens redegjørelse er gjennom hele utviklingsprosessen Thagaard (2015). Bakgrunn for valg av problemstilling og forskningsspørsmål var egne erfaringer og interesse etter arbeid i et LAR-tiltak. Med denne bakgrunnen vil det være unngåelig at ikke problemstilling og forskningsspørsmål ble påvirket av min forforståelse. Ved utarbeidelse av problemstilling ble det klart at det var erfaringer og opplevelser som skulle undersøkes. Deretter ble intervjuguiden formulert, denne ble det lagt ned mye tid på fordi jeg ønsket at temaet i studien skulle dekkes i dybden. Det var i tillegg viktig at spørsmålene i intervjuguiden ikke var ledende. Jeg forsøkte å legge min egen forforståelse til side ved utarbeidelse av spørsmål. I denne studien ble det valgt kvalitativ metode for å kunne svare på problemstilling og forskningsspørsmål. Kvalitativ metode søker å oppnå en forståelse av sosiale fenomener og hvordan enkeltpersoner opplever og reflekterer over sin egen situasjon (Thagaard, 2015). Metodevalget er velegnet fordi jeg har valgt å belyse deltakernes opplevelser og erfaringer med relasjonsarbeid i LAR. For å få svar på studiens fokus valgte jeg fokusgruppeintervjuer. Flere av deltakerne i intervjuet var tidligere kollegaer. Det er ifølge Thagaard (2015) viktig at det blir redegjort for relasjonen en som forsker har til deltakerne i en studie, og hvilken betydning egne erfaringer har i feltet som studeres. For leseren er dette av betydning slik at de har mulighet til å vurdere i hvilken grad slike forhold kan ha påvirket tolkning av materialet. I tillegg handler troverdighet om ivaretagelse av deltakernes ytringer og forskerens evne til at deltakernes stemmer får forrang framfor ens egen forståelse. Fordi jeg har tilknytning til LAR-tiltaket som ble studert kan det ifølge Thagaard (2015) være slik at jeg har et særlig godt grunnlag for forståelse av fenomenene som studeres. Dette kan føre til at tolkningen av data utvikles i relasjon til egne erfaringer. Som forsker kan man overse eller bli mindre åpen for

nyanser i situasjonene som studeres. Det har vært viktig gjennom prosessen og tenke gjennom egen forforståelse og forsøke å legge denne til side.

### 7.1.2 Bekreftbarhet

Bekreftbarhet i kvalitativ forskning er knyttet til om resultatene representerer virkeligheten en har studert. Det dreier seg om hvorvidt fortolkningene av fenomenene som er studert er gyldige. Det er viktig at forsker er kritisk til egne fortolkninger som presenteres. Det er viktig å tydeliggjøre hva som er forskerens tolkning og hva som er deltakernes utsagn (Thagaard, 2015). Ved presentasjon av funn har jeg vært bevisst på å få frem deltakernes stemmer ved å velge ut sitater og ved å beskrive egne fortolkninger. For å få en forståelig tekst har jeg forsøkt å forklare hva deltakerne har lagt vekt på i sine uttalelser. Forskningsprosessen ble beskrevet steg for steg, og valg av analysemetode har blitt beskrevet. I analyseprosessen kan det ha vært temaer som har blitt oversett, eller min forforståelse kan ha satt begrensning for tolkning av funnene.

### 7.1.3 Overførbarhet

Thagaard (2015) beskriver at overførbarhet i kvalitativ forskning sier noe om hvorvidt hovedfunnene er gyldige i andre sammenhenger og om kunnskapen er overførbar til andre personer enn deltakerne. Med bakgrunn i tre fokusgruppe intervjuer med 14 deltakere til sammen kan jeg ikke påstå at mine funn representerer andre sine erfaringer og opplevelse av relasjonsarbeid i LAR. Studien kan likevel bidra til en forståelse av hvilke utfordringer ansatte i LAR kan oppleve i sitt daglige arbeid med pasienter i det daglige.

## 7.2 Diskusjon av funn

I denne delen av diskusjonen vil jeg summere opp hovedfunnene fra den empiriske undersøkelsen og se dette i lys av teori og tidligere forskning på feltet. Med dette vil jeg besvare problemstilling og forskningsspørsmål som er beskrevet innledningsvis. Jeg har valgt å dele inn diskusjonen etter den teoretiske referanserammen. Like sitater kan brukes ved diskusjon knyttet opp mot ulike teori

### 7.2.1 Hvilken erfaringer har miljøarbeidere i LAR med etablering og opprettholdelse av en tillitsbasert relasjon overfor pasienter?

Miljøarbeiderne beskriver at å bygge relasjoner til pasienter som har opplevd relasjonsbrudd er utfordrende. Martinsen (2012) hevder at omsorg handler om å bygge relasjoner. I yrkesrettet omsorg handler det om en relasjon der den som mottar omsorg er i en mer sårbar situasjon enn den som gir omsorg (Askheim, 2012, Martinsen, 2012). Som miljøarbeider er man pliktet til å gi den hjelpen den andre trenger ut ifra sin situasjon. Å møte andre mennesker og å etablere kontakt vil aldri være et nøytralt møte. Miljøarbeiderne beskriver under intervjuet at det er en viktig del av å bygge relasjon at både pasient og miljøarbeider i samhandling har «gode og vonde opplevelser, kriser og gleder, alle nyanser» og at miljøarbeideren «er der» uansett. Dette kan ses i sammenheng med Martinsens (2012) beskrivelse av at å bygge relasjon handler om å knytte bånd. Relasjon og avhengighet er grunnleggende i menneskers liv, i denne avhengigheten ligger fordringen om å ta vare på hverandre. Dette krever at miljøarbeideren setter seg inn i pasientens situasjon og viser interesse. Martinsen (2012) viser til at livsytringene er fundamentale. Som miljøarbeider blir fordringen å ta vare på tilliten, eller livsytringen, pasienten viser. Å engasjere seg i den andres livshistorie og behov handler om verdiforutsetninger som ligger til grunn for utøvelse av omsorg. Miljøarbeiderne beskriver at «å være der for pasienten skaper en tillitsfull og trygg relasjon», ved å tørre å være seg selv viser pasienten tillit til miljøarbeideren. Tillit betyr å utlevere seg, i dette kan og tørre å være seg selv være en tillitserklæring til miljøarbeideren. Deltakerne beskrev at å kunne «stå i det når det stormer» er viktig, «vi blir testet», og klarer man å stå i det kan det være en «godkjennelse». Funnene i min studie kan relateres til funn i tidligere forskning som viser at en positiv opplevelse av relasjon mellom fagfolk og pasienter preges av at pasientene føler seg ivaretatt, at man blir sett og hørt, og at pasientene følte de fikk den hjelpen de hadde behov for (Halvorsen, 2009, Thylstrup, 2011, Dahle & Iversen, 2011).

