



MASTEROPPGAVE

Forutsetninger for god kvalitet i det kommunale
LAR tilbudet - et ansattperspektiv

Premises for good quality in the municipal OMT
service – a staff perspective

Finn Ove Arnes

Master i samhandling innan helse- og sosialtenester

Emne: MS1-306

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Veileidar: Lillian Bruland

12.11.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Forord

Da var jeg endelig i mål!

Det har vært noen krevende, men også lærerike år. En litt lengre reise enn først antatt har det vært, men nå er jeg endelig der. Jeg startet på utdanningen høsten 2016, med det som mål at jeg skulle være ferdig til normert tid – våren 2019. I kombinasjon med en til tider krevende jobb, så ble dette vanskelig å få til. Nå skrives det november 2020, og jeg er bare få dager og timer fra å levere oppgaven fra meg.

Jeg vil benytte anledningen til å rette en stor takk til:

De lederne som ordnet med lokaler og informanter til intervjuene mine

Alle informantene som bidrog i intervjuene. Gjennom gode refleksjoner og faglige innspill, har dere gitt meg mye verdifull informasjon og et godt grunnlag for å ferdigstille oppgaven. Håper oppgaven har satt fokus på noe av det som har opptatt dere.

Til min assisterende enhetsleder, som har bidratt med relevante og gode faglige innspill i det daglige. Og til mine ansatte, som gjennom sitt arbeide har bidratt med faglige gode diskusjoner og eksempel som jeg har tatt med meg i arbeidet med oppgaven.

Til veilederen min, Lillian Bruland, som har utvist stor tålmodighet og forståelse i hele perioden. Jeg har fått gode og konstruktive tilbakemeldinger underveis, og du har vært ærlig og direkte når det har vært nødvendig.

Og til slutt en stor takk til mine nærmeste. Mine barn og min samboer har utvist en stor tålmodighet, forståelse og respekt for all den tiden jeg har brukt.

Nå pakkes bøkene sammen, og plasseres tilbake i bokhyllen

Tusen takk alle sammen!

09.11.2020

Finn Ove Arnes

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	
1.0 Introduksjon	1
1.1 Formål med studien	4
1.2 Hva er LAR?	5
1.3 Samhandlingsreformen.....	8
1.4 Tidligere forskning.....	9
1.4.1 Hva finnes av forskning på området.....	11
2.0 Teori.....	17
2.1 Relasjon	18
2.2 Organisasjonen i velferdsstaten – rammer og ansvar	20
2.3 Brukerperspektiv.....	22
3.0 Metode	23
3.1 Kvalitativ forskningsmetode og vitenskapsteori (hermeneutikk og fenomenologi)	23
3.2 Fremgangsmåte og utvalg.....	24
3.3 Gjennomføring av intervju og transkribering	27
3.4 Analyse	27
3.5 Kvalitet i studiet – reliabilitet og validitet.....	29
3.6 Etske betraktninger	30
4.0 Resultater	31
4.1 Relasjon – en viktig faktor i arbeidet	31
4.2 Rammene rundt utleveringsordning.....	34
4.3 Ansvar og ansvarliggjøring	36
5.0 Drøfting	39
5.1 Hvilke faktorer er viktig i etablering og opprettholdelse av en god relasjon?	39
5.2 Hvilke organisatoriske og administrative forutsetninger er viktig i dette arbeidet?	41

5.2.1 Rammer	41
5.2.2 Ansvar	43
6.0 Oppsummering og veien videre	45
Bibliografi	47
Vedlegg 1 – Svar fra NSD	
Vedlegg 2 - Informasjonsskriv	
Vedlegg 3 - Intervjuguide	

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt

Denne oppgaven undersøker hva de ansatte i den kommunale helsetjenesten mener er viktig i samhandling med brukere som har LAR utlevering. Hensikten er å få de ansattes perspektiv på tjenestetilbudet, og hvilke betingelser som må være til stede for å få gitt et godt tilbud til brukerne.

Problemstillingen i studien er: hvilke forutsetninger opplever de kommunalt ansatte er sentrale i utlevering av LAR medisin og for den direkte brukerkontakten, slik at de klarer å få til en god samhandling med brukerne i LAR?

Metode

Det ble gjennomført to kvalitative fokusgruppeintervju med en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming med fokus på de ansattes opplevelse av deres arbeidshverdag i møte med brukerne. Det ble intervjuet ni ansatte fra to kommuner. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Analysen av intervjuene er gjort med en systematisk tekstkondensering (STC).

Resultat og konklusjon

Studien viser at relasjon er en viktig faktor i dette arbeidet, og at en bør prioritere å satse på å heve kompetansen på dette området. Undersøkelsen viser også at en jobber under forskjellige forutsetninger. Rammene er forskjellige, og derfor er måten en utfører og organiserer arbeidet på, også gjort forskjellig. Behovet for å plassere ansvar, og det å vite at en annen instans eller et annet nivå i organisasjonen tok ansvar i enkelte situasjoner, ble pekt på som en viktig faktor. Det kan se ut til å være et behov for å se videre på hvorledes en velger å organisere dette tilbudet flere plasser, og om forandringer i de organisatoriske betingelsene kan si noe mer om kvaliteten og tilfredsheten i det arbeidet som blir gjort.

Nøkkelord: relasjon, rammer, ansvar, LAR

Abstract

Background and aim

This study tries to examine what service providers in the municipal health service, experience as important factors in interaction with service recipients in Opioid Maintenance Treatment (OMT). The aim of the study is to grasp the staffs' perspective on the service, and which conditions are necessary to provide high quality services.

Research question: which premises does the municipal health service providers experience as pivotal in the distribution of OMT medication, and for the close contact with the recipients, so they can establish a fair and balanced interaction with them?

Method:

I conducted two qualitative focus group interviews, with a phenomenological-hermeneutical approach focusing on the service providers experience in their approach to the recipients on a daily basis. I interviewed nine employees from two municipalities. The interviews were recorded and transcribed. The analysis of the interviews is done with a method called systematic text condensation (STC).

Results and conclusion:

The study shows that relations is an important factor, and that one should try to prioritize and increase the competence in this field. The study also shows that there is a difference in how the premises one works under. The framework is different, and therefore there is a difference in how one carries out and organizes ones work. The need to place responsibility, and knowing that another department or another level in the organisation took responsibility in certain situations, was pointed out to be an important factor. There seems to be a need to further investigate how one chooses to organize this service, and if changes in the organizational conditions can alter the quality and satisfaction in the work performed.

Keyword: relation, limits, responsibility, OMT

1.0 Introduksjon

Avhengighet blir ifølge Helsedirektoratet (2018) beskrevet som en avhengighet av en eller flere substanser, der bruken av disse får en prioritet over annen type adferd som tidligere har hatt stor verdi. Typisk for avhengighetssyndromet er et sterkt eller uimotståelig behov for disse substansene. ICD 10 (F10-F19) er den internasjonale klassifisering av sykdommer og helseproblemer (Direktoratet for e-helse, 2020). Det legges til grunn at for å få diagnosen avhengighet, må tre av de seks nedenforstående kriterier være oppfylt (Helsedirektoratet, 2018).

- 1. et sterkt ønske om eller følelse av tvang til å innta substansen*
- 2. problemer med å kontrollere bruk, mengde og tidspunkt*
- 3. abstinensproblemer*
- 4. toleranseutvikling*
- 5. økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser som følge av bruken*
- 6. at den økende bruken opprettholdes til tross for åpenbare tegn på negative konsekvenser*

Utfordringene rundt rusavhengighet er kompliserte og sammensatte. Omfanget er ofte i en slik størrelsesorden, at det kan både komplisere og utfordre samhandling mellom tjenestemottaker og hjelper. En av disse gruppene som ofte trenger omfattende hjelp, er personer som er avhengig av opiater. De siste årene har det vært en omlegging av hjelpetilbudet til de opiatavhengige. Fokuset i behandlingen har vært å skape et helhetlig rehabiliteringsforløp, der langtidsvirkende opiater som Buprenorfin og Metadon har substituert bruk av illegale stoffer som heroin (Folkehelseinstituttet, 2019). Denne behandlingen blir kalt LAR -Legemiddelassistert rehabilitering. Det har vært en jevn, men moderat økning av brukere som har mottatt denne behandlingen opp igjennom årene. I 2014 viser tall det var 7055 LAR brukere i Norge, og en undersøkelse gjennomført av proLAR fra 2014 viser at en stor andel av brukerne er fornøyd med LAR (Renland, 2014). En nyere rapport viser at antall brukere som mottar LAR behandling i Norge har økt til 7622 mot slutten av 2017 (SERAF - senter for rus- og avhengighetsforskning, 2018). Og ved utgangen av 2019 var det registrert 7900 personer innrullert i LAR. Om lag 70 % av disse var menn og

gjennomsnittsalderen var 46,1 år. Dette er ikke en stor økning, og viser at antall brukere har vært jevnt stabilt over de siste årene (SERAF - senter for rus- og avhengighetsforskning, 2020).

Når en ser på de forskjellige målene som blir løftet frem i opptrappingsplanen for rusfeltet Prop. 15 S (2016-2020) er det et ønske å få flere brukere av opiater inn under LAR behandling, samt å bruke denne behandlingen forebyggende i forhold til overdosedødsfall (SERAF - senter for rus- og avhengighetsforskning 2018). Dette er et behandlingsfelt som krever, og kommer til å kreve mye oppmerksomhet framover. Videre er det i opptrappingsplanen for rusfeltet Prop. 15 S (2016-2020) skissert flere mål og tiltak for å sikre et godt tjenestetilbud til denne brukergruppen. Noen av disse tiltakene er å; utvikle flere lavterskel substitusjonsbehandlingssentre, styrking og tilskudd til arbeidstrening og aktivisering og økt kompetanse. Brukerplan er også nevnt som et verktøy i kartlegging av levekår, de forskjellige tjenestene som blir gitt og bosituasjon for brukere. I opptrappingsplanen blir det også pekt på at det skal startes et arbeid med å revidere retningslinjene for LAR behandling. Videre blir det pekt på at samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale hjelpeapparatet er viktig, og at det blir stilt krav til, og forventet at det blir et bedre samarbeid og kontinuitet i videre oppfølging av disse brukerne. I tillegg ligger det klare forventinger til kommunene om at de følger opp de krav og retningslinjer som kommer fra nasjonale myndigheter. Det vil derfor være naturlig å tenke at de som jobber i direkte kontakt med brukerne ute i kommunene, vil være de som i stor grad kan si noe om sin egen rolle og hvordan de opplever samhandlingen med brukerne som de gir tjenester til. De vil forhåpentligvis også kunne si noe konkret om hvordan de opplever å jobbe etter gjeldende retningslinjer, og hvordan dette påvirker deres arbeidsdag, både i positiv og negativ forstand. Og om tilbakemeldingene fra ansatte, sammen med andre relevante aktører i dette arbeidet blir gjenstand for, og er med på å danne grunnlag for et tjenestetilbud som vil ivareta brukerne på best mulig måte. Det vises til Prop. 15 S (2016-2020), at det er en stor grad av kompleksitet og et noe «uferdig» tjenestetilbud i arbeidet med denne brukergruppen, både i et systemisk perspektiv og i et brukerperspektiv.

Gjennom mitt utøvende arbeid som helsepersonell i det kommunale hjelpeapparatet har jeg jobbet direkte brukerrelatert og hatt som oppgave å levere ut LAR medisin til enkelte brukere som en del av oppfølgingen av disse. Enkelte har bare hatt dette som eneste tjeneste fra det

kommunale hjelpeapparatet. De senere årene har jeg jobbet som leder i den kommunale helsetjenesten og derav jobbet mindre brukernært. Jeg har likevel til tider hatt utlevering av LAR medisin og vært tett på enkelte brukere når det har vært behov for dette. I løpet av disse årene har jeg gjort meg noen erfaringer. Jeg har samhandlet med brukere som er både samarbeidsvillige og pliktoppfyllende. De møter til avtalt tid, de er imøtekommende og en kan føre en konstruktiv og god dialog. Har også opplevd brukere som har vært utfordrende å samarbeide med. Spesielt i situasjoner eller perioder der brukerne har vært sterkt ruspåvirket. De forholder seg gjerne ikke til avtaler, de kan opptre truende, er til tider agiterte og er ambivalente og det er vanskelig å komme i posisjon til å hjelpe. Disse erfaringen jeg har gjort meg, har resultert i et ønske om å undersøke hva som kan være utslagsgivende for å ivareta disse brukerne på en best mulig måte under oppfølgingen i LAR behandlingen. Og gjennom denne studien har jeg hatt ett ønske om å se på hvilke forutsetninger de ansatte i det kommunale hjelpeapparatet ser på som sentrale i arbeidet med utlevering av LAR medisin? Hva skal til for å gi hjelpen et substansielt innhold for at den skal bli god nok, og hva oppleves som gode praksiser i dag og hva er ønskene fra informantene?

Når jeg i dette prosjektet har valgt å undersøke og sette søkelys på ovenstående i LAR behandlingen, så har jeg vurdert dette med utgangspunkt i en kunnskap om at arbeidet blir gjort til dels forskjellig i enkelte kommuner (SERAF - senter for rus- og avhengighetsforskning, 2018). I tillegg har vurderingsgrunnlaget mitt også vært basert på mine egne erfaringer som helsepersonell, som vist til ovenfor. Hvordan kan selve utleveringsordningen av LAR medisin og måten LAR behandlingen blir organisert på, si noe om hva som skal til for at de ansatte opplever at de får gjort en god, eller mindre god jobb? Er det kompetanse, relasjoner, tid til å få utført arbeidet, brukernes adferd, eller rammene som er avgjørende for kvaliteten på arbeidet? Jeg har ikke nødvendigvis hatt som mål å få svar på alle disse spørsmålene, men prøvd å se på at disse kan sees i sammenheng med hverandre og et det ene må være på plass for å kunne se effekten av det andre. At de forskjellige faktorene står i en form for gjensidighet, heller enn i kontrast til hverandre.

Hva vet vi om dette feltet? Helsepersonell uttrykker bekymring på noen områder. Tidspress, manglende kunnskap og opplæring blir det pekt på i en studie utført på bestilling fra helsedirektoratet (Folkehelseinstituttet, 2019). Andre ting som er belyst i studien, er negative

holdninger til LAR brukerne i utgangspunktet, samt at aggressiv og utfordrende adferd blant brukerne vanskeliggjør samhandlingen. Hva vi kanskje vet mindre om, er hva de ansatte mener er «oppskriften» for å etablere god samhandling og hvordan møte noen av utfordringene som nevnt ovenfor. Hvilke tiltak fungerer og hvilke elementer i dette arbeidet er viktig for å få til en god samhandling?

1.1 Formål med studien

Formålet med denne oppgaven er å prøve å bidra med ny kunnskap inn i det allerede etablerte arbeidet som omhandler denne brukergruppen, og prøver på dette gjennom å belyse de ansattes perspektiv i denne studien. Jeg har derfor valgt å intervju ansatte som jobber direkte brukerrelatert med denne gruppen. I hvilken grad kan de bidra til å peke på hva som er viktige og betydningsfulle elementer i arbeidet med denne brukergruppen. Under følger problemstillingen i studien. I tillegg har jeg laget to forskningsspørsmål som knyttes til førstnevnte:

Problemstilling: hvilke forutsetninger opplever de kommunalt ansatte er sentrale i utlevering av LAR medisin og for den direkte brukerkontakten, slik at de klarer å få til en god samhandling med brukerne i LAR?

- Hvilke faktorer er viktig i etablering og opprettholdelse av en god relasjon?
- Hvilke organisatoriske og administrative forutsetninger er viktig i dette arbeidet?

Både problemstilling og forskningsspørsmål er blitt forandret underveis. Jeg startet med en problemstilling og to forskningsspørsmål som var mer direkte rettet mot kompetanse (vedlegg 2). Etterhvert som jeg begynte å arbeide med analyseringen av dataene, fikk jeg et materiale som gjorde til at jeg måtte forandre innfallsvinkel og formulering i spørsmålene mine. Problemstillingen og forskningsspørsmålene ble bearbeidet og mer tilpasset dataene fra informantene. Selv om det fra informantene ble pekt på et kompetansebehov, og at dette speiles i deler av både resultatene og forskningen, ble jeg likevel nødt til å forandre på problemstillingen for at det skulle passe helheten.

1.2 Hva er LAR?

Formålet med LAR er å bidra til at opioidavhengige får økt livskvalitet, redusert skadeutfall, og at den enkelte får hjelp til å endre livssituasjonen sin (Helse Vest, 2014). Videre er det forklart at utgangspunktet for LAR behandlingen også er å forhindre overdosedødsfall ved å erstatte bruk av ulovlige opiater med medisinsk framstilte opiater, som da blir gitt i kontrollerte former. I tillegg er R'en (rehabilitering) i LAR et sentralt element i denne behandlingen.

