



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

PHA508

### Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 12:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	19-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 PHA508 1 O 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

### Deltaker

Kandidatnr.:	309
--------------	-----

### Informasjon fra deltaker

Tittel *:	«Samarbeid – nøkkelen til suksess» Erfaringskonsulenters perspektiv på hva som er viktig i prosessen for å komme i gang med meningsfull aktivitet og etablere et rusfritt nettverk
Antall ord *:	33658

Egenerklæring \*:  Ja  Nei  
Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGAVE

«Samarbeid – nøkkelen til suksess»

Erfaringskonsulenters perspektiv på hva som er viktig i prosessen for å komme i gang med meningsfull aktivitet og etablere et rusfritt nettverk

“Collaboration – the key to success”

Peer workers perspective on what`s important in the process of getting started with meaningful activity and establishing a drug-free network

**Therese Ersvær Sjursæther**

Master i psykisk helse- og rusarbeid  
Institutt for velferd og deltaking

19.05.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Forord

Jeg er nå i ferd med å tre ut av den såkalte «masterboblen» jeg har vært i over to år nå. Det er med glede at jeg lukker et spennende kapittel av mitt liv. Et kapittel som har gitt meg ny kunnskap og engasjement for et spennende arbeidsfelt. Det er flere personer som har bidratt til at jeg nå har levert et ferdig produkt, som andre som er interessert i erfaringskompetanse kan ha glede av.

Takk til dere erfaringskonsulenter som stilte til intervju. Det hadde ikke blitt en studie uten dere. Jeg sitter igjen med ydmykhet for at dere ville dele deres historie om hva som var virkningsfullt for dere i deres bedringsprosess. Dere har bidratt med gode refleksjoner om hva dere anser som viktig for at også andre kan nå sine målsettinger. Det var en glede å ta del i gruppeintervjuene som bar preg av god stemning, humor og latter, og høyt faglig engasjement. Det er ingen tvil om at dere bringer inn noe unikt til rusfeltet. En spesiell takk til dere som også bidro til at jeg kom i kontakt med flere informanter.

Takk til veileder, Kjetil Lundberg, som har fulgt meg gjennom hele prosessen og gitt meg gode innspill. Jeg ser fram til publisering av artikkel. Kristina Åkerblom, du har vært viktig for å nå ut til informanter, og du har delt av din enorme kompetanse på feltet erfaringskompetanse. Takk for din raushet.

Takk til arbeidsgiver, Bergen Kommune og KoRus Vest Bergen, som har gitt meg mulighet til å gjennomføre master i psykisk helse og rusarbeid, og til gode kollegaer og venner som har stilt opp til diskusjoner, gjennomlesning av oppgaven, og språkvask. Det har vært kjekt å ha medstudenter å lene seg på for å dele både glede og frustrasjoner – Takk til deg Marita for flere gode samtaler.

Sist, men ikke minst, har jeg en tålmodig familie som har holdt ut og støttet meg mens jeg har vært en travel student. Takk for at dere også har gitt meg andre ting å tenke på i denne tiden – det har bidratt til motivasjon og energi til å fullføre studiet.

## Sammendrag

Norske helsemyndigheter har som målsetting at alle skal ha en aktiv og meningsfull tilværelse sammen med andre. Grunnleggende betingelser som et trygt bosted, et sosialt nettverk og arbeid eller meningsfylte aktiviteter er avgjørende for at alle mennesker kan leve et godt liv (Helse og omsorgsdepartementet, 2016, s. 5). Flere personer med rus- og psykiske lidelser er i liten grad deltakende i meningsfulle aktiviteter, noe som viser seg å gi økt fare for tilbakefall etter gjennomført behandling. Recovery er trukket fram som et faglig perspektiv for å fremme psykisk helse og redusere rusbruk, hvor ansettelse av erfaringskonsulenter er anbefalt for å styrke brukerperspektivet i tjenestene (Helsedirektoratet, 2014, s. 11).

Denne studien handler om erfaringskonsulenters perspektiv på hva som er viktig for at personer med rus- og psykiske lidelser skal komme i gang med aktivitet og etablere nettverk. Formålet med studien er å få bedre kunnskap om hva som må ligge til grunn for at flere kan komme i gang med å stå i meningsfull aktivitet, og innsikt i hva som er viktig i oppfølging av brukerne som står i denne prosessen.

I studien er det brukt kvalitativ metode med fokusgruppe intervjuer med 15 erfaringskonsulenter som selv har hatt rusproblemer og som nå jobber enten i kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten (TSB) eller privat og frivillig sektor.

Funnene viser ulike forhold som må ligge til grunn for at personer med rus- og psykiske lidelser skal komme i gang med meningsfull aktivitet og etablere nettverk. Dette handler om økonomi og bolig og personen sin mulighet til å utvikle identitet og sosialiseringferdigheter. For at det skal være mulig for tjenesteyter og bruker å jobbe sammen for at bruker skal nå sine målsettinger, er det behov for å etablere en likeverdig relasjon, preget av respekt, fleksibilitet og ektefølt empati. Oppfølgingen må være preget av realistiske krav og forventninger for at det skal legges til rette for at brukeren kan oppleve mestring. Tjenesteyter må fungere som en brobygger til meningsfull aktivitet som innebærer kunnskap om tilbud, fokus på brukerens premisser, følge til aktivitet og samarbeid med andre instanser.

## Summary

The Norwegian government's objective is that everyone should have the possibility to create an active and meaningful life together. Basic conditions, such as a safe place to live, a social network and work or activities, are essential for all people to achieve a good life (Helse og omsorgsdepartementet, 2016, s. 5). People with substance use- and mental health disorders are often not participating in meaningful activities, a factor linked with increased risk of relapse after drug treatment. Recovery has been highlighted as an approach that may promote mental health and reduce substance use. Within this approach, the employment of peer workers is recommended to enhance the user-perspective in social services (Helsedirektoratet, 2014, s. 11).

This study focuses on peer workers and their perspectives on what the main factors are to improve participation in activities and establishing networks for people with substance use- and mental health disorders. The purpose of the study is to gain better knowledge on how to involve people in meaningful activities, and provide insights on the important factors in the relation between the social worker and the service user in this process.

Data were collected through qualitative group interviews with 15 peer workers who have a previous substance use disorder, and are now working in social services.

The findings show that different factors are important for encouraging involvement in activities and to establish networks. This includes economy, housing, as well as the development of identity and social skills. In order for social workers and service users to work together for service users to achieve their goals, it is important to establish an equal relationship, characterized by respect, flexibility and genuine empathy. The contact between service user and social worker must be based on realistic requirements and expectations in order to facilitate the service user's ability to «master life». The social worker should act as a «bridge builder» towards meaningful activities, focus on the service user's needs, support the service user in activities and collaborate with other services

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	ii
Sammendrag .....	iii
Summary .....	iv
1. Innledning.....	1
1.1 Introduksjon av tema .....	1
1.1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Det medisinske paradigme og recovery tradisjonen.....	2
1.3 Problemstilling.....	5
1.4 Avgrensning .....	5
1.5 Begrepsavklaring .....	6
1.6 Oppgavens oppbygging .....	9
2. Kunnskapsstatus.....	11
2.1 Forskning på erfaringer med det tradisjonelle tjenesteapparatet.....	11
2.2 Forskning innen Recovery tradisjonen .....	12
3. Teoretisk perspektiv .....	19
3.1 Recovery .....	19
3.1.1 Tilhørighet .....	20
3.1.2 Håp .....	21
3.1.3 Identitet.....	22
3.1.4 Mening.....	22
3.1.5 Empowerment.....	22
3.2 Salutogenese .....	24
3.3 Empatisk forståelse .....	27
4. Metode .....	29
4.1 Studiens startpunkt .....	29
4.2 Valg av forskningsdesign og metode.....	30
4.3 Strategi for utvalg.....	31
4.3.1 Rekruttering.....	32
4.3.2 Presentasjon av intervjupersoner .....	34
4.4 Datainnsamling.....	35
4.5 Analyse av datamaterialet.....	37
4.6 Datakvalitet .....	39
4.6.1 Refleksivitet .....	39
4.6.2 Relevans .....	40
4.6.3 Validitet .....	41

4.7 Forskningsetiske hensyn.....	42
5. Sentrale funn .....	44
5.1 Sikre bolig og økonomi .....	44
5.1.1 Trygg bolig og tilfredsstillende økonomi .....	44
5.2 Utvikle identitet og sosialiseringferdigheter .....	47
5.2.1 Utvikle egen identitet.....	47
5.2.2 Sosialiseringferdigheter og etablering av nettverk.....	49
5.3 Likeverdige relasjon.....	53
5.3.1 Respekt og likeverdighet .....	53
5.3.2 Å yte det lille ekstra.....	54
5.3.3 Ektefølt empati.....	57
5.4 Realistiske krav og forventninger .....	59
5.4.1 Krav og forventninger en del av myndiggjøring .....	59
5.4.2 Krav til rett tid .....	60
5.5 Brobygger til aktivitet.....	62
5.5.1 Sikre overganger.....	62
5.5.2 Kunnskap om tilbud.....	63
5.5.3 Brukerens premisser .....	64
5.5.4 Følge til aktivitet.....	66
5.5.5 Tverrfaglig samarbeid.....	67
6. Diskusjon .....	69
6.1 Grunnleggende faktorer som må være på plass for å komme i gang med aktivitet.....	69
6.2 Viktige faktorer i oppfølging av personer med rus- og psykiske problemer .....	73
6.3 Samarbeid – nøkkelen til suksess.....	75
6.4 Forslag til videre forskning .....	78
Litteraturliste.....	79
Vedlegg 1: Intervjuguide .....	82
Vedlegg 2: Informasjonsskriv .....	82
Vedlegg 3: Innvilget søknad NSD.....	82



# 1. Innledning

## 1.1 Introduksjon av tema

Opptappingsplan for rusfeltet har som et av sine hovedmål at alle skal ha en aktiv og meningsfull tilværelse sammen med andre. Det presiseres at grunnleggende betingelser som et trygt bosted, et sosialt nettverk og arbeid eller meningsfulle aktiviteter er avgjørende for alle mennesker. Uten disse grunnleggende betingelsene har den enkelte dårlige forutsetninger for et godt liv (Helse og omsorgsdepartementet, 2016, s. 5). Bakgrunnen for målsettingen er blant annet Sintef sine undersøkelser gjennomført i spesialisthelsetjenesten og BrukerPlan som benyttes av flere kommuner for å kartlegge omfanget av brukere med rus- og psykiske lidelser. Førstnevnte viser til fattigdom, isolasjon, ensomhet, mangel på nettverk og tilhørighet, som årsaker til tilbakefall. Flere opplever at oppfølging og rehabilitering i kommunene etter endt behandling i tverrfaglig spesialisert behandling er mangelfull, og at tilbudene om tilrettelagt aktivitet og arbeid kan bli bedre (Helse og omsorgsdepartementet, 2016, s. 59). Brukerplan viser at meningsfull aktivitet er det levekårsområdet som mottakere med rusproblem skåret dårligst på i 2018. Det oppgis at 28 % er i svært lite eller ingen form for meningsfull aktivitet (Hustvedt, Bosnic, Håland & Lie, 2019, s. 19-20).

Helsedirektoratet (2014) vektlegger at fysisk aktivitet gir positive effekter som økt velvære, mestring, redusert stress og uro. Fysisk aktivitet kan forebygge og redusere lettere psykiske plager og lidelser som angst og depresjon. Flere med rus- og psykisk helseproblemer har lite utdanning og erfaring i arbeidslivet. Det presiseres at flere vil kunne delta i utdanning og ordinært arbeid dersom de gis mulighet til det (s. 42-44).

I helsedirektoratets nasjonale veileder "Sammen om mestring" trekkes recovery fram som et faglig perspektiv for å fremme psykisk helse og redusere rusbruk. Begrepet tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentralt. Som del av den tradisjonen anbefales ansettelse av erfaringskonsulenter, som er personer med egenerfaring, for å styrke brukerperspektivet i tjenestene (Helsedirektoratet, 2014, s. 11).

Norges helseminister Bent Høie påpeker også at erfaringskonsulenter må involveres i forbedringsarbeid og implementering av blant annet pakkeforløpene i alle foretak (Storvik, 2020). Erfaringskonsulenter bidrar til å utfordre eksisterende kunnskap og hvordan tjenestene er skrudd sammen. De har andre perspektiver på hva som skal til for at brukeren opplever å kunne arbeide med ønskede forandringer (Karlsson & Borg, 2017, s. 25).

### 1.1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg er utdannet sosionom og har jobbet i rusfeltet i 14 år. De tre siste årene har jeg vært ansatt i et pilotprosjekt med fokus på å utvikle metodikk for hvordan kommunen og spesialisthelsetjenesten kan samarbeide for å bistå personer med rus- og psykiske problemer å komme i gang med aktivitet og redusere rusbruk. Gjennom arbeidet ble jeg kjent med et mangfold av tilbud som aktivitetshus, samtalegrupper og arenaer med fokus på trening og kreativitet. Videre var det også tilbud om utdanningsløp eller arbeid i form av arbeidstrening eller ordinært lønnet arbeid for dem som var klar for det. Jeg fulgte opp flere personer som hadde som målsetting å få en meningsfull hverdag gjennom deltakelse i aktivitet. Tilbudene var lagt til rette, og personene ønsket dette selv. Likevel var det utfordrende for flere å komme i gang og benytte seg av tilbudet på egenhånd over tid. Dette gjorde meg nysgjerrig på hva andre personer som har vært igjennom denne prosessen mener er suksesskriterier for dem som har mestret dette. Hvilke hindringer er det på veien og hvordan skal ansatte møte dem for å kunne støtte dem i denne prosessen. Dette ledet meg til å se på erfaringer i tjenestene, og jeg endte etter hvert på å ta utgangspunkt i erfaringene til erfaringskonsulentene ettersom de representerer satsing og nytenkning i tjenestene. De har en spennende dobbeltrolle, da de har erfaring med rus- og psykiske helseproblemer, og vært mottaker av tjenester i egen bedringsprosess, samtidig som de kjenner rustjenesten som ansatt.

Jeg vil nå se på de to paradigmenes eller tradisjonens som er gjeldende i rus- og psykisk helsetjeneste. Dette er av betydning for hvordan tjenesteytere møter personer med rus- og psykiske problemer.

### 1.2 Det medisinske paradigme og recovery tradisjonen

De siste 20-30 årene er det gjort store endringer i tjenestene til personer med rus- og psykiske problemer. Det har vært reduksjon av langvarige institusjonsopphold, og det har blitt utviklet flere og mer tilgjengelige tilbud i lokalmiljøet (Karlsson & Borg, 2017, s. 15).

Det medisinske paradigme har rådet på feltet over omlag 150 år og har fokusert på symptomer og funksjonssvikt (Pedersen, 2017, s. 100). Dette paradigme preges av et objektivistisk kunnskapssyn som betyr at brukeren blir sett på som et objekt for våre instruktive handlinger som ekskluderer personens erfaringer, kunnskaper og oppfatninger om hva som kan være til hjelp (Karlsson & Borg, 2017, s. 75). Fokuset på diagnose og funksjonssvikt omtales også som patogenese. Innenfor patogenese betegnes mennesker som syke eller friske (Langeland, 2014, s. 11, 19). I det medisinske paradigme har lidelsene blitt omtalt som kroniske hvor framtidsutsiktene var dårlige (Pedersen, 2017, s. 100). Innenfor det medisinske paradigme har paternalisme vært vanlig. Det betyr at

tjenesteytere har hatt en rolle hvor de har fortalt brukerne hvordan de skal leve sine liv (Heløe, 2012, s. 434).

Med ønske om større fokus på brukerperspektivet oppsto recovery-tradisjonen som en motvekt til den medisinske modellen. Brukerperspektivet ble vektlagt i stor grad, og politiske føringer som er gjeldende i dag peker på at bruker er den avgjørende kraften i endring (Karlsson & Borg, 2017, s. 5-15). Dette vises også i aktuell lovgivning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Den erfaringsbaserte kunnskapen (subjektivistisk kunnskap) anses i denne tradisjonen som likeverdig med fagkunnskap, og ansettelse av erfaringskonsulenter er sentralt (Karlsson & Borg, 2017, s. 5-15).

Recovery har en salutogen tilnærming hvor en ser på grader av helse og ikke om en person er frisk eller syk, som i patogenese. En vektlegger faktorer som kan fremme helse (Langeland, 2014, s. 11, 19). Recovery har sine røtter fra bruker- og menneskerettighetsbevegelsen og et humanistisk menneskesyn og er således ikke et helt nytt begrep. Samtidig ble det et stort fenomen da recovery etter hvert ble ansett som veien å gå for å utvikle reelle brukerorienterte og samarbeidsbaserte tjenester og det ble trukket fram som perspektiv i store deler av utviklingsarbeid innen psykisk helsevern (Karlsson & Borg, 2017, s. 5-15).

Slik recovery er definert i denne rapporten handler det om en personlig og sosial prosess. Målet er at den enkelte kan gjenvinne kontroll og leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene rus- og psykiske lidelser kan forårsake (Helsedirektoratet, 2014, s. 11). Begrepet brukes også innenfor medisinsk paradigme, men da med en litt annen betydning. Det omtales da gjerne som klinisk recovery som handler om «å bli frisk» og symptomfri. Sentrale trekk er at recovery er et resultat eller tilstand, det er observerbart, det er vurdert av en fagperson, og det er en tilstand som ikke varierer mellom personer (Biong & Borg, 2016, s. 23). Da nasjonale styringsdokumenter peker på at tjenestene skal være recovery-orientert, tilstreber flere tjenester dette, dog på ulikt nivå. En vil finne eksempler fra rus- og psykiske helsetjeneste hvor de forteller at de har recovery-orienterte tjenester. Mens de ifølge beskrivelsen i denne oppgaven ikke har det.

For å tydeliggjøre ulikhetene ved de to modellene henviser jeg til det Slade et al. (2014) beskriver: I den medisinske modellen ligger makten hos fagpersonell som diagnostiserer og behandler personer for å kurere eller redusere symptomene deres. Recovery er derimot en verdibasert og myndiggjørende prosess med vektlegging av personlig ansvar og egne valg. Det er fokus på livshistorie, personlig mening, vekst og utvikling framfor sykehistorie, patologi, diagnostikk og behandling. Behandling innenfor den medisinske modellen søker å lokalisere feil i individet og gjennomføre kliniske tilnærminger for å få brukerne til å passe inn og leve i samfunnet, uten videre støtte fra hjelpeapparatet. I recovery er fokuset å gjenopprette et liv og delta i et inkluderende

samfunn som imøtekommer alle. Dette med rett til støtte og nødvendige tilpasninger fra hjelpeapparatet (s. 13-14) .

Flere forskere mener at det er den medisinske modellen som i hovedsak preger tjenestene i dag (Aarre, 2018, s. 14-15; Ekeland, 2011, s. 7; Karlsson & Borg, 2017, s. 75). Sistnevnte mener at det er helt naturlig at tjenestene har beina plantet i begge modellene, da signalene fra helsemyndighetene spriker. På den ene siden ønsker de normalisering og alminneliggjøring, og på den andre siden blir det insistert på at problemene bør vurderes i et medisinsk perspektiv. Dermed er anbefalingene om hvordan vi skal møte personer med rus- og psykiske problemer både innenfor den medisinske og recovery-tradisjonen. Sprikende signaler fører til at de ikke blir tatt på alvor, og at en fortsetter som før, da det ikke er mulig å oppfylle forventningene. Han mener det er helt nødvendig at helsemyndighetene samler seg om en retning for utvikling av tjenestene, og ett budskap hva de ønsker om dem. Han hevder at den medisinske modellen presser oss inn i måter å behandle og organisere tjenester på, som er uheldig for fagfeltet og brukerne. Fokus på diagnoser og prinsippet om at de som har like symptomer og lidelser skal behandles likt, fører til standardisering som gjør det vanskelig å legge vekt på de individuelle sidene ved problemene (Aarre, 2018, s. 14-15).

Eksempler på standardisering er pakkeforløp for psykisk helse og rus som er innført for å oppnå en mer likeartet behandling. Kjernen i pakkeforløpene er at vi ut fra diagnosen kan si hva den enkelte trenger uten å ha snakket med den det gjelder. Dette er i strid med oppfordring om reell brukermedvirkning hvor brukernes oppfatninger, erfaringer, ønsker og behov legges til grunn for beslutninger og utforming av behandling av tjenestetilbud. Styrken er at de støtter opp om pasientrettighetene ved å stille tydelige krav til tjenesteutøverne (Aarre, 2018, s. 55-56).

Ekeland (2011) mener at det er vanskelig å tenke seg en ny praksis forankret i en gammel kunnskapsplattform, som historisk sett har vært innenfor den medisinske modellen. Vi vil ikke nå målsetting om en ny praksis preget av større grad av brukermedvirkning kun ved at det blir satt som et politisk mål. Det er behov for forskning og dokumentasjon som synliggjør verdien av samarbeidet mellom bruker og tjenesteyter. Han mener subjektorientert forskning er veien å gå for å øke relevansen og gyldigheten av forskning. Dette kan være ved å involvere brukere i forskningen eller bruke intervjudesign uten stram struktur, som gjør det mulig for informantene å formidle deres erfaringer på sine egne premisser. Samtidig mener han at det ikke vil være realistisk å likestille erfaringskunnskap og fagkunnskap. Målet bør være at erfaringskunnskap utvikles til å bli en del av den faglige kunnskapen. Da er det behov for å utfordre den dominerende medisinske modellen ved å vise dens historiske utilstrekkelighet, og argumentere for recovery og fokus på subjekt som førsteperspektiv (s. 11-28).

### 1.3 Problemstilling

Problemstillingen for oppgaven er:

Hva vektlegger erfaringskonsulenter som viktig i oppfølging av personer med rus- og psykiske problemer for at de skal komme i gang med meningsfull aktivitet og etablere et rusfritt nettverk?

For å svare på problemstillingen har jeg følgende forskningsspørsmål:

1. Hva tenker erfaringskonsulenter må være på plass for at personer med rus- og psykiske problemer evner å komme i gang med meningsfull aktivitet og etablere et rusfritt nettverk?
2. Hva anser erfaringskonsulenter som viktig i oppfølging av personer med rus- og psykiske problemer i deres bedringsprosess?

Det er nødvendig med kunnskap om dette for å kunne utvikle og tilpasse tilnærminger til det brukerne trenger for å komme i gang med og stå i aktivitet over tid. Vi vet gjennom nasjonale retningslinjer viktigheten av aktivitet for å mestre et rusfritt liv, og vi har kunnskap om betydningen av å innhente denne kunnskapen fra personer med erfaringskompetanse. Erfaringskonsulenter representerer et dobbeltperspektiv som gir oss en unik kunnskap til etterfølgelse. De har selv hatt rus- og psykiske problemer og mottatt tjenester i egen recovery, samtidig som de kjenner systemet som ansatt og kan bringe verdifull kunnskap inn til tjenestene.