I dagliglivet møtes mennesker med tillit til hverandre, dersom man står ovenfor hverandre med mistillit kommer dette av visse omstendigheter ut ifra særlige grunner (Martinsen, 2012). Miljøarbeiderne uttrykte at det er en «nødvendighet å ikke ha tillit» til pasientene når det gjelder medisinalutdeling, en av deltakerne uttrykte; «vi vet at rusbrukere jukser og juger når det gjelder medisiner, man bør ha mistillit til det». Miljøarbeiderne uttrykker i tillegg at de selv opplever å bli møtt med mistillit fra pasientene, de beskriver at; «å snakke om rusbruk er utfordrende for relasjonen, for mange vil ikke snakke med oss om det. Vi kontrollerer jo tross alt henteordningen, så vi får ikke den 100% biten». Løgstrup (1956) hevder at å møte



hverandre med mistillit bidrar til å ødelegge og forkrøple livet. Tillit er fundamentalt, den skal ikke begrunnes. Det skal derimot mistilliten. Tilliten kan brytes ned ved både individuelle eller strukturelle forhold. Deltakerne beskriver at ved medisinalutdeling til «tidligere eller nåværende rusmisbrukere» sier et overordnet lovverk at inntak av medisiner skal være overvåket, det er strenge kontrolltiltak og utlevering av legemidler utover daglig dose først kan finne sted når pasienten har «bevist rusfrihet» over en periode. Tilliten i seg selv kan ikke regelfestes, det som regelfestes er en norm for å forhindre mistillit og likegyldighet (Martinsen, 2012). Videre beskriver miljøarbeiderne at; «hvis relasjonen er god, da tør pasienten å fortelle». Da trenger man ikke å kontroll i like stor grad. Man kan være åpne rundt ting. Pasienten kan være «trygg på at de ikke får kjempe konsekvenser» hvis de forteller sannheten. Tidligere forskning har vist at pasienter i LAR opplever at kontrolltiltak er en vesentlig innskrenkning av frihet, og at de dermed har fått dårligere livskvalitet (Brekke, Vetlesen, Høiby & Skeie, 2010).

Som miljøarbeider er en ansvarlig for forsvarlig medisinalutdeling, man skal ivareta både samfunnet ved at ikke medisiner selges illegalt og for å ikke forårsake skade. I dette ligger fordringen om å ta vare på hverandre. Dette vises ut ifra studiens funn, der miljøarbeiderne beskriver viktigheten av å være «tydelige» og «ærlige» ovenfor pasientene. At man som miljøarbeider «ikke underslår maktfordelingen» i relasjonen. Det er miljøarbeidernes ansvar å ivareta pasienten på best mulig måte slik at det gagnar pasienten. Dersom en mistenker at en pasient er påvirket av rusmidler er det miljøarbeiderens oppgave å sørge for at pasienten ikke får substitusjonslegemiddelet sitt da dette kan føre til store skadevirkninger, og i verste fall død. En deltaker i studien sier at det er «stor fare for tilbakefall» ved rusmisbruk og at det til tider virker som om pasientene «leker russisk rulett med livet sitt».

Martinsen (2012) beskriver en autoritetsstruktur i relasjonen mellom tjenestuteøver og pasient. Hun beskriver at miljøarbeideren har kunnskap i situasjonen som pasienten ikke har, og at svak paternalisme overordnes prinsippet om pasientens autonomi. Svak paternalisme viser seg i miljøarbeidernes engasjement og interesse for den andres velbefinnende, dette leder miljøarbeiderne til å handle ut ifra skjønnsmessige vurderinger ut ifra situasjonen. I denne sammenheng kan miljøarbeiderne vurdere det slik at pasienten er for ruspåvirket til å få medisiner, at det er uforsvarlig å la pasienten «leke russisk rulett med livet sitt». Denne vurderingen vil være overordnet pasientens autonomi eller rett til å bestemme selv. Dersom miljøarbeideren unnlater å gjøre en slik skjønnsmessig vurdering vil omsorgen gå over unnlåtelsessynder og kanskje føre til skade. Funn i studien beskriver at det er noe «spesielt

med brukergruppa, de er rusmisbrukere». Tidligere forskning viser at pasienter føler at de blir behandlet som «veldig narkomane» i LAR (Brekke, Vetlesen, Høiby & Skeie, 2010). Askheim (2012) beskriver makt over som er i tråd med hvordan pasienten føler seg mottatt, og at denne formen for makt kan være både disiplinerende og ydmykende ovenfor pasientene. Miljøarbeidernes oppfatning av å redusere skade, ved å «bestemme» om pasienten kan ta medisin eller ikke, kan oppleves annerledes fra pasientens ståsted. Miljøarbeiderne beskriver at det er deres oppgave å sørge for at pasientene «ikke ødelegger livet sitt». Ved dette kan pasientene oppleve at de blir fratatt autonomi og retten til å bestemme over eget liv. Det beskrives i LAR-retningslinjene at pasientene opplever umyndiggjøring i stor grad. Videre beskriver miljøarbeiderne at de ikke opplever at det er makt de utøver ved å «bestemme» over pasientenes medisiner eller utdeling av disse. Askheim (2012) beskriver makt sammen med som kan ses i sammenheng med miljøarbeidernes opplevelse av å utføre arbeidet til daglig. Miljøarbeiderne beskriver at det ikke dreier seg om «maktutøvelse», men om «omsorg for pasientens eget beste» og dermed maktspredelse, man tar beslutninger sammen med pasientene og ikke på bekostning av (Askheim, 2012). Martinsen (2012) hevder at det i omsorg ligger en mulighet for konflikt. I dette ligger formynderiet hvor en gjennom paternalisme overbeskytter eller tar bestemmelser fra den andre. I tråd med funn i studien er miljøarbeiderne pålagt overordnet å «bestemme» over pasientenes medisiner og av den grunn passe på at «de ikke ødelegger livene sine». Martinsen (2012) beskriver at hvis en verdiforutsetning festes til en ideologi kan dette lett føre til overgrep. Disse overgrepene ses i sammenheng med at LAR-tiltakene har et overordnet lovverk som virker til å vite med sikkerhet hva som tjener pasientene best uten at miljøarbeiderne som de uttrykker «kan gjøre noe med det».

### 7.2.2 Hvilke utfordringer står miljøarbeiderne i til henholdsvis pasient og system?

Ansatte i LAR benytter seg av ulike strategier for å bevare en god relasjon med pasientene i behandling. I visse situasjoner opplever miljøarbeiderne å befinne seg i rollekonflikt mellom det overordnede LAR-systemet og ivaretagelse av pasientene, en mellom «barken og veden» opplevelse der det kan oppstå en intern lojalitetskonflikt for miljøarbeideren.