Legemiddellassistert rehabilitering - LAR er en del av en tverrfaglig spesialisert rusbehandling og er et tilbud til pasienter med langvarig bruk av opiater. Behandlingene har sitt utspring fra USA på 1960 tallet, og har vært allment tilgjengelig som behandlingsmetode i Norge siden 1998, og under navnet LAR siden 2001 (Helsedirektoratet, 2020). I andre land er behandlingen definert som Opiod Maintenance Treatment (OMT) og Medication-assisted Treatment of Opiod Dependence (MAT). Videre i oppgaven blir forkortelsene brukt i beskrivelsen av disse behandlingsmetodene.

Under er det hentet en tabell fra SERAF - senter for rus- og avhengighetsforskning (2020) (jf tabell 1) som viser en oversikt over de seks forskjellige LAR organisasjonsmodellene som er grunnlaget for organisering av LAR behandlingen i dag. Det blir påpekt at grenseoppgangen mellom modellene kan være flytende.

Tabell 1

<i>Kommunemodellen</i>	<i>Hovedansvar ligger i aktive kommunale sosialseksjoner med store ruseenheter som samarbeider med fastleger og helseforetakets ruspoliklinikk. Helseforetaket vurderer søknader, inntaksbeslutning og overordnet ansvar, men deltar kun aktivt dersom det vurderes å være behov for spesifikt TSB.</i>
<i>DPS-modellen</i>	<i>Poliklinisk rusbehandling inklusive LAR er lagt til stillinger for rusbehandling i distriktpsikiatriske sentre (DPS), enten som egne LAR-team eller integrert i generelle TSB-team. Dette gjelder f. eks. i Sykehuset Innlandet der det er tre parallelle "LAR-tiltak" uten felles faglig ledelse på Divisjon/HF-nivå.</i>
<i>Ruspoliklinikkmodellen</i>	<i>LAR er integrert i et bestående nettverk av ruspoliklinikker, evt. som såkalte sosialmedisinske poliklinikker.</i>
<i>LAR-team-modellen</i>	<i>Eksisterende spesialiserte ruspoliklinikker som har egne «LAR-team».</i>
<i>Rusavdelingsmodellen</i>	<i>LAR er integrert i en avdeling som har ansvar for all rusbehandling i foretaket.</i>
<i>LAR-poliklinikkmodell</i>	<i>Helseforetaket har en egen LAR-poliklinikk innenfor en rusavdeling, eventuelt organisert sammen med andre poliklinikker.</i>

Gjennom behandlingen her i Norge, får brukeren Metadon, Subuxone eller Subutex som erstatning for opiatet, der behandlingen/rehabiliteringen skjer i et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. I Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering LAR-forskriften (2010) er det nedfelt at bruker gjennom rehabilitering skal få nødvendig hjelp til forandre livssituasjon, og at rehabiliteringen skal være et tilbud som skal bidra til å optimalisere fysiske, psykiske, sosiale og yrkesmessige mestrings- og funksjonsnivå. Det består da ikke bare av medisinsk behandling. Videre står det at spesialisthelsetjenesten har det overordnede ansvar for iverksetting og avslutning av LAR behandling, men at ansvarshavende lege kan delegere ansvar for gjennomføring av behandlingen til allmennlege/fastlege. Det er også lege i spesialisthelsetjenesten som skal vurdere om en skal tilby henteordning eller ha daglig utlevering. Dette kan også overlates til allmennlege. Henteordning er et tilbud til de brukerne som over tid har vist stabilitet, og fremlagt rene prøver som utelukker sidemisbruk. Ved sidemisbruk kan ansvarlig lege kreve urin- og blodprøver for å sikre en god faglig og medisinsk forsvarlig oppfølging av brukerne (LAR-forskriften, 2010). Denne kontrollfunksjonen er diskutert i flere studier, undersøkelser og artikler. Den vil bli videre beskrevet i en studie av Grønnestad & Sagvaag (2016), og vil bli presentert nærmere under kapittel 1.4.1. Det vil være den kommunale helsetjenesten, som gjennom oppfølging av denne brukergruppen, i de i

fleste tilfeller også leverer ut LAR medisin til disse brukerne. Denne brukergruppen, i likhet med mange andre brukere som er mottagere av helsehjelp, skal sikres nødvendig helsehjelp og rettigheter, og dette skal ivaretas gjennom forskjellige lovverk. Relevante og aktuelle lovverk er; *Lov om pasient- og brukerrettighetsloven* (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999), *Spesialisthelsetjenesteloven* (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999), *Helse og omsorgstjenesteloven* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) og *Hjelpersonelloven* (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Det blir i en rapport fra SERAF - senter for rus- og avhengighetsforskning (2018) pekt på noen usikkerhetsmomenter. Dette gjelder i hvor stor grad LAR behandlingen når ut til de brukerne som sliter med manglende og lite motivasjon, samt de som erfaringsmessig har hatt dårlige opplevelser i møte med behandlingsapparatet. I en hurtigoversiktspublikasjon publisert av Folkehelseinstituttet (2019) som har hentet data fra en større studie fra Canadian Agency for Drugs and Technology in Health (CADTH), er det spurt om hva slags erfaringer LAR brukere har med tiltakene i LAR behandlingen. Her beskriver brukere forskjellige utfordringer og muligheter. Noe som er nevnt er; manglende motivasjon, geografiske avstander til utleveringssted og stigma. Positive faktorer som ble nevnt var; fokus på autonomi, fleksibilitet, struktur og rutiner.

I Norge er det primært Buprenorfin og Metadon som blir brukt i LAR. De begge kan føre til overdosedødsfall, men det blir pekt på at Buprenorfin utgjør en noe mindre risiko og det er en mindre fare for overdosedødsfall ved bruk av preparatet (NHI, 2018). «*Behandling med opioidholdige legemidler (substitusjonsbehandling) av opioidavhengighet (avhengighet av heroin, morfin m.fl.) har vist seg å redusere pasientens forbruk av opioider, redusere dødeligheten og bedre livskvaliteten.*» (Helsedirektoratet, 2018). Det blir i samme artikkel poengtert at det forekommer økt dødelighet ved avslutning av denne type behandling. Derfor blir en eventuell avslutning avgjort ut ifra en streng medisinskfaglig vurdering, og risikoen for tilbakefall blir en avgjørende faktor i beslutningsprosessen. En nyere rapport fra Folkehelseinstituttet (2020), forsøker å peke på om det er forskjeller mellom gruppene i LAR og de som ikke er under medikamentell behandling. De har gått gjennom mange studier internasjonalt, og framstiller funnene som vist under;

LAR/OMT brukere var lengre i terapi enn de som ikke mottok behandling (72% v 57%)

Det var lavere overdosetall blant brukere i LAR/OMT (3% v 15%)

LAR/OMT gruppen brukte også ikke reseptbelagte opiater (7 av de siste 28 dagene)

1 % av brukerne i hver av gruppene hadde prøvd å ta sitt eget liv

En konkluderer i rapporten fra Folkehelseinstituttet (2020) med at disse resultatene er til dels lite troverdig, og finner det vanskelig å konkret vise til hva de forskjellige effektene av medikamentell behandling versus ingen medikamentell behandling er. Rapporten fremhever hvor vanskelig det er å sammenligne på tvers av de forskjellige hjelpeinstansene, da en ikke finner nok data på hvor tett oppfølging en får i forhold til både rusrelaterte spørsmål og andre helse- og sosiale problemer. Konklusjonen i rapporten er at praksisfeltet har mest nytte av å støtte seg til klinisk erfaring og brukernes erfaring. Samt at det eksisterende kunnskapsgrunnlaget er godt nok til å videreføre nåværende behandling (Folkehelseinstituttet, 2020).

1.3 Samhandlingsreformen

Gjennom samhandlingsreformen Meld. St. 47 (2008-2009) har kommunene fått et mye større ansvar for å tilrettelegge og følge opp brukere. Noen av intensjonene i reformen er å forebygge og behandle, samt at brukere skal få god hjelp nærmest mulig der de bor. Det blir også fremhevet rett behandling til rett tid på rett sted, og tjenester som skal være tilpasset den enkelte bruker. I tillegg pekes det på at innbyggerne må få hjelp til å legge om levevaner som kan slå ut uheldig i et sykdomsperspektiv. Alt i fra frisklivstilbud, og vurdere kosthold og til å bli mer fysisk aktive. Når brukere i dag, som en direkte konsekvens av samhandlingsreformen, blir mye fortere utskrevet fra spesialisthelsetjenesten, må det kommunale hjelpeapparatet stå rustet og ha nødvendige ressurser tilgjengelig i mye større grad enn tidligere (Meld. St. 47 (2008-2009)).

Det krever mye av kommunene å kunne gi et godt og veloverveid tilbud til de forskjellige brukergruppene. Spesielt gjelder dette LAR brukere som ofte har sammensatte og store utfordringer. Har kommunene de riktige og gode verktøyene for å ivareta denne brukergruppen? I et tidsperspektiv på 20 år som LAR behandling har vært en medisinsk

godkjent behandlingsmetode, så er LAR forholdsvis «nytt» i behandlingsøyemed. Framskrivninger sier noe om at det vil bli flere og flere med et større og mere sammensatt hjelpebehov (St.meld. nr. 10. (2012-2013)). Da må beslutninger som blir tatt på vegne av denne gruppen, være forankret i gode faglige vurderinger. Et av spørsmålene som reiser seg er om de kommunalt ansatte som jobber med brukere innrullert under LAR, har god nok kompetanse i arbeidet og samhandlingen med denne brukergruppen.

Samhandlingsreformen er kanskje den største og mest inngripende reformen i nyere tid, sett i lys av hvordan kommunen har måttet omstille seg og tilrettelegge for å gi innbyggerne den hjelp de til enhver tid trenger. I rapporten fra SERAF - senter for rus- og avhengighetsforskning (2018) blir det debattert rundt bruk av ressurser, prioriteringer og økonomi. Hvordan en velger å prioritere på kommunalt nivå, vil også kunne gjenspeile kvaliteten på tjenestene. Det fremkommer også i samme rapport at antall leger og psykologer som er involvert i LAR, har økt betraktelig. Det sies også at bemanning kan variere i stor grad hos de forskjellige tjenesteutøvende avdelinger/etater (SERAF - senter for rus- og avhengighetsforskning, 2018).

I opptrappingsplanen for rusfeltet Prop. 15 S (2016-2020) er et av målene å styrke kompetanse innenfor rusfeltet. Et av disse områdene som er nevnt er kompetansesenter utenfor spesialisthelsetjenesten. Et annet er hjelp til styrking av relasjons og nettverksbygging og sosiale ferdigheter blant disse brukerne. Hovedlinjene i opptrappingsplanen er at det må til en faglig styrking på flere områder. Noen av de områdene som blir vektlagt prioritert i planen er; rus i kombinasjon med psykiske lidelser (ROP lidelser), eldre og rus, barn og unge som vokser opp i miljø med rusmisbruk og bruk av syntetiske stoffer. Hva sier nyere forskning om de forskjellige tiltakene som ligger inne som prioriteringer i opptrappingsplanen? Er det noen av disse tiltakene eller utfordringene vi finner igjen i forskningen, og hva konkluderes eventuelt med som viktige satsningsområder?

1.4 Tidligere forskning

Jeg vil i dette kapitlet referere til forskning som omhandler tjenesteutøvere, og deres perspektiv i arbeidet opp mot brukergruppen som er under LAR. Jeg mener at det også vil være hensiktsmessig å få fram noe av brukerperspektivet i denne studien, da det kan være av

interesse å se disse perspektivene opp mot hverandre og se om det finnes sammenfallende behov, syn, tanker og ideer. Derfor velger jeg også å se på noe av forskningen som er gjort knyttet til brukerperspektivet. Det finnes mye forskning relatert til sistnevnte, men mindre av de ansattes opplevelser.

Jeg hadde en del problemer med å finne relevante artikler, og brukte mye tid på å lese gjennom og finne forskning som kunne bidra inn mot problemstillingen min. Etter hvert fant jeg en artikkel som kunne gi meg en forklaring på hvorfor jeg opplevde dette som vanskelig. I en artikkel fra 2016 (Vogel, et al., 2016, s. 106) som var et større forskningsprosjekt i Sveits som forsket på legers perspektiv på MAT, står det i sammendraget: «*However, while patients' perspectives have been examined, the caregivers' views remain largely unknown.*» Ut ifra arbeidet jeg har gjort i forbindelse med søkene, kan det se ut til at dette sitatet underbygger mine observasjoner og bekrefter min opplevelse av at det er gjort mindre forskning på dette området. Noe av forskningen var det også lite tillit til, da en ikke hadde god nok dokumentasjon eller funnene var avgrensede eller det var gjort lite forskning på området.

For å finne fram til tidligere forskning rundt problemstillingen, søkte jeg etter artikler med utgangspunkt i litteratur som ikke var mer enn 10 - 15 år gammel. Jeg startet søkene med å begrense det til ikke mer enn 10 år gammel forskning, men da jeg opplevde det som vanskelig å finne «nok» materiale innenfor dette tidsrommet, utvidet jeg det til 15 år. Søkene var i hovedsak definerte som fagfellevurderte, og jeg brukte søkeord som: LAR, rusavhengighet, TSB, opiat, Drug Assisted Rehabilitation, Opiod Maintenance Treatment (OMT), drug addiction, brukere i LAR, Medication-assisted Treatment of Opiod Dependence (MAT), ansatte, providers, systematic review. Søkemotorer som ble brukt var AMED, Oria, Google Scholar, Idunn. Litteratur som var på annet språk enn nordisk og engelsk ble valgt bort.

I mye av forskningen og i en del av teorien jeg har brukt i studien, er tjenestemottakere (LAR brukere) omtalt som pasient eller pasienter. Der disse begrepene er brukt, har jeg valgt å erstatte dette med bruker eller brukere. Det er ingen spesiell grunn til dette, utenom at jeg mener det vil være enklere å forholde seg til ett begrep gjennom studien.

1.4.1 Hva finnes av forskning på området

I en fersk systematisk oversiktsstudie av kvalitative studier som var publisert i mai 2020 Folkehelseinstituttet (2020), har de tatt utgangspunkt i 24 globale studier der både brukere og ansatte har deltatt. Denne rapporten resulterte i seks hovedfunn, og de forskjellige funnene ble vurdert fra «lav til høy tillit». Nedenfor er et sammenfattet uttrekk av alle funnene:

- Stigma: ved å starte med LAR, så ble stigmaet akseptert. Ved å holde rusproblemene skjult, unngikk en stigma. Stigma her ble sett på som negative holdninger i den sosiale konteksten som bruker befant seg i. Det ble også pekt på at stigmaet kunne skape en felles forståelse mellom samfunnets og brukers oppfattelse av helse. (Høy tillit).
- LAR som kilde til stigma: stigma ble pekt på som det ble et uheldig kjennetegn av behandlingsprosessen, både fra helsepersonell og brukere (Høy tillit).
- Manglende kunnskap og kompetanse: ble rapportert at dette var en barriere. Det påvirket kvaliteten på LAR, opplevelse av LAR og behandlingsresultatet, ifølge både brukere og ansatte. Manglende kunnskap og manglende faglig kompetanse kan også ha bidratt til negative holdninger til LAR og LAR brukere (Moderat tillit).
- Forhold mellom bruker og ansatt: dårlig kommunikasjon, og dårlige eller ikke eksisterende relasjoner, påvirket behandlingen negativt for både brukere og ansatte. (Høy tillit).
- Ikke-helserelaterte faktorer: Brukere hadde forventninger om å få hjelp og støtte til å få jobb, få bolig og hjelp til gjenopptaking av sosiale relasjoner, var den del av behandlingen. Disse faktorene var sentralt i hvordan brukere så på om LAR behandlingen var meningsfull eller ikke. Og de uttrykte et behov for en helhetlig tenkning og tilnærming som også går utover det medisinske (Moderat tillit).
- Forventninger til LAR: Det ble tilbakemeldt fra brukere at de balanserte positive med negative opplevelser og stigma knyttet til LAR. «*Det kan være uttrykk for et kompromiss mellom stigma som følger med LAR og pasienters forventninger til positive utfall av LAR*» (Lav tillit) (Folkehelseinstituttet, 2020, s. 7).

