

MASTEROPPGAVE

Mastergrad i organisasjon og leiing – helse- og velferdsleiing og utdanningsleiing.

Hvordan opplever ansatte ved LAR-sentrene at deres arbeid bidrar til bedret rusmestring og økt livskvalitet for pasientene i LAR, og er det forhold ved organiseringen som påvirker til en positiv utvikling.

av

Anny Berge

Juni 2014

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgave i: Mastergrad i organisasjon og leiing – helse- og velferdsleiing og utdanningsleiing.

Tittel: Hvordan opplever ansatte ved LAR-sentrene at deres arbeid bidrar til bedret rusmestring og økt livskvalitet for pasientene i LAR, og er det forhold ved organiseringen som påvirker til en positiv utvikling.

Engelsk tittel: In what manner opioid maintenance treatment (OMT) -centre staff experience their work to contribute to increased quality of life and control of substance abuse for OMT patients, and conditions in organisational structures which encourage a positive development.

Forfatter: Anny Berge

Emnekode og emnenavn:

Masterstudium i organisasjon og leiing – helse- og velferdsleiing og utdanningsleiing

Kandiatnummer: 1

Publisering i institusjonelt arkiv, HSF Biblioteket (sett kryss):

JA X Nei__

Dato for innlevering:

13.06.14

Eventuell prosjekttilknytning ved HSF

Emneord (minst fire): Legemiddelassistert rehabilitering, opioid maintenance treatment, substusjonsbehandling, opiatavhengighet, rehabilitering, brukermedvirkning,

Tittel og sammendrag:

Å utvikle gode helsetjenester som er virkningsfulle for opiatavhengige er en utfordring i vårt samfunn. Myndigheter stiller krav til hvordan tiltak skal gjennomføres, og de har utarbeidet retningslinjer som som skal implementeres i spesialisthelsetjeneste og kommuner. Formålet er at alle skal ha et likt tilbud uavhengig hvor man bor i Norge. Utfordringene for Bergen kommune er å tilrettelegge for en forsvarlig utdeling av substanslegemiddel, og utvikle et tilbud som medvirker til at pasienter får en bedret rusmestring og livskvalitet.

Formålet med denne forskningen er å finne ut hvordan Bergen kommune har løst denne oppgaven, og se hvilke tiltak som er mest virkningsfulle for pasienten.

Kliniske microsystem, der pasienten møter helsepersonell, er det teoretiske grunnlag for analysen.

Spørsmål som utforskes er hvilken innvirkning har organisering og ledelse, kunnskapsutvikling blant ansatte, brukermedvirkning og hvilken betydning har samhandling og informasjonsutveksling i helsetilbudet.

Studiets design er beskrivende og fortolkende, og det er benyttet kvalitativ metode. Data er innhentet gjennom semistrukturert intervju med 7 ansatte ved ulike LAR-sentre i Bergen kommune. Det er ansattes beskrivelse av deres arbeidshverdag som ligger til grunn for analysen.

Resultatet viser behov for stedlig ledelse som kan implementere og følge opp overordnede retningslinjer fra myndigheter og Bergen kommune. Samtidig er det av stor betydning at ledere har påvirkningsmulighet overfor de beslutninger som tas på overordnet nivå. Videre viser resultatet at ansatte må få utviklet sin kunnskap slik at de kan yte helsehjelp på en faglig, forsvarlig og respektfull måte. Pasienten må styrkes slik at han får bedre forståelse for egen situasjon, og delta i utviklingen av et bedret behandlingstilbud. I dette komplekse behandlingstilbudet vises det at det er nødvendig å utvikle gode samhandlingsformer der informasjonsutveksling blir gjennomført på en trygg måte som ivaretar pasientens helhetlige livssituasjon.

Title and Abstract:

Development of good health care service for opiate dependent patients is a challenge in our society. Authorities makes demands as to how measures are to be made, and has created guidelines that are to be implemented in special health care services and throughout the counties. The goal being an equal offer independent of where in Norway the patient is situated. The challenge in Bergen County is to facilitate a fair distribution of substitution drugs, and develop an offer, which contributes to increased quality of life and control of substance abuse.

The purpose of this research is to examine how Bergen County has solved this task, and see which measures are most effective for both patients.

Clinical microsystems, where patients and health professionals interact, make the theoretical platform for this analysis. Questions, which are explored, are the impact of the organizational structure and management, the importance of education of employees, user involvement and the significance of interaction and sharing of information within the health services.

The study is descriptive and interpretative in its design and employs a qualitative method. The information is collected through semi-structured interviews with seven employees from different OMT-centers in Bergen County. The staff description of their workday makes the base for this analysis.

The result shows a need for resident management who may implement and follow up the principal guidelines from the authorities and Bergen County. Simultaneously it is of great importance that the managers have the means to influence decisions made at senior levels. Further results show that employees need to develop their knowledge such that they may provide health services in a professional, academic and respectful manner. The patient must be strengthened so that he may gain a better understanding of his situation, and participate in the development of a better treatment offer. In the complexity of this treatment it shows that it is necessary to develop forms of interaction where the exchange of information is conducted in a manner which safeguards the patients overall life situation.

FORORD

Fire interessante og krevende år er over ved Masterstudium i organisasjon og leiing – helse- og velferdsleiing og utdanningsleiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.

I denne tiden har jeg hatt stilling som seksjonsleder i Spesialisthelsetjenesten ved psykiatrisk akuttmottak, og underveis byttet jeg arbeidssted til rusfeltet og ble teamleder i LAR-poliklinikk. Studiet har gitt meg uvurderlig god og nyttig kunnskap i de rollene jeg har hatt i arbeidslivet, og som jeg vil fortsette med i fremtiden.

Jeg vil først og fremst takke informantene som har satt av tid til å delta i studien for å kunne gi meg den informasjonen jeg har benyttet i forskningen. Jeg vil spesielt takke min kollega som stilte opp med stort engasjement i test intervjuet.

Min arbeidsgiver Helse-Bergen har gitt meg fri og mulighet til å gjennomføre studiet. Ved begge avdelinger har ledere vært positive til at jeg har valgt dette studiet, og gitt meg muligheten til å tilpasse studiet ut fra den arbeidssituasjonen jeg har vært i.

Det har vært en god opplevelse å være student ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Undervisningen har funnet sted i Bergen og studiet har vært tilpasset for helse- og undervisningssektoren. Det har vært spennende å være med å dele erfaringer, få innblikk i andre ledere sin hverdag og ikke minst å få stifte nye bekjenskaper i ulik miljø. Underveis i masteroppgaven har det vært mye god støtte og motivasjon fra medstudenter.

Takk også til veileder som har gitt meg konstruktive tilbakemeldinger gjennom denne prosessen, det har vært nyttig for å komme videre i arbeidet.

Familien har gitt meg støtte og arbeidsro i de periodene det har vært nødvendig. Våre to døtre på 19 og 21 år synes det er sporty at man kan ta masterstudie i voksen alder.

Bergen 1.juni 2014

Anny Berge

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	5
1.0 Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	8
1.2 Problemstilling	8
1.3 Oppbygging av oppgaven	9
2.0 Legemiddelassistert rehabilitering, LAR	11
2.1 Historisk utvikling	11
2.2 Erfaringer med substitusjonsbehandling nasjonalt og internasjonalt	12
2.3 LAR- forskriften og retningslinjen	14
2.3.1 Ansvarsgruppen	15
2.3.2 Kommunale LAR-Senter i Bergen	15
3.0 Teoretiske perspektiv	17
3.1 LAR-senteret som «Klinisk mikrosystem»	17
3.1.1 Organisering og ledelse	22
3.1.2 Arbeidsmiljø	24
3.1.3 Læring i LAR-systemer	26
3.1.4 Pasientperspektivet	29
3.1.5 Samhandling og informasjonsutveksling	32
3.2 Kort oppsummering av det kliniske mikrosystem	33
4.0 Metode	34
4.1 LAR-senterets bidrag til brukeren	34
4.2 Sammenlignende case studie av 7 LAR- sentre	35
4.2.1 Reliabilitet	36
4.2.2 Validitet	36
4.2.3 Ethiske betraktninger	36
4.3 Syv personlige intervjuer i et semistrukturert format	37
4.4 Strategisk valgte informanter	39
4.5 Fra tale til tekst	40
4.5 Fra empiri til ny kunnskap	41
4.6 Presentasjon av ny kunnskap	42
5.0 Funn fra LAR-sentrene i Bergen Kommune	43

5.1 Ansattes kjennskap til overordnede mål og organisering	44
5.1.1 LAR A	44
5.1.2 LAR B-G	46
5.2 Kunnskapsutvikling i egen organisasjon	47
5.2.1 LAR A	48
5.2.2 LAR B-G	48
5.3 Ansattes forståelse av pasientens mål	49
5.3.1 LAR A	50
5.3.2 LAR B-G	51
5.4 Ansattes opplevelse av samhandling	53
5.4.1 LAR A	53
5.4.1 LAR B-G	54
5.5 Oppsummering av funn	55
6.0 Hvilken «forskjell» gjør LAR-sentrene for pasienten?	57
6.1 Organisering, ledelse og arbeidsmiljø	57
6.1.1 Organisasjonen	58
6.1.2 Ledelse	60
6.1.3 Arbeidsmiljø	62
6.2 Ansattperspektivet	65
6.3 Pasientperspektivet	67
6.3.1 Brukermedvirkning	68
6.3.2 Mestring	69
6.3.3 Livskvalitet	70
6.4 Samhandling og informasjon	72
7.0 LAR-senter presentert som klinisk mikrosystem	75
7.1 LAR A som klinisk mikrosystem	75
7.2 LAR B-G som klinisk mikrosystem	77
8.0 Konklusjoner og forslag til organisering av LAR-senter	80
8.1 Det «perfekte» LAR-senter	83
8.2 Avsluttende betraktninger	85
Litteraturliste:	88
VEDLEGG:	91

1.0 Innledning

Legemiddelasistert rehabilitering, LAR, er medikamentell behandling av opiatavhengighet. Det er en omfattende behandling der pasienten har behov for tjenester fra ulike deler av helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har det overordnede ansvaret for behandlingen, og samarbeider med sentrale aktører som NAV, fastlege og kommunehelsetjenesten. I tillegg er kriminalomsorgen og private ideelle stiftelser innen rusbehandling involvert i mange pasienter.

De aller fleste pasienter i LAR får daglig utdelt medisiner under overvåkning av helsepersonell. Dette gjøres av hensyn til forsvarlighet da det er sterke opiat som gis, og av hensyn til tredje part med tanke på at legemiddelet kan omsettes og påføre andre avhengighet.

Hensikten med dette arbeidet er å finne ut hvilke faktorer ved kommunale utdelingssentre som kan bidra til at pasienter i LAR får en bedret rusmestring og livskvalitet, og om det er forhold ved organiseringen som kan gi en positiv utvikling for pasienten.

Jeg vil vise til tidligere forskning nasjonalt og internasjonalt som viser hva pasienten ser på som positive forhold ved behandling i LAR, og forskning som har bakgrunn i medisinsk og sosial forståelse av opiatavhengighet. Jeg har blant annet benyttet anerkjente kilder fra Helsedirektoratet, Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF) og European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction, (EMCDDA).

Jeg vil se på kommunale LAR-senter som kliniske mikrosystem der pasienten møter helsepersonell. Denne modellen tar utgangspunkt i James Brian Quinns systemteori og videreutviklet av amerikanske professorer Nelsson, Batalden og Godfrey (Nelsson, Batalden, & Godfrey, 2007). Modellen har blitt benyttet i kvalitetsforbedringsarbeid i flere land bl. annet Norge (Helse- og sosialdepartementet, 2005) og Danmark (*Introduksjon til kliniske mikrosystem*, 2008). Modellen bygger på temaene organisasjon og ledelse, ansattperspektivet, pasientperspektivet og samhandling. Jeg vil benytte organisasjons og læringsteori, samt begrepene medvirkning, mestring og livskvalitet som belyser pasientperspektivet og anvende Samhandlingsreformen (St.meld, 47, 2009) som diskusjonsgrunnlag for samhandling i LAR.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som nyansatt i Avdeling for Rusmedisin i Helse-Bergen høsten 2011 ble jeg kjent med et nytt fagfelt. Med bakgrunn fra et godt etablert system i Psykiatrisk Divisjon, ble jeg nå introdusert i en nyoppstartet enhet der Haukeland Universitetssykehus overtok behandlingsansvaret for Legemiddelassistert rehabilitering, LAR, fra Bergensklinikkene 1. januar 2011.

Jeg vil i pkt. 2 beskrive dette behandlingstilbudet som er medikamentell behandling for opiatavhengighet.

Den delen av behandlingen som går på utdeling av medikamenter og kontrolltiltak i LAR, er i Bergen hovedsakelig lagt til kommunale LAR-senter. Dette er medikament som er underlagt Narkotikaforskriften og medikament som benyttes er A-preparat; buprenorphine og metadon. Derfor kreves det strenge rammer for administrering av medikament og forsvarlighetsvurdering før pasienten inntar medikamentet (Helsedirektoratet, 2013).

Det var disse utdelingssentrene som fanget min interesse, og jeg stilte meg følgende spørsmål:

- Hvilke oppgaver er LAR-sentrene pålagt å utføre, og hva er det de egentlig gjør?
- Hvordan virker behandlingen inn på pasientens rusmestring og livskvalitet?
- Hvilke faktorer ved LAR-sentrene er med på å utvikle kvaliteten i behandlingen og pasienttilfredsheten?

Målet var å vurdere om dette er en effektiv del av behandlingen, som medvirker til økt livskvalitet der pasienten får bedret rusmestring, bedre psykisk og somatisk helse og mulighet for å komme i aktivitet eller arbeid.

1.2 Problemstilling

De overfor nevnte spørsmålene gjorde meg nysgjerrig og jeg bestemte meg for å gripe fatt i disse. Refleksjonene ledet meg til følgende problemstilling:

«Hvordan opplever ansatte ved LAR-sentrene at deres arbeid bidrar til bedret rusmestring og økt livskvalitet for pasientene i LAR, og er det forhold ved organiseringen som påvirker til en positiv utvikling?»

Jeg ønsket å se på dette ut fra et systemteoretisk perspektiv. Jeg hadde en hypotese om at organisering og ledelse av et behandlingstilbud har betydning for den helsehjelp som gis. Min videre antakelse var at for å få den best tilgjengelige helsehjelp må det bygge på et helhetsperspektiv der samhandling mellom sentrale aktører og pasient har stor betydning for å kunne gi den best tilgjengelige behandling.

Jeg utviklet følgende forskningsspørsmål for å få svar på problemstillingen:

- Har organisering og ledelse betydning for pasientens rusmestring og livskvalitet?
- Hvordan påvirker ansattes kunnskap og erfaring inn på pasientens behandling?
- Hva opplever pasientene som betydningsfullt for å endre sin livssituasjon?
- Hvilken betydning har informasjonsutveksling og samhandling for pasientens behandlingsforløp?

Disse spørsmålene vil jeg forsøke å finne svar på ved hjelp av informasjonen jeg har fått av informantene og litteratur som støtter opp om mine funn.

1.3 Oppbygging av oppgaven

Legemiddelassistert rehabilitering, LAR, er en behandlingsform der det kreves omfattende og koordinerte tiltak (Ruud, 2011). Jeg vil i kapittel 2 beskrive LAR, historisk utvikling og den behandlingsform den har i dag for å vise den kompleksitet som er i behandlingen av opiatavhengighet.

I kapittel 3 vil jeg vise teori som underbygger modellen som er valgt for behandling i LAR. Kliniske mikrosystem er der pasienten møter helsepersonell, og det er denne arenaen som vil danne grunnlag for forståelse og analyse av problemstillingen. Jeg vil her presentere underteorier som beskriver de ulike delene i det kliniske mikrosystem, organisering og ledelse, ansattperspektivet, pasientperspektivet og samhandling og informasjon. Det kliniske mikrosystem er avhengig av at alle delene utvikles og samhandler.

Jeg har valgt kvalitativ metode og vil intervju ansatte ved de 7 kommunale LAR-sentrene i Bergen kommune. Denne prosessen vil jeg beskrive i kapittel 4.

I kapittel 5 vil jeg beskrive hva informantene formidlet. Jeg har valgt å kategorisere informasjonen etter de 4 delene i det kliniske mikrosystem. Da det fremkom 2 ulike organiseringer av LAR- sentrene har jeg valgt å gi en inndeling ut fra hvordan de er organisert. Jeg har betegnet dem som LAR A og LAR B-G. Denne inndelingen viderefører jeg i de neste kapitlene.

Drøfting og analyse beskrives i kapittel 6 og 7. I kapittel 6 drøfter jeg de funn jeg har gjort i lys av teori og forskning. I kapittel 7 har jeg beskrevet to ulike modeller for LAR-sentrene slik som informantene har beskrevet LAR A og LAR B-G.

I kapittel 8 har jeg forsøkt å trekke konklusjoner ut fra mine funn og anvendt litteratur. Jeg har utviklet en modell for hvordan man kan se for seg det «perfekte» LAR-senter, der jeg har trukket ut positive faktorer fra begge modellene. Jeg har valgt å fokusere på positive sider, og vektlegger mindre det som ikke har vist seg å gi gode resultat. Relevant forskning og litteratur underbygger i tillegg mine beskrivelser av et LAR-senter som bidrar til bedre rusmestring og økt livskvalitet for pasienter i LAR.

I dette kapitlet vil jeg også drøfte utfordringer jeg har møtt underveis og svakheter ved metoden i forskningen.

Helsedepartementet har i 2014 lagt nye føringer for LAR, og det er bestemt at kostnadene til utdeling av medikament skal legges til helseforetakene. Dette åpner for nye muligheter i behandlingen, og jeg vil avslutningsvis vise hvordan min forskning kan bidra til å utvikle en ny behandlingsmodell i Helse-Bergen.

For å forenkle fremstillingen har jeg valgt å bruke «han» om pasienten. Begrepene pasient og bruker blir brukt synonymt, det samme gjelder også for begrepene empoverment og brukervedvirkning. Informantene betegnes som «hun», da det bare var kvinnelige informanter.

2.0 Legemiddelassistert rehabilitering, LAR.

Legemiddelassistert rehabilitering, LAR, har blitt en anerkjent behandling for opiatavhengighet i Norge (LAR-retningslinjen, 2010). Fra oppstart i 1998 til i dag har denne behandlingsformen fått en dramatisk vekst, fra å være et prøveprosjekt med 50 pasienter under tett oppfølging og klare kriterier, til å berøre ca. 8000 brukere ved utgangen av 2012.

Opiatavhengighet er en sammensatt lidelse. Pasientens liv er preget av fysisk og psykisk opiat-avhengighet og mange har alvorlige somatiske sykdommer. Kriminalitet en del livet til mange rusmisbrukere og historien til pasienten bærer preg av hyppige fengselsopphold. Samfunnets holdninger til denne gruppen er også en utfordring, og mange pasienter opplever å bli møtt med nedverdiggende holdninger og mistillit fra hjelpeapparatet. De har ofte brutt relasjonen til familien som følge av sitt rusbruk, og mange har foreldre med bakgrunn i rus og alvorlig psykisk lidelse og av den grunn vokst opp i barnehjem og fosterhjem. Dette er noen av problemstillingene som pasienten i samarbeid med hjelpeapparatet skal ivareta.

Jeg ønsker å belyse dette komplekse bildet, og spesielt den delen av behandlingsforløpet som omhandler pasientens hverdag der pasienten daglig møter på kommunalt LAR- senter for å få substitusjonsbehandling.

2.1 Historisk utvikling

Bruk av råopium, plantesaften av opiumsvalmuen, har vært brukt som legemiddel og som rusmiddel siden oldtiden (LAR-retningslinjen, 2010). Helt tilbake til 1600- tallet er man kjent med et avhengighetspreget bruk av opiat. På midten av 1800-tallet ble råopium omdannet til morfin og heroin, og samtidig med at injeksjonssprøyten ble oppfunnet økte antallet opiatavhengige. Dette medførte et omfattende samfunnsproblem knyttet til rusbruk.

I USA ble det på 1950-tallet startet opp en studie om opiatavhengighet av legene Dole og Nyswander (i *ibid.*), og dette ble bakgrunn for substitusjonsbehandling med det syntetisk fremstilte medikamentet metadon og senere buprenorphine. Substitusjonsbehandling for opiatavhengighet er i dag innført i store deler av verden med bakgrunn i overdosedødelighet og oversykelighet særlig av HIV-infeksjon.

I Europa er det i dag 1,4 millioner opiatavhengige (European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction, EMCDDA, 2012) og heldigvis ser man en positiv utvikling med nedgang i nye brukere blant annet som følge av fokusering på temaet og bedre behandlingstilbud. Det negative i dette bildet er at det stadig fremstilles nye syntetiske rusmidler som inntar markedet, og man kjenner ikke til langtidseffekten av disse stoffene.

2.2 Erfaringer med substitusjonsbehandling nasjonalt og internasjonalt

Med bakgrunn i ulik narkotikapolitikk internasjonalt er det vanskelig å sammenligne Norske forhold med andre land. Likevel kan man se felles trekk. EMCDDA (2012) trekker i Årsrapporten frem de store og sentrale linjene for rusutviklingen og kunnskapsbaserte behandlingstilbud i Europa.

For å danne meg et bilde av hvilke erfaringer som er gjort med substitusjonsbehandling har jeg benyttet søk etter artikler i ulike databaser, og finner relevant litteratur i andre studier med kvalitativ forskning. EMCDDA (Deborah Olszewski, 2012) har utgitt «Users-voice» som fremhever brukerens erfaringer i substitusjonsbehandling. Her viser undersøkelsen at det er *stor tilfredshet med substitusjonsbehandling totalt sett*, men brukerne påpeker *stigmatisering* som et problem ved kontrolltiltak og utdeling av medikament. I en studie fra Irland (Reitinger, 2009) om hvorfor pasienter avslutter substitusjonsbehandling fremkommer det at pasienter er tilfreds med behandlingen første tiden. De slipper «stresset» med å få penger til heroin, kriminaliteten går ned og livet blir mer stabilt. Men det å være i substitusjonsbehandling er forbundet med *stramme rammer* og *kontrolltiltak*, pasienter opplever etter hvert at friheten til å leve et vanlig liv ikke er tilstede, og de opplever stigmatisering i dette regimet.

Fra Australia har Treloar (2007) et brukerperspektiv der brukere får «ta med hjem doser» og viser hvordan dette *styrker deres selvfølelse, normalitet og rusmestring*. Det er presisert at det er gjort et utvalg av pasienter til dette kvalitative studiet, og er ikke representativt for hele populasjonen som får substitusjonsbehandling.

Det er få studier i Norge der brukertilfredshet i LAR har hovedfokus. Den forskning som ligger til grunn for LAR er i hovedsak sammenfattet i Nasjonal retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering (2010). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet om å gi en oppsummering av nasjonal og

internasjonal kunnskap, og på denne måten utarbeide en et forslag til kunnskapsbasert praksis i Norge for substitusjonsbehandling av opiatavhengighet. Det påpekes her at det ikke er gjort forskning på effekter av behandling ved ulike utleveringsordninger av medikamentet, og heller ikke om betydningen av brukermedvirkning. Bakgrunnen for de strenge rammene er fare for lekkasje og omsetting av legemiddel der pasienten får doser med hjem, og faren for overdosedødsfall ved feil bruk. Overdosefare gjelder spesielt for Metadon, og i kombinasjon med andre rusmidler. Brekke (2010) har gjort en kvalitativ undersøkelse vedrørende pasienters livskvalitet og konkluderer med at pasienter i stor grad opplever en *høyere livskvalitet* i LAR enn før de mottok denne behandlingen. Det som forringer livskvaliteten er den store *kontrollen* som er i LAR med overvåket inntak og urinprøve kontroller. Brekke beskriver at pasienten opplever LAR som en *frihet* ut fra det livet de levde i før de fikk behandling, samtidig oppleves kontrolltiltakene i LAR som en *innskrenkning av friheten*.

Ut fra disse studiene ser man flere likhetstrekk nasjonalt og internasjonalt. Pasientene opplever generelt en høyere livskvalitet i substitusjonsbehandling. Spesielt oppleves det positivt at opiatavhengighet blir sett på som en sykdom (*Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*, 2004) og at substitusjonsbehandling er anerkjent behandling. I tillegg opplever pasientene at de har en bedre mestring i hverdagen og mindre kriminell adferd. Det er også undersøkt om pasienten har en opplevelse av bedre somatisk helse, men dette vektlegges ikke av pasientene. Studier som er gjort gjennom Senter for rus og avhengighetsforskning ved universitetet i Oslo, SERAF, opplyses det om at pasienter i LAR har bedre somatisk helse og færre døgn i sykehus enn før de fikk behandling i LAR (Skeie, 2012).

Noen pasienter påpeker at behandlingen er preget av *høy kontroll*, og dette oppleves som manglende tillit fra helsepersonell og myndigheter. Videre opplever pasienter i substitusjonsbehandling en *stigmatisering*. Selv om de er rusfrie, har de fleste en opplevelse av at samfunnet oppfatter dem som «narkomane», og dette forsterkes av de strenge rammene. Av slike årsaker velger noen å gå ut av behandling, men i disse studiene påpekes det at de som går tidlig ut av behandling har større fare for å gå tilbake til illegale rusmidler (LAR-retningslinjen, 2010).

Studiene viser at pasienter i LAR opplever totalt sett en *høyere livskvalitet* enn før de fikk substitusjonsbehandling. De internasjonale studiene har ikke det samme fokus på

rehabilitering, men definerer sosial omsorg i behandlingen som nyttig for pasientene (WHO, 2009). Det kommer ikke tydelig frem i internasjonale studier om de har et fokus på bruk av beroligende medikamenter og cannabis. Dette gjør at det er vanskelig å sammenligne med Norske forhold. I Norge blir rehabilitering fremmet som en viktig del av behandlingen, og bruk av beroligende medikamenter og cannabis aksepteres ikke hos pasienter som har rusfrihet som målsetning.