Som bakkebyråkrat befinner en seg i spenningsfeltet mellom pasientene og den øvrige forvaltningen, og deres nøkkelposisjon befinner seg mellom offentlig sektor og innbyggerne. Relasjonen mellom pasient og miljøarbeider ha innslag av både omsorg og kontroll, et potensiale både for empowerment og undertrykkelse. Miljøarbeidere ansatt i LAR tiltaket kan ifølge Lipsky (2010) kalles bakkebyråkrater. Miljøarbeiderne befinner seg nederst i det

offentlige byråkratiet, de har direkte kontakt med befolkningen, i dette tilfellet pasienter i LAR.

For miljøarbeidere kan rammebetingelser på strukturnivå og organiseringen av tjenestetilbudet for pasienten oppleves som en begrensning. Rammebetingelsene legger føringer for det daglige arbeidet til miljøarbeiderne. Ved å definere muligheter og begrensninger for ansatte kan det være vanskelig å ta hensyn til pasientenes individuelle behov. Å bygge relasjon med pasientene er viktig for miljøarbeiderne, men ved å ikke kunne ta hensyn til individuelle behov kan dette vanskeliggjøres. Miljøarbeiderne sa at «det er et problem med henteordninger fordi man er styrt av et system som sier hvordan det skal være». Miljøarbeiderne uttrykker at de ønsker at det kjennskapet en får til pasientene over flere år, skal telle mer enn kontrolltiltak som for eksempel urinprøver. I tråd med mine funn viser tidligere forskning at rammebetingelser kan bidra til å begrense ansattes handlingsrom, dersom en skal følge formelle vedtak (Skatvedt, Andvig & Baklien, 2015).

En kan både være motstander av, men også tilpasse seg i bakkebyråkratiet (Lipsky, 2010). Miljøarbeiderne i LAR ser ofte at pasientenes behov eller forventninger bør etterkommes, men at retningslinjene ikke tar høyde for den enkeltes pasients behov. Miljøarbeiderne i LAR-tiltaket sa at de «til tider er uenige i regelverket, at de ønsket å bende på det sammen med pasientene, slik at det best mulig gagnar pasienten». Frank & Bjerger (2011) viser til i sin studie at det er vanskelig å implementere individuell basert behandling på bakgrunn av rammebetingelser og at dette kan virke som en motsetning til empowerment i den daglige praksisen.

På tross av at miljøarbeiderne ønsker å medvirke til for eksempel empowerment, må de ta hensyn til de institusjonelle kravene som stilles, deltakerne beskrev at de i mange sammenhenger skulle ønske at de kunne si til pasientene at det som er «bestemt overordnet er dumt», men at man ikke kan fordi man ikke kan gjøre noe med det. Lipsky (2010) beskriver at blant annet regler, forordninger og uformelle normer kan være med på å begrense miljøarbeidernes handlingsnorm. En annen deltaker sa; «Vi forvalter et regelverksom gjør at vi av og til må være noen idioter». Det beskrives videre at man som miljøarbeider er satt til å hjelpe pasienten å endre livet, men ved å befinne seg i spenningsfeltet mellom lojalitet til forvaltningen og lojalitet til pasienten skapes begrensninger i forhold til pasientenes mulighet for deltakelse og medvirkning, og miljøarbeidernes mulighet for å handle etter egne verdier. Bakkebyråkratene er de personer som har daglig kontakt med pasientene og som iverksetter beslutninger fattet på politisk plan. Typisk for bakkebyråkrater er at de må utøve skjønn i

yrkesutøvelsen og i arbeidet må det gjøres vurderinger som er forutsigbare. Utøvelse av skjønn kan få negative konsekvenser fordi man som fagutøver kan tolke og praktisere regelverket ulikt. Skjønn vil være uungåelig i en arbeidshverdag for bakkebyråkratene og kan til tider være den beste måten å fatte beslutninger på. Funn i tidligere forskning viser at medvirkning og maktfordeling gir opplevelse av samarbeid (Pullmann et al 2013).

Deltakerne i studien beskrev at de opplever lojalitetskonflikt mellom det overordnede LAR-systemet og pasientene. Særlig beskrives det som vanskelig å skulle overbringe «dårlige» nyheter. Som miljøarbeider står man i utfordrende situasjoner med pasienter, man opplever at pasienter kan reagere med sinne eller bli lei seg på bakgrunn av beslutningene som tas over hodet på pasientene. Slike opplevelser har bidratt til at miljøarbeiderne velger å «gjemme» seg bak systemets eller legens makt. Ved dette kan miljøarbeiderne opprettholde en god relasjon i det daglige arbeidet med pasientene. Lipsky (2010) hevder at det er bakkebyråkratenes handlinger, og deres tilpasning i sin konkrete arbeidssituasjon og de daglige utfordringene som gjør at en har mulighet til å forstå det som realiseres som organisasjonens politikk. LAR er underlagt strenge kontroll tiltak og politiske beslutninger for å hindre at legemidler misbrukes og for salg av disse på det illegale marked.

Askheim (2012) beskriver at relasjonen mellom fagfolk og pasienter er asymmetrisk, fordi pasientene henvender seg til fagpersonene fordi de kan tilby tjenester som pasientene ønsker eller har behov for. Dette bidrar til skjev maktfordeling i møtet mellom disse. Lipsky (2010) beskriver ufrivillige klienter ut ifra at tjenestene bakkebyråkratene tilbyr ikke kan mottas andre steder. Makten kan oppleves skjev mellom miljøarbeider og pasient. I dette tilfellet har bakkebyråkratene makt over pasientenes substitusjonslegemidler, og pasientene kan oppleve å være i en ufrivillig situasjon. I følge deltakerne i studien beskrives det at pasientene «ikke har makt til å bestemme over eget legemiddel, og heller ikke hvor de skal hente det». Dette kan ifølge Lipsky (2010) føre til konfliktfylte relasjoner mellom bakkebyråkraten og pasientene. Selv om pasientene ikke har mulighet til å ha makt over medisinen sin, sa deltakerne at pasientene kan ha «makt over hva de kan skape i samhandling» med miljøarbeiderne. Lipsky (2010) viser til at bakkebyråkratene i stor grad er bundet til normer om korrekt behandling av mennesker. At pasienten opplever tilfredshet vil være viktig for miljøarbeiderne, samhandling kan bidra til tilfredshet og maktbalansen i relasjonen kan oppleves jevnere for pasientene.