### 1.4 Avgrensning

Med tanke på teoretisk perspektiv har jeg valgt teoriene recovery og salutogenese for å se hvordan tjenestene kan bygges opp for å bistå den enkelte i sin bedringsprosess. I tillegg ser jeg på empatisk forståelse som er en del av klientsentrert tilnærming. Det er en hovedvekt på teori og forskning om recovery, da jeg anser dette perspektivet også som et overordnet paradigme, hvor salutogenese og klientsentrert tilnærming er en del av den recovery-orienterte praksisen som er ønsket for tjenestene.

Andre teorier som tilknytningsteori og sosialiseringsteori kunne gitt mer informasjon for å forstå brukernes oppfatninger av møtet med rus- og psykisk helsetjeneste og utfordringer med tanke på

sosialisering. Tilknytningsteorien kan være anvendbar og for å forstå emosjonell nærhet og avstand i relasjoner (Henriksen, 2016, s. 143-144). Sosialiseringsteori kan være nyttig for å se på hvordan omgivelsene påvirker menneskenes selvoppfatning (Askheim, 2012, s. 103-105). Jeg har i denne studien ikke hatt mulighet til å se funnene opp mot disse teoriene.

Jeg ser teoriene Recovery og salutogenese opp mot det medisinske paradigme, og har her valgt å ikke gå nærmere inn på New Public Management (NPM) selv om det er klart at mål om effektivisering påvirker tjenestetilbudet som eksisterer i dag.

## 1.5 Begrepsavklaring

Bruker: Jeg har valgt å benytte meg av begrepet «bruker» om personer som mottar tjenester fra rus- og psykisk helsetjenesten. Dette fordi «bruker» er den mest anvendte betegnelsen om personer som nyttiggjør seg av tjenester innen rus- og psykisk helsetjenester i dag. Bakgrunn for myndighetens lansering av begrepet var ønske om signalisere en mer aktiv og likeverdig relasjon mellom dem som mottar tjenester og ytelse fra det (Hansen, Lundberg & Syltevik, 2013, s. 13). Begrepet er et alternativ til pasientbegrepet som i større grad definerer personer som trenger hjelp inn i en passiv og hjelpeløs rolle. Bruker av helsevesenet betegner en person som har en aktiv og friere rolle med tanke på helsetilbudet. Personen blir ansett som ekspert på eget liv, og som tar valg i tjenestene ut fra preferanser og behov (Westerlund, 2012, s. 12-13). Kritikken av begrepet bunnar i at det tilslører en grunnleggende asymmetrisk maktrelasjon og gir assosiasjoner til større valgfrihet enn hva som er tilfellet i praksis (Hansen et al., 2013, s. 13). Med bakgrunn i at intensjonen med begrepet er i tråd med recovery – tradisjonen, at flere av informantene i studien benytter seg av begrepet, og at dette er betegnelsen som i hovedsak brukes på feltet i dag har jeg valgt å anvende det i oppgaven.

Erfaringskunnskap eller brukerkunnskap defineres som den viten en bruker av rus- og psykiske helsetjenester har om seg selv, sin sykdom og tjenesteutøvers praksis, basert på egne erfaringer. Begrepet brukes også om den samlede, systematiske kunnskapen en gruppe brukere har på disse områdene (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, 2016, s. 8).

Den erfaringsbaserte kunnskapen må anerkjennes og legges til grunn for kunnskapsdannelse, samarbeid og ulike praksiser i rus- og psykisk helsetjeneste (Karlsson & Borg, 2017, s. 24).

Ekeland (2011) mener at personens subjektive erfaringsbaserte kunnskap ikke har blitt tatt på alvor. Det har vært større fokus på fagpersonens objektive forståelse av personen og dennes helsevansker. I recovery er erfaringsbasert kunnskap grunnleggende (s. 29).

Erfaringskompetanse: Erfaringskompetanse blir anvendt som begrep når erfaringskunnskapen en har tilegnet seg gjennom lidelse, bedringsprosess og møte med helse- og sosialtjeneste er reflektert og bearbeidet, og satt i sammenheng med andres erfaringer. Kompetansen kan da brukes konstruktivt i eget liv, og i møte med andre på individ- og systemnivå (Weber & Jensen, 2016, s. 10). Åkerblom, Agdal og Haakseth (Inpress) peker på at erfaringskunnskap kan anvendes uavhengig av roller i tjenestene, mens erfaringskonsulenter har et særskilt ansvar for å bringe inn deres erfaringskompetanse (s. 5).

Erfaringskonsulent: Erfaringskonsulenter er ansatte med erfaringskompetanse, enten egenerfaring eller som pårørende til personer med rus- og psykiske problemer. Tilsetting av medarbeidere med erfaringskompetanse styrker brukerperspektivet i tjenestene og er et anbefalt tiltak for å fremme recovery-orientert praksis (Helsedirektoratet, 2014, s. 21). Det brukes også andre begreper som erfaringsmedarbeider om det samme (Karlsson & Borg, 2017, s. 25). Jeg har valgt å bruke betegnelsen erfaringskonsulent, da dette anvendes i nasjonale styringsdokumenter og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (Helsedirektoratet, 2014, s. 21; Weber & Jensen, 2016, s. 11). Når jeg omtaler erfaringskonsulenter her, er det erfaringskonsulenter med rusbakgrunn jeg referer til, da det er deres perspektiv som har blitt belyst i denne studien.

Brukermedvirkning: Litteraturen påpeker at brukermedvirkning er et mangslungent fenomen og et begrep med lavt presjonsnivå. Jenssen (2012) har funnet at definisjonen av brukermedvirkning kan variere fra arbeidsplass til arbeidsplass. Opplevelse av utøvelse av brukermedvirkning kan sprike fra den som yter. og den som mottar en tjeneste. Dette handler om at definisjonene gir rom for at de kan bli tolket ulikt (s. 51).

I nasjonale styringsdokumenter defineres brukermedvirkning som en lovfestet rettighet som gir brukere rett til å medvirke i egen behandling. Det forutsetter at bruker blir ansett som en likeverdig partner og blir hørt når det tas beslutninger om vedkommende. Forebygging, kartlegging, behandling og samarbeidsmøter må ta utgangspunkt i brukers og eventuelt pårørendes kunnskap, ønsker og behov. Deres synspunkter må legges til grunn for å finne den best egnede behandlingstilnærmingen (Helsedirektoratet, 2019, s. 45). Dette er brukermedvirkning på individnivå. På systemnivå innebærer brukermedvirkning at brukere som gruppe deltar i og påvirker planleggings- og beslutningsprosesser som angår tjenesteutvikling (Helsedirektoratet, 2017, s. 3). Den nasjonale veilederen «Sammen om mestring» presiserer at brukermedvirkning gir innflytelse, mestring, bedre tjenester, opphever begrensninger og skaper likestilling og legitimitet (Helsedirektoratet, 2014, s. 17-18).

Retten til medvirkning fremkommer av (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1):

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient og bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. (...). Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker.

Ordlyden som benyttes i loven gir dermed ikke bruker den grad av makt til å ta avgjørelser selv som er i tråd med recovery tradisjon. Det gis her et bilde av at brukermedvirkning gir bruker anledning til å virke med tjenesteyter. I recovery skal brukernes ønsker og behov ligge til grunn for alle intensjoner og at tjenesteyter «virker» med bruker i et likeverdig samarbeid.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse nevner begrepet brukerstyring sammen med brukermedvirkning og brukerorientering (Westerlund, 2012, s. 16). Brukerstyring defineres som bevisstgjøring av brukerens ansvar for egne valg gjennom anerkjennelse av brukerens kompetanse, behov, ressurser og funksjonsnivå. Brukerstyring innebærer en utvidet normalitetsforståelse og er en motsetning til det som er gjeldende innenfor det medisinske paradigme. I en brukerstyrt tilnærming har tjenesteyter ekspertise uten å utøve en ekspertrolle. Brukeren blir ansett som ekspert på eget liv, på seg selv, egne behov, ønsker, problemer og ressurser (Aas, Dahl & Løvaas, 2015, s. 20). På mange måter kan en sette likhetstegn mellom begrepet brukerstyring og recovery. Begrepet anvendes for å poengtere en maktforskyvning i brukerens favør og er langt mer i tråd med recovery-praksis.

Empowerment: Begrepet empowerment, ofte omtalt som myndiggjøring på norsk, knyttes til individer eller grupper som er eller har vært i en avmaktssituasjon og hvordan de kan komme ut av avmakten. Utgangspunktet er å styrke dem slik at de kan få økt selvtillit, bedre selvbilde, økte kunnskaper og ferdigheter. Gjennom en slik styrking kan de mobilisere kraft til å komme ut av avmakten og få mer makt, styring og kontroll over eget liv. Empowerment indikerer en prosess fra styrke, til kraft, til makt (Askheim, 2012, s. 12).

Det skilles mellom empowerment som etablering av motmakt og individorienterte tilnærminger til empowerment. Felles for begge er det humanistiske menneskesynet som er rådende i recovery – tradisjonen, samt den emosjonelle dimensjonen (Askheim, 2012, s. 21).

Recovery: Begrepet tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentralt. I norden ses recovery i sammenheng med ulike samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser. Hjemmet, arbeid og aktivitet,



utdanning, penger, sosiale arenaer, lokalmiljøet, venner og familie blir tillagt stor betydning for bedringsprosessen. Recovery handler om å utvikle måter å håndtere psykiske problemer på, og de sosiale konsekvensene som følger. Denne bedringsprosessen foregår på hverdagslivets ulike arenaer og er uavhengig av behandlingsideologier. Det legges til grunn at bruker blir ansett som ekspert på seg selv og at tjenesteutøver formidler tro på at han eller hun kan utvikle seg og få et bedre liv. Likeverdighet, åpenhet, ærlighet og tillit må prege relasjonen mellom tjenesteutøver og bruker samt et fokus på utvikling av ferdigheter og sosial støtte for å bli i stand til å ta ansvar for eget liv (Helsedirektoratet, 2014, s. 31). Jeg vil gå grundigere inn i begrepet i kapittel 3 – teoretisk perspektiv.

Salutogenese: Salutogenese er en sentral teori i recovery-tradisjonen som gir en grunnleggende beskrivelse av hvordan mestring og helse kan skapes ved å få opplevelse av sammenheng. Salutogenese representerer et perspektiv på velvære som fokuserer på å fremme menneskets aktive evne til tilpasning til stressende indre og ytre omgivelser. Det representerte dermed motvekten til patogenese, representert i det medisinske paradigme, som vektlegger risikofaktorer og årsaker til sykdom. Innenfor salutogenese vektlegges grad av helse og faktorer som kan skape høyere grad av helse, framfor og vurdere mennesket som syke eller friske. Personens historie og opplevelse blir gitt en større plass enn fokus på diagnose som er sentralt i patogenese og det medisinske paradigme (Langeland, 2014, s. 11).

Meningsfull aktiviteter: I BrukerPlan brukes betegnelsen om brukerens deltakelse i arbeid, utdanning eller andre aktiviteter, også aktiviteter i egen regi (Hustvedt et al., 2019, s. 19-20). I introduksjon av studien omtalte jeg ulike aktiviteter som etterverntilbud, selvhjelpsgrupper, utdanning, arbeidsrettede tiltak, eller ordinært arbeid. I oppgaven som er skrevet brukes betegnelsen om aktiviteter som brukeren selv opplever som meningsfulle. I stor grad blir dette av erfaringskonsulentene knyttet opp til ulike etterverntilbud, men også andre aktiviteter som rommer brukerens interesser. I hovedsak aktiviteter hvor brukeren får mulighet til å treffe andre, kjenne tilhørighet og utvikle seg som person.

## 1.6 Oppgavens oppbygging

I kapittel to vil jeg presentere tidligere forskning som er aktuell for studien både fra Norge og internasjonalt. Studier om bedringsprosesser til personer med rus- og eventuelt psykiske lidelser vil bli presentert, samt forskning på erfaringskompetanse. Det innebærer studier av erfaringskonsulenters syn på egen kompetanse, og studier av brukere som har mottatt oppfølging fra erfaringskonsulenter.

I kapittel tre vil jeg ha fokus på teoretisk forankring og ulike begreper. Jeg presenterer tre teoretiske perspektiv, recovery, salutogenese og empatisk forståelse, som vil danne grunnlag for min analyse av data og diskusjon av funn.

I kapittel fire redegjøres det for den metodiske tilnærmingen i studien. Jeg vil innledningsvis gjøre rede for planene jeg hadde ved studiens start og endringer som fant sted underveis i prosessen. Deretter kommer jeg inn på valg av forskningsdesign og metode. Valg av informanter vil bli presentert, etterfulgt av gjennomføring av datainnsamling og analyse. Til slutt vil jeg se på studiens reliabilitet, validitet og relevans samt forskningsetiske hensyn.

I kapittel fem vil jeg presentere fem ulike funn som analysen ga: (1) Sikre økonomi og bolig, (2) Utvikle identitet og sosialiseringferdigheter (3), Betydningen av relasjon, (4) Realistiske krav og forventninger og (5) Brobygger til aktivitet.

Kapittel seks, er studiens diskusjonskapittel. Her vil jeg samle trådene fra kapittel fem, studiens funn, for å besvare forskningsspørsmålene:

*Hva må være på plass for at personer med rus- og psykiske problemer evner å komme i gang med meningsfull aktivitet og etablere et rusfritt nettverk? Og Hva er viktig i oppfølging av personer med rus- og psykiske problemer i deres bedringsprosess?*

Diskusjonen bygger på den empiriske analysen. Med utgangspunkt i dette diskuterer jeg hvilken betydning studiens funn har for erfaringskonsulenters rolle og recovery i rus- og psykisk helsetjeneste.

## 2. Kunnskapsstatus

I dette kapittelet vil jeg presentere tidligere forskning som er aktuell for studien både fra Norge og internasjonalt. Forskning på brukeres erfaringer med det tradisjonelle tjenesteapparatet vil bli presentert, samt nyere forskning innen recovery – tradisjonen. Her vektlegges spesielt studier om erfaringskompetanse.

### 2.1 Forskning på erfaringer med det tradisjonelle tjenesteapparatet

En kvalitativ studie av brukernes erfaringer med brukermedvirkning i møte med sosiale tjenester omtaler kontakten mellom bruker og tjenesteyter «som å snakke til en vegg». Funnene i undersøkelsen er *stigmatisering, paternalisme og brudd i behandlingsprosessen*. En felles forståelse av kontakten var opplevelsen av å bli stigmatisert. Deres opplevelse var at de ble dømt og stemplet som tilhørende gruppen «rusmisbrukere». Dette bidrar til at de føler seg mindreverdige som personer. Flere knyttet denne kategoriseringen til å bli holdt fast i en posisjon som ikke innebærer mulighet for utvikling og endring, og at de ble omgjort til stigmaet. Et videre funn i denne undersøkelsen var at kontakten bar preg av en paternalistisk modell, hvor den som har størst makt overstyrer den andre. En tilnærming som representerer den medisinske modellen framfor recovery. Deltakernes erfaringer var at de ikke ble hørt, de følte seg oversett og tilsidesatt av tjenesteyter. De beskriver manglende tilgang til informasjon om rettigheter og muligheter for hjelp. Siste funnet i denne undersøkelsen er brudd i behandlingsprosessen. Dette handlet om at deltakerne ikke opplevde å motta oppfølging fra kommunen under og etter innleggelse i døgnbehandling. De fikk derfor ikke tilrettelagte hjelpetiltak når de ble skrevet ut. Deres opplevelse var at de trengte hjelp og støtte, på grunn av manglende nettverk og kontakt med kommunen hadde stor betydning for dem for å få hjelp til dette (Aasmundsen & Sagvaag, 2012, s. 191-196).

En annen kvalitativ studie av brukeres erfaring med kontakt med NAV viser at også andre som ikke har rus- og psykiske problemer opplever NAV som en kompleks organisasjon, byråkrati og ustabile relasjoner. Det er en stor organisasjon og flere opplever å selv måtte koordinere tilbudet. Et videre funn i studien er at eksterne kontakter bidrar til at brukere får hjelp fra tjenesten. Det som trekkes fram i situasjoner hvor samarbeidet mellom tjenesteyter og bruker fungerer godt handler om forståelig språk, tillit og tilgjengelighet. Det at tjenesteyter strekker seg langt for å ivareta brukers ønsker og behov er av betydning. Funnene i deres studie er at de fleste har noen slike opplevelser i møte med NAV. Relasjonene mellom tjenesteyterne og brukerne av tjenesten blir sett på som ustabile fordi de oppleves som personavhengige. Der samarbeidet fungerer godt er det på grunn av

ressurser hos brukeren, den ansatte bruker systemet for å bidra til å hjelpe brukeren i deres prosess, eller at bruker får hjelp fra eksterne aktører (Lundberg & Syltevik, 2013, s. 19-28).

Folkehelseinstituttet har gjennomført en nasjonal brukerundersøkelse blant brukere med døgnopphold innen innlagt tverrfaglig spesialisert behandling flere år. Den siste undersøkelsen fra 2017, viser at det har vært en positiv utvikling på flere områder. Samtidig er det flere områder hvor det fremdeles rapporteres på dårlige erfaringer. Områder som oppleves positive er blant annet måten brukerne blir møtt på ved institusjonen som preges av høflighet og respekt samt opplevelsen av trygghet. Områder hvor det rapporteres dårlige erfaringer er utbytte av behandling, hjelp til fysiske og psykiske plager, tilfredsstillende tilgang til psykolog og lege, aktivitetstilbudet ved institusjonen, forberedelse til tiden etter utskrivning, samarbeid med pårørende, og oppfølging og ettervern etter utskrivning (Skudal, Holmboe, Iversen & Haugum, 2017, s. 5).

## 2.2 Forskning innen Recovery tradisjonen

En kvalitativ studie, som er en del av et større forskningsprosjekt som undersøker recovery-orienterte praksiser i Norge, utforsker hva begrepet betyr for brukerne og hva de mener leder til recovery. Recovery blir i denne studien beskrevet som å føle seg nyttig og akseptert. Erfaringer med å bidra i samfunnet og å bety noe for andre er assosiert med å føle seg verdifull, lykkelig og ha en følelse av godhet for seg selv og andre. Det er stor verdi i å bli akseptert i samfunnet. Det påpekes at det er en forskjell mellom å bli tolerert som en person med rusproblemer og som å bli tolerert i samfunnet på samme betingelser som alle andre. Studien fant at recovery handler om å utvikle seg som person. Det handlet for dem om å leve i tråd med ens verdier, utvikle sine kognitive evner og helse, samt oppdage egne ferdigheter. Det å sette pris på seg selv, og ha fred med samvittighet for fortiden var også en del av det å utvikle seg som person. Å mestre livet blir forbundet med selvtilit, glede, stolthet, og motivasjon til å møte større utfordringer i framtiden. For mange har det stor verdi å øve på, og få erfaringer med å mestre hverdagen. Likepersonstøtte trekkes fram som spesielt nyttig i denne prosessen. Det kan være avgjørende for å kunne analysere situasjonen og egne reaksjoner som oppstår. Avstand til bruk av rusmidler var for mange nødvendig for å kunne utvikle seg som person. For å kunne ta avstand til bruk av rusmidler, trengte noen at andre gjorde dem oppmerksom på alvoret i situasjonen deres, samtidig som det ble vektlagt at de selv hadde ansvar for deres eget liv. Økonomiske problemer og lite tilfredsstillende boforhold blir beskrevet som hindringer for å kunne mestre livet. Det er derfor avgjørende å få muligheten til å betale ned gjeld, og hjelp til å finne bolig, gjerne i et ordinært boligfelt og skape et hjem for den enkelte (Brekke, Lien, Davidson & Biong, 2017, s. 15-19).

En nyere norsk undersøkelse av personer med rusbakgrunn, peker på det de formidler har vært viktig i deres bedringsprosess. Det første som trekkes fram er betydningen av å motta behandling over lengre tid, enten institusjonsopphold eller deltakelse i selvhjelpsgruppe. Institusjonsbehandling gir personer med rus- og psykiske problemer anledning til å utvikle praktiske ferdigheter som ikke trekkes fram ved deltakelse i selvhjelpsgrupper. Et vendepunkt som trekkes fram er når personen selv innser at han eller hun er ansvarlig for sin egen bedringsprosess. Hjelp fra andre vil ikke være til nytte dersom personen selv ikke er villig til å ta på seg den harde jobben det innebærer å bli rusfri. Et videre funn i denne undersøkelsen er at møte med tjenesteytere som strekker seg utover systemets grenser for å hjelpe den enkelte er spesielt hjelpsomt. Det gir brukerne en følelse av at de er mer opptatt av dem, enn de formelle reglene og prosedyrene ved tjenesten. Individuell tilpasset behandling, og muligheten for å dele erfaringer og motta støtte fra andre med samme bakgrunn er også sentralt (Pettersen et al., 2019, s. 4-7).

En litteraturgjennomgang på norsk og internasjonal forskning viser at deltakelse i meningsfullt aktivitet fører til recovery. Deltakelse i meningsfulle aktiviteter gir mulighet for å flytte fokus fra en krevende tilværelse til en mer positiv hverdag med opplevelse av samhold, mestring, stabilitet og myndiggjøring. Den sosiale betydningen og validering fra andre trekkes frem som positive faktorer ved å delta i aktiviteter. Recovery gjennom deltakelse i meningsfull aktiviteter gir økt tro på seg selv som person, og øker opplevelsen av tilstedeværelse, mestring og velvære. Et videre funn i undersøkelsen er at det er sosialt å være aktiv og det skaper en arena for medborgerskap. For at dette skal være mulig er det viktig at bolig og den økonomiske situasjonen er tilfredsstillende. Økonomiske midler som kan disponeres fritt til ulike formål, gir muligheter for deltakelse i aktiviteter. En god økonomisk situasjon gir også muligheter til å velge aktiviteter ut fra egne ønsker og behov. Undersøkelsen peker på at sosiale relasjoner som oppstår utenfor et ordinært tjenestetilbud, virker frigjørende og kan styrke en ny identitet og opplevelsen av å klare seg selv uten tjenesteapparatet. Et siste funn i undersøkelsen er at deltakelse i aktivitet bidrar til bedre selvoppfatning og ny identitet. Undersøkelsen peker midlertid på behovet for at tjenester må være mer oppsøkende for å nå ut til personer som av ulike årsaker ikke evner å nyttiggjøre seg aktivitetstilbud. Det er nødvendig at de som tilbyr aktiviteter sørger for likeverdig tilgang til tilbudet også for personer med alvorlige rus- og psykiske lidelser. Selv om undersøkelsen påpeker at aktivitet fører til recovery tilsier evidensgrunnlaget og klinisk erfaring at deltakelse i meningsfulle aktiviteter ligger lengre frem i bedringsprosessen, når brukeren har fått kontroll over de mest alvorlige problemene knyttet til sin ledelse (Nordaunet, 2019, s. 73-77).