I min studie vil jeg se på den delen av behandlingen som går på utdeling av medikament og kontrolltiltak. Dette har jeg så langt ikke funnet andre studier på, og det vil tilføre ny kunnskap om betydningen av denne delen av behandlingen. Jeg vil undersøke om ansatte mener at deres tilnærming til pasientene og LAR-senter som utdelingssted kan påvirke pasientens rusmestring og livskvalitet.

Jeg vil analysere om den form man har valgt for utdeling av medikament er hensiktsmessig, eller har man vektlagt kontrolltiltak som fremmer mistillit fremfor å ha større fokus på å skape tillit og bygge behandlingsrelasjoner. Det jeg så langt ikke har funnet er det helsefaglige kunnskapsgrunnlaget for de strenge rammene omkring kontrolltiltak i LAR. Nasjonal retningslinje (2010) oppsummerer at evidensgrunnlaget for disse bestemmelsene er svak. Det påpekes at det er nødvendig med denne sikkerheten grunnet forsvarlighet i behandlingen, og sikkerhet med bakgrunn i faren for omsetting av legemiddel til det illegale marked.

2.3 LAR- forskriften og retningslinjen

Sett fra et nasjonalt perspektiv er LAR regulert av Helse- og omsorgsdepartementet, som har utarbeidet LAR-forskriften (Sosial og helsedepartementet, 2000) og LAR-retningslinjen (2010) som danner grunnlag for behandlingstilbudet. Spesialisthelsetjenesten har det overordnede ansvar i LAR, og i samarbeid med NAV-sosialtjeneste og Bergen kommune legges rammene lokalt. På dette nivået er det politikerne og overordnet ledelse som legger føringer for tilbudet.

Jeg vil i det følgende beskrive behandlingsmodellen for LAR.

2.3.1 Ansvarsgruppen

LAR-retningslinjen (2010) legger føringer for at alle pasienter i LAR skal ha en ansvarsgruppe som består av spesialisthelsetjenesten som har det overordnede ansvaret for behandlingen og foreskriving av medikamentet. Fastlegen har det medisinskfaglige ansvaret og sosialtjenesten som sammen med NAV- stat skal legge til rette for rehabilitering, bolig og økonomi. Pasienten er den sentrale og aktive aktøren i gruppen som skal få støtte og råd av ansvarsgruppen.

Kostnadene av medikament og kontrolltiltak dekkes av spesialisthelsetjenesten, og kostnadene til utdeling dekkes av NAV-sosialtjeneste (utdelingskostnadene blir overført til Helseforetakene i løpet av 2014). Det er sosialtjenesten som har det koordinerende ansvaret i gruppen og kaller inn til ansvarsgruppemøter hver 6. uke.

2.3.2 Kommunale LAR-senter i Bergen

I Bergen kommune har politikere besluttet at utdeling av LAR-medikament i hovedsak skal utføres på kommunale LAR-senter. Andre alternativ som er mer brukt i andre landsdeler er utdeling på apotek eller på fastlegens kontor (SERAF, 2012).

I Bergen kommune har de fra oppstart i 2002 utviklet LAR-senter som skal utforme tilbudet for forsvarlig utdeling av substitusjonsmedikament og gjennomføre kontrolltiltak i form av urinprøver i henhold til anbefalinger i LAR-retningslinjen (2010). I Ruspolitisk Strategi- og Handlingsplan (2011-2016) er det beskrevet at denne vurderingen skal utføres gjennom *samtale og klinisk observasjon*, og at rutiner for gjennomføring blir fulgt. I tillegg skal LAR-senteret bidra til å styrke rehabiliteringen i LAR gjennom *samtaler og gruppetiltak i et «her og nå» perspektiv*. Dette omfatter *råd, veiledning, koordinering av tjenester samt kontakt og videreformidling til samarbeidende instanser*. LAR-senteret skal ha fokus på pasienten sine *ressurser, jobbe med rehabilitering, habilitering og skadereduksjon*. Pasientene skal bli møtt med respekt og omsorg».

I denne planen er det beskrevet at NAV- sosialtjenesten vil være tett knyttet opp mot LAR-sentrene for å være behjelpelige med tilrettelegging av sosiale aktiviteter, arbeidstrening og ha fokus på bolig. Spesialisthelsetjenesten har et overordnet ansvar for at pasienten får tilbud om

en Individuell plan, IP, (Helsedirektoratet, 2010) og sosialtjenesten som har den nære oppfølgingen på rehabilitering bidrar i oppfølging av planen.

I 2011 ble det en organisatorisk endring der 6 av sentrene ble overført fra Helsevernetaten til Straxhuset. Straxhuset er underlagt «Etat for psykisk helse og rustjenester» under Byrådsavdelingen, etat for sosial, bolig og områdesatsing. Det 7. senteret er fortsatt under NAV(<https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/strax-huset>).

3.0 Teoretiske perspektiv

Kommunale LAR-senter er det nivået i behandlingsforløpet der pasienten oftest møter helsepersonell. Det har stor betydning for den enkelte pasient hvilke holdninger han blir møtt med, kvaliteten i behandlingen og muligheten til medvirkning i egen situasjon. Dette er faktorer som kan være avgjørende for at pasienter med en opiatavhengighet skal lykkes i behandlingen for å oppnå rusfrihet og bedret livskvalitet.

En modell som blir benyttet i møtepunktet mellom helsepersonell og pasienter er «Kliniske mikrosystem» (Nelson et al., 2007). Denne modellen har blitt aktualisert i mange sammenhenger der man vil utarbeide pasientforløp for å vurdere hvor det er behov for kvalitetsforbedring i behandlingsskjeden. I Norge har Helse og sosialdepartementet (2005) gitt ut veilederen «...og bedre skal det bli!» for å utvikle kvalitetsforbedring i helsetjeningen. Denne tenkningen baseres på møtet mellom helsepersonell og pasient, slik Nelson et al. (2007) fremstiller det. Modellen om kliniske mikrosystem gir også en systematisk oversikt over de faktorer som er sentrale for å gi en helhetlig behandling til pasienten, og det er denne vinklingen jeg vil benytte.

Jeg vil først presentere mikrosystem-modellen før jeg går videre med å utdype de enkelte faktorer eller kategorier i denne modellen. Kategoriene som det kliniske mikrosystem består av, og som jeg vil vise til gjennom hele forskningsoppgaven, er: *organisering og ledelse, ansattperspektivet, pasientperspektivet, informasjon og samhandling*. Poenget med modellen er å vise hvordan disse sammen kan føre til måloppnåelse i behandlingen. Hver av faktorene er i seg selv et eget system som krever en teoretisk forståelse. I underkapitlene pkt. 3.11–3.1.5 vil jeg beskrive teorier og begrep som gir grunnlag for å drøfte og gjennomføre en analyse av LAR-senteret som klinisk mikrosystem.

3.1 LAR-senteret som «Klinisk mikrosystem».

Kjernevirksomheten, der pasienten møter helsepersonell, blir betegnet som kliniske mikrosystem. Dette er komplekse, dynamiske system der samhandling og kunnskapsutvikling er nødvendig for å yte kvalitet i helsetjeningen. Et hovedpunkt i teorien er:

«No single feature or success characteristic can stand alone to produce high-quality, high-value systemic results» (Nelson et al., 2007).

Før jeg beskriver modellen vil jeg vise hva helsedirektoratet legger i begrepet kvalitet. Den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten viser til følgende definisjon av hva som er god kvalitet:

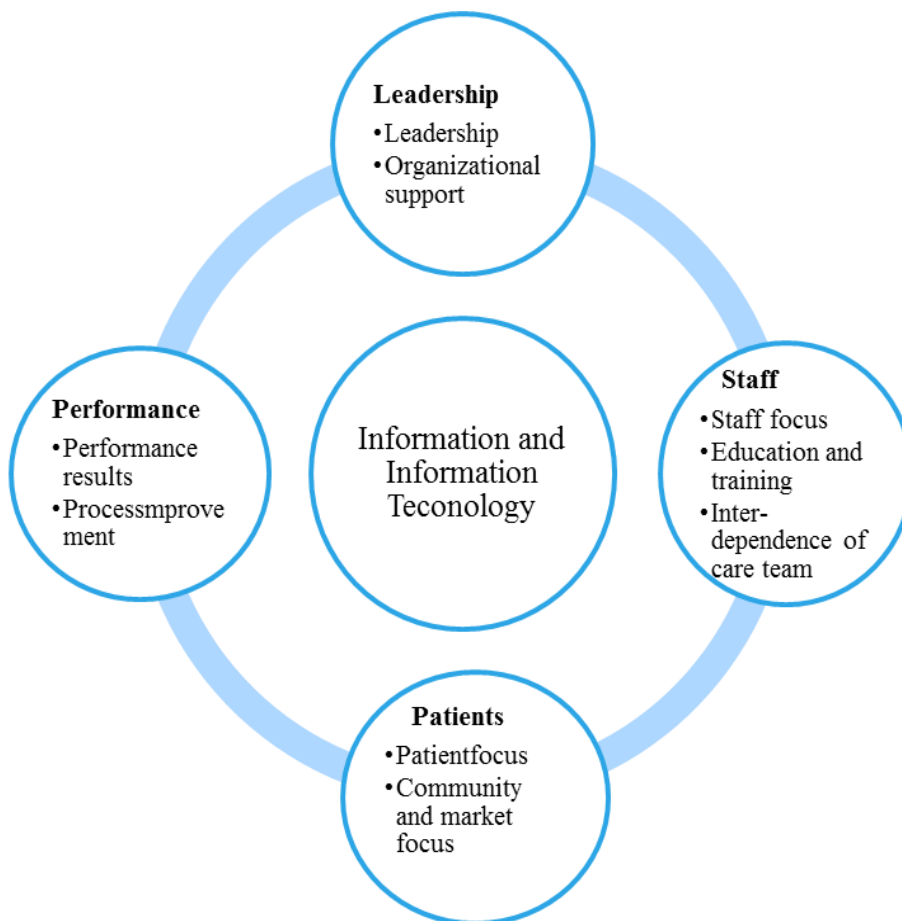
”Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav.” (Hvordan kommer vi fra visjoner til handling?.. og bedre skal det bli, 2007; Ruud, 2011)

God kvalitet forutsetter at behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester er av en slik karakter at de oppfyller de krav som er satt i henhold til lovverk og faglige retningslinjer. Dette beskriver Ruud (ibid.) er de faktorer som også WHO og en rekke andre land bruker når de definerer hva som kjennetegner helsetjenester av god kvalitet:

- Trygge og sikre tjenester
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet
- God ressursutnyttelse for bruker og samfunn
- Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling

Dette er punkt som gjenspeiler seg i kliniske mikrosystem (Nelson et al., 2007), der det beskrives følgende suksessfaktorer som må være tilstede for å oppnå høy kvalitet i behandlingen; *ledelse av mikrosystem, overordnet støtte/organisering, pasientfokus, ansattfokus, gjensidig avhengighet, informasjonsutveksling og bruk av teknologi, prosessforbedring og fokus på resultat.*

Modellen for Kliniske mikrosystem har jeg fritt illustrert (Nelson et al., 2007 s.21):



Ledelse er sentralt for å kartlegge nåværende aktivitet og til å stille spørsmål om virksomheten fyller de mål som er satt av overordnede nivå (Ruud, 2011). I LAR har det vært et stort fokus på å implementere retningslinjene for behandlingen, og sikre at de blir gjennomført på en forsvarlig måte. «Gjør vi de rette tingene og gjør vi tingene rett?» Dette bringer oss videre inn i læringsteorien (Argyris & Schön, 1996). For å utvikle en dynamisk og lærende organisasjon må lederen ha en målsetning om å utvikle ansatte slik at de er i stand til å møte utfordringene i pasientbehandlingen. Felles for pasienter i LAR er at de har behov for substitusjonsbehandling for sin opiatavhengighet. Ut over dette er det store variasjoner i forhold til somatisk- og psykisk helse og utfordringer knyttet til kriminalitet eller sosiale

forhold. Dette krever at ansatte har utviklet gode holdninger i møte med den enkelte pasient, samt å kunne vurdere pasientens helsetilstand og videreformidle bekymringer til rett samarbeidsinstans.

Jeg vil følgende beskrive faktorene som fremheves i modellen for kliniske mikrosystem. Med utgangspunkt i de 5 P-er, som er *purpose, patient, professionals, processes, patterns*, kan man kartlegge om de ulike kategorier fyller de krav som stilles til kjernevirksomheten (Nelson et al., 2007). Med dette mener jeg at kvaliteten (som jeg har beskrevet ovenfor) som er satt gjennom lovverk og retningslinjer må være tilstede for å kunne yte et faglig trygt helsetilbud til pasientene.

De 5 P'er

Formålet (purpose) er den funksjonen kjernevirksomheten skal ivareta. Målsetningen er bestemt av overordnet nivå og politiske vedtak, og skal iverksettes av profesjonelle aktører i kommuner og helseforetak. Behandling av opiatavhengighet er regulert av Helsedirektoratet. Med utgangspunkt i LAR-forskriften (2000) er LAR-retningslinjen (2010) og Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel (2013) utviklet. Her avklares det hvordan Helsedirektoratet anbefaler at behandlingen skal gjennomføres. Lokale politikere har i Bergen valgt å opprette kommunale LAR-senter for å gjennomføre utdeling av medikamentet og utføre kontrolltiltak (*Ruspolitisk Strategi- og handlingsplan, 2011- 2016*).

Pasienten (patient) er aktøren som mottar helsehjelp, og som ønsker at behandlingen skal være individuelt tilpasset slik at han/hun oppnår best mulig kvalitet i behandlingen. Informasjon og kunnskapsutveksling om pasientens tilstand er en forutsetning for å kunne tilby god behandling der helheten blir ivaretatt. Brukermedvirkning er et sentralt begrep som gir pasienten mulighet til å formidle sitt behov og beskrive hvilke erfaringer som tidligere har gitt rusmestring og bedret livskvalitet.

Profesjoner (professionals) er ansatte som skal yte helsehjelp, og som skal ha den kunnskap som behøves i. Kunnskap baseres på forskning og den erfaring som den ansatte har, og det er hvordan den ansatte bruker dette som kommer til uttrykk i samhandlingen med pasienten.

Pasienter i LAR er en sårbar gruppe der holdninger og forståelse av pasientens livssituasjon vil ha stor betydning for å bygge gode relasjoner i behandlingsforløpet.

For å ivareta medikamenthåndtering i LAR er det lovbestemt at ansatte må ha de rette kvalifikasjonene for å administrere medisiner. Ansatte har 3- årlig høyskole innenfor helse og sosialfag. I tillegg er også dette en kompetanse som ivaretar de mellommenneskelige relasjoner og et helhetlig menneskesyn. Det er denne omsorgen og ivaretakelsen som ofte er betydningsfull for pasienter med rusavhengighet, og som kan gjøre den store forskjellen om behandlingen lykkes. Ansatte er «verktøyet», og hvordan kunnskap utvikles og formidles i organisasjonen vil ha betydning for den helsehjelp pasienten mottar.

Prosessene (prosesses) er kartlegging av nåværende helsetilbud, der det kan systematiseres i flytdiagram for å kartlegge de rutiner som blir praktisert i virksomheten. Ved å kartlegge og vurdere behandlingsforløpet kan man identifisere om lover og pasientrettigheter er fulgt opp, og om man har brukt forsknings- og erfaringsbasert kunnskap slik det er forventet av profesjonene. En god øvelse er å forsøke å se dette fra pasientens synsvinkel, slik at man får innsikt fra pasientperspektivet.

Mønsteret eller systemet (pattern) er den siste av P-ene. Hvordan de ovenfor nevnte P-er ivaretatt kan si noe om hvordan organisasjonen samhandler. Et godt arbeidsmiljø og medvirkning med fokus på fremtidsvisjoner fremmer samhold og styrker organisasjonskulturen. Et mål er å kartlegge om enheten har fokus på kvalitet, pasientsikkerhet og ressursutnyttelse for å ivareta det helhetlige perspektiv.

«Conclusion: The design of services leads to critical analysis of the resources needed for the right person to deliver the right care, in the right way, at the right time» (Nelson et al., 2007 s. 125).

For LAR-sentrene vil dette bety en vurdering om de har de rette personene til å yte de beste tjenestene, på den rette måten til rett tid. I tillegg vil det være av stor betydning om overordnet ledelse viser vilje og samarbeid til utvikling av forbedring av behandlingstilbudet (Helsedepartementet, 2005).

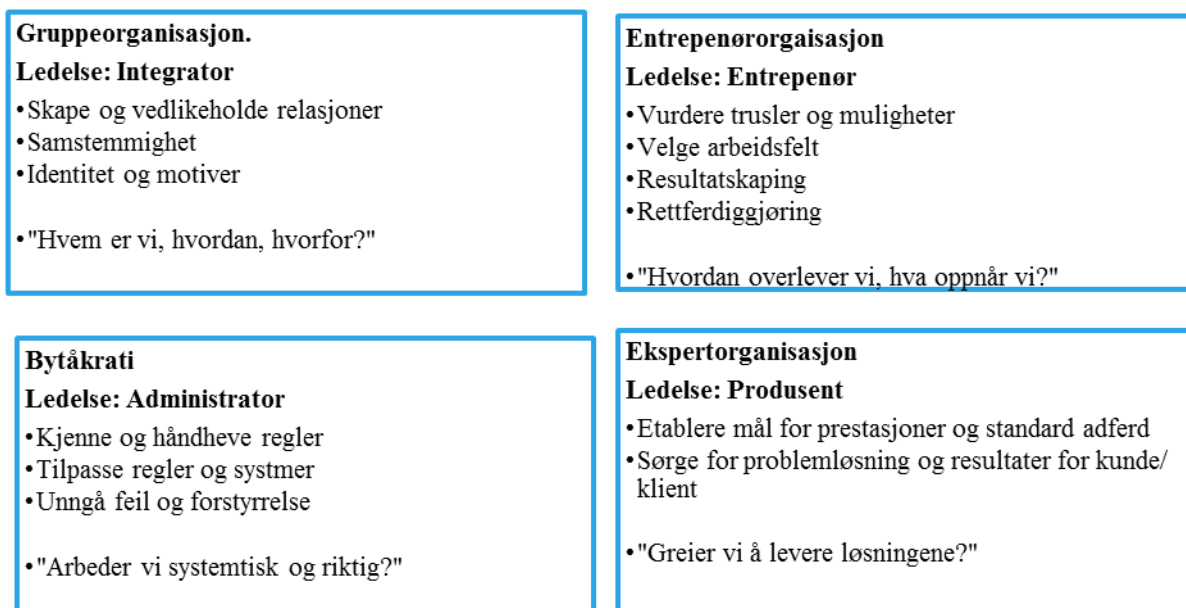
3.1.1 Organisering og ledelse

Øgar og Hovland (2004) viser til at der finnes ulike modeller for hvordan man byger opp en organisasjon i forhold til de arbeidsoppgaver som skal utføres, men påpeker at det er samhandlingen mellom aktørene som danner grunnlaget for det som skapes i organisasjonen. Ansatte påvirker organisasjonen som individ med sine særegne trekk ved at de i kraft av sin kompetanse og yrkeserfaring bringer inn tradisjoner og profesjonskulturer.

Som teoretisk grunnlag vil jeg beskrive sentrale former for organisering og ledelse, og vise hvordan dette kan påvirke ansattes funksjon og den helsehjelp som ytes ved LAR-sentrene.

Organisering

Strand (2007) baserer sin teori på Adizes (1984) sin modell der han tenker seg fire ulike organisasjonsformer som svarer til fire ulike måter å utøve ledelse på. Modellen kan illustreres som i figuren under:



Modellen viser hvordan man kan se på funksjonen til ulike organisasjoner, og hvilken ledelsestype som kreves for å utfylle den rollen som kreves for å nå enhetens målsetning.

Gruppeorganisasjoner er preget av prosjekt og arbeidsgrupper, der ansatte er opptatt av å finne løsninger i fellesskap. Den har en flat struktur og ledelse består av vedlikehold og å ivareta stabilitet og trygghet. Enhetene er vanligvis små og har som funksjon å utvikle og forbedre forhold innad i egen organisasjon.

Entreprenørorganisasjoner har som funksjon å skape vekst og utvikling. Frihet til utfoldelse er sentralt. Enhetene er små og utadrettede og ledelsen er opptatt av resultater. Typiske organisasjoner er markeds- og entreprenørfirma.

Byråkratiske organisasjoner har god kontroll over rutiner og prosedyrer som preges av korrekt saksbehandling der lover og regler følges. Krav til ledelsen er å se til at systemet fungerer og hindre uønsket adferd. Eksempler på byråkrati er offentlige organ, forsikringsselskap og banker.

Ekspertorganisasjonen har som funksjon å produsere løsninger. De er kjennetegnet med stor autonomi og høy fagekspertise. Ledelse er preget av en «flat» struktur der det forventes at ansatte er selvstendige og gjør de arbeidsoppgaver som skal utføres. Vanlige ekspertorganisasjoner er sykehus, universitet advokat og arkitektfirma.

Kommuner blir gjerne definert som byråkratier, og som jeg viser i pkt. 2.3.2 er LAR-senteret i nedre del av hierarkiet. Ser vi på det enkelte LAR-senter og hvordan de har valgt å løse oppgavene gjennom organisering og ledelse fremkommer ulike strukturer. I drøftingen vil jeg se på hvordan ulik organisering og ledelsesformer kan gi forskjellig resultat ut fra hvordan de har valgt å lede og utnytte ressurser.

Ledelse

Som PAIE-modellen (Strand, 2007) viser, hevder han er det ulike former for ledelse ut fra hvilke type organisasjon man skal lede, og han definerer tydelige skiller mellom de kvalitetene og fokuset den enkelte lederkategori bør ha for å utvikle organisasjonen.

Situasjonsbestemt ledelse (Yukl, 2013) er en annen måte å se ledelse på. Dette er å ha et bredt perspektiv på lederskap der leder utfører lederrollen med bakgrunn i den situasjon organisasjonen til enhver tid befinner seg i. Yukl hevder at leder bør ha en oversikt over ulike strategier som kan iverksettes for å oppnå høyere trivsel og effektivitet i organisasjonen. Han beskriver følgende situasjonsvariabler som påvirker lederadferd og ansattes effektivitet:

- Underordnedes innsats og evner
- Arbeidsoppgaver og arbeidsbetingelser
- Organisering av arbeidet
- Samhold og samarbeid
- Støtte og ressurser
- Ytre koordinering

Han beskriver disse mellomliggende variablene som sentrale faktorer for at organisasjonen skal kunne fungere optimalt.

LAR-sentrene har ulike utfordringer ut fra hvor de er geografisk plassert, hvor lenge de har vært i drift, bemanningssituasjon og hvilket helsetilbud de har utviklet. Dette er faktorer som kan utfordre ledelse. Situasjonsbestemt ledelse stiller ingen krav til stedlig leder (ibid.), men ut fra de variablene som Yukl beskriver vil det være lettest å følge opp ved å være der ansatte er og arbeide utføres. Slik det er ved 6 av sentrene i Bergen kommune vil det stille større krav til leder da det er mange sentre med ulik geografisk beliggenhet, og dermed vil det være vanskeligere å «fange opp» problemstillinger og iverksette tiltak.

3.1.2 Arbeidsmiljø

Arbeidsmiljøet sier noe om hvordan forholdet er ansatte imellom, og mellom leder og ansatte. Organisasjonskulturen defineres ofte som et system av felles verdier og felles ideer om hvordan ting fungerer og skal gjøres. Fra dette utvikles normer og forventninger til ytelse (Kaufmann & Kaufmann, 2009).

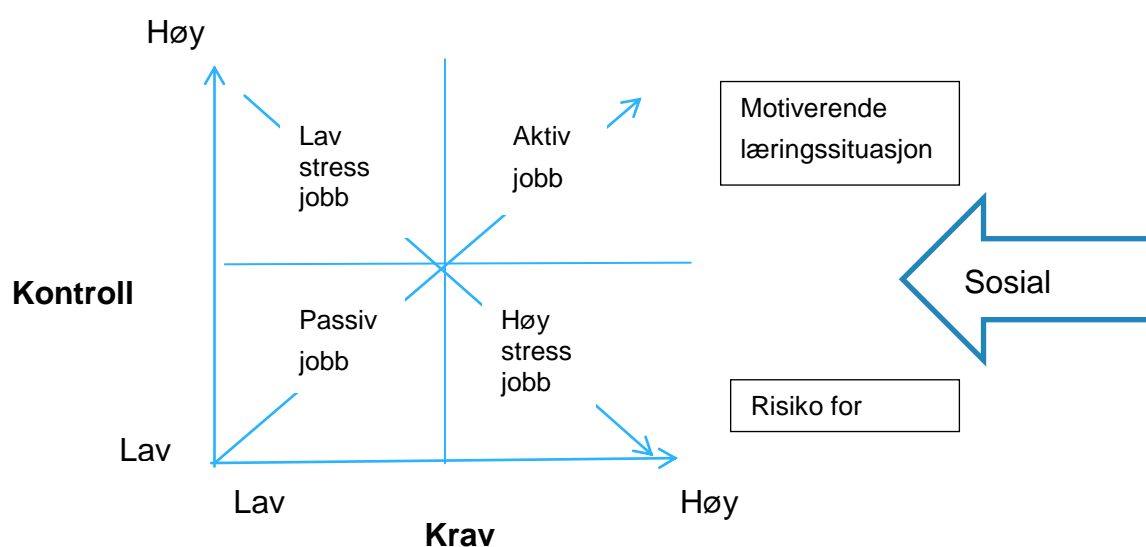
I moderne organisasjonspsykologi er det vanlig å skille mellom behovsteorier, kognitive teorier, sosiale teorier og jobbkaraktéristika modeller for hvordan man kan forstå motivasjon i

arbeidslivet (ibid.). Behovsteorier viser til motivasjon utløst av adferd som fokuserer på grunnleggende behov. Maslows behovshierarki er eksempel på denne teorien. Kognitive teorier bygger på ønske om måloppnåelse der individet tar bevisste valg ut fra konsekvenser og den belønning som utløses av innsats. Sosiale teorier har en innfallsvinkel der motivasjonen bygger på at likhet og rettferdighet mellom ansatte er drivkreftene til den innsats som ilegges arbeidet. Jobbkarakteristikamodellen er en mer utpreget praktisk modell som kartlegger hvilke faktorer i jobbsituasjonen som virker motiverende i større eller mindre grad.

