



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

PHA508-MOPPG-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	02-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	16-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 PHA508 1 MOPPG 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	407
--------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	20872
---------------	-------

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/uirksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



MASTEROPPGAVE

Hva vektlegger erfaringskonsulenter i sin oppfølging av personer med rusavhengighet som ønsker rusfrihet. En kvalitativ studie.

What does peer-support workers emphasize in their follow-up of people with substance drug abuse who want freedom from addiction.

A qualitative study

Laureine Kala

Kandidatnummer 407

Master i psykisk helse- og rusarbeid

Institutt for velferd og deltaking

Veiledere: Liv Grethe Kinn og Mette Senneseth

Innleveringsdato: 16.05.2022

Antall ord: 20 872

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

Mennesker med psykisk helse og rusutfordringer er min hjertesak og engasjerer meg veldig. Gjennom årene som vernepleier og i senere tid som psykisk helsearbeider, har jeg møtt mange flotte mennesker som har virkelig satt gode fotspor i min tjenesteyting og har vært en motivator i drivkraften. Jeg er veldig takknemlig for muligheten til å omtale denne saken, som jeg virkelig brenner for.

Det hadde ikke vært mulig å gjennomføre dette prosjektet uten hjelp fra omgivelsene.

Først og fremst ønsker jeg å takke Yahweh for alt. Deretter min datter Fidellia Sophia K. Gbenado for tålmodigheten og støtte, samtidig min mor Sophia Kimanu, Felix Lumbu Mbungu og resten av familien og venner som har vært veldig støttende. Spesiell takk til min godeste venninne Angela. Stor takk til informantene som viet sin tid for å stille opp på intervju og delte sine erfaringer åpenhertig, og er hovedkjernen i denne oppgaven.

Videre ønsker jeg å takke mine veiledere, Liv Grethe Kinn og Mette Senneseth, for gode innspill og veiledning gjennom hele prosjektet. Også mine medstudenter, spesielt Line Nesson, Stine Joranger og Venke Storesund.

Til sist, men ikke minst ønsker jeg å takke mine kjære kollegaer og ledere i Sosiale Botjenester for deres støtte og omsorg som de har vist meg gjennom prosessen, og generelt. Jeg retter en spesiell takk til Eva Semmingsen, Jan Erik Trømborg, Geirr Berthinsen, Kari Hjellum, Britt-Kari Halvorsen og enhetsleder Kjell Fjeldstad.

Listen med takknemlighet er lang, men jeg takker både nære og fjerne som har bistått i prosessen.

Bergen, mai 2022

Laureine Kala

Sammendrag

Bakgrunn: På verdensbasis estimerer en at forekomsten av rusbrukslidelse øker. Hyppighet og langvarig rusmisbruk medfører konsekvenser som kroniske helseskader og tidlig død. Årlig gjennomsnittlig narkotikarelaterte dødsfall viser en økning de siste ti årene. Personer med rusavhengighet har oftere dårligere levekår enn store deler av befolkningen. Flere unge rekrutteres stadig til rusmiljøet, og tiltrekkes til bruk av ulovlige rusmidler. Flere undersøkelser tyder på at mange personer med rusavhengighet, ønsker en endring i sin livssituasjon, og at omtrent 50 % av de som mottar behandling for sin avhengighet dropper ut av behandlingen allerede den første måneden.

Hensikten med studien har vært å utforske hva erfaringskonsulenter vektlegger i sin oppfølging av personer med rusavhengighet som ønsker rusfrihet.

Metode er en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. En kvalitativ studie som sikter på subjektive erfaringer fra praksisarbeid. Det ble utført semistrukturerte dybdeintervju med seks erfaringskonsulenter. Opptaket av intervjuene ble transkribert, lest i sin helhet, kodet og analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Resultater fra den systematiske dataanalysen ledet til fire tema; 1. «jobbe med hjertet», 2. «tid og tilgjengelighet i personalet, og i tjenester», 3. «hjelp til med å sette brikkene på plass», og 4. «støtte klienten i å finne sin vei, i eget tempo». Undersøkelser tydet på at erfaringskonsulenter utvikler raskere relasjon til klientene. Det at begge parter erfaringer kan gjenkjennes og relateres til hverandre, dannet grunnlag for åpenhet og tilknytting. Den skapte også rom for gjensidighet og likeverdighet i oppfølgingen. Flere vektla nærhetsperspektivet i sin oppfølging, ved å være tilgjengelig og strekke seg det lille ekstra for å hjelpe. Faktorer i recovery rammeverk «CHIME- modell» som sikte på tilhørighet, håp, identitet, mening og Empowerment, ble vektla som elementære forhold i oppfølgingen. “Å sette brikkene på plass” dreide seg om å se klientenes behov i kontekst, og avdekke grunnleggende basisbehov som bolig, økonomi og sosialt nettverk. Samtidig som det fokuseres på faktorer som fremmer håp og motivasjon for endring, ved å sette søkelys på klientens egne ressurser, mål og behov, istedenfor begrensninger som følge av lidelsen.

Nøkkelord: Erfaringskonsulenter, rusavhengighet, rusfrihet, recovery, recoveryprosess, recoveryorienterte praksis, CHIME-Modell, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), brukermedvirkning, endringsprosess,

Summary

Background: Worldwide, it is estimated that the incidence of substance use disorders is increasing. Frequent and prolonged substance abuse have consequences such as chronic health injuries and premature death. The annual average of drug-related deaths shows an increase over the past ten years. Drug addicts are more often likely to have poor living conditions than a large part of the population. Young people new to the drug scene are more likely to be drawn into illicit drug use. Several studies show that many people with addictions want a change in their life situation, but unfortunately about 50% of those who receive treatment for their addiction drop out of treatment within the first month.

The aim of this study has been to explore what peer-support workers emphasize in their follow-up to support people with substance abuse who want freedom from addiction.

The method is a hermeneutic-phenomenological approach. A qualitative study that targets subjective experiences of practical work. Semi-structured in-depth interviews were conducted with six experienced consultants. The recording of the interviews was transcribed, read in its entirety, coded, and analyzed using systematic textual condensation.

The results of the systematic data analysis led to four topics; 1. "work with the heart", 2. "the time and availability of staff and in services", 3. "help put the pieces in place", and 4. "support the client in finding his way, at his own pace ". Studies have indicated that peer-support develop faster relationships with clients. The fact that the experiences of both parties could be recognized and related to each other formed the basis of openness and connection. It also created room for reciprocity and equality in the follow-up. Several emphasized the proximity perspective in their follow-up, by being available and stretching the little extra to help. Factors in the recovery framework "CHIME model" aimed at belonging, hope, identity, meaning and Empowerment were emphasized as elementary factors in the follow-up. "Putting the pieces in place" was about seeing clients' needs in context, and uncovering basic needs such as housing, finance and social networking. At the same time, the focus is on factors that promote hope and motivation for change by highlighting the client's own resources, goals and needs, rather than limitations resulting from the disorder.

Keywords: Peer-support workers, Addiction, substance drug abuse, recovery, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), brukermedvirkning /user participation, recoveryprocess, recovery-oriented practice, CHIME-Model,

Masteroppgave i psykisk helse – og rusarbeid

Forord.....	1
Sammendrag.....	2
Summary	3
1.0 Introduksjon.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Studiens hensikt og forskningsspørsmål	8
1.3 Begrepsavklaring og avgrensning	8
1.4 Disposisjon for oppgave.....	10
2.0 Tidligere forskning	10
2.1 Internasjonale forskningsstudier.....	11
2.2 Nasjonale forskningsstudier	12
3.0 Helsepolitiske føringer	14
3.1 Milepæl i rusmiddelpolitikken	14
3.2 Brukermedvirkning	15
3.3 Bruk av erfaringskompetanse i tjenestene	16
3.4 Samhandlingsreformen.....	17
4.0 Kunnskapsstatus om rusbehandling og tiltak for personer med rusavhengighet.....	18
4.1 Rusbehandling	18
4.1.1 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	19
4.1.2 Ettervern	20
4.2 Bolig og oppfølging i bolig	21
4.2.1 Housing first.....	22
4.2.2 FACT-team.....	24
5.0 Teoretisk rammeverk.....	24
5.1 Recoveryorientert praksis.....	25
5.2 Recovery i rehabilitering og habiliteringstjenester.....	27
5.3 Kunnskapsformidling - Recovery for Illness Management and Recovery (IMR)	28
6.0 Metode.....	30
6.1 Studiedesign	30
6.2 Rekruttering av informantene.....	31
6.2.1 Utvalgskriterier.....	32
6.2.2 Inklusjonskriterier.....	32
6.2.3 Presentasjon av informanter	32
6.3 Datainnsamling.....	33

6.4 Forskerrolle - Refleksivitet.....	34
6.5 Forskningsetikk	36
6.6 Analysestrategi	37
7.0 Resultater.....	39
7.1 «Jobbe med hjertet».....	40
7.2 «Tid og tilgjengelighet i personalet, og i tjenester»	41
7.3 «Hjelpe til med å sette brikkene på plass»	44
7.4 «Støtte klienten i å finne sin vei, i eget tempo».....	47
8.0 Diskusjon.....	49
8.1 Resultatdiskusjon.....	49
«Jobbe med hjertet».....	50
«Tid og tilgjengelighet i personalet, og i tjenester»	53
«Hjelpe til med å sette brikkene på plass»	54
«Støtte klienten i å finne sin vei, i eget tempo».....	58
8.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning.....	60
8.3 Refleksjoner rundt metodevalg.....	61
9.0 Avslutning	64
10 Litteraturliste	65
Vedlegg	75
Vedlegg 1: Tidsplan	76
Vedlegg 2: Tilbakemelding NSD	76
Vedlegg 3: Tilbakemelding REK	80
Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeskjema.....	82
Vedlegg 5: Intervjuguide.....	86

TABELLOVERSIKT

Tabell 1: Beskrivelse av utvalg

Tabell 2: Eksempel på intervjuguide

Tabell 3: Eksempel på fremgangsmåten i analyseprosessen

FIGUROVERSIKT

Figur 1: Illustrerer fremgangsmåten i metode

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Rusproblematikk er et samfunnsproblem og stadig flere unge rekrutteres til rusmiljø (Actis, 2019). Sammendrag av befolkningsundersøkelser i Europa, USA og annen forskning viser at mennesker med en alvorlig ruslidelse har økt risiko for å utvikle en alvorlig psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2012, s. 13). I tillegg bidrar ruslidelser til betydelig helsetap og tap av levekår (FHI, 2019). Andre konsekvenser som følge av rusavhengighet er hjemløshet, fattigdom og arbeidsledighet (Brekke, Lien & Biong, 2018, s. 54).

Folkehelseinstituttet (FHI) sine årlige undersøkelser viser at rundt 16 171 mennesker i Norge mellom 16 og 64 år bruker narkotika jevnlig (FHI, 2019, s. 16). Rapporten understreker at rusmiddelavhengighet er en vesentlig risikofaktor for å dø før fylte 70 år i Norge, med gjennomsnittlige 260 årlige overdoser (FHI, 2019, s. 4). Kriteriene for rusdiagnose er at rusmiddelbruk påvirker en persons livssituasjon og livsførsel på en destruktiv måte. ICD-10 skiller mellom skadelig bruk og avhengighet. Skadelig bruk er når psykoaktive stoffer brukes i en grad som forårsaker helseskader, mens ved avhengighet mister personen kontrollen over forbruket, og stoffbruket får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser (Helsedirektoratet, 2012, s. 17 -18).

Min erfaring som psykisk helsearbeider er at mange med rusutfordringer ønsker endring, men flere av dem har vært i behandling for sin avhengighet uten å klare å holde seg rusfrie i ettertid. Drop-out er høy i rusbehandling, og forskning viser at mellom 17 og 57 % av pasienter i rusbehandling velger å avslutte oppholdet før tiden (Deane, Wootton, Hsu & Kelly, 2012; Samuel, LaPaglia, Maccarelli, Moore & Ball, 2011). Omtrent 50 % frafaller allerede i løpet av den første måneden av oppholdet (Stark, 1992). Alder og psykisk lidelse nevnes som vesentlige risikofaktorer for frafallet (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen & Duckert, 2013, s. 1015). Unge mennesker har en tendens til å være mer ustabil i behandling (Waal, Bussesund, Clausen & Lillevold, 2018, s. 18).

Resultatet fra forskningsdata og litteraturstudier påpeker at rusfrihet innebærer mye mer enn bare å slutte å ruse seg, det handler om å «leve» igjen og om å skape en ny identitet, etablere nye vaner og sosiale nettverk (Robertson & Nesvåg, 2018, s. 261). Mennesker med rusavhengighet har et stort behov for omfattende og tverrfaglig oppfølging for å etablere et rusfritt liv, og få bedre livskvalitet.

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven (Lovdata, 2011, § 3-3), skal kommunen sørge for at mennesker med rus- og psykiske helseutfordringer tilbys helse- og omsorgstjenester som er nødvendige for å fremme deres helse og forebygge sykdom. Loven gir hjemmel for spesialisert tverrfaglig behandling for rusmiddelavhengighet. Helsedirektoratets (2017) nasjonal klinisk veiledning anbefaler at tjenestetilbudet for rusbehandling er basert på mål, ønsker og individuelle behov. Det fremheves at klienten har rett til å medvirke i sin egen behandling, og som et ledd i dette anbefaler regjeringen tilsetting av erfaringskonsulenter i tjenestene.

En erfaringskonsulent er en person som er ansatt i tjenester på grunnlag av sin personlige erfaring med fenomenet. I følge den nasjonale helse- og sykehusplanen for perioden 2016 – 2019, vil påvirkning fra erfaringskonsulenter i tjenester være et bidrag til å styrke pasientens brukermedvirkning (Regjeringen, 2015).

Det hevdes at ansettelse av erfaringskonsulenter i tjenester indikerer at utviklingen i psykisk helse- og rusarbeid er i riktig retning (Weber & Jensen i erfaringskompetanse.no, 2016, s. 5). Engelsktalende kaller erfaringskonsulenter for «peer-support», som kan oversettes i norsk sammenheng med «et likeverdig individ; likeperson» (Weber & Jensen i erfaringskompetanse, 2016, s. 10). Satsning på erfaringskonsulenter i tjenester er internasjonalt (Åkerblom & Ness, 2021).

Erfaringskonsulenter sin arbeidsideologi er forankret i recoveryorientert praksis, hvorav samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteytere er basert på gjensidig respekt, og aksept for hverandres kunnskap og ferdigheter. For å fremme den personlige recovery ble det utviklet et rammeverk, kalt for recovery CHIME. Et av identifiserte prosesser ved CHIME-modellen handler om tilhørighet, og vektlegger fokus på tilgjengelighet av medarbeidere med erfaringskompetanse (Karlsson & Borg, 2017, s. 101).

Litteratursøket basert på oppfølging av personer med rusavhengighet som ønsker å bli rusfri, fremviser en del forskning basert på faglig perspektivet, og lite basert på erfaringer fra erfaringskonsulenter. Erfaringskonsulenter er en ganske ny rolle i norsk sammenheng (Odden, Kogstad, Brodahl & Landheim, 2014, s. 4), og det poengteres at fagfeltet trenger mer forskning (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2018)

1.2 Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Studiens formål har vært å utforske hva erfaringskonsulenter vektlegger i sin oppfølging, for å støtte personer med rusavhengighet som ønsker rusfrihet. Som nevnt innledningsvis viser forskningen at mange ønsker hjelp til sin avhengighet, men det er få som klarer å gjennomføre behandlingen (Deane, Wootton, Hsu & Kelly, 2012; Samuel, LaPaglia, Maccarelli, Moore & Ball, 2011; Stark, 1992). Flere i denne målgruppen har behov for omfattende hjelp, og mange opplever at hjelpen de får ikke strekker til. Spørsmål som jeg har lenge undret over i min oppfølging med mennesker med rusavhengighet er «Hva definerer et godt tilbud?» og «Hva er viktig å tenke på i oppfølging av personer som ønsker en endring i livssituasjon og rusfrihet?» Det er mange spørsmål jeg lurte på, og jeg henvendte meg derfor til erfaringskonsulenter for å søke svar.

Erfaringskonsulenter er en relevant informantgruppe for denne problemstillingen fordi de har erfart fenomenet, og har i tillegg arbeidserfaring innen fagfeltet. Resultatet fra forskningsstudiet kan være et bidrag til mer forståelse og innsyn i fagfeltet med marginalt forskningsspekter og som er i utvikling. Kunnskapsstatus og tidligere forskning viser at det er utført lite studier basert på erfaringskonsulenter sine meninger om temaet *rusfrihet* og *rusmestring*. Forskningsspørsmålet er:

«Hva vektlegger erfaringskonsulenter i sin oppfølging av personer med rusavhengighet som ønsker rusfrihet?»

Målet med denne studiet er ikke å gi et entydig svar på problemstillingen, men å belyse fenomenet fra ulike perspektiver og synspunkter som kommer til uttrykk gjennom informantene og litteratur.

1.3 Begrepsavklaring og avgrensning

Erfaringskompetanse er kompetanse innhentet fra erfaringer, enten ved at en har primært opplevd noe knyttet til fenomenet eller ved sekundære opplevelser som pårørende.

Erfaringskonsulenter er ansatte med brukererfaring (Helsedirektoratet, 2014, s. 21).

En person med rusmiddelavhengighet kjennetegnes ved at rusbruk oppleves som et nødvendig behov for å “overleve” og personen har vansker med å kontrollere forbruket. Forbruket

oppretholdes til tross for skadene og konsekvenser det medfører, og blir ofte prioritert framfor andre viktige aktiviteter og forpliktelser (FHI, 2019).

Det er mange definisjoner på rusfrihet og begrepet betegnes ofte som et mål i rusbehandling, eller generelt om folk som ikke bruker narkotiske stoffer (Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon, 2019).

Recovery er en unik prosess som er personlig, sosial og relasjonell. Det handler om helse og velvære, personlig og sosial identitet, tilhørighet og deltakelse på ulike samfunnsarenaer, og en støttende omgivelse (NAPHA, 2022). Det er mange definisjoner på recovery, men i denne oppgaven skal det fokuseres på recovery som en personlig og sosial prosess. Recoveryprosess innebærer den dype personlige prosessen, mens recoveryorienterte praksis handler om det relasjonelle samarbeidet mellom tjenestemottaker og tjenesteyteren (Karlsson & Borg, 2017, s. 78 – 81). Recoveryprosesser kan oversettes til bedringsprosesser eller tilfriskningsprosesser på norsk, og omhandler endringsprosesser en gjør for å oppnå bedring (Bergen Kommune, 2021). I oppgaveteksten blir alle begrepene anvendt, fordi de utfyller hverandre på forskjellige måter og i ulike kontekster.

I omtalelse av de forskjellige rollene, er det valgt å bruke betegnelse som «klient», «tjenestemottaker», «hjelper» og «tjenesteyter». I enkelte tilfeller er det brukt «pasient» og «bruker» for å bevare tekstens naturlige kontekst.

Det er gjort implisitt og eksplisitt avgrensninger av hensyn til oppgavens omfang.

Avhengighet kan ha mange former og har forskjellige definisjoner. Oppgaven avgrenses til avhengighet til rusmidler.

Det er gjort noen avgrensninger ved valg av litteratur. Det er mange forskningsartikler og litteratur som omtaler temaet på forskjellige måter, men jeg har valgt anvende teorier jeg mener er relevant for oppgaven. Disse er valgt ut i samarbeid med veilederne. Primært ble det vektlagt å anvende nyere forskningslitteratur, men eldre og anbefalt litteratur ble også betraktet som aktuell. Ethiske overveielser, fremgangsmåten i undersøkelsen, refleksivitet og gyldighet ble vurdert før valget av litteratur.

1.4 Disposisjon for oppgave

Innholdet i oppgaven er inndelt i ti kapitler; introduksjon, tidligere forskning, helsepolitiske føringer, kunnskapsstatus, teori, metode, resultat, diskusjon, avslutning og litteraturliste.

Innledningsvis presenterte jeg bakgrunn for valg av tema, avgrensning og problemstillingen. Deretter presenterer jeg internasjonal og nasjonal tidligere forskning. Videre gjøres det rede for helsepolitiske føringer som er gjeldende for fagfeltet med henvisning til lovverket i kapittel 3. I kapittel 4 viser jeg til kunnskapsstatus for å gi et overblikk av fagfeltet. Teoretisk rammeverk som recoveryorientert praksis, habilitering og rehabilitering presenteres i kapittel 5. Deretter vil jeg presentere studiens metodologi og fremgangsmåten i forskning i kapittel 6. Funnene fra analysearbeidet presenteres i kapittel 7, og i kapittel 8 blir forskningsspørsmålet drøftet i lys av funnene og ved hjelp av litteratur, og dens betydning for implikasjon i praksis og videre forskning. Refleksjoner rundt metode valg blir også drøftet. Nest siste kapittelet (9) i oppgaven presenteres konklusjoner fra forskningsarbeidet. Kapittel 10 fremviser en litteraturliste med alle henviste kilder som er benyttet i oppgaven.

2.0 Tidligere forskning

I 2006 ble det opprettet ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) et eget program for rusmiddelforskning, med formål om å øke kunnskap i fagfeltet og fremheve kvaliteten på rusforebyggende tiltak og tjenester for mennesker med rusproblemer (Regjeringen, 2013).

De regionale kompetansesentre på rusfeltet (KoRus) utfører et utmerket arbeid på fagfeltet ved å iverksette nasjonale mål innen rusfeltet. KoRus har som primærrolle å styrke praksisfeltet innen rusmiddelforebygging, tidlig intervensjon og rusbehandling. Ved å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse (Ose & Kaspersen i SINTEF, 2020, s. 269).

Søket på Helsebiblioteket.no fremviste et funn på 82 forskningsartikler som omhandler rusavhengighet. Ved søket i databasene; IDUNN, Oria, Google Scholar, Cochrane, PubMed og PsycInfo, med nøkkelord fra problemstillingen i forskjellige kombinasjoner, og med engelske søkeordene “peer support” og “substance use disorder”, fant jeg en del forskning om *rusavhengighet*, *rusfrihet*, *erfaringskonsulenter* og *recovery*. Derimot er det gjennomført lite forskning basert på hva erfaringskonsulenter mener er betydningsfull i arbeid med personer

som ønsker rusfrihet eller rusmestring (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2018).