En norsk studie undersøker hvilke atferd og egenskaper brukere observerer hos profesjonelle hjelpere som støtter recovery. Funnene i studien viser evnen til å etablere tillit gjennom å vise håp og omtanke for brukerne, forpliktelse, ærlighet og forventning, handling og mot. Et funn i denne studien var at brukerne satt pris på at tjenesteyter uttrykte tro på muligheten for et bedre liv. Når de erfarte at tjenesteyter hadde tro på dem, fikk de selv håp og tillit til at endring var mulig. «Loving concern», som jeg velger å oversette til omtanke, ble beskrevet som en tilstedeværelse preget av respekt, aksept, bekymring og en grunnleggende godhet. Mangel på dømmende holdninger, moralisme og arroganse beskrev fenomenet ytterligere. Aktiv lytting, å vise interesse for den og respekt for den andres meninger ble nevnt som uttrykk for omtanke. Det å oppleve omtanke var relatert til å føle seg trygg og stole på at den andre ønsker det beste for deg.

En god match mellom tjenesteyter og bruker trekkes fram, der humor, varme og ikke-autoritær holdning preger relasjonen. Dette kan ikke oppnås med alle. Informantene opplevde at dette handlet om at fagpersonen også var trygg og i harmoni med seg selv. Langvarige relasjoner med tjenesteyter ble opplevd som god støtte i deres bedringsprosess. Det at de kjente hverandre godt bidro til tillit, ærlighet og ble sett på forebyggende med tanke på tilbakefall. Informantene i denne studien så det som positivt at tjenesteyter ikke aksepterte avlysning av avtaler, og at de holdt oppe viktigheten av kontakt. Det viste at de var interessert i å hjelpe den enkelte. Det var viktig at tjenesteyter sto i relasjonen uavhengig av tider med mer eller mindre utfordringer. Informantene opplevde det hjelpsomt at tjenesteyter var ærlig, og at de uttrykte deres bekymring for deres helsesituasjon. De satt pris på veiledning for endring, spesielt når situasjon var alvorlig. Det var viktig for dem at fagfolk ikke lot seg manipulere, og at de kunne oppdage når brukeren hadde ruset seg. Noen satt pris på at tjenesteyter satt ord på at brukeren selv er ansvarlig for deres eget liv. Det var viktig at tjenesteyter hadde forventninger til dem. Noen mente at enkelte var redde for dette, noe gjorde det vanskelig å komme videre i en bedringsprosess. Erfaringskonsulenter ble opplevd som mer direkte enn andre. Fagpersoner som utfordret brukerne til å delta i aktiviteter og som fulgte dem til aktiviteten i starten, ble satt pris på. Ved å ha en person med seg som støtte i deres hverdagslige aktiviteter bidro til at de kunne lære nye ferdigheter, bedre selvtillit og mindre ensomhet. Flere ønsket at flere tjenesteytere kan følge brukerne, framfor å bare gi dem informasjon om ulike aktiviteter. Det er viktig å erkjenne ulike aspekter av deres livssituasjon, jobbe hardt for å finne ut hvordan de kan hjelpe, ta risiko og ha mot til å gjøre mer enn bare det som forventes, var kvaliteter som ble satt pris på. Tilgjengelighet hos ansatte og at de var velvillig når de ble spurt om hjelp, gjorde at det var lettere å komme til dem uten å være redd for å bli avvist. Praktisk hjelp med hverdagslige utfordringer, og være en brobygger til helse og sosiale tjenester er viktig. Det er motiverende å legge merke til endringer i hverdagslivet som bedre helse og løsninger på økonomiske problemer (Brekke, Lien & Biong, 2018, s. 57-60).

En annen undersøkelse som peker på utfordringer med recovery-orientert praksis viser at det er vanskelig for ansatte å vurdere balansen mellom hvor mye hjelp de skal tilby og hvor mye ansvar de skal legge på personen selv. Å gi for mye praktisk hjelp kan bidra til umyndiggjøring og skape avhengighet til hjelpeapparatet, mens for liten grad av intensjon kan hindre muligheter for positive endringer for personen. Noen brukere har en livssituasjon med lite tilfredsstillende boliger, lite nettverk, fattigdom, manglende kognitive ferdigheter, og dårlig rykte i lokalmiljøet som kan vanskeliggjøre muligheten for å ta ansvar for deres egen bedringsprosess. En løsning som ble utpekt var å tilby utvidet hjelp i kaotiske situasjoner eller kriser, og gradvis overføre mer ansvar til personen. En annen utfordring som trekkes fram er balansen mellom å være direkte og ha en ikke-dømmende holdning (Brekke, Lien, Nysveen & Biong, 2018, s. 4-5).

En undersøkelse gjennomført i Norge viser at erfaringskonsulenter ser på egen kunnskapsutvikling som noe som skjer i prosess og samspill med ytre faktorer. I møte med brukere og fagpersoner reflekterer de over egne erfaringer, og over tid kommer de fram til ny forståelse og mening over det de selv har opplevd. Først når de har fått bearbeidet erfaringen mener de at de har utviklet erfaringskompetanse. Når erfaringene er bearbeidet kan erfaringskonsulenter bruke sin personlige kunnskap og relatere den til bruker. De er opptatt av å ha et åpent og reflekterende forhold til sine erfaringer, samt vise varsomhet i forståelsen og bruken av disse (Klevan, Sjøfjell, Borg & Karlsson, 2018, s. 32-35).

En internasjonal litteraturgjennomgang viser at levd erfaring er det som utpeker seg som den sterkeste faktoren i erfaringskonsulenter sin oppfølging av brukere. Erfaringskonsulentene bruker deres gode og dårlige opplevelser til å utvikle en tilnærming som de selv hadde funnet nyttig i deres bedringsprosess. Maktbalanse og likeverdig relasjon utpeker seg som en faktor erfaringskonsulenter er opptatt av. Et sterkt bidrag inn for å sikre en likeverdig relasjon er at erfaringskonsulenter deler eksplisitt sine erfaringer med brukerne. De forteller gjerne om følelser som sinne og skyld som de selv har kjent på i bestemte situasjoner. Det bidrar til å normalisere de følelsene bruker har, og de kan føle seg mindre alene. Studien viste at bruker forventer at erfaringskonsulenter eksplisitt deler av sine erfaringer, og at det oppleves misnøye dersom dette ikke blir innfridd. Muligheten til å hjelpe andre ved å dele egne erfaringer virker også positiv i erfaringskonsulenters egen bedringsprosess. De jobber med egen identitetsbygging og rollen deres bidrar til at de beveger seg fra en identitet forankret i skam og stigma, til å kjenne stolthet over hva de har mestret i egne liv. Det at de bidrar til at andre også finner sin vei forsterker følelsen av stolthet (Watson, 2019, s. 4-9) Dette bekreftes også i norske undersøkelser (Åkerblom et al., Inpress, s. 21-22).

Relasjonen mellom erfaringskonsulenter og brukere beskrives med ord som forståelse, troverdighet, tilknytning, trygghet, tillit, gjenkjennelse og en følelse av fellesskap (Borg, Sjøfjell, Eradajaye & Bjørlykhaug, 2017, s. 6; Klevan et al., 2018, s. 35). Felles erfaringer blir vektlagt som viktig for relasjonen og selve gjenkjennelsen blir ansett som essensen i erfaringskunnskapen. Det å møte likesinnede som har noen av de samme opplevelsene kan skape trygghet, tilknytning og tilhørighet (Klevan et al., 2018, s. 36).

Erfaringskompetanse blir beskrevet av erfaringskonsulentene som et redskap for å oppfatte hva den andre føler. Ved at noe i møtet aktiverer egen erfaring og følelser, kan en bruke dette til å prøve å forstå hvordan den andre har det (Klevan et al., 2018, s. 36). En internasjonal kunnskapsoppsummering viser også til dette. Her blir det omtalt som en del av begrepet «love labour». «Love labour» er et bevisst og faglig fundert arbeid som erfaringskonsulentene utfører for å etablere en relasjon bygget på likhet, følelsesmessig ærlighet, kjærlighet, ekthet og gjensidighet. Erfaringskonsulenter er mer tilbøyelig til å føle seg følelsesmessig bundet til brukerne enn tjenesteytere uten erfaringskompetanse. De kan gjenkjenne følelser hos brukerne, og kjenne dem på kroppen. Den sterke følelsesmessige forbindelsen blir ansett som en viktig faktor for brukers utfall, men har samtidig sine utfordringer. Det er viktig å sikre trygghet for både den som gir og mottar støtte (Watson, 2019, s. 7-9).

En norsk undersøkelse om brukeres erfaring med oppfølging fra erfaringskonsulenter viser at de opplever at de kan slappe mer av, og i større grad være ærlige og fremstå som seg selv i møte med erfaringskonsulenter. Samtidig trekkes det fram at rådene en erfaringskonsulenter gir ofte veier tyngre enn informasjon fra andre tjenesteytere på grunn av deres erfaringskompetanse. Erfaringskonsulenter fungerer som rollemodeller og bidrar til håp og inspirasjon til at brukerne selv kan gjøre endringer i egne liv (Borg et al., 2017, s. 6). Det er stor bevissthet blant erfaringskonsulentene om at de skal fungere som forbilder. I tillegg til at de er levende eksempler på at det er mulig å finne en vei ut av rusproblemene, er de opptatt av å fremme håp ved å fokusere på mestring. De bistår brukerne å lære og se framover og evne til å gi seg selv bekræftelse på det de mestrer på veien (Åkerblom et al., Inpress, s. 20).

Erfaringskonsulentene er opptatt av viktigheten av både nærhet og distanse til egne erfaringer slik at erfaringene kan komme til uttrykk som kunnskap. Nærhet til egne erfaringer ble fremholdt som en forutsetning for å kunne ta dem i bruk. Ved manglende distanse kunne det midlertidig være en utfordring at gjenkjennelsen kunne bli for stor (Klevan et al., 2018, s. 36). Erfaringskonsulentene er opptatt av å se brukerne som selvstendige mennesker med behov for egne løsninger. Det som har fungert i deres egen prosess er ikke nødvendigvis en god løsning for brukeren. Det både



erfaringskonsulentene og brukerne beskriver som ødeleggende for relasjonen mellom dem er hvis erfaringskonsulentene blir for selvbiografisk (Borg et al., 2017, s. 45; Klevan et al., 2018, s. 38). Brukerne beskriver at dersom erfaringskonsulentene er for preget av sin egen vei, evner de ikke å se brukernes ønsker og behov. Det legges vekt på at det ofte handler om hvor langt erfaringskonsulenten har kommet i egen prosess og at evnen til å ikke bli for selvbiografisk i arbeidet kommer med erfaring (Borg et al., 2017, s. 45, 58; Klevan et al., 2018, s. 39). Erfaringskonsulenter har en unik posisjon, som Watson (2019) referer til som «liminal position», da de har en rolle både som bruker og ansatt innen rus og psykisk helsetjeneste. De eksisterer i mellom dem som er inkludert i samfunnet og dem som er stigmatisert eller marginalisert. Det gir erfaringskonsulenter mulighet til å være rollemodeller for både fagarbeidere og personene de følger opp. Ved å gi begge gruppene mulighet til å jobbe med et levende eksempel av recovery, med alle utfordringene som det innebærer. Den følelsesmessige nærheten i likepersonstøtte har flere kjennetegn ved et vennskap. Erfaringskonsulenter har derfor også en spesiell posisjon i mellom venn og tjenesteyter (Watson, 2019, s. 8-10).

Norske undersøkelser trekker fram at erfaringskonsulenter fungerer som brobygger overfor ulike instanser og brukere. På grunn av deres kunnskap både på bruker- og systemnivå, forstår de de kulturelle kodene for begge parter. Med denne tokulturelle kunnskapen og at de behersker språket i begge kulturene, kan de bidra til å formidle informasjonen og forståelse begge veier (Borg et al., 2017, s. 41; Klevan et al., 2018, s. 40-41).

Kontakten mellom bruker og fagpersoner beskrives i flere undersøkelser som utfordrende på grunn av manglende forståelse for hverandres språk. Det kan føre til at det er vanskelig for brukere å utvikle tillit til hjelperen og bygge en trygg relasjon. Samtidig kan fagpersoner lett misforstå bruker og en direkte språkbruk kan bli tolket som aggresjon og trusler, fremfor smerte eller et rop om hjelp. Brukere beskriver at språket erfaringskonsulenter anvender er mer hverdagslig og forståelig. Gjennom sitt hverdagspråk evner de å være mer direkte og tydelig enn hva de opplever at andre tjenesteytere er når de skal ta opp noe. Erfaringskonsulenter kan fungere som oversettere i situasjoner med frustrasjon, eller hvis bruker ikke klarer å formidle det de har på hjertet, eller situasjoner der bruker ikke forstår fagspråket. Med sin kompetanse fra begge leirer kan de bidra til å nyansere og skape forståelse begge veier. De kan bidra til refleksjoner rundt andre muligheter for å forstå et budskap. På denne måten kan de legge til rette for samarbeid mellom bruker og fagpersoner, og dempe potensielle konflikter (Klevan et al., 2018, s. 40).

Videre har erfaringskonsulenter ofte god kjennskap til de ulike delene av rusfeltet og bistår bruker og finne fram (Borg et al., 2017, s. 41). Samarbeidet med erfaringskonsulenter blir beskrevet som et steg

mot deltakelse i samfunn og det sosiale liv, ved at de hjelper bruker og ta del i vanlige aktiviteter som å gå på butikken, gå på kino, eller introduksjon til nye miljøer og mennesker (Borg et al., 2017, s. 42 - 43). Sosial og praktisk støtte trekkes også fram i internasjonale studier. Praktisk støtte kunne innebære hjelp til å få tilgang til passende tilbud, komme seg til avtaler, eller få hjelp til å handle eller husarbeid. Sosialstøtte ble gitt ved å ha enkle samtaler med hverandre. Denne formen for støtte er sentral for å minske brukernes angst for dagligdagse oppgaver (Watson, 2019, s. 8-9).

I følge en norsk undersøkelse som omhandler integrering av erfaringskompetanse kommer det fram at erfaringskonsulentene selv opplever at de bidrar til endringer i tjenestene. Bakgrunnen for dette er både deres erfaring, at de tilnærmer seg oppgaver på sin egen måte, og at de bidrar med perspektiver som fører til konkrete endringer. De har over tid fått en utvidet rolle i rusomsorgen. Det er ansatt erfaringskonsulenter i flere tjenester og nye arbeidsoppgaver er blitt lagt til rollen (Åkerblom et al., Inpress, s. 17). De fleste erfaringskonsulentene i denne studien hadde blant annet argumentert for større fleksibilitet i tjenestene og noen hadde fått gjennomslag for dette (Åkerblom et al., Inpress, s. 17, 21).

Undersøkelsen om brukeres erfaringer av oppfølging av erfaringskonsulenter, kommer naturlig inn på fagkompetanse. Dette da informantene så nytten av at oppfølging fra erfaringskonsulenter ikke skulle erstatte, men komplementere oppfølging fra fagpersonell. Et funn var at de hadde ønske om at fagpersonell skulle bli flinkere til å bruke sine egne livserfaringer eksplisitt i relasjonen. Dersom fagpersonell deler mer av seg selv vil det kunne bidra til større likeverd og trygghet i relasjonene. De ønsket også en større innsats fra fagpersonell for at de skulle bli kjent med brukerne (Borg mfl, 2017, s. 45-46).

### 3. Teoretisk perspektiv

I dette kapittelet vil jeg presentere tre teoretiske perspektiv, recovery, salutogenese og empatisk forståelse, som vil danne grunnlag for min analyse av data og diskusjon av funn. Jeg ser på disse perspektivene som kompatible og at de utfyller hverandre.

#### 3.1 Recovery

Recovery eller bedringsprosesser, er et begrep som blir brukt på ulike måter. Det beskrives som en tilnærming, en modell, et erfaringsbasert kunnskapsfelt, en filosofi, et paradigme, en bevegelse, eller en visjon. De som er mer skeptisk har også omtalt recovery som en myte. Erfaring gjennom en årrekke viser faktisk at personer med alvorlige psykiske lidelser kommer seg, med eller uten hjelp fra profesjonelle fagfolk (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s. 9). Begrepet brukes både om den unike bedringsprosessen hos den enkelte og om praksiser som fremmer og understøtter denne prosessen. Recovery ses på som skifte av fokus på en del sentrale områder som skifte fra fokus på symptomer og funksjonssvikt, slik det blir observert fra andre til å fokusere på personens egne erfaringer (Pedersen, 2017, s. 100).

Recovery handler om at brukeren blir støttet av andre og verdsatt som de er. De blir involvert i meningsfulle aktiviteter, og føler seg velkommen og akseptert i ulike sosiale sammenhenger. De føler seg ikke lenger diskriminert på grunn av sin lidelse. Noe som medfølger at de blir myndiggjort og at deres stemme og handlinger blir anerkjent. En forutsetning for recovery er at fagpersoner har tillit til brukers egne erfaringer og at deres kunnskap verdsettes. Hjelpen må forankres i hverdagssituasjoner der livet leves. Vektlegging av personens rett til deltakelse i samfunnet med eller uten utfordringer er nødvendig. Recovery fordrer videre en radikal endring i maktfordeling i velferdstjenesten. Det innebærer at kunnskapsgrunnlaget utvides, endring i roller og personalsammensetninger. Det må arbeides med forhold som representerer barrierer for personens bedringsprosess som stigma, krenkende språk, forhold i tjenestene, fattigdom, utestengning fra lokalmiljø og arbeidsliv og brudd på menneskerettigheter. Tjenesteytere må søke å få fram brukerne sine drømmer og ønsker for framtiden, og hvordan de tenker vi som tjenesteytere kan bistå dem med dette. Fokuset i oppfølging av brukerne skal avspeile åpenhet og tilgjengelighet, håp og optimisme, personlig kontroll og ansvar, å bli tatt på alvor, nye roller og fokus på tilknytning til lokalmiljøet. Brukeren må anerkjennes for sine ressurser, kompetanse, ønsker og drømmer for sitt liv. Tjenesteytere må ha tillit til at forandring er mulig og at bruker sitter med nødvendig kompetanse for å nå ønskede målsettinger. Deres rolle er å tilrettelegge for at disse endringene kan skje (Karlsson & Borg, 2017, s. 25-27).

I recovery-orientert praksis blir bruker og tjenesteyter i større grad sett på som likeverdige parter som er ekspert på hver sine områder. Tjenesteyter har sin kunnskap fra utdanning, klinisk praksis og menneskelig erfaring. Bruker har derimot sin ekspertise fra levde erfaringer med rus- og psykiske problemer og sin erfaringskunnskap fra utdanning, arbeidsliv og livet i alminnelighet. Det er bruker som skal være i førersetet og lede an i samarbeidet. Personen kan invitere med seg dem som er ønskelig i denne prosessen. Bruker er den som har den mest relevante kunnskapen om hva som kan ha betydning når det gjelder mål, drømmer og ønsker for seg selv og sitt liv. Den ansatte må ha tillit til at bruker selv vet hva som skal til for å skape ønsket forandring i eget liv, og legge til rette for at disse endringene kan skje. I recovery er bruker aktiv i egen prosess og tar valg og avgjørelser alene, i samarbeid med en fagperson og andre som kan bidra. Slik får personen mulighet til å bruke sine ressurser og interesser og jobbe med håndtering av ulike livsområder. Fokus på å bistå brukerne å få et mer meningsfullt liv i lokalmiljøet med eller uten problemer medfører rolleendringer for begge, samt større grad av samarbeid (Karlsson & Borg, 2017, s. 25, 75-78).

En gjennomgang av litteratur på fortellinger fra personer som har vært igjennom bedringsprosesser viser at recovery består av fem ulike kategorier: Opplevelse av tilhørighet, håp og optimisme for fremtiden, identitet, mening i livet og empowerment, som ofte oversettes med myndiggjøring på norsk. De fem ulike prosessene er gitt akronymet CHIME for de engelske begrepene connectedness, hope, identity, meaning, og empowerment. Dette utgjør et rammeverk for å bedre kunne forstå en recovery prosess og er ofte vist til i Recovery litteratur (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade, 2011, s. 2, 16). Noen fagmiljøer legges opp etter følgende kategorier for å sikre recovery-orienterte praksiser (Karlsson & Borg, 2017, s. 101).

### 3.1.1 Tilhørighet

Flere personer med rus- og psykiske problemer opplever å være utenfor viktige samfunnsarenaer som skole, arbeid og sosiale miljøer. De kan føle at de har lav status og lite verdsatte roller i samfunnet. Å gjenskape en meningsfull opplevelse av tilhørighet i lokalmiljøet og samfunnet for øvrig er helt sentralt. De må ta tilbake det de har mistet og blitt fratatt, for å oppleve å være en fullverdig innbygger igjen. Opplevelse av tilhørighet innebærer personens opplevelse av å bli verdsatt, at det er bruk for en, og at en er viktig for andre. Det er av betydning å passe inn i grupper eller miljøer ut fra fellesinteresser og oppleve å bli møtt og anerkjent av andre. Fokuserer på muligheter i brukers omgivelser er et langt mer positivt fokus i samarbeidet, enn personens problemer som skal løses som gjerne har rådet tidligere (Karlsson & Borg, 2017, s. 100-102). Støtte fra likepersoner, støttegrupper, relasjoner og støtte fra andre er viktige underkategorier av tilhørighet i CHIME sitt rammeverk (Leamy et al., 2011, s. 448).

Støtte fra likepersoner som en mottar ved å delta i organiserte grupper eller uformelle vennskap med andre som har levd erfaring blir ansett som viktig. For mange er det avgjørende for bedringsprosessen at en opplever støtte fra andre. For noen handler tilhørighet om at en føler seg som en del av samfunnet og ikke bare kontakten med nærmeste familie og venner. Relasjoner med fagpersoner som blir ansett som støttende og preget av samarbeid, trekkes fram som positivt for bedringsprosessen (Bird et al., 2014, s. 647).

Alle mennesker har behov for nære relasjoner for å kunne dele personlige tanker og følelser, og for å få bekreftelse fra noen som kjenner dem. Det er behov for en utvidet omgangskrets av venner og familie og en kollektiv tilhørighet som er upersonlige bånd til andre gjennom at en identifiserer seg med en bestemt gruppe eller arbeider mot et felles mål (Henriksen, 2016, s. 140-141).