Askheim (2012) beskriver at makt på strukturelt nivå kan oppleves som disiplinerende og ydmykende på klientene på brukeren av velferdstjenester. At miljøarbeiderne opplever at forholdet mellom overordnet system og ivaretagelse av pasientene er utfordrende kan ses i

sammenheng med Lipskys (2010) teori om bakkebyråkratiet. Å håndtere pasientenes personlige reaksjoner når avgjørelser blir tatt er en del av bakkebyråkratenes hverdag. Mange reagerer med sinne på reel eller opplevd urettferdighet. Ofte opplever pasientene seg urettferdig behandlet og er uenige i beslutningene som blir tatt. Det vil av den grunn være enklere for miljøarbeiderne og være «enige» med pasientene i hverdagslige situasjoner. Som miljøarbeider ønsker man å ivareta pasientenes ønsker og behov. Lipsky (2010) beskriver at det er viktig for bakkebyråkratene at pasientene er tilfredse. Dette kan blant annet bidra til å påvirke maktbalansen i relasjon, tilfredshet kan i tillegg bidra til endring av atferd i «riktig» retning. Halvorsen (2009) viser i sin studie til at dersom pasienter ikke blir møtt med forståelse og anerkjennelse kan dette bidra til opplevelse av å bli krenket.

Skjønnsutøvelse vil gi bakkebyråkratene rom for å tilby gode og fleksible tilbud tilpasset den enkelte. Bakkebyråkratene befinner seg ofte i uforutsigbare situasjoner der det skal tas hurtige avgjørelser med liten eller ingen mulighet til å konferere med andre kollegaer. Deltakerne beskriver at det er til hjelp å ha retningslinjene i slike situasjoner. Ved bruk av retningslinjer og lovverk i stedet for å benytte seg av en skjønnsmessig vurdering, kan man unngå at pasientene opplever å bli urettferdig behandlet. Dette kan føre til at miljøarbeiderne opplever at hverdagen kan forenkles med et standardisering av tjenestene (Lipsky, 2010). I tråd med min studie og bakkebyråkratets dilemmaer viser Frank & Bjerger (2011) i sin studie at det er vanskelig å gi pasienter individuell basert behandling fordi ansatte er styrt av et overordnet lovverk, helseregulerende politikk og manglende ressurser.

## 8 Avslutning

I denne studien har hensikten vært å belyse miljøarbeideres opplevelser av relasjonsarbeid med pasienter i LAR. Prosjektet er forankret i teorier som belyser makt i relasjonsarbeid med vekt på omsorg, bakkebyråkrati og empowerment. Utvalget har bestått av 14 deltakere som jobber innenfor LAR-tiltak, og det ble gjennomført 3 fokusgruppeintervjuer. Videre følger oppsummering av studiens funn og forslag til videre forskning.

### 8.1 Kritisk refleksjon

Å forske på eget fagfelt kan ha både fordeler og ulemper. Som vernepleier og forsker i eget felt, der jeg blant annet har intervjuet tidligere kollegaer har vært utfordrende. Jeg hadde med meg en forforståelse inn i prosjektet som kan bidra til at mitt syn farger studiens funn. Jeg har forsøkt å være bevisst dette gjennom hele prosessen. Det har likevel til tider vært utfordrende. Jeg har forsøkt å være selvkritisk ved gjennomføring av studien og å ha vært tro mot forskningsetiske prinsipper

### 8.2 Konklusjon

Jeg vil under dette punktet gi en oppsummering av funn relatert til problemstillingen.

Forskningsspørsmål en handler om hvilken erfaringer miljøarbeidere i LAR har med å etablere og å opprettholde en tillitsbasert relasjon overfor pasientene.

Forskningsspørsmål to handler om hvilke utfordringer miljøpersonalet står i til henholdsvis pasient og system.

I studien har det blitt trukket frem dilemmaer som miljøarbeiderne har beskrevet. Funn som er beskrevet er omsorg for pasientene og maktforhold i relasjonen mellom miljøarbeider og pasient, samt miljøarbeideren som bakkebyråkrat og hvilken betydning bakkebyråkratiet har for relasjonen mellom pasient og miljøarbeider.

Funn viser at miljøarbeiderne møter utfordringer ved å bygge relasjon med pasientene. De opplever at pasienter «tester» de ut for å finne ut om de kan stole på at miljøarbeiderne er der uansett om de selv «svikter». Miljøarbeiderne opplever at ved å alltid være der for pasienten d skapes trygge og tillitsfulle relasjoner.

Funn viser at miljøarbeiderne opplever at det er vanskelig å ha tillit til pasientene ved medisinutdeling. Dersom pasienten skal få med seg medisin eller få en god henteordning av medisiner for å slippe overvåket medisininntak, må det bevises rusfrihet gjennom kontroll.

Miljøarbeideren opplever at det er deres oppgave å ivareta pasienten på best mulig måte. Både fordi lovverket krever kontroll og ved at miljøarbeiderne «ønsker det beste» for pasientene.

Funn viser at bakkebyråkratenes arbeid preges av spenningsforholdet mellom brukernes behov, tilgjengelige ressurser og regelverkets beslutninger, som fører til dilemmaer. Som bakkebyråkrat opplever man ofte at man befinner seg i situasjoner som er vanskelige, men man forsøker likevel å gjøre det beste ut av situasjonen. Miljøarbeiderne opplever at det kan være vanskelig å ikke ha mulighet til å gjøre noe med regelverket. Noen ganger er det lettere å gjemme seg bak legens makt, eller skyldte på regelverket for å opprettholde en god relasjon. På denne måten kan man se miljøarbeideren som balansekunstner.

Funn viser at miljøarbeiderne opplever at retningslinjene i LAR ikke tar hensyn til den enkeltes pasient behov, og på bakgrunn av rammeverket kan det i daglig praksis oppleves som en motsetning til empowerment.

Miljøarbeiderne befinner seg i spenningsfelt mellom lojalitet til pasienter og til forvaltningen. Dette kan bidra til å skape begrensning for deltakelse og medvirkning

I hovedsak vurderer jeg at min studie har kommet frem til sentrale funn som viser hvordan miljøarbeidere erfarer relasjonsarbeid med pasienter i LAR.

### 8.3 Veien videre

Formålet med studien var å skape bevisst refleksjon mellom miljøarbeiderne rundt relasjonsarbeid med pasienter og hvilke faktorer som spiller inn i relasjonsbygging og daglig samhandling for å få økt forståelse av utfordringer og dilemmaer miljøarbeiderne i LAR møter i det daglige. Forhåpentlig kan resultatene i denne studien være nyttige for andre som jobber med denne pasientgruppen i andre LAR-tiltak og med pasientgruppen generelt.

Fordi det tidligere er forsket lite på feltet, og med bakgrunn i funn i denne studien kan det være interessant å forske videre på feltet med et pasient perspektiv.