2.1 Internasjonale forskningsstudier

Ved søket i PubMed fant jeg blant annet en tysk forskningslitteratur av Nossek et al. (2021, s. 592 - 594) om erfaringskonsulenter og deres bidrag på et psykiatrisk sykehus. Det fremvises at erfaringskonsulenter bidro til at pasientene fikk økt motivasjon og involvering i sin egen recoveryprosess. I begynnelsen av forskningsprosjektet ble rollen til erfaringskonsulentene oppfattet som vid og uklar blant pasienter og kollegaer. Da rollene deres ble tydeligere, ble kompetansen sett på som nyttig og verdsatt (Nossek, Werning, Otte, Vollmann, Juckel, & Gather, 2021, s. 594). Det understrekes at erfaringskonsulenter har en unik individuell kunnskap og ferdighet som kan være til fordel for pasientene. Selv om studiet omhandler pasienter med psykiske helseutfordringer, anses den som relevant for personer med rusavhengighet.

På søket etter studiet om rusbehandling og recoveryprosesser, fant jeg denne studien fra Zimbabwe, "*recovery from substance abuse among zimbabwean men: an occupational transition*". Studiet deler erfaringer fra tre menn og deres tilfriskningsprosess fra rusavhengighet. Det formidles at de fleste startet med å ruse seg som en sosial interaksjon, og aksept for å være en del av «gjengen». Deretter utviklet rusbruket seg til å være det eneste og viktigste gjøremålet i hverdagen; den «evige» jakten på å skaffe seg rusmidler (Nhunzvi, Galvaan & Peters, 2019, s. 17). Konsekvenser ved vedvarende rusmisbruk medførte helseskadelige effekter og sosiale problemer, og ble motiverende faktor for endring. En bevissthetsendring og personlighetsendring i væremåten og omgivelsene rundt seg, måtte til for å oppnå rusfrihet. Involvering i jobb og aktiviteter fremhevet håpet i endringsprosessen. Studiet påpeker at dersom man skal klare å oppnå rusfrihet, er det hensiktsmessig å erstatte rusmiddel med noe annet som er meningsfull og konstruktivt. Ellers vil tomhetsfølelse overta og resultere i tilbakefall (Nhunzvi, Galvaan & Peters, 2019, s. 18). Konklusjonen fra forskningen viste at recoveryprosesser er en overgang fra avhengighet, dårlig helse og livskvalitet til selvutvikling og bedre levekår. Arbeid og aktivitet ble poengtert som en viktig del av prosessen (Nhunzvi, Galvaan & Peters, 2019, s. 20).

2.2 Nasjonale forskningsstudier

I Prosjektet «Et bedre liv» besøker erfaringskonsulenter pasienter i rusbehandling for å dele sine egne recovery erfaringer. Formålet med prosjektet er et ønske om å fremme recoveryperspektivet i tjenester, og håp på at endring og bedring fra rusavhengighet er mulig. Det beskrives at erfaringskonsulenter er et godt eksempel på at det er oppnåelig å bli rusfri (Sjåfjell, 2019, s. 6).

Ved søket på Oria fant jeg rapporten «*Det er litt som et eget språk*». Rapporten utforsker erfaringskonsulenters sin forståelse og bruk av erfaringsbasert kunnskap i sitt samarbeid med brukere i psykisk helse- og rustjenester. Det kommer frem i studien at erfaringskonsulentene opplevde å få umiddelbar relasjon og tillit til brukerne, og mente at det skyldtes «*gjenkjennelse*». Brukerne gjenkjente noe ved erfaringskonsulentene som bidro til raskere relasjon. Det beskrives som noe taust og uttalt i dynamikken, som både erfaringskonsulenten og brukeren forsto, nesten som et eget språk. Gjenkjennelse beskrives som selve essensen i erfaringskunnskapen, og dannet et utgangspunkt for nærhet og relasjon (Klevan, Sjåfjell, Borg & Karlsson, 2018, s. 35). Erfaringskonsulentene hadde et felles utgangspunkt med brukerne, som gjorde at de kommuniserte bedre og fikk sterkere tilknytning. Til tross for at erfaringskonsulenter hadde erfart og “kjent” fenomenet på kroppen, var det likevel bevissthet på å skille mellom egen erfaring og brukerens erfaring, for å unngå å bli “selvbiografisk” (Klevan, Sjåfjell, Borg & Karlsson, 2018, s. 36). Studien fremhever at erfaringskonsulentene vektla å møte brukerne som individer med behov for selvutvikling, og hadde fokus på å møte brukerne som person fremfor deres problemer (Klevan, Sjåfjell, Borg & Karlsson, 2018, s. 36).

Noen av funnene fra studiet har fellestrekk med Nossek et al. (2021, s. 594) sin studie. Rapporten formidler også mangel på rolleklarhet. Det hevdes at ansettelse av erfaringskonsulenter i tjenester er et relativt nytt konsept under utvikling, og at dette kan være en mulig årsak. Det fremkommer i rapporten at flertallet av erfaringskonsulentene opplevde å være den første og eneste med brukererfaring på sin arbeidsplass. Noe som medførte at de måtte utforme sin rolle (Klevan, Sjåfjell, Borg & Karlsson, 2018, s. 35). Det påpekes at erfaringskonsulentene opplevde situasjonen som sårbar og utfordrende ved at man har ingen å referere seg til med samme utgangspunkt (Klevan, Sjåfjell, Borg & Karlsson, 2018, s. 46).

Pettersen et al. (2018, s. 3) undersøkte hvorfor mennesker med langvarig ruslidelse ønsket rusfrihet. Studiet trekker frem at mange kommer til et punkt der rusmisbruket har flere negative konsekvenser enn gevinsten (Pettersen, Landheim, Skeie, Biong, Brodahl, Benson & Davidson, 2018, s. 1). De opplevde å miste kontakten med sine nærmeste familiemedlemmer, og formidlet et ønske om å gjenforene med disse (Pettersen et al., 2018, s. 1). Av den grunn ønsket de endring i livssituasjonen. Imidlertid var det få som søkte seg inn i behandling eller gjennomførte et behandlingsforløp. Det påpekes at selv om mange hadde formidlet et stort ønske om å slutte å ruse seg, var prosessen krevende og vanskelig å gjennomføre (Pettersen, Landheim, Skeie, Biong, Brodahl, Benson & Davidson, 2018, s. 6).

Søket på Google Scholar ledet til denne nasjonale engelske studien; «*Helpful ingredients in the treatment of long-term substance use disorders*». En narrativ kvalitativ studie, hvor det ble utført semistrukturerte dybdeintervju med 18 deltakere, med formål om finne nyttig verdien ved rusbehandlingstilbud. Resultatet fra forskningen fremviste at pasientene med langvarig rusutfordringer hadde behov for langtidsbehandlingsopphold og individuelle skreddersydd tilbud, og poengterte disse som hensiktsmessig behandlingstilbud (Pettersen, Landheim, Skeie, Biong, Brodahl, Benson & Davidson, 2019, s. 4). Forskningen henviste til 12-trinns modellen, som en langtidsbehandling. Resultatet fra forskningen viser et kontroversielt bilde av langtidsbehandling i motsetning til helsepolitiske anbefalinger. Undersøkelsen fremviste hvorfor langtidsbehandling var foretrukket av pasientene, og mente at behandlingstilbudet hadde mest effekt da. Det argumenteres mot anbefalingen fra det rådende paradigmet om å gradvis redusere lengde på behandlingsoppholdet (Pettersen et al., 2019, s. 6). Det poengteres også at sosial interaksjon med medpasienter, hvor det ble utvekslet erfaringer, er nyttig i et behandlingsopplegg (Pettersen et al., 2019, s. 7).

3.0 Helsepolitiske føringer

I dette avsnittet skal jeg først presentere et kort sammendrag av rushistorikk i Norge og utviklingen i rusmiddelpolitikken. Deretter vil jeg hen vise til forskjellige rammer som brukermedvirkning, erfaringskompetanse og samhandlingsreformen med henhold til problemstillingen.

3.1 Milepæl i rusmiddelpolitikken

Etter andre verdenskrig ble det registrert en økning i rusmiddelbruk i den norske befolkningen. Bruk av alkohol økte mest. Etter hvert førte forbruket til en del helseutfordringer og avhengighetsproblematikk hos flere. Følgelig ble det etablert en del tiltak som forbudslinje, straffeloven og alkoholoven, for å redusere skaden og omfanget (Regjeringen, 2012, s. 9).

Allerede på 1970-tallet ble det vektlagt økende grad av sosiale og sosiologiske forklaringsmodeller med søkelys på å forstå problematikken. Forståelsen på at bolig, sosiale relasjoner, arbeid og økonomi ble vektlagt som viktig for å bekjempe rusproblematikk (Regjeringen, 2012, s. 14). På begynnelsen av 1990-tallet ble det rapportert om forverring av helsetilstander blant personer med rusavhengighet, og at de hadde omfattende hjelpebehov. Det ble også registrert en økning i antall narkotikarelaterte dødsfall (Regjeringen, 2012, s. 14). Utviklingen ble betegnet som bekymringsfull, og det ble fremhevet at tiltak måtte iverksettes. I 1994 ble det vedtatt et forsøksprosjekt av metadonbehandling i Norge, med avgrensning til en mindre gruppe i Oslo. Metadon ble offisielt godkjent for bruk i flere deler av landet i 1997 av Stortinget etter anbefalinger på en konsensuskonferanse (Regjeringen, 2012, s. 14). Flere lavterskel helsetilbud ble iverksatt for å hjelpe personer med rusavhengighet og omfattende hjelpebehov, samt redusere overdosedødsfall. I 2004 ble rusavhengighet anerkjent som en sykdom og fikk rettigheter etter pasientrettighetsloven, og ble også innlemmet i spesialisthelsetjenesten (Regjeringen, 2012, s. 14). Dette medførte en rolleendring for personer med rusavhengighet, fra kriminalitet og en streng tradisjonell straffestrategi, til pasientrollen med rettigheter til helsehjelp (Regjeringen, 2012, s. 110).

Rusmiddelpolitikken er stadig i utvikling, og utviklingen har ført til mer kunnskap og bedre forståelse av rusproblematikk. I de siste tiårene har rusfeltet beveget seg mot en mer biomedisinsk forståelse av avhengighet. ICD-10 klassifiserer rusdiagnose som skadelig og ødeleggende bruk av rusmidler (Helsedirektoratet, 2012, s. 17).

Regjeringen i St. meld 30 “Se meg!” vektla fem satsingsområder; 1. Tidlig innsats og forebygging, 2. bedre samhandling mellom tjeneste og økt kompetanse, 3. hjelpe personer med alvorlig rusavhengighet og redusere overdosedødsfall, og 4. ivaretagelse av pårørende (Regjeringen, 2012, s. 8).

Regjeringen anbefaler individuelt tilpassede tjenester som ivaretar den enkeltes behov og gir dem mulighet for mestring, god helse og en verdig livssituasjon. Det fremkommer i stortingsmeldingen at det er ønskelig å utvikle et velfungerende helse- og omsorgstilbud, som er tilgjengelig for alle, og hver enkelt skal behandles med likeverdighet og respekt. Solidaritet med mennesker som er særlig utsatt; barn, unge, pårørende og personer med omfattende hjelpebehov, er et sentralt mål for å skape et inkluderende samfunn (Regjeringen, 2012, s. 99).

Regjeringen har satt som mål om tidlig intervensjon som et forebyggende tiltak. Barn og unge som vokser opp med foreldre med rusavhengighet har større sjanse for selv utvikle psykiske vansker og følelsesmessige utfordringer. Det anbefales derfor tidlig intervensjon for å begrense eventuelt skadeomfang (Regjeringen, 2015, s. 33).

3.2 Brukermedvirkning

Satsing på brukermidvirkning er i økende grad en sentral målsetting i velferdspolitikken. Brukermedvirkning anses som avgjørende for at tjenestetilbudene som gis skal oppleves som nyttig. I [lov om pasient- og brukerrettigheter](#), § 3-1, gir lovens forskrifter hjemmel i retten til medvirkning. Med dette menes at brukere og pasienter har rett til aktiv deltakelse i valg som omhandler egen helse og behandling. Loven innbefatter en plikt for helsepersonell til å legge til rette for brukermidvirkning (Nasjonal kompetanse for læring og mestring innen helse, 2019).

Norges offentlige utredninger (NOU) (2018:16, s. 119) “*Det viktigste først - prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*”, fremhevet tre satsnings nivåer for brukermidvirkning i helse- og omsorgstjenesten; 1. på faglig nivå, 2. på kommunalt nivå, og 3. nasjonalt politisk nivå. Klienten har rett til valgfrihet og innflytelse over eget helse- og omsorgstilbud, og kommunen kan på overordnet nivå legge til rette for brukerinvolvering (NOU, 2018, s. 119). Dersom klienten ikke er i stand til dette, skal dens pårørende inkluderes i prosessen (NOU, 2018, s. 120). Satsing foregår også på nasjonalt politisk nivå ved for eksempel når regjeringen skal utforme nye politiske rammer (NOU, 2018:16, s. 119).

For at brukermedvirkning skal være hensiktsmessig for begge parter anbefaler NOU (2018:16, s. 119) *åpenhet* i dialog, ved å involvere klienten med på råd og diskusjoner som omhandler egen behandling eller innretning av tjenester. Ved å gjøre dette kan den enkelte være med å påvirke sitt behandlingsforløp, ta medansvar og involveres i prosesser som angår seg selv eller det samfunnet en lever i.

Brukermedvirkning er beskrivende for prosesser som forutsetter at den det gjelder er involvert i beslutningsprosessen. Det handler om implikasjon av erfaringsbasert kunnskap i tjenestene og likeverdighet. Det etiske prinsippet i brukermedvirkning er ivaretagelse av enkeltindividets autonomi. Økt brukerinvolvering i tjenester bidrar til treffsikre utforming og bedre gjennomføring av tiltak, fordi brukerens egen vurdering er av vesentlig betydning (NOU, 2018:16, s. 119).

Helsedirektoratets nye veileder for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne “Sammen om mestring”, fremlegger sterke føringer for brukermedvirkning i tjenester, og har særlig fokus på klienten som en aktiv deltaker i lys av recovery og empowerment som grunnlag (Helsedirektoratet, 2014, s. 29 - 31). Tilsettelse av erfaringskonsulenter i tjenestene er et bidrag i formidling av tro på erfaringskunnskap og styrker brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2014, s. 29 - 31).

Integrering av brukererfaring i tjenestene anses som en nødvendig satsing i utviklingen og en forbedring av tjenestetilbudene. Det understrekes at aktiv implikasjon av brukermedvirkning i tjenestene, vil minimere risiko for at pasientene opplever hjelpen som en krenkelse, og kan redusere unødig bruk av tvang (Helsedirektoratet, 2016, s. 12). Klienten sin egen erfaring og kunnskap om eget liv må vektlegges og integreres ved ethvert behandlingsopplegg. Helsedirektoratet (2016, s. 12) framhevet at brukererfaring ikke skal erstatte faglig kunnskap eller omvendt, men at disse skal utfylle hverandre.

3.3 Bruk av erfaringskompetanse i tjenestene

Sosialdepartementet i 1981 løftet frem behovet for fleksible, tilpassede og koordinerte helse- og velferdssystemer, med fokus på brukermedvirkning og erfaringskompetanse i tjenestene (Klevan, Sjøfjell, Borg & Karlsson, 2018, s. 8).

Rapporter innenfor psykisk helse og rusfelt viser en økning på 88 prosent i 2018 av brukermedvirkning med jevn økning siden 2014, både i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenester (Regjeringen, 2017, s. 60). I Meld. St. 7 2019–2020 *Nasjonal helse- og sykehusplan* presenterte helsedirektoratet et ønske om å utvikle en undervisningsmetode for tjenestemottakere, pårørende og erfaringskonsulenter, med formål om å gi de tilstrekkelig kunnskap om hvordan de kan anvende sin erfaringskompetanse best mulig.

Brukermedvirkning omfatter også bruk av erfaringskompetanse (Regjeringen, 2017, s. 60). Tilbakemeldinger fra *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* poengterte at ansettelse av personer med erfaringskompetanse har bidratt til en større brukerorientert kultur i tjenestene (Regjeringen, 2017, s. 60). Der meldes det også om behov for mer rolleavklaring og bedre arbeidsforhold for erfaringskonsulentene, slik at de kan yte kompetansen sin fordelaktig. På bakgrunn av dette ønsker helsedirektoratet å styrke opplæring for de gjeldende (Regjeringen, 2017, s. 60).

For at den levde erfaringen skal bli til kunnskap, foregår det en kontinuerlig prosess gjennom læring og deling. Klevan et. al. (2018, s. 32) hevder at erfaringskunnskaper utvikles gjennom at en møter seg selv, sin historie og bli kjent med følelsene knyttet til fenomenet, og deretter blir den til kunnskap (Klevan, Sjøfjell & Karlsson, 2018, s. 32). Prosessen innebærer også at en bearbeider det en har opplevd, før det kan kalles kunnskap, og kan gi læring til andre i samme situasjon.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse har vært en brobygger mellom fagkunnskap og erfaringsbasert kunnskap, og har som formål å styrke klientenes- og pårørendeperspektivet siden sin oppstart i 2006 (Erfaringskompetanse, 2011, s. 47).

Kunnskapssenteret har som mandat å bygge opp kompetansebasen, avdekke kunnskapsmangler og styrke forskning basert på brukerperspektivet (Erfaringskompetanse, 2015, s. 8). Ansettelse av erfaringskonsulenter i tjenester er for å styrke brukerperspektivet og fremme recoveryorientert praksis i tjenestene (Helsedirektoratet, 2014, s. 21).

3.4 Samhandlingsreformen

Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til individuell plan. Individuell plan skal sikre at tjenestemottakerne får et helhetlig tilbud (Lovdata, 2021, §28). Som følge av dette ble det etablert en samhandlingsreform mellom kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester. Reformen skal bidra til tverrfaglig og koordinerte tjenester, og

kvalitetssikre helsetilbudene (regjering, 2014, s. 18). Forskningsrådet (2016, s. 15) hevder at klienter profiterer på bedre samarbeid mellom tjenester i kommunen og i spesialisthelsetjenester, og reformen er derfor avgjørende og betydningsfull. Et godt samhandling skal bidra til *tidlig intervensjon, å få hjelp nærmeste mulig bosted, og forebygge sykdom* (Forskningsrådet, 2016, s. 15). Reformen er spesielt viktig for personer som samhandler med mange forskjellige tjenester, eller personer som er i behandling, og for eksempel skal videre i bolig (Forskningsrådet, 2016, s. 30).

Norges Forskningsråd på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte en evaluering av samhandlingsreformen og dens funksjon i praksis for periode 2011 - 2012. Deres evaluering utfra nasjonal survey, viste at to av tre i kommuneadministrasjonen hadde lite brukerinvolvering med i utforming av avtalen (Forskningsrådet, 2016, s. 29). Det fremkom også at brukerrepresentantene var lite involvert i prosessen, noe som svekket avtalen i reformen (Forskningsrådet, 2016, s. 29). Rapporten hevder at klientene fikk dårligere forløp etter reformen, og at målene om mer helhetlig behandling, ikke ble nådd (Forskningsrådet, 2016, s. 30). Konklusjoner fra rapporten understrekte at effekten av samhandlingsreformen fungerte på noen områder, men trengte forbedring for en optimal effekt (Forskningsrådet, 2016, s. 24). Avtalen hadde heller ikke bidratt til betydelig endring i samarbeid mellom kommunale helsetjenester og spesialisttjenester, eksempelvis ved innleggelse og utskrivelse fra rusinstitusjoner.

4.0 Kunnskapsstatus om rusbehandling og tiltak for personer med rusavhengighet

Tidligere presenterte jeg helsepolitiske føringer. I dette avsnittet skal jeg presentere noen anbefalte intervensjoner og tiltak for personer med rusavhengighet som ønsker rusfrihet.

4.1 Rusbehandling

Det brede spekteret i rusbehandling gir flere valgmuligheter for personer med rusutfordringer eller rop-lidelse. Det er mange behandlingsmetoder eller tilnærminger som er fremherskende i arbeid med denne målgruppen, hvorav disse *er miljøterapi, motiverende intervju, kognitiv atferdsterapi, mentaliseringsbasert terapi, systematisk fysisk aktivitet og treningskontakt, musikkterapi, 12-trinns modell, mindfulness, recoveryorientert praksis, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og legemiddelassistert rehabilitering (LAR)*, for å nevne noe.

Søket i Helse-Norge gjenspeiler et funn på 175 behandlingssteder i Norge på landsbasis. Resultat fra funnet viser en mangfoldig i behandlingsalternativer for personer med

rusutfordringer. Brukermedvirkning er et sentralt tema i all behandlingstilbudene. Helsedirektoratet oppfordrer til klientens involvering tidlig i planlegging av behandlingsopplegget eller i rehabiliteringsforløpet. Rusbehandling handler om å gi klientene kunnskap som skal gjøre dem i stand til å leve et godt liv. Det rådes til at behandlingstilbudene legger til rette for samarbeid mellom klienten og brukerorganisasjoner eller erfaringskonsulenter (Helsedirektoratet, 2017).

I denne oppgaven ønsker jeg å avgrense meg til *tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*, og *recoveryorientert praksis* som teori. Jeg har lite forkunnskap om TSB, og ønsker derfor å benytte anledningen til å tilegne meg mer kunnskap om tilbudet.

Rusavhengighet kan medføre en del negative konsekvenser, spesielt ved langvarig misbruk av rusmidler. Avhengigheten vil i ulike grad påvirke og forstyrre livssituasjon og funksjonsnivå i forhold til mestring, helse, trivsel og relasjon til andre mennesker (Helsedirektoratet, 2014, s. 29).

4.1.1 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Tverrfaglig rusbehandling er en god arena for utvikling og forbedring av livsområder, i en trygg ramme. Det vektlegges struktur og rutiner i hverdagen som gir forutsigbarhet (Johannessen, Nordfjærn & Geirdal, 2020, s. 217).

Personer med rusavhengighet, og som trenger rusbehandling kan henvises til TSB. Behandlingstilbudet er inkludert i et pakkeforløp og er forankret i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 og 10-3 (Helsedirektoratet, 2020) og i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, første ledd, nr. 5 og § 2-1 a fjerde ledd (lovdata, 2021).

Formålet med pakkeforløpet er at klienter med behov for rusbehandling tilbys en helhetlig hjelp, med kortere ventetid. Pakkeforløpet forutsetter individuelt tilpasset behandling med fokus på brukermedvirkning (Helsenorge.no, 2020). Autentisk målgruppe for tverrfaglig spesialisert rusbehandling er personer med alvorlig ruslidelse, og med lav eller moderat psykisk lidelse. I enkelte tilfeller kan personer med alvorlige psykiske lidelser vurderes som aktuell, dersom psykisk helsevern vurderer det som forsvarlig og rusavdelingen har tilstrekkelig kompetanse. I det forbindelse anbefales det at det foreligger et godt samarbeid mellom behandlingsinstitusjonen og psykisk helsevern. Det forutsettes også at det inngås en forpliktende avtale på individnivå, og som klienten har kjennskap til og er delaktig i (Helsedirektoratet, 2012, s. 68).