I min analyse vil jeg benytte Jobbkarakteristikamodellen som er utviklet av Hackman og Oldham (1980) for å vise hvilke motivasjonsfaktorer som kan påvirke arbeidet ved et LAR-senter.

Jobbkarakteristikamodellen.

Denne modellen blir også kalt «Krav – kontroll – støtte modellen», og jeg vil illustrere den slik:



Modellen viser til at når det stilles høye krav fra ledelse, der ansatte har lite kontroll over arbeidsoppgavene øker risiko for stress. Ved lave krav og lav kontroll opplever ansatte en passiv jobbsituasjon. Der kravene er lave og kontrollen høy, vil det være en jobbsituasjon med lavt stress, og ved høye krav og ansatte har god kontroll har man en aktiv jobbsituasjon der motivasjon og læring er viktige faktorer.

Ansatte har ulik oppfatning av hva som er høye krav, det er derfor ulik oppfatning av hva som er en høy-stress-jobb. Dette relateres ofte til hvilken kunnskap man har på fagfeltet, men også at ansatte har ulike ambisjoner i forhold til arbeidet og jobbtilfredshet.

Trivsel og godt arbeidsmiljø henger sammen med faktorer som fremmer indre motivasjon og engasjement blant ansatte, dette hevdes bl.a. av Kaufmann & Kaufmann (2009) og Einarsen, Steensæth, Hellesøy, & Skogstad (2000) å være:

- Variasjon og ferdigheter
- Oppgavedentitet
- Oppgavens betydning
- Autonomi
- Tilbakemelding

Ved LAR-sentrene stilles det krav til at rutiner for medikament håndtering og kontrolltiltak blir fulgt opp. Denne delen av arbeidet er rutinepreget, og pasientene som møter daglig er de samme. Likevel kan pasienter ha andre behov som de trenger veiledning og støtte på. Dette gir variasjon da det må gjøres vurderinger for hvilken hjelp og motivasjon pasienten trenger. Det å se betydningen av hva dette gjør for pasienten, og den tilbakemelding som gis både fra pasient og ledelse fremmer den indre motivasjon for å stå i arbeidet. En del av arbeidet på LAR-senteret er fastsatt, men det er også mulighet til å være med å påvirke hvordan arbeidet skal gjennomføres og hvilke arbeidsoppgaver som bør prioriteres.

3.1.3 Læring i LAR-systemer

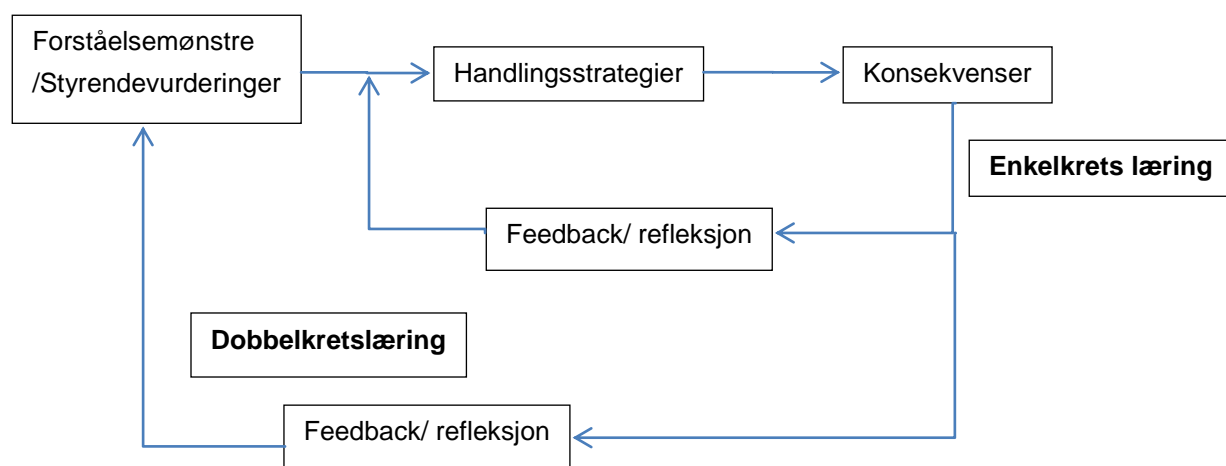
Senge & Lillebø (1999) beskriver en teori der han hevder at skal man utvikle en lærende organisasjon bygger dette på 5 disipliner. *Personlig mestring*, der den enkeltes kunnskap er en hjørnestein i en lærende organisasjon og danner grunnlaget for den vekst og utvikling som er i

organisasjonen. *Mentale modeller* er disiplinen for hvordan den enkeltes forestillinger og antakelser påvirker utviklingen. Mentale modeller preger vår adferd og vilje til endring. Den tredje disiplin er å skape *felles visjoner*. Hvordan ser man for seg fremtiden der organisasjonens visjoner er forankret i den enkelte ansatt. Det er ikke ledere som skal fastsette en visjon, men den bør utvikles i samarbeid med de ansatte slik at man får bruke kreativitet og skape et eierforhold til hvordan man ønsker fremtiden skal se ut. Man kan ikke gjennomføre en fremtidsvisjon alene, men gjennom et *samarbeid og gruppelæring* vil man kunne utvikle tiltak for å nå mål som organisasjonen har satt seg. Dette er den fjerde disiplinen. De fire disiplinene må utvikles samtidig og integreres i hverandre, det er denne *samhandlingen og medbestemmelsen* som skaper utvikling og vekst. Dette omtaler Senge som den femte disiplin - som er avgjørende for å utvikle en lærende organisasjon. Denne tenkningen bygger på refleksjonene som ligger til grunn for kliniske mikrosystem (Nelson et al., 2007) der formålet er å se på sammenhengene med ulike faktorer i organisasjonen og betydningen av samspillet mellom disse.

Organisatorisk læring

Organisatorisk læring skjer i et samspill mellom medlemmene i en organisasjon. Argyris & Schön (1996) ser på to former for læring i organisasjoner.

Disse formene presenteres som en modell for læring:



- Enkelkretslæring korrigerer feil, men ikke årsaken. Denne formen gir ikke grunnlag for å utvikle og forbedre prosedyrer.
- Dobbelkretslæring undersøker og vurderer hendelser for å kunne korrigere årsaken.

Det er ingen motsetning mellom disse formene for læring, men de brukes til ulike formål. For å lære rutiner og prosedyrer vil det benyttes *enkelkretslæring* slik det gjøres ved LAR-sentrene i eksempelvis medikamenthåndtering.

Ved *dobbelkretslæring* ønsker man å forbedre forhold ved virksomheten. Ansatte må sette seg inn i og forstå hensikten, og bidra til å endre årsaken slik at det skapes en ny praksis som forbedrer behandlingen. Ved et av LAR-sentrene så de at det var uheldig at pasienter med rusmisbruk og rusfrie kom til samme tid for å hente medisiner. De vurderte det derfor som hensiktsmessig å dele dem inn i 2 grupper som kom til ulike tider, slik utviklet de et tilbud som var tilpasset hvor pasienten var i sin rehabiliteringsprosess. På denne måten evaluerte de tilbudet de hadde og utviklet et forbedret tilbud.

Formidling av erfaringskunnskap

Nonaka (1994) stiller spørsmålet om hvordan kunnskap blir skapt, og hevder dette skjer i en dialog mellom eksplisitt og implisitt kunnskap. I en organisasjon vil kunnskap utvikle seg ut fra forskningsbasert kunnskap, regelverk og erfaringer fra ansatte i samhandling med pasienter. Dette vil bidra til at ny kunnskap og nye rutiner utvikles.

Eksplisitt kunnskap er den forskningsbaserte teorien som er artikulert og ligger som grunnlag for kunnskapsutvikling. Den implisitte kunnskapen er “taus kunnskap” som bygger på erfaring og praksis. Nonaka hevder at kunnskapsutvikling skjer i en sosial sammenheng mellom implisitt og eksplisitt kunnskap, og identifiserer 4 former for kunnskapsomdanning.

- *Sosialisering*. Her formidles kunnskap fra taus - til taus kunnskap. Med dette menes at kunnskap formidles ved observasjon og delte erfaringer i praksisfellesskapet.
- *Kombinering*. Kunnskap utvikles fra eksplisitt til eksplisitt. Ved dialog blir ulik teoretisk kunnskap artikulert og ny kunnskap utvikles.

- *Eksternalisering*. Kunnskap formidles fra taus til eksplisitt. Taus kunnskap blir artikulert og satt i sammenheng med eksplisitt og ny praksis utvikles.
- *Internalisering*. Ny eksplisitt kunnskap er blitt taus og er internalisert i individet, men blir igjen videreført gjennom sosialisering.

Nonaka (1994) beskriver at kunnskapsomdanning skjer i hver av disse formene, men det er den dynamiske samhandlingen mellom disse som fører til kunnskapsutvikling. Dette er en kontinuerlig prosess som utvikler seg og vokser, og som han benevner som kunnskapsspiralen. Forutsetninger for denne kunnskapsomdanningen er at den er forankret i verdier, om det er mulighet for handling innenfor gjeldende rammer (autonomi), at spenninger eller kreativt kaos åpner opp for refleksjon og at det er stor grad av utveksling omkring kunnskap, informasjon og ansvar (redundans).

I mange helseinstitusjoner der ansatte har lang erfaring vil denne form for kunnskapsutveksling være sentral. Kommunale LAR-sentre er ingen unntak. Ansatte med videreutdanning og lang erfaring formidler kunnskap bevisst eller ubevisst. Hvordan man er i møte med pasienter formidles ved at andre *observerer* hvordan dette kan gjøres på en god måte. Erfarne ansatte utveksler sine erfaringer gjennom rapporter og i det daglige arbeidet slik at kunnskapen gradvis forankres. Slik utvikles kontinuerlig ny kunnskap som en spiral der det er en åpenhet for refleksjon og diskusjon.

3.1.4 Pasientperspektivet

Empowerment, *mestring* og *livskvalitet* er begreper som kan gi en teoretisk forståelse av pasientperspektivet. I det kliniske mikrosystemet er pasienten den sentrale aktør som mottar helsehjelp, og for å kunne utvikle et helsetilbud og gi den beste helsehjelp er det nødvendig å sette seg inn i pasientens situasjon for å forstå hans behov.

Empowerment

Empowerment oversettes ofte med bemyndigelse eller myndiggjøring. Det innebærer at personen i en avmaktssituasjon opparbeider styrke, kraft og makt til å komme seg ut av avmakten. For å få dette til er det nødvendig å få i gang prosesser og aktiviteter som kan

styrke folks selvkontroll, selvfølelse, kunnskap og ferdigheter. I Vifladd, Hopen, & Berg (2004 s.37) sin definisjon av helsepedagogikk fremkommer dette:

«å utløse handlinger som styrker folks egne krefter og motvirker forhold som kan føre til passivitet og uheldig avhengighet».

Askheim og Starrin (2007) sier at empowerment og brukermedvirkning er begrep der det kan legges ulik betydning ut fra hvilken kontekst det brukes i. I denne sammenheng brukes begrepene synonymt da det dreier seg om å styrke brukerens innflytelse i utformingen av eget hjelpetilbud.

Mestring

Begrepet mestring er nært knyttet til empowerment spesielt innenfor rehabiliteringsfeltet. For pasienter i LAR viser det hvordan personer med funksjonsnedsettelse kan lære å leve med sin situasjon og mestre hverdagens utfordringer, slik at de kan få en opplevelse av kontroll i eget liv. Fagpersonens rolle er å være en samtalepartner, der brukerkunnskap og fagkunnskap likestilles. Samtalen skal dreies mot pasientens ressurser, kunne forstå situasjonen og bygge opp en tro på at man kan finne frem til løsninger som gir mening. Antonovsky (1987) betegner dette som «sense of coherence» (i Starrin, Heyerdahl, & Askheim, 2007 s. 29).

En praktisk forståelse av hva mestring har Viflat et.al (2004 s. 61) definert slik:

«Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre.»

For pasienter i LAR dreier det seg om å få kontroll over «rusen», og få et verdig liv. Det å mestre aktiviteter i dagliglivet, få mulighet til å være i arbeid eller ta en utdanning er for mange det høyeste målet. De må leve med sin fortid, og de skader rusen har påført seg selv og andre, men de har gjennom LAR fått en mulighet til å endre på sin livssituasjon.

Livskvalitet

Begrepet *livskvalitet* bygger på ulike tradisjoner. Den opprinnelige tradisjon bygget på det sosialvitenskaplige syn og senere ble det medisinskfaglige perspektiv trukket inn for å fremme betydningen av den somatiske helsetilstand (NOU 1999:2). Fra den sosialvitenskaplige vinkling blir livskvalitet definert som:

«persons egenopplevelse av positive og negative sider ved livet i sin alminnelighet. Det kan sees på som en syntese av positive og negative opplevelser, ubehag, glede og nedstemthet, og av vonde og gode følelser».

For den enkelte pasient vil opplevelsen av livskvalitet variere ut fra hvilke hjelpetiltak og støtte pasienten mottar, og den evne han har til å mestre livet.

Den medisinske vinklingen tar utgangspunkt i sykdommen, og det sykdommen medfører for pasienten. WHO ser på begrepet livskvalitet på lik linje med smerte. Det er en subjektiv opplevelse, og må sees i sammenheng med den helsetilstand både fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell dimensjon som pasienten befinner seg i (ibid.).

For pasienten er det av betydning å ha innsikt i egen situasjon, og som Antonovsky (i Viflat et al, 2004. s13) hevder må pasienten ha en opplevelse av sammenheng for å nå målet. Han trekker frem 3 faktorer som illustrerer dette:

- Forståelse: at alt som inntreffer er forståelig og oppleves som ordnet strukturert og tydelig
- Håndterbarhet: at man har tilstrekkelig med ressurser til å møte ulike situasjoner i livet.
- Meningsfullhet: at man har en delaktighet i det som skjer.

Hvordan pasienten opplever sin egen livssituasjon, vil få betydning for den helsehjelp som han mottar. Pasienter i LAR har opplevd mye av både fysisk og psykisk smerte, mange før de ble opiatavhengige som følge av psykisk sykdom, sosiale forhold eller somatisk sykdom. Dette er forhold som har ført til at de ble opiatavhengige. Bruk av rusmidler har redusert deres livskvalitet, og det er ofte en lang «vei» for pasienten å komme ut av det livsmønsteret de har levd i.

3.1.5 Samhandling og informasjonsutveksling

Samhandlingsreformen, (St.meld.nr. 47, 2009 s.13) beskriver 3 utfordringer samfunnet står overfor, og som er relevante for behandling i LAR.

«Utfordring 1: Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok-fragmenterte tjenester».

Pasienter med komplekse sykdomsbilder har behov for koordinerte tjenester fra ulike instanser. Pasienter i LAR har som tidligere beskrevet en ansvarsgruppe som består av representanter fra spesialisthelsetjeneste, NAV og fastlege. I tillegg har de ofte kontakt med andre instanser som lavterskeltiltak i privat og kommunal regi, og kriminalomsorg. Det viser seg at koordinering av møter og samhandling er vanskelig, og pasienter i denne gruppen møter av ulike årsaker ikke opp til de avtaler som er fastsatt. Dermed mister man den kontinuiteten som var intensjonen med ansvarsgruppen. Her er mange aktører og det er ulik forståelse av hva som er målet for pasienten. Det er heller ikke tilgjengelige kommunikasjonssystem, IKT, som gjør samhandling lettere. Det er satt i gang et arbeid med å utvikle en kjernejournal som vil gjøre kommunikasjon lettere mellom ulike aktører, og som vil ivareta pasientsikkerheten. Jeg har valgt å ikke berøre denne problemstillingen som dreier seg om IKT.

«Utfordring 2: Tjenesten preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom».

Samhandlingsreformen (2009) beskriver at helsetjenesten har størst fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner fremfor tilbud innrettet på å mestre og å redusere kronisk sykdomsutvikling. For pasienter i LAR er dette særlig aktuelt, og viser til en forskningsartikkel på dette området som påpeker at behandling i LAR gir reduksjon i alvorlige somatiske sykdommer som følge av rusbruk og injisering (Skeie, 2012).

«Utfordring 3: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne».

Dette er en stor politisk utfordring, men som det må være vilje og evne til å utvikle nye løsninger som imøtekommer de behov befolkningen står overfor. Rusmiddelavhengige er en stor kostnad for samfunnet og det er et økende problem. Derfor blir det viktig at man utnytter

ressurser på en best mulig måte, og bruker erfaring og forskning for å utvikle de mest effektive tiltak.

Dette er gjerne store og overordnede målsetninger, men som stortingsmeldingen beskriver må tiltakene tilrettelegges der pasienten til enhver tid er.

3.2 Kort oppsummering av det kliniske mikrosystem.

Kliniske mikrosystem er en sammenheng av ulike faktorer som bidrar til å skape en helhet. Jeg har vist teori som beskriver rammene i en organisasjon, og som Øgard og Hovland (2004) beskriver det er menneskene som er i organisasjonen og hvordan de samhandler som *er* organisasjonen.

Stortingsmeldinger og retningslinjer ligger til grunn for å danne en organisasjon som skal utføre oppdraget om å administrere LAR- medikament og utføre kontrolltiltak. I tillegg har Bergen kommune bestemt at LAR-sentrene også skal tilby enkle sosiale tjenester ut fra et her-og-nå perspektiv.

Ledelse skal bidra til at oppdraget blir gjennomført, og det er viktig å utøve ledelse på en slik måte at ansatte settes i stand til å utføre arbeidet etter de best kjente faglige og erfaringsbaserte metodene som til enhver tid gjelder.

De **ansatte** skal bruke kunnskapen og erfaringen overfor pasienten slik at det motiverer og styrker pasienten til egenaktivitet.

Pasienten er den sentrale part som skal dra nytte av alle de overfor nevnte faktorer for å styrke sin mestringsevne og livskvalitet. Pasienten skal selv bidra til å utvikle behandlingstilbudet gjennom medvirkning.

Samhandling og informasjon bidrar til at alle parter er kjent med bakenforliggende forhold, og som gjør at denne helsetjenesten er iverksatt. Videre at informasjon blir utvekslet etter gjeldende lovverk på en respektfull måte for å koordinere tjenestetilbudet. LAR-senteret er en liten, men sentral del av behandlingkjeden og det er nødvendig at det er god dialog med alle instanser som pasienten er involvert i.

4.0 Metode.

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for valg av metode, og hvordan jeg har lagt opp forskningsprosessen. For å finne ut i hvilken grad tilbudet ved LAR-sentrene påvirker pasientens rusmestring og livskvalitet har jeg valgt å se det fra ansattes perspektiv. Gjerseng (2011) oppsummerer i sin studie betydningen av å undersøke ansattes holdning til behandlingen, da det ser ut til å ha betydning for den praksis som utøves overfor pasientene i LAR. Kvalitativ metode er en egnet metode til dette formålet, og jeg vil intervju en ansatt fra hver av de 7 LAR-sentrene i Bergen kommune for å finne svar på min problemstilling. LAR-sentrene har ulik tilnærming i pasientbehandlingen, og jeg vil derfor se på hvilke forhold som påvirker pasientens rusmestring og livskvalitet, og om det er forhold ved organisering og ledelse som påvirker en positiv utvikling.

Forskningsprosessen blir fremstilt i ulike faser for å vise en systematisk oppbygging fra tematisering, beskrivelse av design for prosessen, gjennomføring av intervju, analyse og hvordan resultatet presenteres (Kvale & Brinkmann, 2011; Yin, 2009). Jeg vil bruke dette som grunnlag for å vise den metodiske fremdrift jeg har valgt for å finne svar på min problemstilling.

4.1 LAR-senterets bidrag til brukeren

Jeg ønsket å få svar på om de kommunale LAR-sentrene bidro med noe mer enn utdeling av medisiner og kontrolltiltak, og hva som medvirket til en bedret rusmestring og livskvalitet for pasienten. Det var dette som var formålet med undersøkelsen, og for meg ble det også viktig å finne ut om sentrene gav god helsegevinst ut fra de ressursene som var benyttet.

Jeg sjekket først ut hvilken kunnskap vi har om dette temaet (Kvale & Brinkmann, 2011) og innhentet opplysninger fra de siste årsrapportene fra Strax huset (2008; 2011). Videre orienterte jeg meg om hvilke tilbud de kommunale LAR-sentrene hadde og om det forelå en målsetningen for sentrene (*Ruspolitisk Strategi- og Handlingsplan*, 2011-2016). I denne prosessen oppdaget jeg at der hadde vært en stor utvikling fra oppstart i LAR i 2002 til i dag. Pasientantallet har økt dramatisk siste årene og nye sentre har blitt etablert i alle 7 bydeler. Det har blitt nye organiseringer fra de var drevet av Bergensklinikkene videre til

Helsevernetaten, og i dag under Etat for psykisk helse og rustjenester, avdeling Straxhuset som er et lavterskeltiltak for rusmiddelavhengige i Bergen.

LAR-sentrene har i disse årene hatt ulik tilnærming til aktivitets- og rehabiliteringstiltak ut fra hvordan de har vært organisert. Jeg fikk også opplysninger om at et av de nyeste sentrene i en bydel hadde en annen organisering og drift. Dette senteret er lagt under NAV og har stort fokus på rehabilitering. Denne informasjonen styrket mitt ønske om å finne ut mer om funksjonen og betydningen av de kommunale LAR sentrene.

4.2 Sammenlignende case studie av 7 LAR- sentre

Jeg valgte å intervju en ansatt ved hver av de 7 LAR- sentrene i Bergen kommune, og sammenligne mine funn for å se om det fremkom faktorer som kunne være mer helsefremmende enn andre for å bedre pasientens livssituasjon. Ut fra den kjennskap jeg hadde til disse sentrene hadde jeg dannet meg en hypotese om at det ene av sentrene hadde utviklet et tilbud som så ut til å bedre pasientens tilfredshet i LAR, og jeg ønsket å få svar på om dette var tilfelle. Jeg valgte derfor å ta utgangspunkt i en sammenlignende design (Ringdal, 2007) for å se på forskjellene mellom de ulike LAR-sentrene og hvilke utfall det hadde på pasientens rusmestring og livskvalitet. Hovedmålet med studien er å få frem de forhold ved LAR-sentrene som fremmer rusmestring og livskvalitet for pasienter i LAR, og ut fra teorien om kliniske mikrosystem (Nelson et al., 2007) vil jeg se på hvilke betydning organisatoriske system kan ha.

Ved å velge en kvalitativ forskningsmodell ville jeg få frem faktaopplysninger om behandlingstilbudet, hvordan ansatte opplever sin egen rolle og hvilke tilbakemeldinger de får fra pasienten.

Jeg vurdert å intervju noen brukere for å få frem pasientperspektivet, men fikk et dilemma her om hvem jeg skulle velge ut. Pasientgruppen består av pasienter som er i fullt arbeid og har familie, til dem som ikke klarer å ivareta seg selv. Her ble etiske betraktninger tungtveiende, der jeg ikke ønsket å utsette noen få pasienter for en så vanskelig situasjon om å representere en så stor gruppe (Den Nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, Kalleberg, & De Nasjonale forskningsetiske komiteer, 2006).

I et kvalitativt forskningsprosjekt må leseren være trygg på at forskningen er pålitelig og at tolkningen av data er gyldige (Thagaard, 2003). Jeg vil i det følgende beskrive hvordan jeg har ivaretatt dette.

4.2.1 Reliabilitet

For å dokumentere reliabiliteten eller påliteligheten (Thagaard, 2003), må forskningsprosessen være godt dokumentert slik at leseren kan sette seg inn i tankeprosessen til forskeren og kritisk vurdere fremgangsmåten. Måten forskeren presenterer dette på er med på å formidle troverdighet. Reliabiliteten vil også si noe om dette er en fremgangsmåte som kan benyttes av andre forskere i lignende studier.

Ved å beskrive prosessen fra utarbeiding av problemstilling, til hvordan data er innhentet og analysert samt presentasjon av funn, har jeg redegjort for hvordan forskningsprosessen har utviklet seg. Jeg har gjennom dette vist en anerkjent metode i kvalitativ forskning.

4.2.2. Validitet

Validitet eller gyldighet er det andre kriteriet for om forskningen representerer den virkeligheten vi har studert. Analysen og tolkningen skal være godt begrunnet, og det skal være synlig hvordan forskeren er kommet frem til denne konklusjonen. Gjennom tekstkondensering (Thagaard, 2003) og koding kan meningen bli endret, og det er av stor betydning at beskrivelsen av funn blir prøvd opp mot den opprinnelige tekst. Denne prosessen gjorde jeg ved å hente frem det transkriberte materialet og gjennomgikk mine funn opp mot det kondenserte materialet.

4.2.3 Ethiske betraktninger

Forskningsetiske retningslinjer (Den Nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora et al., 2006; Ringdal, 2007) beskriver det ansvar man har som forsker for å ivareta informantene gjennom forskningsprosessen. Utgangspunktet er at forskeren skal arbeide ut fra en grunnleggende respekt for menneskeverdet. Informanten skal ha grundig informasjon, frihet til å delta og man skal unngå belastninger som følge av

deltakelsen. I min studie har jeg fått godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) (vedlegg 1), jeg har sendt informasjonsbrev til alle informantene (vedlegg 3) og fått samtykke til å bruke sitat for å fremheve informasjon (vedlegg 4).

Pasienter med rusmiddelavhengighet er en sårbar gruppe, og det er spesielt poengtert av forskningsetisk komite (ibid.) at det skal vises spesiell varsomhet overfor utsatte grupper slik at generalisering ikke kan medføre stigmatisering.

4.3 Syv personlige intervjuer i et semistrukturert format

Utviklingen av en intervjuguide var en krevende og utfordrende prosess (Kvale & Brinkmann, 2011). Jeg stilte meg spørsmålet om hvilke tema som er viktige å belyse for å få svar på min problemstilling og valgte å ta utgangspunkt i teorien om kliniske mikrosystem (Nelson et al., 2007). Denne teorien ser på hvordan de ulike deler må fungere sammen for å skape en helhetstenkning i behandlingen. I min forskning er det nettopp dette jeg vil finne ut av og valgte å formulere spørsmål ut fra kategoriene i modellen som knytter seg til *organisering og ledelse, ansattes rolle, pasientens ståsted, samarbeid og informasjonsutveksling* for å se hvordan disse faktorene kan ha betydning for pasientens rusmestring og livskvalitet.