## Litteraturliste

- Aamodt, G.L (2014). *Den gode relasjonen*. (2.utg, 1.oppl). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Askheim, O.P., (2012). *Empowerment i hese- og sosialfaglig arbeid- floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* (1.utg, 1oppl.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Barbour, R.S. (2005). *Making sense of focusgroups*. I Medical Education. Volume 39, Issue 7 page 742-750
- Brekke, M., Vetlesen, A., Høyby, L. & Skeie, I. (2010). *Livskvalitet hos pasienter i legemiddelassistert rehabilitering*. Tidsskrift for Den Norske legeforening nr. 13-14, 2010; 130:1340-2
- Corbin, J.M. & Strauss, A.L. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Los Angeles, (Calif): SAGE
- Dahle, K. A., & Iversen, H. H. (2011). *Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling?* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. og Eide, T. (2000). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ellingsen, S & Drageset, S (2008). *Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning, en introduksjon og oversikt*. Norsk tidsskrift for sykepleieforeningen, 2008; 10: 23-38
- Engelstad, F. (2005). *Hva er makt*. Oslo: Universitetsforlaget
- Fekjær, H.O. (2009). *Rus- bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Frank, A.S. & Bjerger, B. (2011). *Empowerment in drug treatment: Dilemmas in implementing policy in welfare institutions*. Centre for Alcohol and Drug Research. Denmark: Aarhus University.



- Frantzen, E. (2011). *Metadonmakt- møtet mellom narkotikabrukere og Norsk metadonpolitikk*. Oslo: Univeristetsforlaget.
- Gilje, G. & Grimen, H.(1993). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Halkier, B. 2003. *Fokusgrupper*. Frederiksberg, Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.
- Halvorsen, G. S. (2009). Anerkjennelsens betydning for en hjelpende relasjon: Om selvforståelse og andreforståelse. *Klinisk sygepleje* (4), pp. 68-78.
- Helsedirektoratet (2010). Empowerment. <http://forebygging.no/Ordbok/A-E/Empowerment/> sist lest: 27.04.16
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Oslo: Andvord Grafisk AS
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Norsk narkotika politikk i internasjonale fora*. Hentet fra:  
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/SAN/Narkotika>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om helseforskning*. Nedlastet 20.02.16. Hentet fra:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Jacobsen, J.A. (2014). *Lavterskel substitusjonsbehandling- LASSO*. Hentet fra  
<http://rus-ost.no/file=10181>
- Johannessen, A., Tufte., P. A & Kristoffersen., L. (2008). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (3.utg, 4.oppl). Otta: Abstrakt Forlag AS
- Karlsson, B. & Borg, M. (2015). *Psykisk helsearbeid- humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kjønstad, A. (1992). *Pasientrettighetenes framvekst*. I: Kjønstad, A. og Syse, A. (red.): *Helseprioriteringer og pasientrettigheter*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Kreuger, R. A., & Casey, M.A, 2000. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 3rd ed. California, USA, Sage Publications, Inc.
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Lie, T & Nesvåg, S (2006). *Betydningen av ulike psykososiale tiltak i rehabilitering av opioidavhengige i substitusjonsbehandling- en kunnskapsoppsummering*. (Rapport, IRIS 2006/161). Stavanger: Sosial- og helsedirektoratet.
- Lipsky, M. (2010). *Street level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Løgstrup, K.E. (1956). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2012). *Fokusgruppe som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2012). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. LOV-1999-07-02-63
- Personvernombudet (2008). *Personvernombudet for forskning*. Hentet fra: <http://www.nsd.uib.no/personvern/>
- Prop 90 L (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-90-l-20102011/id638503/>
- Pullmann, M.D., Ague, S., Johnson, T., Lane, S., Beaver, K., Jetton, E. & Rund, E. (2013). *Defining Engagement in Adolescent Substance Abuse Treatment*. Society of Community Research and Action. USA: Washington School of medicine
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. (3.utg.). Bergen: John Grieg AS
- Ruyter, K.W., Solbakk, J.H. & Waal, H (2008). *Rusmiddelbrukeren og forskeren- etiske prinsipper, erfaringer og ettertanker*. AIT e-dit AS
- FN, Single Convention on Narcotic Drugs (1961). Hentet fra [https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_en.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf)
- Skatvedt, A., Andvig, E. & Baklien, B. (2015). *Bakkebyråkratiets yttergrense- Hjemmetjenestens møte med psykiske helseproblemer*. Norsk Tidsskrift for helseforskning nr. 1-2015, 11 årgang.
- Skretting, A., Bye, E.K., Vedøy, T.F. & Lund, K.E. (2014). *Rusmidler i Norge*. <http://www.sirus.no/publikasjon/rapporter/2015-2/rusmidler-i-norge-2015/>
- Spesialisthelsetjenesteloven. 1999. *Lov om spesialisthelsetjeneste*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

- St.meld. (1997). nr 34 (1996-97). *Resultater og erfaringer fra regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede og veien videre*. Hentet fra:  
[https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-34\\_1996-97/id191142/#](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-34_1996-97/id191142/#)
- Thagaard, T. (2015). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Thylstrup, B. (2011). Numbers and narratives. Relations between patient satisfaction, retention, outcome and program factors in outpatient substance abuse treatment. *Nordic studies on alcohol and drugs* Vol. 28 , ss. 471-486.
- Tjora, A. H. (2010): *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*, Oslo: Gyldendal akademisk
- Tveiten, S (2008). *Den vet best hvor skoen trykker- om veiledning i empowermentprosessen*. (2.oppl). Fagbokforlaget: Oslo
- Tveiten, S. (2009). *Mer enn selger/kunde relasjon. Myndiggjøring av brukere av helsetjenester betyr ikke at fagpersonene gir fra seg ansvaret*. *Tidsskrift for sykepleien*, 101 (10), 70-71
- Vestergaard, T.M., Brun, L.M., Bjørnstad, R., & Øiern, T. (2014). En brukerundersøkelse om legemiddellassistert rehabilitering i Norge 2013/14- utført av brukerorganisasjonen proLAR
- Waal, H., Busserud, K., Clausen, T., Håseth, A. & Lillevold, P (2014). Statusrapport 2014 *En aldrende LAR-populasjon*. SERAF rapport 2/2015
- World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for health promotion*. Geneva: WHO

## Vedlegg

### Vedlegg 1



#### **Del A**

Denne beholder du

#### **Forespørsel om deltakelse i masterprosjekt**

Jeg er vernepleier og masterstudent i helse og empowerment på Høgskolen i Oslo og Akershus. Jeg skal skrive en masteroppgave med fokus på miljøarbeideres erfaringer med relasjonsarbeid i LAR. Jeg er særlig opptatt av temaer som tillit, brukermedvirkning og makt. Formålet med masteroppgaven er å løfte tematikken rundt relasjonsarbeid mellom miljøpersonale og pasienter i LAR. Denne studien kan bidra til bevisstgjøring og refleksjon rundt relasjonsbygging som kan være en viktig del av en rehabiliteringsprosess.