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling tilbyr poliklinisk behandling, dagbehandling og døgnbehandling, og tillegg bistår med øyeblikkelig hjelp og avrusning. TSB vektlegger høy faglig kompetanse innenfor medisin, psykologi og sosialfag (Helsedirektoratet, 2017). Alle enheter innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal legge til rette for utredning av psykiske lidelser og kognitive ferdigheter. Det gjøres oppmerksom på at TSB sitt kartleggingsverktøy for vurdering av psykiske lidelser hos personer med ruslidelse er imidlertid ikke godt validert (Helsedirektoratet, 2012, s. 85). Det påpekes videre at det er vanskelig å diagnostisere pasienter i ruset tilstand, på grunn av at rusmidler kan påvirke resultatet. For å unngå mest mulig feilkilder i diagnostiseringen, anbefales det å gjennomføre en ny kartlegging etter 16 måneders rusfrihet. Ruspåvirkning skal ikke være et hinder for å ikke gjennomføre utredning, men at den tas med i betraktningen (Helsedirektoratet, 2012, s. 85).

Kunnskapssenteret gjennomførte en nasjonal brukerundersøkelse blant voksne pasienter på døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Den kombinerte studien av kvantitativt spørreskjema med kvalitative kommentarer av et utvalg på 978, viste at mange pasienter var fornøyde med behandlingstilbudet. De opplevde å bli møtt av personalet med høflighet og respekt, og hevdet at dette førte til at de følte seg trygge på institusjonene. Funnene fremviste derimot at flertallet var lite tilfreds med oppfølgingen i etterkant av behandlingen og manglende tilbud på ettervern (Haugum, Iversen & Bjertnæs, 2013, s. 45).

4.1.2 Ettervern

Det menes at ettervern er en viktig del av behandlingstilbudet, og mangel på ettervern øker risiko for tilbakefall til rusmisbruk. En undersøkelse viste at pasienter som fikk ettervernstilbud etter behandlingsoppholdet opplevde bedre effekt av rusbehandlingstilbudet, enn de som var foruten (Skudal, Holmboe, Haugum & Hestad, 2017, s. 37). Flere studier viste at ettervernstilbud er dårlig på landsbasis, og at den må integreres mer i behandlingstilbudene (Skudal, Holmboe, Haugum & Hestad, 2017, s. 35).

Sellereite, Haga & Lorås (2019, s. 39) henviste til kunnskapsoppsummering fra flere litteraturstudier som poengterte at ettervern handler om tilhørighet, mestring og deltakelse, og at disse er nødvendige i en recoveryprosess for personer med psykisk helse- og

rusutfordringer. Ettervern er en måte å inkludere klientene i samfunnet, og gi dem mulighet til å utfolde seg med noe som gir dem mestringsfølelse.

I en publisert fokusgruppestudie, ble 22 pasienter fra fire forskjellige private rusklinikker i Norge intervjuet (Johannessen, Nordfjærn & Geirdal, 2020). Pasientene var innlagt på langtidsopphold over seks måneder. Hensikten med studiet var å undersøke pasientenes forventninger i overgangsfasen fra rusbehandling til hverdagen utenfor institusjonen. Funnene fra undersøkelsen resulterte i tre hovedtema; *tilhørighet, indre prosesser og forutsigbarhet* (Johannessen, Nordfjærn & Geirdal, 2020, s. 214). Det kommer frem i studiet at mange av deltakerne vegret seg til utskrivelsen, og mente at de ville miste viktig tilhørighet og samhold med personalet og medpasienter, og var redd for å oppleve utenforskap (Johannessen, Nordfjærn & Geirdal, 2020, s. 217).

Det understrekes i rapporten at mange personer med rusavhengighet har stor del av sitt nettverk og tilhørighet i rusmiljø, og har nesten ingen nøytralt miljø å henvende seg til ved rusfrihet. For at de skal klare å opprettholde rusfriheten trenger de oppfølging, som skal gi dem tilgang til et nytt sosialt nettverk, og rammer i hverdagen (Johannessen, Nordfjærn & Geirdal, 2020, s. 214).

Ness et al. (2013, s. 225) hevder også at å være i meningsfull aktivitet eller arbeid bidrar til økt mestringsfølelse. Det handler om å få en strukturert hverdag, og noe man har å strekke seg til. Ikke minst tilhørigheten av å være en del av noe betydningsfullt. En aktivitet menes å være en anslående måte for å unngå å oppsøke rusmiljøet, og er en god erstatning for rusmisbruket (Ness, Borg, Karlsson, Almåsbygg, Solberg & Torkelsen, 2013, s. 225).

Fra et sosial kapitalers perspektiv handler dette om investering av ressurser i et sosialt nettverk som man har til gode når hjelpebehov oppstår. Det er noe man bygger gjennom aktivitet og i samhandling med andre mennesker (Rønning & Starrin, 2009, s. 17).

4.2 Bolig og oppfølging i bolig

I tillegg til ettervern nevnes bolig som en viktig del av prosessen. Det poengteres at dersom rusfriheten skal være oppnåelig må de grunnleggende basisbehov som bolig og økonomi være avdekket (Johannessen, Nordfjærn & Geirdal, 2020, s. 217).

I *Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014 - 2020)* presenterte regjeringen tre felles satsingsområder: 1. Alle skal ha et trygt sted å bo, 2. Alle med behov for tjenester, skal få hjelp til å mestre boforholdet- forhindre utkastelser - gi oppfølging og tjenester i hjemmet, og 3. Den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv (regjeringen, 2014, s. 10). En satsing som skal ivareta vanskeligstilte og sikrer dem en bolig av god kvalitet, og som gir dem mulighet til å skape seg et hjem og et selvstendig liv. Med formål på å redusere og forebygge bostedsløshet (regjering, 2014, s. 10). Kommunen skal også sørge for at personer uten sted å oppholde seg eller sove det neste døgnet tilbys midlertidig bolig, jamfør sosialtjenesteloven §27. Midlertidig botilbud skal avhjelpe akutt bostedsløshet og har varighet inntil tre måneder med mindre annet er avtalt (Regjeringen, 2014, s. 17).

En kartlegging av bostedsløse i 2009 viste at 59 % av bostedsløse er personer med rusavhengighet, og bor oftere i lengere periode enn seks måneder (Regjeringen, 2012, s. 176). En trygg bolig er forutsetninger for å kunne leve godt, og er vesentlig for å kunne opprettholde effekten av behandling og oppfølging (Regjeringen, 2012, s. 81). Det understrekes at mange personer med rusavhengighet har manglende bo-ferdigheter og kan trenge praktisk bistand, oppfølging og opplæring for å styrke deres ferdighet til å mestre hverdagen og boforholdet (Regjeringen, 2012, s. 81).

4.2.1 Housing first

Housing First tilbyr tjenester og bolig til bostedsløse med rusutfordringer og med dårlig funksjonsnivå (NAPHA, 2021).

Housing First modellen ble utviklet i 1990 av organisasjon *Pathways to Housing*, ledet av en kanadisk psykolog Sam Tsemberis i New York. Modellen ble først utviklet som et pionerprosjekt kalt “Pathways to housing”, med kjennskap til at personer med rusavhengighet har et omfattende tjenestebehov, og har behov for et stabilt boforhold. En amerikansk undersøkelse hevder at Housing First modellen har positive effekter og er anvendelig i arbeid med personer med rusutfordringer (NAPHA, 2016).

Modellen er kunnskapsbasert og er ideologisk forankret i at bolig er et menneskelig rett, og har troen på at recoveryprosess starter med et trygt sted å bo. Modellen vektlegger bolig først,

og deretter endringsarbeidet. Personer med psykiske vansker eller rusutfordringer skal ikke måtte bevise at de er behandlingsklare for å bosettes (Snertingdal, 2014, s. 13).

Verdigrunnlaget i Housing First er at klientene skal bosettes i en permanent bolig etter eget ønske. Brukerstyring, respekt og varme er blant sentrale prinsipper i metodikken, og det menes at dersom klienten får velge boligen selv, og er med på å avgjøre innholdet i sin tjeneste, desto større sjanse for at de lykkes i bolig og oppnår bo-stabilitet (Snertingdal, 2014, s. 10). Housing First modellen er også forankret i recoveryorientert praksis, med fokus på den personlige prosessen og helsefremming. Modellen har som formål om å redusere omfang av negative konsekvenser ved omfattende og langvarig bruk av rusmidler (NAPHA, 2016).

I 2016 ble Tsemberis tildelt en Apa award-pris for sitt arbeid ved å utarbeide en arbeidsmetode som retter fokus mot personer i sårbare livssituasjoner, med ønske om å bedre deres livskvalitet og gi dem et verdig liv (American psychologist, 2016).

Modellen har i senere tid fått stor utbredelse og anerkjennelse, også i Europa og i 25 norske kommuner per 2021 med satsing rettet mot bostedsløse. Housing First prosjektet i Norge er finansiert av både Husbanken, Helsedirektoratet og Fylkesmennene, i tillegg til kommunen (NAPHA, 2021).

Snertingdal (2014, s. 56) på oppdrag fra Husbanken om å kartlegge Housing First tiltaket i Norge, gjennomførte en undersøkelse med varighet på to år, basert på informasjon innhentet fra tolv kommuner. Rapporten viste at modellen ble anvendt forskjellig i kommunene, med stor variasjon i målsettinger. Arbeidsfilosofien i noen av kommunene avvirket fra opprinnelig tenkning, og krevde eksempelvis rusfrihet ved inntaket i prosjektet (Snertingdal, 2014, s. 56).

En annen utfordring ved applikasjon av modellen i Norge forbindes med begrepsdefinisjon av "bostedsløs". Definisjonen hevdes å være betydningsfull for implikasjonen. Eksempelvis så har bostedsløse i Norge forskjellige forutsetninger og lever under andre vilkår enn bostedsløse i USA, der omstendighetene oppleves dårligere (Barvik & Flato, 2018, s. 22). I Norge defineres personer uten fast og egnet sted å bo, som bostedsløs, og det inkluderer også personer bosatt på midlertidige botilbud (Barvik & Flato, 2018, s. 22). Hvorimot i USA bor mange bostedsløse på gater og forlatte bygninger. Noe som kan være avgjørende med tanken på deltakernes motivasjon i boligframskaffelse (Snertingdal & Bakkeli, 2015, s. 10). Housing First i Norge er forankret lokalt i tjenester for bostedsløse med rusproblematikk, og samhandler med andre instanser for å yte et helhetlig tjenestetilbud.

4.2.2 FACT-team

FACT-teamet er et tiltak i regi av spesialisthelsetjenesten, som følger opp personer med psykisk helse- og rusutfordringer. FACT-teamet har hovedfokus i psykisk helsehjelp, i motsetning til Housing First som primært følger opp personer med rusutfordringer, og er en kommunal helsetjeneste (NAPHA, 2021, s. 58).

Brukerplan-kartleggingen for 2014, viste at mange personer med rusavhengighet scoret «blodrødt» på funksjonsnivå, det vil si alvorlig dårlig fungerende. Av følgelig grunner ble det anbefalt forskjellige lav terskeltilbudet, deriblant FACT-team (Regjeringen, 2015, s. 21).

FACT er forkortelse for *flexible assertive community treatment* på engelsk, og kan oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling på norsk. Modellen er nederlandsk og ble utviklet gjennom praktiske erfaringer (Landheim & Odden, 2020, s. 5). Formålet med FACT er å tilby individuell tilpasset oppfølging, helhetlig og integrerte tjenester til personer med psykisk- og ruslidelser og med dårlig funksjonsnivå (Landheim & Odden, 2020, s. 38, 61). FACT omfavner et større spekter av pasientgrupper fra moderat til alvorlige psykisk lidelse og rus (Ruud & Landheim, 2014, s. 11).

FACT-teamet består av tverrfaglige team av sykepleiere, vernepleiere, psykiater, psykologer, erfaringskonsulenter, sosionomer, russpesialister og arbeidsspesialister (Landheim & Odden, 2020, s. 14). Teamet samarbeider med andre instanser som blant annet Housing First, NAV, spesialisttjenester, pårørende og venner (Landheim & Odden, 2020, s. 64). I samhandling med tjenestemottakere blir det utarbeidet et individuelt mål for oppfølging med utgangspunkt i klientens behov, ønsker, styrker og ressurser (Landheim & Odden, 2020, s. 15).

5.0 Teoretisk rammeverk

I rapporten *Sammen om mestring* ble det vektlagt to sentrale perspektiver som helsedirektoratet mente burde prege helsetjenestene for psykisk helse- og rusarbeid; “Empowerment” og “Recovery” (Helsedirektoratet, 2014, s. 11). I denne oppgaven velger jeg å fokusere på recovery som tilnærming, ettersom den er empirisk nær og nevnes av noen informanter som arbeidsverktøy.

5.1 Recoveryorientert praksis

Erfaringskonsulenters arbeidsmetode er forankret i Recoveryorientert praksis (Odden, Kogstad, Brodahl & Landheim, 2015, s. 7).

Recoveryorientert praksis er et faglig perspektiv som sikte på at bedring er en personlig og sosial prosess. Det legges vekt på faktorer som er helsefremmede, for at hver enkelte skal kunne leve et meningsfullt liv, til tross for utfordringer forårsaket av sykdommen (Helsedirektoratet, 2014, s. 31). Borg, Karlsen & Stenhammer (2013, s. 10) definerte recoveryorientert praksis som en personlig prosess forankret i holdninger som fremmer tro, håp og muligheter.

Recovery handler om samarbeidet mellom tjenestemottakeren og tjenesteyteren, der både erfaringskunnskap og fagkunnskap er essensielt for å yte god hjelp (Le Boutillier, Leamy, Bird, Davidson, Williams & Slade, 2011, s. 1473 - 1474). Metoden er blant de tilnæringsmetoder som benyttes av flere tjenester i Bergen kommune, og blant annet i rehabiliteringstjenester (Bergen kommune, 2018).

Recovery tenkning har sine røtter helt tilbake til 1960 i USA, hvor det var opptatt av at alle innbyggere sine rettigheter og plikter som samfunnsborger, og ikke som klient eller pasient (Karlsson & Borg, 2017, s. 23). Bevegelsen og tenkningen spredde seg videre til andre land og verdensdeler, også i Norge, men da med særlig fokus på personer med psykisk helse- og rusutfordringer. I 1993 beskrev William A. Anthony recovery som en dyp personlig prosess og holdninger som fremmer muligheter og bedring. Anthonys ideologi setter preg på forståelsen av tilnærmingen i dag (Karlsson & Borg, 2017, s. 24).

Karlsson & Borg (2017, s. 24) med utgangspunkt i Anthony sin forståelse, beskrev recovery som en prosess der bedring foregår gjennom den enkeltes personlige innsats og i samhandling med en støttende omgivelse. Det handler om at klienten skal utvikle måter å håndtere utfordringer i hverdagen på som har vært hemmende (Helsedirektoratet, 2014, s. 32). Levekår og livssituasjon, tilgjengelig hjelp, opplevelse av håp og mening, fysisk helse, medisinbruk, tilgjengelighet og tilpassede aktiviteter og arbeid, bolig, familie og sosialt nettverk og kulturforståelse er elementære forhold i recoveryprosessen og har en betydelig påvirkning i en endringsprosess (Karlsson & Borg, 2017, s. 24).

Recoveryprosesser vektlegger klienten som ekspert i sitt eget liv og har en sentral rolle i endringsprosessen. Klientenes ønske og behov for endring er grunnleggende for prosessen (Helsedirektoratet, 2014, s. 32).

Slade (2017, s. 12) skiller mellom to ulike Recovery; *klinisk recovery* og *personlig recovery*, og hevder at disse har forskjellige betydninger. Slade beskriver klinisk recovery som en tenkning som stammer fra fagpersonalets tolkning om recovery og ønske om å fjerne symptomer, gjenvinne sosiale funksjoner og gjenoppta et “normalt” liv. Hvorimot personlig recovery er inspirert av personer med erfaringsbakgrunn fra psykiske helseutfordringer (Slade, 2017, s. 12). Tjenester for psykisk helse- og rusarbeid i dag vektlegger begge tenkninger (Slade, 2017, s. 12).

Recoveryprosesser, også kalt bedringsprosesser på norsk, er et sentralt begrep innenfor fagfeltet psykisk helse og rusarbeid. Karlsson & Borg (2017, s. 39) stilte faglige kritiske spørsmål til utbredelsen av tilnærmingen i tjenestene og funderte over tjenester sin forståelse av recovery tilnærmingen. Tidligere undersøkelser om fagfolk sin forståelse av recovery, avdekket misforståelser i anvendelsen av tilnærmingen. Feiltolkning av tilnærmingen medførte konsekvenser for klientene, ved at de ikke fikk den hjelpen de trengte, som følge av mistolkningen. Fagpersonalet hevdet at klientene hadde løsningen til sitt problem, og valgte derfor å overlate ansvaret hos dem (Karlsson & Borg, 2017, s. 39).

Karlsson & Borg (2017, s. 39) understreker at recovery handler ikke om at klientene skal nødvendigvis oppnå symptomfrihet i den forstand at de skal normaliseres. Derimot som en personlig reise der det legges til rette for at hver enkelte skal få muligheten til å oppnå sine drømmer og mål i livet. Det anbefales at recovery har et helhetlig syn på menneskeheten, med en forståelse av at hvem som helst kan rammes av psykisk helse og rusutfordringer. Dette betyr å forstå fenomenet fra et mellommenneskelig perspektiv i forhold til andre mennesker og situasjoner (Karlsson & Borg, 2017, s. 70).

Personlig recovery handler om å sette søkelys på det som fremmer velvære. I en salutogenese tenkning fjerner man fokuset på det som er vanskelig, i dette tilfellet psykiske helse- og rusutfordringer, og tar i stedet sikte på faktorer som er helsefremmende. Ressurser og mestring regnes som viktige elementer i helsefremming (Karlsson & Borg, 2017, s. 71). Det omfavner også at klienten har en empatisk forståelse av situasjonen de er i, og har troen på at det finnes løsninger og prøver mulighetene. Recovery kan relateres til salutogenese tenkning,

som også legger vekt på klientenes ressurser, mestringsferdigheter og livserfaringer (Karlsson & Borg, 2017, s. 71).

Recovery i endringsprosesser for å oppnå rusfrihet innebærer å gjenoppbygge en positiv identitetsfølelse, og følelse av å være noe mer enn bare en rusavhengig. Samtidig som en utvikler interesser, styrker, talenter og kompetanse som en kan identifisere seg med (Karlsson & Borg, 2017, s. 100).

Det dreier seg om en innretning mot tilhørighet og fellesskap, der en kan identifisere seg med andre i sosiale settinger, og opplever å bli møtt og anerkjent som individ og person (Karlsson & Borg, 2017, s. 101).

Mary Leamy og kolleger utviklet en arbeidsmodell som de kalte for the *CHIME-model*, som er et teoretisk rammeverk for personlig recovery innen psykisk helse- og rustjenester (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade, 2011). CHIME-modell står for tilhørighet (Connectednes), håp (Hope), identitet (Identity), mening (Meaning) og egenkontroll (Empowerment). Tilhørighet handler om å ha gode relasjoner, og å være knyttet til andre mennesker på positive måter. Håp om at bedring er mulig, og å ha ambisjoner og drømmer som gir motivasjon til å leve. Gjenvinne en positiv selvfølelse og identitet, samtidig som man overvinner stigma. Leve et meningsfylt og målrettet liv, etter ens eget definisjon, og få kontrollen over livet, med fokus på styrker og ressurser (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade, 2011, s. 449; Jørgensen, 2021).

5.2 Recovery i rehabilitering og habiliteringstjenester

Forskjellen mellom recovery og rehabilitering er at den første nevnte handler om en personlig prosess med fokus på bedring, mens rehabilitering handler mer om systemet eller tjenesteyteres bidrag til å støtte klienten i endringsprosessen (Ladefoged, S. 10). Kommunen har ansvar for å ivareta helsen til mennesker med psykiske helse- og rusutfordringer, ved at det ytes tjenester som bidrag til enten full rehabilitering ved ønskelig eller skadereduksjon (Helsedirektoratet, 2012, s. 77).

Et begrep som er gjennomgående i bedringsprosesser for personer med rusavhengighet er *rehabilitering*. I *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser Sammensatte tjenester -*

samtidig behandling (Helsedirektoratet, 2012), nevnes rehabilitering omtrentlig i hvert behandlingsalternativ, i motsetning til habilitering som kun nevnes én gang.

I forskrift om *habilitering og rehabilitering* (Lovdata, 2018, § 3) beskrives begrepene som målrettede samarbeidsprosesser mellom klient, pårørende og tjenesteytere på ulike arenaer. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet med rehabilitering og habilitering tiltaket er at klienten som har begrensninger eller står i fare for å få begrensninger fysisk, psykisk, kognitiv eller sosiale funksjonsevne, skal få mulighet til å oppnå best mulig funksjon, oppleve mestring, selvstendighet og deltakelse i hverdagslivet og i samfunnet (Lovdata, 2018, §3).

Begrepet habilitering, og rehabilitering skilles oftest når en refererer til ulike målgrupper. Barn, unge og voksne med medfødt funksjonsnedsettelse- eller tidlig ervervet, betegnes oftest i kategorier som trenger habilitering. Voksne med tilstander som er ervervet senere i livet trenger oftest rehabilitering. Rehabilitering handler om å gjenvinne tapte ferdigheter, mens habilitering dreier seg om å lære nye ferdigheter (Helsedirektoratet, 2020).

Recoveryorientert rehabilitering anvendes i psykisk helsevern i Danmark og USA. Blant annet Aalborg kommune i Danmark innført i 2012 implementering av Recoveryorientert rehabilitering i sosialpsykiatrien praksis. Tilnærmingen beskrives som en samlebetegnelse for spesifikke personlige prosesser med vektlegging på likeverdighet, og profesjonelle eller hjelpeinstanser bistand i den enkeltes recoveryprosess, med fokus på helsefremming og økt livskvalitet. Formålet med Recoveryorientert rehabilitering er at tjenestene skal legge til rette for at den enkelte skal mestre å være selvstendig og hovedaktør i sitt eget liv (Ladefoged, 2014, S. 10).

5.3 Kunnskapsformidling - Recovery for Illness Management and Recovery (IMR)

Tidligere i helsetjenester har fagpersoner hatt en dominerende og ekspert posisjon, og hadde en avgjørende beslutning i bestemmelse av eksempelvis hvilke tjenester de mente var nyttig for klientene. Flere undersøkelser og forskning ledet til utvikling av recoveryorientert praksis, der klientenes erfaringer betraktes som essensielt for å yte best mulig hjelp (Karlsson & Borg, 2017, s. 56). Klientene betraktes som en person med egne ressurser og kompetanse i sin konkrete livssituasjon (Karlsson & Borg, 2017, s. 54).