Jeg utarbeidet et semistrukturert intervju (Ringdal, 2007). I den strukturerte delen bad jeg om fakta om informanten og LAR-senteret. Jeg valgte videre å forholde meg til tema, der jeg hadde spørsmål i bakhånd for å få svar på det jeg ønske. Målet var å ta utgangspunkt i en komparativ studie, der jeg sammenlignet de ulike sentrene for å finne egenskaper som kunne forklare hvorfor noen tiltak eller forhold kunne sees på som suksesskriterier i behandlingen av pasienter i LAR.

Jeg fikk en kollega til å være med på et testintervju (Kvale & Brinkmann, 2011). Denne personen hadde tidligere arbeidet ved et kommunalt LAR-senter før hun begynte i spesialisthelsetjenesten for 2 år siden. Hun besvarte spørsmålene ut fra sin tidligere rolle som vernepleier ved et LAR-senter i 10 år fra oppstart i 2002. Dette var en nyttig gjennomgang. Hun levde seg inn i rollen og opplevde spørsmålene som relevante og beskrev i etterkant at hun fikk en god refleksjon over den rollen hun hadde hatt. Spørsmålene ble ikke besvart slik jeg hadde satt dem opp, fordi jeg underveis i fortellingen fikk svar på mange av spørsmålene.

Jeg så betydningen av å kunne spørsmålene godt slik at jeg kunne utdype dette når informanten beveget seg inn på de temaene jeg ønsket å få svar på.

Etter denne gjennomgangen valgte jeg ytterligere å forenkle spørsmålene slik at det ble lettere å hente dem frem i intervjuet. Jeg formulerte spørsmålene i et enkelt og dagligdags språk, slik at de skulle gli inn i samtalen, og passet på å komme med oppfølgingsspørsmål der jeg ønsket å utdype temaet. Jeg erfarte også at det var behov for å oppsummere det informanten beskrev når svarene ble lange og ustruktureerte for å få en bekreftelse på at jeg hadde forstått innholdet (ibid.).

Jeg tok opptak direkte på bærbar PC. Dette fungerte godt, men jeg oppdaget at det var viktig å plassere opptaker nær informant slik at lydkvaliteten ble best mulig. I tillegg testet jeg ut en digital opptaker, men denne var vanskeligere i bruk ved avspilling for transkribering. Jeg hadde denne med i tilfelle teknologien skulle svikte, men innså etter 2 intervju at opptak direkte på PC fungerte godt. Fordelen med dette var også at det er sikker lagring ut fra kravene fra datatilsynet om oppbevaring av datamateriale.

Et annet spørsmål som jeg tenkte gjennom var hvordan jeg som forsker ville påvirke prosessen. I følge Malterud (2003) vil forskeren med blant annet sin forforståelse, faglige bakgrunn, motiv og valg av forskningsmetode påvirke resultatene. I intervjuprosessen er det av betydning at forskeren forholder seg objektiv slik at det informantens mening som kommer til uttrykk. Som psykiatrisk sykepleier med arbeid i rusfeltet, vil jeg også påvirke hvordan empirien fortolkes og analyseres. Å ha kjennskap til feltet kan være en styrke og en svakhet, men man må gjøre et forarbeide med å identifisere den utgangsposisjonen man har, og være bevisst på hvordan man bruker sin forforståelse slik at det ikke påvirker forskningsresultatet (Thagaard, 2003). I min situasjon har jeg fagkompetanse som psykiatrisk sykepleier i spesialisthelsetjenesten. Dette gir en annen innfallsvinkel enn i det kommunale arbeidet der ansatte er i tettere kontakt med pasienten. I tillegg har jeg bare 2-3 års erfaring fra rusfeltet og har en åpen holdning til et fagfelt som er relativt nytt for meg. I rollen som forsker opplevde jeg at det var en styrke å ha kunnskap om fagfeltet, men likevel så begrenset at jeg ikke hadde dannet meg en bastant forforståelse i forhold til LAR-sentrenes funksjon.

4.4 Strategisk valgte informanter

Jeg valgte å gjennomføre intervjuene på den ansattes arbeidsplass. Jeg hadde i forkant fått positive tilbakemeldinger om å gjennomføre studien av leder ved LAR sentrene (vedlegg 2). Thagaard (2003) beskriver betydningen av å tilrettelegge for en trygg atmosfære i intervjusituasjonen og bygge opp prosessen med kontaktetablering for å skape tillit. Jeg sendte ut et informasjonsbrev (vedlegg 3) der jeg beskrev problemstillingen og hvordan jeg ville gjennomføre forskningen, og i tillegg et samtykkeskjema (vedlegg 4) der jeg bad om å kunne bruke sitat for å styrke troverdigheten i dataene.

Jeg var opptatt av å ivareta informantene i forhold til anonymitet, og være var for reaksjoner som kommer underveis. Jeg synes informantene var reflekterte og gav meg interessante betraktninger og opplysninger om LAR-senteret og det arbeidet de gjør. Avslutningsvis oppsummerte jeg innholdet og trakk frem positive funn slik at informanten fikk en opplevelse av å ha bidratt på en god og informativ måte.

Jeg valgte å intervju en ansatt fra hver av de 7 LAR-sentrene i Bergen kommune, selv om jeg var kjent med at 6 hadde samme organisering og ledelse. Jeg hadde en forforståelse om at de likevel hadde et ulikt tilbud og ønsket å få svar på om dette var tilfelle.

For å få valide svar satte jeg kriterier for hvem jeg ønsket å innhente data fra. Jeg gjorde dermed et strategisk utvalg (Kvale & Brinkmann, 2011). Kravet var at informantene hadde 3-årig helsefaglig utdanning, og minst 1 år erfaring i minimum 50 % stilling ved LAR-senteret.

Jeg vurderte hvordan jeg skulle finne frem til aktuelle informanter. Ansatte ved ett av sentrene hadde jeg god kjennskap til, mens de andre kjente jeg ikke. Jeg valgte derfor å henvende meg til leder for 6 av de kommunale sentrene og be henne gi meg aktuelle navn på ansatte som fylte kriteriene.

Utvalget var ikke stort da det bare er 3 faste i 100 % stillinger ved hvert av sentrene. Jeg fikk rask tilbakemelding over ansatte som fylte kriteriene, og alle hadde vært positive til å delta. I intervjusituasjonen kom det frem at en av de ansatte ikke hadde 3-årig helsefaglig bakgrunn, men ut fra at hun var hjelpepleier med videreutdanning i psykiatri og SEPREP, samt 11 års erfaring ved LAR-senter valgte jeg likevel å inkludere henne. Det jeg i utgangspunktet var redd for var å få informanter uten relevant bakgrunn og lite erfaring. Alle informantene viste seg å være godt kompetente og erfarne helsepersonell. Alder var fra 40 – 55 år, 2 av

informantene hadde 3-årig helsefaglig bakgrunn, 4 hadde videreutdanning innen rusproblematikk og 1 hadde Master i sosialt arbeid. 4 hadde 1-3 års erfaring fra kommunalt LAR-senter og de 3 andre hadde fra 6-11 år. I tillegg hadde alle arbeidet med rusmiddelavhengige tidligere. Jeg oppfattet informantene fra LAR-sentrene som et godt og representativt utvalg for å få valide data.

Det 7. senteret hadde egen leder som også deltar i det daglige arbeidet. Hun ønsket selv å delta i undersøkelsen. I etterkant så jeg at dette var noe problematisk siden en informant tilhørte ledernivået, mens de andre ikke var ledere. Dette fører til en viss skjevhet i materialet og informasjonen blir derfor ikke 100 % sammenlignbar, men eventuelle likheter eller ulikheter kan gi interessante indikasjoner. Ut fra problemstillingen ønsket jeg å få frem faktorer som kan bedre pasientens rusmestring og livskvalitet, og stilte også spørsmål om det er noe ved organisering av tilbudet som kan bidra til en positiv utvikling. Jeg kom frem til at denne informanten kunne gi meg mer presise svar på siste del av forskningsspørsmålet, men at det ikke er helt sammenlignbart ut fra at jeg ikke intervjuet leder fra de andre LAR-sentrene. Dette må derfor tas med i betraktningen for de funn som fremkommer i undersøkelsen (Ringdal, 2007).

4.5 Fra tale til tekst

Transkripsjon av intervjuet, innebærer at informasjonen skifter fra tale til tekst. Dette medfører at informasjon som går på samspillet mellom informant og forsker kan gå tapt. Stemmeleie, kroppsuttrykk og tempo er element som ikke vises i en tekst, selv om man ved hjelp av tegnsetting og parenteser kan forsøke å formidle dette (Kvale & Brinkmann, 2011). Malterud (2003) presiserer betydningen av at forsker selv gjennomfører transkribering for å gjenskape erfaringene og gi nye refleksjoner, mens Kvale & Brinkmann (2011) hevder at det mest vanlige i forskningsintervjuer er at en sekretær transkriberer for forskeren. I min forskningsoppgave har jeg fått hjelp til transkribering av min datter som var i morspermisjon fra studier ved kunsthøyskolen. Jeg valgte denne løsningen på grunn av at det ville ta mye tid og behov for konsentrasjon i tillegg til 100 % arbeid. Jeg ønsket å få transkribert intervjuene så raskt som mulig etter opptak, og ettersom jeg fikk hjelp til dette gikk jeg nøye gjennom hvert lydopptak og fylte ut og redigerte det jeg ikke var tilfreds med. Jeg har videre hørt på opptakene når jeg har kategorisert og kodet innholdet. Dette har gitt meg et nært forhold til

datamateriale, og opplever at jeg har kompensert for tapet ved ikke å transkribere opptaket selv.

For å ivareta etiske hensyn har jeg valgt å transkribere intervjuet til bokmål, og ikke bruke dialekt (Malterud, 2003). Bruk av dialekt vil gjøre at informantene kan gjenkjennes da jeg bare har intervjuet 7 personer fra et lite og gjenkjennbart fagmiljø. Jeg ønsket også at teksten skulle bli godt lesbar da det primære var å få frem innholdet i det informantene presenterte.

4.5 Fra empiri til ny kunnskap

Målet med analysen er blant annet å utvikle ny kunnskap. Analysen kan også føre til nye beskrivelser, begreper eller modeller (Malterud, 2003), og som forsker skal man være bevisst hvilket av disse nivåene man befinner seg på. I min analyse ønsket jeg å beskrive ny kunnskap om hvilke tiltak som kan føre til bedret rusmestring og økt livskvalitet for pasienter i LAR, og gjennom dette utvikle en modell som styrker tilbudet.

Å gjøre teksten anvendbar for fortolkning gjennom systematisering av innholdet fremheves som viktig av mange forskere (Kvale: 2008, Yin: 2009, Thagaard: 2006). Jeg valgte å ta utgangspunkt i systematisk tekstkondensering. Dette er en metode som Malterud (2003) hevder er godt egnet for utvikling av nye beskrivelser og begreper, og der man har materiale fra flere informanter som skal bearbeides. Malterud har forankret denne teorien i Giorgis fenomenologiske analyse (1985) og Grounded Theory av Strauss og Corbin (1990). Forskeren skal så langt det er mulig sette sin forforståelse til side og gi en analyse fra informantene sin beskrivelse.

Giorgi beskriver 4 trinn i prosessen for å finne forskningskategorier eller meningsbærende enheter. Det første er å danne seg et helhetsinntrykk, del to er å identifisere meningsbærere, del tre er å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene og til sist sammenfatte betydningen av dette (ibid.).

Selv om jeg forsøkte å systematisere intervjuene i forkant, ble det likevel et nokså uoversiktlig bilde som fremkom etter at datamateriale var transkribert. Jeg valgte å lytte til intervjuene, samtidig som jeg hadde teksten foran meg for å danne meg et helhetsinntrykk. Videre gikk jeg i gang med å systematisere innholdet og kategorisere etter teori om kliniske mikrosystem

(Nelson et al., 2007); *organisering og ledelse, ansattperspektivet, pasientperspektivet, informasjon og samhandling.*

Jeg merket av i teksten før jeg utarbeidet et skjema der innholdet ble satt opp i stikkordsform etter kategorier. Noen av kategoriene vurderte jeg til ikke å være egnet for videre analyse, da det ikke ville gi meg svar på problemstillingen. Jeg slo sammen to kategorier om kunnskapsutvikling og opplæring av nyansatte da disse hadde mange sammenfallende trekk. Dette var en omfattende og tidkrevende prosess der jeg gikk gjennom materiale i flere omganger for å hente frem nyanser og beskrivelser som tydeliggjorde mine funn.

Som en validering gikk jeg tilbake til teksten for å verifisere om kodingen gjengav det som ble formidlet av informantene, og det som jeg har av kunnskap om fagfeltet.

4.6 Presentasjon av ny kunnskap.

Rapportering er en sammenfatning av informantenes beskrivelse med bakgrunn i de meningsbærende enheter og den koding som er utarbeidet (Malterud, 2003). Kategoriene drøftes opp mot problemstillingen og det trekkes ut faktorer som styrker påstanden. Det er også viktig å vurdere faktorer som stiller tvil til påstanden for å belyse et helhetlig perspektiv og validiteten i forskningen. En styrke er å kunne vise til annen forskning som er gjort på området som kan underbygge påstandene. LAR er en relativt ny behandling i Norge er det gjennomført få studier som går direkte på LAR-sentrene funksjon, men det er gjort sammenlignbare studier både nasjonalt og internasjonalt som kan underbygge innholdet i de ulike kategoriene; *organisering og ledelse, ansattperspektivet, pasientperspektivet og samhandling og informasjon.* Her vil teori og tidligere forskning bygge opp under de funn jeg har gjort gjennom semistrukturerte intervju med informantene. Mine funn og drøftingen vil lede mot en oppsummering der kliniske mikrosystem vil ligge til grunn for en modell som blant annet viser betydning av ledelse, kunnskapsutvikling, brukermedvirkning og samhandling ved LAR-sentrene.

5.0 Funn fra LAR-sentrene i Bergen Kommune.

Jeg vil i det følgende presentere data fra informantene ved de 7 LAR-sentrene i Bergen kommune. Målet med intervjuene var å få svar på forskningsspørsmålene:

- Har organisering og ledelse betydning for pasientens rusmestring og livskvalitet?
- Hvordan påvirker ansattes kunnskap og erfaring inn på pasientens behandling?
- Hva opplever pasientene som betydningsfullt for å endre sin livssituasjon?
- Hvilken betydning har informasjonsutveksling og samhandling for pasientens behandlingsforløp?

Det ene senteret vil jeg betegne som LAR A. Dette senteret har egen leder og er organisert under NAV, og gir et utvidet tilbud til pasientene i form av aktiviteter. De andre 6 sentrene har felles leder og er organisert i Bergen kommune. Tilbudene de har til pasientene ved disse sentrene viste seg å være mer like enn jeg hadde antatt på forhånd. Jeg har derfor valgt å behandle disse 6 sentrene som en gruppe, og denne gruppen har jeg definert som LAR B-G. Selv om jeg behandler LAR B til G som en gruppe vil jeg synliggjøre ulikheter mellom LAR-sentrene der ulikheter oppstår.

For å presentere hva informantene formidlet, har jeg valgt fire tema, eller meningsbærende enheter (Malterud, 2003) som kan bidra til å organisere informasjonen:

- Ansattes kjennskap til overordnede mål og organisering.
- Kunnskapsutvikling i egen organisasjon.
- Ansattes forståelse av pasientens mål.
- Ansattes opplevelse av samhandling.

Dette er kategorier som bygger på teori av kliniske mikrosystem (Nelson et al., 2007). Det er glidende overganger mellom de ulike tema og dette vil beskrivelsene bære preg av.

Informantene ble spurt om de mente arbeidsmiljøet kunne ha innvirkning på pasientens rusmestring og livskvalitet, og samtlige av de spurte svarte at pasientene er «vare på» hvordan ansatte har det seg imellom og at det helt klart påvirker samhandlingen med pasientene. Arbeidsmiljø er et tema vil ha innvirkning på alle kategoriene, og som jeg vil komme tilbake til i kapittel 6.0 der jeg vil drøfte funn.

5.1 Ansattes kjennskap til overordnede mål og organisering

Et viktig element i kliniske mikrosystem (Nelson et al., 2007) er organisering og ledelse. En slik tenkning støttes blant annet av Strand (2007) og Yukl (2013) som ser på tilpasset organisering og ledelse som nødvending for å utvikle en organisasjon. Jeg vil følgende gi en beskrivelse av hvilken betydning ansatte mener at overordnede rammer kan ha for pasientens rusmestring og livskvalitet.

5.1.1 LAR A

Informanten ved LAR A er stedlig leder og deltar i det daglige arbeidet ved senteret. Hun forteller at de er organisert under NAV, og har jevnlig møter med overordnet ledelse. Her blir det drøftet organisatoriske utfordringer og hvordan de kan utvikle et tilbud tilpasset pasientens behov i samsvar med gjeldende retningslinjer. Hun beskriver et godt samarbeid der de har stor frihet til å utvikle nye tilbud rettet mot rehabilitering.

Senteret startet opp som et prosjekt i 2011 for å utvikle et tilbud til pasienter i LAR. Det at de har vært et prosjekt har blant annet ført til at de har måttet rapportere hvilke tilbud de har, og hvilken effekt dette har for pasientene. Resultatene har vært et mål på om det de gjør er god bruk av ressurser og om de får midler til å etablere seg som et fast LAR-senter. Å lede et prosjekt har stilt krav til henne som leder og til de andre ansatte som skal iverksette tilbudene sammen med pasientene. Hun fremhever at det er dette som er «gøy» å få lov til å være med å skape noe positivt for de som trenger det aller mest.

Det startet med at pasientene ytret ønske om å ha noe å fylle dagene med; «da hadde alt vært så mye bedre». Lederen undersøkte hva som var av kunnskapsbasert forskning på området, og brukte dette som begrunnelse i søknaden for å utvikle et nytt tilbud ved LAR-senteret. Dette medførte at de ved oppstart i 2011 søkte om økonomiske midler til 2 stillinger til et arbeidstreningsprosjekt der arbeid og fysisk aktivitet stod i fokus. Søknaden ble innvilget, og i mars 2012 var prosjektet i full drift. I tillegg har de 2 frivillige som får en symbolsk lønn for å være med som støttepersoner. Informanten beskriver at hun har en positiv ledelse i NAV, som støtter tiltaket 100 % og som har den oppfatning at man må kunne prøve ut nye ideer.

Ledelsen fremhever tiltaket i ulike sammenhenger de er med, og som medvirker til at lokalmiljøet ser positivt på det de gjør.

Siste året har de fått flere pasienter med ulike behov. De ønsket å lage et tilbud som var mer tilpasset, og valgte da å dele pasientgruppen inn i 2 grupper ut fra hvilken rusmestring og motivasjon de hadde til rusfrihet. Den ene er Rehabiliteringsgruppen som har utdeling av medikament fra 08.00 – 09.30. Pasienter i denne gruppen har best rusmestring og motivasjon til endring. Etter utdeling spiser de frokost sammen og deltar på arbeidstrening eller fysisk aktivitet.

Stabiliseringsgruppen har utdeling fra 10.00 – 11.30, og har i denne fasen ikke ønske eller vilje til å motivere seg til endring. Her er det tilrettelagt for frokost og sosialt samvær på stuen, samtidig får de mulighet til en samtale og oppfølging av fagpersonell.

Informanten har også et lederansvar for personaloppfølging, administrative oppgaver og drift av senteret i tillegg til at hun deltar i medisintdeling og aktiviteter. Hun fremhever at det å være «tett på» har stor betydning:

« i forhold til det vi har fått til her så blir det er lettere for meg å plukke opp det vi har behov for, og det vi har lyst å gjøre. Lage dokumenter og målsetninger, jobbe sammen og få personalgruppen her til å dra i samme retning og formidle det til min sjef nede på NAV»

Hun beskriver en aktiv og motivert «gjeng» ansatte som er med på å ta nye utfordringer. De hadde en fagdag der ansatte var med å utvikle ideer og metoder for hvordan de ville utvikle senteret. Hun beskriver videre:

«Hadde det ikke vært for dem ville det ikke vært mulig å få det til».

Hun presiserer at i henhold til sikkerhet er det av stor betydning å tilrettelegge for trygghet blant ansatte, og de sikrer at det er 3 ansatte på huset hele tiden, og tar inn vikarer om noen er borte. Det er en uforutsigbar pasientgruppe dersom de kommer ruset, og det er viktig at ansatte har denne tryggheten og rutiner for oppfølging om noe skulle skje.

Hun presiserer at det er viktig å ha et trygt arbeidsmiljø, der ansatte opplever å bli hørt og ivaretatt av leder når vanskelige situasjoner oppstår. Ansatte må ha kunnskap til å utføre sine

arbeidsoppgaver, og som leder ønsker hun at det skapes en arbeidskultur der ansatte ønsker å bruke sin kunnskap og erfaring for å utvikle tilbudet. Det å få bidra i fellesskapet og oppleve at ideer og forslag blir brukt, er med på å skape et arbeidsmiljø preget av engasjement og trygghet.

5.1.2 LAR B-G

Alle informantene har lang erfaring og flere har vært med siden oppstart i LAR i 2002. Ingen av informantene har lederrolle ved disse sentrene. I 2002 var det bare noen få pasienter på ett utdelingssted tilknyttet Straxhuset. Kriteriene for å få behandling i LAR var svært strenge og det var stort fokus på rusfrihet og kontrolltiltak. Etter hvert som det kom flere pasienter, ble det etablert LAR-senter i alle bydeler. De beskriver en endring fra å ha stor kontroll og strenge rutiner til en mer liberal behandling da de nye retningslinjene kom i 2010. Selv om mye har endret seg er LAR-senterets hovedoppgave forsvarlig utdeling av medikament og kontrolltiltak.

Ulike organisatoriske modeller har vært prøvd, og de har vært underlagt ulike etater i Bergen kommune. De viser til Helsevernetaten, og at «NAV har vært inn i bildet», men det fremkommer ikke opplysninger fra informantene om de kjenner til årsaken til de organisatoriske endringene. De informerer om at de nå er en avdeling under Straxhuset, som er et lavterskeltiltak for rusmiddelavhengige (*Årsrapport Straxhuset.*, 2011). Straxhuset er igjen underlagt «Etat for psykisk helse og rustjenester» i Byrådsavdelingen, etat for sosial, bolig og områdesatsing. Det er 6 LAR-sentre som er geografisk plassert i hver bydel, slik at de skal være lett tilgjengelige for pasientene ut fra hvor de bor.

Informantene gir ikke uttrykk for at de har innsikt i den overordnede organisering, men forholder seg til nærmeste leder og den informasjon som fremkommer på fagdager / personalmøter som de har ca. hver 6 uke.

Det er ikke stedlig leder ved LAR-sentrene, men de har en leder som har ansvar for 6 LAR-sentre i ulike bydeler. Informantene forteller det var mer faste møter med leder tidligere, men at de nå kontakter henne på telefon etter behov. De tror dette skyldes at hun har for mye å gjøre til at hun kan klare å rekke over alle sentrene regelmessig. Alle sier hun er lett tilgjengelig på telefon og de får hjelp og støtte «når det er noe». To informanter sier det er lett

å ta kontakt for de som er erfarne, men det er kanskje verre for de nyansatte som ikke kjenner sin leder så godt.

Flere av de ansatte sier de har god erfaring og godt internt samarbeid slik at de løser de fleste utfordringer på egen hånd. De har lært seg til å være selvstendige og ta egne vurderinger. En informant sier hun har erfaring med stedlig leder for noen år tilbake, og fremhever det som positivt at en ansatt hadde ansvar for den daglige drift, og var den som la saker frem for overordnede.

Et mønster som fremkom var at de opplevde at de hadde et bedre aktivitetstilbud til pasientene da de var organisert under Helsevernetaten. En var ansatt av NAV og skulle utvikle et aktivitetstilbud, men da denne stillingen ble overført til de kommunale LAR-sentrene ble tilbudet gradvis avvirket. De er ikke kjent hvorfor eller hvem som besluttet dette.

Flere av informantene beskriver at de har et godt arbeidsmiljø og god trivsel ved sine arbeidsplasser. Ved noen LAR-sentre er der ansatte som er langtidssykemeldte og de har inne mange vikarer. Dette skaper utrygghet blant pasientene og de oppholder seg kortere tid ved senteret. Mange velger å vente på de kjente for å få sin medisin og det blir da flere arbeidsoppgaver på de faste. Det er heller ikke alltid det blir tatt inn vikarer, og dette medfører at de ikke får fulgt opp pasientene slik de skulle ønske. De opplever at lederen ikke alltid har forståelse for dette.

5.2 Kunnskapsutvikling i egen organisasjon

I teorien om kliniske mikrosystem (Nelson et al., 2007) legges det stor vekt på betydningen av at ansatte må ha en oppdatert kunnskap om fagfeltet for å kunne yte god helsehjelp til pasienten.

Som teoretisk grunnlag for kunnskapsutvikling har jeg valgt å bruke Argerys & Schön (1996) sin teori for enkel- og dobbelkrets læring, samt læring gjennom erfaringsbasert kunnskap (Nonaka, 1994).

5.2.1 LAR A

LAR A sier at de har stort fokus på kunnskapsutvikling. Ansatte har god erfaring og minimum 3-årig helsefaglig bakgrunn. Nyansatte får medisinkurs og opplæring i rutiner i henhold til LAR- retningslinjen (2010). De blir invitert med når Straxhuset har fagdager, men ofte er det tema som går på deres drift, og da er det ikke interessant for dem å delta. Det er få kurs innenfor rusbehandling, og det har medført at de har utviklet internundervisning og diskuterer problemstillinger for å finne gode løsninger for pasienten. Ansatte får også 2 selvstudiedager slik at de kan oppdatere seg på egen hånd ut fra eget behov. Det er lite økonomiske midler til kurs og få ressurspersoner for å holde undervisning, men som informanten sier: «de forsøker å gjøre så godt de kan». De opplevde det som positivt da spesialrådgivere fra spesialisthelsetjenesten var der en gang i uken for å ta opp problemstillinger og derigjennom oppdatere seg faglig. Nå er spesialisthelsetjenesten der bare hver 2 uke, så nå bruker de mer hverandre i kollegaveiledning og diskusjoner.