Jeg ønsker i denne anledning å invitere deg til å delta i fokusgruppeintervju. I en fokusgruppe samles en gruppe mennesker for diskusjon og meningsutveksling om et gitt tema. Jeg ønsker å ha to intervjugrupper med mellom fire til åtte deltakere. Deltakerne som er med i fokusgruppen er miljøpersonale som velges ut i fra spredning i alder, kjønn, ulikt utdanningsnivå, med eller uten utdanning fra rusbehandling og yrkeserfaring. Hver av gruppene intervjues to ganger, hvert intervju vil ta mellom 1-1,5 time

Fokusgruppeintervjuene vil tas opp på lydbånd. Informasjonen som benyttes i oppgaven, vil bli anonymisert. Deltakelse er frivillig, og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysninger anonymiseres, og opptakene slettes når oppgaven er ferdig. Senest innen

utgangen av 2015. Hvis du har spørsmål, kan du ringe meg på telefon **46895279** eller sende en e-post til [s291348@stud.hioa.no](mailto:s291348@stud.hioa.no)

Du kan også kontakte min hovedveileder Magne Haukland ved Høgskolen i Oslo og Akershus på e-post, [magne.haukland@hioa.no](mailto:magne.haukland@hioa.no)

### **Informert samtykke til fokusgruppeintervju**

Jeg er informert om masterprosjektet i helse og empowerment, med tema: Hvordan erfarer miljøarbeidere relasjonsarbeid i LAR?

Jeg gir samtykke til å delta i intervju i forbindelse med dette prosjektet. Jeg samtykker til at opplysninger som kommer frem under intervjuet kan brukes i masteroppgaven, og at min identitet ikke på noen måte skal fremgå av masteroppgaven. Jeg er informert om at jeg når som helst kan trekke meg uten at det får noen konsekvenser for meg. Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om masterprosjektet, og er villig til å delta i studien.

Hilsen May Anita Belseth

## Vedlegg 2

### INTRODUKSJON TIL INTERVJU:

I et fokusgruppe intervju ønsker man at gruppemedlemmene diskuterer seg imellom. Det er hverken ønskelig eller nødvendig at deltakerne er enige, og dere skal heller ikke «gi» meg de svarene dere tror at jeg vil ha.

Min rolle: Dere skal ikke prate med meg, jeg kommer derfor til å se ned og notere mens dere snakker i tillegg til at jeg bruker opptaker. Det er min oppgave å styre samtalen inn på temaene jeg ønsker at skal tas opp, det er også min oppgave å få med alle i diskusjonen/samtalen.

Det kan være at jeg stiller spørsmål som kan virke provoserende eller kritiske til deres arbeid.

### INTERVJU GUIDE:

1: Hva er hensikten med relasjonsarbeid i LAR?

2: Hvordan legger dere til rette for relasjonsarbeid?

- Hvilken utfordringer møter dere?
- Hvorfor er det viktig med god relasjon?
- Kan dere beskrive en situasjon der dere har lyktes i å oppnå god relasjon?

3: Hvordan går dere frem for å etablere og trygge relasjonen med pasienten?

- Hvordan jobber man for å fremme tillit?
- Når utfordres tilliten?
- Hvordan håndterer dere mistillit?
- (Er en grunnleggende holdning for relasjonsarbeid i LAR en generell mistillit til pasientene?)

4: Legger tidligere erfaringer med brukergruppen føringer for hvordan relasjonen blir?

- Hvordan møter dere pasientene med tanke på erfaringer med tidligere pasienter
- Hvordan møter dere pasienten med likeverdighet og gjensidig respekt?

5: Opplever dere at skjev maktfordeling er av betydning for hvordan samhandling med pasienter utspiller seg?

- Får pasienten være ekspert på seg selv?
- Overskygger deres fagekspertise pasientens ekspertise?
- Hvordan påvirker kontroll tiltak relasjonen?
- Er kontroll viktigere enn relasjon? Hvorfor?

6: Hvordan legger man til rette for at pasienten får medvirke i rehabiliteringen?

- Hvordan påvirker medvirkning relasjon mellom dere og pasientene?

## Vedlegg 3

### Analyse

Hovedkategori	Underkategori	Meningsfulle enheter
Relasjonsarbeid	Trygghet skaper god relasjon	<p><i>Mange av pasientene har relasjonsskader fra tidlig barndom, mange vet nesten ikke hva en god relasjon er. De har kanskje ikke hatt noen sunne gode relasjoner, det er jo en utfordring å vise de at det kan være noe annet og at vi tåler en del</i></p> <p><i>At det har vært en relasjon over tid og at man har stått i mye sammen. At det har vært både gode og vonde opplevelser, kriser og gleder, alle nyanser. At man har stått i relasjonen både pasient og MT</i></p> <p><i>Å vise at vi tåler dem på godt og vondt, at vi orker å stå i det. Hvertfall i starten, når de er usikre på om de skal dra oss inn i en del ting fordi de er usikre på om vi orker dem når de viser oss all dritten. Vise at jeg fortsatt er her, erfaringen tilsier at man ofte forsvinner</i></p> <p><i>Å vise at jeg trives med å være sammen med pasientene, at man liker å sitte på kjøkkenet og prate. Bruke tid, og vise at jeg setter pris på pasientene. At jeg liker å tilbringe tid med pasienten og å høre på han/henne</i></p> <p><i>Å skape relasjon er sentralt i alt vi gjør, det er en kontinuerlig jobb med å komme tettere på, og å oppnå tillit</i></p> <p><i>Å kunne stå i det når det stormer er viktig. Vi blir testet, og klarer man å stå i det kan det være en godkjennelse</i></p>
	Mistanke om rusbruk er utfordrende for relasjon	<p><i>Hvis man har mistanke om at pasienten får litt mere medisiner enn det han egentlig har behov for, kan man lure på hva pasienten gjør med den siste delen av medisinene. Hvis man spør pasienten og er veldig klar på hva man mistenker, kan man kanskje ødelegge relasjonen</i></p> <p><i>Når man går inn i behandling og snakker om rusbruk, hadde det vært bedre om noen andre hadde styrt alt som har med medisiner og</i></p>