Ensomhet er en følelse som oppstår når en persons nettverk av sosiale relasjoner er betydelig mangelfullt, enten i kvalitet eller kvantitet. Ensomhet er en subjektiv følelse, og en person kan kjenne på følelsen av ensomhet selv om vedkommende har andre mennesker rundt seg. Ensomhet handler om opplevelsen av at noe mangler i personens sosiale forhold. Det kan være misforhold mellom hva slags eller hvor mye sosial kontakt en ønsker, eller hva de sosiale relasjonene faktisk innebærer (Henriksen, 2016, s. 139).

Det skilles gjerne på emosjonell ensomhet og sosial ensomhet. Sosial ensomhet innebærer å mangle et sosialt nettverk og er forbundet med kjedsomhet, rastløshet, eller å føle seg ekskludert.

Emosjonell ensomhet dreier seg som å mangle personer man har nære emosjonelle bånd til.

Emosjonell ensomhet gir seg gjerne utslag i engstelse eller usikkerhet. En undersøkelse viser at sosiale nettverk har en sterk effekt på sosial ensomhet, men at det ikke alltid er tilstrekkelig å endre størrelsen på nettverket for å påvirke emosjonell ensomhet (Henriksen, 2016, s. 140-141).

### 3.1.2 Håp

På et tidlig stadiet i bedringsprosessen er det vanlig å gå fra fortvilelse til en opplevelse av håp. Det handler om å ha motivasjon til å forandre seg, drømmer og ambisjoner, og tro på mulighet for bedring og positivt syn på seg selv og livet. Ulike relasjoner til familiemedlemmer, venner, profesjonelle eller med en høyere makt kan inspirere og gi håp om at bedring er mulig. Rollemodeller som har gått veien før andre kan ha en sterk påvirkning på håp og optimisme for framtiden. På den annen side kan tjenesteytere som fokuserer på at sykdom er kronisk sterkt bidra til reduksjon av håp (Bird et al., 2014, s. 647-648).

### 3.1.3 Identitet

Recovery handler videre om å opparbeide seg eller gjenvinne en positiv identitetsfølelse og selvtillit. For noen handler det om å få en ny identitet og oppdage sitt nye jeg, mens andre søker å finne tilbake til sin tidligere sosiale identitet og selvfølelse. For mange handler det om å se på seg selv som mer enn bare deres diagnose. Det vektlegges at det er avgjørende at tjenesteytere de møter i rus-psykiske helsetjenester også verdsetter andre dimensjoner av identitet og behandler dem som et individ. En del av prosessen ved å gjenvinne en positiv selvfølelse er å overvinne stigma. Det betyr av samfunnet for øvrig også må være i tråd med holdningene som er ønskelig i Recovery (Bird et al., 2014, s. 648-649).

### 3.1.4 Mening

Et sentralt mål for de fleste er å leve et meningsfylt og målrettet liv. Mening og formål handler om å finne mening i sykdomsopplevelsen til å gjenoppbygge livet og ha meningsfulle sosiale roller. Mening inkluderer også spiritualitet. Deltakelse i aktiviteter og arbeidsliv er med å skape en meningsfull hverdag. Det er viktig å ha en grunn til å stå opp hver dag. Deltakelse i frivillig arbeid kan for noen være en måte å gi tilbake noe til samfunnet og bidra til å gjenoppbygge et meningsfylt liv. For mange er det viktig å finne forståelse og mening i egen sykdom. Det kan handle om å normalisere opplevelsen, øke aksept og redusere selvstigma (Bird et al., 2014, s. 649).

### 3.1.5 Empowerment

Empowerment handler om personlig ansvar, å ha kontroll over livet og fokusere på styrker. For noen handler myndiggjøring spesifikt om å ta del i beslutninger som angår dem. Dette innebærer informerte valg om hvilke beslutninger personer ønsker å ta for seg selv, og hvilke de ønsker at fagfolk skal ta del i. For andre betyr myndiggjøring å føle kontroll og komme videre med det daglige livet med eller uten symptomer. Opprettholde god fysisk og mental helse, få tilgang til selvhjelp materialer eller søke profesjonell støtte etter behov kan være måter å ta kontroll i livet. Myndiggjøring handler også om å fokusere på styrker og ta roller knyttet til deres personlige styrker og ressurser (Bird et al., 2014, s. 649-650).

Begrepet empowerment knyttes til individer eller grupper som er eller har vært i en avmaktssituasjon, og hvordan de kan komme ut av avmakten. Utgangspunktet er å styrke dem slik at de kan få økt selvtillit, bedre selvbilde, økte kunnskaper og ferdigheter. Gjennom en slik styrking kan

de mobilisere kraft til å komme ut av avmakten og få mer makt, styring og kontroll over eget liv. Empowerment indikerer en prosess fra styrke, til kraft, til makt (Askheim, 2012, s. 12).

Det skilles mellom empowerment som etablering av motmakt og individorienterte tilnærminger til empowerment. Felles for begge er det humanistiske menneskesynet som er rådende i recovery – tradisjonen, samt den emosjonelle dimensjonen.

Den emosjonelle dimensjonen knyttes til emosjonell energi, skam og stolthet (Starrin i Askheim, 2012, s. 17). Emosjonell energi referer til følelsene vi har når vi deltar i sosiale sammenhenger. Situasjoner hvor en føler seg trygg bidrar til følelser som entusiasme, solidaritet, selvtillit og handlekraft. Mens andre situasjoner kan tømme en person for emosjonell energi, og en føler seg mismodige, motløse og kraftløse. Det kan igjen resultere i dårlig selvfølelse og vanskeligheter med å opparbeide seg fellesskap eller solidaritet med andre. Personer med mye emosjonell energi vil føle seg gode, viktige og verdifulle, mens de som har lite energi tvert imot vil føle seg mislykket og usikre. Skam gir lav grad av emosjonell energi, mens stolthet gir høy grad av emosjonell energi. Skam og stolthet fyller en viktig funksjon når det gjelder å vise tilstanden i de sosiale båndene mellom mennesker. Skam er en samlebetegnelse på følelser som oppstår når en ser seg selv negativt gjennom den andres øyne. En viktig forutsetning for å ta makt over og styre eget liv er å vende skamfølelsen til stolthet over å være den du er. Rus- og psykiske problemer er skambelagt. Undersøkelser av Granerud og Severinsson viser beskrivelser av å bli marginalisert, og ensomhet som dominerende følelse. Personer med rusproblemer går gjerne innenfor kategorien ikke-verdige trengende og blir gjerne møtt med holdninger som at de har seg selv å takke for situasjonen de er i (Askheim, 2012, s. 17-20).

I motmaktstilnæringen til Empowerment står sammenhengen mellom enkeltindividers og gruppers livssituasjon og samfunnsmessige, strukturelle forhold i fokus. Den enkeltes posisjon i samfunnsstrukturen er et resultat av menneskeskapte, historiske prosesser. De er bestemmende for hvilken grad av makt eller kontroll den enkelte har over livet. Et grunnleggende poeng er å skape en bevissthet hos den enkelte om sammenhengen mellom egen livssituasjon og ytre, samfunnsmessige forhold og om at andre i tilsvarende situasjoner opplever liknende avmaktproblemer (Askheim, 2012, s. 21).

I individorienterte tilnærminger til empowerment er fokuset på å styrke den enkelte, slik at kraften og ressursene den enkelte har i seg kan utvikles. Denne prosessen settes ikke inn i en samfunnsmessig kontekst. Det er fokus på at en gjennom mobilisering av indre styrke og ressurser kan nå sine mål. Den individuelle tilnæringen handler først og fremst om styrke og kraft. Det er

gjennom oppbygging av individuell styrke og selvtillit at den enkelte blir i stand til å realisere sine ressurser og tilegner seg mer makt eller kontroll over livet sitt (Askheim, 2012, s. 35-36).

### 3.2 Salutogenese

Teorien om salutogenese gir en grunnleggende beskrivelse av hvordan mestring og helse kan skapes ved å få opplevelse av sammenheng. Salutogenese representerer et perspektiv på velvære som fokuserer på å fremme menneskets aktive evne til tilpasning til stressende indre og ytre omgivelser. Det representerte dermed motvekten til patogenese som vektlegger risikofaktorer og årsaker til sykdom. Innenfor salutogenese vektlegges grad av helse og faktorer som kan skape høyere grad av helse, framfor og vurdere mennesket som syke eller friske. Personens historie og opplevelse blir gitt en større plass enn fokus på diagnose som er sentralt i patogenese (Langeland, 2014, s. 11).

Grad av mestring, helse og velvære avhenger av hvordan mennesket opplever virkeligheten i form av begripelighet, håndterbarhet og mening. Opplevelse av sammenheng er en grunnleggende holdning som uttrykker i hvilke grad personen har en gjennomgående stabil følelse eller tillit til at stimuli fra ens indre eller ytre omgivelser i livet (begripelighet), er strukturerte, forutsigbare og forklarlige. Tilgjengelige ressurser for personen slik at vedkommende kan møte de kravene disse stimuliene stiller (håndterbarhet), og at kravene oppleves som utfordrende, verdt investeringen og engasjement (mening). Opplevelse av sammenheng blir formet av tre livserfaringer: konsistens, under og overbelastning og deltakelse i sosial verdsatt beslutningstaking

Antonovsky mente at mennesker med høy begripelighet har en større tiltro og forventning til at det som skjer i framtiden, er forutsigbart og forståelig, framfor kaotisk og tilfeldig. Uventede hendelser kan likevel forklares og settes i en sammenheng slik at en lettere evner å håndtere og akseptere situasjonen en er i (Antonovsky, 1996, s. 15). Dersom en person har tilgjengelige ressurser i seg selv eller omgivelsene sine, vil det være lettere å håndtere og mestre utfordringer som man til enhver tid møter i livet. Personlige ressurser kan være god selvfølelse, intellektuell kapasitet, god fysisk form og materielle ressurser. Ressurser i miljøet kan være støtte fra noen en har tillit til som familie, venner eller naboer. Ressurser kan også være demokrati, menneskerettigheter og velferdsordninger. Ved en sterk grad av håndterbarhet, er det større sjanse for at man ser på hendelser som utfordringer framfor trusler, og at en opplever seg som handlingsdyktig når livet går i motbakke (Antonovsky, 1996, s. 15). Dersom en person opplever motivasjon og mening med det en velger å fylle livet med, og at det er verdt å engasjere seg og bruke tid på dette, bidrar det til at den enkelte kan komme seg gjennom vanskelige situasjoner. Et eksempel på dette kan være personer som velger å engasjere seg for å hjelpe andre, som går igjennom vanskelige situasjoner en selv har opplevd. Å fokusere på de



positive aspektene i livet og søke trøst hos de som står en nær for å bearbeide sorgen, kan også gi mening og bedre mestring (Langeland & Vaardal, 2017, s. 45).

I salutogenese beskrives generelle mestringsressurser som «*enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning*». Det kan være ulike faktorer avhengig av person, omgivelser og kultur. Antonovsky har identifisert flere ulike mestringsressurser. Sosial støtte og egoidentitet blir ansett som de mest sentrale. Personer som har nære bånd til andre, løser lettere opp spenning enn dem som mangler en slik kvalitet i relasjoner. Behov som tilknytning, sosial integrasjon, muligheten til å gi omsorg, bekræftelse på egenverdi, å ha noen å stole på og å ha noen som kan gi råd og veiledning er en del av sosial støtte. Egoidentitet handler om en persons opplevelse av seg selv. Ved en sterk egoidentitet og opplevelse av sammenheng, vil det være større evne til å velge spesifikke mestringsressurser som man har tilgjengelig som passer i den enkelte situasjon. Kultur gir hver og en av oss plass i verden eller samfunnet. Opplevelse av sammenheng kan styrkes hos den enkelte dersom kulturen muliggjør sosial deltagelse. Kontinuitet, oversikt og kontroll bestemmes av kulturen og samfunnet den enkelte er en del av. Religion og verdier gir forankring, retning og mening i livet. Fysiske og biokjemiske ressurser som god fysikk, gode gener og et godt immunforsvar som har påvirkning for den enkeltes mestring. Materielle verdier kan være ernæring, klær, penger og bolig. Kunnskap og intelligens bidrar til større innsikt og at en kan ta mer bevisste valg. Det sammen med handling og øvelse fremmer opplevelse av mestring og styrker identitet. Gode mestringsstrategier er kjennetegnet av rasjonalitet, fleksibilitet, vidsyn, forutsigbarhet, evne til handling og regulering av følelser (Langeland, 2014, s. 12-13). Individets evne til å identifisere og anvende mestringsressursene på en helsefremmende måte vil styrke opplevelsen av sammenheng (Moksnes, 2018, s. 46).

Flere studier viser at sterk opplevelse av sammenheng er nært knyttet til god psykisk helse og livskvalitet (Erikson og Lindtrøn og Lindstrøm og Eriksson i Moksnes, 2018, s. 48). Positiv psykisk helse defineres som kjennetegn på emosjonelt, psykologisk og sosialt velvære. Emosjonelt velvære kjennetegnes av gode følelser, godt humør, og å være ved godt mot. Kjennetegn på psykologisk velvære er høy grad av selvaksept, personlig vekst, hensikt og mening med livet, evne til å håndtere komplekse omgivelser, selvstendighet og positive relasjoner med andre. Kjennetegn på sosialt velvære er grader av sosial aksept, sosial aktualisering, sosialt bidrag, oppleve å være i en sosial sammenheng og sosial integrasjon (Keyes i Langeland & Skogvang, 2018, s. 137). Å investere i positiv psykisk helse ved bruk av mestringsressurser kan oppleves meningsfullt og virke inn på negativ psykisk helse uten å gi eksplisitt oppmerksom til problemene (Langeland & Skogvang, 2018, s. 138).

Det er fem grunnleggende antakelser i salutogenese; helse som kontinuum, personens historie, helsefremmende faktorer, stress som potensielt helsefremmende og aktiv tilpasning som idealet i behandling.

Hovedmålet med salutogenese er å styrke og fremme helse. Det er fokus på interaksjonen mellom mestringsressurser og stressfaktorer. Ved tilgjengelige mestringsressurser i og rundt seg, samt evne til å ta dem i bruk kan stressfaktorene få mindre plass og personen kan få bedre helse. Helse som kontinuum handler om at alle har grader av helse, og kan bevisstgjøres på hvor de er på helsekontinuumet, og bli utfordret til å utforske faktorer som kan skape bevegelse mot en høyere grad av helse. Mestringsopplevelser er viktig for å styrke identitet og bedringsprosessen. Bruk av eksisterende og potensielle mestringsressurser og reduksjon av risikofaktorer er sentralt (Langeland & Skogvang, 2018, s. 136).

Den andre antakelsen er at en må fokusere på personens historie i stedet for deres diagnose. Ved å vektlegge personens livssituasjon og erfaringer kan en finne ressurser som kan bidra til bedringsprosessen. Samtidig er det viktig å ha en bevisst forståelse av hva en diagnose er, og hvordan den kan påvirke personens selvforståelse. Det kan være hensiktsmessig å forholde seg diagnosen som en tynn, generell beskrivelse av personen framfor hele sannheten. Det bidrar til alminneliggjøring av personer med rus og psykiske lidelser, mindre stigma, og at personen selv kan se på seg selv som en person og ikke en diagnose. En salutogen tilnærming fordrer at tjenesteyter møter brukerne på en åpen, aksepterende måte og lytter til deres egne beskrivelser. Utforsking av mestringshistorier er hensiktsmessig for å utvikle en konstruktiv narrativ identitet, og bidrar til å skape optimisme og tillit til egen mestring (Landsverk og Kane i Langeland, 2014, s. 15). I tillegg til å utforske personens mestringshistorier, er det vesentlig å påpeke mestringsopplevelser en observerer i kontakt med bruker (Hansson og Cederbla i Langeland, 2014, s. 16). Dette vil bidra til en mer konstruktiv identitet og ikke bare en identitet knyttet til psykisk sykdom og rus (Langeland, 2014, s. 16).

Det er ikke mulig å fjerne alle risikofaktorer i en persons liv. Derfor er det viktig å investere i helsefremmende faktorer i stedet. Det er viktig at tjenesteyter utforsker hva som er helsefremmende faktorer for den enkelte. Da skapes muligheter for bevisstgjøring og utvikling av en sterkere identitet (Magrin i Langeland, 2014, s. 17).

I salutogenese er stressfaktorer forstått som naturlig stimuli og potensielt helsefremmende. Antonovsky påpeker at velvære ikke er det samme som fravær av patogene faktorer. Stress skaper derimot behov for en endring. Det er av betydning at en person opplever passende utfordringer. Spenning er alminnelig og vanlig, men stress oppstår når spenningen ikke blir løst på en

tilfredsstillende måte. Dersom en person blir bevisst at det er et gap mellom hva vedkommende er og hva vedkommende kan eller burde være, kan det føre til ønske om endring og personlig utvikling (Langeland, 2014, s. 18).

Når en skal styrke menneskets evne til å håndtere daglige utfordringer i egen helsesituasjon er aktiv tilpasning viktig. Det handler om hvordan en skal regulere seg selv med tanke på ulike stressfaktorer. Spenningen som oppstår mellom personen og omgivelsene, gjør at personen prøver å justere forventningene og kriteriene for å tolke virkeligheten. En må da lage en kompromiss og evnen til å tilpasse seg øker. Ved å akseptere spenning vil personen gå gjennom opplevelser som gir vekst, og personen vil utvikle seg og erverve en mer tydelig identitet (Langeland, 2014, s. 19).

### 3.3 Empatisk forståelse

Tilnærmingene, recovery og salutogenese, som her er beskrevet er å anse som klientsentrerte tilnærminger. Jeg synes det er derfor relevant å få fram noe av grunntanken bak denne tilnærmingen som omhandler empati. Rogers (1980) blir ansett som humanismens far. Han har utviklet klientsentrert tilnærming som er svært anerkjent og også en viktig del av motiverende samtale som er metodikk som anvendes i samtaler med mennesker som ønsker å gjøre endringer i livet.

Den siste definisjonen til Rogers (1980) beskriver at det å være empatisk er en kompleks, krevende og sterk – men likevel også en mild og varsom måte å være på:

En empatisk måte å være sammen med en annen person har flere sider. Det betyr å komme inn i den andres private perseptuelle verden, og være fullstendig hjemme i den. Det innebærer å være følsom til de skiftende sinnsstemningene som vedkommende opplever. Det betyr å midlertidig leve i den andres liv, bevege seg hensynsfullt uten å dømme; det betyr å fange opp sammenhenger som vedkommende knapt er klar over selv, men uten å prøve og avdekke helt ubevisste følelser, da dette kan være for truende. Det inkluderer å formidle din forståelse av personens verden slik du ser den med friske og uredde øyne på elementer som han eller hun er redd for. Det betyr ofte å sjekke med den andre hvorvidt oppfatningene dine er nøyaktige, og bli styrt av svarene du mottar. Du er en trygg følgesvenn til personen i hans eller hennes indre verden. Ved å peke på de ulike forståelsene av den andres opplevelser, hjelper du den andre til å fokusere på en mer hensiktsmessig betydning, og dermed oppleve erfaringen mer helhetlig og gå videre (Min oversettelse av Rogers definisjon s. 142)

Rogers (1980) poengterer at for å være sammen med en annen på måten som beskrevet her, er det nødvendig å legge egne synspunkter og verdier til side, for å komme inn i en annen verden uten fordommer. Han mener at dette bare kan gjøres av personer som er sikre nok i seg selv til at de vet

at de ikke vil gå seg vill i den andres verden, og at de komfortabelt kan vende tilbake til sin egen verden når de ønsker det (s. 143).

Det er tre forhold som må være tilstede for at det skal utvikles en god allianse mellom tjenesteyter og mottaker. Det første er ekthet. Jo mer tjenesteyter er seg selv i forholdet, uten en profesjonell front eller personlig fasade, jo større er sannsynligheten for at bruker vil utvikle seg som person. Dette betyr at tjenesteyter åpent deler følelsene og holdningene vedkommende opplever i øyeblikket. Den andre holdningen som er viktig for å skape et klima for endring, er aksept, omsorg, og verdsetting – omtalt som "ubetinget positiv omtanke". Når tjenesteyter viser en positiv, aksepterende holdning til hva bruker er i det øyeblikket, legger det til rette for personlig utvikling. Tjenesteyter er åpen for de ulike sinnsstemningene bruker opplever; forvirring, harme, frykt, sinne, mot, kjærlighet eller stolthet. Det tredje tilretteleggende aspektet av forholdet er empatisk forståelse. Dette betyr at tjenesteyter oppfatter nøyaktig følelsen og personlig betydning av det bruker opplever og formidler denne forståelsen til bruker. Når han fungerer best, er tjenesteyter så mye inne i den andres private verden at han eller hun ikke bare kan klargjøre hvilke betydninger bruker er klar over, men også de like under bevissthetsnivået. Empatisk lytting er ifølge Rogers (1980) en av de mest kraftige virkemidlene til å skape forandring (Rogers, 1980, s. 115-117).

Når personer blir akseptert og verdsatt, har de en tendens til å utvikle en mer omsorgsfull holdning til seg selv. Etter hvert som personer blir hørt empatisk, blir det mulig for dem å lytte mer nøyaktig til strømmen av indre opplevelser. Men som en person forstår og verdsetter seg selv, blir jeget mer kongruent med opplevelsene. Personen blir dermed mer ekte. Disse tendensene, gjensidig med tjenesteyters holdninger, gjør det mulig for personen å være en mer effektiv vekstforsterker for seg selv (Rogers, 1980, s. 115-117).

## 4. Metode

I dette kapittelet vil jeg beskrive hvordan jeg har gått fram for å finne svar på problemstillingen:

*Hva vektlegger erfaringskonsulenter som viktig i oppfølging av personer med rus- og psykiske problemer for at de skal komme i gang med meningsfull aktivitet og etablere et rusfritt nettverk?*

Jeg vil innledningsvis gjøre rede for planene jeg hadde ved studiens start og endringer som fant sted underveis i prosessen. Deretter kommer jeg inn på valg av forskningsdesign og metode. Valg av informanter vil bli presentert, etterfulgt av gjennomføring av datainnsamling og analyse. Til slutt vil jeg se på studiens reliabilitet, validitet og relevans samt forskningsetiske hensyn.

### 4.1 Studiens startpunkt

Da studien min omhandler personers bedringsprosesser, vurderte jeg ved studiens startpunkt at jeg ønsket å få fram både bruker- og fagperspektivet. Jeg ønsket derfor å intervju to ulike grupper: fagpersonell og erfaringskonsulenter i separate fokusgrupper. Fagpersonell og erfaringskonsulenter innehar ulik kompetanse som jeg anså som viktig for min studie. Bakgrunnen for at jeg ønsket å intervju erfaringskonsulenter var at ansatte med brukererfaring bidrar til å utfordre eksisterende kunnskap og hvordan tjenestene er skrudd sammen. De har andre perspektiver på hva som skal til for at brukeren opplever å kunne arbeide med ønskede forandringer (Karlsson & Borg, 2017, s. 25). Samtidig tenkte jeg at ikke erfaringskonsulenter kunne besvare problemstillingen alene, men at det også var behov for å se på spørsmålet utfra et fagperspektiv. Fagpersonell har ulik utdanningsbakgrunn, kunnskap om endringsprosesser og klinisk erfaring fra feltet.