I tidsskrift "*Making recovery a reality*" skriver Shepherd, Boardman & Slade (2008, s. 3) at rollen til tjenesteytere i personlige recoveryprosesser er blant annet å bistå med tilgang til informasjon og ressurser. Med hensyn på å styrke den enkeltes kunnskap og ferdigheter som er nødvendig for endringsprosessen.

Regjeringen i Meld. St. 7 (2019–2020) presenterte mål om å øke helsekompetanse til tjenestemottakere. Helsekompetanse defineres som klientens evne til å forstå og bruke kunnskapsbasert helseinformasjon for å ta beslutninger om egen helse (Regjeringen, 2019, s. 18). Helsekompetanse er hensiktsmessig for at klientene skal kunne ta gode og korrekte beslutninger som er sykdomsforebyggende, og som stimulerer egenmestring for håndtering av lidelsen. Det hevdes at personer med lav utdanning eller kronisk sykdom kan ha begrenset helsekompetanse enn befolkningen generelt, og at det må tilrettelegges for kunnskapsformidling innen helse (Regjeringen, 2019, s. 18).

The international health literacy population Survey 2019–2021 fremlegger en rapport fra en undersøkelse av helsekompetanse i den norske befolkningen. Norge kartla for første gang helsekompetanse med et bredt og representativt utvalg av befolkningen (Le, Finbråten, Pettersen & Guttersrud, 2021, s. 7). Rapporten viste en variasjon i bruk av helsekompetanse og ulike utfordringer ved det. En av utfordringene er knyttet til digitalisering. Utvikling i digitaliserte løsninger har økt betraktelig siste årene, og er fordelaktig for personer med tilgang til smarttelefon, nettbrett eller pc. Digital helsekompetanse eller e-helse er en del av hverdags normalitet. Begrepene er flerdimensjonale, og omfatter blant annet grunnleggende ferdigheter i lesing og regning, naturfaglig allmenndannelse og generelle digitale ferdigheter (Le, Finbråten, Pettersen & Guttersrud, 2021, s. 49). Informasjonen som leses må kunne forstås og vurderes for at den skal ha en innvirkning for helseforebygging. I tillegg må en beherske søkestrategier og kritisk kildevurdering og velge ut relevante helseinformasjon. Rapporten viste at personer med manglende eller begrenset ferdigheter får konsekvenser som følge av digitalisering, fordi de mister nødvendige og oppdaterte informasjon, som kan fremme deres helse og forebygge sykdom (Le, Finbråten, Pettersen & Guttersrud, 2021, s. 47).

IMR står for *Illness Management and Recovery*. IMR er et kunnskapsbasert behandlingsprogram, med hensikt for å hjelpe personer med alvorlig psykiske lidelser å utvikle personlige strategier for å mestre eget liv (Karlsson & Borg, 2017, s. 78). IMR er

organisert som læringsmoduler innen psykoedukasjon, kognitiv tilnærming, sosial ferdighetstrening og mestringstrening. Det vektlegges å gi kunnskap som skal fremheve læring om lidelsen for at personen skal kunne ta beslutninger om egen behandling. Recoveryorientert praksis innebærer støtte og innsatser på personlig nivå, gjennom likeverdige og anerkjennende relasjoner (Karlsson & Borg, 2017, s. 79).

Målet med recoveryorientert praksis er ikke at den enkelte i samarbeidet skal omvende seg for å tilpasse seg den andre ifølge Deagan, men snarere å la det unike med hvert individ og mangfoldet i samfunnet blomstre (Karlsson & Borg, 2017, s. 80).

6.0 Metode

I dette kapittelet ønsker jeg å redegjøre for valg av metode og fremgangsmåten i studiet som er av betydning i besvarelsen på problemstillingen. Malterud (2017, s. 133) hevder at når en skal innhente kunnskap fra samtaler mellom mennesker, er konteksten omkring samtalen viktig og avgjørende for kunnskapsutviklingen. Jeg vil også begrunne for og viser til refleksjoner rundt valget som ble tatt underveis i studiet.

Figur 1. Illustrerer fremgangsmåten i metode:



6.1 Studiedesign

Jeg har undersøkt hva erfaringskonsulenter vektlegger i sin oppfølging av personer med rusavhengighet som ønsker rusfrihet. Kvalitativ forskningsmetode, herunder hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Hermeneutisk handler om tolkning av meninger i det menneskelige uttrykk som utgangspunktet for forståelse og betydningen av kontekst og

selvrefleksjoner. Fenomenologiske tilnærminger tar derimot sikte på subjektive erfaringer og bevissthet. En fenomenologisk forutsetning for forståelse er å sette forforståelse i parentes (bracketing), for å beskrive fenomenet så nøyaktig som mulig slik den enkelte opplever den (Malterud, 2017, s. 28).

Forskningsspørsmålet er avgjørende for metodevalg. Hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming egner seg mest for mitt forskningsspørsmål, som har hensikt på å utforske subjektive erfaringer av fenomenet og teorier om fortolkningen (Malterud, 2017, s. 31). Kvalitative forskningsmetoder innebærer systematisk innsamling, organisering og tolkning av datamaterialet hentet fra intervju eller observasjoner (Malterud, 2001, s. 483).

Kvalitative tilnærminger er bygd på nærhet, der klima må være preget av trygghet og fortrolighet, og er avgjørende for datainnsamlingen. Malterud (2017, s. 134) hevder at for å forstå det som foregår i mellommenneskelige situasjoner, trenger intervjueren kunnskap om rasjonelle og irrasjonelle sider av mellommenneskelig dynamikk. Både intervjueren og intervjuobjektet skal sitte igjen med opplevelse og erfaringer fra intervjuet som nyttig og konstruktiv. Et godt gjennomført intervju skal gi et nyansert bilde av tematikken og konfronterer forskerens forforståelse (Malterud, 2017, s. 134).

6.2 Rekruttering av informantene

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) (2009, s. 15) påpeker at prosessen for å rekruttere kandidater til undersøkelsen kan by på etiske utfordringer i forhold til frivillig deltakelse basert på informerte samtykke.

For å ivareta forskningsetiske hensyn, valgte jeg å hevende meg til lederen ved brukerorganisasjon "Erfaringsentrum" via e-post. E-posten med informasjonsskriv og samtykkeskjema ble videresendt til samtlige medlemmer i organisasjonen. Aktuelle kandidater tok kontakt med meg for å meddele sin interesse, og deretter inngikk vi et samarbeid. Noen av informantene ble rekruttert via andre med erfaringsbakgrunn gjennom ulike kanaler.

Å rekruttere kandidater til prosjektet under pandemien var en utfordring, i tillegg til restriksjoner i forhold til begrensede nærkontakter. Tidlig i prosessen opplevde jeg at det var vanskelig å nå aktuelle kandidater og hadde få påmeldte. Etter hvert som samfunnet åpnet opp for flere nærkontakter, løsnet dette seg.

6.2.1 Utvalgskriterier

Utvalg i hermeneutisk-fenomenologisk studie er ofte lite (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148). Seks erfaringskonsulenter med mangfoldige erfaringer ble valgt strategisk. Strategisk utvalg handler om at en velger informantene ut ifra kriterier som en mener vil besvare problemstillingen best mulig (Malterud, 2002).

Informasjonstyrken er betydningsfull ved strategisk utvalg og er et vanlig utgangspunkt i en kvalitativ studie. For å etablere et strategisk utvalg med god informasjonsstyrke må en først formulere en problemstilling og hva en ønsker å utforske, før en oppsøker informantene. Feltkunnskap og teoretisk bakgrunn er viktige forutsetninger for å forstå hva som er relevante datakilder (Malterud, 2017, s. 58).

6.2.2 Inklusjonskriterier

Det ble laget inklusjonskriterier som grunnlag for å finne aktuelle kandidater. Det var ønskelig med informanter av forskjellige kjønn, bakgrunn, utdanning, etnisitet og arbeidsområder og i en alder av 30 år og oppover. Arbeidserfaringer fra rehabiliteringsinstitusjoner og tjenester var et stort ønske og fordelaktig.

6.2.3 Presentasjon av informanter

Fem menn og en kvinne ble rekruttert til studiet.

Tabell 1. Beskrivelse av utvalg

Informant nr. 1		Informant nr. 2		Informant nr. 3	
Kjønn:	mann	Kjønn:	kvinne	Kjønn:	mann
Alder:	40 – 50 år	Alder:	35 – 45 år	Alder:	40 – 50 år
Kompetanse	Medarbeider med brukererfaring	Kompetanse	Erfaringskonsulent	Kompetanse	Medarbeider med brukererfaring

Informant nr. 4		Informant nr. 5		Informant nr. 6	
Kjønn:	Mann	Kjønn:	Mann	Kjønn:	Mann
Alder:	50 – 60 år	Alder:	40 – 50 år	Alder:	50 – 60 år

Kompetanse	Erfaringskonsulent	Kompetanse	Helsekompetanse/ erfaringskompetanse	Kompetanse	Erfaringskompetanse
------------	--------------------	------------	---	------------	---------------------

6.3 Datainnsamling

Kunnskap som forskningen presenterer ble samlet gjennom individuelle semistrukturerte intervjuer, for å belyse fenomenet fra forskjellige perspektiver og vinkler. Malterud anbefaler at intervjuet har en deskriptiv orientering, der svarene blir mest mulig spesifikke (Malterud, 2017, s. 134). Semistrukturerte individuelle intervju gir mulighet for åpenhet, flertydighet og fokus, der ramme for intervjuet er definert på forhånd.

Kvalitative intervjuer betegnes som en sosial interaksjon hvor samspill og konteksten er viktige elementer i forskningsprosessen (Creswell & Poth, 2018, s. 99). Kommunikasjon og samhandling er vesentlig (Drageset & Ellingsen, 2010).

Seks individuelle intervju med varighet på 60 til 90 min ble gjennomført i perioder på cirka 3 måneder. Polit & Beck (2021, s. 502) anbefaler at en innhenter tilstrekkelig data og oppnår datametning, slik at alle aspekter av fenomenet blir fanget opp, analysert og forstått. Det ble benyttet lydbånd og refleksjonsnotater i intervjuene. Lydbånd er velegnet når datamaterialet skal innhentes gjennom samtaler (Malterud, 2017, s. 73).

Hvert intervjumøte ble loggført for å få et helhetlig inntrykk av datamaterialet. Kvalitativ studie som en interaksjon mellom mennesker, byr på muligheten til å gjøre også observasjoner som kan ha en betydning for forskningen. Det interessante ved å innhente datamaterialet gjennom samtaler er at en fanger også opp detaljer under samtalen som kan være betydningsfull for utsagnet, men som lydbånd ikke registrerer. For eksempel når informantene uttrykte noe som var viktig for dem, kunne jeg observere det gjennom deres kroppsspråk, og noterte disse ned (Malterud, 2017, s. 150). Notatene fra samtalen var et godt hjelpemiddel under transkribering og i sammensetning av forskningsmaterialet.

I forkant av intervjuet ble det utarbeidet en intervjuguide i samarbeid med veiledere. En intervjuguide er et manuskript som strukturerer intervjuet og er basert på spørsmål som kan

besvare problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 62). Intervjuguiden består av noen få hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål (Kallio, Pietilä & Kangasniemi, 2016, s. 2961). Ved semistrukturerte individuelle intervju lager man et utgangspunkt for intervjuet i forkant, som bidrar til bedre struktur under intervjuet og rette fokuset mot problemstillingen.

Informantene fikk velge hvor de ville gjennomføre intervjuet, ettersom hvor de følte seg mest trygg. Intervjuene ble gjennomført på forskjellige steder; på informantenes arbeidsplass, Høgskulen på Vestlandet og i Bergen kommune sine kontorlokaler. Intervjumaterialet ble lagret på pc i en kryptert mappe og på Høgskulen på Vestlandets forskningsserver.

Eksempel på intervjuguide i tabell 2

Intervjuguide: Forskningsspørsmålet er: <i>Hva vektlegger erfaringskonsulenter i sitt arbeid med mennesker med ruslidelse som ønsker et rusfritt liv?</i>		
Introduksjonsspørsmål: Kan du forteller meg kort om hvem du er og hvor du jobber?	Spesifikke spørsmål: Hva vektlegger du i ditt møte med brukere? <i>Kan du utdype deg mer om dette?</i> Hva tenker du er spesielt viktig i din oppfølging av brukere som ønsker endring? <i>Kan du utdype deg mer om dette?</i> Kan du beskrive konkret hvordan du støtter brukeren i endringsprosesser? <i>Kan du utdype deg mer om dette?</i> <i>Har du noen eksempler?</i> Kan du fortelle meg litt om hvordan du bruker dine erfaringer i dette arbeidet? <i>Har du noen eksempler?</i>	Inngående spørsmål: Hva mener du er viktig for å oppnå rusfrihet og opprettholde den? Hva tenker du er viktig å tilby av hjelp og oppfølging for en person som ønsker å bli rusfri? Avslutningsspørsmål: Hvordan har det vært for deg å delta på intervjuet? Er det noe annet du har tenkt på som du ikke har blitt spurt om? Har du noen kommentarer til slutt?

6.4 Forskerrolle - Refleksivitet

Malterud (2017, s. 75) understreker at forskerens forkunnskap og interesser setter preg på datamaterialet i form av spørsmål som stilles eller ikke blir stilt, og ved valg av informanter som skal besvare problemstillingen. Min forkunnskap og forståelse er basert på erfaringer ved å jobbe med mennesker med rusproblematikk. Jeg har innsikt på at det er vanskelig å bli rusfri, og at prosessen er krevende.

Som forsker er det viktig med en refleksiv holdning for å kunne gi det kunnskapsbaserte data en analytisk tolkning. Ved bruk av kvalitativ forskning forventes det at forskeren har en bevissthet overfor egen forforståelse. Refleksivitet innebærer at forskeren evner å se betydningen av rollen sin i samhandling med informantene, empirisk data, teoretiske perspektiver og sin forforståelse (NEM, 2009, s. 17).

Malterud (2017, s. 44) henviser til Gadamer's teori om forforståelse. Gadamer var en viktig teoretiker innenfor hermeneutisk filosofi, og hans bidrag har sentrale betydning i læren om tolkning av tekster som grunnlag for forståelse. Gadamer mente at mennesker er aldri uten forforståelse, og at deres forståelse av en situasjon eller handling er preget av forutsetninger og erfaringer som de bærer med seg bevisst eller ubevisst.

Erfaring fra forskningsundersøkelse: I forkant av intervjuene noterte jeg ned mine forforståelser knyttet til tematikken og forventninger til data. Dette var for å redegjøre egen refleksivitet. Under transkribering av lydopptaket fra første intervjuet, la jeg merke til at ved enkelte tilfeller stilte jeg spørsmål utenom intervjuguide som ledet samtalen til forventningene jeg hadde i forkant av intervjuet. Mangel på egen refleksivitet kunne lede forskning til ønsket resultat, og påvirke nyansen i forskningen. Etter råd og veiledning med veilederen fikk jeg hjelp til å rette opp feilen, slik at dataen fra intervjumaterialet fikk lov til å fortelle meg noe nytt og utfordrer mine forforståelser.

Refleksivitet omhandler overveielse som forutser kunnskapsutviklingen og som former resultatene (Malterud, 2002, tema/s. 2468). Det vil alltid være en viss risiko for at forskeren påvirker prosessen, når en bruker seg selv som en del av forskningsverktøyet (Malterud, 2017, s. 41).

Et annet viktig element som kan påvirke resultatet er den asymmetriske maktbalansen. Til tross for at det ikke var stor skjevhet i maktbalanse i denne konteksten, valgte jeg likevel å være bevisst på dette. Maktbalanse foreligger i at som forsker avgjør jeg hva som er relevant i intervjuet og hvilket spørsmål som skal stilles, mens informanten responderer på gitte premisser. Ubevissthet i maktbalanse kan påvirke resultat i form av at informanten deler kun erfaringer som de tror forskeren ønsker, og dermed utelukke erfaringer som er av betydning for konteksten (Halvorsen & Jerpseth, 2019).

6.5 Forskningsetikk

Moderne forskningsetikk er basert på to hovedpunkter; krav om informert samtykke og krav om at forskningen må vurderes av Norsk senter for forskningsdata (NSD) og regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Lie, Svendsen & Gamlund, 2015, s. 248). Prosjektplan ble godkjent av NSD (Referansenummer 299747) og forhåndsgodkjent av REK (Søknadsnummer 282313) før datainnsamlingen.

Halvorsen & Jerpseth (2019) skriver at en mulig utfordring ved kvalitative forskningsundersøkelser er at forskningsspørsmålene ofte er tentativt og kan endre seg underveis i forskningsprosessen. Dersom man ikke er bevisst nok på hva man ønsker å undersøke, kan innsamlet data føre til andre tema enn det en hadde utgangspunkt ønsket å forske på, og risikere å bryte med etiske retningslinjer.

Informantene som ønsket å delta i prosjektet, undertegnet et skriftlig samtykkeskjema som medfølgte informasjonsskrivet. Innholdet i informasjonsskrivet avklarer tre viktige punkter: *frivillighet, anonymitet og korrekt gjengivelse* (Polit & Beck, 2021, s. 142-144). Informantene hadde rett til å trekke seg fra prosjektet når som helst i prosessen, og ble informert om dette.

Å snakke om fortider kan utløse traumatiske opplevelser, noe som ble formidlet til informantene i begynnelsen av intervjuet, i tillegg ble det avklart hvilken type data det var ønskelig å innhente. Erfaringskonsulentene bruker sin erfaring som verktøy. Mange informanter delte ytterlig om sin endringsprosess, for å understreke hvordan de brukte sin erfaringskompetanse. Selv om erfaringene som ble delt ikke inneholdt helsemessig eller sensitive opplysninger, valgte jeg likevel å tilby debriefing etter intervjuet. Avslutningsvis fikk informantene spørsmål på hvordan de opplevde intervjusituasjonen og hvilke tanker og erfaringer de satt igjen med, for å sikre en god avslutning for informantene.

Intervjuene ble registrert på lydbånd, noe informantene samtykket på. Det ble opplyst om datalagring ved HVL sin forskningsserver, og at begge mine veiledere hadde tilgang til datamaterialet. Informantene skal kunne stole på at forskningsmaterialet håndteres forsvarlig og at deres deltakelse i prosjektet ikke blir misbrukt (Malterud, 2017, s. 212). Når dataene skal lagres blant annet på PC-en, må det gjøres i tråd med retningslinjene for personvern (Lie, Svendsen & Gamlund, 2015, s. 246 – 248), og sikrer en nedlåst oppbevaring av data, som er utilgjengelig for utenforstående (Malterud, 2017, s. 215).

Når en skal forske på mennesker er det viktig å overveie risiko versus gevinsten forskningen medfører for informantene. En mulig risiko denne forskningen kunne medføre er at deltakerne delte for “mye” om seg selv enn ønsket. I intervjuet når det fremkom tema fra egenerfart, forsøkte jeg å minne deltakerne på at det er deres arbeidserfaringer som forskningsspørsmålet siktet på. De kunne gjerne dele hvis de følte seg trygg og at det ikke ville medføre negative konsekvenser for dem ved å dele. Deltakerne vil få tilsendt masteroppgaven slik at de kan bekrefte eller avkrefte funnene før publisering. Informantene har rett til innsyn ifølge personvern (Halvorsen & Jerpseth, 2019).

6.6 Analysestrategi

For at det transkriberte data i en empirisk oppgave skal bli til funn og resultater, må de analyseres. Kvalitativ analyse fortolkning paradigmet har en induktiv tilnærming, hvor empirien som skal belyse problemstillingen er hentet fra erfaringer fra enkeltpersoner (Malterud, 2017, s. 113).

Som analysemetode har jeg brukt systematisk tekstkondensering (STC) (Malterud, 2002, s. 2471). STC inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, og som er modifisert av Malterud, er en beskrivende tilnærming som tar sikte på en tematisk dataanalyse av mening og innhold. Metoden tilbyr en fremgangsmåte i analysen som gir mulighet for ordrett transkribering og opprettholde transparen i dataen (Malterud, 2012, s. 795 - 796). Malterud (2012, s. 796) presenterer en fire-trinns modell i STC som skal brukes i dette forskningsprosjektet. Trinnene i stikkordsform er; 1) å få et helhetsinntrykk og, 2) å identifisere meningsbærende enheter – fra temaer til koder, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene – fra koding til mening, og 4) å sammenfatte betydningen av dette - fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater (Malterud, 2017, s. 98).

På trinn 1. leste jeg gjennom intervjumaterialet hver for seg for å danne et førsteinntrykk av dataene, deretter leste jeg dataen på nytt, linje for linje, og noterte oppsummeringen av førsteinntrykket. På trinn 2 identifiserte jeg meningsbærende enheter, ved å markere relevante ord, setninger og avsnitt som jeg mente var relevant for problemstillingen, basert på at de enten ble gjentatt flere ganger av ulike informanter, var overraskende eller interessant. Malterud

(2017, s. 99) kaller disse for foreløpig temaet. Prosessen på tvers av intervjuene resulterte til 18 temaer, som deretter ble forkortet til fire kodegrupper. Den enorme mengden data med meningsbærende utsagn ble systematisk kodet i fire kodegrupper og videre i subgrupper for å systematisere innholdet i dataen. På trinn 3 ble de meningsbærende utsagn fra hver subgruppe abstrahert og kondensert ved å lage et kunstig sitat av de samlende enheter fra hver subgruppe. Kondensatet er summen av deltakernes stemmer som framkommer til uttrykk. Deretter lagde jeg en sammenfatning av utsagn fra hele kodegrupper og subgrupper for å finne betydningen i trinn 4. En bruker kondensatene til å lage en analytisk tekst. Her får omtalen fra hver enkelt subgruppe sitt avsnitt, og gjenfortelles i tredjepersonsform (Malterud, 2017, s. 109). Resultatkategoriene har sin opprinnelse fra temaene og kodene, men bærer i seg den økte innsikt fra analyse og syntese.

Prosessen ble kontrollert ved å gå gjennom dataene på nytt for å validere funnene og gjøre en selektiv bracketing av mine forforståelser (Creswell & Poth, 2018, s. 314). Til tross for at dataen ble gjennomgått på nytt og med bevisstheten til forforståelse, kan en alltid regne med en viss prosent av bias i all forskning fordi det er forskerens tolkning av datamaterialet som presenteres (Malterud, 2017, s. 20). hermeneutisk-fenomenologisk forskning innebærer at to subjektive verdener møtes for å samhandle om fenomenet (Malterud, 2017, s. 29).