2 ansatte ved senteret fikk i år tilbud om videreutdanning fra NAV, men takket nei da det ville gå ut over pasienter og driften om de var borte i 1 år. Informanten sier det er mange hensyn som skal ivaretas i et lite og sårbart system, men presiserer at det var de ansattes eget valg.

De har nå fokus på motiverende intervju (Barth, Näsholm, & Sjøbu, 2007) som metode i pasienttilnærmingen. Dette er en anerkjent metode for å fremme endring. Behandler bruker samtaleteknikker for å gjøre pasienten i stand til å ta egne valg ved å få pasienten til å reflektere over sine handlinger. Målet er at alle ansatte ved LAR A skal ha godkjent kurs i dette i 2014.

5.2.2 LAR B-G

LAR B-G sier de har et hovedfokus på medikamentutdeling, vurdering av forsvarlighet i forhold til rusmestring og kontrolltiltak. De har stort fokus på å følge LAR-retningslinjen (2010) da det er denne som regulerer behandlingen, men det fremkom likevel fra noen at de kjenner til retningslinjen men de er usikker på hvor mye den blir brukt i det daglige arbeidet.

LAR B-G har alle sentrene minst en ansatt med lang erfaring og mange med videreutdanning innen rus og psykisk helse. Siste årene har de økt antall stillinger og det har medført at det er kommet ansatte med mindre erfaring og det har vært større behov for undervisning og

opplæring. *Et mønster som dukker opp er at det ved disse sentrene ikke er gode rutiner for opplæring av nyansatte.* Alle får et medisinkurs, men ut over det er det ikke noe fast opplæringstilbud. En ansatt har nylig gått over i en stilling i Ambulerende team. Målet er at hun skal bruke sin erfaring og kompetanse for å veilede ved alle sentrene. Hun ser på dette som et nyttig tilbud spesielt til nyansatte som er i behov av råd og veiledning i vanskelige situasjoner der pasienter ikke følger opp behandlingen.

Det blir også poengtert betydningen av å ha kunnskap om den enkelte pasient slik at man kan gjøre individuelle vurderinger og opparbeide felles holdninger. På denne måten tenker de at de kan arbeide godt som et team. Det er store utfordringer i arbeidet, og det er da viktig at man er samkjørt og trygge på hverandre.

Ansatte ønsker å kunne holde seg faglig oppdatert, og muligheter for å gå på kurs innenfor fagfeltet rus og psykiatri. De har fagdager ved Straxhuset hver 6 uke, men ofte blir disse brukt mer for å få informasjon om drift og ikke faglig utvikling. En informant sier:

«Noen er så heldige at de får dra på LAR konferansen i Oslo som avholdes hvert annet år», og en annen sier: « i år fikk jeg faktisk delta på to dagsseminar i Bergen».

Ved de fleste sentrene har de daglige rapporter. Dette oppleves som positivt da de får tid og mulighet til å diskutere situasjoner og dele erfaringer. Flere av informantene fremhever at det er viktig å bli kjent med pasientene, bygge gode relasjoner og skape tillit slik at de kan tilpasse hvordan de møter pasienten og hva de kan forvente av ham i forhold til krav om rusmestring.

Ved LAR B-G ser det ikke ut til at de har fokus på en egen modell i sin tilnærming til pasientene. Noen av informantene har imidlertid kurs i motiverende intervju, og en person gav uttrykk for at dette var noe hun ønsket.

5.3 Ansattes forståelse av pasientens mål.

Det er pasienten som mottar helsehjelpen som blir gitt av helsepersonell i det kliniske mikrosystemet (Nelson et al., 2007). Jeg har valgt å bruke begrepene *brukermedvirkning* (Starrin et al., 2007), *mestring* (Vifladt et al., 2004) og *livskvalitet* (NOU 1999:2) som mål pasientperspektivet. I denne undersøkelsen har jeg ikke innhentet informasjon direkte fra

pasienten om hans tilfredshet med tilbudet ved LAR-sentrene, men på ansattes tilbakemeldinger fra pasienter. I analysedelen vil jeg videre trekke inn resultater fra studier i Norge, men også fra internasjonal forskning for å fremme pasientens perspektiv.

5.3.1 LAR A

LAR A beskriver at de får positive tilbakemeldinger fra pasientene. Pasientene opplever at ansatte møter dem med respekt og føler seg godt ivaretatt. Det har vært tilbakemeldinger om at de ønsker en mer fleksibel åpningstid, men når de får en god forklaring på hvorfor det er tilrettelagt slik, viser pasientene forståelse for disse bestemmelsene. Noen skulle ønske de kunne få en mer fleksibel henteordning, men pasientene har signert behandlingsavtalen i LAR og har blitt informert om rammene om rusfrihet for å kunne hente medisiner bare en gang i uken.

LAR A har i tillegg til utdeling av medisiner og kontrolltiltak utviklet et godt aktivitetstilbud til de pasientene som ønsker et rehabiliteringstilbud. Etter ønske fra pasientene om å få noe meningsfullt å gjøre, fikk de utformet et dagtilbud basert på fysisk trening og arbeid. De betegner dette som treningsterapi og arbeidsterapi, og pasientene kan velge hvilke tilbud de ønsker å delta i. De må skrive en kontrakt der de forplikter seg til å delta i den perioden kontrakten gjelder. Aktivitetene stiller ulike krav til pasienten, noen er enkle som å gå en times tur, andre fysisk utfordrende som helsestudio og sykling. I 2013 hadde de en gruppe som meldte seg på sykkelløpet Bergen-Voss. Der var et godt engasjement, og selv om det var bare en som klarte å gjennomføre hele løpet var gleden og selvfølelsen stor med å kunne delta. De vil følge opp i 2014 dersom pasientene ønsker å delta, i tillegg har det kommet forslag om å gå på Galdhøpiggen.

I arbeidsterapien har de fått oppdrag fra det lokale næringsliv og gjennom Bergen kommune. Det er mye ryddejobber og de har bygget en gapahuk i et turområde. Denne ser de blir mye brukt av barnefamilier, og pasientene uttrykker glede over at de har bidratt med noe positivt i lokalsamfunnet. De rydder skog i nærområder, og får positiv tilbakemelding fra folk som går forbi, og det blir også fremhevet i lokalavisen de arbeidsoppgavene som de utfører.

Rusmiddelavhengige er vant med å bli sett ned på, og det er en nye og god følelse å se at de får anerkjennelse for det de gjør. Det å gjøre noe meningsfullt er med på å øke mestringsfølelsen og ønske om å kunne gjøre noe mer ut av livet sitt.

Den andre gruppen som ikke mestrer å delta i aktivitetene, opplevde i starten at nå ble det er A-lag og et B-lag, og omtalte seg selv som «boss-narkomane». Ansatte brukte tid på å snakke med pasientene om at alle har like stor verdi som mennesker, og at de er velkommen til å delta når de er klar for det. Ansatte opplevde at diskusjonene etter hvert avtok, og det ble mer tid til de gode og rolige samtale der det var fokus på de små endringer og ha en best mulig livskvalitet.

For pasienter som mottar buprenorphine smeltetabletter tar dette 10-15 minutter før de er oppløst, og i denne tiden er det viktig at det skapes en positiv samtale. Det viser seg ofte at samtaler bærer preg av misnøye, og det er av betydning at ansatte har kunnskap i motiverende intervju (Barth et al., 2007) og kan bruke dette for å få til endring fra et negativt fokus til en positiv tenkning. Informanten beskriver videre at alle pasienter har en kontaktperson der de har forsøkt å bygge gode relasjoner, som følger opp samtaler, hjelper med praktiske gjøremål og deltar i ansvarsgruppen.

Informanten presiserer at de ser det som viktig at de de gjør er meningsfullt og at det gir en mestringsfølelse. Pasienter i Stabiliseringsgruppen har noe å strekke seg mot, når de ser resultatene fra pasientene i Rehabiliteringsgruppen.

5.3.2 LAR B-G

LAR B-G beskriver at de har som hovedoppgave å administrere medikament og gjennomføre kontrolltiltak i henhold til LAR retningslinjen (2010). Men de fremhever at støttesamtalene er av stor betydning for pasientene. En informant fremhever:

« ...og noe med å ikke være så fordømmende selv om de har gått i en «sprekk» etter å ha klart seg godt lenge. Det er noe med å være positiv. Hvis vi klarer å heller gi dem ros og oppmuntring når de gjør noe bra.... det har veldig mye så si hvordan vi snakker med dem, ja»

Det er pasienten selv som bestemmer om de ønsker en samtale og hva de vil ta opp. Noen har alltid noe på hjertet, mens andre vil ha sin medisin og gå. Ansatte gir støttesamtaler til pasienten og er behjelpelig med råd og veiledning. Ofte trenger de en som kan hjelpe dem

med å ta telefoner for å ordne opp i praktiske ting. For mange er det vanskelig å ta kontakt med offentlige kontorer, og det er ikke alltid NAV kontakten er tilgjengelig.

En annen sier med et smil:

«ja og vi har mye større frihet til å tråkke over i andres arbeidsfelt, fordi vi er her og vi kan jo egentlig prøve å hjelpe til med det meste»

De har mange samtaler der rusmestring er et tema, og er rettet mot at pasienten skal få en bedre livskvalitet ut fra den livssituasjon han er i. Flere av sentrene har valgt at ansatte er kontaktpersoner for noen pasienter, og de opplever at pasientene henvender seg til kontaktpersonen når det er noe ekstra. De kan også være med i ansvarsgruppemøte om pasienten ønsker det.

Alle informantene beskriver at de tidligere hadde aktivitetstilbud til pasientene. De hadde da turgrupper, kunne gå på kino eller bowling, de hadde male-grupper på sentrene og noen kunne bli med å bake. Ansatte opplevde at mange pasienter så frem til disse aktivitetene for å ha noe positivt å fylle dagen med. Da tilbudet ble avviklet var det en del som etterspurte det, *«men nå spør de ikke lenger»*. Informantene sier at etter at sentrene har fått så mange pasienter har de ikke ressurser til å kunne utføre slike arbeidsoppgaver. Oppgavene er nå mer rettet mot å hjelpe pasientene i det daglige og følge opp pasienter med dårlig rusmestring. De prøver å kontakte pasienter som ikke kommer og kjøre hjem medisiner til dem som er syke og ikke klarer å møte.

Alle sentrene har åpen stue og tilbud om frokost. De fremhever betydningen av måltid, da det er grunnleggende for god helse. Stuen er også en sosial arena, der ansatte er tilstede og bidrar til dagligdags samtaler og diskusjoner som ikke dreier seg om rusmidler. De ser betydning av samtalene for å integrere pasienten inn i et rusfritt liv. Pasienter som har levd i mange år med fokus på å tjene nok penger til rusmidler for å holde seg frisk, har ofte mistet evnen til å forholde seg til dagligdagse problemstillinger og gleder.

Flere av informantene fremhever at det burde være et eget tilbud til dem som ønsker aktiviteter og som har rusfrihet som målsetning. Det er ikke bra at alle er på ett sted da det kan medføre fristelser å se at noen er ruset. Har pasienten en «dårlig dag» er det lett å takke ja når det tilbys rett utenfor døren.

5.4 Ansattes opplevelse av samhandling

Samhandling og informasjonsutveksling er det som binder alle ledd sammen i det kliniske mikrosystemet (Nelson et al., 2007) og er sentralt for et velfungerende behandlingsforløp. Samhandlingsreformen (2009) påpeker også at pasientens behov for koordinerte tjenester ikke bevares godt nok. Kommunen har størst fokus på pasientens mestring og funksjonsevne og spesialisthelsetjenesten ser behandlingen ut fra et medisinsk perspektiv der målet er helbredelse. I Samhandlingsreformen vises det til behov for bedre ressursutnyttelse mellom de ulike instanser som yter helsehjelp til pasienten.

Alle informantene gir uttrykk for at samhandlingen er god mellom de fleste samarbeidspartnere. Det som begrenser samhandling er tilgjengelighet. Alle informantene fortalte at det er vanskelig å oppnå kontakt med fastlegene, noen verre enn andre, men beskriver dette er et kjent fenomen. Det kan også være vanskelig å få kontakt med rett spesialrådgiver i spesialisthelsetjenesten når det oppstår en vanskelig situasjon. Dette var lettere tidligere når de var til stede på det kommunale LAR senteret en dag pr uke. Samtidig har pasientene blitt flyttet fra det senteret de tilhører geografisk til andre sentre grunnet manglende kapasitet der de tilhører, noe som vanskeliggjør kontinuitet i behandlingen. De opplever at pasienten følger best opp behandlingen når utdelingen er i nærheten av der pasienten bor.

Andre samarbeidspartnere som NAV- sosialtjeneste, bo-oppfølging og andre kommunale tiltak, samt apotek beskriver de som lettere tilgjengelige.

Det som skiller seg ut mellom LAR A og LAR B-G går på informasjonsutveksling av pasientopplysninger, og jeg vil følgende beskrive ulikhetene.

5.4.1 LAR A

LAR A får sine pasienter i hovedsak fra det lokale NAV kontoret. Siden de er organisert i samme system har de også mulighet til å få informasjon fra NAV sitt datasystem. Utveksling av informasjon er regulert i Helsepersonelloven (1999) og Pasient og brukerrettighetsloven (1999), og det skal kun utleveres dersom pasienten gir samtykke til dette. LAR A har løst dette ved et eget samtykkeskjema som pasienten skriver under på når han begynner i LAR og har utdeling ved LAR A. Informanten beskriver at det er av stor betydning at de kjenner

pasientens historie for å kunne ivareta ham på best mulig måte. Noen pasienter har vokst opp i en rusfamilie eller bodd i fosterhjem og barnehjem, noen har vært utsatt for overgrep, mens andre har hatt en vanlig oppvekst og gjennomført skole og vært i arbeid. Noen har psykiske vansker, andre har somatiske sykdommer som helsepersonell bør kjenne til. Som informanten sier trenger de ikke en detaljert beskrivelse, men noe som forteller hvem de møter og hvilke hensyn de skal ta imøte med denne pasienten. Trenger han tilrettelegging på noen måte grunnet angstproblematikk, eller er det somatiske sykdommer eksempelvis diabetes der anfall kan bli vurdert som at pasienten er ruset? Dette er eksempel på informasjon LAR- senteret bør kjenne til.

Informanten beskriver når de får pasienter fra andre bydeler, følger det ingen informasjon med og de har bare den informasjonen som pasienten selv forteller etter hvert som de blir kjent med ham. Dette medfører at det tar lenger tid før de kommer i gang med å jobbe med rehabilitering og møte de behovene som pasienten har.

5.4.1 LAR B-G

Ved LAR B-G mottas det ikke informasjon om pasienten når han har fått plass ved LAR-senteret. De får informasjon om hvilke medikament og kontrolltiltak han skal ha, «that´s it» som den ene informanten beskrev og ristet på hodet. Hun forteller at dette ble tatt opp med en LAR overlege i spesialisthelsetjenesten for noen år siden, og han mente da at et utdelingssted ikke trengte noe informasjon om pasienten, men at de skulle forholde seg til det som står i behandlingsavtalen: «*det kan utveksles informasjon om forhold som har med rusmestring og forsvarlighet å gjøre*». Informanten sier videre at informasjon går stort sett fra dem til spesialisthelsetjenesten og det hjelper dem lite for å bli kjent med pasienten. De har også opplevd å bli møtt med at spesialisthelsetjenesten har taushetsplikt “*så dette kan de ikke informere om*”, selv om informasjonen gjelder om hvor pasienten befinner seg da han ikke har møtt for å hente medisiner. De er bekymret for pasienten som ikke møter til avtale, og mener at slik informasjon bør være tilgjengelig også for dem.

En annen informant sier at det også *kan* være positivt at de ikke kjenner pasientens historie da de møter alle på en positiv måte uten å vite noe om hva de har bak seg i livet. Noen kan ha en bakgrunn med vold og kriminalitet og dette skal ikke prege måten de møter pasienten på.

Samtidig sier hun at er uforsvarlig at de ikke får opplyst om pasienten har kroniske sykdommer som diabetes eller epilepsi da de kan få anfall når de er på senteret og de må vite hvilke tiltak de må sette inn. Flere sier som ved LAR A at dersom de hadde hatt noe informasjon om pasienten kunne de møtt ham på ham bedre måte.

Når det gjelder den generelle samhandling med ulike instanser har en av informantene inntrykk av at det er mer avhengig av personlighet og engasjement enn av den funksjonen samarbeidspartneren har. Det gjelder både fra NAV, fastleger og andre instanser. Det beskrives at det er ikke alle som har positive holdninger til rusmiddelavhengige og til LAR, og det kan påvirke måten de blir møtt på.

5.5 Oppsummering av funn

Jeg vil oppsummere dette kapitlet med å knytte funnene til forskningsspørsmålene.

Informasjonen har jeg sammenfattet på følgende måte:

- **Har organisering og ledelse betydning for pasientens rusmestring og livskvalitet?**

De fremkommer at de opplever det som viktig å ha god kunnskap om nasjonale retningslinjer og lovverk i arbeidet slik at pasientene får den helsehjelp de har krav på basert på forskning. De ser behovet for stedlig ledelse, både for å fremme saker overfor overordnet ledelse og for å ivareta de faglige utfordringer ved LAR-senteret. Når man ser på positive arbeidsmiljøfaktorer er de best ivaretatt der det er leder på senteret. Dette er organisatoriske faktorer som indirekte kan virke inn på pasientens helsetilbud og dermed hans rusmestring og livskvalitet.

- **Hvordan påvirker ansattes kunnskap og erfaring inn på pasientens behandling?**

Ansatte har et ønske om faglig oppdatering. De ser behovet for god opplæring i medikamenthåndtering, men også for å ha god kunnskap i å vurdere pasientens fysiske og psykiske behov. Flere opplevde de hadde nytte av veiledning for å kunne håndtere ulike

situasjoner. Motiverende intervju ble fremhevet som en god metode i samtale med pasientene. Mange har lang erfaring med ruspasienter og brukte sin erfaring både i opplæring av nye medarbeidere og i diskusjoner under rapporten. Deres holdninger og kunnskap blir sentral for å motivere pasienten til bedre rusmestring, og gjennom dette gi den økt livskvalitet.

- **Hva opplever pasientene som betydningsfullt for å endre sin livssituasjon?**

Pasientene opplever det som positivt å bli møtt med respekt, bli trodd på og de trenger noen som forstår hvilke problem de står overfor i det daglige med å holde seg rusfri, takle angst og påvirkning fra miljøet. Det blir også fremhevet betydningen av å kunne bestemme over sin egen situasjon og ha meningsfulle aktiviteter som gir dagene et innhold.

- **Hvilken betydning har informasjonsutveksling og samhandling for pasientens behandlingsforløp?**

Ansatte opplever de har for lite informasjon om pasientens bakgrunn, fysiske og psykiske helse for å kunne yte den helsehjelp pasienten har krav på. De ser på kunnskap om pasienten som nødvendig for å motivere og forstå hva pasienten har behov for. Det er også viktig å dele erfaringer med andre samarbeidspartnere slik at alle jobber mot samme mål i arbeidet for å øke pasientens rusmestring og livskvalitet. I tillegg ser de at det er betydningsfullt for pasienten å ha differensiert tilbud på utdelingssted ut fra pasientens rusmestring, og at dette er tilknyttet der pasienten bor.

Det er disse rammene som danner grunnlag for drøftingen av min problemstilling:

«Hvordan opplever ansatte ved LAR-sentrene at deres arbeid bidrar til bedret rusmestring og økt livskvalitet for pasientene i LAR, og er det forhold ved organiseringen som påvirker til en positiv utvikling.»

6.0 Hvilken «forskjell» gjør LAR-sentrene for pasienten?

Jeg vil i dette kapittelet se på LAR-senteret som et klinisk mikrosystem og drøfte hvordan ulike faktorer kan virke inn på pasientens rusmestring og livskvalitet, og hvilken «forskjell» ulike tilnærminger kan gi for pasienten.

Jeg vil ta utgangspunkt i kategoriene som er beskrevet i pkt. 3.0; *organisering og ledelse, ansattperspektivet, pasientperspektivet, og samhandling og informasjonsutveksling*. For å oppnå høy kvalitet i helsetjenester må man se på helheten i behandlingstilbudet og utnytte tilgjengelig kompetansen på ulike nivå i organisasjonen. Dette er essensen i teorien om kliniske mikrosystem. Denne grunntanken finner vi fra flere andre teoribidrag innenfor organisasjonsfaget, f.eks. i læringsteorier der det hevdes at helhetstenkning er en forutsetning for organisatorisk læring (Argyris & Schön, 1996; Senge, 1999).

Som modellen for kliniske mikrosystem viser er det glidende overganger mellom de ulike kategoriene, og det vil også drøftingen bære preg av.

I kap.7 vil jeg presentere modeller for LAR A og LAR B-G slik det fremkommer av de funn jeg har gjort. Disse modellene danner grunnlag til et forslag om hvordan man kan organisere et LAR-senter for å få et best mulig tilbud til pasienter i substitusjonsbehandling.

6.1 Organisering, ledelse og arbeidsmiljø.

Kategorien organisering, ledelse og arbeidsmiljø peker på det overordnede perspektiv ved LAR-sentrene. Med det mener jeg at bruk av faglige retningslinjer, tilgjengelighet av ledelse på ulike nivå og fokus på et godt arbeidsmiljø vil være sentralt for å utvikle ansatte til å yte god helsehjelp.

D' Aunno (2006) har studert betydningen av organisasjon og ledelse i rusbehandling. Han konkluderer med at rusavhengighet har en kompleksitet der det behøves en helhetlig tenkning som ivaretar fysiske, psykiske og sosiale forhold i pasientens liv, og for å få til dette trengs det god organisering og en ledelse som ivaretar disse forholdene. Denne helhetstenkningen er også forankret i en rapport fra helsedirektoratet (Ruud, 2011) der han beskriver hvordan samhandling mellom de ulike nivå i organisasjonen og på tvers av hjelpetiltak er nødvendig

for å utvikle et tilbud til pasienter med psykisk lidelse og rusproblemer. Denne tenkningen støttes også internasjonalt av WHO (2009).

Jeg har valgt å samle organisering, ledelse og arbeidsmiljø i ett tema da det er sentrale begrep som danner grunnlag for det kliniske mikrosystem. Min antakelse er at dette er faktorer som vil påvirke den helsetjenesten som utøves, og jeg vil se på aktuelle trekk ved de ulike sentrene og drøfte hvordan dette kan medvirke til en bedret rusmestring og økt livskvalitet for pasienten.

En svakhet i undersøkelsen i forhold til dette temaet er at informantene ikke representerer samme nivå i organisasjonen. Ved LAR A har informanten rolle som både ansatt og leder, mens ved LAR B-G er ikke ledernivået representert.

6.1.1 Organisasjonen

Hvordan virker organisasjonsstrukturen inn på den direkte pasientbehandlingen? Dette er et overordnet spørsmål i teorien basert på kliniske mikrosystem (Nelson et al., 2007).

Helse- og omsorgsdepartementet legger føringer for hvilke tilbud som skal prioriteres i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Organisasjonsstrukturen i politiske system er bygget opp etter en hierarkisk modell. Dette gjør det egnet til å implementere retningslinjer gjennom etablerte politiske strukturer i helseforetak og kommuner. Som jeg har beskrevet i pkt. 3.1.1 der jeg refererer til Strand (2007), er kommuner eksempel på byråkrati som er velegnet til å iverksette og følge opp rutiner.

Utviklingen av LAR-retningslinjen har blitt gjennomført av ulike faggrupper og brukerorganisasjoner for å ivareta lovgivning, forskning og brukerperspektivet. Her har Helse- og omsorgsdepartementet satt sammen en tverrfaglig gruppe for å utvikle en retningslinje som ivaretar ulike perspektiv i behandlingen. En slik gruppeorganisering vektlegger et tverrfaglig samarbeid og har fokus på det faglige innholdet. I følge Strand (ibid.) brukes gruppeorganisering ofte i prosjekter inne i en større organisasjon.

Når rammene er lagt er det lokale politikere og fagpersonell som skal implementere og utvikle et tjenestetilbud tilpasset de lokale forholdene. Dette har Bergen kommune ivaretatt gjennom «Ruspolitisk Strategi- og handlingsplan» (2011-2016). Her er det beskrevet at utdeling og

kontrolltiltak skal utføres ved kommunale LAR-senter, og forsvarlighetsvurdering skal ivaretas gjennom samtale og klinisk observasjon (jfr. 2.3.2). Så langt er det et hierarki og den byråkratiske modell som er gjeldende.

Det som fremkommer av ulikheter ved de organisatoriske modellene er i mellomledersjiktet ved LAR A og LAR B-G, og jeg vil i de neste avsnittene beskrive den virkning dette kan ha i forhold til hvor beslutninger tas.

LAR A

Det er NAV som representerer mellomledersjiktet i denne enheten. Informanten beskriver jevnlig møter der det fremlegges saker og det blir tatt beslutninger på dette nivået i organisasjonen. De er organisert på en slik måte at det er kort avstand fra pasienten til dem som kan ta beslutninger. I rapporten «Kvalitet og kompetanse» (Ruud, 2011) beskrives ansvarsområder for de ulike nivå i helsetjenesten, og det påpekes at Helsedirektoratets anbefalinger og retningslinjer blir fulgt opp i kommunen.

Fra LAR A beskriver informanten at da de er et prosjekt stilles det krav til at resultat blir lagt frem for ledere i NAV. Det er denne dokumentasjonen som ligger til grunn for at det bevilges ressurser til videre arbeid. En slik organisering er i følge Strand (2007) eksempel på byråkrati. Det man gjør må dokumenteres og begrunnes. NAV er kontrollinstansen som fører tilsyn med om de overordnede retningslinjer og anbefalinger er fulgt. Informanten gir videre uttrykk for at det er en god dialog med overordnet ledelse, og viser til at det er rom for fleksibilitet når det foreligger en god begrunnelse for tiltak som iverksettes. Dette viser at det åpner opp for en organisering som Strand (ibid.) definerer som gruppeorganisasjon der det er rom for å prøve ut nye tiltak for å forbedre pasientens situasjon. En slik åpenhet og dialog i overordnet nivå, er med på å fremme brukermedvirkning og utvikle et tilbud som øker pasienttilfredsheten (Ruud, 2011).