Etter hvert i rekrutteringsprosessen så jeg at dette ville være for ambisiøst innen rammene av masteroppgaven. Det ville være vanskelig for meg å gå i dybden i det informantene fortalte meg, dersom jeg skulle ha fokus på problemstillingen sett fra to ulike perspektiv samtidig. Jeg vurderte at det var interessant med egen studie om erfaringskonsulenters perspektiv da de representerer et dobbeltperspektiv. På den ene siden har de erfaringskompetanse med tanke på rus og gjerne hatt oppfølging fra hjelpeapparatet. På den andre siden jobber de i tjenestene og kjenner systemet også som ansatt. Da erfaringskonsulenter representerer nytenkning innenfor recovery-tradisjonen synes jeg det var spesielt interessant å utforske deres blikk på, og utfordring av dagens tjenester.

Jeg valgte derfor å avgrense denne oppgaven til å omhandle personer med erfaringskompetanse, og som er ansatt på bakgrunn av dette i tjenestene, sitt syn på problemstillingen og forskningsspørsmålene jeg ønsket besvart.

Ved starten var fokuset mitt også avgrenset til erfaringskonsulentenes fokus på hvordan NAV sosialtjenesten kunne bistå brukerne å komme i gang med meningsfulle aktiviteter og etablere nettverk. Analysen og funnene i studien viste at det var behov for å ha et større perspektiv. Prosessen jeg ønsket å studere krevde et samarbeid mellom ulike tjenester og ikke et ansvar NAV sosialtjenesten skulle ha alene.

#### 4.2 Valg av forskningsdesign og metode

For å belyse min problemstilling har jeg valgt en kvalitativ studie og fenomenologisk tilnærming. Kvalitativ metode egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres (Malterud, 2002, s. 2468 - 2469). Fenomenologi er en erfaringsorientert tradisjon, hvor oppmerksomheten er rettet mot verden slik den erfares fra subjektet og ikke mot verden i seg selv uavhengig av personen som erfarer den. Fenomenologien analyser hvordan verden konstitueres av vår bevissthet, og kalles ofte bevissthetsfilosofi. Menneskets bevissthet er intensjonal i den forstand at den aldri er tom, at den alltid er rettet mot noe og fra noen, og det er alltid en bevissthet om noe (Thornquist, 2018, s. 22-23).

Jeg har valgt fenomenologisk design da jeg vil sette fokus på flere personers erfaring av et spesielt fenomen, som her er en bedringsprosess for å komme i gang med meningsfull aktivitet og etablere et rusfritt nettverk. Fenomenologisk forskning gir en dyp forståelse av et fenomen som er erfart av flere individer (Creswell & Poth, 2018, s. 80). Som forsker som anvender dette designet vil jeg beskrive både det deltakerne har til felles og ulikheter. Beskrivelsen inneholder ofte hva de har erfart, og hvordan de erfarte det (Creswell & Poth, 2018, s. 75).

Jeg vurderte at fokusgruppeintervju virket lovende for å samle inn data til studien. Dette er en egnet metode når en søker å lære om erfaringer, holdninger og synspunkter i et miljø der flere mennesker samhandler (Malterud, 2017, s. 138). Min erfaring var at fokusgruppe som metode var effektiv og at jeg fikk mange personers meninger om temaet jeg forsket på i løpet av kort tid. Ved å ha fokusgruppe, ble respondentene stimulert av hverandre, og jeg opplevde ved flere anledninger at de lærte av hverandre og ble engasjert. Dette kunne være frustrasjon rundt økonomiske rammer, glede over å høre historier om hjelpere som fulgte brukere til aktiviteter, og engasjement over økonomiske gevinster. Min opplevelse var videre at ved å dele ulike historier ble deres egne syn på tjenestene utfordret. Den dialogen jeg observerte mellom informantene bidro til at jeg kunne komme dypere inn i tematikken.

Fokusgruppeintervju skal gi rom for flertydighet som kjennetegner de fleste menneskelige fenomener, og jeg måtte være lydhør overfor forandringer (Malterud, 2002, s. 2469). Fokusgruppe krever at forskeren har erfaring med gruppeprosesser, noe jeg har som gruppeleder over flere år, og forutsetter at jeg som forsker gir en realistisk vurdering av intern og ekstern validitet for resultatene. Jeg måtte videre være observant på hva som skjedde mellom informant og meg som intervjuet dem, og hvilken betydning det hadde for tolkning og funn. Konteksten omkring samtalen er en viktig ramme for kunnskapsutviklingen (Malterud, 2002, s. 2469).

#### 4.3 Strategi for utvalg

En forutsetning i fenomenologisk forskning er at deltakerne blir nøye utvalgt. Dette for å sikre at de alle har erfart fenomenet som undersøkes (Creswell & Poth, 2018, s. 81). Jeg ville derfor benytte meg av strategisk utvalg. Variasjon i utvalget var viktig for å sikre ulike synspunkter og perspektiv om fenomenet jeg har studert. Derfor ønsket jeg å rekruttere informanter med ulikt kjønn, alder og bakgrunn (Polit & Beck, 2017, s. 499).

Jeg ønsket å rekruttere erfaringskonsulenter med rusbakgrunn. Kriterier jeg satt var at de gjennom sin stilling hadde kontakt med personer med rusavhengighet og at de hadde vært ansatt i minimum et år. Et videre kriterium var at de har hatt oppfølging fra NAV sosialtjenesten i deres bedringsprosess. Jeg ville rekruttere både menn og kvinner i ulik alder.

Det kan være en utfordring å finne nok individer som har erfart det samme fenomenet, som i denne studien er en bedringsprosess for å komme i gang med meningsfulle aktiviteter og etablere rusfritt nettverk, og personer som har hatt oppfølging fra NAV sosialtjenesten i den prosessen (Creswell & Poth, 2018, s. 81). Jeg valgte derfor å justere på kriteriene underveis i rekrutteringsprosessen for å sikre at jeg fikk nok informanter til studien. Endringene omhandlet hvor lenge de hadde vært ansatt periode som erfaringskonsulent, og hvilken kontakt de hadde hatt med NAV sosialtjenesten.

Til hver fokusgruppe ønsket jeg å rekruttere fem - syv informanter. Jeg ønsket å benytte meg av små grupper da jeg anse tema som sensitivt (Cotè – Arenault og Morrison- Beedy i Polit & Beck, 2017, s. 511). Det kan også være lettere å sikre deltakelse fra alle ved mindre grupper. Det optimale antallet er rundt fem deltakere, likevel så jeg behov for å rekruttere en til to ekstra i tilfellet frafall.

Ved prosjektets startpunkt hadde jeg en tanke om hvor mange informanter jeg ønsket å intervju totalt. Etter hvert valgte jeg å ikke bestemme antall informanter på forhånd, men heller sikre informasjonsstyrken i utvalget gjennom trinnvis rekruttering og analyse. I kvalitativ forskning brukes metning som et begrep for å begrense utvalget. Metning er oppnådd når forsker vurderer at

ytterligere datainnsamling ikke tilfører ny kunnskap. Begrepet representerer en forestilling om at det foreligger en endelig og overskuelig mengde fakta som man skal innhente for å kunne beskrive feltet i sin helhet. Dette strider mot det fortolkende paradigmat som de kvalitative metodene hviler på, som innebærer at kunnskapen i sin natur er delvis, midlertidig og avhengig av forskerens situering. Målet med studien har derfor ikke vært å sikte mot fullstendighet, men heller sikre et utvalg som var stort nok til å belyse min problemstilling (Malterud, 2017, s. 65).

#### 4.3.1 Rekruttering

I rekrutteringsprosessen ønsket jeg å nå kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og private virksomheter. Ved å få informanter fra de ulike tjenestene ville jeg nå ut til store deler av rusomsorgen og sikre mangfold i fokusgruppene. Noe som igjen ville bidra til at informantene kunne besvare min problemstillingen.

Jeg startet med å sende informasjon om studien til styringsgruppen og prosjektgruppen for prosjektet jeg var koordinator for, hvor fokuset var å få flere i gang med meningsfull aktivitet. I gruppene deltok ledere på ulike nivåer fra kommunen, spesialisthelsetjenesten og leder for en interesseorganisasjon. Ved å ta kontakt med dem ønsket jeg å rekruttere informanter til begge gruppene. Noen av deltakerne i styringsgruppen kunne være aktuelle for å delta selv, samtidig som de kunne ha kjennskap til andre ansatte i deres organisasjon som kunne være aktuelle informanter. Ingen av medlemmene meldte sin interesse, men informasjonen ble videreformidlet til deres tjenester. Jeg kom dermed i kontakt med fagpersonell ved et aktivitetstilbud, poliklinikk, og NAV sosialtjenesten.

Videre sendte jeg mail til ledere for ulike tjenester for personer med rus- og psykiske lidelser som ettervern og aktivitetssentre, NAV kontor, botilbud, behandlingstilbud, og Distriktspyskiatriske senter.

De fleste av tjenestene jeg tok kontakt med var positiv til studien og bidro til at jeg kom i kontakt med flere informanter til studien. Et fåtall unnlot å svare, og to av tjenestene jeg henvendte meg til ønsket at henvendelsen gikk via etaten de var underlagt. Ved det ene tilfellet opplevde jeg at det tok lang tid å få svar på henvendelsen. Da jeg ble kontaktet etter noen uker, ble det tilbakemeldt av de hadde eget forskningsprosjekt hvor de ønsket at erfaringskonsulentene skulle delta. Samtidig var det åpning for at de som ønsket kunne bestemme dette selv. Erfaringskonsulenter som allerede hadde meldt seg til studien fikk dermed godkjenning til å delta. Den andre etaten var svært positiv og videresendte min henvendelse slik at jeg kom i kontakt med erfaringskonsulenter ved et botilbud.



To nøkkelpersoner på feltet erfaringskompetanse ble også kontaktet. Gjennom dem kom jeg i kontakt med flere erfaringskonsulenter. Der i blant to som drev nettverk for erfaringskonsulenter ansatt i kommune - og spesialisthelsetjenesten. De videresendte informasjonen i sine nettverk og på den måten sikret jeg at store deler av erfaringskonsulentene som er ansatt fikk informasjon og mulighet til å melde interesse, som noen valgte å gjøre.

Etter at jeg hadde gjennomført første intervjuet fikk rekrutteringen videre et preg av snøballeffekt. Snøballutvelgelse er en form for utvalgsmetode som skjer i samråd med aktørene selv. De første aktørene som velges ut, blir bedt om å foreslå andre aktører som også kan inkluderes i utvalget. Disse blir igjen bedt om å foreslå ytterligere aktører til utvalget. Slik fortsetter prosessen inntil utvalget vurderes som stort nok (Grønmo, 2016, s. 117). Flere av erfaringskonsulentene jeg hadde intervjuet tilbød seg å hjelpe meg å komme i kontakt med flere informanter. Jeg formidlet kriteriene for utvalget til dem før de tok videre kontakt med aktuelle informanter. Dette da det var viktig for meg å foreta strategiske vurderinger av hvilke kriterier som skulle ligge til grunn for utvelgelse av enheter. Det ble delt informasjon om studien på en Facebook-side for erfaringskonsulenter, og andre delte informasjon om studien i erfaringsnettverk på egen arbeidsplass. Potensielle informanter som fikk informasjon fra andre erfaringskonsulenter tok kontakt og spurte om de var aktuell for studien. Flere opplyste at de hadde fått informasjon om studien på mail fra andre, og valgte å takke ja etter at de ble kontaktet direkte.

Gjennom rekrutteringsprosessen tilegnet jeg meg erfaring med å rekruttere på ulike måter. Rekruttering via øverste ledelse (etater), rekruttering via aktuelle tjenester, og rekruttering via informantene. Jeg ser ulike fordeler og ulemper med de nevnte fremgangsmåtene. Det fremstår ryddig å gå via øverste ledelse, og tjenestene kan være trygg på at de kan sette meg i kontakt med aktuelle informanter. Samtidig kan prosessen ta lenger tid når forespørsler må gjennom flere ledd. I mitt tilfellet hadde jeg opparbeidet meg kjennskap til rusomsorgen over flere år, og jeg visste hvilke tjenester jeg kunne ta kontakt med. Dette bidro til at jeg raskt kom i kontakt med aktuelle informanter og kunne starte intervjuene tidlig i prosessen.

En utfordring med rekruttering via Facebook eller erfaringsnettverk var at informantenes leder ikke var involvert. Flere kunne derfor ikke bruke arbeidstid på å delta i intervjuet, og det ble vanskelig å finne tidspunkt som passet for så mange deltakere som er hensiktsmessig i en fokusgruppe. Samtidig kan rekruttering via ledelse påvirke resultatene dersom informantene opplever at deres ledere har "sendt dem". En styrke jeg så ved rekruttering via informantene var at flere som allerede hadde fått informasjon om studien, valgte å være med når de ble kontaktet direkte av informanter som allerede hadde deltatt i studien.

Jeg gjennomførte fokusgrupper etter hvert som jeg hadde nok informanter, og fortsatte rekrutteringen for å kunne gjennomføre flere. Etter tre intervjuer startet jeg analysearbeidet. Jeg vurderte behovet for å innhente mer data til de ulike temaene jeg hadde funnet, og opplevde at det også kom ny rik informasjon i det fjerde intervjuet. Etter at jeg hadde gjennomført fire intervjuer vurderte jeg at datamateriale var stort nok til å belyse min problemstilling.

#### 4.3.2 Presentasjon av intervjupersoner

15 erfaringskonsulenter ble intervjuet i fire ulike fokusgrupper. Det var en hovedvekt på mannlige informanter, 11 menn og fire kvinner. Nær halvparten av dem var mellom 30 – 40 år, En i tyveårene, tre mellom førti og femti, mens tre var over femti. Erfaringskonsulentene var fordelt på følgende måte; fire erfaringskonsulenter i den første fokusgruppen, tre i den andre, fem i den tredje og tre i den fjerde. Erfaringskonsulentene var alle ansatt i ulike tjenester i rusomsorgen og både primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og private, frivillige organisasjoner og stiftelser var representert. Alle har hatt oppfølging av NAV sosialtjenesten, men i ulik grad. Flere har midlertidig hatt kontakt med tjenesten etter at de ble ansatt som erfaringskonsulenter. Noen, men ikke alle erfaringskonsulentene jobbet direkte med å bistå brukere å komme i gang med aktiviteter.

Jeg ønsket å sette sammen grupper på tvers av tjenestene slik at det var rom for gode diskusjoner, og mulighet for å lære av hverandre. Jeg erfarte ved gjennomføring av intervjuene at flere av erfaringskonsulentene hadde møtt hverandre tidligere. Dersom de ikke kjente hverandre, hadde de gjerne sett hverandre i ulike tilstelninger.

F.gru.	Detaljer	Alder	Arbeid	Ansatt	Utdanning	Rusfri
1	<u>Varighet:</u> 1.30 min  <u>Antall deltakere:</u> 4  <u>Antall sider transkribert:</u> 34	30 +	Privat sektor	3 år	Videregående opplæring	3-6 år
		40 +	Privat sektor	3 år	Ingen	> 6 år
		50 +	Spesialisthelsetjeneste	1-3 år	Videregående opplæring MB utdanning	> 6 år
		30 +	Spesialisthelsetjeneste	< 1 år	Høyere utdanning	1-3 år
2	<u>Varighet:</u> 1.33 min  <u>Antall deltakere:</u> 3  <u>Antall sider transkribert:</u> 30	30 +	Spesialisthelsetjeneste	3-6 år	Videregående opplæring	3-6 år
		30 +	Kommunal tjeneste	3-6 år	Høyere utdanning	3-6 år
		40 +	Kommunal tjeneste	1-3 år	Høyere utdanning	3-6 år
3	<u>Varighet:</u> 1.25 min  <u>Antall deltakere:</u> 5  <u>Antall sider transkribert:</u> 33	30 +	Kommunal tjeneste	3-6 år	MB, videregående opplæring	3-6 år
		50 +	Spesialisthelsetjeneste	3-6 år	Høyere utdanning	> 6 år
		50 +	Spesialisthelsetjeneste	1-3 år	Ingen	3-6 år
		40 +	Privat sektor	1-3 år	Videregående opplæring	3-6 år
			Kommunal tjeneste			
4	<u>Varighet</u> 1.47 min  <u>Antall deltakere:</u> 3  <u>Antall sider transkribert:</u> 34	30 +	Frivillig sektor	1-3 år	Videregående opplæring	> 6 år
		30 +	Spesialisthelsetjeneste	1-3 år	Videregående opplæring	3-6 år
		20 +	Spesialisthelsetjeneste	3-6 år	Videregående opplæring	3-6 år

Figur nr 1: Presentasjon av informanter

#### 4.4 Datainnsamling

Fokusgruppene ble gjennomført vår og høst 2019. Tre fokusgrupper ble gjennomført på våren. Etter dette startet jeg analyseprosessen, og vurderte at jeg ønsket mer data. Jeg rekrutterte derfor ytterligere informanter for å gjennomføre et fjerde intervju på høsten.

Jeg satt av to timer til gjennomføring av hver gruppesesjon og gikk igjennom en semistrukturert intervjuguide på åtte spørsmål innenfor temaene; suksesskriterier, utfordringer, viktige fokusområder i oppfølging, nettverksbygging, og samarbeid. Spørsmålene skulle være gjenstand for

diskusjon av gruppen mer enn utgangspunkt for individuelle svar fra den enkelte. Når en benytter seg av lydopptak er det viktig å plassere den på en gunstig plass i rommet. Jeg valgte derfor å legge den midt på bordet mellom alle informantene for å fange opp stemmene til alle deltakerne (Polit & Beck, 2017, s. 548).

I starten av hver sesjon snakket jeg med deltakerne om grupperegler for å oppnå en trygg og god gruppedynamikk, samt en ryddig prosess. Dette innbefattet blant annet en anbefaling om å snakke etter tur slik at vi hadde mulighet til å fange opp alt som ble sagt på bånd, og for å være respektfull overfor hverandre. Jeg tok også opp taushetsplikt over det som ble snakket om i gruppen. Videre i sesjonen prøvde jeg å sørge for at alle deltakerne fikk komme til, og unngå at noen deltakere dominerte hele diskusjonen. Ved planlegging av intervjuene tenkte jeg å benytte meg av runder, og ikke la ordet gå fritt gjennom hele sesjonen. Dette opplevde jeg ble vanskelig i praksis da jeg ønsket en mest mulig fri diskusjon mellom deltakerne uten innblanding fra meg. Jeg var redd en for sterk styring fra meg som moderator ville hindre gode dialoger å finne sted, og at dette ville bidra til at hver deltaker henvendte seg til meg i større grad enn til hverandre.

Jeg opplevde at det var god stemning i alle fokusgruppene. Informantene var engasjert i temaet, og det var mye latter og humor dem imellom. Min antakelse er at deres kjennskap til hverandre fra tidligere og at de alle hadde en «felles bakgrunn», gjorde at de raskt ble trygg til å dele og diskutere spørsmålene jeg stilte.

En utfordring ved å benytte fokusgruppe er det kan være vanskelig for noen uttrykke deres meninger i en gruppe. Jeg måtte derfor være spesielt observant på dette for å sikre at alle sine stemmer ble hørt. Selv om jeg henvendte meg direkte til informanter som var mer stille i intervjuene, oppdaget jeg under transkribering at jeg ikke lyktes med å oppnå en lik deltakelse fra alle. Likevel er mitt totale inntrykk at hver informant har fått uttrykt det de var opptatt av. I fokusgruppe måtte jeg, på lik linje som i dybdeintervju, bestrebe å lytte forutsetningsløst, samtidig som jeg måtte holde samtalen fokusert. Dette opplevde jeg til tider var svært utfordrende da jeg noen ganger oppfattet at de satt med en annen opplevelse enn den oppfatningen jeg selv hadde, etter å ha jobbet i systemet over flere år. Noen ganger ønsket jeg å komme med informasjon dersom jeg opplevde at de satt med manglende opplysninger om systemet. Jeg valgte likevel å innta en lyttende rolle og respektere at det var deres opplevelse, da det var nettopp deres erfaringer jeg ønsket å belyse.

Min erfaring var at det fungerte svært godt å ha mindre grupper. Som nevnt bestrebet jeg å ha fem deltakere i hver gruppe, noe jeg fikk til i kun en av fokusgruppene. En fokusgruppe hadde fire deltakere, mens to av dem bare hadde tre deltakere. Selv i de små gruppene fikk jeg fruktbar data. Hver deltaker fikk komme til i større grad samtidig som det ble en god dialog dem imellom. I gruppen

på fem var det en større utfordring å lede, be om utdypning og sikre at alle fikk komme til i dialogen. I en av de minste gruppene uttalte deltakerne at de mente det var en passe stor gruppe. En av informantene hadde selv deltatt i en større fokusgruppe som vedkommende opplevde som kaotisk.

I innhenting av data har jeg vært bevisst at det kan oppstå misforståelser mellom meg og informantene. Jeg har derfor bestrebet å sjekke ut underveis i intervjuene om jeg har forstått det de formidler riktig ved å bruke aktiv lytting og refleksjoner. Dette erfarte jeg var lettere i mindre grupper, samtidig som jeg var opptatt av at jeg ikke skulle avbryte gode diskusjoner med for mange innspill. Ved gjennomgang av data oppdaget jeg imidlertid at jeg i større grad kunne bedt informantene om å utdype mye av det de var opptatt av. Jeg var blant annet forsiktig med å spørre om det som ble formidlet var på bakgrunn av deres egen erfaring som mottaker av tjenester, eller om det var knyttet til jobben som erfaringskonsulent. Dette handlet videre om etiske overveielser og hensyn med tanke på at jeg anvendte fokusgruppe. Etter at jeg hadde gjennomført første fokusgruppen ble jeg bevisst at jeg måtte i større grad sjekke ut om tema som oppsto representerte hele gruppen, eller om det bare var sterke synspunkt fra enkelte deltakere. Jeg henvendte meg derfor til andre informanter og spurte hva de tenkte om det som ble sagt og om de hadde andre historier om temaet.

I planlegging av fokusgruppeintervjuene forsøkte jeg å finne en person som kunne assistere meg i intervjuene, med å ta observasjonsnotater i hver sesjon, eksempelvis om nonverbal kommunikasjon som jeg ikke vil få fram på lydopptak (Polit & Beck, 2017, s. 511, 549). Dette ble dessverre vanskelig å få til og jeg gjennomførte intervjuene alene. Jeg forsøkte å kompensere så godt jeg kunne ved å skrive detaljert logg rett etter at intervjuet hadde funnet sted.