Tabell 3. Eksempel på fremgangsmåten i analyseprosessen

Trinn 1	Trinn 2	Trinn 3	Trinn 4
Foreløpig tema:	Ett av meningsbærende utsagn	Kondensat	Abstrahere
«Jobbe med hjertet»	«Det er viktig å jobbe med hjerte og ser mennesker, og ikke rusen eller problemer som rusen medføre»	Kondensat: «Jeg tenker at det er viktig at vi er medmenneske og har et oppriktig hjerte til å hjelpe folk og prøver å streke oss til for å hjelpe så godt vi kan. Vi må jobbe med hjerte og løfter mennesker der det trengs og være en venn. Det er viktig å være både åpen og ærlig samt viser empati og interesse for de vi skal hjelpe. Som mennesker liker	Flere informanter fortalte at de vektla nærhet i sitt arbeid, og være til stede for klientene. De liker å jobbe med hjerte «framme», ved å forsikre klientene at de ville stille opp for dem når hjelpen trengs. De jobbet kontinuerlig med å minimere gapet som kunne være til hinder for samarbeidet

		vi å identifisere oss med andre, derfor ønsker jeg å møte klienten øyehøyde og være en likeperson som de kan referer til. Gapet mellom oss og den vi skal hjelpe må ikke være altfor stort for da blir det vanskelig å hjelpe».	mellom dem og klientene. Det vektlegges åpenhet og likeverdighet i klientmøter.
--	--	---	---

7.0 Resultater

I dette kapittelet presenteres funnene fra forskningsmaterialet. Den systematiske dataanalysen har resultert i fire hovedtema; 1. «Jobbe med hjertet», 2. «tid og tilgjengelighet i personalet, og i tjenester», 3. «hjelpe til å sette brikkene på plass», og 4. «støtte klienten i å finne sin vei, i eget tempo».

I presentasjon av funnene vil det henvises til direkte sitat fra intervjumaterialet. For å bevare anonymitet i datamaterialet er informantene nummerert fra 1 – 6, etter den rekkefølge som intervjuene ble gjennomført.

Funnene presenteres med oversikt i tabell 4

Kodegruppe på tvers			
“Jobbe med hjertet”	“Tid og tilgjengelighet i personalet, og i tjenester”	“Hjelpe til å sette brikkene på plass”	“Støtte klienten i å finne sin vei, i eget tempo”
Subgrupper på tvers av tema			
Relasjon og tillit	Tilgjengelig personale	Gi veiledning og støtte klienten i endringsprosessen	Klientens behov i sentrum
Maktbalanse	Tilgjengelig tjenester	Formidling av samfunns verdier og normer	Individuell tilpasset hjelp

Likeperson	Tid det tar for å endre en livsstil	Bistå med å avdekke grunnleggende menneskelig behov	Å stille riktig spørsmål til riktig tid
------------	-------------------------------------	---	---

7.1 «Jobbe med hjertet»

I oppfølgingen av personer med rusavhengighet som ønsker rusfrihet, vektla informantene å bygge relasjon og tillit til klientene. Informantene vektla nærhet i sin oppfølging, ved å møte klientene som en «venn» og en «likeperson». Informantene formidlet at de aktivt brukte sin erfaringskompetanse i samarbeid med klientene, for å skape en god balanse i relasjon mellom dem. Noen av informantene opplevde sin erfaringskompetanse som en fordel i relasjonsbygging, og erfarte at de bygde raskere relasjon til klientene, fordi klientene ofte kunne relatere seg til deres bakgrunnshistorie. En informant sa:

Det der med å bygge relasjon, og den tenker jeg at det kan være en fordel, at det går fortere, hvis du introduserer deg selv som en med brukererfaring. Det har jeg ofte opplevd at du automatisk kommer opp i øverste etasje (Informant 3).

Informantens oppfatning var at folk flest liker å relatere seg til andre mennesker med samme bakgrunnshistorie eller erfaringer. I samarbeid med klientene erfarte informantene at klientene knyttet seg til dem, fordi de gjenkjent seg i deres erfaringsbakgrunn, og kunne identifisere seg til den. Det hevdes at det at klientene kunne identifisere seg til informantens erfaringsbakgrunn, ga dem en følelse av aksept og trygghet.

En informant kalte dette for «gjenkjennelse», altså at begge parter kunne gjenkjenne seg selv i hverandres historie. Gjenkjennelse ble også et utgangspunkt for utvikling av en relasjon, som var basert på likeverdighet og vennskap.

Informantene formidlet at det var viktig for dem å være oppmerksom på maktforholdet, som er forankret i de ulike rollene, og jobbet bevisst for å møte klienten i «øyehøyde». Dette gjorde de ved å være åpen om seg selv og sin historie.

For meg som jobber som en erfaringskonsulent, det viktigst for meg er å være en venn. Er bevisst på maktbalanse, at det skal være slik at du treffer en likeperson. Du skal treffe pasienten i øyehøyde. Det er spesielt viktig for

erfaringskonsulenter at vi er som en venn i møte med tjenestemottakere, da er terskelen for at folk tar kontakt og søker hjelp lavere (Informant 2).

Som sitatet illustrere fremhevet informantene at de ønsket å fremtre som likestilte og på samme bølgelengde med klientene sine, og hadde et oppriktig ønske om å hjelpe. Informantene fortalte at de gjerne strakk seg det lille ekstra for å hjelpe. I samhandling med klientene ble det vektla gjensidighet, med ønske om å gi klientene opplevelse av å møte en likeperson. En slik tilnærming mente informantene bidro til økt brukermedvirkning, og fremmet håp og mulighet for endring.

«Å jobbe med hjertet» er et uttrykt anvendt av noen informanter, for å beskrive hva de vektla i det relasjonelle mellom dem og klientene. Selv om uttrykket ble anvendt av få informanter, er resonnetet gjenkjennbar gjennom flere utsagn. Informantene formidlet at de ønsket å være nysgjerrig og vise interesse overfor klientene. Det presiseres at «å jobbe med hjerte» handler nødvendigvis ikke om å følge sitt eget hjerte og være grenseløs, men å vise medmenneskelighet og ha genuin kjærlighet til klientene man samarbeide med. Informantene vektla vennskap i sitt relasjonsarbeid, og at deres erfaringskompetanse skulle komme klientene til fordel.

Flere informanter formidlet at de vektla tett oppfølging, og ønsket å være til stede for klientene. De likte å jobbe med hjerte «framme», ved å forsikre klientene at de ville stille opp for dem når hjelpen trengtes. De jobbet kontinuerlig med å minimere gapet som kunne være til hinder for samarbeidet mellom dem og klientene.

Det formidles at omtrent over halvparten av klientene har dårlige erfaringer med tilknytninger, på grunn av flere brutte relasjoner. Som følge av dette har mange vansker med å bygge tillit til andre mennesker og er skeptiske til nye relasjoner. Med utgangspunkt til dette vektla informantene lojalitet og pålitelighet i sine klientmøter. Informantene påpekte at når en jobber med sårbare mennesker var det viktig å vise aksept og respekt til deres historie, og møte dem med hjertevarme. Informantene vektla også en skånsom relasjonsbygging.

7.2 «Tid og tilgjengelighet i personalet, og i tjenester»

Informantene påpekte at det kan være tidkrevende å bygge en god relasjon, spesielt ved de forutsetninger mange i denne målgruppe har, når det gjelder å bygge relasjon og tillit til andre

mennesker. De vektla derfor å være tilgjengelig for klientene, spesielt i relasjonsbyggingen. Informantene hevdde at relasjon danner grunnlag for et godt samarbeid og viktig når en skal støtte klienten i en endringsprosess. En informant sa:

Jo mer tid du bruker med klientene, desto bedre blir du kjent med dem for å finne ut hva de ønsker og hvordan du skal hjelpe dem Det som er veldig viktig for meg er å være tilgjengelig når folk har behov for hjelp og så lenge folk trenger det (informant 1).

Det dreide seg også om å være synlige for klientene slik at de visste at de alltid kunne henvende seg for å få hjelp. Noen av informantene formidlet at de ønsket å være tilgjengelig for klientene på ettermiddager og kvelder, dersom hjelpebehovet skulle oppstå eller ved en krisesituasjon. Dette møtt klientene med takknemlighet, og mente at det ga dem en trygghetsfølelse på at de hadde noen å søke tilflukt til. Informantene påpekte at det var sjeldent at klientene henvendte seg til dem etter arbeidstiden.

Det kom frem av intervjuene at informantene etterlyste døgnbemannede tjenester knyttet til rusbehandling, som klientene kunne oppsøke uansett tid, og ved behovet. Informantene uttrykte frustrasjonen overfor innsøkingen til rusbehandling, og mente at mange opplevd denne prosessen som vanskelig og krevende, og at det var lange ventetider. Dessuten fremhevet informantene at de savnet tilbud hvor personer med rusavhengighet kan oppsøke for å komme i direkte kontakt med behandlingstilbudene.

Det formidles at mange med rusavhengighet opplever at hjelpeapparatet er stengt når de trenger det mest, for eksempel sentrale tjenester, som nav og avdeling for rusmedisin (AFR) har åpningstider mellom 08.00 – 15.00. De nevnte dette fordi klienter ofte plages med forstyrrelser i døgnrytme, angst, depresjon og skam som gjør at de er ofte mer tilgjengelig på ettermiddager og kvelder.

Informant 2 illustrerte dette slik:

Eksempel han typen din som du var veldig opptatt av er reist i behandling eller i fengsel, også hadde du akkurat et lite vindu hvor du tenker at det kan være lurt å komme seg vekk, men så var det kl. 02 på natten og alt er stengt og du vet ikke helt hvor du skal gå eller hvem du skal henvende deg til for å komme i behandling.

Informantene understreket at dersom man skal yte best mulig og forsvarlig tjenester, er det avhengig av tilgjengelighet og at flere instanser har et godt samarbeid. Tverrfaglig samarbeid nevnes som elementært for å kunne gi klientene et helhetlig tilbud. Det ble sagt følgende:

Tverrfaglig samarbeid mellom brukererfaring, erfaringskompetanse og fagkompetanse er viktig for at rusfeltet skal kunne lykkes. Dette er med på å bygge allsidighet og kvalitet i tjenestene, og er en viktig nøkkel for å kunne lykkes med å hjelpe mennesker i denne fasen (Informant 5).

Flere eksempler ble nevnt for å understreke viktigheten av godt samarbeid mellom tjenestene, og konsekvenser ved et dårlig samarbeid. En av informantene fortalte at en godt og fungerende ansvarsgruppe var avgjørende i informantens tilfriskningsprosess.

Et annet utsagn informantene pekt på som de mente var viktig i forhold til tid, og er relevant i konteksten, er tiden det tar for å oppnå rusfrihet; «*Viktig å være bevisst på at det tar lang tid å etablere et nytt liv, kanskje ny identitet og skape nytt vennekrets*» (Informant 5).

Informantene erfarte at mange klienter uttrykte at endringsprosess for å oppnå rusfrihet og rusmestring er vanskelig, og opplevde veien dit som krevende. Noe informantene kunne kjenne seg igjen i fra egen tilfriskningsprosess.

En informant fortalte om et tilfelle hvor det ble skrevet en lapp og hengt på kjøleskapet, der det sto «jeg kan ruse meg i morgen, men ikke i dag». Ifølge informanten ble dette et godt hjelpemiddel for vedkommende i vanskelige perioder. I samhandling med klientene ble slike erfaringer utveksle for å støtte dem.

Det påpekes at mange med langvarig rusavhengighet trenger omfattende hjelp og forandring, og for noe handler det om å starte helt på nytt enn å etablere noe eksisterende. Det ble sagt følgende:

Når det gjelder rehabilitering, sånn for min del, så var det ikke helt riktig. Det var jo habilitering. Ja, jeg hadde jo aldri hatt meg en utdanning eller noe å gå tilbake til da. Synes vi trenger det om vi skal rehabiliterer mennesker tilbake til noe. Ja, men til hva da? Det er jo ikke noe å rehabiliterer tilbake til, ikke sant? Rusavhengige trenger veldig ofte habilitering, ikke sant? habilitering handler om å bygge inn i mennesker, altså så inn i mennesker de ressursene som ikke er der og som de trenger, og det tror jeg tar tid (Informant 5).

Sitatet illustrer at noen klienter begynner å ruse seg allerede i tidlig alder, og har ikke rukket å utvikle nødvendige ressurser og ferdigheter i livet. For disse handler dette om å starte helt på

nytt, fordi de har veldig lite etablert. Eksempelvis barn som vokser opp med foreldre med rusavhengighet, og selv utvikler en avhengighet i ung alder. Det hevdes at disse vil i større grad ha behov for habilitering enn rehabilitering. Informanten påpekte at habilitering er ofte lite omtalt i rusarbeid, og ønsket mer fokus rundt dette.

Mange informanter erfarte at de hadde ulike oppfatninger og forventninger når det gjaldt klientens rehabiliteringstid i forhold til sine samarbeidspartnere. Informantene fortalte eksempelvis at mange samarbeidspartnere ofte hadde forventninger om at klientene skulle være godt «rehabiliteret» etter seks måneder i behandling, noe informantene mente var lite realistisk. I tillegg påpekte informantene at det ble ofte lite lagt vekt på ettervern i forkant av utskrivelsen. En informant sa;

Jeg tenker at ettervern er faktisk en form for behandling da. For oppholdet på avdeling for rusmedisin (AFR) sine institusjoner er så korte. De er ikke i mer enn 3 til 6 måneder og sånt, og da er ikke pasienten mer enn landet og kommet til seg selv. Så når de blir skrevet ut der, det er da de er klar for å ta imot behandling. Så jeg tenker at ettervern er en del av behandlingen. Det tenker jeg (Informant 3).

Sitatet indikerer at behandlingstilstander gir folk nødvendig kunnskap og ferdigheter som rammer og rutiner, men at det mest krevende arbeidet begynner som oftest etter utskrivelsen fra institusjonen. Informantene mente derfor at ettervern var et godt tiltak, og en god arena for å utprøve det en har lært i behandlingen. Ettervern omtales som en viktig del av behandlingsforløpet.

7.3 «Hjelp til med å sette brikkene på plass»

Informantene fortalte at etter deres erfaring kunne veien til rusfrihet være en følelsesmessig «berg- og-dal-bane». Den er mer kompleks enn bare å slutte å ruse seg. For noen innebærer prosessen om totalt endringsarbeid og tilegning av nye ferdigheter og livsstil, enn gjenopprettelse av noe som har eksistert. Informantene støttet klientene ved å gi råd og veiledning basert på deres erfaringskunnskap.

«Hjelp til med å sette brikkene» i konteksten handler om å veilede klienten i å finne en strategier for å beherske livssituasjonen de står i ved å tilegne seg noen ferdigheter og personlig utvikling; «Hjelp med å sette brikkene i livet på plass og lære måten å håndtere

ting på som er vanskelig i livet (...) (Informanten 5)». Informantene definerte for eksempel identitet som en nødvendig brikke i endringsarbeidet.

Å hjelpe til å sette brikkene på plass i sammenheng med identitetskrise innebærer for eksempel å hjelpe klienten med å sortere tankemønsteret i forhold til et sunt identitetsbilde og selvoppfatning. Informantene formidlet at mange personer med rusavhengighet opplever å føle seg lite verdt, uønsket og uviktig, et destruktivt selvbilde. Informantene hadde fokus på dette i sin oppfølging med klientene.

Informantene mente også at mange med rusavhengighet lever i utenforskap, altså utenfor det som mange vil definere som 'normalt' hverdagsliv. Klientene følte seg ikke inkludert i samfunnet og hadde vansker med å tilpasse seg. Informantene sa at de kunne kjenner seg igjen i dette, fordi de har gjennomgått prosessen. For å støtte klienten i dette, formidlet informantene deres erfaringskunnskap.

Hvis vi snur på det og si at det å hjelpe folk å bli rusfri er en invitasjon til å delta i samfunnet. Så hvorfor er vi ikke liksom interessert i å liksom formidle de reglene, de spillereglene som alle andre i samfunnet spiller etter?

Altså du kan ikke forvente at folk som ikke kan spille Bridge eller har aldri lært seg spillet, bare finne seg spillet og spille den riktig. Hvis du har aldri lært å bruke nettbank i et samfunn hvor det er naturlig å bruke slik så kan det være vanskelig å innrømme at du ikke kan. Så hvis vi skal hjelpe folk til rusfrihet som en invitasjon til å delta i samfunnet, så må vi også formidler de synlige og usynlige regler som finnes i samfunnet. Det skulle vært en sånn brukermanual eller bruksanvisning lagt til ved invitasjonen (Informant 3).

Slik sitatet illustrere kan naturlige forventninger i samfunnet eksempelvis digitale løsninger være vanskelig for en som ikke omgås disse i det daglige. Det formidles at klientene trenger kunnskap som skal gjøre dem selvstendig i hverdagen.

Informantene mente at endringsprosessen omfatter også innstillingen klienten har til livet, seg selv og omgivelsene, og anså disse som nødvendige «brikker». Deres inntrykk er at fleste med rusavhengighet ruser seg for å dempe eller håndtere tankestrømmer fra vanskelige opplevelser, og at disse kan forverre seg ved rusfrihet. Informantene var oppmerksom på dette, og oppfordret til å rette mer fokus på dette. En informant illustrerer dette slik;

I behandlinger rettes det ofte fokuset på selve rusen, mens rusen er en bitteliten del av det. Og som jeg ser det så når man begynner å ruse seg, så kommer det et nytt problem oppå det problemet som var der fra før av. Og til slutt blir

bunken fylt med masse problemer, sånn at en har en stabel med problemer, også kommer man inn i behandling. Hva gjør de? Jo de tar vekk rusen som ligger under alle problemene, så raser jo alt sammen og blir bare kaotisk. Alt sammen raser i en stor floke, og så skal man begynne å løse det uten rusen som har vært et hjelpemiddel for å håndtere alt det kaotiske. Og nå skal du håndtere alt dette uten. Men i stedet så kunne man kanskje begynne øverst ved å fjerne et problem om gangen, fra øverste og jobber seg nedover helt til man kommer til bunnen hvor rusen er. Fordi ved rusen ofte medfølger andre problemer som angst, depresjon og så videre ... (Informant 6)

Med bevissthet til dette anbefalte informantene at rekkefølge i tjenester som skal gis må være i samsvar med klientenes behov. Eksempelvis hvis klienten er bekymret over økonomien og mangel på bolig, må disse tas tak i først, eller hvis det er traumer som er årsaken til avhengighet må den behandles først. Informantens formidling viser at det meste krevende og utfordrende er ikke å slutte å ruse seg, men det å plutselig stå alene med kaotiske tanker uten støttemidler, og/eller uten et hjem, venner, familie og nettverk. Informantene hjelpe klienten med for eksempel sortere de forskjellige brikkene i rekkefølge etter hva som er nødvendig for klientene å oppnå først. Informantene nevnte flere behov, altså brikker som de mente var viktig i endringsarbeidet, og er essensielt for vellykket endringsprosess. En informant uttrykte dette følgende;

Skal du bli rusfri, så må du ha et hjem, et trygt sted å bo, også må du ha et nytt sosialt nettverk. Du må bygge deg gode relasjoner i et rusfritt miljø. Man trenger mennesker rundt seg. Jeg tror at det nye livet må ikke være en B-løsning nei, ikke sant. Hvis altså det nye livet er på mange måter dårligere enn det gamle livet du hadde, så kan det bli vanskelig å holde seg rusfri. Altså du har lyst å bli rusfri, men du klarer ikke det. Så jeg tror at flere som sprekker og har tilbakefall etter at de har vært i behandling og alt, så er ikke det narkotika som gjør at de sprekker, men ensomhet, utenforskap og isolasjon (Informant 5).

Det formidles at grunnleggende basisbehov som bolig og økonomi må vektlegges først i endringsprosessen. Informantene påpekte disse som nødvendig for prosessen. Meningsfull aktivitet og et godt fungerende nettverk ble igjen understreket som viktig del av prosessen. Informantene påpekte at klientene må utfolde seg med noe de synes er kjekt og som gir dem mestringsfølelse. «Å hjelpe til med å sette brikkene på plass» er et metaforisk utsagn, som handler om å hjelpe klienten med å avdekke nødvendig behov som er essensielt for endringsarbeidet.

7.4 «Støtte klienten i å finne sin vei, i eget tempo»

Når klientene hadde fått hjelp med å avdekke de nødvendige behovene, vektla informantene å hjelpe klientene med å finne en endringsprosess som egnet dem mest. Det nevnes at klientene er veivisere i sin prosess og oftest vet hva som er best for dem, og ønsket derfor å lytte til dem. Hvordan klienten skal oppnå endringsarbeidet må ta utgangspunkt i deres premisser, ønsker og behov for endring. Det understrekes at det er ikke alltid klientene vet umiddelbar hvordan de skal klare å oppnå endring, i slike situasjoner vektla informantene å støtte klienten i å finne sin inngang til vekst og problemløsning, og den hastigheten som passer dem best. Informantene påpekte at det er mange måter til rusfrihet, og at prosessen må individuelt tilpasses.

Altså recovery, det betyr jo at pasienten eller deltageren skal bidra mer i sin egen behandling. De skal bli hørt mer, sant? Så da er jo det å lytte mer og prate med dem og bekrefte for dem at det de sier er riktig og det de føler er ektefølt. Så bekreftes de på det de gjør, på de riktige tingene de gjør og skryt er jo helt essensielt da (Informant 6).

Et annet utsagn som nevnes som viktig i endringsprosessen, er at klienten må selv innse behovet for endring. Informantene sa at klientene må gis rom til for å komme med egne tanker og behov. Når klientene formidler sine ønsker og behov, skal det møtes med bekreftelse, anerkjennelse og støtte. Informantene hevdet at klientene må involveres tidlig i prosessen, og får eierskap til den. Kommunikasjon vektlegges som essensielt for prosessen. En av informantene anbefalte åpen og ærlig kommunikasjon og sa følgende;

Ærlig kommunikasjon som grunnleggende. At folk får lov til å si hva de har behov for, også få lov til å utvikle drømmene sine. Du kan godt forlange eller si til folk at jeg kan hjelpe deg i jobb, men hvis dem ikke har indre visjoner eller motivasjon eller kan forestille seg en fremtid hvor dem er stolt av å jobbe, så blir det vanskelig. Her er brukervedvirkning viktig. Hvis du kan samarbeide med folk, og dem får lov til å utvikle drømmene sine og visjoner, så tror jeg er viktig grunnlag. Man må finne drivkraften i folk og jobbe videre deretter (Informant 4).