Noen av fokusområdene i rapporten Folkehelseinstituttet (2020) som det pekes på, er at det må vektlegges mer fokus på å øke kompetanse om avhengighet og holdningsendrende tiltak

for å redusere stigma. I tillegg blir det argumentert for å se på ikke-helserelaterte tiltak (jobb, utdanning, interesser), samt hvordan LAR organiseres. I rapporten konkluderer de videre med at behandlingen er påvirket av eksempelvis kommunikasjonsprosesser og helsepersonellens kompetanse. Studien viser til et behov for økt faglig og relasjonell kompetanse. I tillegg bør en ha en mer helhetlig tilnærming i behandlingsforløpet - på tvers av profesjoner og system.

I en artikkel av Baklien (2010) pekes det på gruppen med dobbeltdiagnoser. Her løfter forfatteren opp de personene med samtidige psykiske lidelser og rusavhengighet. Det blir i artikkelen hevdet at disse brukerne ikke får nødvendig hjelp. Det er et miljø som preges av mye uro og det er en rimelig lett tilgjengelighet på illegale stoff. Videre fremhever han at det kan være uenighet blant de forskjellige instansene – primær eller sekundærhelsetjenesten, om hvem som skal ha ansvar, og dette kan føre til at de ikke får nødvendig og kvalifisert hjelp. Forfatteren viser i artikkelen også til en «top-down» tilnærming, der beslutninger og avgjørelser blir tatt på nivåer i avstand fra brukerne. Manglende forankring av ansvar fører også til at disse menneskene blir kasterballe i systemet, og det er ofte en overrepresentasjon av brukere med psykoser blant disse. «*Det tverrsektorielle samarbeidet må styrkes både kompetansemessig og erfaringsmessig både på systemnivå og individnivå*» (Haugsgjerd et al., 2009, sitert i Baklien, 2010, s. 321-329). Videre blir det i artikkelen fremhevet viktigheten av integrerte behandlingsprogram, der ett team behandler de forskjellige utfordringene en måtte oppleve å ha; ruslidelse, psykisk lidelse og sosiale problemer. For å bygge en sterk og god relasjon, blir tilgjengelighet og kontinuitet sett på som viktig og nødvendig. Dette sammen med fleksibilitet, tillit og aksept, samt annerkjennelse i samhandlingen i det miljøterapeutiske arbeidet, blir fremhevet som betingelser for å få dette til (Winroth, 2008, sitert i Baklien, 2010). Artikkelforfatteren fremhever manglende tilpassede rammer og etterspør også helhetlige og koordinerte tjenester overfor de brukerne som denne artikkelen omhandler. Her nevnes spesialisthelsetjenesten, NAV, fastlege og kriminalomsorgen som aktuelle tverrsektorielle parter.

I en annen studie blir det sett på hvordan behandler kan oppleve utilstrekkelighet på det relasjonelle plan, og at tiltakene rundt bruker da kan bli preget av emosjoner, og gjennomføring av tiltak kan skje for raskt (Øydna, 2006). Det kan da være lett å anta at det

foreligger kausalitet mellom rus og psykose. Enkelte av disse brukerne opplever også psykotiske symptomer i ruspåvirket tilstand (Øydna, 2006). Videre skriver hun at dette forverrer den psykiske helsen og kan skape irrasjonelle og lite overveide handlinger hos brukere. Da er det viktig at en har kunnskap om hvordan dette kan utvikle seg og sette inn nødvendige tiltak.

I et forskningsprosjekt utført av Watson, Maclaren, & Kerr (2007) prøver de å finne ut hvilke holdninger de ansatte har til brukere med rusmiddelavhengighet. De ansatte i undersøkelsen jobbet som medisinsk personell, psykiater, klinisk psykolog, terapeut og sykepleiere. Det var en kvantitativ undersøkelse der informantene fikk tilsendt spørsmålene i posten, og måtte svare på et spørreskjema som ble kalt DDPPQ. DDPPQ var et verktøy som var adoptert fra «Alcohol and Alcohol Problems Perceptions Questionnaire (AAPPQ)», og ble videre omgjort og omstrukturert for å passe målgruppen i undersøkelsen. Spørsmålene gikk på ens egen opplevelse av kunnskapen rundt avhengighet og hvordan en selv så på sin egen rolle som hjelper overfor denne brukergruppen. Forskerne konkluderte med et behov for et bredt utvalg av profesjoner i arbeidet med denne gruppen av brukere. De peker på at holdninger, eksempelvis forutinntatthet knyttet til stigma eller mangel på respekt for denne brukergruppen, spiller en avgjørende rolle i arbeidet når en skal etablere gode relasjoner og finne effektive virkemiddel. Forskerne konkluderer med at de gjennom denne forskningen har selv funnet et godt verktøy i bruk av DDPPQ, som de mener kan avgjøre eller gi en pekepinn på om ansatte har de nødvendige forutsetningene og kvalifikasjonene for å jobbe med disse brukerne.

I et notat utarbeidet av den norske legeforeningen Fredriksen (2005), som baserer seg på anbefalinger fra en rapport til helse- og omsorgsdepartementet, beskrives det en høy legitimitet i LAR behandlingen i regi av den norske helsetjenesten. I notatet blir det pekt på viktigheten av at når flere aktører er involvert i behandlingen av LAR brukere, så må det fastsettes noen klare rammer i forhold til ansvar og oppgaver. Her nevnes eksempelvis individuell plan. Legeforeningen påpeker også i notatet at fastlegens rolle må vektlegges, og at disse må involveres så tidlig som mulig, både i planleggingsfasen og i oppfølgingen av den enkelte utenfor spesialisthelsetjenesten. Avslutningsvis blir det sagt noe om utleveringssted. Enten så må dette foregå i lokaler knyttet til spesialisthelsetjenesten, i apotek eller i en

kommunal helseinstitusjon. Det blir fra legeföreningens ståsted ikke anbefalt at utlevering av LAR medisin finner sted ved allmennlegekontorer.

I en doktorgradsavhandling av Gjersing (2011) ble det forsket på forskjeller i form av skadereduserende tilnærminger og rehabiliteringstilnærminger i de forskjellige LAR sentrene i Norge. Her konkluderte de med at rehabiliteringssentrene hadde en filosofi om at rusmisbruk under behandlingen kvalifiserte til en utskrivning fra LAR, mens de skadereduserende sentrene hadde motsatt holdning til dette. Studien pekte på at behandlingsresultatene varierte med hvordan sentrene jobbet, og hvilke holdninger de hadde til behandlingen som ble utført. I de «rehabiliteringsvennlige» sentrene, ble brukerne rammet inn i mye større grad enn de andre. Dette gjennom eksempelvis hyppige ansvarsgruppemøter og hyppige urinprøver. Disse sentrene hadde også færre brukere per behandler. Det var en færre andel arbeidsledige knyttet til disse sentrene, færre mottakere av sosialhjelp og flest med egen bolig. Og det var mindre bruk av rusmidler de siste fire ukene før datainnsamlingen. En forsiktig konklusjon ut ifra denne studien kan være at tydelige rammer og tett oppfølging har en positiv effekt.

I en kvalitativ studie fra 2010 publisert i Tidsskrift for psykisk helsearbeid er det forsket på fagfolks samarbeid i møte med brukere innenfor psykisk helsearbeid og rusomsorg, og hvordan de ansattes perspektiv kommer til uttrykk i dette arbeidet (Finstad, 2010). Dette var et fokusgruppeintervju bestående av et utvalg av åtte psykiatriske sykepleiere, seks sosionomer, seks vernepleiere, tre fysioterapeuter, tre leger, to psykologer og en ergoterapeut. Informantene fremhever relasjon som «*alfa og omega*» i samarbeidet med brukergruppen. Fagpersonene som ble intervjuet hadde mye erfaring og høy kompetanse, men gav likevel uttrykk for at de ikke mestrer alle utfordringene i møtene med de brukerne som hadde store rusproblem. Det at informantene så behovet for å jobbe med holdninger i møte med brukerne, ville kunne bidra positivt inn og balansere maktbalansen i relasjonen. «*Noe som innebærer at i relasjonen mellom bruker og hjelper ligger muligheten for en omfordeling av makt. En holdning som er uutalt i relasjonen, men som brukerne vil erfare*». (Finstad, 2010, s. 41)

Sørly (2017) har i sin artikkel hatt fokus på innsikt, og hentet data fra en større doktorgradsavhandling, der studien har hatt en sosialkonstruksjonistisk tilnærming. Formålet

med studien har vært å belyse de komplekse faktorene rundt forståelse av innsikt og innsiktsfremmende arbeid i fagfeltet, og hvordan dette gjør seg gjeldende i lys av fokus på brukermedvirkning. Her vises det til at bruker skal være aktivt deltagende i sin egen behandling, og at bruker blir sett på som et ansvarlig og rasjonelt menneske. Det vises til at hvis brukere opptrer vanskelig eller utfordrende, så kan vedkommende bli opplevd som en person som er irrasjonell og mangler innsikt. Artikkelforfatter mener at dette kan føre til at brukermedvirkning bli vanskelig. De ansatte har da definisjonsmakten på hva som er rett behandling, og ansvar blir fort overført til behandler og behandlingsapparatet (Solbjør et al., 2013, sitert i Sørly, 2017).

«Denne tilnærmingen opprettholder en paternalistisk tradisjon i fagfeltet, hvor de ansatte har ansvar for brukernes normalitet. Maktstrukturer opprettholdes ved at brukermedvirkning for brukere som mangler innsikt blir forstått som de ansattes utøvelse av hva som er til beste for den enkelte». (Sørly, 2017, s. 299).

Grønnestad & Sagvaag (2016) har i en studie studert LAR brukere sine erfaringer med LAR behandling. Studien er basert på dialog med personer under LAR behandling, der en av forskerne i løpet av ett år har samlet informasjon gjennom feltnotater og audioopptak. I studien blir det fra brukernes side avslørt forskjellige negative aspekter med LAR behandlingen. Tap av håp, stigma, «fanget» i LAR, og kontrollfunksjonen gjennom urinprøvetaking og utleveringsordningene kunne gjøre det vanskelig å ha en god og ærlig dialog med de ansatte. Noen brukere fortalte at det var veldig vanskelig å slutte med heroin, og gå over til bare LAR medisin. Kontrollfunksjonen i LAR fikk en sentral plass i oppsummeringen av studien. Brukerne mente at LAR hold dem på plass og forhindret dem i å ta tak i sine egne liv. Forskerne konkluderte med at kontrollen kunne ha negative konsekvenser for enkelte, og at en tilnærming til dette kunne kanskje være å ikke tenke rusfrihet. Heller gi de frihet til og aksept for at de ikke klarer å avstå fra å bruke illegale stoff, og bruke situasjonen når illegalt bruk blir avslørt, til å skape en dialog hvor dette er et «ufarlig» tema.

Det ble i 2015 gjennomført en kvalitativ studie som involverte 23 informanter med sentrale posisjoner ved forskjellige rusmestringsenheter i Norge (Ingarsdotter, 2015). Det var både ansatte på direktorat- og departementsnivå, psykologer, avdelingsledere, miljøterapeuter og fengselsbetjenter. Målet med studien var å fange de ansattes erfaringer og opplevelser av

rusbehandlingen innenfor fengselsmurene. Disse sentrene skal gi de innsatte behandling som gjør dem i stand til å mestre rusutfordringene og sin egen livssituasjon. Det skal også bedre samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen (KSF, 2008, sitert i Ingarsdotter, 2015). I noen av funnene i studien var det et tydelig fokus på rehabilitering, der de ansatte «fulgte» den innsatte og prioriterte å være med i prosessene rundt tilbakeføringsarbeidet. Dette handlet om å gjøre de i stand til å klare seg på egenhånd når de slapp ut. Enkelte av miljøarbeideren beskrev dette som til tider utfordrende, da de innsatte kunne ha en forventning om at de ansatte skulle ordne opp og gjøre mesteparten av jobben for dem. En av psykologene ved rusmestringsenhetene fortalte at rammene var gode og muligheten til å behandle ved disse sentrene hadde flere fordeler. De innsatte er rusfrie, kognitivt fungerende og de møter opp til avtalt tid. Miljøarbeid ble trukket frem som en viktig faktor i arbeidet med de innsatte. Her bruker de tid sammen med de innsatte ved tilberedning av måltider og når de spiser. De trener og drar på turer utenfor fengselet. Det ble hevdet at det lå en form for styring og kontroll gjennom det mellommenneskelige samværet.

«Jobben min er å være til stede i miljøet. Fange opp de tingene som skjer, konfrontere folk med hva de sier og måten ting blir sagt på. Men det handler også om å være til stede for folk når de trenger noen å prate med. Ivareta mennesket.» (Ingarsdotter, 2015, s. 520).

I en artikkel publisert av Ravndal (2009) peker forfatteren på det han mener er ansvarsfraskrivelse i LAR behandlingen. Han viser til at det er en økt medikalisering som går på bekostning av annet verdifullt arbeid som eksempelvis tiltak opp mot bolig, arbeid og nettverk. Dette arbeidet er helt nødvendig, da mange av disse brukerne ikke bare har et opiat problem, men gjerne store underliggende psykososiale problemer i tillegg.

«Om for eksempel LAR-klienter misliker de hyppige urinprøvekontrollene, er det ikke behandlerne som har vedtatt den aktuelle behandlingspolitikken, selv om det er de som er satt til å utøve den i praksis. Slik sett er det viktig at også klientene er i stand til skille de forskjellige makt- og kontrollnivåene fra hverandre, for å komme i posisjon for å få det beste ut av den aktuelle behandlingen.» (Ravndal, 2009, s. 78).

I en masteroppgave, med en kvalitativ metode som tilnærming og med semistrukturerte intervju av syv ansatte ved forskjellige LAR sentre i Bergen kommune, blir det pekt på forskjellige faktorer som kunne være utfordrende for de ansatte i det daglige arbeidet med LAR brukere (Berge, 2014). Her hevdes det at utilgjengelighet til ansvarspersoner, lege og spesialisthelsetjenesten kan være utfordrende. Det blir avdekket at det er et problem at det

til tider er svært vanskelig å få fatt i disse når det oppstår en situasjon som krever raske avklaringer, eksempelvis spørsmål knyttet til medisin og forandring av utleveringsordning. Dette handler om mangel på geografisk nærhet til disse tjenestene for de ansatte, men også mangel på forhåndsdefinerte og avtalte avklaringer mellom de forskjellige aktørene, eksempelvis fastlege, NAV og spesialisthelsetjenesten. Hvis en i enkelte situasjoner ikke får avklart situasjoner raskt, kan det til tider skape mye uro blant brukerne og mye ekstraarbeid for de ansatte. I den samme studien blir det også pekt på viktigheten av rutiner og forutsigbarhet for mottakerne av LAR. Spesielt blir det fremhevet hvor viktig det er med fokus på, og rundt medikamenthandtering, og forsvarligheten i forhold til denne.

Forskningen jeg har presentert, peker på forskjellige elementer i arbeidet med LAR. Faglig styrking på området blir nevnt, med et større fokus på tverrfaglighet. Stigma og negative holdninger overfor brukerne blir argumentert for å være en utfordring. Andre faktorer som eksempelvis ikke-helserelaterte oppgaver bør prioriteres i større grad enn hva som er tilfelle i dag. Relasjon og relasjonskompetanse er gjennomgående i studiene, og blir fremhevet som viktig i arbeidet med LAR. Kontrollfunksjonene og strukturen som ligger til LAR blir pekt på, både som en positiv og en negativ faktor, og vil nok være hensiktsmessig å se nærmere på. Organisatoriske og administrative betingelser som; bemanning, retningslinjer, samlokalisering/nærhet til andre viktige faginstanser og fysisk utforming av lokaler, kan det være et behov for å studere nærmere.

2.0 Teori

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for relasjon, rammer og ansvar og brukerperspektiv som teoretiske begreper. Rammer og ansvar blir presentert og knyttet til organisatoriske teorier og perspektiver. Alle begrepene har en sentral plass i studiet, da dette var tema som ble avdekket gjennom datamaterialet. Jeg velger å se det slik at disse begrepene til tider overlapper hverandre, og må til dels forstås og sees i sammenheng med hverandre. Eksempelvis vil ofte en forutsetning for å kunne stille krav til og ansvarliggjøre brukerne,

utfordre de på egen adferd, være tydelig på grenser og rammer, være avhengig av en god relasjon.