I etterkant av hvert intervju ble lydopptakene transkribert. Fire intervjuer på 1,5 til 2 timer ble transkribert. Jeg valgte å skrive ned ordrett det som ble sagt. I presentasjon av data har jeg valgt å presentere sitatene slik det ble formidlet uten å endre på språk. For å sikre anonymitet har jeg omformulert navngitte tjenester.

#### 4.5 Analyse av datamaterialet

Jeg har valgt å benytte meg av Malterud sin tekstkondensering, som består av fire trinn, og gir en god oversikt over analyseprosessen. Tekstkondensering er anbefalt innen fenomenologisk forskning, og for masterstudenter eller andre som ikke har forsket mye tidligere (Malterud, 2017, s. 99).

I første trinn leste jeg gjennom transkriberingene på 120 sider flere ganger for å få et helhetsbilde. Mens jeg leste teksten noterte jeg foreløpige tema i margin. Jeg opplevde at jeg hadde et rikt data

med flere ulike tema, slik at det var vanskelig å begrense seg til bare fem til åtte tema. Tema jeg noterte meg var: Trygg bolig og økonomi, Respekt og likeverdighet, å yte det lille ekstra, hvordan bli møtt, kunnskap om aktivitetstilbud, brukerens premisser, følge til aktivitet, samarbeid, dialog om forventninger, delmål, mindre bruk av konsekvenser, språk og selvutvikling (Malterud, 2017, s. 9-100).

I neste trinn vurderte jeg de foreløpige temaene for å komme fram til tre - fem koder som var sentrale for å svare på problemstillingen. Ved hjelp av fargekoder sorterte jeg tema utfra hva som passet sammen. De foreløpige kodene ble «betydning av relasjon», «sikre kontekstuelle forhold», «legge til rette for mestring», og «være en aktivitetsløs». Deretter gikk jeg gjennom materialet linje for linje og identifiserte meningsbærende enheter som hørte innunder de kodegruppene jeg hadde valgt. Dette ble kopiert inn i et eget dokument fordelt på de ulike kodene jeg hadde utviklet (Malterud, 2017, s. 100-104).

I tredje trinn abstraherte jeg den sorterte informasjonen ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. Jeg gikk igjennom hver kodegruppe og fordelte den i to til seks subgrupper. Deretter skrev jeg kondensater for hver enkelt subgruppe og valgte ut sitater som var dekkende for erfaringskonsulentens budskap. I dette trinnet ble det også tydelig at noen tema skulle flyttes til andre kodegrupper, og det ble utviklet en ny foreløpig kode «identitet og nettverk» (Malterud, 2017, s. 105-108).

I fjerde trinnet sammenfattet jeg det som ble produsert i forrige trinn til en sammenhengende tekst. Sammenfattingen måtte være lojal til deltakerne, gi leseren ny innsikt og tillit, samtidig som jeg tok ansvar for egen tolkning. Hver kodegruppe fikk sitt endelige navn som var mer presise enn de foreløpige kodene. De endelige kodene ble kalt; «sikre bolig og økonomi», «utvikle identitet og sosialiseringferdigheter», «likeverdig relasjon», «realistiske krav og forventninger» og «brobygger til aktivitet». Disse kodene med sine med sine undertema er ikke identisk med de temaene spørsmålene i intervjuguiden omhandlet som var; suksesskriterier, utfordringer, kommunen sin rolle, viktige fokusområder i oppfølging, nettverksbygging og samarbeid. Gjennom å bruke systematisk trinnvis tekstkondensering kom jeg fram til ny innsikt i fenomenet jeg har studert (Malterud, 2017, s. 108-111).

De endelige kodene med sine undergrupper er presentert her:



Figur 2: Endelige koder og undertema

## 4.6 Datakvalitet

En forutsetning i kvalitativ forskning er at prosessen skal være tilgjengelig for innsyn og resultatene skal ha overførbarhet utover den lokale studiesammenhengen. Det må være mulig å bedømme resultatene fra studien sin vitenskapelige kvalitet. Viktige kriterier som trekkes fram er refleksivitet, relevans, og validitet (Malterud, 2002, s. 2468).

### 4.6.1 Refleksivitet

Refleksivitet handler om å overveie forutsetningene som omgir kunnskapsutviklingen og former resultatene i studien. Det betyr at jeg må være bevisst min egen rolle, mine forutsetninger og konsekvenser med tanke på utvalg, organisering og fortolkning av materialet (Malterud, 2002, s. 2468)

Det er viktig å erkjenne at jeg som forsker påvirker studien og at det er uunngåelig (Malterud, 2017, s. 41). Det er derfor nødvendig å identifisere mine personlige og faglige erfaringer, motivasjon og

kvalifikasjoner til utforsking av feltet, og perspektiver og teoretiske grunnlag knyttet til utdanning og interesser. Dersom jeg ignorerer min bakgrunn er det fare for en subjektiv studie og bias, som er uønsket eller skjult skjevhet i studien. Jeg må vurdere effekten jeg har på studien i alle trinn i forskningsprosessen og dele dette når studien skal presenteres til andre (Malterud, 2017, s. 20, 41). Da kan leseren lettere forstå hvordan jeg har kommet fram til et bestemt resultatet, selv om leseren med et annet utgangspunkt ville hatt en annen tolkning som kunne ført til et annen resultat (Malterud, 2017, s. 19).

I fenomenologisk forskning er det en forutsetning at jeg som forsker evner å sette tidligere kunnskap til side, og rette oppmerksomhet mot den subjektive erfaringen informantene mine forteller om (Malterud, 2017, s. 28). Samtidig hadde jeg med meg viktig forforståelse med arbeidserfaring på rusfeltet. I tre år jobbet jeg med å beskrive og prøve ut en tilnærming for hvordan sosialtjenesten sammen med spesialisthelsetjenesten kunne bistå personer med rus- og psykiske problemer i deres bedringsprosess. Som forsker måtte jeg være innstilt på å forkaste resultater og konklusjoner som jeg i utgangspunktet hadde. Det kunne være en utfordring både at jeg selv jobber i, og er svært engasjert i bedringsprosesser. Da er en fallgrube at jeg kan bli spesielt opptatt av tema jeg selv har ansett som viktig i brukerens bedringsprosess, uten å vie oppmerksomhet mot andre alternativer (Malterud, 2017, s. 19-20).

Jeg opplevde at det var både spennende og utfordrende å forske på et felt. Blant annet var det utfordrende når erfaringskonsulenters opplevelser var veldig ulikt min egen forforståelse. Et eksempel på dette var deres beskrivelser av møter med sosialarbeidere som de ikke opplevde brydde seg om dem. Jeg visste med meg selv hva brukerne jeg hadde møtt opp gjennom årene betydde for meg, og min kunnskap om mine kollegaer som brenner for å bidra til å øke livskvaliteten til brukere. Det gjorde meg nysgjerrig på om det er så mange som ikke bryr seg eller om det handler om at vi ikke klarer å nå fram til den enkelte med våre intensjoner om å hjelpe den andre. Dette bidro til videre refleksjoner om systemet, regler og rammer bidrar til at det blir vanskelig for bruker å se at sosialarbeideren faktisk bryr seg og vil bistå den enkelte til et bedre liv.

#### 4.6.2 Relevans

Som forsker ønsker jeg at andre skal ta lærdom av studien jeg har gjennomført, og at kunnskapen jeg tilegner meg gjennom studien har relevans og er overførbar (Malterud, 2017, s. 21). Innen helseforskning er det ikke ofte forskere studerer problemstillinger som aldri har vært satt på dagsorden tidligere. Det er likevel en forventning om at vitenskapelig kunnskap skal bringe relevans i form av ny erkjennelse som kan anvendes. For å klare å tilføre noe nytt, måtte jeg som forsker gjøre meg kjent med litteraturen på feltet. Ved å se på eksisterende litteratur og tidligere undersøkelser,



kunne jeg klargjøre om mine resultater sammenfaller eller avviker fra kunnskap vi allerede har (Malterud, 2017, s. 22).

For å sikre refleksivitet i praksis måtte jeg ha et kritisk blikk under hele prosessen. Jeg måtte sikre at problemstillingen og utvalget ga svar på det jeg faktisk lurte på. På bakgrunn av at jeg endret utvalget underveis i prosessen, så jeg også behov for å tilpasse problemstillingen til å omhandle erfaringskonsulenters perspektiv på det jeg ønsket svar på. Tilpasningen gjorde at jeg fikk et utvalg jeg mente var best egnet til å besvare problemstillingen grunnet deres erfaringskompetanse. I datainnsamling måtte jeg ta stilling til hvilke kunnskap deltakerne ga meg innsikt i, og jeg leste gjennom dataen gjentatte ganger for å komme fram til kodene som skulle presenteres. Kodene skulle videre kobles opp til teoretiske perspektiver og jeg måtte vurdere om begrepene og modellene jeg hadde valgt var egnet til å forstå det fenomenet jeg studerer. Videre måtte jeg ha et kritisk blikk på den anvendte analysestrategien og se på alternative tolkninger. Jeg har presentert kodene og koblet dem til relevant litteratur. Dette for å tydeligere i hvilke grad funnene støttes av tidligere forskning og få fram hva som er særegent i denne studien. Dette blir oppsummert i eget kapittel hvor forskningsspørsmålene blir besvart (Malterud, 2017, s. 192).

#### 4.6.3 Validitet

I presentasjon av studien må jeg overveie validiteten av hva studien forteller noe om, og hvilke overførbarhet disse funnene har utover den sammenhengen der studien er gjennomført (Kvale 1996 i Malterud, 2017, s. 23). Overførbarhet i kvalitative studier er gjerne knyttet til utvalget (Malterud, 2017, s. 24). Utvalget jeg har representert er variert i alder, kjønn og tjenestested som bidrar til større grad av validitet. Samtlige av erfaringskonsulentene rusbakgrunn og resultatene lar seg ikke automatisk overføre til arbeid i for eksempel psykisk helsevern.

Sannsynligheten for at et funn oppfattes som gyldig om noe bestemt, styrkes når flere er enige om at dette er en rimelig konklusjon (Malterud, 2017, s. 194). Flere av funnene fra studien sammenfaller med resultater fra tidligere forskning på feltet rus- og psykisk helse. Samtidig har andre lesere av transkriptionene kommet fram til flere av de samme kodene. Dette styrker validiteten i oppgaven.

For å sikre at det empiriske materialet og mine tolkninger utgjør et gyldig bindeledd mellom utgangspunktet og resultatene har jeg bestrebet å sjekke ut om jeg har forstått informantene riktig ved å bruke aktiv lytting og refleksjoner. Refleksjoner fungerer på samme måte som å stille spørsmålet «Har jeg forstått deg riktig?» Dette kalles dialogisk validering og kan bidra til at råmaterialet i lydopptaket i størst mulig grad representerer en felles forståelse mellom forsker og deltaker om den historien som skapes. Slike spørremåter kan brukes til å styrke intersubjektiviteten

mellom deltaker og forsker og dermed i neste omgang mellom forskeren og leseren (Kvale 2007 i Malterud, 2017, s. 193).

Ut fra presentasjon av metode og hvordan den har blitt gjennomført, mener jeg at datakvaliteten og gjennomføringen er tilstrekkelig til å gi svar på problemstillingen.

#### 4.7 Forskningsetiske hensyn

Det ble sendt søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og Regionale komiteer medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) 11.02.2019. Søknad hos REK ble ferdig behandlet 11.04.2019, og vurderingen deres var at studien ikke kom inn under helseforskningsloven fordi det jeg ønsket å undersøke ikke var å anse som ny kunnskap om helse og sykdom, jfr. helseforskningsloven §2 og §4. Prosjektet kunne derfor gjennomføres uten godkjenning av REK innenfor de ordinære ordninger for helsetjenesten. Norsk senter for forskningsdata godkjente studien den 23.04.2019. Fristen som er satt for å gjennomføre prosjektet er 01.10.2020.

Et av hensynene jeg vurderte var viktige i rekrutteringsprosessen var informert samtykke. Jeg utarbeidet informasjonsskriv som ble gitt ut til dem som var aktuelle for studien. På den måten kunne jeg sikre at aktuelle informanter fikk tilstrekkelig, tydelig informasjon som var forståelig for dem. Dette for at den aktuelle informant skulle ha et godt nok grunnlag for å kunne ta en selvstendig beslutning om de ønsket å være med i studien, uten påvirkning fra meg som forsker (Lie, Svendsen & Gamlund, 2015, s. 246).

I informasjonsskrivet var det presisert at datainnhenting ville foregå gjennom fokusgruppe, og at de fikk muligheten til selv å bestemme om de var komfortabel med dette. Jeg antok at dette kunne være en utfordring da informantene hadde et personlig forhold til rus. Jeg informerte dem om at det ikke var forventet at de skulle dele av sine personlige historier, men at de kunne trekke fram deres informasjon fra deres stilling som erfaringskonsulent. Jeg som forsker bestrebet å formidle til hver enkelt deltaker at de selv kunne bestemme hva de synes var greit å dele, og at de gjerne tenkte over dette i forkant av intervjuet. Dette handler om respekt for privatlivets fred (Creswell & Poth, 2018, s. 151).

Gjennom søknad og godkjenning fra NSD er informantene sikret at data som blir gjengitt i forskningsrapport er anonymisert slik at enkeltpersoner ikke gjenkjennes i publikasjon. Taushetsplikt har videre vært tema i fokusgruppene for å bidra til at det som blir delt i gruppen ikke blir delt videre av andre deltakere.

En annen utfordring jeg kunne møte i rekrutteringsfasen, var at aktuelle informanter som jeg selv hadde hatt oppfølging av eller samarbeidet med i min stilling som ruskurator meldte interesse for studien. Dette gjaldt bare en person og jeg løste det ved å ha dialog med personen for å utforske om vedkommende var komfortabel med å gi ærlige svar. Da det var flere år siden forrige kontakt, og vedkommende selv ikke så noen utfordringer ble personen inkludert i studien.

## 5. Sentrale funn

I dette kapittelet vil jeg presentere fem ulike funn som analysen ga: (1) Sikre økonomi og bolig, (2) Utvikle identitet og sosialiseringferdigheter, (3) Likeverdig relasjon, (4) realistiske krav og forventninger og (5) brobygger til aktivitet.

### 5.1 Sikre bolig og økonomi

#### 5.1.1 Trygg bolig og tilfredsstillende økonomi

En litteraturgjennomgang på norsk og internasjonal forskning viser at aktivitet fører til recovery.

Samtidig mener Nordaunet (2019) at evidensgrunnlaget og klinisk erfaring viser at deltakelse i meningsfulle aktiviteter ligger lengre frem i bedringsprosessen, når bruker har fått kontroll over de mest alvorlige problemene knyttet til sin lidelse (s. 73-77).

Et av funnene i denne studien er at det er helt nødvendig å ha både tilfredsstillende økonomi og en trygg bolig for å kunne fokusere på å bli rusfri, komme i gang med meningsfulle aktiviteter og etablere nettverk. Dette er materielle verdier som blir ansett som mestingsressurser innenfor salutogenese (Langeland, 2014, s. 12-13). Økonomi og bolig ble diskutert i samtlige av fokusgruppene, og det var tydelig enighet om at dette måtte ligge til grunn for videre endringsarbeid. En av erfaringskonsulentene viser til Maslow`s behovspyramide:

I Maslow`s behovspyramide som de sier så fint, så må du ha grunnsteinene i bunn for at du i det hele tatt kan bygge på de neste. Det går an å ha det bra selv om man ikke har alle trinnene, men at en har grunnsteinene i bunn det tror jeg er helt avgjørende - at en har bolig og økonomi i bunn (Intervju 4).

Dette støttes av tidligere forskning. Økonomiske problemer og lite tilfredsstillende boforhold blir beskrevet som hindringer for å kunne mestre livet. Det er derfor avgjørende å få muligheten til å betale ned gjeld, og hjelp til å finne bolig, gjerne i et ordinært boligfelt og skape et hjem for den enkelte (Brekke et al., 2017, s. 15-19). Når bolig og den økonomiske situasjonen er tilfredsstillende har en muligheter til å delta i aktiviteter som kan skape en arena for medborgerskap (Nordauet, 2019, s. 73-77). Innenfor recovery er det viktig å jobbe med forhold som kan være til hinder for recovery, som vanskelige boforhold, dårlig økonomi eller fattigdom (Karlsson & Borg, 2017, s. 25-27).

Det påpekes i opptrappingsplanen for rusfeltet at en trygg bolig er viktig for at hver enkelt skal være i stand til å ta utdanning, danne familie, være i arbeid og ta vare på egen helse. Boligen er en ramme for sosialt liv og gir tilhørighet til et nærmiljø og lokalsamfunn. Regjeringen anbefaler kommunene å

prioritere målsetting om å bidra til at flere personer med rusproblemer får et egnet sted å bo (Helse og omsorgsdepartementet, 2016, s. 27, 63).

Erfaringskonsulentene trekker fram at tjenesteytere i kommunen må kartlegge hvordan brukere bor. Dersom brukeren bor i et miljø hvor de blir eksponert for rus er det vanskelig å følge opp et aktivitetstilbud. Fokuset må derfor først være å bistå dem i å finne en bolig som tilfredsstiller deres behov.

De er nødt til å ha en trygg base. Hvis de sårer seg litt der ute, så må de komme hjem igjen til den trygge basen. Mange som er i rusmiljøet har aldri hatt en trygg base. Skal en ut i samfunnet og prøve seg igjen, få en del skrubbsår og avslag på veien og så må de tilbake til den trygge basen (Intervju 3).

Som del av kartlegging av bosituasjon er erfaringskonsulentene opptatt av at tjenesteytere må dra hjem til brukerne sine for å se hvordan de faktisk har det.

De må møte dem der de bor. Og se hvilke utfordringer de egentlig har, og ikke hva de sier. Hvis de er i den prosessen, eller fortsatt i rusen så legger de gjerne litt på fordi de føler skam om livssituasjonen sin. De vil ha en fasade. Det er en menneskelig ting å ha. Å lage en fasade for å bli likt. Og da klarer en gjerne ikke å være ærlig om hvor en er og hvor vanskelig det egentlig står til (Intervju 3).

I en av fokusgruppene var de opptatt av at personer som har rusbakgrunn har vanskelig for å være ærlig overfor andre tidlig i bedringsprosessen. Det vil nok også påvirke brukerens åpenhet om sine utfordringer og behov. Det vil være lettere å oppdage dette og bistå brukere videre i sin prosess dersom tjenesteytere i større grad drar hjem til sine brukere. Brukere er mer komfortabel i sitt eget hjem. Tjenesteyter vil kunne få mer tillit ved å møte bruker på hans arena, og det vil gjerne være lettere å jobbe videre med utfordringene.

Erfaringskonsulentene er svært kritiske til at enkelte brukere må tilbake til hospits etter at de har vært i behandling. Da brytes det de har bygget opp i behandling ned ganske raskt og de vil ikke bli klar for å komme i gang med aktivitet. Da er det gjerne bedre at kommunen kan være mer fleksibel på hvilke leiligheter de kan godkjenne.

Fleksibilitet med tanke på økonomi er gjennomgående i intervjuene. Det å bruke skjønn, og kunne innvilge økonomisk stønad utover det som er pliktmessig anses som nødvendig.

Erfaringskonsulentene legger vekt på at brukere er sårbare når de ber om hjelp. Da oppleves det vanskelig når de mottar avslag på søknader om økonomisk sosialhjelp. De gjentatte avslagene påfører bruker en følelse av å være liten og mindreverdige. Det er viktig for dem å møte

tjenesteytere som anvender skjønn, og at de strekker seg økonomisk for å bistå brukere i deres bedringsprosess. Dersom brukerne opplever at de bare møter motgang er terskelen for å gi opp svært liten.

Og så det der at du kommer og er sårbar og er gjerne lei av det meste. Og så kommer man jo ikke og ber om hjelp fordi det er så jævlig gøy. Det er jo fordi du er nede og trenger hjelp. Og så treffer du de som er så opptatt av regler. Det er nesten sånn at du skulle tro at det var penger fra deres egen lommebok. Og det å vise litte grann skjønn, gjerne se deg som menneske og det du står i. Du føler deg så liten og så ynkelig i det de bare avslår det ene etter det andre. Mens de gangene du kommer til de som ser deg som menneske, og som skjønner. Ok kanskje vi skal strekke oss litt nå. Hvor mye det føles for den som sitter der på ja (Intervju 1).

Det er jo ikke snakk om at man skal gi ut helt blindt. (...) Jeg har jo mange ganger opplevd det at de har vært i samme situasjon og hos en saksbehandler er det ingen problemer, mens kommer du til en saksbehandler så blir du .... Det er jo rom for å vise skjønn. Men det er noen som er så ufattelig rigide (intervju 1).

I tre av fokusgruppene er erfaringskonsulentene opptatt av at det må tilrettelegges økonomisk for at brukere kan delta i aktiviteter. Brukere har gjerne behov for midler til busstransport og nødvendig utstyr til aktiviteten. Ser en bort fra etablerte etterverntilbud for personer med rus- og psykiske problemer som ofte er gratis, må brukere påregne en kostnad for selve aktiviteten. Nordaunet (2019) vektlegger at dersom en har økonomiske midler som kan disponeres fritt til ulike formål har en større muligheter til å delta i aktivitet og velge aktiviteter ut fra egne preferanser (s. 73-77). I en av fokusgruppene kommer det forslag om at brukere kan få tildelt aktivitetskort, som gir dem mulighet til å delta på ulike aktiviteter. Dette er en eksisterende ordning for barn og unge fra familier som er økonomisk vanskeligstilt (Bergen kommune, 2020). Erfaringskonsulentene ønsker at denne ordningen utvides til å også gjelde andre brukere som ønsker å delta på aktiviteter som er aktuelle for dem. I en annen fokusgruppe er det engasjement for ordninger med ekstra tilskudd til dem som deltar i aktivitet som beregnes ut fra faktisk oppmøte. De mener at det er krevende for helt vanlige mennesker å komme i gang med aktivitet, og at det vil være motiverende for brukere å motta belønning for deres innsats.

Med tanke på økonomi trekkes det videre fram at det tar tid å orientere seg om rettigheter, og vite hva en faktisk har krav på. Erfaringskonsulentene formidler at hvor god informasjon de får om deres rettigheter, avhenger av hvilke tjenesteytere de har. Deres opplevelse har også vært at det krever mye energi og måtte søke om sosialhjelp regelmessig.