I det kliniske mikrosystem fremstår LAR A i hovedsak som en gruppeorganisasjon, der det er rom for at ansatte, brukere og ledere står sammen om å utvikle og ivareta et behandlingstilbud som fremmer rusmestring og økt livskvalitet for pasienten. Overordnet ledelse i NAV gir frihet til å teste ut nye tiltak, og forventer av gruppen at de skal vise til forventede resultat.

Ved LAR A har denne form for organisering gitt meningsfulle tiltak for pasientene, og ansatte gir tilbakemelding om god trivsel der de har varierte oppgaver. Slik det beskrives, gir denne organisasjonsstrukturen et positivt resultat.

LAR B-G

Ved LAR B-G opplever de at de legger saker frem for sin leder som bringer dette videre i Bergen kommune. Slik organiseringen er presentert er det flere nivå fra Byrådsavdelingen, «Etat for sosial, bolig og områdesatsing», til «Etat for psykisk helse og rustjenester», videre til Straxhuset og til slutt leder for LAR-sentrene som er leder i de kliniske mikrosystem (*Straxhusets rapport*, 2008). Her ser vi et hierarki og et byråkrati der det kan være vanskelig å komme gjennom med sine henvendelser (Strand, 2007). En hypotese er at dette kan være årsaken til at det er vanskelig for leder å få gjennomslag for sine saker i ett tungt og byråkratisk system. Det fremkommer ikke hvorfor Bergen kommune ikke gir tilbakemeldinger på henvendelser eller bidrar til å utvikle LAR-sentrene i henhold til «Ruspolitisk handlingsplan» (2011-2016) der rehabilitering og støtte tiltak i hverdagen er et viktig tema. Som det fremkommer av Strand (2007) kan det være like vanskelig å formidle beslutninger gjennom nivåene fra politisk ledelse til ansatte, som det er å fremme ønsker og forslag fra ansatte til nivået der beslutninger tas.

6.1.2 Ledelse

Ser vi på hvordan ledelsesstrukturen er ved LAR A og LAR B-G finner vi tydeligere forskjeller.

LAR A

Ved LAR A beskrives det en organisering knyttet til NAV. Som leder ved dette senteret har hun utviklet et stort fokus på rehabilitering ut fra ønsker fra pasienten. Her har senteret utviklet et tilbud fra et “nedenfra-og-opp” perspektiv der pasientene har kommet med ideene og stedlig leder har fremmet dette for sin leder i NAV. Dette er i tråd med etablert tenkning

slik f. eks. Starrin (2007) viser til. Som informanten sier har NAV et stort fokus på rehabilitering i behandlingen i LAR, og hennes leder er positiv til å prøve ut nye forslag og ideer. Hun viser i LAR A sitt handlingsdokument (Evaluerings- og metodedokument 2013/14) til et intervju med legene Dole og Nyswander i 1994 der de sier:

”Metadon er en medisin mot den fysiologiske opiatavhengigheten ... Metadon forandrer ikke personligheten, men legger et fysiologisk grunnlag for rehabilitering.” Videre sa Dole: ”Metadon alene endrer lite i et ellers kaotisk liv. Vi har aldri sagt at metadon gir utdannelse til en mann som falt tidlig ut av skolen. Eller verdighet til en person som ikke har selvspekt. Eller et sosialt nettverk til en som har mistet det. Slike problemer må behandles med andre metoder».

Med bakgrunn i dette perspektivet har senteret lagt stor vekt på rehabilitering i behandlingen og har utviklet et *differensiert behandlingstilbud* ut fra pasientens ønsker og behov. Å iverksette nye tiltak krever en leder som har fokus på utvikling og vekst og et ønske om å få til en forbedring for pasienten. Samtidig må lederen ha evne til å få ansatte med på de ekstra utfordringene som dette medfører og være tilgjengelig i de situasjonene der det er behov for støtte. Denne form for ledelse beskriver Yukl som situasjonsbestemt ledelse (Yukl, 2013). Disse elementene er også sentrale i modellen «krav-kontroll-sosial støtte» (Hackman & Oldham, 1980), som jeg beskriver i pkt 3.1.2. Her må lederen være tilstedeværende og bistå ansatte i arbeidet for å fremme vekst og utvikling. Informanten fokuserer på begrepet glede, trivsel og anerkjennelse i arbeidet, noe som er sentrale motivasjonsfaktorer i arbeidet.

LAR A har en integratorfunksjon som finnes i gruppeorganisasjoner, jfr pkt 3.1.2 (Strand 2007). Denne ledelsesformen tar utgangspunkt i lagbygging og å integrere alle i planlegging og utforming. Van de Ven (1986) beskriver dette som innovasjonsledelse. Tenkningen har blitt mer aktualisert også i offentlige organisasjoner og kunnskapssenteret har oversatt og gitt ut en veileder for innovativ ledelse der man også anbefaler denne ledelsesformen i offentlige organisasjoner (Konsmo, 2009).

LAR B-G

Ved LAR B-G har det vært flere omorganiseringer de siste årene, og en hypotese kan være at omstillinger er årsak til at man ikke har klart å videreutvikle tilbudet ved disse sentrene.

Informantene viser til at rehabiliteringstiltak slik det er beskrevet i «Ruspolitisk Strategi- og handlingsplan» (2011-2016), og at det har blitt en reduksjon i tilbudet. Flere antyder at lederne har fremmet forslag om forbedring oppover i organisasjonen, men ikke fått forståelse om økte ressurser for å få til en endring.

Leder har ansvar for 6 senter med ulik geografisk beliggenhet. Det kan derfor være vanskelig å følge opp det enkelte senter slik det er organisert. Som leder er det en større utfordring å lede flere enheter der det er fysisk avstand mellom sentrene. Dette er kanskje noe av grunnen til at de ansatte forteller at de har stor selvråderett og tar kontakt etter behov. En måte å se dette på er at når det ikke er stedlig ledelse som griper tak i de situasjonene som oppstår, gjør ansatte sine valg som ikke nødvendigvis stemmer overens med overordnede føringer.

Organisasjonsformer der ansatte styrer virksomheten i kraft av sitt faglige engasjement er ekspertorganisasjoner som er beskrevet i pkt. 3.1.2, og det er i særlig grad ansatte med høyere utdanning og benevnes som fagkyndig (Strand, 2007). Dette er ikke representativt for et LAR-senter, og det er vanskelig å finne en forklaring på den ledelsesform som er valgt.

Ser vi på Situasjonsbestemt ledelse (Yukl, 2013), er det ulike situasjoner som legger premisser for ledelse, og det er uavhengig av hvor leder er plassert. Selv om en leder er geografisk plassert ved Straxhuset, må hun hele tiden forholde seg til ulike situasjoner på alle LAR-sentrene. Det kan være en stor utfordring å fange opp situasjoner som krever korrigerende, etablere gode faglige arbeidsmiljø, og motivere til å opprettholde etablerte rehabiliteringstiltak når det er mange sentre og relativt store avstander mellom de ulike enhetene som hun skal lede.

6.1.3 Arbeidsmiljø

Et godt arbeidsmiljø er et grunnelement for å få en organisasjon til å fungere optimalt. Til dette kreves god ledelse som er tilstede, og som samtidig gir frihet til å utvikle engasjement og kreativitet (Einarsen et al., 2000).

«Ansatte skal ta ansvar for sitt eget arbeid, og være stolte av det de gjør, det er dette som viser resultater, når de får frihet til å utvikle behandlingstilbudet. Det er det som er nøkkelen til microsystemet» mener overlege Jørgen Tholstrup (*Introduksjon til kliniske mikrosystemer*, 2008).

Medvirkning er en sentral faktor for å utvikle og forbedre forhold på arbeidsplassen. Hvordan ansatte definerer et godt arbeidsmiljø og hvordan ledelsen ser på dette kan være ulikt. Ved LAR-sentrene fremkommer det ulikheter om hvordan dette begrepet blir forstått, og som jeg nå skal gripe fatt i.

LAR A

Ved LAR A er det nære relasjoner mellom ansatte og leder. Leder deltar i det daglige arbeidet samtidig som hun har lederoppgaver. Det er hun som iverksetter planer og tiltak, og er drivkraften i systemet. Det som kan by på utfordringer i en slik modell er at ansatte kan bli avhengig av stedlig ledelse og dermed kan man bli passiv i jobben dersom man overlater initiativ til ledelsen. I henhold til «krav-kontroll-støtte modellen» (Hackman & Oldham, 1980) som jeg viser til i pkt. 3.1.2 ser det imidlertid ut til at de har funnet en balanse mellom høye krav, medbestemmelse og kunnskapsutvikling der leder er tilgjengelig som veileder. Selv om leder er drivkraften tar hun med ansatte og pasienter for å få ideer og planlegge hvordan tilbudet skal utformes. I tillegg er hun aktiv i arbeidet og er med å motivere underveis, slik at ansatte blir trygge i arbeidet selv om det stilles høye krav.

Ut fra «krav-kontroll-støtte modellen» (ibid.), vil dette LAR senteret score høyt på motivasjonsfaktorene der ansatte formidler at arbeidet er *varierte*, det er *betydningsfullt* for pasientene og for samfunnet, de får *tilbakemeldinger* fra leder, og de er *involvert* i oppbygging av driften (Einarsen et al., 2000). For pasientene ved LAR A vil dette arbeidsmiljøet bære preg av *trygghet* og oppfølging uavhengig i hvor de står i behandlingsforløpet. Det bærer preg av glede og motivasjon, noe som man kan anta overføres til pasientene. Pasientene gir tilbakemelding om at det er et godt sted å være og at de blir møtt på en god måte. De opplever å kunne være ærlige uten at det medfører sanksjoner, men at de må ta konsekvenser av at de har rust seg og får da ikke delta i enkelte aktiviteter. De blir

forklart at forsvarligheten i behandlingen må prioriteres før aktiviteter, og en god forklaring blir akseptert.

LAR B-G

Ved LAR B-G har de *ikke stedlig ledelse* som følger opp i det daglige arbeidet. Ansatte må være mer selvstendige, og det kreves en høy grad av engasjement for å opprettholde og utvikle behandlingstilbudet. De beskriver at leder kan nås på telefon når det oppstår vanskelige situasjoner, men det er ingen leder som motiverer i det daglige arbeidet.

Denne formen for ledelse kan ha ulike utfall. Dersom motivasjonsfaktorene er tilstede; *variasjon og ferdigheter, oppgavedentitet, oppgavens betydning, autonomi og tilbakemelding* kan det føre til vekst og trygghet i arbeidssituasjonen (Einarsen et al., 2000). Slik det fremlegges fra informantene har ikke selvstendigheten ført til vekst ved LAR-senteret. Pasientene har fått redusert aktivitetstilbudet, uten at ansatte kan si noe om hvorfor det har blitt slik. Det beskrives også liten tillit til politisk ledelse når de ikke får tilbakemeldinger på henvendelser om at de ser et behov for et bedre og differensiert tilbud til pasientene. En slik avstand til ledelse kan få en negativ utvikling i motivasjonen for å vedlikeholde og bygge opp aktivitets- og rehabiliteringstilbud.

Noen sentre har hatt stor turnover der ansatte har sluttet og er langtids-sykmeldte. Ved disse sentrene er det nye ansatte, noe som øker behovet for opplæring og veiledning. Slik det fremkommer, er det lite systematisk opplæring, veiledning og oppfølging fra leder. Dette er faktorer som skaper ustabilitet i personalgruppen og kan føre til mistriivsel dersom det ikke blir ivare tatt av leder.

Ansatte sier generelt at de trives godt ved sentrene, og opplever at de har et positivt og godt arbeidsmiljø. En forklaringsmodell kan være når leder ikke er tilstede og stiller krav om at tiltak skal gjennomføres, fører dette til passivitet i arbeidet men mer sosialt samhold.

Pasienter i LAR B-G tilbakemelding også at de trives ved sentrene, og de blir møtt på en god måte av ansatte. Ut fra informantenes tilbakemelding bærer det likevel preg av at pasientene har mindre tilknytning til sentrene enn før. Mange tar sin medisin og går, uten å benytte seg av de hjelpetilbud som er ved senteret, mens andre har senteret som sin sosiale arena. Der

pasientene bruker LAR-senteret og de ressursene som er der, kan det begrunnes i stabilitet og tilgjengelighet i personalgruppen og på denne måten kan arbeidsmiljøet ha innvirkning på pasientens rusmestring og livskvalitet ut fra hvem han møter og hvordan han blir ivaretatt. Gjersing (2011) har i sin forskning sett på betydningen av ansattes holdninger i møte med pasienten, og det fremkommer at når pasienter blir møtt med respekt og gode holdninger kan dette ha en positiv innvirkning. Det konkluderes der med at det trengs mer forskning på dette temaet.

6.2 Ansattperspektivet

I kategorien som fokuserer på ansattperspektivet er kunnskapsutvikling, samhandling og hvordan arbeidsmiljøet påvirker ansattes holdninger og handlinger sentralt. Modellen for kliniske mikrosystem (pkt. 3.1) viser at disse faktorene henger sammen, men jeg vil her fokusere på kunnskapsutvikling ved LAR-sentrene da modellen vektlegger dette under ansattperspektivet.

Denne delen av det kliniske mikrosystemet handler om hvordan ansatte får utvidet sin kompetanse for å motivere pasienten til bedret rusmestring og gjennomføre tiltak som øker pasientens livskvalitet. Jeg har i pkt. 3.1.2 presenterer teoriene for læring i organisasjoner utviklet av Argyris & Schön (1996) og Nonaka (1994) som ser på hvordan erfaringsbasert kunnskap formidles. Jeg vil i hovedsak bruke disse teoriene som teoretisk bakgrunn når jeg ser på hvordan ansatte utvikler kunnskap.

LAR A

LAR A beskriver at de er søkende etter kunnskap. De har fokus på å kunne rutiner omkring forsvarlig medikamenthåndtering. Det å sikre at rutiner blir fulgt vil i teorien betegnes som enkelkretslæring (Argyris & Schön, 1996). Ansatte får kurs i medikamenthåndtering ved ansettelse, og sikrer dermed at rutiner blir fulgt og forsvarligheten ivaretas. Pasientsikkerheten ved utlevering ivaretas og dette er et krav i henhold til nasjonale føringer (Helsedirektoratet, 2013; St.meld.nr. 30, 2011-2012).

Ansatte har 3-årig helsefaglig utdanning, men ikke videreutdanning. Leder ved senteret bruker tid på å undervise og veilede, og ansatte får mulighet til å ta ut 2 studiedager i året og utnytter fagdager og kurs for å heve nivået. De vurderer nye tiltak og har som mål for det kommende året at alle skal få kurs i samtaleteknikken Motiverende intervju (Barth et al., 2007) for å styrke sine ferdigheter i samtale med pasientene. Det å utvikle ansatte som «verktøy» anses som betydningsfullt fra flere hold (Ruud, 2011; Vifladt et al., 2004).

Ved LAR A bruker de tilbakemelding fra pasientene og egne erfaringer i evalueringsarbeidet, for så å utvikle og forbedre tiltakene. I modellen til Argyris & Schön (1996) er denne formen for læring betegnet som dobbeltekretslæring. Det å evaluere og forbedre tiltak gir utvikling i organisasjonen, og er en forutsetning for å bli karakterisert som en *lærende organisasjon* (Senge, 1999).

Dette senteret har kontroll på opplæring i rutiner og høyt fokus på kunnskapsutvikling. De ser på hvordan de kan lære av det de gjør, og på denne måte utvikle virksomheten. Da de er en relativt ny-oppstartet enhet har de lite erfaringskunnskap (Nonaka, 1994), men de forsøker å utnytte de mulighetene de har for å utvikle kunnskap og søker veiledning fra spesialisthelsetjenesten i enkeltsaker.

Å utvikle læring på denne måten krever en leder som fokuserer på kunnskapsutvikling og utvikler gode læringsarenaer i organisasjonen (Wadel, 1997). Wadel bygger på teorien til Argyris & Schön som hevder at ansatte skal «lære å lære». Han bruker begrepet *pedagogisk ledelse* for å utvikle ansatte til å bruke det de lærer på en selvstendig og kreativ måte, og sier at for å lykkes i dette arbeidet er det viktig å skape gode relasjoner gjennom dialog og fremme positive arbeidsmiljøfaktorer (Einarsen, 2007).

LAR B-G

Informantene ved disse LAR-sentrene har en lik fremstilling av hvordan kunnskap formidles og hvilke utviklingsmuligheter som gis i Bergen kommune.

Det som vektlegges er *lovpålagt opplæring* i medikamenthåndtering slik at disse rutinene blir fulgt opp på en forsvarlig måte. Det er jevnlig kurs på dette ved Straxhuset, på samme måte

som ved LAR A. På den måten blir også pasientsikkerheten ivaretatt og opplæringen er kvalitetssikret (Helsedirektoratet, 2013; St.meld.nr. 30, 2011-2012).

De fremhever at det på fagdager har vært størst fokus på opplæring i rutiner og mindre på å utvikle kunnskap om fagfeltet. Som ved LAR A er det høyt fokus på å følge sentrale rutiner. Denne form som Argyris & Schön (1996) betegner som enkelkretslæring er nødvendig for å utføre konkrete arbeidsprosesser, men er ikke utviklende for en organisasjon. Wadel (1997) ser på motpolen til pedagogisk ledelse som administrativ ledelse. Han hevder det er behov for begge egenskapene for å utvikle og vedlikeholde en organisasjon. Ved LAR B-G er det fra ledelsens side vektlagt størst fokus på administrative oppgaver som sikrer at rutiner blir fulgt opp, og det blir dermed vanskeligere å utvikle en lærende organisasjon der dobbelkretslæring pågår.

En styrke ved LAR B-G er at de har erfarne ansatte med god formell kompetanse og videreutdanning. De forteller at de bruker sin kunnskap og erfaring i det daglige arbeidet, og for å lære opp nyansatte og videreutvikle kunnskapen internt. I følge Nonaka (1994) er dette en viktig form for kunnskapsutvikling. Den tause kunnskapen formidles ved observasjon eller dialog mellom ansatte og blir etter hvert implisitt kunnskap og danner grunnlag for enhetens verdier. Denne måten å formidle kunnskap på beveger seg i en spiral ut fra den prosessen man er i. Nonaka (ibid) bruker også begrepet redundans for en form for kunnskapsutvikling. Dette er når spenninger og kreativt kaos åpner opp for refleksjon og diskusjoner. Slik informantene beskriver deres arbeidshverdag, oppstår det ofte uforutsigbare situasjoner. Her kommer erfaringer og kunnskap om pasienten til nytte for å løse utfordringer på en god måte både for pasienten og de ansatte. De kan ofte stå overfor pasienter som er ruset og truende, og de formidler at de da er godt å ha ulike erfaringer å bygge på.

LAR B-G har sin styrke i erfaringsbasert kunnskap og hvordan denne formidles, i tillegg er det stort fokus på at rutiner følges og de formidler stor trygghet i sin arbeidssituasjon.

6.3 Pasientperspektivet

Pasienten er den sentrale personen i det kliniske mikrosystemet. For å kunne gi god helsehjelp må pasienten bidra med kunnskap om seg selv og den gruppen han representerer. (Nelson et al., 2007).

Som jeg har vist til i pkt 3.1.4 og pkt. 5.3 har valgt å bruke begrepene *brukermedvirkning* (Starrin et al., 2007), *mestring* (Vifladt et al., 2004) og *livskvalitet* (NOU 1999:2) som teoretisk grunnlag i diskusjonen om hvilken betydning pasientperspektivet har i behandlingen.

6.3.1 Brukermedvirkning

LAR A

Brukermedvirkning er høyt prioritert ved LAR A. De har etter pasientenes ønske utarbeidet et rehabiliteringstilbud slik at dagene får et *meningsfullt* innhold. Tiltak som bygger på fysisk aktivitet og arbeidstrening viser å ha god effekt i rusbehandling (Kunnskapssenteret, 2012). Det var pasienter med rusfrihet som målsetning som ønsket noe å gjøre, og de valgte derfor å tilby et differensiert tilbud med fokus på rehabilitering til denne gruppen, og sosiale tiltak for pasienter i stabiliseringsgruppen.

Denne inndelingen førte til at pasienter i stabiliseringsgruppen så på seg selv som et «B-lag og boss-narkomane», og at de ikke var gode nok. Ansatte brukte da tid på å gi pasientene i denne gruppen støttesamtaler og en forklaring om at de på dette tidspunkt ikke er i stand til å delta i rehabiliteringsgruppen, men at de på et senere tidspunkt har mulighet til å mestre dette. På denne måten blir det åpnet opp for at pasientene har en *medvirkning* til å endre sin livssituasjon slik det fremkommer i Vifladt og Hopen (Vifladt et al., 2004) sin definisjon av empowerment:

«å utløse handlinger som styrker folks egne krefter og motvirker forhold som kan føre til passivitet og uheldig avhengighet».

Forskning viser at det er uklart om støttesamtaler har en direkte effekt på pasientens rusmestring, men det å bli møtt med respekt og empati øker pasientens syn på seg selv og dermed hans livskvalitet. Det er vanskelig å måle slike forhold, men ut fra tilbakemelding fra brukere anbefales å være en del av tilbudet som er i LAR (Kunnskapssenterer, 2012; Ravndal, 2004; WHO, 2009).

LAR B-G

Ved LAR B-G er det ikke lagt til rette for aktiviteter etter pasientens ønsker. De har tidligere hatt et tilbud, og noen av pasientene har uttrykt at de har savnet dette. Det tilbudet de nå har er et måltid, hjelp til enkelte gjøremål og samtaler med ansatte. De kan selv velge om de vil benytte seg av tilbudene, og også om hva de ønsker å snakke om. Som forskning viser (ibid.) er det uklart om strukturerte samtaler har en bedre effekt enn støttesamtaler, men man anser det som betydningsfullt å imøtekomme pasienten behov for samtale i det daglige. Mange rusmisbrukere er ensomme, har vonde minner fra barndom og oppvekst eller fra tiden i aktiv rus -og det er vanskelig å finne en mening i hverdagen. De opplever ikke en reell mulighet til å *medvirke* i egen behandling da de opplever strenge rammer i forhold til daglig oppmøte for å ta medisiner under tilsyn, og overvåket urinprøver. Pasienter sier det oppleves som krenkende og nedverdiggende at ansatte ikke stoler på dem og det bidrar ikke til å øke selvtillit eller mestringsfølelse. Dette er tilbakemeldinger fra sentrene, og som er sammenfallende med nasjonal og internasjonal forskning (Brekke, 2010; Deborah Olszewski, 2012).

6.3.2 Mestring

LAR A

Informanten beskrev betydningen av å spise frokost sammen før aktiviteter slik at pasientene var fysisk i stand til å gjennomføre trening eller jobb. I tillegg ble det lagt til rette for arbeidstøy for dem som ikke hadde råd til å kjøpe dette selv. Dette var enkle grep som satte pasienten i stand til å delta, og gjennom dette øke sin mestringsfølelse. Pasientene økte sine prestasjoner, fikk anerkjennelse fra ansatte og nærmiljø, de engasjerte seg og fikk nye utfordringer og ansvar.

Pasientene beskriver stor tilfredshet med å være aktive og ser at de får det til. Selvfølelsen er lav hos mange rusmisbrukere og det tar tid å bygge opp troen på seg selv og forstå at man kan bidra til noe positivt (Kunnskapssenteret, 2012).

Blant pasientene i skadereduksjonsgruppen var ikke opplevelsen av mestring et tema de ønsket å fremheve. De opplevde heller et nederlag da de ikke hadde nok motivasjon eller grad av rusmestring til å kunne delta i aktiviteter og arbeidstrening. Ansatte opplevde etter en tid at

dette endret seg, og at de kunne ha andre mål som bidro til mestring. Det å stå opp og hente medisiner daglig, og opplevelsen av å ha et bedre liv ble tema det ble fokusert på. Det å «møte pasienten der han er» i behandlingsforløpet kan bidra til å gi pasienten en opplevelse av mestring i hverdagen og sette i gang en endringsprosess (Ruud, 2011; Vifladt et al., 2004).

LAR B-G

Ved LAR B-G kommer pasienter med ulike målsetninger på samme senter, og det er ikke lagt til rette for differensiert åpningstid. Hovedfokus på disse sentrene er, slik jeg oppfattet det, er å ivareta pasienter med skadereduksjon som målsetning. Pasientene opplever det som positivt å få støttesamtaler med ansatte, og for mange er det den eneste muligheten de har til å snakke med rusfrie personer. Resultat av forskning viser at man antar at sosial støtte har en effekt, men evidensgrunnlaget er for svakt til at man kan trekke sikre konklusjoner (Brekke, 2010).

Pasienter i kategorien skadereduksjon får god oppfølging ved LAR B-G, og det settes av tid til støttesamtaler og oppfølging i ansvarsgruppen. Målet er å styrke pasientens opplevelse av egenverdi, og motivere til endring for bedre rusmestring. Dette støttes som tidligere nevnt av flere forfattere, blant annet av Brekke (2010), Ruud (2011) og Vifladt (2004).

6.3.3 Livskvalitet

LAR A

Rehabiliteringsgruppen tilbakemeldte til de ansatte at de var stolt av seg selv fordi de klarte å gjennomføre de mål de hadde satt seg, og at de fikk positiv oppmerksomhet i lokalaviser og fra folk som gikk forbi. Mange har ikke erfaring med å være i arbeid eller gjøre noe for samfunnet, og har aldri kjent på denne følelsen av stolthet. Deres erfaringer bærer preg av negativ oppmerksomhet fra nærmiljøet ut fra den livsførsel de har vist.