		<p><i>gjøre. Ved noen sider av behandlingen vil man helst slippe å ha kontrollrollen</i></p> <p><i>Å snakke om rusbruk kan være utfordrende for relasjonen, for mange av pasientene vil ikke snakke med oss om det. Vi kontrollerer jo tross alt henteordningen, så vi får ikke den 100% biten</i></p> <p><i>Når pasientene har gått her over lengre tid og vi har kommet i god dialog, kan det komme et krysningpunkt der det har vært en rusepisode. Må man spørre pasienten om hva han har tatt i dag og si ifra han ser annerledes ut. Det er noe jeg må si noe om, og da blir det en kollisjon</i></p> <p><i>Vi aksepterer at folk ikke vil slutte å ruse seg, og da er vi inne på retningslinjene i forhold til medisin inntak. Hva er behovet for rehabilitering og hva skjer med metadon flaskene i helga? Det vil ikke pasientene kunne si noe om til oss. Jeg føler at vi faller litt igjennom når vi skal prøve å hjelpe pasientene og nå målene sine, det er enkelte ting de ikke vil snakke med oss om fordi vi har den rollen vi har, og andre instanser har den rollen de har</i></p> <p><i>Det er kjipt innimellom å drive med relasjonsarbeid i miljøet og så skal man inn på medisinrommet etterpå og må si at pasienten ikke kan gå ut av medisinrommet i tilfelle de spytter ut medisinen, da sier pas; har du ikke noe tillit til meg eller?</i></p> <p><i>Som helsepersonell har man ansvar for å ikke gjøre noe som er farlig for pasienten, og når man sier nei til pasienten etter klinisk vurdering sier pasienten; stoler du ikke på meg og benekter. Det er ødeleggende for relasjonen</i></p>
	<p>Ytre kontroll skaper begrensning for tillit</p>	<p><i>Jeg tror at det at vi må sette begrensninger i forhold til metadon og sånne ting gjør det veldig vanskelig, det ene øyeblikket er vi litt sånn på samme nivå, og så plutselig skal vi stå der og bestemme over medisiner. Litt vanskelig å ha den der kontrollbiten samtidig</i></p>

		<p><i>Det er vanskelig å skulle stramme inn, hvis noen har hatt en god henteordning eller har hatt mye frihet. Hvis vi ser at pasienten har rusa seg og sier at han ikke får med seg medisin kan enkelte bli forbanna eller lei seg, det er det vanskeligste</i></p> <p><i>Det er jo et problem dette her med henteordninger og sånn, vi er jo styrt av et system som sier hvordan det skal være. Hvis vi kanskje kunne jobbe litt i forhold til tillitsbiten der, hadde vi kanskje kommet lenger enn med urinprøver og sånt</i></p> <p><i>Jeg tenker at kliniske vurderinger av det kjennskapet vi får til folk over år, at det burde telle mer enn en urinprøve. At UP ikke er å vise folk tillit</i></p> <p><i>Vi jobber med kontroll og det kan overføres til mistillit. Det er ikke vi som skal ha kontrollen, men de. Det tar tid å lære, og noen lærer det aldri</i></p>
	Anerkjennelse/ God relasjon gir rom for tillit og mindre kontroll	<p><i>Hvis vi får relasjonen opp å stå, så er det ikke sikkert vi trenger så mye kontroll. Hvis får til en relasjon som preges av gjensidighet og tillit begge veier er det ikke sikkert at vi hadde trengt så mye kontroll</i></p> <p><i>Hvis relasjonen er god, så tør pasienten å fortelle. Da trenger man ikke å ha den voldsomme kontrollen, for da kan det være mer åpenhet rundt ting. Pasienten kan være trygg på at de ikke kommer til å få kjempe konsekvenser hvis de forteller sannheten</i></p>
Spenningsfelt	Spenningsfeltet mellom kontrollrolle og hjelperrolle	<p><i>Å ikke underslå at vi har en kontrollfunksjon, ikke underslå at vi har mer makt enn de. Tydelighet. Det går på ærlighet og tydelighet, ikke late som om pasientene har makt over medisiner, de har makt over sitt eget liv og de har makt over hva de kan skape i samhandling med oss</i></p> <p><i>Kontroll for kontrollen sin skyld er jo virkelig. Vi er jo her for å hjelpe folk. Man kan ikke hjelpe folk uten en ok relasjon og du kan ikke hjelpe folk med bare kontroll</i></p> <p><i>Det er en hårfin balansegang. Mange ganger skulle man ønske man kunne si til pasienten</i></p>

	<p><i>hvor dumt det som er bestemt er, men man kan ikke fordi vi ikke har noen mulighet til å gjøre noe med det</i></p> <p><i>Vi er jo på en måte et forbilde i et miljø her, for vi skal hjelpe de og bli selvhjulpne og noen er jo så dårlig fungerende at det er snakk om skadereduksjon. Da er det viktig å legge til rette for økt livskvalitet</i></p> <p><i>Vi forvalter et regelverk som gjør at vi av og til må være litt idioter. De har et liv de prøver å gjøre noe med, vi er satt til å guide, forsøke å hjelpe de å gjøre noe med det, endre det livet</i></p> <p><i>Pasientene har ikke makt over å styre sin egen medisin, de har ikke lov til å bestemme hvor de skal hente sin egen substitusjonsmedikasjon. Det er noe spesielt med denne pasientgruppa, de er nåværende eller tidligere rusmisbrukere og faren for tilbakefall er stor. De leker russisk rulett med livet sitt. Vi kan ikke late som at det ikke er sånn og si at makten er likt fordelt, da vil vi lyve og da har vi ødelagt muligheten for relasjon. Men fra det til fordømmelse og maktutøvelse, kan man gjøre det med kjærlighet både til individet og gruppa, med respekt og stødighet</i></p> <p><i>Emosjonelle utfordringer får du i jobben din hele tiden, fordi du tar inn smerten deres eller ubehaget ved å oppdra voksne folk. Det er så klart relasjonsutfordringer hele tiden. Hadde relasjonen vært dårlig, ville kanskje endringen av henteordningen vært ti ganger verre å stå i, en dårlig relasjon kunne blitt utfallet for alltid</i></p> <p><i>Når vi bygger relasjon prøver vi å møte pasientene på halvveien og gi tillit når det er mulig, men vi har en kontrollrolle her og det er ikke noe tvil om at det kolliderer litt</i></p> <p><i>Både kontrollrollen og hjelperrollen er en del av relasjonen vi må etablere i forhold til dem.</i></p>
--	--