*«Det er et evig jag med stønader. Det tar opp veldig mye av den tiden som kunne vært brukt på psykisk behandling, på nettverksbygging, på alle disse andre tingene som er avgjørende for at en bruker skal klare å være rusfri å komme seg tilbake igjen i samfunnet.» (Intervju 4).*

Flere av erfaringskonsulentene forteller om deres kunnskap til systemet og hvordan de kan veilede brukerne om deres rettigheter. En av dem sier følgende om deres eget ansvar om å orientere seg om sine rettigheter:

*«Jeg sier til dem - Ikke sitt inne og vent på at livet skal komme til deg. Vær litt søkende du også. Du har mye rettigheter i forhold til NAV og sånn som det er der, men det kommer ikke dettende inn døren til deg». Erfaringskonsulenten oppfordrer sine pasienter til å utforske sine rettigheter når de er i behandling, og gjerne få veiledning fra erfaringskonsulenter» (Intervju 4).*

Sitatet viser at erfaringskonsulenten oppfordrer brukerne sine til å ta ansvar i sin egen bedringsprosess, noe som var tema i samtlige av fokusgruppene. Dette er noe jeg vil komme nærmere inn på under neste delkapittel som omhandler utvikling av identitet og sosialiseringferdigheter, og senere under realistiske krav og forventninger.

## 5.2 Utvikle identitet og sosialiseringferdigheter

### 5.2.1 Utvikle egen identitet

Å bygge identitet er sentralt både i recovery og i salutogenese. I salutogenese er det fokus på mestringressurser som egoidentitet, kunnskap og intelligens (Langeland, 2014, s. 13).

I siste fokusgruppe formidler erfaringskonsulentene at det er viktig å ha aksept for seg selv og den bakgrunnen en har. Det å bli glad i seg selv og utvikle seg som person blir også i andre undersøkelser ansett som en del av bedringsprosessen. Det innebærer å leve i tråd med ens verdier, utvikle sine kognitive evner og helse, samt oppdage egne ferdigheter. Sette pris på seg selv, våge å komme fram og ha fred med samvittigheten for fortiden er en del av det å utvikle seg selv som person (Brekke et al., 2017, s. 15-19).

Erfaringskonsulentene i denne studien formidlet at flere som har hatt rusproblemer har hendelser og erfaringer de hadde ønsket ikke hadde funnet sted. De kan derfor ha problemer med å akseptere og tilgi seg selv. Det er viktig at de får støtte fra tjenestene til å bearbeide dette. Mye av det de legger bak seg er en del av sykdomsbildet og avhengigheten til rusmidler.

Det er nødvendig at brukere blir oppfordret til å legge bort merkelapper som *narkis*, *alkis* og *rusmisbruker*. De mener at noen brukere trenger hjelp til å se det positive i livet og ikke legge så stor vekt på det som ikke er bra. Verktøy som å skrive liste over det brukere er takknemlig for hver kveld trekkes fram som eksempler erfaringskonsulentene selv har brukt i deres bedringsprosess. Dersom brukere snakker nedlatende om seg selv er det viktig at tjenesteytere utfordrer dem på dette, og hjelper dem å utvide sitt perspektiv. Har de samme nedlatende tanker om andre som har hatt problemer med rus? Det er vanskelig å ta imot bekreftelser fra andre når en er deprimert. Det som er viktig er hvordan en ser på seg selv, og at en øver på å gi seg selv små bekreftelser i hverdagen.

Jeg regner med at alle vi som har ruset seg har kjent på depresjon. Da spiller det ingen rolle om andre sier at du er et godt menneske, for det eneste som betyr noe er den måten du ser på deg selv. Og det begynner i det små. Du må bare prøve å fokusere på det positive. Pushe deg selv hver eneste dag. Litt sånne småting som i dag er jeg glad jeg har gått på tur, at jeg klarte å gå den turen. Jeg klarte å ha en samtale uten å fortelle noen at jeg var rusavhengig. (...). Ikke kall deg selv narkoman og narkis eller vanvittige dømmende ord. Jeg sier at jeg har hatt et problemfylt forhold til rus. Jeg er et menneske, jeg er ikke en narkoman (Intervju 4).

Uttalelser fra erfaringskonsulentene viser at de er opptatt av å ha et positivt fokus i oppfølging. En erfaringskonsulent forteller hvordan vedkommende i sin rolle oppmuntrer alle til et positivt syn på seg selv og livet:

Ja, jeg prøver å formidle litt håp. Du er litt sånn: Jeg kommer aldri til å kose meg igjen, jeg er ødelagt for livet og sånn som det der. Når du sier det til deg selv, er det klart at det er sånn det blir også. Det er jo klart at hvis det er det som er fokuset ditt. Prøv å bare.. Den negative tankegangen er det som er tillært. Det er bare sånn at du ikke tenker over hvordan du gjør det. Det har bare skjedd gradvis til du er der du er i dag. Og da må det gå an å forandre med å fortelle seg selv at jeg er en glad og positiv person. For eksempel det jeg likte veldig godt i behandling var en takknemlighetsliste. For hver dag du går og legger deg har du en lapp og så skriver du ned alt det positive du har opplevd den dagen for å prøve å overvinne det negative da. Selv om du kjenner på det negative så skal det ikke ut i den sammenhengen, det kan du ta hos psykologen (...) (Intervju 4).

Det å være styrkefokuset i oppfølging blir også trukket fram i studien til (Watson, 2019, s. 8-9). Hennes studie viser at erfaringskonsulentene bruker sosiale interesser og praktiske oppgaver til å trekke fram brukernes styrker. Styrkefokuset oppfølging blir derfor nært knyttet til sosial og praktisk støtte som hjelp til å få tilgang til passende tilbud, komme seg til avtaler, hjelp til å handle eller husarbeid. Sosial støtte ble gitt ved å ha enkle samtaler med hverandre. Denne formen for støtte er sentral for å minske brukernes angst for dagligdagse oppgaver (Watson, 2019, s. 8-9). Slike eksempler blir nevnt i denne studien også. Følge til aktiviteter, hjelp til å flytte, og følge i situasjoner som kan



være triggende. Støtte og hjelp til å utvide eget perspektiv bidrar til at brukeren etter hvert blir tryggere på seg selv og at vedkommende kan mestre hverdagslige situasjoner. Ved at tjenesteyter tar del i vanlige aktiviteter bidrar at brukeren kommer et steg nærmere deltakelse i samfunn og det sosiale liv og en forsterking av en identitet som medborger (Borg et al., 2017, s. 42 - 43).

Tidligere forskning viser at muligheten til å hjelpe andre ved å dele egne erfaringer virker positivt i erfaringskonsulenters egen bedringsprosess. De jobber med egen identitetsbygging og rollen deres bidrar til at de beveger seg fra en identitet forankret i skam og stigma til å kjenne stolthet over hva de har mestret i egne liv. Det at de bidrar til at andre også finner sin vei forsterker følelsen av stolthet (Watson, 2019, s. 7,9; Åkerblom et al., Inpress, s. 21-22). En av erfaringskonsulentene i siste fokusgruppe forteller dette om stolthet over egen mestring og identitet:

Jeg sier stort sett til alle at jeg har vært rusavhengig, men det er fordi, for meg så har det at jeg har vært rusavhengig og at jeg har kommet meg ut av det, og jeg har klart det jeg har klart. Det er kjempestort. Det er mer enn alle andre jeg kjenner har fått til (latter). Jeg er kongen på haugen (Intervju 4).

Flere mener at personer som har rus- og psykiske problemer har behov for behandling før de kan komme i gang med aktivitetstilbud eller kurs som krever rusfrihet. Dette ble vektlagt spesielt i to av fokusgruppene. Dette er en arena hvor en kan jobbe med å få avstand til rus og utvikle egen identitet. Betydning av behandling støttes også av tidligere studier. I en undersøkelse gjennomført av Pettersen et al. (2019) trekker brukerne fram betydningen av å motta behandling over lengre tid, enten institusjonsopphold eller deltakelse i selvhjelpsgruppe. Institusjonsbehandling gir anledning for pasienter til å utvikle praktiske ferdigheter som ikke trekkes fram ved deltakelse i selvhjelpsgrupper. Et vendepunkt som trekkes fram er når personen selv innser at han eller hun er ansvarlig for sin egen bedringsprosess. Hjelp fra andre vil ikke være til nytte dersom personen selv ikke er villig til å ta på seg den harde jobben det innebærer å bli rusfri (s. 4-5).

### 5.2.2 Sosialisingsferdigheter og etablering av nettverk

Aktivitetstilbud blir trukket fram som en god arena å bygge nettverk. Erfaringskonsulentene mener at et det er et godt tidspunkt å introdusere ulike aktivitetstilbud når bruker er i behandling. Noen forteller om egne erfaringer da de fikk besøk av ulike aktivitetstilbud, når de var innlagt på institusjon og historier om ansatte som kjørte dem til ulike tilbud. De erfaringskonsulentene som jobber i behandlingsinstitusjoner forteller om informasjon de gir om etterverntilbud, og hvordan de jobber for å få pasientene i gang med aktivitet. Andre mente at det var for lite fokus på å bygge nettverk

mens brukerne er i behandling. Opplevelsen var at det var vanskelig å komme i gang dersom brukeren ventet til vedkommende ble skrevet ut.

I opptrappingsplanen for rusfeltet peker regjeringen på behovet for å styrke tilbudene som skal bidra til meningsfull hverdag, rehabilitering, økonomisk sikkerhet og som fremmer mestringsevne og sosial inkludering. Dette på bakgrunn av at undersøkelser som er gjennomført av personer som har vært innlagt i tverrfaglig spesialisert behandling, viser ofte til fattigdom, isolasjon, ensomhet, mangel på nettverk og tilhørighet, som årsaker til tilbakefall. Undersøkelsene viser at mange opplever at oppfølging og rehabilitering i kommunene etter endt opphold er mangelfull, og at tilbudene om tilrettelagt aktivitet og arbeid kan bli bedre. Det trekkes fram at en slik tilrettelegging kan gjøres i forkant av et døgnopphold, slik at ønsket aktivitet er avklart før et behandlingsopphold starter. Slik vil den enkelte få brukt mest mulig av tiden på institusjonen på selve behandlingen i trygg forvisning om at rammebetingelsene for videre oppfølging og rehabilitering er tilrettelagt etter oppholdet (Helse og omsorgsdepartementet, 2016, s. 25-26).

En av erfaringskonsulentene i det ene intervjuet formidler følgende:

Når jeg ble rusfri var jeg et halvt år i behandling, og så når jeg kom ut var jeg et år på kveldsskole. Det var hele livet mitt. Når det var ferdig ble jeg super deprimert sant, og bare satt og glanet i en vegg. Da satt jeg egentlig bare og ventet på at jeg ikke skulle klare dette lenger, (...) i samarbeid med ruskonsulent, og samtaler med behandler og min bror – Kanskje du skal få deg en hund. Når du får deg en hund så må du også ut å preike med folk. Hvis ikke er du kjempe rar (Latter fra alle). Og da lærer du også å snakke med vanlige mennesker. Du kan ikke bare når noen har lyst å klappe hunden din så kan du ikke bare si. *Jeg er en heroinist som har vært nøktern så og så lenge.* Du må lære deg litt normale samtaler (4. intervju).

Her bekrefter erfaringskonsulenten frykten for tilbakefall når en ikke lenger deltar i en form for meningsfull aktivitet. I intervju 4 forteller flere av erfaringskonsulentene hvor viktig det var for dem å kunne ta ansvar for noe eller noen andre enn seg selv for å bli rusfri og komme i gang med aktivitet. En av informantene hadde barn, mens de andre gikk til anskaffelse av hund etter behandlingsopphold som var løsningen for erfaringskonsulentene som er sitert over.

Det å ha samtaler med andre opplever flere av erfaringskonsulentene i de ulike gruppene som utfordrende. De som har hund må ut å luften hver dag, og kommer dermed i flere situasjoner hvor de har dialog med andre mennesker. De får dermed øve seg regelmessig på å snakke med andre, samtidig som ubehaget er mindre når fokuset er mer på hunden enn på dem selv. Ved å få seg hund opplevde de også at de ble mer aktive. Noe av det samme trekkes fram med tanke på å ha barn. Som forelder er det naturlige arenaer hvor en kan bli kjent med andre mennesker. Når barna er

små kan en treffe andre foreldre på lekeklassen. Etter hvert som barnet begynner i barnehage og bruker har kun seg selv på dagtid er det mer utfordrende å ta kontakt med andre mennesker.

Det å ha en eller annen, eller et eller annet som har forventninger til deg som gjør det meningsfullt og å gjøre noe. For veldig mange er det å gjøre noe for seg selv, det er... Jeg selv har vært nedprioritert i 20 år, så er det ikke sånn at du plutselig begynner å prioritere deg selv når du blir rusfri. Du må få et nettverk, et eller annet som kan gjøre at du ikke bare for deg selv. Kanskje. Sånn som med hunden. Det blir noe annet du gjør det for også (Intervju 4).

Erfaringskonsulentene snakker om utfordringer med å bygge nettverk. I intervju 4 er det dialog rundt forventninger om nettverket brukerne skal bygge opp. Deres oppfatning er at nettverket til folk flest blir mindre etter hvert som de blir eldre. Flere har gjerne et større nettverk som barn og ungdom, og personer som er en del av et rusmiljø er vant til å ha flere mennesker rundt seg, selv om ikke alle relasjonene oppleves som gode. Dersom brukerne tror at alle mennesker i omgivelsene har større nettverk enn dem selv er det lett å kjenne på ensomhet, fordi det oppstår et misforhold mellom hvor mye sosial kontakt brukeren ønsker og hva nettverket består av. Brukerne kan dermed kjenne på følelsen av ensomhet selv om vedkommende har andre mennesker rundt seg (Henriksen, 2016, s. 139).

Erfaringskonsulentene er opptatt av at brukerne ikke har for høye forventninger til nettverket de skal bygge opp, men at de kan etablere et nettverk de er tilfreds med. For å unngå et misforhold mellom ønsker om sosial kontakt og nettverket de skal etablere kan det være hensiktsmessig å snakke om brukernes forventninger. De påpeker at det ikke nødvendigvis er behov for et stort nettverk, men at det kan være tilstrekkelig å ha enkelte personer i livet en anser som gode venner. Dette er i tråd med en salutogen tilnærming hvor en har fokus på at det er kvaliteten på sosial støtte som virker helsefremmende, og ikke størrelsen på en persons nettverk (Langeland, 2014, s. 13).

Henriksen (2016) viser til en undersøkelse som har funnet at sosiale nettverk har en sterk effekt på sosial ensomhet, men at det ikke alltid er tilstrekkelig å endre størrelsen på nettverket for å påvirke emosjonell ensomhet (s. 140-141). En sentral del med å bygge opp nettverket er å få nære relasjoner for å kunne dele personlige tanker og følelser og for å få bekreftelser fra noen som kjenner dem (Henriksen, 2016, s. 140-141). Når erfaringskonsulentene i denne fokusgruppen skiller på det å gå fra en bekjent til å kunne kalle et annet menneske en venn, tolker jeg det som at de snakker om opplevelsen av denne nære relasjonen. De er videre åpne om at de har få personer i sine nettverk som aldri har hatt rusproblemer. Det beskrives som sårbart da de alle har utfordringer, samtidig som de kan støtte hverandre. Det er like utfordrende å ta kontakt med gamle venner som å bli kjent med nye mennesker.

Erfaringskonsulentene trekker fram nødvendigheten av å utvikle språket. Etter å ha vært en del av rusmiljøet over flere år bærer språket preg av det miljøet de har vært en del av. De trekker fram at språket til personer med rusproblemer ofte skiller seg fra andre mennesker med tanke på ord, tonefall, og hvilke tema de er opptatt av. Første steget for å utvikle språket er å bli bevisst hvordan en samtaler. Strategier erfaringskonsulentene selv har brukt er å observere hvordan andre snakker, lese bøker og se filmer. Det mener strategiene er god hjelp for å utvide ordforrådet.

Rus har vært en del av deres identitet lenge. Når de møter nye mennesker er det naturlig å fortelle hvilket yrke de har. Allerede der starter utfordringen for en person som har hatt rus - og psykiske problemer over tid. *Hvordan skal de presentere seg, hva kan de fortelle om seg selv og hva bør de vente med å dele med andre?*

Flere av erfaringskonsulentene deler av deres tid i behandling. Det var høyt fokus på å snakke om temaer knyttet til rus og hvordan de har det. Deres opplevelse var at de ikke lærte å snakke om dagligdagse tema som andre snakker om. De som var en del av NA (Anonyme narkomane) forteller at de er opplært til å presentere seg med navn og at de har vært rusavhengig. Når de møter nye mennesker føler de seg nesten forpliktet til å fortelle om deres bakgrunn. Dermed er det lett å dele mer av seg selv enn hva som er naturlig i den settingen.

Det å komme i gang med aktiviteter bidrar til at brukere treffer mennesker som har samme interesser. Ved felles interesser har en et utgangspunkt for å føre en samtale med den andre. I flere fokusgrupper blir aktiviteter trukket fram som starten på å bygge et rusfritt nettverk. Dette støttes også av tidligere studier som peker på at deltakelse i aktivitet kan bidra til at en blir kjent med andre mennesker som en også kan tilbringe tid med på fritiden sin. En blir del av et fellesskap hvor humor og latter kan finne sted, en kan lære noe nytt og oppleve og mestre oppgaver som gir glede og livskvalitet (Ness et al., 2013, s. 223 - 227). Denne tilhørigheten og følelsen av å være nyttig og akseptert er viktig i recovery. Erfaringer med å bidra i samfunnet og å bety noe for andre er assosiert med å føle seg verdifull, lykkelig og ha en følelse av godhet for seg selv og andre (Brekke et al., 2017, s. 15-19). Ved at brukeren blir introdusert for andre miljøer bidrar dermed også til styrking av egen identitet som rusfri.

## 5.3 Likeverdige relasjon

### 5.3.1 Respekt og likeverdighet

Som i andre studier om recovery, framsto betydningen av relasjon i brukeres recovery som et viktig tema også her. Dette ble trukket fram i samtlige av fokusgruppene. Det presiseres at en god relasjon er grunnsteinen for at tjenesteyter og bruker kan jobbe sammen om brukerens målsettinger. Dette støttes blant annet av Karlsson og Borg (2017) som peker på viktigheten av at brukerne opplever et reell samarbeid mellom dem og tjenesteyter, og at de blir sett på som personer med ressurser og kunnskap om hva som er viktig for dem. Relasjonen må være preget av respekt, empati og forståelse, samt at tjenesteyter lytter og viser interesse for brukerne (s. 73). Dette kommer også tydelig fram i denne studien. For å bygge en god arbeidsallianse dem imellom er det avgjørende hvordan tjenesteyter møter brukeren. Det trekkes fram at brukerne må møtes med åpenhet og nysgjerrighet slik at brukeren kan få tillit til tjenesteyter. Personer med rusbakgrunn er vant med brutte relasjoner. Brukeren vil ifølge erfaringskonsulentene raskt fange opp om hjelperen er verdig hans tillit. Kontakten må være preget av respekt, og brukeren må føle seg sett og akseptert som et menneske.

(...) noe av det viktigste av alt er først å bygge en relasjon. De som kommer å bli møtt der, har årevis av brutte relasjoner, til familie, til jobb, til ja, til alt i samfunnet. Så det å bygge en relasjon og være nysgjerrig å legge fra seg andre ting, og være fokusert på det å være interessert fordi en rusavhengig eller en med psykiske problemer den leser personen over bordet i løpet av fire sekunder. Da vet han om det er tillit eller ikke. Han er så vant med brutte relasjoner (Intervju 3).

Rogers (1980) omtaler aksept, omsorg og verdsetting for «ubetinget positiv hensyn». Når bruker opplever at tjenesteyter aksepterer personen som han eller hun er, er det det større sannsynlighet for at personen vil endre seg. Erfaringskonsulentene ønsker at relasjonen mellom tjenesteyter og bruker preges av likeverdighet. Dette er helt i tråd med recovery-orientert praksis. For at dette skal være mulig er det behov for at tjenesteytere kan frigjøre seg fra systemet. En av erfaringskonsulentene sier det slik:

Jeg har alltid reagert veldig på den ovenfra og ned holdningen. Jeg som menneske - møter systemet. Da har jeg opplevd at jeg ikke har møtt sosialarbeidere eller booppfølgere som mennesker med egne hverdager og sine egne utfordringer. Jeg har møtt dem som representanter for et system. Et lite menneske mot et veldig stort byråkrati - et veldig stort system. Du blir så upersonlig gjort. Jeg tenker at likeverdighet er viktig (Intervju 2).

Her beskrives opplevelsen av å bli behandlet som et objekt. Flere studier som Hansen et al. (2013) har funnet det samme i deres undersøkelser.

Det som trekkes fram som positive møter med NAV sosialtjenesten er når de har møtt tjenesteytere de har opplevd har brydd seg om dem og de har hatt genuint ønske om å hjelpe dem i deres prosess. De opplever imidlertid at dette er personavhengig. Slik erfaringskonsulentene beskriver det er det noen ansatte som er mer opptatt av å følge lovverket og holde seg innenfor systemet enn andre ansatte. Da opplever ikke brukeren at tjenesteyteren faktisk bryr seg. Fokuset i samtalene blir gjerne innhenting av dokumentasjon, framfor å ha fokus på dem som person. Brukeren kan oppleve at det er vanskelig å få innvilget søknader om sosialhjelp, da vedkommende mangler informasjon om rettigheter og mangel på bruk av skjønn. Det blir en opplevelse av at tjenesteyter glemmer seg bak lovverket, framfor å finne muligheter å hjelpe den andre på. Det at hjelpere strekker seg ut over systemets rammer er også funnet i tidligere undersøkelser. Pettersen et al. (2019) fant i sin undersøkelse at møter med tjenesteyter som strekker seg utover systemets grenser for å hjelpe den enkelte er spesielt hjelpsomt. Det gir brukerne en følelse av at de er mer opptatt av dem enn de formelle reglene og prosedyrene ved tjenesten. Individuell tilpasset behandling, og muligheten for å dele erfaringer og motta støtte fra andre med samme bakgrunn er også sentralt (s. 4-7).

### 5.3.2 Å yte det lille ekstra

Det som går igjen i samtlige av fokusgruppene er ønske om at tjenesteyter yter det lille ekstra. For dem betyr det at tjenesteyterne våger å være personlig og gjerne dele litt av sitt eget liv. Det at tjenesteyter kan fortelle om deres egen familie og at brukeren kan bistå tjenesteyter i små utfordringer de selv har i sitt hverdagsliv, mener de bidrar til en likeverdig relasjon. En av erfaringskonsulentene sier det slik *“Vi er mennesker her - som alle prøver å finne ut av livet.”* (Intervju 2). For brukeren sin personlige utvikling er det nyttig å høre hvordan andre som ikke har hatt rus- og psykiske problemer har mestret sine liv. Dersom de får møte flere tjenesteytere i de ulike tjenestene på denne måten, kan de lære av hver enkelt og opparbeide seg flere verktøy for å mestre eget liv. De vil blant annet være interessert i å høre hvilke erfaringer tjenesteyteren deres har med å bygge nettverk. Erfaringskonsulentene er videre opptatt av at tjenesteyterne er ærlig overfor sine brukere. Dersom de har en dårlig dag er det lov å sette ord på dette. De mener at brukere vil få opp en vegg dersom han snakker med det perfekte mennesket. Dette kan kobles til det Rogers (1980) skriver om at tjenesteyter må fremstå som ekte. Jo mer tjenesteyter er seg selv i forholdet, jo større sannsynlighet er det for at brukeren vil utvikle seg og være i stand til å gjøre atferdsendringer. Ekthet i relasjonen forutsetter åpenhet om holdninger og følelser som oppstår i øyeblikket (s. 115-117).