2.1 Relasjon

Slik jeg forstår begrepet relasjon så handler det om å relatere seg til noen, eller noe. Altså knytte eller binde seg. I følge Store Norske Leksikon (2020) er definisjonen på relasjon; *forhold, forbindelse, (årsaks)sammenheng eller samhörighet*. Å kunne etablere en god relasjon avhenger av flere elementer. Fra et ansatt perspektiv handler det om flere forskjellige faktorer, men den samlede profesjonelle kompetansen Skau (2017) er viktig for å få til et fruktbart samarbeid. Røkenes & Hanssen (2010) beskriver begrepet yrkeskompetanse, og definerer det som ens faglige ståsted og kjennetegnes ved at en innehar den nødvendige kompetansen for å kunne utøve sin profesjon på en forsvarlig og god måte. Røkenes & Hanssen (2010) peker på relasjonskompetanse som en av de viktige faktorene for å kunne forstå og forholde seg til de krav og utfordringer som møter en i forskjellige sammenhenger i det yrkesaktive liv. Videre blir det hevdet at relasjonskompetanse handler om å samhandle på en god og hensiktsmessig måte, og at en person som innehar denne kompetansen vil kunne kommunisere på en forståelig og meningsfull måte, uten å krenke den andre parten. «*En omfattende amerikansk undersøkelse blant allmennleger viser for eksempel at dårlig kommunikasjon mellom lege og pasient og manglende vektlegging av relasjonelle faktorer fra legens side er det største hinderet for effektiv behandling av alvorlig depresjon.*» (Schulman et al., sitert i Røkenes & Hanssen, 2010, s. 8). Det å kunne kjenne seg selv og sine egne styrker og svakheter vil være en viktig faktor for å kunne etablere en god relasjon til de brukerne en skal hjelpe (Skau, 2017). I figur 1 vises det til kompetansetrekanten som Skau (2017) bruker for å illustrere de forskjellige kompetansebegrepene, og hvordan disse samlet viser hvilke ferdigheter eller kvalifikasjoner en trenger å ha for å kunne utøve et yrke. Hun beskriver profesjonalitet som en sammensatt helhet. «*Spørsmål om hvilke perspektiver og holdninger vi skal møte andre mennesker med og deres lidelser finnes det ikke noe vitenskapelig kunnskap om. Dette er i større grad spørsmål om verdier, og her har ikke vitenskapen en privilegert posisjon.*» (Aarre, 2010, sitert i Skau, 2017, s. 56).



Fig 1

Spurkeland (2005, s. 23), skriver at: «*Tillit er bærebjelken i alle relasjoner.*» Videre sier han at gjennom repeterende og tillitsvekkende handlinger, og gjennom positive avhengighetsforhold, er tillit et resultat av interaksjoner og gjensidige nytteopplevelser. Det vil kunne være mange forskjellige faktorer som er avgjørende i for hvor stor grad en god relasjon mellom den rusavhengige og hjelper opprettholdes. Mangel på, eller brudd på tillit vil ofte utgjøre en betydelig risiko for en svekket relasjon (Spurkeland, 2005). Det vil også være viktig å ha muligheten til å trå inn som den trygge og kjente personen som kan være med på å stabilisere og prøve å berolige. Det blir forklart og beskrevet av Røkenes & Hanssen (2010), at relasjonskompetanse handler om å kjenne seg selv, og forstå opplevelser den andre har.

Parsons mønstervariabler definerer forholdet mellom parter i en relasjon (Schiefloe, 2010). Med utgangspunkt i disse variablene, beskriver han at det skilles mellom de primære og sekundære relasjonene. Nære relasjoner, som blir definert som primære, er styrt av at vi forholder oss til bestemte personer og er opptatt av alt ved disse personene. De sekundære befinner seg på den andre siden av skalaen, og blir definert som mer forretningsorienterte. Etablering av relasjoner blir ifølge Schiefloe (2010) delt inn i tre hovedfaser:

1. Innledningsfasen – innlede bekjenskaper, vurdering av andre, prøve og feile
2. Interaksjons- og vedlikeholdsfasen – finne måter å forholde seg til hverandre, nærhet og gjensidige forpliktelser
3. Nedbyggingsfasen – manglende interesse for hverandre, andre ting i livet som opptar en

Ravndal (2000) trekker frem balansen mellom kontrollfunksjon en er gitt som profesjonsutøver og hvordan en til enhver tid utøver denne i et behandlingsforløp, og at kontrollaspektet ikke blir det dominerende i relasjonen. Han viser til Foucault (2002) som beskriver den skjønsmessige utøvelsen av makt på den ene siden og omsorg/tillit på den andre. Der bruker oppfatter denne skjønsmessige utøvelsen som at en blir vist omsorg og tillit, har en det som blir kalt *produktiv makt*. *Repressiv makt* blir det kalt viss denne utøvelsen blir oppfattet som krenkende og som et overgrep, eller maktmisbruk.

«Jo mer kontroll fra behandlingsapparatet/behandleren, jo mer avmakt for den rusavhengige. Samtidig er det slik at det primært er i den enkelte behandler-klient relasjonen at mulighetene for vekst og utvikling ligger. Og dette er ingen liten utfordring også sett fra behandlernes side –gitt rammene for relasjonen.» (Ravndal, 2009, s. 78).

2.2 Organisasjonen i velferdsstaten – rammer og ansvar

For å prøve å belyse det som omhandler temaene rammer og ansvar, vil det være hensiktsmessig å ta med organisasjonsteori og hvilken plass rollen til helsepersonell har i denne sammenheng.

En definisjonen på begrepet organisasjon er: *«eit medvite, stabilt og målretta samarbeid mellom menneske»*. (Djupvik & Eikås, 2010, s. 17). Helsepersonells arbeidshverdag består i å organisere og lede eget og andres arbeid. En grunnleggende forståelse av hvordan en organiserer og leder, kan bidra til en bedre brukerbehandling (Ingstad, 2019). Det blir videre vist til at grensene for hvem som utfører hvilke arbeidsoppgaver, varierer og forandres, og at mye av oppgavene siste årene er lagt til førstelinjen i organisasjonen på grunn av merarbeid på mellomlederrollen. *«En antar at menneskers holdninger og handlinger påvirkes, formes og skapes av trekk i organisasjonen.»* (Jacobsen og Thorsvik sitert i Linde & Nordlund, 2010, s. 83).

Arbeidstakere jobber og er underlagt mange forskjellige rammer i det daglige. Dette kan være juridiske, strukturelle, demografiske og sosialpolitiske rammer (Linde & Nordlund, 2010). Det blir videre pekt på at disse kan være styrt av lovverk, forskrifter og stillingsinstruksjoner. Disse vil igjen ha betydning for hvordan den praktiske gjennomføringen i form av ressurser eller mangel på sådan, tilgang på fagkompetansen og fysiske tilrettelegginger kan lette, eller vanskeliggjøre arbeidshverdagen for tjenesteutøvere. Hvis en skal være minst mulig avhengig av overordnede ledere som til enhver tid skal fortelle hva en skal gjøre i den daglige samhandlingen og interaksjonen med brukere, så må handlingsrommet og rammene være avklart og forstått (Bredland, Linge, & Vik, 2006). Begrepet krysspress er brukt i en forklaringsmodell der ansatte som skal være utførere av politikken overfor innbyggerne i et samfunn, opplever en rekke med motstridende målsetninger i grenselandet mellom administrasjon og politikk (Järvinen & Mik-Meyer, 2012). Førstelinjen i kommunene blir beskrevet som «*street level bureaucrats*» (Lipsky, sitert i, Järvinen & Mik-Meyer, 2012, s. 167). Her oppsummerer de hvordan en må forholde seg til den juridiske lovgivning, og forventinger om hvordan en anvender denne. Så skal en forvalte i henhold til gjeldende regler og forskrifter. I tillegg må en tilpasse seg arbeidsplassens organisatoriske struktur og forvaltningspraksis, på en slik måte at det ikke kommer i konflikt med ens egen faglige integritet (Järvinen & Mik-Meyer, 2012). Rammen(e) som i utgangspunktet skulle være et støttende fundament, kan bli til en konfliktfull kontekst (Järvinen & Mik-Meyer, 2012). Det blir poengtert at god administrasjon i en organisasjon reflekteres i kvaliteten som gis i form av tjenester eller produksjon av produkter (Martinsen, 2016).

Lai (2017) peker på de organisatoriske idealkravene og fremhever verdien i medarbeidernes kilder til informasjon. Her blir det vist til at disse ofte har den beste innsikten i hvordan ting blir gjort, og hvilke utfordringer en har og som må gjøres noe med. Det vil være forskjellige meninger og tanker om hvordan oppgaver skal og bør løses, og hva en vil se på som det beste alternativet (Lai, 2017).

Järvinen & Mik-Meyer (2012) peker på at rammene som velferdsstaten setter, har en påvirkende kraft i forhold til det arbeidet som blir gjort, samt at de legger føringer for forståelsen til yrkesutøverne. Dette har igjen en konsekvens for det klientnære arbeidet som blir utført. Forfatterne beskriver videre hvordan samfunnet har utviklet seg de siste årene,

med en økning i antall ansatte i hjelpeapparatet, samt en økning i antall mennesker som har et større eller mindre hjelpebehov. De peker på at en som yrkesutøver har gått fra å være ekspert til å være tilrettelegger, noe de definerer som «nye profesjonelle identiteter». Det skal tilrettelegges og skapes de beste rammer for at innbyggerne selv kan løse sine problemer. De profesjonelle forventes å veilede brukerne til selvstyring og ansvarliggjøring (Järvinen & Mik-Meyer, 2012, s. 18). Forfatterne peker videre på at ansvarsområdet til de profesjonelle ikke reduseres i takt med en økning i innbyggernes ansvarsområder. Tvert imot hevder forfatterne. De mener at dette skyldes at de forskjellige delene av velferdsstaten er blitt mer omfattende og diffuse. Det vil være begrensinger i innbyggernes selvbestemmelse, og autonomien til innbyggerne vil være uproblematisk så lenge de er samarbeidsvillige, ansvarsfulle og risikobeviste (Järvinen & Mik-Meyer, 2012)

2.3 Brukerperspektiv

Järvinen & Mik-Meyer (2012) definerer begrepet neoliberalisering som en terminologi knyttet til de praksisformer og profesjonelle idealer som har utviklet seg de siste årene gjennom velferdsarbeidet. Her hevder de at brukeren ikke skal være en passiv mottaker av de tilbud som velferdsstaten har å gi, men heller en initiativtaker og sin egen drivkraft i forandringsprosessene. Bredland, Linge, & Vik (2006) peker på at den store utfordringen er relatert til vår evne til å få brukeren delaktig i sin egen rehabiliteringsprosess, og at denne er avhengig av god samhandling mellom mottager og den som gir tjeneste.

I en artikkel som omhandler brukermedvirkning stiller Askheim (2009) spørsmål om brukermedvirkning gjelder bare for de «*verdige trengende*». Empowerment er å anse som en mekanisme for at personer skal kunne komme seg ut av en avmaktssituasjon. Her handler det om å mobilisere og få større kontroll og styring over eget liv (Askheim, 2008). Han bruker begrepet Empowerment for å beskrive denne som en viktig tilnærming i den demokratiske, nytteorienterte eller den instrumentelle brukermedvirkningen (Andreassen, 2006, sitert i Askheim, 2009). Forskjellen her ligger i at det instrumentelle er et verktøy i brukermedvirkningen til å oppnå et annet mål. Dette kan være aktivitet, arbeid eller rusfrihet. Den demokratiske og nytteorienterte handler om retten til innflytelse over sitt eget liv og anerkjennelse av ens borgerstatus. Det blir gjerne sett på som at medvirkningen har en verdi

i seg selv. I artikkelen til blir det referert til flere informanter, og en av dem sier: «*Det nytter ikke å fortelle dem noe annet enn det som står i pensum og lærebøker*» (Thommesen, 2008 sitert i Askheim, 2009 s. 321-329). Videre beskriver Askheim (2009) begrepet «rankism» som blir definert som en fellesbetegnelse for misbruk av makt, da knyttet til rang. Med dette menes at enkelte personer eller grupper blir definert til å ha større verdighet enn andre. Hans påstand i artikkelen er at brukermedvirkning er en tom frase, og han stiller spørsmål ved om mangel på brukermedvirkning er relatert til at vi ser på disse brukerne som mindreverdige, og om denne holdningen overfor de rusavhengige påvirker tilbudet som blir gitt til disse menneskene.

3.0 Metode

Jeg har valgt å bruke en kvalitativ forskningsmetode for å undersøke hvilke forutsetninger de kommunalt ansatte opplever er sentrale i utlevering av LAR medisin og for den direkte brukerkontakten, slik at de klarer å få til en god samhandling med brukerne i LAR. Malterud (2017) beskriver kvalitativ metode som: «*Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innenfor sin naturlige sammenheng*». Valget av kvalitativ metode ble gjort med utgangspunkt i ovennevnte kriterier. Det var viktig å få belyst konkrete erfaringer og opplevelser de ansatte har i dette arbeidet, og fokusgruppeintervju ble vurdert til å være den mest hensiktsmessige metoden med tanke på hva jeg skulle undersøke. Jeg valgte derfor fokusgruppeintervju for å samle inn nødvendig data. I et fokusgruppeintervju er hensikten å samle data fra en mindre gruppe med mennesker om et angitt tema (Lerdal & Karlsson, 2008). Gjennom denne intervjuformen ønsker en å innhente deltakernes opplevelser og oppfatninger av utfordringer i tilknytning til det som tematiseres. En ønsker å tilegne seg kunnskap som kan gi en bedre forståelse av meningsdannelse i en gruppe (Lerdal & Karlsson, 2008).

3.1 Kvalitativ forskningsmetode og vitenskapsteori (hermeneutikk og fenomenologi)

Å kunne fortolke hvilken betydning intervjupersonens livsverden har og hvilket forhold vedkommende har til eget liv og dens forhold til omgivelsene, er det essensielle i det kvalitative forskningsintervjuet (Dalland, 2012). Basert på dette vitenskapssynet, og at dette

passet inn i min tilnærming til hvordan jeg ønsket å innhente data, så valgte jeg en kvalitativ tilnærming, der studien ble gjennomført med et fenomenologisk hermeneutisk vitenskapssyn. Videre i teksten er det en mer utfyllende beskrivelse av hva som ligger til de forskjellige begrepene, og hvordan disse må forstås i sammenheng med hverandre.

Fjelland (2012) beskriver hermeneutikken og den hermeneutiske sirkel. Hvordan en tolker informasjon, og gjennom en dypere og repeterende gjennomgang av materialet vil kunne oppleve en utvidet forståelse og finne meninger som nødvendigvis ikke lot seg avsløre i begynnelsen, og hvordan denne vitenskapen er «forstående» i motsetning til den årsaksforklarende naturvitenskapen.

I fenomenologien er hovedfokuset på hvordan intervjuobjektet opplever verden gjennom sitt eget perspektiv, altså det som kommer til syne gjennom fortellinger og beskrivelser. Det er en beskrivende (deskriptiv) feminologi som prøver å belyse adferd, tanker og følelser (Dalland, 2012). I fortolkningsprosessen vil del og helhet hele tiden være i vekselvirkning til hverandre. Frem og tilbake, der en endelig forståelse av sammenhengene vil belyse helheten i materialet (Thommasen sitert i Dalland 2012, s. 57). Disse vitenskapsteorien må sees i sammenheng, og en feminologisk-hermeneutisk tilnærming var min forankring i studiet.

Med utgangspunkt i dette var målet å belyse hva som er sentrale faktorer og forutsetninger for å etablere en god i samhandling med LAR brukere i utleveringssituasjoner og i den direkte brukerkontakten, og å prøve å se om jeg kunne bidra til en økt forståelse og kunnskap rundt behandling og oppfølging av denne brukergruppen.

3.2 Fremgangsmåte og utvalg

Et inklusjonskriterie i utvalget av respondenter var at de i mer, eller mindre grad var direkte involvert i utlevering av LAR medisin. De kunne uavhengig av dette, ha flere arbeidsoppgaver eller roller knyttet til tjenestemottagerne, men ovenstående var en klar forutsetning. I utvelgelse av steder, falt valget mitt på to avdelinger i to forskjellige kommuner på vestlandet. Begge kommunene var i samme størrelsesorden hva gjaldt innbyggertall. Grunnen til at valget falt på disse, var at jeg hadde en forkunnskap om at disse

kommunene hadde forskjellige måter å organisere utleveringen av LAR medisin på, både hva gjaldt lokaliteter som ble brukt, hvilke avdelinger i det kommunale hjelpeapparatet som var involvert i utdeling av LAR og hvordan det ble gjort. Med forkunnskap om disse variablene, ble disse kommunene valgt med et håp om at jeg kunne sitte igjen med et rikere datamateriale.

Jeg tok kontakt på e-post med respektiv leder på to forskjellige avdelinger som hadde utlevering av LAR, og spurte om de kunne finne fire til seks informanter til intervjuet.