Livskvalitet kan som jeg har beskrevet i pkt. 3.1.4 forstås som en subjektiv opplevelse av positive og negative sider ved eget liv (NOU 1999:2). Pasientene i rehabiliteringsgruppen tilbakemeldte at de opplevde å ha en verdi i samfunnet og dette styrket deres opplevelse av

livskvalitet. Antonovsky har (i Viflat et.al, 2004.s13) beskrevet at for å nå målet må pasienten ha en opplevelse av *sammenheng*. Pasienten må *forstå* hensikten med at rehabilitering er betydningsfullt i LAR. Det må være *håndterbart*, med det menes at pasienten må ha nok ressurser til å takle de utfordringene som han møter både fysisk og psykisk, og ikke minst må han oppleve det som *meningsfullt*.

I tillegg trekker WHO (jfr. Pkt. 3.1.4) frem det medisinske perspektivet for hvordan opplevelsen av den fysiske helsen påvirker opplevelsen av livskvalitet. For pasienter i stabiliseringsgruppen er opplevelsen av *sykdom* så stor at de ser seg ikke i stand til å møte de *fysiske, psykiske og sosiale* utfordringene som er for rehabiliteringsgruppen. I den situasjonen de er nå har de ikke ressurser til aktivitet, og er i behov av støtte fra ansatte for å mestre hverdagen.

LAR B-G

For skadereduksjonsgruppen i LAR A og for pasienter i LAR B-G er det en tilnærmet lik opplevelse av hvordan de opplever sin livssituasjon.

Forskning viser at det oppstår en endring i livskvalitet med å være i LAR-behandling. Selv om pasientene opplever strenge rammer i forhold til henteordning og kontrolltiltak slipper de «stresset og jaget» etter å skaffe penger til rusmidler (Deborah Olszewski, 2012; Reitinger, 2009; Treloar, 2007). For mange har også dette ført til lange fengselsopphold, og kontakt med rusfritt nettverk og familie har blitt nærmest avsluttet. I tillegg er det dokumentert en bedre helse både psykisk og somatisk (Brekke, 2010; Skeie, 2012).

Pasienter i denne gruppen har ikke alltid forståelsen av å se *sammenhengen* i behandlingen, og ansatte må gradvis tilnærme seg pasienten for å øke pasientens trygghet og medvirkning. For denne gruppen er målet å *bygge opp tillit*, få pasienten til å se deres *mestringsevne* og *mening* i hverdagen, og gjennom dette medvirke til en økt *livskvalitet* for pasienten (Starrin et al., 2007). Dette er oppgaver som ansatte ved LAR B-G fremla som en av deres viktige funksjoner.

6.4 Samhandling og informasjon

Det er ingen uenighet fra informantene om at det er nødvendig med godt samarbeid, og at man må unngå fragmenterte tjenester.

Her står samfunnet overfor noen utfordringer som gjelder teknologiske løsninger og informasjonssikkerhet (Samhandlingsreformen, 2009). Dette vil jeg konstatere, men ikke gå inn på i drøftingen da det går på teknologiske utfordringer. Temaet har likevel stor betydning for samhandling og informasjonsutveksling.

Jeg vil vektlegge hvordan informasjonsutvekslingen er mellom LAR-sentrene og samarbeidspartnere, og hvordan dette påvirker behandlingsforløpet til pasienten. Jeg vil knytte mine funn til de 3 utfordringer som er beskrevet i Samhandlingsreformen (ibid.) og som jeg har redegjort for i pkt. 3.1.5.

«Utfordring 1: Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok-fragmenterte tjenester».

«Utfordring 2: Tjenesten preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom».

«Utfordring 3: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne».

LAR A

LAR A har tilgjengelig pasientinformasjon fra NAV da de er knyttet opp mot deres datasystem. De har løst utfordringen vedrørende taushetsplikt med å få et skriftlig samtykke fra pasienten om å kunne innhente informasjon fra NAV. Ansatte er også med på ansvarsgruppemøter etter ønske fra pasienten, og på denne måten samtykker pasienten til at de er kjent med pasientens behandlingsforløp. LAR A har klart å imøtekomme *utfordring 1* i Samhandlingsreformen (2009) for de pasientene som er tilknyttet deres NAV kontor. Personopplysninger brukes med varsomhet i henhold til taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999) og i den hensikt å gi pasienten det best tilgjengelige behandlingstilbud. Kunnskap om pasientene viser seg å ha betydning for å tilpasse tilbudet til den enkeltes behandlingsforløp og medvirke til økt rusmestring og bedret livskvalitet.

De har også iverksatt tiltak som knyttes til *utfordring 2* ved å iverksette tiltak rettet mot rusmestring, fysisk aktivitet og arbeidstiltak. Dette er forebyggende tiltak i forhold til å bedre fysisk helse, økt mestringsfølelse som bedrer psykisk helse og fokus på støttesamtaler for å bedre rusmestring (Brekke, 2010; Skeie, 2012).

Utfordring 3 er å tilpasse tilbudet ut fra demografisk utvikling og hvordan utviklingen av opiatavhengighet endrer seg. Dette er i hovedsak et overordnet perspektiv, men LAR-sentrene må tilpasse seg pasientenes behov i forhold til hvor de bor og hvilke oppfølging de trenger. LAR A utviklet et differensiert tilbud ut fra de utfordringene de stod overfor med flere pasienter med ulike behov. Pasienter med ønske om rehabilitering fikk tilpasset et tilbud ut fra sin rusmestring og ønske om å få en bedret livskvalitet. De som ikke klarte å delta på aktiviteter fikk likevel et bedret tilbud der deres behandling ble tilpasset det mestringsnivået de nå var i stand til å ta del i.

Denne differensieringen kom også som et resultat av at de fikk flere nye pasienter og de så det ble behov for å tilpasse LAR-senteret til flere brukere.

LAR B-G

Ved LAR B-G har de ikke samme mulighet til å innhente informasjon om pasienten via datasystem og gjennom dette imøtekomme pasientens behov for tilpassede tjenester. Informantene kjenner til at denne problemstillingen har blitt drøftet med spesialisthelsetjenesten som har det overordnede ansvaret for behandlingen i LAR, men det har ikke vært noen endring på dette siden de startet opp i LAR i 2002. Det var en diskusjon i 2011 med LAR Helse-Bergen, uten at de fikk forståelse for deres behov om bedre kunnskap om pasientens bakgrunn, og fysisk og psykisk helse.

Utfordring 1 (Samhandlingsreformen, 2009) med fokus på å inkludere LAR-sentrene i behandlingen er ikke gjennomdrøftet, og dermed ikke tatt stilling til av spesialisthelsetjenesten. Informantene sier de prøver å hjelpe pasientene ut fra de opplysningene pasienten selv har gitt. Dette stemmer ikke alltid med de opplysningene som ligger hos NAV eller spesialisthelsetjenesten, men det er dette kan forholde seg til. I verste fall kan de føre til at de motarbeider avtaler som er laget i IP, Individuell plan (2010). LAR-

sentrene skal gi informasjon vedrørende pasientens rusmestring til ansvarsgruppen, men de får lite tilbakemeldinger på de tiltak de iverksetter.

Når det gjelder *utfordring 2* har LAR B-G som hovedfunksjon å ha utdeling og kontrolltiltak. Å få behandling i LAR er i seg selv er en del av å begrense og forebygge sykdom (Skeie, 2012). De hjelper pasienten i en her-og-nå situasjon og har støttesamtaler i forhold til rusmestring. Dette kan gi stabilisering og hindre tilbakefall. Pasienten kan få tilsyn i forhold til somatisk helse og de har fokus på ernæring der pasienter daglig får et næringsrikt måltid. Ved disse sentrene har de ikke lenger ressurser til aktivitet som bidrar til ytterligere rehabiliteringstiltak som bidrar til å begrense sykdom.

Å tilpasse tilbudet ut fra demografisk utvikling, *utfordring 3*, ser ikke ut til å være et fokus ved LAR B-G. Når det ikke er kapasitet til å ta inn nye pasienter ved det senteret som er nærmest, få han et tilbud ved ett annet senter selv om dette ikke er et godt tilbud ut fra pasientens geografiske tilhørighet. Pasienter får utdeling på apotek, selv om de ikke er stabilt rusfrie slik det er beskrevet i LAR-retningslinjen (2010). Disse LAR-sentrene har ikke utviklet et differensiert tilbud ut fra pasientens rusmestring. Det beskrives av både ansatte og pasienter at de synes det er uheldig at alle kommer til samme tid og sted, da det ofte kan føre til at noen lettere begynner å ruse seg.

Grunnlag for konklusjon av mine funn

Slik det kan se ut til er det LAR A som har flest egenskaper som fremmer økt rusmestring og livskvalitet for pasienter i LAR, og jeg vil vise dette gjennom modellen jeg vil presentere i kap.7. Drøftingen som jeg har gjennomgått i dette kapittelet danner grunnlag for konklusjonene og forslag til en modell for hvordan det vil være hensiktsmessig å organisere et LAR-senter. Denne vil jeg presentere i kap.8.

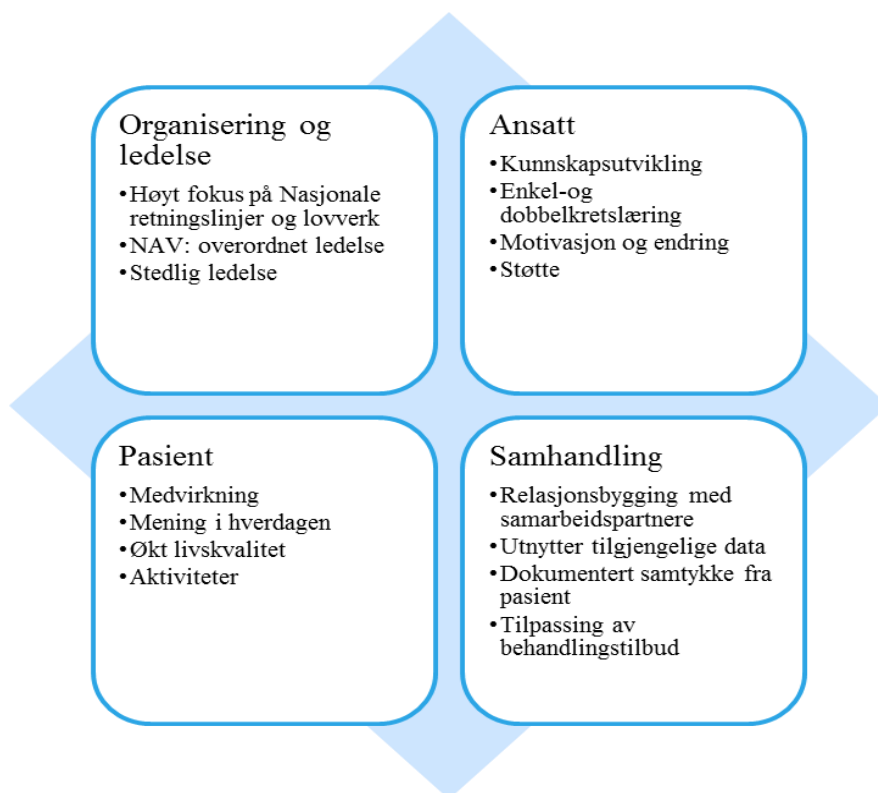
7.0 LAR-senter presentert som klinisk mikrosystem.

Jeg vil følgende forsøke å plassere de funn jeg har gjort inn i modellen for kliniske mikrosystem. Jeg vil benytte de 4 kategoriene jeg har presentert i pkt. 3.0, *organisering og ledelse, ansattperspektivet, pasientperspektivet, informasjon og samhandling* for å systematisere modellen. Denne formen bygger som tidligere beskrevet på Nelson (2007) sin fremstilling av kliniske mikrosystem der begrepene *purpose, patient, professionals, processes and patterns* danner grunnlag for modellen (pkt. 3.1).

Modellen har et grunnleggende felt som illustrerer at delene henger sammen og viser som Senge (1999) påpeker at helheten er mer enn summen av delene. Det kliniske mikrosystem er avhengig av alle perspektiv og samhandling internt og eksternt er sentralt for å kunne gi et optimalt behandlingstilbud.

7.1 LAR A som klinisk mikrosystem

Modell for LAR A med utgangspunkt i det kliniske mikrosystem:



Organisasjon og ledelse.

Faktorer som karakteriserer LAR A i henhold til organisering og ledelse er at de har et høyt fokus på Nasjonale retningslinjer som styringsdokument (LAR Retningslinjen, 2010), og de er bevisst på lovgivning og retningslinjer som regulerer virksomheten (Helsedirektoratet, 2013). I tillegg har de utviklet et eget dokument «LAR Arna – Arna Aktiv Evaluerings- og metodedokument 2013/14» for egen enhet.

De har valgt en ledelsesform der leder er aktiv i arbeidet samtidig som hun har personalansvar (Einarsen et al., 2000). Dette gir et positiv signal overfor ansatte og pasienter der hun ser betydningen av det arbeidet som blir utført samtidig som hun har en nærhet til overordnet ledelse (Konsmo, 2009; Strand, 2007).

Ansattperspektivet.

Lederrollen får betydning for å ivareta ansattperspektivet og være en støtte for ansatte som skal fylle de krav som settes for god behandling (Einarsen et al., 2000). For å utvikle ansatte som verktøy, har leder fokusert på betydningen av kunnskapsutvikling der ansatte er trygge i rutiner og har god fagkunnskap som de formidler til pasientene (Argyris & Schön, 1996). Ved hjelp av strukturerte samtaler som motiverende intervju har de fått kunnskap om hvordan de kan bidra til å motivere til bedre rusmestring og fokusere på pasientens livskvalitet. Ansattes kunnskap bidrar til at kravet om pasientsikkerhet i helsetjenesten er ivaretatt (Strateginotat, 2004; Ruud, 2011).

Pasientperspektivet.

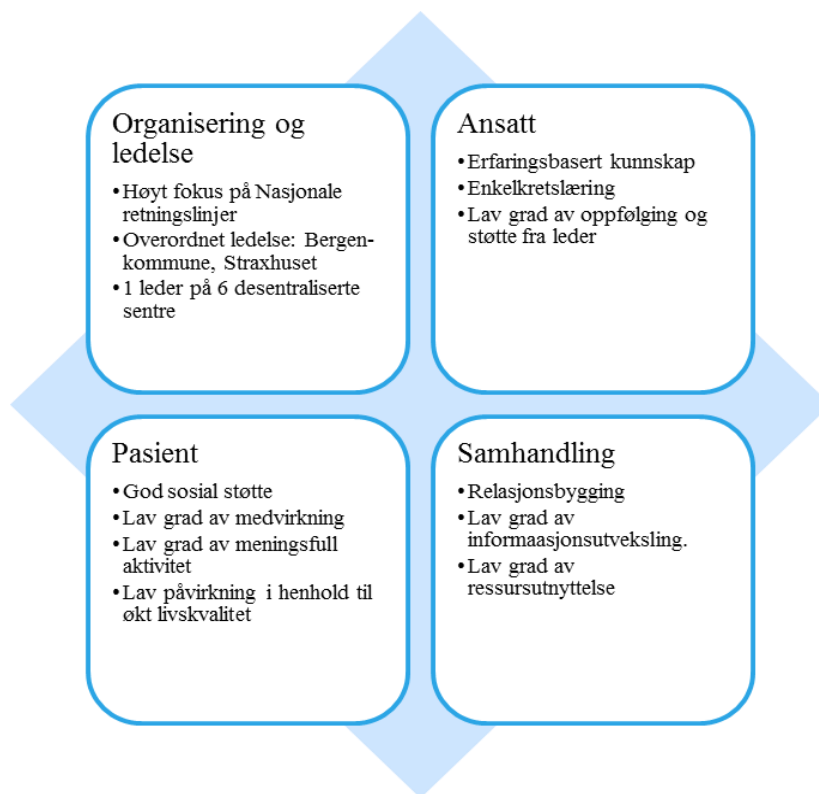
I styringsdokument (LAR Arna-Arna aktiv 2013/14) og LAR Retningslinjen (2010) er brukermedvirkning beskrevet som en sentral faktor for å lykkes i arbeidet. Ved LAR A har leder tilrettelagt for at pasientene har fått delta i planleggingen av aktivitetstilbud, noe som de tilbakemelder har hatt betydning for at det de gjør gir mening og øker deres livskvalitet. Leder har vært sentral for å få utviklet et tilbud i tråd med pasienten ønsker, både med sine holdninger om å gi pasienten medvirkning og å fremme dette overfor overordnet ledelse slik at det er mulig å iverksette tiltak (Starrin et al., 2007).

Samhandling og informasjon.

Å utvikle gode samarbeidsformer med nære samarbeidspartnere er nødvendig for å nå pasientens målsetning. Pasienter i LAR har komplekse problemstillinger der ulike aktører er involvert (Ruud, 2011). Dette gjelder NAV sosialtjeneste, NAV stat vedrørende bolig, rehabilitering og økonomiske forhold. Mange har psykiske og somatiske problemstillinger og noen har kontakt med kriminalomsorgen. Dette er komplekse forhold der det kreves god samhandling og informasjonsutveksling for å ivareta pasienten. Viktige perspektiv er å ha tilstrekkelig informasjon og å ivareta taushetsplikt og etiske hensyn (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Dette har LAR A løst ved å utvikle gode relasjoner til samarbeidspartnere og få samtykke fra pasienten der de har tilgang til nødvendige opplysninger (Samhandlingsreformen, 2009; Strateginotat, 2004). De har utviklet et tilbud som bidrar til å begrense og forebygge sykdom, og de har tilpasset tilbudet ut fra de demografiske forhold slik jeg beskriver i pkt. 3.1.5 og 5.4.1.

7.2 LAR B-G som klinisk mikrosystem.

Modell for LAR B-G som et klinisk mikrosystem:



Organisering og ledelse

LAR B-G er organisert i et hierarkisk system i Bergen kommune. Ut fra mine funn kan det se ut som om det er vanskelig å få gjennomslag i dette systemet. De har valgt en ledelsesform der nærmeste leder har ansvar for 6 LAR-senter i ulike bydeler og har forholdsvis lite kontakt med ansatte og pasienter på LAR-sentrene. Det blir dermed vanskelig å få formidlet ønsker og behov til det nivået som tar beslutninger (Strand, 2007). Driften styres av nasjonale retningslinjer og kravet om forsvarlig utdeling av LAR-medikament fra helsedirektoratet og kommune er ivarettatt.

Ansattperspektivet.

Ansatte har sin styrke i erfaringsbasert kunnskap (Nonaka, 1994). Dette brukes i det daglige ved rapporter og opplæring av nyansatte. Fra overordnet nivå har de gjennomført en organisert opplæring i rutiner for medikamenthåndtering og om nasjonale retningslinjer. Leder er ikke tilstede for å vurdere hvilke behov som er ved det enkelte LAR-senter eller hos den enkelte ansatte. Ansatte bruker mye tid på sosial støtte der pasienten selv styrer samtalen. Mange har videreutdanning og lang erfaring, men der er ikke stedlig ledelse som har fokus på hvordan kunnskap kan videreutvikles ved det enkelte LAR-senter (Argyris & Schön, 1996). Aktiviteter har blitt avsluttet av ulike årsaker, og det har ikke blitt drøftet om hvordan de kan iverksette det på nytt.

Pasientperspektivet.

Ansatte formidler at mange pasienter setter pris på å få snakke om sine daglige problemer med ansatte, og få råd og hjelp til hvordan de kan håndtere dette (Gjersing, 2011). Siden ansatte i liten grad har kjennskap til pasientens øvrige behandling, blir støttesamtalene ikke et målrettet tiltak. Det har vært et ønske om å være en del av ansvarsgruppen til pasienten, men dette har ikke blitt satt i system av ledelse og har vært vanskelig å gjennomføre. Pasienten har ikke en mulighet til medvirkning i det tilbudet som gis ved LAR-senteret da hovedfokuset er utdeling av medisiner og kontrolltiltak. Pasientene opplever i liten grad at de har et tilbud ved LAR-senteret som gir mening og øker deres totale livskvalitet.

Samhandling og informasjon

Informantene opplever at de har god dialog med samarbeidspartnere, men med bakgrunn i at pasienten ikke har samtykket til informasjonsutveksling, blir det i hovedsak informasjon til ansvarsgruppen om forhold som gjelder pasientens rusmestring slik det er regulert i avtalen mellom utdelingsstedet og ansvarsgruppen. De har dermed ikke kjennskap til pasientens målsetning og kan bidra til motivering mot å nå behandlingsmål (Samhandlingsreformen, 2009). Dette har blitt fremmet overfor ledelse, men det har ikke kommet noen tilbakemelding. Manglende informasjon om pasienten bidrar til at LAR-sentrene ikke kan utnytte sine ressurser optimalt. Ansatte har 3-årig helsefaglig utdanning og har god kjennskap til pasientenes daglige utfordringer. Dette er ressurser som kunne vært utnyttet på en bedre måte for å øke pasientens rusmestring og livskvalitet.

8.0 Konklusjoner og forslag til organisering av LAR-senter

Jeg har valgt en forskningsmodell der jeg til en viss grad har sammenlignet de ulike sentre, med det formål å få svar på min problemstilling:

«Hvordan opplever ansatte ved LAR-sentrene at deres arbeid bidrar til bedret rusmestring og økt livskvalitet for pasientene i LAR, og er det forhold ved organiseringen som påvirker til en positiv utvikling.»

Jeg stilte med følgende forskningsspørsmål som jeg vil gi svar på. I pkt. 5.5 har jeg oppsummert de funn jeg har gjort under hvert av spørsmålene, og jeg vil følgende knytte dette til teori og tidligere forskning som støtter mine funn.

Har organisering og ledelse betydning for pasientens rusmestring og livskvalitet?

Nasjonal retningslinje (LAR Retningslinjen, 2010) legger til grunn nasjonal- og internasjonal forskning for å bygge opp et forskningsbasert tilbud ut fra den kunnskap vi har i dag om opiatavhengighet. I tillegg vil lover og forskrifter som omhandler pasientsikkerhet og rettigheter bidra til å utforme virksomheten. Eksempel på dette er (Helsepersonelloven, 1999; Pasient og brukerrettighetsloven, 1999; *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*, 2004). Dette er det overordnede perspektivet.

Videre vil ledelse være av stor betydning for hvordan man klarer å implementere retningslinjene. Her vil ledelse på alle nivå være sentrale da man er avhengige av samarbeid og utnytte ressurser for å få optimal bruk av økonomiske og menneskelige ressurser. Dette ser vi spesielt gode resultat av fra LAR A, og som Samhandlingsreformen (2009) ser på ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. For å utvikle god kvalitet i helsetjenesten må dette bygge på nasjonale føringer slik at alle får et tilnærmet likt tilbud (Ruud, 2011). Det er mange krav fra ulike nivå og fra brukerorganisasjoner som skal ivaretas. Slik det fremkommer fra min forskning blir stedlig ledelse fremhevet som viktig for å utvikle et tilbud for pasientene ved LAR-sentrene. Det kreves en leder som kan fange opp utfordringer og fremme ønsker og behov overfor overordnede. Innovativ ledelse (Konsmo, 2009; Van de Ven, 1986; Yukl 2013) er en form for ledelse som fyller denne rollen. I tillegg må leder ha stort fokus på å utvikle et

godt arbeidsmiljø der motivasjonsfaktorer blir en viktig faktor for å utvikle en god organisasjonskultur (Einarsen et al., 2000; Kaufmann & Kaufmann, 2009). Stedlig ledelse vil ut fra mine funn ha en fremtredende rolle i det kliniske mikrosystem for å utvikle og fremme samhandling.

Hvordan påvirker ansattes kunnskap og erfaring inn på pasientens behandling?

Overordnede retningslinjer og ledelse er nødvendig for å utvikle ansatte som gode «verktøy». Det er ansatte ved LAR-sentrene som møter pasienten med behov for sammensatte og koordinerte tjenester og blir derfor en sentral del av pasientens behandling. Her møter de pasienten på «gode og dårlige dager» og kan identifisere ulike behov som pasienten står overfor. Dette krever at ansatte har god kunnskap om pasienten, om fagfeltet rus og psykisk helse og om holdninger i møte med en sårbar gruppe som ruspasienter er. Det er også viktig at de har kunnskap om ulike hjelpetiltak som finnes i kommunen og ved NAV kontorene (Ruud, 2011).

For å vise hvordan kunnskap utvikler seg i en organisasjon har jeg i pkt. 3.1.2 vist til enkelkrets og dobbelkretslæring (Argyris & Schön, 1996). Det er nødvendig å kvalitetssikre at rutiner bli gjennomført ved enkelkretslæring og at man kan videreutvikle tilbudet gjennom refleksjon ved dobbelkretslæring. Videre er den erfaringsbaserte kunnskap (Nonaka, 1994) betydningsfull for å øke kunnskapen om pasienten og hvilke tiltak som viser seg å ha effekt i ulike situasjoner (pkt. 6.2).

I følge Wadel (1997) vil pedagogisk ledelse være en modell som kan benyttes for å utvikle ansatte til å «lære å lære», og å ta i bruk ny kunnskap. Der ansatte er med i prosessene vil man få trygge og stabile ansatte som trives i sitt arbeid og som bidrar til å fremme pasientens livskvalitet (NOU 1999:2).

Hva opplever pasientene som betydningsfullt for å endre sin livssituasjon?

Å utvikle et LAR-senter som fremmer brukermedvirkning krever ansatte som respekterer pasienten, har gode holdninger og kan motivere til endring i pasientens rusmestring. Ansatte ved LAR A har valgt å bruke MI (Motiverende intervju) som metode. Denne samtaleteknikken bidrar til at pasienten må reflektere over sin egen situasjon og medvirke i egen behandling. Pasienter opplever liten mulighet til medvirkning i egen behandling i utdelingssituasjonen, men ved å reflektere sammen med pasienten omkring hans situasjon og hva som må til for å få til en endring, vil pasienten ha en reell mulighet til å påvirke behandlingen og egen mestring (Starrin et al., 2007).