Det formidles at kommunikasjon er grunnlaget for et godt samarbeid. Informantene vektla ikke bare kommunikasjon i seg selv, men at den skal være ærlig og ekte, med vekt på brukervedvirkning som sentralt i klientmøter. Klientens eierskap til egen prosess påpekes som viktig og motiverende faktor i endringsprosessen. Informantene vektla å finne drivkraften

i klienten og hva som motivere dem til å ønske endring. Deretter bekrefter de klienten for det de klarer å gjennomføre.

Informantene vektla å ha troen på klientens endringsprosess, og rettet fokuset på det som fungerte. Informantene har opplevd at det har oppstått situasjoner i samarbeidet med klienten, eksempelvis tilbakefall, som har vært demotiverende for dem og klienten. I situasjoner valgte de å være åpen med klienten angående disse følelsene for å finne tilbake til det rette fokuset, som fremmet endring. Dette mente informantene at det var viktig for dem å håndtere situasjonen på denne måten av hensikt til at mange personer med rusavhengighet strever med dårlig selvtillit og selvbilde, og at faktorer som tilbakefall vil være nedbrytende. Samtidig for å adressere oppmerksomheten til «elefanten i rommet» som kunne påvirke samarbeidet mellom dem. Informantene understreket at dette gjøres av hensikt til klientene, og ikke fordi de var skuffet over klientens mangel på gjennomføringen. Informantene fryktet at situasjonen kunne fører til at klientene valgte å ta avstand fra dem, fordi de trodde at informantene var skuffet over dem. Informantene vektla å være en konstruktiv medhjelper for klientene, spesielt når de hadde det mest vanskeligst. De ønsket å møte klientene med forståelse og støtte for å motivere dem til egen motivasjon og refleksjon. Det ble sagt følgende:

Jo mer bekreftelser du får jo mer blir du bygd opp. De må jo stole på seg selv og har troen på det de holder på med selv om det er den tiende gang de er i behandling, så skal vi fokusere på her og nå. Når klienten er i behandling så stiller jeg spørsmål som for eksempel hva kan vi gjøre annerledes denne gangen? (Informant 4).

Informantene hadde fokus på klientens fremvekst i sin oppfølging, og henviste ofte til klientens tidligere erfaringer for å frembringe læring, og utforsket klientens drivkraft til håpet. Dette gjorde informantene med hensikt for å motivere klientene til å finne veien til egen endringsprosess.

Jeg tror vi må fatt i noe de liker holder på med og synes er kjempegøy. Noe som kan erstatte rusen og den gode opplevelsen som rusen gir. For rusen gir en god opplevelse selv om omstendigheter rundt kan være elendig, helvette og dritt. Til tross for dette ruse man seg likevel, fordi rusen gir en god opplevelse. Så skal du erstatte den gode opplevelsen, så kan du ikke erstatte det med noe som er dårligere, og tenker at dette kommer til å gå bra (informant 4).

En informant delte fra sin tilfriskningsprosess og fortalte hvordan kjærlighet til musikk og det å spille i band, bidro til avhengighetsfrihet. Samholdet og den gode opplevelsen ved å spille i

band, gjorde at informanten heller ville spille musikk enn å ruse seg. Det å finne noe klienten liker og har interesse for kan også være veien til rusfrihet. Det poengteres at en må ikke være fastlåst i å behandle rusproblematikken først, men heller finner ut hvilke alternativet i endringsprosessen som egner seg for klienten.

I samhandlingen ble det utarbeidet en oppfølgingsplan sammen med klientene, for å gi dem muligheten til å være med å avgjøre innholdet i sin endringsplan. Informantene fremhevet at det viktigste er ikke at klientene oppnå nødvendigvis rusfrihet, men at de får bedre livskvalitet og et verdig liv. Det påpekes at klientene selv må definere hva de mener er en god livskvalitet og hva de trenger for å oppnå det.

8.0 Diskusjon

Jeg ber om at punktene i diskusjonsdelen leses i sammenheng og helhetlig, siden de utfyller hverandre og omtaler samme temaet.

8.1 Resultatdiskusjon

Forskningsspørsmålet for denne studien var: «Hva vektlegger erfaringskonsulenter i sin oppfølging av personer med rusavhengighet som ønsker rusfrihet?»

Hovedinntrykket fra undersøkelsen tydet på at endringsprosesser for å oppnå rusfrihet er krevende. Det hevdes at mange personer med rusavhengighet opplever å gjennomgå rusbehandling flere ganger før de lykkes. Forskning fremhever at mange med rusavhengighet ønsker rusfrihet og en endring i livssituasjon (Pettersen, Landheim, Skeie, Boing, Brodahl, Benson & Davison, 2017, s. 1), men at tilbakefall er høyt i rusbehandling (Andersson, Weenaas & Nordfjærn, 2018, s. 224 – 225; Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen & Duckert, 2013, s. 1015). Forskning viser at omtrent halvparten som mottar rusbehandling, avslutter oppholdet før tiden, og at unge er mer ustabile (Deane, Wootton, Hsu & Kelly, 2012; Samuel, LaPaglia, Maccarelli, Moore & Ball, 2011; Stark, 1992). Personer med rusavhengighet lever ofte under dårlige forhold, og har høyere risiko for å utvikle psykisk lidelser og tidlig død (FHI, 2012, s. 17 – 18).

Av spørsmålet som har vært rettet til informantene er; hva vektlegger du i din oppfølging, for å støtte personer med rusavhengighet som ønsker rusfrihet. Med ønske om å finne ut hva informantene mener er nyttig hjelp for å støtte personer i en endringsprosess, for at de skal oppnå rusfrihet og få bedre levekår og et meningsfylt liv. Kunnskap er innhentet fra et erfaringskunnskapsperspektiv (Klevan, Sjøfjell, Borg & Karlsson, 2018, s. 8).

Flere studiet hevder at erfaringskonsulenter er et eksempel på at rusfrihet er mulig, og at deres involvering i tjenester styrker utviklingen i psykisk helse- og rusfeltet (Sjøfjell, 2019, s. 6; Weber & Jensen i erfaringskompetanse, 2016, s. 10; Regjeringen, 2015). Iverksettelse av erfaringskonsulenter i tjenester er et internasjonalt satsing (Åkerblom & Ness, 2021), og bidrar til mer inkludering av brukererfaring, og reduserer risiko for krenkelser og tvangsbruk i tjenestene (Helsedirektoratet, 2016, s. 12).

Forskning innen psykisk helse- og rusfeltet har ledet til avvikling fra tradisjonell tenkning i helsetjenester (Karlsson & Borg, 2017, s. 56), til mer recoveryorienterte praksis (Karlsson & Borg, 2017, s. 54). Moderne helsetjenester vektlegger brukermedvirkning (NOU, 2018:16, s. 119), og recoveryorienterte praksis, der klientene betraktes som en ressurs i samarbeidet som omhandler egen helse (Karlsson & Borg, 2017, s. 54; Regjeringen, 2012, s. 99).

Resultatet fra undersøkelsen er presentert i forrige kapittelet. I dette kapittelet skal resultater fra undersøkelsen drøftes ved å anvende litteratur og forskning. Punktene som skal drøftes i dette kapittelet er fire temaer «Jobbe med hjertet», «Tid og tilgjengelighet i personalet, og i tjenester», «hjelp til med å sette brikkene på plass» og «Støtte klienten i å finne sin vei, i eget tempo». Alle temaer vil bli drøftet, men hovedtyngden vil sikte på de to siste temaene, som jeg mener det omtales lite om.

«Jobbe med hjertet»

Relasjonsarbeid er et viktig redskap når en jobber med mennesker. Flere litteraturstudier hevder at erfaringskonsulenter etablere raskere relasjon til klienter, enn for eksempel sine kollegaer med annen kompetansebakgrunn (Weber & Jensen, 2016:1, s. 39). Informantene opplevde at de hadde en fordel i relasjonsarbeid på grunn av deres erfaringsbakgrunn. En informant kalte dette for gjenkjennelse.

I rapporten «*Det er litt som et eget språk*» anvendes begrepet *gjenkjennelse* for å beskrive tillit og den umiddelbare relasjonsbygging mellom klientene og erfaringskonsulenter.

Gjenkjennelse dannet grunnlag for nærhet og relasjon (Klevan, Sjøfjell, Borg & Karlsson, 2018, s. 35). Det forklares med at gjenkjennelse oppstår ofte når klientene kjenner seg igjen i noe ved erfaringskonsulentene, og som gir dem en trygghetsfølelse. Stor del av kommunikasjon er nonverbal. Det er noe i det nonverbale kommunikasjon, som bare erfaringskonsulenter og klienter forstår, en taushet i dynamikken (Klevan, Sjøfjell, Borg & Karlsson, 2018, s. 35).

Mitt inntrykk i arbeid med mennesker med rusavhengighet er at de ofte har eget språk, en “slangspråk” og bruker slangord for å beskrive enkelte ting eller rusmidler. Det gjelder også en viss type humor, som kun de i rusmiljøet eller har erfaring fra miljøet forstår.

Erfaringskonsulenter har et felles utgangspunkt med klientene, som gjør at de kommuniserer bedre, og får en sterkere tilknytning (Klevan, Sjøfjell, Borg & Karlsson, 2018, s. 35).

Recovery CHIME - modell er tilhørighet (Connectedness) viktig del av den personlige prosessen. Tilhørighet innebærer at klientene utvikler gode relasjoner og knytter seg til andre mennesker på en positiv måte. Erfaringskonsulenter bidrar til en positiv tilhørighetsfølelse for klientene, fordi selv om relasjonen er «nøktern» så bærer den likevel preg av noe som er kjent og trygt for klientene (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade, 2011; Jørgensen, 2021). Språk og kommunikasjon beskrives som en viktig kilde for relasjon. Erfaringskonsulentene har erfart fenomenet på kroppen, og dermed kan ha en annen forståelse av klientens problematikk enn for eksempel noen som er foruten. Informantene vektla å bruke ekstra tid i relasjonsarbeid, for å bygge gode relasjoner og tillit, med hensyn til klientenes tidligere erfaringer med brutte relasjoner.

«Å jobbe med hjertet» kan tolkes at informantene har fokus på å møte klientene som et likeverdig individ. En recoveryorientert praksis der klientene møtes med respekt og gjensidighet (Le Boutillier, Leamy, Bird, Davidson, Williams & Slade, 2011, s. 1473 - 1474). Informantene kalte dette for medmenneskelighet og vennskap, hvor begge parter anses som like viktig samarbeidspartner.

Informantene ønsker at deres erfaringskunnskap skal være fordelaktig for klientene, slik at den fremme læring, tro og håp. Recovery CHIME- modell vektlegger **håp** som vesentlig i endringsprosessen. Klienten må ha tiltro på at bedring er mulig (Leamy, Bird, Le Boutillier,

Williams & Slade, 2011; Jørgensen, 2021), og utvikler en positiv holdning som fremmer mulighet for å oppnå rusfrihet og bedring (Borg, Karlsen & Stenhammer, 2013, s. 10). Prosjektet «Et bedre liv» reiser erfaringskonsulenter rundt på behandlingstilbudene for å dele sine tilfrisknings erfaringer, med formål på å fremme at endring og bedring fra rusavhengighet er mulig (Sjåfjell, 2019, s. 6). Erfaringskonsulenter er en referanse på at rusfrihet er oppnåelig. En undersøkelse fra et psykiatrisk sykehus viste at pasientene etterlyste personalet med erfaringskompetanse eller med inngående erfaringer (Haugum, Iversen & Bjertnæs, 2013, s. 45). Det dreier seg om å ha noen å se opp til, og som har lyktes i den retningen som en selv skal gå i.

Det poengteres at erfaringskompetanse er kunnskap utviklet gjennom en bearbeidet erfaring med fenomenet, enten personlig eller som pårørende (Klevan, Sjåfjell & Karlsson, 2018, s. 32). Informantene brukte aktivt sin erfaringskompetanse i klientmøter, men vektla å ha klientens egen erfaring i fokus.

Selv om en har opplevd fenomenet, og skal bruke erfaringen sin som en kunnskap for å hjelpe andre, hevde Klevan, Sjåfjell, Borg & Karlsson (2018, s. 35) at det er viktig å unngå å være «selvbiografisk», og glemmer subjektive erfaringer. Tross for at man bærer på samme erfaring, vil opplevelsen alltid være subjektivt, fordi mennesker vektlegger forskjellige i situasjoner.

Informantene vektla å ha en aksept for klientenes historie, og brukte uttrykk «en jobber med mennesker og ikke et system». Et system kan programmeres, mens mennesker må møtes på et individuelt nivå, det vil si at de må lyttes til og forstås. Relasjon og samhandling menes å være viktig i denne konteksten. I samhandling med klientene ble det lagt vekt på klientens drivkraft til håpet og som motivere dem til å fortsette endringsprosessen.

En nasjonal brukerundersøkelse av pasienter på døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, viste at pasienter som ble møtt med respekt og høflighet av personalet, hevde at de følte seg tryggere på institusjonene. Informantene ønsker at deres klientmøter skal bære preg av et balansert maktforhold, der begge erfaringene nyttiggjøres.

«Tid og tilgjengelighet i personalet, og i tjenester»

Med utgangspunkt i relasjon som grunnlag for samarbeid er *tid og tilgjengelighet* viktige elementer ifølge informantene. Ett av de viktige elementære forhold i recoveryprosess er *tilgjengelig hjelp* (Karlsson & Borg, 2017, s. 24). Det etterlyses mer tilgjengelighet i tjenester. I St. meld 30 fremlegger regjeringen et mål om å utvikle velfungerende helse- og omsorgstjenester som er tilgjengelig for alle (Regjeringen, 2012, s. 99).

I oppfølging av personer med rusavhengighet, som ønsker rusfrihet, ble det vektlagt å være tilgjengelig. Informantene hevdde at dersom en skal bli godt kjent med klientene, er det vesentlig å være imøtekommende, spesielt i etablering av relasjon. Informantene understreket at til tross for at de opplevde å få raskere relasjon til klientene (Klevan, Sjøfjell, Borg & Karlsson, 2018, s. 35), kan det ta tid å bygge tillit. Informantene ønsket å være tilgjengelig for klientene, og være imøtekommende til deres behov, så langt det lar seg gjøre. En god relasjon der informantene gir av sin tid, og får tillit til gjengjeld.

Den andre faktoren ved tiden som informantene poengterte, er tiden det tar for å «rehabiliteres» eller komme til «vendepunktet». Det påpekes at det tar lang tid å oppnå rusfrihet og etablere seg på nytt (Robertson & Nesvåg, 2018, s. 261).

Det påpekes av informantene og Pettersen et al. (2018, s. 3) at dersom rusfrihet skal være oppnåelig, må klienten selv anerkjenne behovet for endring, og har innsyn på at rusmisbruket har flere negative konsekvenser enn gevinsten. Eksempelvis å miste kontakten til sine nærmeste og venner, eller helseskader ved vedvarende rusmisbruk (Nhunzvi, Galvaan & Peters, 2019, s. 17). Det gjøres oppmerksom på de gode effektene ved bruk av rusmidler, som gjør det vanskelig for forbrukere å se den langsiktige og negative effekten. Informantene vektla derfor å gi klientene tid, for å selv komme til den anerkjennelse, og søker endring.

Den personlige prosessen ved recovery starter med klientens anerkjennelse på at de har et problem, og ønsker å gjøre noe med problemet (Pettersen, Landheim, Skeie, Biong, Brodahl, Benson & Davidson, 2018, s. 3). *Recovery rehabiliteringsprosesser* handler om hvordan tjenesteytere legger til rette for den enkeltes personlig recovery, for å støtte dem i endringsprosessen (Ladefoged, 2014, s. 10).

Det ble understreket at det er lite hensiktsmessig å kreve behandling, hvis klienten ikke ønsker det selv. Ivaretagelse av enkeltes individs autonomi er etisk prinsipp i brukermedvirkning (NOU, 2018:16, s. 119). Informantene bruker tiden på å utforske klientens behov og ønsker. Klientene skal oppleve at hjelpen de mottar er hensiktsmessig og nyttig. Det forutsetter at klientene har tjenester tilgjengelig, og vet hva de har å velge mellom. Brukermedvirkning er vesentlig i recoveryprosess, og det menes at erfaringskonsulenter er gode medvirker til dette og en motivator i endringsprosesser (Nossek, Werning, Otte, Vollmann, Juckel, & Gather, 2021, s. 594).

«Hjelpe til med å sette brikkene på plass»

I en brukerplankartlegging skåret personer med rusavhengighet blodrød på funksjonsnivå (Regjeringen, 2015, s. 21), og flere studier viser at de manglende ofte bo-ferdigheter (Regjeringen, 2012, s. 81). Mange klienter trenger praktisk bistand og opplæring for å styrke deres ferdigheter til å mestre hverdagen (Regjeringen, 2012, s. 81).

Informantene påpekte at det er mange elementer i endringsprosessen som er vesentlig for at klientene skal opprettholde rusfriheten. Tidligere i diskusjonsdelen er det nevnt om relasjon og tilhørighet, det nevnes også om viktigheten av tide og tilgjengelighet i prosessen.

Det andre temaet som nevnes som nødvendig for å oppnå rusfrihet er identitet, sosialt nettverk, bolig og aktivitet. En informant anvendte et metaforisk uttrykk «brikke» for å definere de ulike basisbehovene. Recovery i rehabilitering- eller habiliteringsprosesser handler om at klienten skal enten utvikle en ny eller gjenvinne en positiv identitetsfølelse, og kan leve et meningsfylt og målrettet liv tross sykdommen (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade, 2011; Jørgensen, 2021). Recovery rammeverk CHIME-modell retter søkelys mot faktorer som fremmer lysten og gleden for å leve (Karlsson & Borg, 2017, s. 100).

Informantene formidlet at dersom klientene skal klare å bli rusfri eller oppnå rusmestring trenger de et sted å bo. I *Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014 - 2020)* fremla regjeringen tre satsingsområder, hvorav bolig og oppfølging i bolig for å mestre boforholdet ble vektla. En satsing som skal ivareta vanskeligstilte, og sikrer dem egnet bolig og forebygge bostedsløshet (regjeringen, 2014, s. 10). Flere brukerundersøkelser tydet på rusavhengighet er

blant årsaker til flere bostedsløse, fattigdom og arbeidsledighet (Brekke, Lien & Biong, 2018, s. 54). Det hevdes at et godt sted å bo er viktig for helsen og livssituasjonen, og har en betydelig effekt for behandlingsresultatet (regjering, 2014, s. 18). Allerede på 1970-tallet ble bolig, sosiale relasjoner og økonomi vektlagt som viktig del av intervensjon for å redusere omfanget som følger av rusproblematikk (Regjeringen, 2012, s. 14).

Informantene vektla å legge til rette for trygge rammer, eksempelvis bolig i endringsprosessen. Prinsippet i Housing First modellen er at bolig er menneskelig rett, og har troen på at endringsprosesser starter med et sted å bo. Det hevdes at dersom klientene medvirke i boligframskaffelse, øker det sjansen for å oppnå bo-stabilitet (Snertingdal, 2014, s. 10). Å ha et sted å bo gir en identitetsfølelse på at en tilhører et sted. Det handler om å være et likeverd samfunnsborger med like rettigheter (Karlsson & Borg, 2017, s. 23).

I tillegg til bolig formidles det at mange personer med langvarig rusavhengighet vil trenge habilitering i større grad enn rehabilitering, fordi de har oftest veldig lite etablerte ferdigheter (Helsedirektoratet, 2020). Det påpekes at personer som utviklet rusmiddelavhengighet i ung alder, og har hele sitt voksent liv kun vært en del av rusmiljøet, vil i større grad trenge etablering av nye utgangspunkter for livet.

For å redusere risikoen og begrense skadeomfanget hos barn som vokser opp med foreldre med psykisk utfordringer og/eller rusavhengighet, vektla regjeringen satsing om tidlig intervensjon (Regjeringen, 2015, s. 33).

Med kjennskap til klientenes bakgrunnshistorie, fremhevet informantene fokus på at klientene trengte nytt sted å bo, nye sosiale omkretser og muligens nytt identitet (Johannessen, Nordfjærn & Geirdal, 2020, s. 214).

En slik prosess hevde informantene er tidkrevende, og etterlyste derfor lengre behandlingsopphold enn tre til seks måneder. En kvalitativ studie viste at langtidsbehandling er foretrukket blant pasienter med langvarig rusavhengighet, og er mer effektivt enn kortere behandlingsoppholdet. Det henvises til 12-trinns modell, som er et velprøvd program for personer som ønsker et rusfritt liv (Pettersen, Landheim, Skeie, Biong, Brodahl, Benson & Davidson, 2019, s. 4).

Det fremheves at langtidsbehandling gir rom for stabilisering og avrusning de første månedene, deretter grundig bearbeiding av traumatiske opplevelser ved avhengigheten. Samt mulighet for å tilegne seg nye og nødvendige ferdigheter for å kunne opprettholde rusfriheten (Helsedirektoratet, 2017). Mange personer med rusavhengighet har opplevd en del traumatisk hendelser, enten før de startet å ruse seg eller i rusmiljø, og kan trenge støtte og trygg omgivelse for å bearbeide disse (Johannessen, Nordfjærn & Geirdal, 2020, s. 217).

Det formidles at innsøkingen til rusbehandling gjør det vanskelig for klienter med omfattende hjelpebehov å søke hjelp, fordi prosessen er krevende og har ofte lange ventetider. I St. Meld 30 "Se meg" fremla regjeringen ønske om å bedre tjenester for personer med rusavhengighet og tilby dem et helhetlig tjenester (Regjeringen, 2012, s. 8). Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal bidra til bedre rusbehandlingstilbud (Regjeringen, 2012, s. 16). TSB er et tjenestetilbud for personer med alvorlig ruslidelse og moderat psykisk lidelse. TSB er en del av et pakkeforløp, med hensikt om å gi et allsidig tjenestetilbud, og med minst mulig ventetid. Behandlingstilbudet tilbyr individuelle tilpassede tjenester og har fokus på brukermedvirkning. En brukerundersøkelse kartla erfaringer fra innlagte på TSB (Helsenorge.no, 2020). Erfaringene viste at flere var fornøyde med innholdet i behandlingstilbudet, men savnet bedre ettervernstilbudet (Haugum, Iversen & Bjertnæs, 2013, s. 45).

I undersøkelsen etterlyste informantene også bedre oppfølgingstilbud etter opphold i rusbehandling. Ettervern ble vektla som en viktig del av behandlingstilbudet (Skudal, Holmboe, Haugum & Hestad, 2017, s. 37). Noen av informantene støttet klientene i endringsprosessen ved å legge til rette for ettervern. Det hevdes at ettervernstiltak er en god mulighet for klientene å komme i kontakt med andre mennesker og utvikler nye relasjoner (Rønning & Starrin, 2009, s. 17). Ettervern reduserer risikoen for tilbakefall. Det poengteres at det er ikke alltid tilbakefall skyldes behov for inntak av rusmidler, men som følge av ensomhet og utenforskap (Johannessen, Nordfjærn & Geirdal, 2020, s. 217).