Det endte opp med at jeg ble tildelt fem informanter til det første intervjuet (kommune 1), og fire informanter til det andre intervjuet (kommune 2). I intervjugruppe en var det fire kvinner og en mann. Her var det nok litt uheldig at den kjønnsmessige fordelingen var så skjev, men avdelingen var slik personalmessig sammensatt at det var vanskelig å få gjort noe med det. Alder varierte fra 25 til 55 år. Her var fagprofesjoner som sosionom, barnevernspedagog og sykepleier representert. Noen hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid, geriatri og rus og rusproblematikk. Tre av disse jobbet nå bare med utlevering av LAR medisin, mens de to andre hadde en bredere og lengre erfaring i både utlevering, samt i et klinisk og miljøterapeutisk arbeidet med denne brukergruppen. Disse hadde også rolle som primærkontakter og/eller koordinatore. I den andre intervjugruppen ble jeg tildelt fire informanter. Her var det kjønnsmessig fordelt på to kvinner og to menn. Alder varierte fra 35 til 60 år. Av profesjoner var det vernepleiere, sosionom og sykepleiere representert i denne gruppen. Av videreutdanning hadde de psykososialt arbeid, psykisk helsearbeid, idrett og rus og rusproblematikk. Alle disse jobbet både med utlevering og oppfølging av brukere til dagen. De hadde roller som primærkontakter og/eller koordinatore.

I intervjugruppe 1 var det ansatte fra hjemmesykepleien som også leverte ut LAR medisin. Disse hadde bare denne oppgaven i tillegg til å administrere medikamentene. Dette var ikke tilfelle i intervjugruppe 2. I intervjugruppe 2, hadde de mer tilrettelagte lokaliteter, skjermet fra andre avdelinger, brukere og annet helsepersonell. De hadde også mulighet til å praktisere en større kontroll i selve utleveringsfasen, både på grunn av ovennevnte og at de

hadde en annen og tettere oppfølging av brukerne enn enkelte av de andre respondentene i intervjugruppe 1.

Jeg utarbeidet en intervjuguide etter en semi – strukturert mal, og det ble gjennomført to semistrukturerte fokusgruppeintervjuer. Valget falt på denne intervjuformen, da jeg ønsket å få frem informantenes egne beskrivelser og opplevelser av arbeidssituasjonen. Samtidig ønsket jeg at gruppen, i løpet av intervjuet, ville initiere dialoger og supplere eller korrigere hverandre underveis, med et håp om å kunne få frem et stort og variert datamateriale. Semistrukturerte fokusgruppeintervju er en intervjuform som er god når vi skal få fram holdninger, erfaringer og synspunkter i miljø der mange mennesker omgås og samhandler (Malterud, 2017). Samtidig åpner semistrukturerte intervju opp for en mere åpen dialog, der opplevelser og tilbakemeldinger ikke nødvendigvis er styrt av forhåndsutformede spørsmål. Intervjuguiden er et verktøy for å lede en gjennom et intervju, og skal være en hjelp til å huske de temaene som skal presenteres i intervjuet (Dalland, 2012). I slike gruppesammensetninger vil samhandling mellom deltakerne gi en annen innsikt enn ved individbaserte intervju. Jeg hadde utarbeidet noen forhåndsdefinerte spørsmål, og brukte disse spørsmålene til å strukturere samtalen hvis en beveget seg bort fra tematikken. Eksempel på spørsmål var:

- Hvilke erfaringer har dere i arbeidet med LAR brukere?
- Hvilke egenskaper og kvaliteter anser dere som viktig i arbeidet med LAR?
- I hvilke situasjoner opplever dere at dere er trygge og sikre i deres arbeid?
- Har dere eksempler på situasjoner som har vært krevende i arbeidet med LAR brukere?

Jeg opplevde til tider at svarene jeg fikk åpnet opp for oppfølgingsspørsmål og gjerne nye spørsmål som avdekket nye tema og nye perspektiver rundt det jeg i utgangpunktet var ute etter. I tillegg hadde jeg et ønske om at det ble en dialog mellom informantene, der de både bekreftet og korrigerter hverandre underveis. Dette opplevde jeg ganske tidlig i intervjuene, og sier kanskje noe om at informantene opplevde en gjensidig trygghet og respekt hos hverandre. Ved å stille åpne spørsmål opplevde jeg også at dialogen gikk lettere, og at informantene etter hvert hadde mye å dele. Thagaard (2009) beskriver også prober som et viktig element i de semistrukturerte intervjuene. Prober er i denne sammenheng anerkjennende verbale eller nonverbale tilbakemeldinger til informantene. Poenget med disse er at det er et signal om at det er av interesse det som blir formidlet, og at en gjerne

ønsker mer informasjon gjennom eksempelvis oppfølgingsspørsmål; «kan du si mer om ...» eller «Fortell om ...». Jeg prøvde å være bevisst på probene som Thagaard (2009) beskriver. Jeg nikket til tider anerkjennende dersom jeg opplevde informasjonen relevant, og ba gjerne om mer utfyllende informasjon om dette. Til tider kunne jeg fortsette temaet med: «Flott, kan du og gi eksempel på dette?» «...tenker du at det handler om.....?».

3.3 Gjennomføring av intervju og transkribering

Intervjuene ble avholdt fortløpende med bare noen dagers mellomrom. Jeg hadde på forhånd avklart med lederne i de respektive kommunene, plass og tidspunkt for intervjuet. Diktafon ble brukt under hele intervjuet. Intervju nummer en varte i 1 time og 15 min., mens intervju nummer to varte i 1 time og 3 min. Hvert intervju ble i etterkant transkribert. Når man transkriberer, så omgjør en fra muntlig opptak til tekst. Når en skriver ned ord for ord av det som er sagt, så er det en mulighet for å oppleve intervjuet «på nytt» (Dalland, 2012). Etter transkriberingen satt jeg igjen med totalt 33 sider tekst. Det var en stor mengde av data som skulle systematiseres, bearbejdes og brukes som grunnlag i det videre arbeidet med oppgaven.

3.4 Analyse

Dalland (2012) sier noe om at gjennom analysen skal vi finne ut hva intervjuet forteller oss, og gjennom tolkningen søker vi å finne en mening i den informasjonen som er fremkommet. Jeg valgte å bruke Malterud sin tilnærming i analysen, som da er en systematisk tekstkondensering. Dette er også en metode for tverrgående analyse og den kan brukes på mange typer empiriske data, deriblant data fra fokusgruppeintervju (Malterud, 2017). I følge Malterud (2017) er systematisk tekstkondensering egnet for å gi nybegynnere en innføring i analyseprosessen, og hvordan denne kan gjennomføres på en god og overkommelig måte. Prosessen rundt den systematiske tekstkondenseringen er delt opp i fire forskjellige steg. Jeg vil gi en kort innføring i dette her, slik at leseren kan få en bedre forståelse av hvordan jeg har kommet frem til de resultatene som analysen er fundert på. For å kvalitetssikre analyseprosessen hadde jeg midt i denne prosessen et analyseseminar sammen med min veileder. Der diskuterte vi oss frem til, og avdekket nye detaljer og nyanser i analysen

(Malterud 2017). Veilederen hjalp meg til å både avgrense temaene og selektere meningsbærende enheter, og vi diskuterte sammen de forskjellige temaene opp mot problemstillingen.

Trinn 1: Det er ikke rom for egne tolkninger og egen forforståelse må legges til side i denne prosessen (Malterud, 2017). Hele det transkriberte materialet ble lest gjennom flere ganger og foreløpige temaer ble skrevet ned. Her endte jeg opp med åtte forskjellige temaer. Det ble tidlig tydelig at de forskjellige temaene som jeg identifiserte først, inneholdt tilsvarende og identiske koder/elementer som gjorde til at jeg kunne samle disse, og avgrense antall tema. Etterhvert ble temaene redusert til fire temaer: *rammer*, *kunnskap/kompetanse*, *utlevering*, *ansvar*. Malterud (2017) argumenterer for at en bør holde seg til fire til åtte forskjellige temaer.

Trinn 2: Her skal en finne de meningsbærende enheter som er knyttet til temaene (Malterud 2017). Hun deler prosessen videre opp i arbeidet med å gjøre om fra tema til koder og kodegrupper. Kodene blir brukt til å identifisere og sortere meningsbærende enheter videre i kodegrupper. Eksempel på koder jeg hadde var: *agresjon*, *relasjon over tid*, *dårlige rutiner*, *mindre uro*, *betre tid*, *kven er kven?* Her hadde jeg etter hvert et rikt utvalg under de forskjellige temaene, og etter hvert som jeg leste teksten igjen og igjen, og fikk «flyttet» og sammenfattet de forskjellige kodene, begynte det etterhvert å danne seg et bilde av hva jeg kunne bruke. Jeg hadde med meg fra trinn 1 åtte forskjellige temaer, som etter hvert ble redusert til fire. Etter gjennomgang med veileder, endte jeg opp med at de fire temaene ble forandret til tre kodegrupper: *rammer*, *relasjon* og *ansvar*.

Trinn 3: I dette steget skal en abstrahere innholdet i de meningsbærende enheten, og utelukke de delene av teksten som en ikke finner meningsbærende (Malterud, 2017). Kodegruppene kan bli forandret underveis i dette arbeidet - med nye innspill og ideer, men de jeg fant i steg to ble stående. De forskjellige kodegruppene blir delt i forskjellige subgrupper, og sammenfattes til et kondensat – et kunstig sitat, for hver subgruppe (Malterud, 2017). Disse utgjør da analyseenheten. En del av subgruppene var sammenfallende, og ble slått sammen. Kondensatet summerer opp informantene sin stemme om det fenomenet som akkurat den ene subgruppen forteller om (Malterud, 2017). Under følger et eksempel på kondensat:

«Jeg opplevde vel i starten så kjente ikke de oss. Skal jeg bli kjent med disse brukerne, så må jeg bli det over tid. Jeg kan ikke bare komme inn en gang i mnd eller hver 14 dag. Det tar veldig lang tid å få trygge og gode relasjoner. Får jeg tid til å bygge den relasjonen, da kan den jo tåle mye mere.»

Trinn 4: Til slutt skal tekstene re-kontekstualiseres igjen. De forskjellige kondensatene blir brukt til å skrive en analytisk tekst for hver sub- og kodegruppe (Malterud, 2017). Jeg bruker «gullsitat» som overskrift i de fleste avsnittene. Disse er direkte sitat slik informantene sa det under intervjuene.

3.5 Kvalitet i studiet – reliabilitet og validitet

Thagaard (2009) snakker om reliabilitet og validitet i den kvalitative forskningen som noe som er knyttet til tolkning av data. Reliabilitet blir i forskningen forstått til repliserbarhet, og da gjerne opp mot den kvantitative tilnærmingen. Thagaard (2009) stiller likevel spørsmål om reliabilitet er relevant i den kvalitative forskningen, da resultatene skal ses uavhengig av tilknytninger mellom forsker og de som studeres. Videre argumenterer Thagaard (2009) med at i forskningen der mennesker forholder seg til hverandre, kan ikke forskeren defineres som uavhengig av informanten. Likevel påstår Thagaard (2009) at begrepet kan brukes opp mot den kvalitative forskningen, og argumenterer for dette med at forskningen skal være utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte, slik at den fremstår troverdig. Gjennom validiteten kan en vurdere om resultatene av forskningen representerer virkeligheten som blir studert. Begrepet validitet kan videre brukes der en kan stille spørsmål ved om de tolkninger en har konkludert med, er gyldige sett opp mot den virkeligheten vi har studert og som er presentert gjennom informantenes beskrivelser (Thagaard, 2009). Det som undersøkes og måles må være relevant og ha gyldighet overfor det problemet som blir undersøkt (Dalland, 2012).

En av betingelsene for at dataene i dette studiet skal ha validitet, må være at respondentene jobber i direkte kontakt med LAR brukere. Dette var også en forutsetning for valg av informanter. Begrensinger i validiteten kan ligge i at informantene tilhører et begrenset geografisk område, og jobber i små til mellomstore kommuner, med forholdsvis små avdelinger med få ansatte sammenlignet med større kommuner og større fagmiljø. Thagaard

(2009, s. 203) peker også på forskernes validitet i ulike sammenhenger. Da spesielt med tanke på tilknytning til miljøet som studeres. «Når forskeren i utgangspunktet er innenfor miljøet, får han eller hun et særlig godt faggrunnlag for forståelse av de fenomenene som studeres». «På den andre siden kan tilknytning til miljøet føre til at forskeren overser det som er forskjellig fra egne erfaringer». Det som Thagaard (2009) her beskriver samsvarer med mine egne tanker og opplevelser i prosjektet. Spesielt måtte jeg opptre kritisk overfor meg selv i forhold til min forforståelse og kunnskap til området fra egen praksis. Det var lett å kjenne seg igjen i mye av det informantene beskrev, og jeg måtte kontinuerlig gjøre vurderinger i forhold til mine egne subjektive holdninger og min egen forståelse og kunnskap på feltet. Det å stille åpne og ikke-ledende spørsmål, var viktig i dette prosjektet.

3.6 Ethiske betraktninger

I forkant av utsendelse av informasjonsskriv søkte jeg NSD (Norsk senter for forskningsdata) og fikk godkjenning for prosjektet (vedlegg 1). Deltagerne i studien fikk tilsendt et informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 2) i forkant, slik at de skulle være forberedt. Før selve intervjuet startet, hadde vi en presentasjonsrunde og informantene ble informert om bakgrunnen for prosjektet. De fikk utlevert hvert sitt intervjuguide (vedlegg 3) og ble gjort oppmerksomme på at de kunne trekke seg fra intervjuet og studien når som helst.

Hvem har rett til å tolke data i forskningsprosjektet? Dette blir av Thagaard (2009) beskrevet som en av de større etiske dilemmaene i forhold til de data som skal presenteres. Jeg som forsker vil ha en større innflytelse i prosessen rundt analyse og tolkning av data, enn informanten. Forskerens perspektiv vil være annerledes, i og med at en studerer informantens situasjon fra utsiden. Dette kan virke både provoserende og fremmedgjørende (Thagaard, 2009). Jeg har vært nødt til å ta disse betraktningene underveis, og prøve å skape et skille mellom mine egne refleksjoner og perspektiver og informantens forståelse av situasjonen. Her kommer en litt tilbake til min egen forforståelse av miljøet og det arbeidet som blir gjort. Det er viktig at jeg ikke legger premisser for tolkningen av data med bakgrunn i min egen erfaring og forståelse. For å unngå dette, har det vært viktig å prøve å finne forskning og teori som underbygger det som kommer frem i dataene, slik at jeg begrenser meg selv i å bruke min

egen forståelse og opplevelse. Maktbalansen her kan fort bli forskjøvet, og jeg som forsker sitter i all hovedsak med makt over informasjonen som blir presentert (Thagaard, 2009).

4.0 Resultater

Gjennom analysearbeidet kom jeg frem til tre temaer. Disse var relasjon, rammer og ansvar. Selv om de to intervjugruppene hadde forskjellige forutsetninger og jobbet ulikt opp mot denne brukergruppen, så utkrystalliserte disse temaene seg blant informantene. Uavhengig av bakgrunn, erfaring, formalkompetanse, kjønn og alder, så presenterte informantene betydningen av relasjon og relasjonsbygging som det viktigste elementet i arbeidet med denne brukergruppen. Dette gjaldt også de forskjellige kriterier for å kunne bygge og bevare en god og varig relasjon. Hvilke rammer var avgjørende for å få til gode utleveringsordninger, og hvem hadde ansvar i de forskjellige situasjonene? Hvordan var arbeidet organisert og hvilke forskjellige rammebetingelser lå til grunn for arbeidet som ble utført? Begge gruppene var tydelige på at en god og varig relasjon hadde betydning for hvordan brukerne forholdt seg til rammene rundt utdeling av LAR medisiner, og muligheten til å få til et konstruktivt samarbeid. Det ble også pekt på rammer og ansvar. Disse elementene var gjennomgående temaer i begge gruppene, da med enkelte nyanser.

Likevel oppdaget jeg i løpet av intervjuene og arbeidet med studien, at det var elementer som var ulike i større eller mindre grad. Og spesielt en faktor som skilte seg ut, var selve organiseringen av utdelingen av LAR medisiner. Min forkunnskap om dette, var også et av utgangspunktene for at jeg valgte akkurat disse to avdelingene.

4.1 Relasjon – en viktig faktor i arbeidet

Informantene snakket om relasjon og at en god relasjon var avgjørende for å få til en god samhandling med brukerne. De pekte også på at gode relasjoner skapte trygghet og forutsigbarhet i arbeidet, mens mangel på eller fravær av gode relasjoner kunne utfordre samspillet i mye større grad. Det ble også argumentert for at en god relasjon gjorde det lettere å komme i posisjon for å hjelpe. Da gjerne gjennom gode og fruktbare samtaler. Slik jeg tolket

informantene når de snakket om relasjon, så var det fokusert på gode og positive relasjoner. Eller mangel på disse. Det ble ikke diskutert dårlige eller negative relasjoner.