Slik det fremkommer ønsker pasienten å ha et innhold i hverdagen ut fra den livssituasjon han er i og at ansatte er med å tilrettelegge for at dette skal være en mulighet. Det å kunne gjennomføre en planlagt aktivitet bidrar til å styrke mestringsfølelsen. Dette kan være aktiviteter som trening eller arbeid som ved rehabiliteringsgruppen ved LAR A, eller det kan også knyttes til å følge opp samtaler ved LAR senteret, delta ved måltider og gjennomføre enkle avtaler (Starrin et al., 2007; Vifladt et al., 2004). Igjen er det ansattes holdninger og kunnskap som bidrar til å styrke pasientens egen-oppfatning for å utvikle hans mestringsfølelse og derigjennom hans livskvalitet.

Hvilken betydning har informasjonsutveksling og samhandling for pasientens behandlingsforløp?

Samhandling og informasjonsutveksling internt og eksternt er betydningsfullt for å unngå fragmenterte tjenester; *utfordring 1*, i Samhandlingsreformen (2009) og Ruud (2011) beskriver at det er behov for koordinerte tjenester for pasienter i LAR slik at pasienten kan «settes i stand» til å ivareta sin egen situasjon. I dette arbeidet er Individuell Plan (2010) et godt redskap der aktuelle aktører er kjent med pasientens målsetning. LAR B-G hadde ikke kjennskap til pasientens IP eller målsetning. Slik det fremkommer i pkt. 6.2 er det nødvendig med informasjon for å gi et tilpasset og målrettet tilbud ved LAR-sentrene.

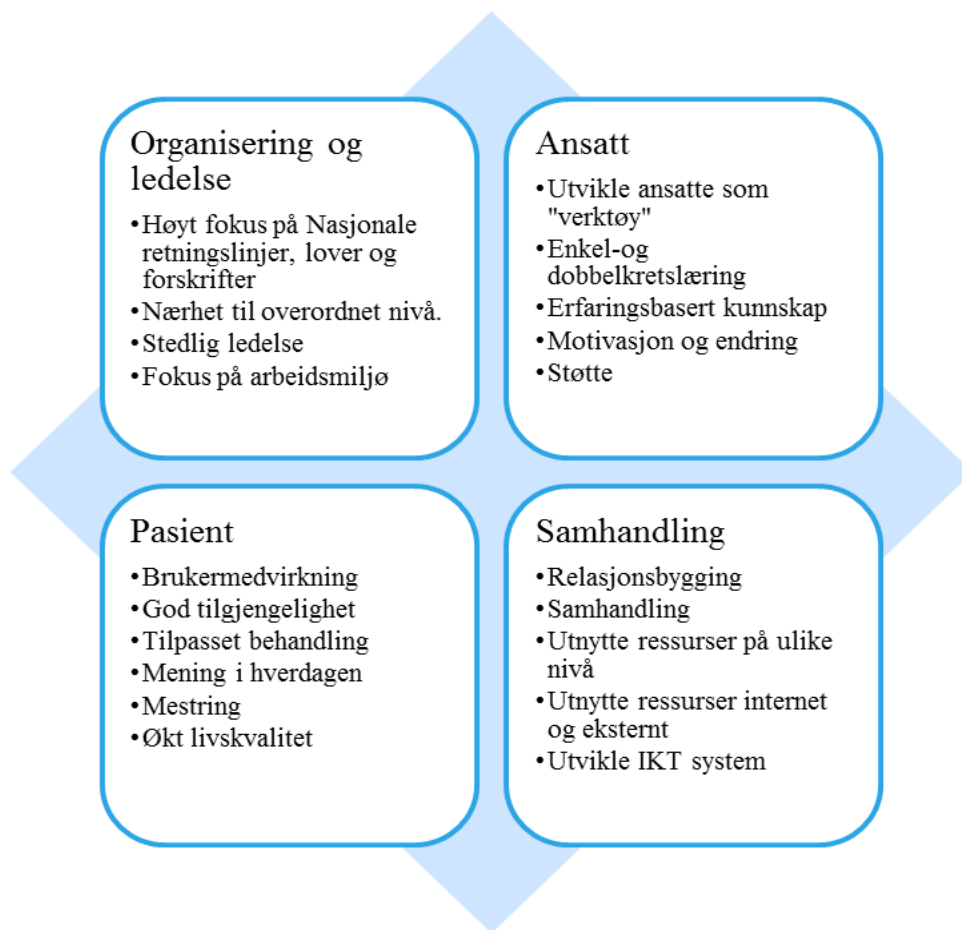
For å forebygge og begrense sykdom slik det er beskrevet i *utfordring 2* i Samhandlingsreformen (2009) vil LAR-senteret være en sterk bidragsyter i å motivere og gi økt kunnskap til pasienten omkring fysisk og psykisk helse, og tilrettelegge for tiltak som bedrer dette. Eksempel på dette er et daglig næringsrikt måltid, tilsyn ved somatisk forhold og hjelp til å oppsøke lege, og bidra til økt mestringsevne som beskrevet i pkt. 3.1.4 og 6.3. Dersom LAR-sentrene skal medvirke for å nå denne overordnede målsetningen er det nødvendig å ha informasjon om pasienten.

LAR- senteret vil også kunne si noe om behovet for hvilke tjenester som bør utvikles i lokalområdet ut fra den pasientgruppen de har (pkt.3.5 og 6.4). Dette er nyttig informasjon til politikere som skal bygge opp og utvikle et tilpasset helsetilbud til pasienter i LAR. Ved at overordnet ledelse har gitt frihet til å utvikle et tilpasset tilbud, har LAR A klart å utvikle et differensiert tilbud som øker pasientens livskvalitet.

8.1 Det «perfekte» LAR-senter

Svarene på forskningsspørsmålene har ledet meg til å utvikle en modell for det «perfekte» LAR-senter for Bergen kommune. Modellen kan også benyttes for andre lignende behandlingstilbud da rammer bygger på teorien om kliniske mikrosystem (Nelson, 2007) og ikke av de lokale forhold i Bergen kommune. Jeg viser til teori i kap.3 om *organisering, læring, teoretiske begrep som omhandler pasientperspektivet (empowerment, mestring og livskvalitet) og samhandling* som ledd i denne tenkningen. Empirien er hentet fra den kvalitative forskningen ved de 7 LAR-sentrene i Bergen kommune og dette understøttes som jeg tidligere har referert til av nasjonal og internasjonal forskning.

Modell for LAR-senter som det kliniske mikrosystem:



Konklusjonen av dette arbeidet er at det er nødvendig med nærhet til overordnet nivå slik at pasientens behov kan formidles og vurdert ut fra faglige og ressursmessige hensyn. I tillegg må overordnet ledelse se til at Nasjonale retningslinjer og lokale planer blir fulgt opp. Med dette mener jeg at det må være en åpen dialog både fra et nedenfra-og-opp og fra et ovenfra-og-ned perspektiv. Stedlig ledelse er nødvendig for å følge opp beslutninger som er tatt og bygge kunnskap i enheten. I tillegg må leder kontinuerlig ha fokus på et arbeidsmiljø som fremmer engasjement og utvikling. Ansatte skal med sin kunnskap og sine holdninger bidra til at pasientene får et godt faglig tilbud der de får innflytelse og oppleve mestring i hverdagen. For å styrke ansatte må det tilrettelegges for faglig oppdatering fra leder, og det må settes av ressurser til kurs og fagutvikling fra overordnet ledelse. Samhandling og

informasjonsutveksling er betydningsfullt for å få sammenheng i tjenesten slik at pasienten opplever at alle involverte instanser «drar» i samme retning. Et tema som jeg har nevnt men ikke diskutert er å finne IKT løsninger som gjør informasjon tilgjengelig og ivaretar pasientsikkerheten. Sist men ikke minst er det behov for tilrettelagte tilbud som er tilpasset pasientens behov. LAR-sentrene må differensieres ut fra pasientens rusmestring, og de må være tilgjengelige der pasienten oppholder seg. Ut fra et samfunnsperspektiv er det ressurs sparende å ha pasienten i behandling, alternativ er i mange tilfelle at pasienten forblir i et rusmiljø der han vil være i behov av andre helsetilbud og bruke store ressurser i kriminalomsorgen.

I denne modellen er alle ledd betydningsfulle for å lykkes. *Leder er drivkraften, men er avhengig av overordnet nivå, ansatte, pasienter og samarbeidspartnere for å få størst mulig helsegevinst i det kliniske mikrosystem eller de kommunale LAR-sentrene som jeg har brukt i min forskning.*

8.2 Avsluttende betraktninger

Jeg har anvendt kvalitativ analyse i dette arbeidet, og gjennomførte semi-strukturerte intervju med 7 ansatte, en ved hvert av de kommunale LAR-sentrene i Bergen. Jeg valgte denne metoden for å få frem likheter og forskjeller ved sentrene som diskusjonsgrunnlag for analysen.

En svakhet i datainnsamlingen er at det kun var LAR A som har utviklet en modell der de er organisert under NAV, de andre 6 sentrene er underlagt Bergen kommune. Utgangspunktet mitt var å intervju ansatte som har direkte kontakt med pasientene. Den ene av informantene hadde også et lederansvar og det førte til at jeg fikk informasjon fra to nivå.

Dette er moment som kan påvirke det resultatet da det ikke er flere sentre av samme type som LAR A, og at jeg ikke har ledernivået bredere representert.

En styrke ved forskningen jeg er at informantene fylte kriteriene jeg hadde satt i forhold til utdanning og erfaring, og flere hadde videreutdanning og lang erfaring i rusfeltet generelt. Alle var positive til å delta i intervjuet, og flere hadde forberedt seg til vi møttes. De hadde et

stort engasjement for pasientene og jeg opplevde at de hadde gode refleksjoner rundt spørsmålene jeg stilte.

En utfordring var å finne relevant forskning på substitusjonsbehandling og utdeling av medikament da det er en relativt ny behandling i Norge. Det har dermed vært nødvendig å innhente internasjonal forskning, og samtidig vurdere om denne forskningen er i tråd med kriteriene for behandlingen i Norge. Ut fra min kunnskap om fagfeltet tror jeg at jeg har lykket med dette.

Dette arbeidet jeg har gjennomført kan brukes for å iverksette kvalitetsforbedringstiltak i Bergen kommune for å bedre tilbudet til pasientene LAR. Sentrale forbedringstiltak kan være å innføre stedlig ledelse ved alle sentrene og iverksette tiltak som styrker ansatte i arbeidet med pasientene. Forskningen kan også brukes for å utvikle LAR-senter andre steder i Norge.

Endringer fra Helsedirektoratet i 2014 som får konsekvenser for LAR-sentrene

Helsedirektoratet har i år bestemt at helseforetakene skal overta alle kostnader med utdeling av LAR-medikament, noe som til nå har vært lagt til kommunen. Dette har medført at Helse-Bergen og Bergen kommune diskuterer om helseforetaket også skal overta driften av LAR-sentrene. Dersom dette blir resultatet vil denne forskningen kunne anvendes i planleggingen av hvordan nye LAR-senter bør organiseres og drives. I tillegg vil det bli nødvendig å se på hvordan ressursene utnyttes. Det er en stor økning i antall pasienter i LAR som trenger et differensiert tilbud. Noen trenger støttesamtaler, noen aktivitetstilbud og arbeidstrening og andre er i behov av poliklinisk behandling. Dette er tiltak som kan utvikles i en ny LAR-senter modell der behandling på spesialisthelsetjeneste nivå integreres.

Ut fra mine funn og utfordringer som er beskrevet i Samhandlingsreformen (2009) kan man stille spørsmålet om LAR-sentrene bør være en større ressurs i LAR-behandlingen. LAR-sentrene vil være et naturlig møtepunkt med pasientene da det er her de møter for å innta sin medisin. Det vises til at pasienter i LAR har dårlig fremmøte i ansvarsgruppen og til poliklinisk behandling (SERAF, 2012). Ved å utnytte LAR-senteret som en koordinerende enhet og integrere dem i behandlingen ville det være mulighet å utvikle et differensiert tilbud

til pasientene ved å ivareta pasienter i stabiliserings-gruppen ved LAR- sentrene og utvikle nye tilbud til pasienter som ønsker en rehabiliteringsplan. Dette ville imøtekomme *utfordring 3* (Samhandlingsreformen, 2009) der det sies at «*demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne*». Antall pasienter i LAR øker og det tilføres ikke nye ressurser, det vil derfor bli behov for å finne nye og effektive løsninger og likevel beholde en god oppfølging av pasienter i LAR. I tillegg får pasienter en bedret somatisk helse og de lever lenger, dette er også utfordringer som vil komme i nær fremtid (Skeie, 2012).

Litteraturliste:

- Argyris, C., & Schön, D. A. (1996). *Organizational learning II: theory, method, and practice*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Barth, T., Näsholm, C., & Sjøbu, A. (2007). *Motiverende samtale - MI: endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforl.
- Brekke, M. (2010). Livskvalitet hos pasienter i Legemiddelassistert rehabilitering. *Den norske legeforening*.
- D' Aunno, T. (2006). The roal of organitation and management in substance abuse treatment: Review and roadmap. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 221-233.
- Deborah Olszewski, D. H., Linda Montanari, EMCDDA. (2012). Users voice. 32.
- Den Nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, Kalleberg, R., & De Nasjonale forskningsetiske komiteer. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. [Oslo]: Forskningsetiske komiteer.
- Einarsen, S., Steensæth, Y., Hellesøy, O. H., & Skogstad, A. (2000). *Det Gode arbeidsmiljø : krav og utfordringer : et festskrift til Odd H. Hellesøy*. Bergen: Fagbokforl.
- EMCDDA. (2012). Narkotikasituasjonen i Europa, Årsrapport 2012.
- Gjerseng, L. W., Helge. (2011). Variations in treatment organitation. *Norsk epidemiologi*.
- Gjersing, L. (2011). Staff attitudes towards opioidmaintenance treatment (OMT) and theassociations with treatment. *SERAF, UIO*.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1980). *Work redesign*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Helsedirektoratet. (2013). *Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor-LAR*. Veileder. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og sosialdepartementet. (2005). *... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. Veileder. Oslo: Sosial-og helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet.
- Hvordan kommer vi fra visjoner til handling?.. og bedre skal det bli*. (2007). Veileder. Oslo: Sosial-og helsedirektoratet.
- Individuell plan. (2010). *Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Introduksjon til kliniske mikrosystemer*. (2008). Region Syddanmark: Center for kvalitet.

- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforl.
- Konsmo, T. (2009). *Skape en kultur for innovasjon*. Oslo: Kunnskapssenteret.
- Kunnskapssenterer. (2012). Effekter av støtte og oppfølging for personer med alvorlig psykisk lidelse.
- Kunnskapssenteret. (2012). *Forskning Psykososiale tilleggsbehandlinger opiatavhengige*.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2011). *Interview : introduktion til et håndværk* (2. udg. ed.). København: Hans Reitzel.
- LAR Arna – Arna Aktiv Evaluerings- og metodedokument 2013/14.
- LAR Retningslinjen. (2010). *Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Nelson, E. C., Batalden, P. B., & Godfrey, M. M. (2007). *Quality by design: a clinical microsystems approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Nonaka, I. (1994). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science*, 5, No.1 February
- NOU 1999:2. (1999). *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Oslo: Helse-og sosialdepartementet.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet.
- Ravndal, R. (2004). Opiat misbrukere i metadonassistert rehabilitering ett og to år etter inntak. *Den norske legeforening*, 3, 124: 329–131.
- Reitinger, H. S. (2009). Premature Discharge of Metadone Treatment: Patient perspective.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Ruspolitisk Strategi- og Handlingsplan*. (2011-2016). Bergen Kommune.
- Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. (2004). Rundskriv. Oslo: Helsedepartementet.

- Ruud. (2011). *Kvalitet og kompetanse om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre*. Rapport. Oslo: Helsedirektoratet.
- Senge, P. M., & Lillebø, A. (1999). *Den femte disiplin : kunsten å utvikle den lærende organisasjon*. Oslo: Egmont Hjemmets bokforl.
- SERAF. (2012). *Statusrapport. LAR som det vil bli fremover?* Oslo: SERAF.
- Skeie, I. (2012). *Somatisk sykkelighet blant opioidavhengige*. Utposten nr. 5.
- Sosial- og helsedepartementet. (2000). *Retningslinjer for legemiddellassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere*. Oslo.
- St.meld.nr. 30. (2011-2012). *"Se meg"*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- St.meld.nr. 47. (2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse og Omsorgsdepartementet.
- Starrin, B., Heyerdahl, C. H., & Askheim, O. P. (2007). *Empowerment : i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforl.
- Strateginotat. (2004). *Bedre behandlingstilbud til rusmisbrukere*. Oslo: Helsedepartementet.
- Straxhusets rapport*. (2008). Bergen Kommune.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Treloar, C. (2007). Valuing methadone takeaway doses: The contribution. *Drugs: education, prevention and policy*. 61-74.
- Van de Ven. (1986). Central problems in the management og innovation. *INFORMS*, 32.
- Veileder for apotekansatte i forbindelse med legemiddellassistert rehabilitering (LAR)*. (2005). Veileder. Oslo: Helse og sosialdepartementet.
- Vifladt, E. H., Hopen, L., & Berg, K. A. (2004). *Helsepedagogikk: samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.
- Wadel, C. C. (1997). Pedagogisk ledelse og utvikling av læringskultur (pp. s. 39-56). Bergen: Fagbokforl.
- WHO. (2009). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. *World Health Organization*.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Yukl, G. A. (2013). *Leadership in organizations*. Boston, Mass.: Pearson Education.

Øgar, P., & Hovland, T. (2004). *Mellom kaos og kontroll: ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Årsrapport Straxhuset. (2011). Bergen Kommune.

VEDLEGG:

1. NSD Godkjenning
2. Mail til leder for LAR sentrene
3. Informasjonsbrev til informantene
4. Samtykkeskjema til å bruke sitat



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjekttittel		
Tittel	Hvordan opplever ansatte ved kommunale LAR - senter at deres arbeid bidrar til økt målrealisering for pasienter i LAR, og er det forhold ved organiseringen som påvirker dette.	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Høgskulen i Sogn og Fjordane	Veig den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Avdeling for samfunnsfag	
Institutt	Institutt for samfunnsvitenskap	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Åge	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Veborstad	
Akademisk grad	Høyere grad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Sitting	Høgskulelektor	
Arbeidssted	Høgskulen i Sogn og Fjordane	
Adresse (arb.sted)	postboks 133	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Postnr/sted (arb.sted)	6851 Sogndal	
Telefon/mobil (arb.sted)	57876316 / 97897459	
E-post	ageveb@hisf.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Anny	
Etternavn	Berge	
Akademisk grad	Høyere grad	
Privatadresse	Lønborglien 327	
Postnr/sted (privatadresse)	5039 Bergen	
Telefon/mobil	55970120 / 41124126	
E-post	anny-be@online.np	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	I 2010 ble nye retningslinjer for LAR (legemiddellassisert rehabilitering) innført, noe som har bidratt til en økning i antall pas. da rammene for behandling har blitt tilpasset flere brukergrupper. LAR er en livslang behandling med stor kontroll og det stilles store krav til utdeling av medikament og kontrolltiltak. I Bergen kommune har 50% av pas. dette tilbudet ved kommunale LAR senter, de øvrige har utdeling ved apotek. Jeg ønsker å finne ut om ansatte ved de kommunale LAR sentrene opplever at deres funksjon gir en økt målrealisering for pas., med økt rusmestring og økt livskvalitet. Er det forhold som fremmer eller hemmer måloppnåelse, og kan organisering av tilbudet ha betydning. Analysen kan bidra til forbedringstiltak ved tilbudet.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l. Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		



Postboks 1047
N-2007 Bergen
Norge
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 50 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Orgnr: 969 321 884

Åge Vebostad
Institutt for samfunnsvitenskap Høgskulen i Sogn og Fjordane
Vie, Postboks 523
6800 FØRDE

Vår dato: 21.10.2013

Vår ref: 35924 / 3 / MB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.10.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35924

Hvordan opplever ansatte ved kommunale LAR-senter at deres arbeid bidrar til økt rusmestring og økt livskvalitet for pasienter i LAR, og er det forhold ved organiseringen som påvirker dette

*Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student*

*Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder
Åge Vebostad
Anny Berge*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillter kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marianne Bøe

Kontaktperson: Marianne Bøe tlf: 55 58 25 83

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

Avklingsdato: 2013/10/21

NSD, NSI, Universitetet i Oslo, Postboks 1047 Blindern, 0316 Oslo, Tel: +47 22 85 12 11, nsd@nsd.uib.no
NSD/NSI, NSI, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim, Tel: +47 73 81 05 02, kommunikasjon@ntnu.no
NSD/NSI, NSI, Universitetet i Tromsø, Postboks 141, 1407 Tromsø, nsd@ntnu.no

Hei!

Som du kanskje husker snakket jeg med deg for noen måneder siden om at jeg er i gang med en Master i Helse- og velferdsleing ved høyskolen i Sogn og Fjordane, og ønsker å utføre en kvalitativ studie omkring den viktige funksjonen som de kommunale LAR-sentrene har.

Jeg oppfattet deg som positivt til dette, og i denne sammenheng ber jeg om anledning til å gjennomføre et intervju med en av de ansatte ved hver av de 7 sentrene i Bergen kommune. Intervjuet vil vare ca 1 time, og vil bli tatt opp på bånd for transkribering. Intervjuene vil bli anonymisert og resultatene systematisert ut fra systemisk teori.

Bakgrunn for studien er at i statusrapporten fra SERAF både i 2011 og 2012 kommenteres det at det bør gjøres en kvalitativ studie omkring utdeling av LAR medikament. I Bergen kommune har halvparten av pasientene utdeling og kontrolltiltak ved et kommunalt senter, og jeg ønsker å se på dette da det er et tilbud til en stor gruppe av pasientene våre.

Jeg ønsker å se på dette ut fra et ledelsesperspektiv, og vil intervju ansatte om hvordan ansatte har kjennskap og forståelse om den rollen de utfører sett i lys av målsetning for LAR.

Jeg ønsker å se om det er forhold ved LAR sentrene som ansatte mener har en positiv utvikling for pasientene, og dersom dette er tilfelle- hvordan kan denne kunnskapen bidra til å forbedre tilbudet der målet er å øke pasientens rusmestring og livskvalitet.

Håper på et snarlig og positivt svar.

Har du spørsmål vedrørende studien kan jeg kontaktes på tlf. 41124126.

Med vennlig hilsen

Anny Berge.

Spesialrådgiver og teamleder ved AFR LAR poliklinikk.

Til informant

Adresse

Bergen (dato)

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

”Hvordan opplever ansatte ved de kommunale LAR-sentrene at deres arbeid bidrar til bedret rusmestring og økt livskvalitet for pasientene i LAR, og er det forhold ved organiseringen som påvirker dette?”

Mitt navn er Anny Berge og jeg er Masterstudent i «Helse og velferdsleiing» ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Jeg er ansatt i Helse-Bergen i Avdeling for rusmedisin i LAR som Spesialrådgiver og som Teamleder. Jeg er utdannet psykiatrisk sykepleier og har lang erfaring fra Psykiatrisk klinikk før jeg begynte i LAR i 2011.

Målet med studien er å belyse det viktige arbeidet som blir utført ved de kommunale LAR-sentrene, og hvordan dere opplever at det arbeidet dere gjør påvirker pasientens rusmestring og livskvalitet. Jeg vil også innhente opplysninger om hvordan dere opplever at LAR-sentrene er organisert slik at fremmer målsetningen om bedret rusmestring og økt livskvalitet.

Bakgrunn for studien er at jeg skal ferdigstille Masterstudie i Helse og velferdsleiing, og samtidig kan denne kartleggingen og analysen bidra til et kvalitetsforbedringsarbeid dersom det fremkommer forhold som dere mener kan bedre pasientens behandling ved LAR sentrene. Det er dere som daglig møter pasienten, og kan si noe om de erfaringene dere gjør.

I statusrapporten som årlig gjennomføres av SIRUS ønskes det også at det gjøres en kvalitativ studie av utdelings- og kontrolltiltak i LAR.

Jeg ønsker å intervju en ansatt ved hver av de 7 LAR sentrene i Bergen kommune for å se om det er forhold som kan gi bedre måloppnåelse for pasienten. For å få best mulig sammenlignbare opplysninger ønsker jeg å intervju en ansatt som har 3-årig helsefaglig bakgrunn og som har vært ansatt minimum 1 år.

Jeg har spurt leder for LAR- sentrene, Gry Dale, om lov til å gjennomføre studien, og hun er positiv til dette.

Intervjuet vil ta ca. 1 time. Samtalen vil bli tatt opp på bånd, og etter at den er nedskrevet vil lydopptaket bli slettet. Du vil få mulighet til å lese gjennom teksten dersom du ønsker det. Data vil oppbevares på egen bærbar datamaskin, og blir slettet etter at oppgaven er ferdigstilt juni 2014. Intervjuet vil bli anonymisert, ditt navn eller hvor du arbeider vil ikke fremkomme i teksten. I oppgaven vil innholdet bli systematisert slik at det ikke fremkommer hvor opplysningene er hentet fra. Det kan være ønskelig å bruke sitat, og jeg vil da be om samtykke til dette.

Jeg vil innhentes skriftlig samtykke fra deg om deltakelse, basert på skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Deltakelse i studien vil ikke ha noen konsekvenser i forhold til arbeidsgiver eller arbeidsforhold om du ønsker å delta eller ikke.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Jeg vil ta kontakt med deg på telefon i løpet av uke for å få tilbakemelding på om du ønsker å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, vil vi avtale tid for intervjuet.

Du kan også gi med tilbakemelding skriftlig, på mail anny-be@online.no eller på telefon 41124126.

Med vennlig hilsen

Anny Berge
Lønborglien 327
5039 Bergen.

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg samtykker med dette til å delta i forskningsintervju gjennomført av Anny Berge, student ved HISF i Masterstudiet Helse- og velferdsleing:

”Hvordan opplever ansatte ved de kommunale LAR-sentrene at deres arbeid bidrar til bedret rusmestring og økt livskvalitet for pasientene i LAR, og er det forhold ved organiseringen som påvirker dette?”

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og med bakgrunn i informasjonsskriv samtykker jeg til deltakelse i intervjuet.

Dato.....

.....

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg samtykker med dette til at Anny Berge student ved HISF, Masterstudie i Helse- og velferdsleing, kan benytte sitat fra intervjuet i Masteroppgaven.

Dato.....

.....