Skudal, Holmboe, Haugum & Hestad (2017, s. 37) undersøkelsen antydte at klientenes utfordringer knyttet til rusfrihet, oppstår vanligvis etter utskrivelsen. Det hevdes at det er lettere å holde seg rusfri i trygge rammer og med en støttende omgivelser, som er lagt til rette for å lykkes. Når den tryggheten forsvinner, er det lettere for klientene å "snuble" tilbake til den gamle livsstilen og omgivelsen.

Samhandling er viktig for alle mennesker (Rønning & Starrin, 2009, s. 17). En forskningsstudiet viste at klienter som fikk tilbud om bolig, bo-oppfølging og ettervern, hadde større utbyttet av behandlingsoppholdet enn de som var foruten (Skudal, Holmboe, Haugum & Hestad, 2017, s. 38).

En annen studiet opphevet betydningen av meningsfull aktivitet i hverdagen (Nhunzvi, Galvaan & Peters, 2019, s. 18). En informant påpekte at involvering i aktivitet bidro til rusfrihet. Tilfriskningsprosesser innebærer en overgang fra avhengighet og elendige forhold, til bedre livskvalitet og levekår (Nhunzvi, Galvaan & Peters, 2019, s. 18).

Overgangsfaser fra rusavhengighet til rusfrihet oppleves som krevende for mange. Gjennom flere år i rusmiljøet, dannet man seg en tilhørighet og tilknytninger til andre mennesker i miljøet. For å opprettholde rusfrihet velger mange å bryte kontakten til sine venner i rusmiljø, for å unngå tilbakefall. For noen er rusmiljø det eneste «familie» og venner de har. Dersom de skal klare å gjennomføre prosessen trenger de ettervern, som gir dem tilgang til nytt sosialt nettverk (Johannessen, Nordfjærn & Geirdal, 2020, s. 214). Ellers vil rusfriheten medføre en ubalanse i livssituasjon, som på sikt lede til tilbakefallet. Det anbefales derfor at klientene utskrives til arbeid, skole eller annen aktivitet som de selv beskriver som meningsfull (Johannessen, Nordfjærn & Geirdal, 2020, s. 217).

Dette dreier seg også om mestringsfølelse, der klientene får driver med noe de liker, og som hjelper dem med å fjerne fokuset fra rusen. Involvering i meningsfull aktivitet er en anslående måte å bryte med helseskadelige vaner, samtidig som man tilegne seg gode vaner (Ness, Borg, Karlsson, Almåsbygg, Solberg & Torkelsen, 2013, s. 225).

Forskning viser at ettervernstilbud er dårlig flere områder, og trenger forbedring (Skudal, Holmboe, Haugum & Hestad, 2017, s. 35). Dårlig ettervernstiltak kan skyldes manglende samarbeid mellom tjenestene. Informantene etterlyste koordinerte tjenester for personer med rusavhengighet. For å gi klientene helhetlig tjenestetilbud har regjeringen iverksatt en samhandlingsreform mellom kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester (regjering, 2014, s. 18). Reformen er spesielt viktig i overganger mellom ulike tjenester, eksempelvis når klientene skal videre i bolig fra et behandlingsopphold (Forskningsrådet, 2016, s. 30).

Personer som skal utskrives fra institusjoner skal sikres gode overganger (regjering, 2014, s. 18).

Som forskningen viste mangler mange personer med langvarig rusavhengighet bo-ferdighet og er dårlig fungerende. For at de skal klare å leve et verdig og selvstendig liv trenger de oppfølging i hverdagen.

FACT-team er et ambulerende tiltak for personer med alvorlig psykisk lidelse og rusutfordringer. Teamet følger opp klientene i bolig eller i sitt nærmiljø (Ruud & Landheim, 2014, s. 11, 106). Evaluering av FACT-teamet viser gode tilbakemeldinger, og at tilbudet er anvendelig. Personer med historikk på flere innleggelses, viste bedring, og flere fikk bedre og stabile boforhold og økonomi (Regjeringen, 2015, s. 45). Det tverrfaglige teamet (Landheim & Odden, 2020, s. 14) har som fokus å tilby integrerte og individuelle tilpasset tjenester med søkelys på å øke klientenes funksjonsnivå (Landheim & Odden, 2020, s. 38, 61).

«Støtte klienten i å finne sin vei, i eget tempo»

Etter hvert når informantene hadde etablert relasjon og tillit til klientene, og avdekket deres nødvendige behov, vektla informantene å hjelpe klienten i å finne sin personlige recoveryprosess.

Informantene påpekte at klientene er veivisere og anbefalte derfor at oppfølgingen som skal gis innrettes etter deres premisser, ønsker og behov. Det nevnes at ikke alle klienter vet hva de trenger eller hvordan de skal gå frem for å oppnå endring. Med utgangspunkt i dette vektla informantene å støtte klienten i å finne egen vei til bedring og rusfrihet, og det tempoet som egner dem best. Brukermedvirkning fremheves som sentralt i deres tjenesteytelse. NOU (2018:16, s. 119) anbefalte *åpenhet* i dialog i samhandlingen, der klientene er delaktig i diskusjoner som omhandler egen behandling.

Informantenes forståelse av recovery er at klientene skal bidra mer i sin egen behandling, og at deres stemme er avgjørende og skal lyttes til. Informantene hadde arbeidsideologi forankret i recoveryorienterte praksiser (Odden, Kogstad, Brodahl & Landheim, 2015, s. 7).

Recoveryorientert praksis har fellestrekk med salutogenese tenkning som sikte på personens ressurser, mestringskompetanse og livserfaringer (Karlsson & Borg, 2017, s. 71).

I oppfølgingen ble det vektla et gjensidig maktforhold og likeverdighet. Empowerment i recovery CHIME- modell omhandler at klientene har egenkontroll. Det innbefatter at

Klientene gis makten tilbake til å være sjef i eget liv, og anses som et selvstendig individ (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade, 2011; Jørgensen, 2021).

For at Recoveryprosesser skal være gjennomførlig i praksis, er det hensiktsmessig at klientene har tilgang til kunnskap og helsekompetanse. Kunnskap gjeldende egen helsesituasjon, vil bidra til selvstendig og medansvarlig klienter (Regjeringen, 2019, s. 18; NOU, 2018:16, s. 120).

Informantene vektla kunnskapsformidling i sin oppfølging, og påpekte dette som en viktig del av recoveryprosessen. Shepherd, Boardman & Slade (2008, s. 3) hevdde at recoveryorientert praksis omfatter også at det legges til rette for informasjon, for å styrke klientens kunnskap og ferdigheter.

Recoveryorientert praksis vektlegger at klientene anses som ekspert i sitt eget liv og helsesituasjon (Helsedirektoratet, 2014, s. 32). Dette medføre en forventning til klientene på at de har inngående kunnskap om sin lidelse. For at klientene skal innordne seg i rollen som ekspert, må kunnskapsformidling vektlegges, hevdde informantene.

Økt helsekompetanse til tjenestemottakere ble fremlagt som mål i [Meld. St. 7 \(2019–2020\)](#). Helsekompetanse skal gi klientene nødvendig informasjon som et hjelpemiddel i beslutningsprosesser (Regjeringen, 2019, s. 18). [Lov om pasient- og brukerrettigheter](#), § 4-1, § 4-2, hjemla at klientene gis tilgang til informasjon som er betydningsfull, og gir dem innsikt i sin helsetilstand og hvilken type helsehjelp de trenger (Nasjonal kompetanse for læring og mestring innen helse, 2019).

Helsekompetanse er en rettighet som alle klienter har, og skal ha tilgang til (Regjeringen, 2019, s. 18). En utfordring ved dette som påpekes i en nasjonal undersøkelse er blant annet digitalisering. Det meste av informasjonen er tilgjengelig i digitale forumet (Le, Finbråten, Pettersen & Guttersrud, 2021, s. 7). En informant påpekte at noen klienter benytter i liten grad digitale løsninger. Dette medfører en utfordring for denne målgruppen.

Digital helsekompetanse er fordelaktig for personer som har tilgang og evner å forstå informasjonen. Personer med manglende eller begrensede kunnskapsferdigheter vil trenge veiledning i dette og kan profitere i større grad på muntlig kunnskapsformidling enn å henvises til digital e-helse (Le, Finbråten, Pettersen & Guttersrud, 2021, s. 47).

Det anbefales å sikre individuell tilpassede kunnskapsformidling, som sikrer at klientene er innforstått med informasjon som gis, og lære hvordan å anvende det i sitt eget liv. Forskning tydet på at ansettelse av erfaringskonsulenter i tjenestene har medført en økning i brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2014, s. 29 - 31), og kan dermed fremhevet søkelys på dette i fagfeltet.

Recoveryorienterte praksis innebærer at brukerkunnskap, erfaringskunnskap og fagkunnskap benyttes for å yte beste mulig hjelp (Le Boutillier, Leamy, Bird, Davidson, Williams & Slade, 2011, s. 1473 - 1474). For at alle tre kunnskapskildene skal være likevekt (Klevan, Sjøfjell, Borg & Karlsson, 2018, s. 8), kreves det at de ulike aktørene er bevisst på sin kunnskap og hva dets innebærer, slik at maktbalansen i relasjonen utjevnes (Karlsson & Borg, 2017, s. 80).

Kunnskapsbasert behandlingsprogram *Illness management and recovery*, har som formål om å øke kunnskap til klientene slik at de utvikler strategier for å mestre eget liv (Karlsson & Borg, 2017, s. 78). Formålet med behandlingsprogrammet er ikke for at klientene skal ta rollen til psykisk helsefagarbeidere eller være egen lege, derimot gis det psykoedukasjon, ferdighetstrening og mestringstrening, for å styrke deres selvstendighet (Karlsson & Borg, 2017, s. 79).

«Å støtte klienten i å finne sin egen vei, i eget tempo» handler om å legge til rette for personlig utvikling og fremmer den enkeltes erfaringer med fenomenet. Recoveryorienterte praksiser betrakter at klientene henvendes til som person, og ikke defineres etter sykdommen (Karlsson & Borg, 2017, s. 54). Informantene hadde fokus på å møte klientene som individ med egne ønsker for selvutvikling (Klevan, Sjøfjell, Borg & Karlsson, 2018, s. 36).

8.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Rusarbeid er et fagfelt som fremdeles er under utvikling. Forskningsforum som KoRus og SERAF har bidratt til med mer kunnskap og forståelse, som har vært betydningsfull for fagfeltet. Tidligere i oppgaven ble det påpekt at det er gjort lite forskning basert på erfaringer fra erfaringskonsulenter og rusfrihet

Denne studiet har hatt som hovedmål om å fremme nyttigheten av erfaringskonsulenter, samtidig rette søkelys på tjenestetilbudet for personer med rusavhengighet.

Informantenes opplevelse av at tjenester for personer med rusavhengighet er fragmentert er gjenkjennbar sammenlignet med andre forskningsundersøkelser. Det må stilles spørsmål til hvorfor tilbakefall er høyere hos denne andelen enn andre målgrupper. Det kan være personlig karakteristiske årsaker til dette, men kan også skyldes sammensetning av behandlingstilbudet.

Informantenes poengteringer vekker noen refleksjoner, som jeg mener er relevant for praksisen. Det hevdes at klientenes behov må sees i sammenheng for at endringsprosessen skal være oppnåelig. Informantene understreket at det må rettes mer fokus på habiliteringstilbud for personer med langvarig rusavhengighet, og som startet å ruse seg i ung alder. Informantene påpekte videre at, denne gruppen trenger mer og omfattende hjelp enn rehabilitering.

Tross for at kunnskap fra denne studien er innhentet fra et lite utvalg, er funnene likevel overførbar i praksis og til andre forskningsstudier. Prosessen i undersøkelsen er gjennomført i tråd med forskningsetiske overveielser og validert av veiledere.

8.3 Refleksjoner rundt metodevalg

Malterud (2017, s. 16) skriver at vitenskapelig kunnskap ikke er knyttet til en bestemt forskningsmetode for at den skal være gyldig, men omhandler derimot hvordan en har innhentet kunnskap og håndteringen i de ulike prosessene. Leseren skal kunne stole på kunnskapen som formidles, og at det er ivaretatt vitenskapelige grunnleggende krav. En god forskningsstudie skal kunne tåle en vurdering fra andre, og kan etterprøves (Malterud, 2017, s. 16). Det anbefales at resultatet fra vitenskapelig kunnskap håndteres med systematisk kritisk refleksjoner, hvor en sikrer leseren at egen forforståelse er forsvarlig håndtert (Malterud, 2017, s. 16).

Når en skal validere en kvalitativ studie anbefales det å stille kritiske spørsmål ved resultatenes gyldighet. Det stilles også spørsmål til troverdigheten og funnenes relevans for problemstillingen (Polit & Beck, 2021, s. 154).

Det har vært til stor hjelp å samarbeide med to erfarne veiledere, som underveis i prosessen har minnet meg på å ha et kritisk overblikk over eget datamateriale. Som følge av dette ble det ivaretatt en gyldig undersøkelsesprosess.

Dette har vært en feiling og læringsprosess for meg, hvorav jeg måtte gjennomgå undersøkelsesprosessen flere ganger for å komme til det presenterte resultatet. Det jeg opplevde som mest krevende er egen forforståelse og unngå at den er styrende i prosessen. Jeg jobber til vanlig med mennesker med rusavhengighet og bostedsløse, og min forforståelse er preget av dette. Ved hjelp av veiledere klarte jeg å avlegge mine forforståelser, slik at jeg til slutt klarte å fange opp nyanser i datamaterialet, og ble overrasket av funnene. En av veiledere brukte ordtrykket «la funnene snakke til deg, og ikke omvendt», et utsagn som jeg vil bære med meg videre.

Den empiriske dataen ble innhentet fra et utvalg som det menes vil besvare problemstillingen best mulig. Det ble gjennomført en vurdering av utvalg med forhold til informasjonsstyrke, hvor mange deltakere var hensiktsmessig å rekruttere og som ville besvare problemstillingen best mulig. Deler av forskningsspørsmålet kan henvendes til en større gruppe av hjelpere, men erfaringskonsulenter ble vurdert som mest relevant for denne problemstillingen, og jeg valgte derfor å spesifisere problemstillingen til å rette fokuset i den retningen.

Utfordringen ved et lite utvalg er å oppnå datametning. Utvalget skal være passe stort slik at alle perspektivet ved problemstillingen belyses (Malterud, 2017, s. 65). Det er ikke antall deltakerne som nødvendigvis avgjør om en har samlet inn tilstrekkelig informasjon, nemlig informasjonstyrken i utvalget (Malterud, 2017, s. 66). Det ble vektlagt å innhente tilstrekkelig data for å styrke overførbarhet av kunnskapen til andre undersøkelser eller praksis.

Malterud (2017, s. 133) skriver at dersom formålet med undersøkelsen er å gjennomføre et intervju som skal bidra til å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen, er det anbefalt å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert. Intervjuguiden var et godt hjelpemiddel for å rette fokuset på temaet, samtidig som informantene fikk dele fritt sine erfaringer om fenomenet.

Det hevdes at det er en kunst å fremtre tilstrekkelig åpen, og likevel klarer å holde fokus (Malterud, 2017, 134), noe jeg erkjente under prosessen. Å finne den riktige balansen mellom å være interessert, men ikke for interessert slik at det ble styrende var en utfordring. Jeg

opplevde at det første intervjuet var spesielt vanskelig å gjennomføre fordi jeg fikk ganske fin tone med informanten, og syntes at det var vanskelig å finne den rette balansen. Etter hvert med god veiledning og opplæring, følte jeg at dette ble lettere for hvert intervju.

Under intervjuet kan det fremkomme flere meningsbærende elementer som en ikke har tenkt på, som kan gi et nyansert bilde av tematikken, men dersom en ikke holder fokuset kan man ende opp med nye problemstillinger. Samtidig er det viktig å være bevisst på at fokuset kan ligge et annet sted enn der man i utgangspunktet ventet å finne den. Det anbefales derfor å være åpen og fokusert (Malterud, 2017, s. 135). Fordelen med individuelt dybdeintervju er at den gir rom både for nærhet og distanse. Informantene hadde kun én person å forholde seg til under intervjuet, og situasjonen opplevdes mer som en samtale enn et intervju. Utfordringen ved det kan være at intervjuer har mange ting å fokusere på, som kan flytte fokuset fra informantene. For å unngå dette ble det valgt å bruke lydbånd.

En annen utfordring som jeg opplevde ved metoden, i tillegg til at prosessen var tidkrevende, er at den krever nøyaktig transkripsjon.

Vitenskapelig teorier er rammende for kvalitative studier for å forstå, tolke og utvikle empiriske data fra et rent deskriptivt aspekt (Malterud, 2017, s. 188). Teoretiske perspektiver har gitt datamaterialet ny innsikt, og en faglig forståelse av problemstillingen. Teori om recovery er vurdert som relevans for problemstillingen, som har fokus på den personlig recovery prosess og tjenesteytere sitt bidrag for å støtte klienten i prosessen.

9.0 Avslutning

Hensikten med denne studien har vært å utforske hva erfaringskonsulenter vektlegger i sin oppfølging av personer med rusavhengighet som ønsker rusfrihet. Resultatet fra undersøkelsen ledet til fire temaer som ble drøftet i lys av recovery tilnærming, og med referanse til forskjellige tjenestetilbud for personer med rusutfordringer. Det ble benyttet elementer i CHIME-modellen for å belyse de forskjellige temaer.

Det første som informantene vektla i sin oppfølging, er relasjon og tillit. Informantene vektla gjensidighet og likeverdighet i sine klientmøter, og ønsket å møte klientene som en likeperson og en venn. Flere studier hevder at erfaringskonsulenter etablerer raskere relasjon til klientene. Tross for dette poengterte informantene at de jobber med personer som har opplevd en del brutte relasjoner, og vektlegger derfor en skånsom relasjonsoppbygging, der tid og tilgjengelighet er veldig sentralt.

Deretter ble det vektlagt å utforske klientens behov og ønsker. Dersom klientene skal klare å oppnå rusfrihet mente informantene at de trenger en bolig, økonomi og aktivitet. Disse menes å være viktig for å utvikle en positiv identitetsfølelse og tilhørighet.

Det formidles at personer som utviklet rusavhengighet i veldig ung alder, vil i større grad trenge habiliterende tjenester fremfor rehabilitering. Det poengteres at rusavhengighet ofte er et uttrykk for hvordan en har det innvendig. Informantene ønsker mer fokus rundt årsaker til misbruket enn selve rusproblemet i behandling.

Informantene vektla kunnskapsformidling i sin oppfølging, og mente at dersom klientene skal være en likeverdig samfunnsborger og en samarbeidspartner, så trenger de kunnskap.

Kunnskap som skal gjøre dem i stand til å leve et selvstendig liv. Illness management recovery og helsekompetanse har som hensikt å gi nødvendig informasjon slik at klientene har kjennskap om sin lidelse og kan ta beslutninger som angår egen helse og livssituasjon.

Informantene bruker sin erfaringskompetanse aktivt i samarbeid med klientene, men forteller at de vektlegger i større grad klientenes egen erfaring.

10 Litteraturliste

American psychologist (2016). Award for Distinguished Professional Contributions to

Independent Practice: Sam J. Tsemberis (2016). *American Psychologist*, 71(8), 802–805. <https://doi.org/10.1037/amp0000098>

Andersson, H.W., Wenaas, M., & Nordfjærn, T. (2018). Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addictive Behaviors* (2019), 90, 222-228. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.008>

Actis (2019). *Økt rusbruk blant unge*. Hentet fra:

<https://www.actis.no/kunnskap/okt-rusbruk-blant-unge>

Barvik, H. & Flatå, M. (2018). *Housing First i Norge - En oppsummering av kunnskap om Housing First-tiltak i Norge*. Hente fra: [Housing First i Norge - Veiviseren](#)

Bergen kommune.no (2018). *Medvirkning ved valg av behandling*. Hentet fra:

<https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/somlost-forlop-unge/recovery/medvirkning-ved-valg-av-behandling>

Bergen kommune.no (2021). *Styring av egen endringsprosess*. Hentet fra:

[Bergen kommune - Styring av egen endringsprosess](#)

Borg, M., Karlsson B. & Anne Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser – en systematisk kunnskapssammenstilling*. Nasjonal kompetanse for psykisk helsearbeid (NAPHA) Rapport nr. 4). Drammen.

Brekke, E., Lien, L., & Biong, S. (2018). Experiences of Professional Helping Relations by

Persons with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16(1), 53-65. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9780-9>

Brorson, H. H., Arnevik, A. E., Rand-Hendriksen, K. & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Science Direct*. Volume 33, Issue 8, s. 1010-1024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design*. California:

Sage Publications Inc.

Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin og helsefag (NEM) (2009). *Veiledning for*

forskning og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra: [kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf \(forskningsetikk.no\)](#)

Deane F., Wootton D., Hsu C-I., Kelly P. (2012). Predicting dropout in the first 3 months of

12-step residential drug and alcohol treatment in an Australian sample. *Faculty of Health and Behavioral Sciences - Papers (Archive)* (2012), s. 216–22.

Erfaringskompetanse (2011). *Erfaringer*. Hentet fra:

[Erfaringer.pdf \(erfaringskompetanse.no\)](#)

Erfaringskompetanse (2015). *Brobyggeren - Et mer demokratisk og etisk psykisk helsefelt*.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse 2015:5. Hentet fra: [Kjernerdokumentet-2015.pdf \(erfaringskompetanse.no\)](#)

Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon (2019). *Er du rusbruker, rusfri eller rusavhengig?*

Hentet fra: [Er du rusbruker, rusfri eller rusavhengig? - Fagrådet - Rusfeltets hovedorganisasjon](#)

Folkehelseinstituttet (FHI) (2019). *Narkotikabruk i Norge*. Hentet fra:

<https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2582062/Narkotika%20i%20Norge%202018utgave2.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

Folkehelseinstituttets (FHI) (2019). *Rusbrukslidelser i Norge*. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

Folkehelseinstituttet (2022). *Historisk oversikt over narkotika i Norge 1912 - 2021*. Hentet f

ra: [Historisk oversikt over narkotika i Norge 1912-2021 - FHI](#)

Forskningsrådet (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen Sluttrapport fra*

styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen

(EVASAM). Hentet fra: [forskningsrådet 2016.pdf \(unit.no\)](#)

Haugum, M., Iversen, H. H. & Bjertnæs, Ø. A. (2013). Pasienterfaringer med døgnopphold

innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk - Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2013. *PasOpp-rapport Nr 7 2013*. henter fra: [Rapportmal norsk \(Fyll ut tittel\) \(unit.no\)](#)

Halvorsen, K. & Jerpseth, H. (2019). Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier.