«Det viktigste er relasjonen mellom dei som jobbar der og dei som er der» (mann 38 år, kommune 2)

I dette utsagnet blir det vist til relasjonen mellom de ansatte og brukerne, og det speiler i stor grad det som kom frem gjennom dataene. Faktorer som bidrog til gode relasjoner var mye det samme også. Tett og varig oppfølging. Samhandling på tvers av profesjoner og etater. En kunne bruke utleveringssituasjonen til å prate og samhandle, og avtale møte med andre aktører som NAV og lege. I kommune 1 var det enkelte av de ansatte som ikke hadde daglig oppfølging, og heller ikke hadde noen utvidet rolle utenom det å levere ut medisin. Disse opplevde i mindre grad en relasjon til brukerne, slik det fremkom fra noen av de andre informantene. De hadde ikke den samme rollen og hadde hverken tid eller forutsetninger for å kunne bidra inn i livet til brukerne på samme måte som de andre ansatte.

«Ikkje utrygg handler om relasjon» (Kvinne35, kommune 2)

Informantene snakket om viktigheten av gode relasjoner, og at relasjonen skaper trygghet i arbeidet med brukerne. I begge intervjuene ble det sagt at relasjonene er bygd opp over tid, og at trygghet og tillit mellom bruker og ansatt manifesterer seg gjennom treff- og samhandlingspunkt. Disse treffpunktene kunne være i samhandling med andre aktører, som NAV eller lege. Det kunne være i forbindelse med hjelp til praktiske gjøremål, eller det kunne være i forbindelse med måltidsituasjon, slik de hadde et tilbud om i kommune 2. De som bare hadde utlevering av LAR medisin, opplevde ikke denne tryggheten i like stor grad. På grunn av korte treffpunkt under selve utleveringen og mange forskjellige ansatte, fikk de ikke muligheten til å bli kjent med brukerne på samme måte som de andre informantene. Samtidig snakket de om stigma av brukergruppen, og at enkelte brukere utløste en frykt hos disse informantene gjennom selvopplevde hendelser eller ved at de hørte rykter på hjemplassen. De hadde et ønske om å få mer tid til å bli kjent med brukerne. Få og korte treffpunkt ble presentert som en av utfordringene i å bli bedre kjent med brukerne. Det eneste kontaktpunktet de ofte hadde, var ved utlevering av medisin, og de fikk ikke mulighet til å bli

kjent med bruker og dens reaksjonsmønster. Ei heller fikk de bygget en god nok relasjon til at de fikk opparbeidet seg en forståelse av hvordan de skulle møte hver enkelt.

«...dersom eg kjem i ein god relasjon til vedkommende så kan eg ha spurt om ka som helst.»

(Kvinne 47, kommune 1)

Enkelte av informantene snakket om de forskjellige møtene, og at disse kunne være vanskelig. Brukere sliter i perioder med sidemisbruk og er preget av et større og mer omfattende rusmisbruk når de treffer vedkommende. Arbeidssituasjon eller mangel på arbeid kunne være utslagsgivende. Problemer og utfordringer i forhold til nettverk - familiære eller sosiale, kunne også bidra negativt inn i livssituasjonen til bruker. Flere informanter påpekte viktigheten av å ha gode relasjoner og det å være den signifikante andre. Dette var for mange brukere et holdepunkt i hverdagen og et viktig element for å mestre hverdagen. Den gode og trygge relasjonen åpnet også opp for at en kunne få etablert gode samtaler der en gjerne kom i posisjon til å snakke om andre ting enn bare det hverdagslige. En av informantene snakket om det å være ekte. Med det mente vedkommende at det var viktig at de ansatte var ekte og troverdige i møtet med brukerne. Informanten sa at mangel på ektehet og troverdighet fort ble gjennomskuet av brukerne, og at dette kunne føre til at det tok mye lengre tid å bygge en god og trygg relasjon. En informant gav uttrykk for at arbeidet med denne brukergruppen hadde hjulpet vedkommende til å endre seg og sin måte å tilnærme seg brukerne. Informanten hadde blitt mer bevisst på hvordan en kommuniserte og møtte brukerne, og hvordan en hele tiden måtte tilpasse seg og justere sin egen adferd inn i samspillet med disse menneskene. Det å legge bort *«bedreviter holdning»* og møte de med respekt og ut ifra de ressurser, begrensinger og forutsetninger som de har, var viktig i arbeidet med disse brukerne. Informanten kunne fortelle at dette var en kontinuerlig prosess, og graden av forandringer og/eller justering var ofte avhengig av brukerens dagsform. Det ble også sagt noe om at de ansatte var forskjellige, og at for enkelte brukere kunne det være vanskelig å tilpasse seg dette. Likevel mente informantene at det å ha ansatte i avdelingen med tilknytning til brukere over tid, gjorde til at disse problemstillingen ble mer eller mindre utvisket etter hvert.

I intervjugruppen fra kommune 2, ble det også sagt at relasjonen mellom de ansatte var en avgjørende faktor i arbeidet. En god relasjon skapte trygghet i gruppen og en trengte ikke tvile

på at en fikk støtte i situasjoner der det var nødvendig. Trygghet i personalgruppen signaliserte også trygghet ut til brukerne, og det ble da lettere å regulere uakseptabel adferd hos de brukerne som tidvis utviste denne og som hadde vanskeligheter med regulere dette på egenhånd. Det å vite at en til enhver tid har en kollega i umiddelbar nærhet og vite at en kan stole på denne, ble fremhevet som et viktig punkt i dette arbeidet. Det ble i begge intervjuene pekt på elementer som kunne potensielt kunne skape usikkerhet og utrygghet i forskjellige situasjoner. I den ene intervjugruppen ble det pekt på situasjoner der en hadde inne vikarer eller studenter. Her sa den ene informanten at det kunne være noen ganger at en hadde følt seg litt usikker, og at det handlet om at de (vikar, student) som vedkommende hadde med seg, ikke kjente brukerne og at en ikke var trygg på vikaren eller studenten som var med.

Den ene gruppen hadde ansatt en erfaringskonsulent som hadde jobbet der noen dager i uken i en periode. Det ble fremhevet som svært positiv og hadde gitt en ny dimensjon inn i avdelingen. Denne ble på en måte en forsterkende del i bindeleddet mellom brukerne og de ansatte.

4.2 Rammene rundt utleveringsordning

Organisering og prosedyrer rundt utlevering skilte seg ut i de to kommunene. Her fremkom det at lokaliteter, prosedyrer og retningslinjer var forskjellig. Det ble også pekt på forskjeller i hvordan de organiserte bemanningen. I kommune 2 hadde de også utvidede tilbud utover selve utleveringen.

«Så eg føle at heile ramma rundt den her utdelinga, e ikkje god.....» (Kvinne 55, kommune 2)

I intervjuene ble det tydelig at selve rammen rundt utdelingen av LAR medisin var forskjellig i de to kommunene. Under dette temaet dukket det opp elementer som i stor grad synliggjorde forskjellen mellom de to kommunene i den organisatoriske og praktiske måten å gjennomføre utleveringen på. Her handlet det om forskjell i lokaliteter, prosedyrer i utlevering av medisin, forskjell i rutiner og antall ansatte til stede til enhver tid. Informantene i kommune 1 opplevde manglende og lite tilrettelagte og passende lokaliteter som en begrenset faktor for å kunne gi et godt tilbud til brukerne. I noen sammenhenger var det bare en ansatt under utlevering i

kommune 1, og noen av informantene fortalte at det var til dels manglende og ikke gode nok prosedyrer. Dette gjorde det også vanskelig å følge opp brukerne på en god måte. Det var også sagt at det ble utlevert LAR medisin i hjemmet til enkelte brukere. Denne type utleveringsordning var redusert den senere tid, men forekom innimellom når en vurderte dette som nødvendig eller hensiktsmessig. Utlevering på denne måten forekom bare i kommune 2 under veldig spesielle forutsetninger. Manglene som ble presentert som en utfordring i kommune 1, var i mye større grad på plass i kommune 2. Her kunne de beskrive at de hadde godt utformede lokaler med rømningsveier, og egnede toalett for urinprøvetaking. Rommene var skjermet for innsyn, og den fysiske utformingen av rommene var godt tilrettelagt for utlevering av LAR medisin. I tillegg hadde de utlevering mellom to faste klokkeslett på morgenen. Brukere som ikke møtte til utlevering innenfor denne tidsrammen, fikk i utgangspunktet ikke utdelt LAR medisin. Målet med disse rutineene var at brukerne skulle lære seg å gode rutiner, samt forholde seg til avtaler som er gjort. I tilknytning, og i samme bygg og etasje, hadde de også et oppholdsrom der de kunne samles og spise frokost, prate og sosialisere seg. Dette rommet var også tilrettelagt for forskjellige aktiviteter som en kunne delta på.

«Det ekkje alltid like kjekt å stå aleine med dei» (Kvinne 55, kommune 1)

I intervjuet i gruppe 1, kom det fram at prosedyrene med å vise brukerne bort hvis de var ruset, var vanskelig å følge opp. Dette fordi de kunne stå alene i en utleveringssituasjon, og de var ikke godt nok kjent med brukeren. En annen ting som kom frem under intervjuet omhandlet brukere som kom innom og skulle ha medisin fortst mulig. Av og til måtte de kanskje vente på at medisinene måtte klargjøres. Dette kunne til tider resulterte i agitert adferd, gjerne i form av verbal utagering (trusler, høgt stemmeleie), slag og spark mot inventar som gjorde de ansatte utrygge i situasjonen. Det ble videre påpekt at en kanskje var for mange ansatte som var innom og delte ut medisin til enhver tid, at brukerne og de ansatte ikke fikk mulighet til å bli kjent med hverandre. En av informantene kunne likevel fortelle at en bruker hadde gått til fysisk angrep etter at bruker hadde blitt fortalt at: *«... beklager, men du har jo vært og fått medisin»*. Dette var da en misforståelse hvor den ansatte hadde forvekslet vedkommende med en annen bruker. Informanten forklarte det med at en var ny på arbeidsplassen og ikke var kjent med brukeren. En av informantene prøvde å ta et

brukerperspektiv, ved å stille spørsmålet: «...må eg kjempe i dag, treffe eg eit fjes eg kjenner godt, sånn at eg veit eg blir godt iveratatt?». Agressiv adferd hos enkelte brukere var også å finne i kommune 2, men her hadde den avtatt en del og frekvensen hadde blitt redusert i løpet av tiden de hadde driftet dette tilbudet. Dette mente de hadde sammenheng med stabil personalgruppe med lite utskiftninger i grunnbemanningen, og lite bruk av vikarer over tid. Faste rammer, struktur, klar ansvarsfordeling og klare retningslinjer i forhold til utdelingssituasjonen ble pekt på som viktige faktorer.

Utvidet tilbud utenom bare medisintil levering vart også blant informantene tatt opp som et viktig element i etablering av relasjoner. I gruppe to kunne de fortelle at de hadde et utvidet tilbud på dagtid, der brukerne kunne møtes, få seg en matbit og sosialisere med andre brukere og ansatte i tjenesten. Et utvidet tilbud la til rette for en arena der en kunne bruke mer tid med brukerne og gjennom dialog komme i posisjon til å avhjelpe med andre behov enn bare det som omhandler LAR. Den andre gruppen hadde ikke et slikt tilbud, men hadde noen tanker rundt det med tilbud og bruk av tid.

Samtidig poengter informantene viktigheten av å være tydelig og å sette grenser. Å kunne gjøre dette og samtidig få brukere til å akseptere og forstå det, ble forklart med at en hadde trygge og forutsigbare rammer og at en hadde bygd opp en relasjon over tid.

4.3 Ansvar og ansvarliggjøring

I begge kommunene ble det pekt på viktigheten av at en kunne henvende seg til leiing eller annen faginstans, som hadde myndighet eller mandat til å respondere eller iverksette tiltak utover det de ansatte hadde mulighet til. Det kunne være knyttet til iverksetting av sanksjoner eller andre forhold rundt konflikter eller uenigheter. Forhold til spørsmål rundt utleveringsordninger og doseringer ble også nevnt som en utfordring. Funksjonen som primærkontakt ble fremhevet som en positiv faktor i det kontinuerlige oppfølgingsarbeidet.

«...betre oppklaring av ansvar..... At vi kasta ballen dit den høyrer heime» (Kvinne 47, kommune 1)

Sitatet ovenfor er hentet ut fra temaet ansvar. Hvem har ansvar til enhver tid og hvem skal en henvende seg til når det oppstår vanskelige eller uavklarte situasjoner? Begge gruppene snakket om disse grenseoppgangene for hvor ansvaret ligger, og hvem som skal ha ansvar for det som skjer rundt bruker. Det var også pekt på viktigheten av at, ved for eksempel innføring av sanksjoner på grunn av trusler eller annen uakseptabel adferd, så var det leder eller andre med utvidet myndighet som tok slike avgjørelser, og ikke den ansatte som var i direkte brukerkontakt til dagen. På arbeidsplassen til den ene gruppen var det fysisk kort vei til de forskjellige fagetatene. Dette gjaldt NAV, fastlege, behandlende LAR lege (psykiater) og poliklinikk. Dette ble presentert som en stor fordel hvis det skulle oppstå situasjoner der brukere hadde behov for umiddelbar hjelp, eller om det skulle oppstå en utfordrende situasjon, der bruker var urolig, agitert, eller truende. Da var det bare å ta kontakt og få avtalt et treffpunkt ganske umiddelbart med respektive instans.

«...det ekje vi som bestemmer doseringa her» (Kvinne 47, kommune 1)

Spørsmål knyttet til utleveringsordning og dosering ble dratt frem for å illustrere dette. Det som var viktig for informantene, var at brukerne ble presentert for, og fikk en forståelse av, at enkelte ting som eksempelvis avgjørelse rundt mengde/dose medisiner, og retningslinjer rundt dette var et ansvar og en bestemmelse som lå til ansvarlig lege. Dette handlet i enkelte tilfeller om at de ansatte mente at legene til tider kunne skrive ut for høye doser, og at det i tillegg kunne være manglende kontroll knyttet til medisiner som var foreskrevet for en somatisk lidelse. Gjerne smertelindrende medisin som da ble antatt solgt videre i miljøet. Utfordringene rundt dette var ofte knyttet til at brukere ville ha større doser enn foreskrevet og derav at det var gjort en «feil» fra lege eller ansatte sin side, eller de kunne påstå at de hadde fått for lite utlevert eller feil medisiner, slik at det oppstod diskusjon/krangel i etterkant av utleveringer.

«...for å ikke utsette eller eksponere de som er i daglig kontakt med de, det er at det kommer fra et høgere nivå.» (Mann 60, kommune 2)

Tilbakemeldinger fra en av informantene var at en hadde et overordnet nivå en kunne henvende seg til ved vanskelige situasjoner. Dette gjorde til at en slapp å stå i unødvendige konfliktsituasjoner med brukere, og det gjorde det også lettere å grensesette og henvise videre. I arbeidet opp mot enkelte brukere hadde dette vært en utfordring i starten, men etterhvert ble dette akseptert hos brukerne. Det ble sagt at disse avklaringen gjorde det lettere å komme i dialog om andre ting, og at faren for at en potensiell konfliktsituasjon skulle føre til distanse eller manglende tillit, ble redusert.

«.....ein må ikkje kjempe på alle nivå, sant?». (Kvinne 47, kommune 1)

En av informantene poengterte også at det å ha flere roller i dette arbeidet, opplevdes som en positiv og forsterkende effekt i arbeidet med denne brukergruppen. Viktigheten av at en fikk oppnevnt primærkontakter i en tidlig fase ble også dratt frem. Dette skapte forutsigbarhet i forhold til hvem en skal forholde seg til, og hvem som skal bistå bruker inn mot andre etater – NAV, lege, bustadkontor, spesialisthelsetjenesten. Det var viktig å ha en person som deltok inn i ansvarsgruppemøte, slik at en hele tiden hadde innsyn i og en forståelse av hva som ble bestemt og gjort til enhver tid. En stabil personalgruppe og kjente ansikter over tid fremmet trygghet og et godt relasjonsgrunnlag, i alt i fra utlevering av medisin, møter og dagtilbud. Summen av disse faktorene ble sagt var utløsende for en god relasjon. Det ble også trukket frem som et poeng at en jobbet på helg, slik at brukerne ville til enhver tid møte kjente personer i en utleveringsfase.