		<p><i>Det ene slår ikke det andre i hjel, det er et dilemma hvordan vi skal håndtere det</i></p> <p><i>Vi prøver å lage en allianse med noen brukere for å komme i posisjon. Men pasientene vet godt at vi har ulike roller på forskjellig status</i></p>
	Spenningsfeltet mellom mistillit og tillit	<p><i>Det er sånn at rusbrukere jukser og juger, det vet vi. De er eksperter på det, de har holdt på med det hele livet. Men det er med den medisinske biten, man bør ha mistillit til det</i></p> <p><i>Det er mange her som ikke går på prøver og sånt som får fridager. Da må du ta det på den kliniske vurderinga, men jeg stoler jo ikke 100% på den, vi må jo tenke på hva som er forsvarlig</i></p> <p><i>Retningslinjene våre er til hjelp og, skal pasientene ha frihelg eller ferier så må de bevise. Da er det jo urinprøver eller spyttprøver som kreves</i></p> <p><i>Det er noen som ønsker å ta spyttprøver og, for å vise seg. De gjør det frivillig</i></p> <p><i>Når du jobber med relasjon er en av tingene å være forutsigbar. Det er å si at skal du bevise meg at du er rusfri, må vi se prøver av deg, sånn er regelverket</i></p>
Overlevelsstrategi	Å «gjemme» seg bak systemets og legens makt bidrar til å opprettholde en god relasjon	<p><i>Noen ganger kjører vi legen foran oss, det skal tas upopulære avgjørelser og legen sitter med ansvaret. Da har jeg sagt at dette må vi ta med legen, det har jo mye med at jeg ønsker å ha en god relasjon til pasienten</i></p> <p><i>For mange er det status å hente medisin sjeldent. Når det stormer som verst så kan vi gjemme oss bak systemet for å kjøle ned temperaturen. Kan si det ikke er diskutabelt eller at det er bortkasta tid og krefter fordi legen har bestemt det</i></p> <p><i>Man kan jo bygge en relasjon der du kan virke litt greiere, vise litt goodwill fra personlig ståsted. Noen ganger kan man bruke det, altså dette er retningslinjene uansett hva jeg mener</i></p>

		<i>Ved diskusjon som jeg føler er feil eller ikke fører noe sted, om den har for høy temperatur eller for mye affekt så har jeg gjemt meg bak legen eller systemet. Vi kunne jo sagt i noen tilfeller at det er helt riktig det legen har bestemt, det sier vi ikke ofte</i>
	<p>Opplevelse av å være balansekunstner/ lojalitetskonflikt</p>	<p><i>Det blir vanskelig, for vi leverer ut et potent legemiddel. Vi må jo ha kontrollrollen, men relasjonen er viktig den og</i></p> <p><i>Vi må ha god relasjon til pasienten, men vi må også ha en god relasjon til legen. Vi blir stående imellom</i></p> <p><i>Felles fiende er kjekt, men om den ikke er ærlig så ødelegger det relasjonen. Det er en hårfin balansegang</i></p> <p><i>Hjelperrolle på den ene siden og kontrollrolle på den andre siden, begge sider er en del av vår rolle og hvis du avklarer disse, får du en relasjon på de premissene</i></p>

## Vedlegg 4

### Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

#### **RESULTAT AV MELDEPLIKTTTEST: IKKE MELDEPLIKTIG**

Du har oppgitt at hverken direkte eller indirekte personopplysninger skal registreres i forbindelse med prosjektet.

Når det ikke registreres personopplysninger, omfattes ikke prosjektet av meldeplikt, og du trenger ikke sende inn meldeskjema til oss.

Vi gjør oppmerksom på at dette er en veiledning basert på hvilke svar du selv har gitt i meldeplikttesten og ikke en formell vurdering.

*Til info: For at prosjektet ikke skal være meldepliktig, forutsetter vi at alle opplysninger som registreres elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.*

*Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, hverken:*

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.) - via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste) - eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

*Vi forutsetter videre at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.*

Med vennlig hilsen,

NSD Personvern

*Avdelingskontorer / District Offices:*

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

## Vedlegg 5

### Sökhistorik från SveMed+

---

Nr	Söksträng	Antal träffar
1	Opiate Substitution Treatment	45
2	methadone	155
3	buprenorphine	72
4	legemiddelassistert rehabilitering	14
5	omt	8
6	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	223
7	social work	673
8	social support	2174
9	coping	1725
10	adaptation psychological	1726
11	quality of life	2835
12	empowerment	265
13	exp:"power (psychology)"	239
14	patient participation	688
15	decision making	1862
16	professional-patient relations	4413
17	nurse-patient relations	1752
18	patient satisfaction	1651
19	patient education as topic	2524
20	makt	258
21	Coercion	178
22	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21	15229
23	#6 AND #22	26
24	#6 AND #22 Limits: granskning:"peer reviewed"	21

Vedlegg 6

Search ID#	Search Terms	Search Options	Last Run Via	Results
S21	S8 AND S20	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	140
S20	S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	106,886
S19	(MH "Patient Satisfaction")	Limiters - Peer Reviewed; Abstract Available; Published Date: 20050101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	9,945
S18	(MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Professional-Patient Relations")	Limiters - Peer Reviewed; Abstract Available; Published Date: 20050101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	10,514
S17	(MH "Decision Making") OR	Limiters - Peer Reviewed; Abstract Available; Published	Interface - EBSCOhost	25,095



	"decision making" OR (MH "Decision Making, Patient") OR (MH "Decision Making, Ethical")	Date: 20050101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	
S16	(MH "Consumer Participation") OR "patient participation"	Limiters - Peer Reviewed; Abstract Available; Published Date: 20050101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3,667
S15	(MH "Quality of Life")	Limiters - Peer Reviewed; Abstract Available; Published Date: 20050101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	19,816
S14	(MH "Adaptation, Psychological")	Limiters - Peer Reviewed; Abstract Available; Published Date: 20050101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	6,342
S13	(MH "Power") OR "power"	Limiters - Peer Reviewed; Abstract Available; Published Date: 20050101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	18,195

S12	(MH "Coercion") OR "coercion"	Limiters - Peer Reviewed; Abstract Available; Published Date: 20050101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	695
S11	(MH "Empowerment") OR "empowerment"	Limiters - Peer Reviewed; Abstract Available; Published Date: 20050101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3,892
S10	(MH "Coping") OR "coping"	Limiters - Peer Reviewed; Abstract Available; Published Date: 20050101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	11,756
S9	(MH "Support, Psychosocial") OR (MH "Social Worker Attitudes") OR (MH "Social Workers") OR "social support"	Limiters - Peer Reviewed; Abstract Available; Published Date: 20050101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	19,577
S8	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Limiters - Peer Reviewed; Abstract Available; Published Date: 20050101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database -	1,357

			CINAHL with Full Text	
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Limiters - Published Date: 20050101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2,763
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3,563
S5	"opioid maintenance treatment"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	39
S4	"omt"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	264
S3	(MH "Buprenorphine")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced	1,251

			Search Database - CINAHL with Full Text	
S2	(MH "Methadone")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2,455
S1	"Opiate Substitution Treatment"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	22