Sykepleien Forskning 2019, 14 (57440) (e-57440). DOI:

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.57440>

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging*

av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og*

rusarbeid for voksne Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Hentet fra:

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

Helsedirektoratet (2016). *Veileder om tvangstiltak overfor mennesker med rusmiddelproblemer*

etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10. Hentet fra: [Tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer – Veileder.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Helsedirektorat (2017). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*

– nasjonal faglig retningslinje. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/brukermedvirkning-i-rusbehandling/brukermedvirkning-individuell-plan-rett-til-informasjon-og-opplaering-fritt-behandlingsvalg#brukermedvirkning-individuell-plan-rett-til-informasjon-og-opplaering-fritt-behandlingsvalg>

Helsedirektorat (2017). Tverrfaglig spesialisert rusbehandling: oppgaver og roller. Hentet fra:

[Tverrfaglig spesialisert rusbehandling: Oppgaver og roller - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektorat (2017). 12-trinns rusbehandling - Pasienter / brukere kan tilbys

12-trinnsbehandling. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/terapeutiske-tilnaerminger-i-rusbehandling/12-trinns-rusbehandling#null-begrunnelse>

Helsedirektoratet (2020). Rusbehandling (TSB). Hentet fra:

[Rusbehandling \(TSB\) - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet (2020). *1.2 Forholdet mellom habilitering og rehabilitering*. Hentet fra:

[Forholdet mellom habilitering og rehabilitering - LH - Helsedirektoratet](#)

Helse-bergen.no (2019). Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) –

Pakkeforløp. Hentet fra: [Tverrfagleg spesialisert behandling av ruslidingar \(TSB\) - pakkeforløp - Helse Bergen \(helse-bergen.no\)](#)

Johannessen, A.D., Nordfjærn, T. & Geirdal, Ø.A (2020). Substance use disorder patients' expectations on transition from treatment to post-discharge period. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* (2020), Vol. 37(3) 208–226. DOI: 10.1177/1455072520910551.

Hentet: [Substance use disorder patients' expectations on transition from treatment to post-discharge period \(sagepub.com\)](#)

Jørgensen, S. (2021). *Bruken av CHIME- modellen for å fremme mental helse Recovery i Norge*. Hentet fra: [Bruken av CHIME-modellen for å fremme mental helse Recovery i Norge - KBT \(kbtkompetanse.no\)](#)

Kallio, H., Pietilä, A., Johnson, M. & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide *Journal of advanced nursing*, 2016-12, Vol.72 (12), s. 2954-2965. Hentet fra: <https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/pdfdirect/10.1111/jan.13031>

Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery – Tradisjoner, fornyelser og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Klevan, T., Sjøfjell, L. T., Borg, M. & Karlsson, B. (2018). «Det er litt som et eget språk» - Erfaringsmedarbeideres forståelser og bruk av erfaringsbasert kunnskap i samarbeid med brukere i psykisk helse- og rustjenester. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse 2018:6. Hentet fra: [Det-er-litt-som-et-eget-språk.pdf \(erfaringskompetanse.no\)](#)

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Ladefoged, U. (2014). *Håbet er lysegrønt - Et casestudie i hvordan recoveryorientert rehabilitering skaber borgerens muligheder for at komme sig på et socialpsykiatrisk botilbud*. [haabet-er-lysegroent.pdf \(sl.dk\)](#)

Landheim, A. & Odden, S. (2020). Evaluering av FACT-team i Norge – Sluttrapport.

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet HF. Hentet fra: [Evaluering FACT-team i Norge - Sluttrapport \(rop.no\)](#)

Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V.J., Davidson, L., Williams, J. & Slade, M. (2011) *What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of intervention recovery-oriented practice guidance.* *Psychiatric Services*, 62: 1470-1476. DOI: [10.1176/appi.ps.001312011](https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011)

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry* (2011) 199, s. 445–452. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Lie, K. R., Svendsen, H. F. L. & Gamlund, E. (2015). *Filosofi og helseforskning*. 2. utg.

Alvheim & Eide

LOVDATA (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

LOVDATA (2018). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra: [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator - Kapittel 2. Generelt om habilitering og rehabilitering - Lovdata](#)

LOVDATA (2021). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra: [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](#)

LOVDATA (2021). *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)*. Hentet fra: [Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen \(sosialtjenesteloven\) - Lovdata](#)

- Malterud, K. (2001). *Qualitative research: standards, challenges, and guidelines*. *Science Direct*. Volume 358, Issue 9280. S. 483-488. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 122: 2468-72. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2012; 40: 795–805. Hentet fra: <https://journals-sagepub-com.galanga.hvl.no/doi/pdf/10.1177/1403494812465030>
- Nasjonal kompetanse for psykisk helsearbeid (NAPHA) (2021). *Housing First*. Henter fra: [Housing First - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)
- Nasjonal kompetanse for psykisk helsearbeid (NAPHA) (2021). *Et sted å bo, med rom for å leve – inspirasjon til boligsosialt arbeid*. Rapport nr. 1. Hentet: [Nytt temahefte: Et sted å bo – med rom for å leve - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)
- Nasjonal kompetanse for psykisk helsearbeid (NAPHA) (2022). *Recovery*. Hentet fra: [Recovery - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)
- Nasjonal kompetanse for læring og mestring (Mestring.no) (2019). *Brukermedvirkning*. Hentet fra: [Brukermedvirkning - mestring.no](#)
- Nasjonal kompetanse for samtidig rusmisbruk og psykisk helse (2018). Samarbeidsrelatert forskning på rusfrihet hos personer med alvorlig rusmiddelavhengighet. Hentet fra: [ROP - Samarbeidsrelatert forskning på rusfrihet hos personer med alvorlig rusmiddelavhengighet](#)
- Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbygg, L., Solberg, P. & Torkelsen, H. (2013). «Å

delta med det du kan»: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser.

Hentet fra: [«Å delta med det du kan»: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser \(hvl.no\)](#)

Nhunzvi, C., Galvaan, R. & Peters, L. (2019). Recovery from substance abuse among

zimbabwean men: an occupational transition. *Sage Journal Vol 39, Issue 1, 2019.*

DOI: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/1539449217718503>

Nossek, A., Werning, A., Otte, I., Vollmann, J., Juckel, G. & Gather, J. (2021). Evolvment

of peer support workers' roles in psychiatric Hospitals: A longitudinal qualitative observation study. *Community Mental Health Journal (2021) 57:589–597.* DOI:

<https://doi.org/10.1007/s10597-020-00741-1>

Norges offentlige utredninger (2018). *Det viktigste først - Prinsipper for prioritering i den*

kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester.

Hentet fra: [NOU 2018: 16 \(regjeringen.no\)](#)

Odden S., Ragnfrid Kogstad, R., Brodahl, M. & Landheim, A. (2015). Opplærings- og

veiledningsbehov hos erfaringskonsulenter. *Erfaringskompetanse.no*, 2015:2. Hentet

fra: <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2016/02/Opplærings-og-veiledningsbehov-hos-erfaringskonsulenter.pdf>

Ose, O. S. & Kaspersen, S.L. (2020). *Kommunalt psykisk helse og rusarbeid 2020: Årsverk,*

kompetanse og innhold i tjenestene. Trondheim: SINTEF

Pettersen, H. (2019). *Hva var nyttig i rusbehandling.* Hentet fra: [https://rop.no/aktuelt/hva-](https://rop.no/aktuelt/hva-var-nyttig-i-rusbehandling/)

[var-nyttig-i-rusbehandling/](https://rop.no/aktuelt/hva-var-nyttig-i-rusbehandling/)

Pettersen, H., Landheim, A., Skei, I., Biong, S., Brodahl, M., Benson, V. & Davidson, L.

(2019). Helpful ingredients in the treatment of longterm substance use disorders: a collaborative narrative study. *Sage Journals PUD 2019.* DOI:

<https://doi.org/10.1177/1178221819844996>

Pettersen, H., Landheim, A., Skei, I., Biong, S., Brodahl, M., Benson, V. & Davidson, L.

(2018). Why do those with long-term substance use disorders stop abusing substances? A Qualitative Study. *Sage Journals Volume 12: 1–8*. DOI:

<https://doi.org/10.1177/1178221817752678>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Regjeringen (2012). Meld. St. 30 (2011–2012) Melding til Stortinget - Se meg! En helhetlig

rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping. Hentet fra: [Meld. St. 30 \(2011–2012\) \(regjeringen.no\)](#)

Regjeringen (2013). *Rusforskning og kompetanse*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/utviklingsarbeid/id439356/>

Regjeringen (2014). *Bolig for velferd - Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020)*.

Hentet fra: [nasjonal strategi boligsosialt arbeid.pdf \(regjeringen.no\)](#)

Regjeringen (2015). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Hentet fra:

[Prop. 15 S \(2015–2016\) \(regjeringen.no\)](#)

Regjeringen (2015). *Meld. St. 26 (2014–2015) - Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og*

helhet. Hentet fra: [Meld. St. 26 \(2014–2015\) \(regjeringen.no\)](#)

Regjeringen (2019). *Meld. St. 7 - Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023*. Hente fra:

[Meld. St. 7 \(2019–2020\) \(regjeringen.no\)](#)

Robertson & Nesvåg (2018) *Into the unknown: Treatment as a social arena for drug users'*

transition into a non-using life. DOI: <https://doi.org/10.1177/1455072518796898>

Rønning, R. & Starrin, B. (2009). *sosial kapital – Et nyttig begrep.* Oslo:

Gyldendal Norsk Forlag AS

Samuel D.B., LaPaglia D.M., Maccarelli L.M., Moore B.A., Ball B.A. (2011) Personality

disorders and retention in a therapeutic community for substance dependence. *The American Journal on Addictions*, 20 (6) (2011), s. 555–56

Sellereite, I., Haga, M. & Lorås, H. (2019). Fysisk aktivitet som verktøy i det helsefremmende

arbeid opp mot rus og psykisk helse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid.* S. 39 – 51.

DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-01-05>

Skudal, E.K, Holmboe, O., Haugum, M. & Iversen, H.H (2017). Pasienters erfaringer med

døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017. Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2017. *Folkehelseinstituttet. Rapport 2017:453.* Hentet fra: <https://www.fhi.no/contentassets/e8a1d293338044a4b2c9ebcdd1e75db9/rus/453-nasjonale-resultater.pdf>

Slade, M. (2017). 100 råd som fremmer recovery- En veiledning for psykisk helsepersonell. 2

utgave. *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.* Hentet fra:

[100 råd som fremmer recovery - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

Stark M. J. (1992) Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review.

Clinical Psychology Review, 12 (1) (1992), s. 93–116

Steiro, A., Hestevik, H.H, Shrestha, M. & Muller, A.E. (2020). Erfaringer blant pasienter og

helsepersonell med legemiddelassistert rehabilitering (LAR) - En systematisk oversikt over kvalitative studier. *Folkehelseinstituttet*. Hentet fra: [Erfaringer blant pasienter og helsepersonell med legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\) \(fhi.no\)](#)

Sjåfjell, T. (2019). *Sluttrapport «Et bedre liv»*. Hente fra:

<https://dam.no/prosjekter/et-bedre-liv/>

Snertingdal, I. M. (2014). *Housing first i Norge – en kartlegging*. Hentet fra:

[20399.pdf \(fafo.no\)](#)

Snertingdal, I. M & Bakkeli, V. (2015). Housing first i Norge – sluttrapport. Prosesser, resultater og kartleggingsskjema. *Fafo*. Hentet fra: [20557.pdf fafo.no](#)

Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M. (2008). Making Recovery a Reality. *Sainsbury*

Centre for Mental Health. Hentet fra: [SCMH 2008 Making recovery a reality.pdf \(researchintorecovery.com\)](#)

Weber K. A. & Jensen J. F. M. (2016). Brukeransettelser - Håndbok for virksomheter som

ønsker å ansette personer med egenerfaring innen psykisk helse- og rusfeltet.

Erfaringskompetanse.no. hentet fra: <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2018/10/Håndbok-for-brukeransettelser.pdf>

Åkerblom, B. K. & Ness, O. (2021). Peer support workers in co-production and co-creation in

public mental health and addiction services: protocol for a scoping review.

Journalplus.org. DOI:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248558>

Vedlegg

Vedlegg 1: Tidsplan

Arbeids- Oppgave	1. kvartal 2021	2.kv 2021	3.kv 2021	4.kv 2021	1.kv 2022	2.kv 2022	3.kv 2022	3.kv 2022
Send søknad til REK og NSD	x							
Utarbeide spørsmål til intervju i samråd med veileder (Godkjennelse)	x							
Kontakte med samtlige prosjektet		x	x					
Gjennomføre intervjuene			x	x				
Datainnsamlingen, ordrett transkribering					x	x		
Dataanalyse				x	x	x		
Møte veileder	x		x		x	x		
Presentasjon av resultat for deltakerne					x	x		
Rapportskriving	x					x		
Leverer prosjektet til godkjennelse					x	x		x

Vedlegg 2: Tilbakemelding NSD



PHA 508, kandidatnummer 407, 16.05.22

[Meldeskjema / HVA VEKTLIGGER ERFARINGSKONSULENTER I ARBEID MED MENNESKER MED RUSLIDELSE SOM ØNSKER LIVSTIL ENDRING](#) / Vurdering

NSD sin vurdering

 Skriv ut

Prosjekttittel

HVA VEKTLIGGER ERFARINGSKONSULENTER I ARBEID MED MENNESKER MED RUSLIDELSE SOM ØNSKER LIVSTIL ENDRING

Referansenummer

299747

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Senter for utdanningsforskning

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Liv Grethe Kinn, Liv.Grethe.Kinn@hvl.no, tlf: 48103480

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Laureine Kala, laura_kala@live.no, tlf: 97318619

Prosjektperiode

11.01.2021 - 30.06.2022

Vurdering (1)

03.06.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjema med vedlegg 3.6.2021. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 30.6.2022.

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 nr. 11 og 7, ved at

det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art.

6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

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 viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet medprosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

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 eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER



PHA 508, kandidatnummer 407, 16.05.22

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 3: Tilbakemelding REK



Region:
REK vest

Saksbehandler:
Camilla Gjerstad

Telefon:
55978499

Vår dato:
03.06.2021

Vår referanse:
282313

Deres dato: /

REK vest

Besøksadresse: Armauer Hansens Hus, nordre fløy, 2. etasje,
Haukelandsveien 28, Bergen

| E-post: rek-vest@uib.no
Web: <https://rekportalen.no>

Liv Grethe Kinn

Fremleggingsvurdering: Søknad om fremleggingsvurdering av prosjektet «Hva vektlegger erfaringskonsulenter i arbeid med mennesker med ruslidelse som ønsker livstil endring»

Søknadsnummer: 282313

Forskningsansvarlig institusjon: Høgskulen på Vestlandet

Fremleggingsvurdering vurderes som ikke fremleggingspliktig.

Søkers beskrivelse

Dette er et masterprosjekt med formål om å frembringe mer innsikt og forståelse i fagfeltet psykisk helse og rusarbeid. Det er ønskelig å finne ut hvilken type oppfølging eller behandling er hensiktsmessig å tilby en person med rusproblematikk som ønsker livstil endring. problemstillingen er:

«Hva vektlegger erfaringskonsulenter i sitt arbeid med mennesker med ruslidelse som ønsker et rusfritt liv?»

REK vest viser til skjema for fremleggingsvurdering. Henvendelsen er behandlet av leder for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest).

REKs vurdering

Generelt om fremleggingsplikten for REK

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Slike prosjekter må søke REK.

Vurdering av om prosjektet er fremleggingspliktig

Dette er et masterprosjekt der man vil undersøke hvilken type oppfølging som er hensiktsmessig å tilby en person med rusproblematikk som ønsker livsstilsendring. Deltakerne i studien er erfaringskonsulenter med rusbakgrunn. Problemstillingen er: «Hva vektlegger erfaringskonsulenter i sitt arbeid med mennesker med ruslidelse som ønsker et rusfritt liv?» Data samles gjennom individuelle intervjuer med erfaringskonsulentene. Intervjuguiden er vedlagt.

REK vest finner at studien faller utenfor helseforskningsloven dersom erfaringskonsulentene ikke oppgir helseopplysninger om seg selv eller angir navn eller andre personidentifiserende opplysninger vedr menneskene med ruslidelse til intervjueren. I tillegg forutsetter vi at intervjuene foretas i lokaler utenfor områder hvor man kan møte andre pasienter. Dersom disse forutsetningene er til stede, vil studien ikke være fremleggingspliktig for REK.

Vi gjør oppmerksom på at vårt svar kun er å anse som veiledning, jf. forvaltningsloven § 11.

Konklusjon

Studien er ikke fremleggingspliktig for REK.

Med vennlig hilsen

Marit Grønning
Professor dr.med.
komiteleder REK vest

Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET:

«Hva vektlegger erfaringskonsulenter i arbeid med mennesker med ruslidelse som ønsker livstil endring»

Mitt navn er Laureine Kala og jeg er masterstudent i psykisk helse- og rusarbeid ved høgskolen på Vestlandet. Jeg ønsker å invitere deg som er erfaringskonsulent og har erfaringsbakgrunn fra rus til å delta i mitt prosjekt. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Til tross for positiv faglig utvikling i rus- og psykisk helsearbeid, trenger fagfeltet fortsatt mer faglig innsikt og forståelse med hensyn til utredning, behandling og oppfølging. Det er gjennomført lite forskning basert på erfaringer fra erfaringskonsulenter og deres opplevelser av og erfaringer med rusbehandling. Derfor ønsker jeg å intervju deg som har en erfaringskompetanse innen rus for å frembringe mer innsikt og forståelse i temaet. Intervjuets varighet vil være mellom 60 – 90 minutter.

- Problemstillingen til forskningsprosjektet er;

«Hva vektlegger erfaringskonsulenter i sitt arbeid med mennesker med ruslidelse som ønsker et rusfritt liv?»

I dette masterprosjektet vil jeg bruke en kvalitativ metode, hvor en utforsker et fenomen basert på en subjektiv forståelse, opplevelser og erfaring i naturlige miljøer. Informasjonen som vil svare problemstillingen innhentes ved hjelp av intervju.

Er du erfaringskonsulent med rusbakgrunn og arbeidserfaring i recovery arbeid for mennesker med rusproblematikk og vil gjerne dele din kunnskap, kompetanse og erfaringer, inviteres du herved til å delta i prosjektet. Det er ønskelig med mangfoldig erfaringer fra både mannlige og kvinnelige deltakere fra alder 30 år, med ulike bakgrunn, utdanning, etnisitet og arbeidserfaringer.

Viktig informasjon:

Frivillighet

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du bestemmer deg for å delta, kan du når som helst trekke tilbake samtykke uten å oppgi årsaken. Alle dine personlige informasjonen blir slettet. Det vil ikke medføre noen negative konsekvenser for deg, hvis du ikke lenger vil delta eller senere velger å trekke deg fra prosjektet.

Anonymisering og korrekt gjengivelse

Navn, adresse, personnummer og lignende personlig informasjon som kan knyttes til deg vil ikke innhentes da du deltar på anonymt grunnlag. Resultatet skal ikke kunne kobles til deg. Du vil bli presentert resultatet før publisering/ innlevering slik at du har mulighet til å sjekke om informasjonen er korrekt gjengitt og analysert. Deltakerne oppfordres til å dele sine erfaringer på en subjektiv måte og med hensyn til taushetsplikt.

Informasjonen som trengs er telefonnummer/epost-adresse og navn slik at jeg vet hvordan å kontakte deg, informasjonen vil bli slettet når prosjektet er over, det vil si juni 2022. Det er kun jeg og veilederen som har tilgang til prosjektet.

Lydopptak

Det skal tas lydopptak av intervjuet for å sikre at det meningsbærer data blir korrekt gjengi og tolket. Lydopptaket vil bli slettet etter at dataen er transkribert, analysert og gjennomgått på nytt.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personlige opplysninger om deg
- å sende klage til 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 **Liv Grethe Kinn**, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

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

Masterstudent:

- Laureine Kala
Epost-adresse: Laureine92@gmail.com, telefonnummer: 97318619

Hovedveiledere / prosjektansvarlig ved Høgskolen på Vestlandet

- Liv Grethe Kinn, førsteamanuensis, PhD.
Epost-adresse: Liv.Grethe.Kinn@hvl.no, telefonnummer: 48103480

Biveileder:

- Mette Senneseth
Førsteamanuensis
Institutt for velferd og deltaking

Høgskolen på Vestlandets personvernombud:

- Trine Anikken Larsen
Avdeling for organisasjonsutvikling og digitalisering
Epost-adresse: Trine.Anikken.Larsen@hvl.no, telefonnummer 55 58 76 82

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55582117.

Med vennlig hilsen



Masterstudent

Laureine Kala

Veileder

Liv Grethe Kinn

Biveileder

Mette Senneseth

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *hva skal til for å opprettholde rusfrihet etter mange års ruskarriere? [sett inn tittel]*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at det blir tas lydopptak av intervjuet
- at mine personopplysninger lagres på pc eller høgskole på Vestlandets forskningsserver i prosjektperioden.

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Introduksjonsspørsmål:

- Kan du forteller meg kort om hvem du er og hvor du jobber?

Forskningsspørsmålet er:

Hva vektlegger erfaringskonsulenter i sitt arbeid med mennesker med ruslidelse som ønsker et rusfritt liv?

- **Innledende spørsmål**
 - o Kan du først fortelle meg litt om hvordan du jobber som erfaringskonsulent?
- **Oppfølgingsspørsmål:**
 - o Har du noen eksempler på dette?
- **Spesifikke spørsmål:**
 - o Hva vektlegger du i ditt møte med brukere?
 - o *Kan du utdype deg mer om dette?*
- Hva tenker du er spesielt viktig i din oppfølging av brukere som ønsker endring?
 - o *Kan du utdype deg mer om dette?*
- Kan du beskrive konkret hvordan du støtter brukeren i endringsprosesser?
 - o *Kan du utdype deg mer om dette?*
 - o *Har du noen eksempler?*
- Kan du fortelle meg litt om hvordan du bruker dine erfaringer i dette arbeidet?
 - o *Har du noen eksempler?*

Inngående spørsmål:

- Hva mener du er viktig for å oppnå rusfrihet og opprettholde den?
- Hva tenker du er viktig å tilby av hjelp og oppfølging for en person som ønsker å bli rusfri?

Avslutningsspørsmål:

Hvordan har det vært for deg å delta på intervjuet?

Er det noe annet du har tenkt på som du ikke har blitt spurt om?

Har du noen kommentarer til slutt?