En av informantene kunne fortelle at de av og til opplevde at det ble innvilget tjeneste/utlevering av LAR til nye brukere, og at vedkommende bruker står på døren like etter. Informant prøvde å sette dette opp mot andre brukere som hadde tjenester i kommunen, og forklarte det med at andre brukere gjerne hadde en bredere gjennomgang av hvem, hva og hvordan når en skulle kartlegge behovene hos disse, enn hos LAR brukeren. Vedkommende informant mente kanskje at dette kunne ha med stigma knyttet til brukergruppen å gjøre

5.0 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg ta utgangspunkt i funnene mine, og drøfte disse opp mot teorien og tidligere forskning. Gjennom diskusjonen i dette kapitlet vil jeg prøve å vise at studien min kan bidra med ny kunnskap inn i fagfeltet. Brukerperspektivet har ikke fått en stor plass i drøftingen, men er brukt i avsnittet som omhandler utleveringsordninger. De forskjellige overskriftene representerer forskningsspørsmålene i studien, og så har jeg splittet rammer og ansvar som egne underkapittel til kapittel 5.2.

5.1 Hvilke faktorer er viktig i etablering og opprettholdelse av en god relasjon?

I arbeidet med, og i analysen av dataen fra intervjuene, var det begrepet relasjon som ble diskutert mest fra informantenes side. Andre begrep som kan knyttes til relasjon som; tillit, trygghet og tid, ble også dratt frem og koblet opp mot begrepet relasjon. Parsons mønstervariabler definerer forholdet mellom parter i en relasjon (Schieffloe, 2010). Perspektivet som viser til nære relasjoner, peker på at vi forholder oss til bestemte personer og er opptatt av alt ved disse personene. Dette passer i informantenes beskrivelse av relasjonene mellom de ansatte og brukere. Informantene pekte på at gode relasjoner skaper trygghet i arbeidet med brukerne. Og at relasjonsbygging over tid, forsterker denne tryggheten og tilliten mellom brukere og ansatte. En annen teoretisk tilnærming til dette finner en i boken Relasjonskompetanse - Resultater gjennom samhandling (Spurkeland, 2005). Her påstår han at bærebjelken i alle relasjoner er tillit, og at gjennom gjentagende handlinger og interaksjoner, samt ved å ha etablert et gjensidig avhengighetsforhold, så vil resultatet av dette være tillit. I studien til Ingarsdotter (2015) pekes det på miljøarbeidet der de ansatte er deltagende i store deler av prosessene rundt brukerne. En av informantene i studiet forklarer rollen sin som; på den ene siden en som går rundt og passer på, på den andre siden en som er til stede når noen trenger det, og gjennom dette ivareta mennesket opp i det hele. I studien til Finstad (2010) blir det pekt på at en god relasjon er helt sentralt i arbeidet med denne brukergruppen. Det blir videre argumentert for at gode relasjoner er «*alfa og omega*» i arbeidet. Det er i den direkte behandler – bruker relasjonen, at potensiale for utvikling ligger (Ravndal, 2009).

De av informantene som hadde tett oppfølging av brukerne pekte på utleveringssituasjonen som en arena/et rom for prat og samhandling. Her var det mulig å prate om mer hverdagslige ting, og den gode og trygge relasjonen åpnet opp for dette. Relasjonskompetanse handler om å samhandle på en god og hensiktsmessig måte, og at en person som innehar denne kompetansen vil kunne kommunisere på en forståelig og meningsfull måte, uten å krenke den andre parten (Røkenes & Hanssen, 2010). Informantene fra den ene kommunen fortalte også at de gav tilbud om et måltid i løpet av dagen, og at de la til rette for andre aktiviteter utover dette. Folkehelseinstituttet (2020) konkluderer med at fokus og arbeid rettet mot fritidsinteresser og aktiviteter, bør ha en sentral plass i behandlingen. Her kan en også se på studien av Ingarsdotter (2015) hvor de ansatte deltar med brukerne under måltidsituasjoner. De både tilbereder måltidene og spiser sammen med dem. I tillegg deltar de på forskjellige aktiviteter sammen med brukerne, både innenfor og utenfor fengselsmurene. Disse samhandlingspunktene blir trukket fram som noe av det viktigste i det miljøterapeutiske arbeidet. Samtidig sier informantene i denne studien at det ligger en kontroll og en form for styring i den mellommenneskelige samhandlingen gjennom disse forskjellige aktivitetene. Her vil det være naturlig å se på teorien til Foucault sitert i Ravndal (2009) hvor han trekker frem begrepene *produktiv* og *repressiv* makt. Og hvor det pekes på at en må utvise forsiktighet slik at en ikke lar kontrollen bli det dominante i relasjonen. Her hevdes det at når den skjønnsmessige utøvelsen av makt er *produktiv*, så blir denne oppfattet som omsorg og tillit i samhandlingen. Mens det motsatte er tilfelle for den *repressive* maktutøvelsen. Her blir den skjønnsmessige utøvelsen oppfattet som krenkende.

Ansatte som bare hadde utlevering av medisin, og da ikke hadde like hyppig og tett kontakt med brukerne, opplevde ikke trygghet i like stor grad som de informantene som hadde tettere oppfølging. De fikk ikke mulighet til å opparbeide relasjonene på samme måte, da disse treffpunktene var av en kortere varighet og bare gjaldt utlevering av medisin. Forskningen peker på et behov for økt faglig og relasjonell kompetanse (Folkehelseinstituttet, 2020). Det vil være viktig å ha muligheten til å trå inn som den trygge og kjente personen (Spurkeland, 2005). En av hovedutfordringene som ble påpekt fra disse informantene, var nettopp det at de opplevde en utrygghet fordi de de ikke kjente brukerne godt nok. Røkenes & Hanssen (2010) peker på at relasjonskompetanse handler om å kunne forstå opplevelser den andre har. Dette blir vanskelig for disse informantene, da forutsetningen for å bli kjent og bygge en

relasjon, ikke er til stede. Det ble også fra noen av informantene poengtert utfordringer rundt stigma overfor denne brukergruppen, og at enkelte ansatte følte på en utrygghet gjennom hva en hadde hørt av rykter eller hva en selv hadde opplevd i en samhandlingssituasjon. Watson, Maclaren, & Kerr (2007) trekker i sin studie frem forutinntatthet, stigma og mangel på respekt overfor denne brukergruppen som et holdningsproblem. Og at en må jobbe med en holdningsendring for å komme i posisjon til å etablere en god relasjon. I den systematiske oversiktsstudien Folkehelseinstituttet (2020) blir stigma, og holdninger til brukerne også pekt på som et område en må rette fokus på.

Sitatet: «*Ikkje utrygg handlar om relasjon*», var det en av informantene som sa helt innledningsvis i det ene intervjuet. Dette opplevdes i stor grad dekkende og beskrivende for essensen og tyngden i relasjonsbegrepet. Ved gjennomgang av forskning og teori i arbeidet med studien, fant jeg at begrepet relasjon hadde en sentral plass, og det ble pekt på som kanskje den mest sentrale faktoren i samhandling og kontakt med brukere.

Relasjon må også sees i sammenheng med rammene i det utøvende arbeidet. Det er viktig at de organisatoriske rammene skaper et godt grunnlag for utvikling av bærende og tillitsfulle relasjoner, slik at en får til en trygg og god kontinuitet i LAR behandlingen. Noen av informantene trakk frem tid som et viktig element i dette arbeidet.

5.2 Hvilke organisatoriske og administrative forutsetninger er viktig i dette arbeidet?

5.2.1 Rammer

Selve rammen rundt utleveringen av LAR medisin skilte seg ut som en markant forskjell i beretningen om de to kommunene. Dette hadde med både lokaliteter, bemanning og rutiner å gjøre. En del av informantene fra kommune 1 pekte på at rammene rundt selve utleveringen ikke var gode. Det ble sagt hvor vanskelig det kunne være å stå alene i situasjonen, og hvordan prosedyrene rundt utlevering kunne være vanskelig å følge opp hvis brukere var tydelig påvirket eller opptrådte aggressivt. Det ble også sagt at prosedyrene ikke var gode nok. Baklien (2010) peker på et miljø som preges av mye uro. I løpet av intervjuet i studiet til Finstad (2010) forteller de forskjellige fagpersonene at, uavhengig av hvilken kompetanse hver enkelt var i besittelse av, så var det situasjoner der de ikke mestret utfordringene i møte med de brukerne

som hadde store rusproblemer. I studien til Berge (2014) blir det pekt på at uforutsette, eller uavklarte situasjoner kunne utløse mye uro, som igjen resulterte i mye ekstraarbeid for de ansatte. I samme studie blir det argumentert for viktigheten av rutiner og forutsigbarhet for brukerne, samt fokus på medikamentutlevering og forsvarligheten rundt denne. Informantene i kommune 2 var tydelige på at det var viktig å sette grenser og at rammene rundt utleveringsordningene måtte være forutsigbare. Linde & Nordlund (2010) beskriver hvordan arbeidstagere i dag er underlagt forskjellige rammer i det daglige arbeidet, og argumenterer for hvordan manglende rammer i form av eksempelvis manglende ressurser, manglende tilgang på fagkompetanse eller dårlige fysiske betingelser, kan vanskeliggjøre arbeidet for den ansatte. Forståelse av hvordan en organiserer og leder, kan bidra til en bedre brukerbehandling (Ingstad, 2019). Martinsen (2016) peker på at en organisasjon med en god administrasjon, vil gjenspeiles i kvaliteten på de tjenester som blir gitt.

I kommune 2 hadde uønsket adferd blitt redusert i løpet av perioden de hadde hatt dette tilbudet. Forklaringen mente de lå i en stabil personalgruppe og få vikarer. Andre faktorer som ble fremhevet var faste rammer, konkrete retningslinjer, struktur og ansvarsfordeling i utleveringssituasjonen. Lai (2017) peker på de organisatoriske idealkravene og fremhever verdien i medarbeidernes innsikt i hvordan ting blir gjort, hvilke utfordringer en har og hva som må gjøres noe med. Forfatteren mener at de ansatte er de som kan si noe konkret om hva som må gjøres og hvordan ting skal gjøres.

Strukturen og den utøvende kontrollen gjennom utleveringsordningen som de praktiserte overfor brukerne i kommune 2, både samsvarer og samsvarer ikke med andre studier. Mens informantene mener at det er viktig at en har disse rammene, pekes det på i enkelte studier at denne kontrollen i LAR oppleves som negativ. Det er likevel enkelte studier som argumenterer for det motsatte. Artikkelforfatterne Grønnestad & Sagvaag (2016) fant at brukere mente at kontrollfunksjonen gjennom urinprøvetaking og utleveringsordningene kunne vanskeliggjøre samhandlingen med de ansatte. Enkelte av brukerne i studien hevdet at de følte seg fanget i LAR systemet, noe som ble hevdet at kompliserte muligheten til å kunne ta tak i sitt eget liv. Artikkelforfatter Sørly (2017) har i sin studie brukt begrepet «paternalistisk tradisjon», hvor brukernes manglende innsikt blir forstått som at de ansatte vet hva som er best for den enkelte. Videre hevder Sørly (2017) at de ansatte da har definisjonsmakten på

hva som er rett behandling, og hele ansvaret for behandlingen blir overført fra bruker til behandler. Byråkratiets likegyldighet Baklien (2010), blir brukt for å beskrive et system hvor en blir kasteballer i dette systemet hvis en ikke tilpasser seg reglene som er utarbeidet. Järvinen & Mik-Meyer (2012) viser til at ansatte i dag har gått fra å være eksperter til å være tilretteleggere, som de kaller de «nye profesjonelle identiteter». Rammer skal skapes til det beste for innbyggerne, slik at de kan løse sine egne problemer (Järvinen & Mik-Meyer, 2012). Denne tilnærmingen stemmer ikke nødvendigvis med data fra eksempelvis studien av (Ingarsdotter, 2015), der brukere forventer at de ansatte skal ordne opp i mesteparten av det de trenger hjelp til. Har det de siste årene vokst frem en uoverensstemmelse mellom krav til brukermedvirkning og autonomi, og forventingene som brukerne har til hjelperrollen? Järvinen & Mik-Meyer (2010) antyder at dette er tilfelle. I deres beskrivelse av velferdsstaten og hvordan velferdsstatens oppgaver er blitt utformet de siste årene, så påstår de at arbeidsoppgaven er blitt mere omfattende og mere diffuse. «...*autonomien til innbyggerne vil være uproblematisk så lenge de er samarbeidsvillige, ansvarsfulle og risikobeviste.*» (Järvinen & Mik-Meyer, 2012). Det som også kan komplisere arbeidet med å implementere brukermedvirkning, er at ansvarsområdene til de ansatte ikke reduseres i takt med økningen av ansvar hos brukerne (Järvinen & Mik-Meyer, 2012). En av studiene som viser til positive tilbakemeldinger på kontrollfunksjonene og strukturen som ligger til LAR, er en systematisk hurtigoversiktsstudie publisert av (Folkehelseinstituttet, 2019). Her vises det til at enkelte brukere var overbevist om at LAR tiltak som var mer strukturerte, var et bedre tilbud, spesielt i en oppstartsfasen. I studien til Ingarsdotter (2015) blir det pekt på at rammene har en positiv effekt, brukerne er rusfrie og møter opp til avtalt møte. I studien til Gjersing (2011) blir det også pekt på at faste rammer og tett oppfølging hadde en effekt i forhold til annet ikke-medisinsk oppfølgingsarbeid.

5.2.2 Ansvar

Ansvar og hvilket nivå ansvaret skal ligge til ble diskutert blant informantene i begge intervjugruppene. Her var de inne på flere forskjellige elementer, og spørsmål knyttet til ansvar i forhold til utleveringsordninger og medisindoseringer var noen av tingene som ble diskutert. Gruppene kunne fortelle at uheldige situasjoner med fysisk og verbal utagering hadde oppstått i forbindelse med utlevering av medisiner, men at det var tilsynelatende

lettere for informantene i intervjugruppe to å handtere dette. Dette handlet om bemanning, lokaliteter, prosedyrer og struktur. I tillegg hadde de «lettere» tilgang til lege i denne sammenheng. Det var «fysisk» kort vei til legekontor, og det var enkelt å komme til på kort varsel. I studien til Berge (2014) blir det også pekt på faktorer tilsvarende det som kom frem i intervjuet med informantene i studien som jeg gjennomførte. Informantene i studien til Berge (2014) fortalte at utilgjengelighet til lege kunne være utfordrende. Dette handlet om behovet for avklaringer ved forandring i medisiner eller utleveringsordninger. Utfordringene lå i og ble forklart med «stor» geografisk avstand og manglende avklaringer. Hvis en ikke fikk avklart disse situasjonene, så kunne det resultere i mye uro blant brukerne. Ravndal (2009) mener at økt medikalisering i LAR og påfølgende tid som går med til å administrere dette, går på bekostning av annet verdifullt arbeid. Det kan virke som om at det kanskje er forskjellig oppfatning av tilgjengelighet og forståelse av behovet og nødvendigheten av dette. Det blir pekt på fastlegens rolle, og at denne må vektlegges i arbeidet opp mot LAR, og at legene må involveres så tidlig som mulig, og være en aktiv part underveis i oppfølgingsfase (Fredriksen, 2005). Intensjonen her er god, men samsvarer kanskje ikke helt med hvordan det fungerer i praksis enkelte plasser. Denne artikkelen er fra 2005, men nyere studier, inklusive denne studien, slår fast at utilgjengelighet kan fortsatt være en utfordring.

Enkelte av informantene poengterte viktigheten av å kunne henvende seg til et overordnet nivå hvis det oppstod vanskelige og uhåndterlige situasjoner. Ved trusler eller ved uakseptabel adferd der sanksjoner i en aller annen form ble vurdert eller iverksatt, så ble slike avgjørelser lagt til et høyere nivå. Det skapte en trygghet og en forutsigbarhet å ha noen å vise til, både for ansatte og brukere. Noen andre kunne ansvarliggjøres, slik at de ansatte som jobbet direkte brukerrelatert, slapp å stå i en konfliktsituasjon med brukerne. Järvinen & Mik-Meyer (2012) viser til begrepet «krysspress». Begrepet illustrerer ansattes utfordringer med å balansere mellom rammene for regler, pålegg, organisasjonen krav, ens faglige integritet og samhandling overfor brukere. Definisjonen av ansatte og deres roller har forandret seg over tid, og gjennom utviklingen av velferdssamfunnet blir begrepet «Street level bureaucrats» (bakkebyråkrat) brukt om de som er en del av førstelinjen (Lipsky, sitert i, Järvinen & Mik-Meyer, 2012). Teorien peker på at i den daglige samhandlingen med brukere, blir det fordret at handlingsrommet og rammene må være avklart på forhånd på et overordnet nivå (Bredland, Linge, & Vik, 2006). Ravndal (2009) henviser i sin artikkel til kontrollfunksjonen

gjennom bruk av urinprøver i LAR behandlingen. Artikkelforfatter peker på at brukere må forstå at ansvaret rundt dette ligger ikke til behandler, men til et annet kontrollnivå.

Å ha flere roller og delta med brukere i flere sammenhenger, ble i begge gruppene sett på som positivt. Og som en forsterkende effekt i et behandlingsforløp. Spesielt var rollen som primærkontakt og det ansvaret som ligger til denne trukket frem som et viktig element. Hvis en velger å ta på seg organisasjonsbrillene, og se på alle involverte parter i behandlingsforløpet til en bruker i LAR som en del av en mindre organisasjon, vil det være nærliggende se på dette som en gruppe av mennesker som bidrar inn i et målrettet og stabilt samarbeid. (Djupvik & Eikås, 2010). I studien til Ingarsdotter (2015) poengterte informantene essensen i å være med på flere deler av rehabiliteringsprosessen.

6.0 Oppsummering og veien videre

Formålet med studien har vært å undersøke hvilke forutsetninger en gruppe med kommunalt ansatte som jobber med LAR, mener er viktige i arbeidet knyttet til utlevering av LAR medisiner og kontakten med brukerne som har dette tjenestetilbudet. Det viktige med studien har vært å få de ansattes perspektiv, og deres opplevelser av å jobbe brukernært.

Funnene mine peker på at relasjon og relasjonskompetanse blant ansatte er en viktig, og til dels en avgjørende faktor for å få til en fruktbar og god samhandling med brukerne i LAR. Forskningen og teorien samsvarer i stor grad med funnene mine, og vil forhåpentligvis kunne bidra til å rette fokus på nødvendigheten og behovet for at relasjonskompetanse får et enda større fokus, og blir en enda viktigere del av både utdanning og som kompetansehevende tiltak i helsetjenesten. En bør se på bruk av tid, og hvordan en prioriterer tidsbruk i planlegging og organiseringen av tilbudet. Nok tid er en forutsetning for å kunne skape gode vilkår for bærekraftige relasjoner. Spesielt overfor denne sårbare brukergruppen.

Rammene rundt utleveringsordningen var forskjellige. Informantene hevdet at klare og forutsigbare rammer skapte trygghet for både ansatte og brukere, mens uklare rammer kunne skape utrygghet og usikkerhet. Det ble påpekt flere ting knyttet til dette, som eksempelvis

dårlige rutiner, lav bemanning og svake relasjoner. Mangel på tid ble også nevnt som en utfordring. For de ansatte var det også viktig å ha tett samarbeid med andre faginstanser, samt vite at en hadde mulighet til å nå et høyere nivå i organisasjonen en kunne henvende seg til når det oppstod vanskelige, uavklarte og konfliktfylte situasjoner. Det å ha noen andre som kunne ta ansvar og fatte avgjørelser slik at de ansatte slapp å stå i utfordrende situasjoner.

Studiens resultater kan brukes av ansatte som ønsker å bevisstgjøre seg selv på egne holdninger og reflektere over sine egne relasjonelle styrker og svakheter. Ledere kan ha nytte av denne studien for å se på de organisatoriske betingelsene som omrammer tilbudet til denne brukergruppen, og se på om de strukturelle rammene kanskje må forandres for å tilpasses både brukere og ansatte. Det viktigste vil være å gi ansatte gode og trygge vilkår å jobbe etter, samt sørge for at brukene får en trygg og forutsigbar hverdag.

Bibliografi

- Askheim, O. P. (2008). *Fra normalisering til Empowerment*. Oslo: Gylendal Akademisk.
- Askheim, O. P. (2009). Brukermedvirkning - kun for verdig trengende? Om brukermedvirkning på rusfeltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6, ss. 52-59. https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/tph/2009/01/brukermedvirkning_kun_for_verdige_trengende_om_brukermedvirkning_pa_rusfe
- Baklien, B. (2010). Livet på lavterskeltiltak i Oslo kommune. Noen betraktninger fra «dobbeltprosjektet». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7, ss. 321-329. <https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/tph/2010/04/art05>
- Berge, A. (2014). 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 (Masteroppgave) *HVL*. Hentet fra <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/218949>
- Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (2006). *Det handler om verdighet - Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Helsedirektoratet. (2018, 07. mai). Legemiddelassistert rehabilitering. Hentet fra <https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/legemiddelassistert-behandling-lar>
- Direktoratet for e-helse. (2020, 29. Oktober). *E-helse*. Hentet fra <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>
- Djupvik, A. R., & Eikås, M. (2010). *Organisert Velferd - orgnsisasjonskunnskap for helse- og sosialarbeidaren*. Oslo: Det norske samlaget.
- Finstad, H. (2010). Brukerkompetanse – samdsoner for utvikling av erfaringsbasert kunnskap innen psykisk helsearbeid og rusomsorg. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7, ss. 36-44. <https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/tph/2010/01/art11>
- Fjelland, R. (2012). *Innføring i vitenskapsteori*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Folkehelseinstituttet. (2019, 03. Januar). Erfaringer med legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2019/erfaringer-med-legemiddelassistert-rehabilitering-lar/>

- Folkehelseinstituttet. (2020). *Effekter av legemiddelassistert rehabilitering sammenliknet med ikke-medikamentell behandling av opioidavhengighet: En systematisk oversikt*. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Erfaringer blant pasienter og helsepersonell med legemiddelassistert rehabilitering (LAR): En systematisk oversikt over kvalitative studier*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Fredriksen, A. (2005). LAR sikrer pasientnær behandling. *Tidsskrift Norsk Legeforening*(18), s. 125. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2005--2536.pdf>
- Gjersing, L. R. (2011). *Staff attitudes towards opioid maintenance treatment (OMT) and the associations with treatment* (Doktoravhandling) Universitetet i Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/27971/dravhlGjersing.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Grønnestad, T. E., & Sagvaag, H. (2016, Oktober). Stuck in limbo: illicit drug users' experiences with. *International Journal of Qualitative Studies on Health*, ss. 31992-3199. doi: <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.31992>
- Helse- og omsorgsdepartement. (2015). Opptappingsplan for rusfeltet. (Prop 15 S (2016-2020)) Hentet fra www.regjeringen.no
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). Pasient- og brukerrettighetsloven (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). Spesialisthelsetjenesteloven (LOV-1999-07-02-61) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesiali>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). Helsepersonelloven (LOV-1999-07-02-64) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helseper>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- LAR forskrift. (2010). *Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)* FOR-2009-12-18-1641). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641?q=lar>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Helse- og omsorgstjenesteloven (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommune>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 10. (2012-2013)). Hentet fra www.regjeringen.no
- Helse Vest. (2014). *Regional plan for tverrfaglig spesialisert behandling* (TSB 2015-2019). Stavanger: Helse Vest [https://helse-vest.no/seksjon/planar-og-rapportar/Documents/Regionale%20planar/2015%20-%20Regional%20plan%20for%20tverrfagleg%20spesialisert%20rusbehandling%20\(TSB\)%202015%20-%202019.pdf](https://helse-vest.no/seksjon/planar-og-rapportar/Documents/Regionale%20planar/2015%20-%20Regional%20plan%20for%20tverrfagleg%20spesialisert%20rusbehandling%20(TSB)%202015%20-%202019.pdf)
- Helsedirektoratet. (2018, 08. August). Definisjoner. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/grunnleggende-om-vanedannende-legemidler/definisjoner>
- Helsedirektoratet. (2020, 15. April). *Nasjonal retningslinje for legemiddellassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Hentet fra Helsebiblioteket: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/lar/forord?hideme=true>
- Ingarsdotter, J. H. (2015, August). Rusmestringenheter i norske fengsler – humane og eksepsjonelle. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, ss. 509-526. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1515/nsad-2015-0049>
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse - I Helsefag og Sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2012). *At skabe en professionel - Ansvar og autonomi i velfærdsstaten*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lai, L. (2017). *Strategisk kompetanseledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lerdal, A., & Karlsson, B. (2008, 28. Mars). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien*, ss. 172-175. doi:v <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2008.0036>
- Linde, S., & Nordlund, I. (2010). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid - Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, Ø. L. (2016). *Perspektiver på LEDELSE*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NHI. (2018, 30. November). Legemiddellassistert rehabilitering. Hentet fra NHI: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/narkotiske-stoffer/legemiddellassistert-rehabilitering-lar/?page=2>

- Ravndal, E. (2009). Behandling eller kontroll – om disiplinering og makt i den norske rushelsetjenesten. *Nordisk alkohol & Narkotikatidsskrift*, ss. 74-79. <https://journals-sagepub-com.galanga.hvl.no/doi/pdf/10.1177/145507250902600106>
- Renland, A. (2014). Fornøyde LAR brukere. *Rus & Samfunn*, 6, ss. 11-12. https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/rusos/2014/06/fornoeyde_lar-brukere
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2010). *Bære eller bryte*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schiefloe, P. M. (2010). *Mennesker og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget AS.
- SERAF - senter for rus- og avhengighetsforskning. (2018). *Statusrapport 2017 LAR 20 år*. Oslo: SERAF og TSB
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2018/seraf-rapport-nr-3-2018-statusrapport-2017.pdf>
- SERAF - senter for rus- og avhengighetsforskning. (2020). *Statusrapport 2019*. Oslo: SERAF og TSB.
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2020/seraf-rapport-nr-1-2020-statusrapport-2019.pdf>
- Skau, G. M. (2017). *Gode Fagfolk Vokser*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Spurkeland, J. (2005). *Relasjonskompetanse - Resultater gjennom samhandling*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Store Norske Leksikon. (2020, 18. Oktober). *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/relasjon>
- Sørly, R. (2017, April). Relasjonell innsikt sett i lys av makt, kunnskap, kjønn og ansvar. En studie fra nordnorsk distriktpsykiatri. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4, ss. 290-301. doi: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.18261/issn.1504-3010-2017-04-02>
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vogel, M., Nordt, C., Dursteler, K., Lang, U., Seifritz, E., Krausz, M., & Herdener, M. (2016, 01. Juli). Evaluation of medication-assisted treatment of opioid dependence—The physicians' perspective. *Drug and Alcohol Dependence*, ss. 106-112. doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.04.039>
- Watson, H., Maclaren, W., & Kerr, S. (2007, Februar). Staff attitudes towards working with drug users. *Addiction*, ss. 206-215. doi: <https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/pdfdirect/10.1111/j.1360-0443.2006.01686.x>

Øydna, A. (2006). Diagnostisering av rusutløste psykoser ved en akuttpost. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, ss. 234-23

<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2006/03/diagnostisering-av-rusutloste-psykoser-ved-en-akuttpost>

Vedlegg 1

NSD

17.06.2020 15:06

Personvern

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 809887 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

NSD har vurdert endringen registrert 01.06.2020.

Vi har nå registrert 31.12.2020 som ny sluttdato for forskningsperioden.

NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

Med vennlig hilsen

NSD Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1).

NSD sin vurdering

Skriv ut

Referansenummer

809887

Prosjektperiode

01.02.2019 - 01.05.2020

Status

19.12.2018 - Vurdert

Vurdering (1)

19.12.2018 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 19.12.2018.

Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes.

Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.05.2020. Denne datoen må fremgå tydelig av informasjonsskrivet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For

å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Kompetanse i arbeidet med LAR brukere i kommunehelsetjenesten»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvordan ansatte i kommunehelsetjenesten ser på sin egen kompetanse i arbeidet med brukere som er under LAR behandling. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Bakgrunn for oppgaven er det økte ansvaret kommunene har fått i arbeidet med LAR brukere. I den forbindelse vil en undersøke hvordan de ansatte opplever dette arbeidet, og hvordan de ser på sin egen kompetanse i arbeidet med denne brukergruppen.

Dette er en master oppgave, og gjennom arbeidet med denne ønsker en å få belyst i hvor stor grad ansatte som jobber med LAR, finner sin egen kompetanse tilstrekkelig i dette arbeidet. For å finne svaret på dette, er det ønskelig å gjennomføre fokusgruppeintervjuer for å få svar på de spørsmålene som stilles gjennom problemstillingen og forskningsspørsmålene. Problemstilling og forskningsspørsmål er listet opp nedenfor. Utover dette blir det utformet en del tilleggsspørsmål i en intervjuguide.

- Hvordan ser den enkelte på sin egen kompetanse i arbeidet med LAR brukere?
 - Hvilken kompetanse er det behov for, og hvilken kompetanse opplever den enkelte å trenge
 - I hvor stor grad opplever den ansatte at den får god veiledning og god oppfølging i arbeidet med denne brukergruppen, og på hvilken måte får en ta del i kompetansehevende tiltak gjennom arbeidsgiver- og/eller spesialisthelsetjenesten.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet (HVL) er ansvarlig for prosjektet

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Basert på geografiske forhold og relevans er to kommuner i Sogn og Fjordane valgt ut til å delta i studien. Det vil bli gjennomført to fokusgruppeintervju med 4-6 deltagere fra hver av de to kommunene. I hvert fokusgruppeintervju vil det være deltagere som jobber med direkte brukerkontakt. I gruppene ønsker en å ha med ansatte med relevant utdanning og videreutdanning fra høyskole eller tilsvarende.

Arbeidet for å finne aktuelle kandidater til å delta i prosjektet, er gjort gjennom en henvendelse til øverste/nærmeste leder på avdelingen som du jobber. Her er vedkommende bedt om å ta kontakt og presentere prosjektet for aktuelle kandidater basert på ovenstående utvalgskriterier.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du er med i et fokusgruppeintervju sammen med andre som jobbar i kommunen. Intervjuet vil bli gjennomført i kommunen og tar ca. 90-120 minutter.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Å delta i prosjektet vil heller ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen eller arbeidsgiver.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Personer som vil ha tilgang til opplysninger i forbindelse med denne oppgaven, er student Finn Ove Arnes og veileder og prosjektansvarlig ved HVL, Lillian Bruland.

- Transkriberte data fra fokusgruppeintervju vil bli oppbevart i samsvar med HVL sine forskningsetiske retningslinjer

Alle opplysninger om deg blir behandlet konfidensielt. All formidling av resultater fra studien vil beskrive erfaringer hos grupper av mennesker, og på en slik måte at ingen enkeltpersoner vil kunne kjennes igjen

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Personopplysninger i tillegg til lydopptak, slettes ved prosjektslutt 31.12.19.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra HVL har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- HVL – høyskolen på Vestlandet ved Lillian Bruland Selseng på telefon 92447113 eller mail Lillian.Bruland.Selseng@hvl.no.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Lillian Bruland Selseng

Master Student
Finn Ove Arnes

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Kompetanse i arbeidet med LAR brukere i kommunehelsetjenesten», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta på fokusgruppeintervju
- bekrefter at jeg har 3. årig høyskoleutdanning eller høyere

Jeg kan bli kontaktet på mail: _____ eller

Tlf: _____

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet 31.12.2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3

Intervjuguide til prosjekt: «Kompetanse i arbeidet med LAR brukere kommunehelsetjenesten»

Innledning:

Presentasjon av meg selv

Hensikt med intervjuet

Minne om taushetsplikt og at intervjuobjektene kan trekke seg når som helst

Spørsmål til kandidatene

Alder?

Kjønn?

Utdanning?

Hvor lenge i arbeidet?

Hvilke erfaringer har dere i arbeidet med LAR brukere? Deres opplevelse (skummelt, usikker, trygg i dette arbeidet.....)

- Hvilke egenskaper og kvaliteter anser dere som viktig i arbeidet med LAR?
- I hvilke situasjoner opplever dere at dere er trygge og sikker i deres arbeid? Eksempel
- I hvilke situasjoner opplever dere at dere usikkerhet/utrygghet kompetanse? Eksempel
- Hvilken kompetanse ville det vært ønskelig å ha mere av?

Har dere eksempel på situasjoner som har vært krevende i arbeidet med LAR brukere?

- Hvordan tenker dere at deres kompetanse, eller mangel på denne påvirker dine muligheter til å håndtere de ulike utfordringene? Eksempel.....

Hva tenker dere kan gjøres for å øke kompetansen i avdelinga/på arbeidsplassen?

- I hvor stor grad opplever dere at dere får god veiledning og god oppfølging i arbeidet med denne brukergruppen?
- På hvilken måte får du ta del i kompetansehevede tiltak gjennom arbeidsgiver- og/eller spesialisthelsetjenesten?

Har du noe å tilføye?