Erfaringskonsulentene legger videre vekt på tilgjengelighet i det å yte det lille ekstra. Flere forteller om gode opplevelser hvor tjenesteyter har tatt med jobbtelefon hjem, eller at de har fått privatnummeret til tjenesteyter. Selv om de gjerne ikke kontaktet tjenesteyter utover arbeidstid var det en trygghet for dem å vite at de hadde nummeret dersom de hadde behov for å snakke. De viser til tilfeller hvor tjenesteyter har sendt dem tekstmeldinger etter arbeidstid, for å høre hvordan det gikk med dem. Det at tjenesteyteren strakk seg utover det tjenesteyter faktisk hadde lov til, gjorde at handlingen ble enda viktigere for brukeren. Det blir da tydelig for brukeren at tjenesteyter bryr seg om dem.

Andre eksempler som blir gitt er at tjenesteyter møter brukeren utenfor kontoret. Når en bruker kommer inn på et offentlig kontor går han ut av sitt element. Flere vil være redd for dette og ikke føle seg trygg i situasjonen. Grunnet angst vil de ikke klare å slappe av, og det vil være vanskelig for dem å få fram sine ønsker og behov. Dette kan kobles til asymmetriske maktrelasjoner. Makten i rus- og psykisk helsetjeneste er svært asymmetrisk fordelt mellom de overmektige ansatte og de avmektige pasientene. Selv om vi arbeider målrettet for å nøytralisere ulikheten, består den i kraft av lovverket, prosedyrene våre, og de uttalte normene som styrer samhandlingen mellom bruker og eksperten. Potensialet for å krenke og skade dem som søker hjelp er derfor stort. Det bør få oss til å være varsomme og ettertenksomme (Aarre, 2018, s. 139). Kontoret og profesjonsstatus kan bidra til å øke den asymmetriske maktrelasjonen. I tillegg til at tjenesteyter sitter på sanksjons- og ressursmidler. Erfaringskonsulentene mener at det er nødvendig at tjenesteyterne møter brukerne på deres arena, går en tur, eller tar dem med på kafe. Små enkle grep som å tilby brukeren en kopp kaffe vil være betydningsfullt. Det handler om å behandle dem som mennesker.

Brukeren trenger å føle at de er betydningsfulle for noen andre. I siste fokusgruppen forteller erfaringskonsulentene at personer som har rusbakgrunn ikke har tatt vare på seg selv over flere år. Da er det vanskelig å bli rusfri og komme videre i bedringsprosessen, uten at andre mennesker har tro på dem og viser at de ønsker at de skal lykkes. Det kan være en person ansatt i sosialtjenesten, en psykolog eller et annet menneske som de kan vise at de klarer det.

Du er i en veldig sårbar posisjon når du kommer tilbake (fra behandling). Du skal bygge opp igjen livet ditt. Da er det ikke gitt at du klarer å fikse opp alle disse tingene uten å ha folk som følger med og støtter deg opp. Da er det god hjelp å ha en veileder som spør hvilke mål bruker har i livet, hvordan vedkommende skal oppnå det og utfordre bruker på hvordan vedkommende kan forbedre livet sitt (Intervju 4).

Det å ha en eller annen, eller et eller annet som har forventninger til deg som gjør det meningsfullt og å gjøre noe. For veldig mange er det å gjøre noe for seg selv, det er... Jeg selv har vært nedprioritert i 20 år, så er det ikke sånn at du plutselig begynner å prioritere deg selv når du blir rusfri. Du må få et nettverk, et eller annet som kan gjøre at du ikke bare for deg selv. Kanskje. Sånn som med hunden. Det blir noe annet du gjør det for også (intervju 4).

Noen av erfaringskonsulentene har ikke opplevd at ansatte i sosialtjenesten yter det lille ekstra. De beskriver et strengt system hvor det er vanskelig for tjenesteytere å gå utover systemet i frykt for sanksjoner eller konflikt med arbeidsstedet. Regler som at det ikke er lov å ha brukere med i bil alene, hemmer muligheten til å følge brukere i deres bedringsprosess. Erfaringskonsulentene har en antakelse om at de personene som yter det lille ekstra får kritikk fra andre kollegaer og ledelse, og at andre tenker at de ikke handler profesjonelt. De gir uttrykk for at det kan handle om at de handlingene personene gjør ikke kan måles.

Hvis du er heldig å komme på et NAV kontor og treffer den fantastiske medarbeideren. Så gjør hun det lille ekstra, men hun får ikke betalt for å gjøre det. Og kanskje de andre ansatte på stedet hun jobber på synes det er uprofesjonelt at hun gjør det. (...) Det er jo det mest profesjonelle du kan gjøre i en bedringsprosess til noen, og yte det lille ekstra. Det er litt rart at de ikke skal få betalt for det som faktisk betyr noe, men det lar seg ikke måle. Det er ikke målbart, og måle det medmenneskelige (intervju 1).

Erfaringskonsulentene opplever at de har større muligheter enn andre tjenesteytere. De beskriver at de ikke er så fanget av systemet, og at de har mulighet til å være mer fleksibel. Deres opplevelse er at de er gitt mer mulighet til å gi det lille ekstra. Dette trekker de fram som svært effektivt. Dette er også funnet i tidligere studier som Pettersen et al. (2019). Her påpekes det at det bidrar til at brukerne får en følelse av at tjenesteyterne er mer opptatt av dem enn de formelle reglene og prosedyrene ved tjenesten (s. 4-7). Samtidig kommer det fram i de ulike intervjuene at deres grad av fleksibilitet varierer utfra arbeidssted. Erfaringskonsulenter ansatt i offentlig sektor, både kommunale og TSB tjenester har begrenset mulighet til å følge opp dem som ikke er direkte tilknyttet deres arbeidssted. Mens de som er ansatt i frivillig sektor ofte har større fleksibilitet, noe som ble løftet fram som en styrke.

Viktigheten av en god match mellom fagperson og bruker er også funnet i andre undersøkelser. En relasjon preget av humor, varme og ikke autoritær-holdning kan ikke oppnås med alle. Det kan likegodt handle om fagpersonens egen trygghet og om de er i harmoni med seg selv (Brekke, Lien, Nysveen, et al., 2018, s. 4-5). I en av fokusgruppene påpekes det at tjenestene må ta stilling til hva som kan gjøres dersom kjemien mellom tjenesteyter og bruker ikke er til stede.

Erfaringskonsulentene trekker fram at det i noen tjenester er svært vanskelig å få byttet tjenesteyter og at det bør være mulig å legge til rette for dette. De er opptatt av at tjenesteyter ikke må legge ansvaret over på personen dersom samarbeidet dem imellom ikke har fungert. Tjenesteyter kan gjerne legge det på seg selv og formidle til bruker at tjenesteyters kompetanse ikke strekker til og at det er hensiktsmessig å få inn noen nye øyne i brukers sak.



### 5.3.3 Ektefølt empati

Flere erfaringskonsulenter beskriver at brukere lettere får tillit til dem enn andre tjenesteytere, og at det de formidler har mer troverdighet. Dette på grunn av deres erfaringskompetanse. Om dette fortelles det at de har en tilknytning i bunn ved at de har opplevd det samme. De fremmer flere eksempler på situasjoner der de og andre tjenesteytere gir samme informasjon til brukerne, og hvilken positiv effekt det har når det kommer fra dem. Det påpekes at flere av brukerne har et anstrengt forhold til fagpersoner generelt. Likevel legges det vekt på at det ikke er tilstrekkelig at ansatte har erfaringskompetanse. Det handler om de menneskene de er, og hvordan de evner å bruke erfaringene sine i møte med brukerne.

Det har mest med bakgrunnen å gjøre. Det er noe med at like barn leker best. Du har evnen til å.., en fagperson kan på mange måter være støttende og hjelpe mye, men når du snakker med noen som faktisk har vært gjennom det samme som deg, så gjør det noe (...) Du må treffe noen som har hatt de samme utfordringene, de samme tankene som kan relatere til den situasjonen du er i så gjør det noe med samtalen og tilliten (Intervju 4).

Denne tilknytningen som erfaringskonsulentene beskriver er det Watson (2019) referer til som «liminal position». På grunn av deres bakgrunn med rus- og psykiske lidelser og mottaker av tjenester, har de en unik posisjon mellom bruker og andre ansatte. Den følelsesmessige nærheten i likepersonstøtte har flere kjennetegn ved et vennskap og erfaringskonsulentene har også en unik posisjon mellom det å være venn og tjenesteyter (8-10). Som Watson (2019) beskriver «love labour» bruker erfaringskonsulentene sin erfaringskompetanse bevisst for å etablere en trygg relasjon bygget på likhet, følelsesmessig ærlighet, kjærlighet, ekthet og gjensidighet (s. 9). De er mer tilbøyelig til å føle seg følelsesmessig bundet til brukerne enn tjenesteytere uten erfaringskompetanse. De kan gjenkjenne følelser hos brukerne, og kjenne dem på kroppen. Den sterke følelsesmessige forbindelsen blir ansett som en viktig faktor for brukers utfall, men har samtidig sine utfordringer. Det er viktig å sikre trygghet for både den som gir og mottar støtte (Watson, 2019, s. 7-9).

Den siste definisjonen til Rogers (1980) beskriver at det å være empatisk er en kompleks, krevende og sterk – men likevel også en mild og varsom måte å være på:

En empatisk måte å være sammen med en annen person har flere sider. Det betyr å komme inn i den andres private perseptuelle verden, og være fullstendig hjemme i den. Det innebærer å være følsom til de skiftende sinnsstemningene som vedkommende opplever. Det betyr å midlertidig leve i den andres liv, bevege seg hensynsfullt uten å dømmes; det betyr å fange opp sammenhenger som vedkommende knapt er klar over selv, men uten å prøve og avdekke helt ubevisste følelser, da dette kan være for truende. Det inkluderer å formidle din forståelse av personens verden slik du ser den med friske og uredde øyne på elementer som han eller hun er redd for. Det betyr ofte å sjekke med den andre hvorvidt oppfatningene dine er nøyaktige, og bli styrt av svarene du mottar. Du er en trygg følgesvenn til personen i hans eller hennes indre verden. Ved å peke på de ulike forståelsene av den andres opplevelser, hjelper du den andre til å fokusere på en mer hensiktsmessig betydning, og dermed oppleve erfaringen mer helhetlig og gå videre (Min oversettelse av Rogers definisjon s. 142)

Rogers (1980) poengterer at å være sammen med en annen på måten som beskrevet over er det nødvendig å legge egne synspunkter og verdier til side for å komme inn i en annen verden uten fordommer. Han mener at dette bare kan gjøres av personer som er sikre nok i seg selv til at de vet at de ikke vil gå seg vill i det som kan vise seg å være den andres rare eller bisarre verden, og at de komfortabelt kan vende tilbake til sin egen verden når de ønsker det (s. 143).

Empatisk forståelse betyr at tjenesteyter sanser nøyaktig følelsen og personlige betydninger som bruker opplever og formidler denne forståelsen til bruker.

Tjenesteyter er så mye inni den andres private verden at personen kan uttrykke både det bruker er bevisst, men også det som er like under bevissthetsnivået. Rogers (1980) poengterer at empatisk lytting er en av de mest kraftige forandringskreftene han kjenner (s. 115-117).

Når brukere blir akseptert og verdsatt, har de en tendens til å utvikle en mer omsorgsfull holdning til seg selv. Etter hvert som de blir hørt på en empatisk måte, blir det mulig for dem å lytte mer nøyaktig til indre opplevelser. Som en person som forstår og verdsetter seg selv, blir jeget mer i harmoni med opplevelsene. Personen blir mer ekte. Disse tendensene, sammen med tjenesteyters holdninger, muliggjør selvutvikling (Rogers, 1980, s. 115-117).

## 5.4 Realistiske krav og forventninger

### 5.4.1 Krav og forventninger en del av myndiggjøring

Empowerment er sentralt i recovery. Det handler om personlig ansvar, å ha kontroll over livet og fokusere på styrker (Bird et al., 2014, s. 649-650). Fokus i oppfølging skal prege personlig kontroll og ansvar. Som del av intervjuguiden var krav og forventninger til bruker et tema i alle fokusgruppene, og samtidig et tema som ble tatt opp flere ganger i løpet av intervjuene. Spørsmål om hvilke krav og forventninger en kan stille til brukerne i deres bedringsprosess, var kanskje det spørsmålet det var mest vanskelig for informantene å gi et tydelig svar på. Denne utfordringen er også nevnt i andre undersøkelser. En studie hvor fagpersonell har uttalt seg om dette, sier de at det er vanskelig å vurdere balansen mellom hvor mye hjelp de skal tilby, og hvor mye ansvar de skal legge på personen selv. Å gi for mye praktisk hjelp kan bidra til umyndiggjøring og skape avhengighet til hjelpeapparatet. For liten grad av intervensjon kan hindre muligheter for positive endringer for brukeren (Brekke, Lien, Nysveen, et al., 2018, s. 4-5).

Det som erfaringskonsulentene i de fire fokusgruppene var opptatt av, var at det måtte stilles realistiske krav og forventninger til bruker. Det er tydelig enighet om at det er viktig å ha dialog om krav og forventninger. En av erfaringskonsulentene sier følgende om viktigheten av at det stilles krav til brukerne:

Du får ikke mulighet til å vokse som en person dersom du blir dullet med som en seksåring. Det er noe med, du er faktisk snill når du setter krav og har litt forventninger. Det er litt av grunnen til at vi ikke bare skal ha lavterskeltilbud (...). Vi kan ikke plassere de her, og tenke at her skal dere være. En må kunne strekke seg. Ja, du kan få være her, men her forventer vi sånn og sånn. Folk hadde ønsket det, og de som ikke ønsker det er gjerne ikke klar for det. Ja. Forventninger tror jeg er utrolig viktig.

Grunnen til at jeg maser på mye om krav. Det er jo rett og slett at vi ikke kan legge alt ut til alle andre. Det handler jo om oss selv. Vi også må gjøre et stykke arbeid. Det er derfor de derre kravene. Hvis alt skal dikedullast så kommer man ingen vei. Du må jo faktisk ville noe selv (Intervju 1).

Det at tjenesteyter har forventninger til brukeren, mener erfaringskonsulentene er i tråd med det å ha tro på, og se ressurser og muligheter for den enkelte. Det gir brukerne en følelse av at tjenesteyter vil dem vel, og gir dem noe å strekke seg etter. Flere av erfaringskonsulentene formidler at de ikke hadde klart å komme i behandling, startet i aktivitetstilbud eller fått tilbud om jobb, dersom de ikke hadde hatt kontaktpersoner som utfordret dem. Erfaringskonsulentene formidler følgende om hva brukerne har behov for i deres bedringsprosess: «noen som ikke gir deg opp, og

*noen som pusjer litt på og venter til den dagen der du plutselig er klar.» (Intervju 4). Det handler om å finne passe utfordringer, ikke gi opp og heie fram den enkelte.*

#### 5.4.2 Krav til rett tid

Det er svært individuelt hva en kan forvente av hver enkelt bruker, og det varierer ut fra hvor de er i sin bedringsprosess. Flere av brukerne er velstelt og pent kledd, og dersom tjenesteyter selv ikke har personlig erfaring med rus- og psykiske lidelser, kan det være vanskelig å stille realistiske krav. Et eksempel kan være at tjenesteyter forventer at brukeren selv skal ringe til et aktivitetstilbud for å lage avtaler. Det er viktig at tjenesteyter faktisk sjekker ut med brukeren hva han kan mestre, og at tjenesteyter støtter brukeren i den prosessen vedkommende er i.

Det er lettere å stille realistiske krav og forventninger når tjenesteyter kjenner brukerne godt.

Tjenesteyterne må derfor bruke god tid på dialog og faktisk bli kjent med brukeren. Samtaler om hva målet til bruker er, og hvordan sosialtjenesten kan bistå dem i å komme der, bør også inneholde spørsmål om forventninger. Det er en fordel at dette skriftliggjøres slik at en kan bruke det videre i prosessen. Individuell plan og ukeplan blir nevnt som eksempler som kan anvendes.

Tjenesteyter må stille krav ut fra det den enkelte mestrer. Alle fokusgruppene er opptatt av at en kan øke krav og forventninger underveis i bedringsprosessen. Da har brukerne gjerne mer på plass i livene sine slik at de kan tåle en høyere grad av forventning til seg. Dersom det stilles høye krav når alt i livene deres har raknet, vil det være svært uheldig. Følgende sitat illustrerer det flere av erfaringskonsulentene formidlet om dette:

Og så må de kjenne folkene sine. Jeg har flere ganger hatt oppfølging med folk der personene er så dårlig at de klarer så vidt å gå ut døren. Så det er mye selvmordstanker. Da må NAV sosialtjenesten koble seg på, og ikke la vedtak stoppe opp, fordi de ikke har sendt utskrift av kontoen. Det er ikke fordi de ikke vil, at de ikke kommer med den. Det er fordi de ikke klarer. Og det må de bli mye flinkere å se. Altså. Hvis økonomien, og du ikke får råd til mat, i tillegg til alt det andre du sliter med. Det blir i alle fall ikke bedre av det. Det å holde hjulene i gang. Da er vi tilbake til det å stille litt krav på de rette tidspunktene. Ikke når alt har raknet. Da hjelper vi til (Intervju 1).

Dette støttes av tidligere undersøkelser. Brekke, Lien, Nysveen, et al. (2018) trekker fram at det er spesielt utfordrende å stille krav og forventninger i situasjoner hvor bruker har dårlige boforhold, lite nettverk, dårlig økonomi, og lite støtte i nettverk. De fant at det var behov for utvidet hjelp når livssituasjon var preget av kaos og kriser, og gradvis overføre mer ansvar til personen (Brekke, Lien, Nysveen, et al., 2018, s. 4-5).

Samtidig som krav og forventninger blir lagt vekk på er flere opptatt av at tjenesteytere må vise forståelse for at bruker er i en vanskelig situasjon. Flere ønsker en nedtoning av negative konsekvenser når bruker ikke mestrer eller følger opp avtaler. Eksempler som trekkes fram er trekk av sosialhjelp når bruker ikke møter til samtale med tjenesteyter, eller møter på et aktivitetstilbud. Da ønsker erfaringskonsulentene at bruker i stedet kan få tilbud om ny avtale, og at dette tilrettelegges ut fra dagsformen til bruker. Det kan for eksempel lages avtale om at dersom bruker ikke klarer å komme seg til avtale på egenhånd kan tjenesteyter komme hjem å kjøre til aktivitet. Andre eksempler hentet fra spesialisthelsetjenesten, er dårligere henteordning av LAR medikament, dersom brukeren har hatt en rusepisode.

De mener at det er viktig at tjenesteytere unngår å være moraliserende overfor bruker. Dersom bruker ikke klarer å følge opp de kravene som er satt, er det viktig at tjenesteyter ikke blir konfronterende i sin veilederstil. Da er det bedre å senke forventningene. Opplevelsen av å bli møtt med moraliserende holdninger beskrives her:

Hver gang jeg tok store steg tilbake, kjente jeg på den skammen og opplevelsen av å svikte meg selv hele tiden. Men også det å møte en sosialarbeider som satt med; «No igjen, har du ikke lært noe?» Og du satt med den bebreidelsen derfra samtidig. Det gjorde det vanskelig for meg å gjøre meg tilgjengelig når jeg hadde feilet igjen. Da ville jeg ikke at de skulle nå meg verken på epost eller telefon (Intervju 2).

Erfaringskonsulentene viser stort engasjementet over økonomisk tilskudd for å delta i aktivitet, hvor det er større fokus på å belønne positive atferd fremfor straff og negative konsekvenser når en ikke klarer å møte.

Med tanke på brukernes krav og forventninger til seg selv, påpeker flere at det er viktig å ikke sette seg for store mål, men heller små delmål. En av dem forteller om en trappetrinnmodell anvendt i behandling. På toppen av trappen er hovedmålet, mens hvert trinn representerer et delmål for å komme seg til målet. De er opptatt av at tjenesteyterne har fokus på å bekrefte bruker når de oppnår delmål eller ved forsøk på endring. Det er ikke sikkert brukeren legger merke til alt de mestrer på vei mot målet. Da er det spesielt viktig at tjenesteyter uttrykker dette eksplisitt.

## 5.5 Brobygger til aktivitet

### 5.5.1 Sikre overganger

Det er nødvendig å ha brobyggere som følger brukerne og sikrer gode overganger. Overganger er sårbare, og brukerne er i spesielt behov av tjenesteytere de er trygge på. Det å starte med aktivitet representerer en slik overgang, sammen med overgang fra kommune til innleggelse i TSB og omvendt. En av erfaringskonsulentene beskriver dette på følgende måte:

Det å ha en ressursperson som kan gå veien med deg på tvers av linjene, som skaper trygghet om går fra der til der, eller der til der. Så har du på en måte en du føler deg trygg på, en du stoler på og en som kan gå veien slik at det ikke blir så brå overganger. Nå er du der, og nå er du der så nå blir du avsluttet (intervju 1).

Helsemyndighetene har fokus på å sikre gode overganger og forhindre glippsoner. I Meld. St. 26 (2014-2015), Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet, påpekes det at et godt plan- og koordineringsarbeid vil gi en oppfølgingstjeneste som bedre enn i dag understøtter brukerens egne behov, og samtidig bedre stimulerer til god helse, meningsfull aktivitet og bedre livskvalitet. Kommunens rolle er nøkkelen for å lykkes med å skape bedre oppfølgings og etterverntjenester (Helse og omsorgsdepartementet, 2014, s. 64).

Opplevelsen erfaringskonsulentene har er at dette ikke er systematisert (...). De beskriver glippsoner i systemet, hvor folk dør, og tjenester som ikke tar ansvar. De opplever at det kun er enkelte tjenesteytere som yter det lille ekstra, som har fokus på å sikre overgangene og som handler utover det som faktisk er forventet av dem.

Når erfaringskonsulentene beskriver en ressursperson, tolker jeg det som det som ofte betegnes som koordinator. For dem som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har kommunen en plikt til å tilby koordinator og de har videre en rett til individuell plan. Tidligere forsøk som er gjort viser at faste kontaktpersoner bidrar til å gjøre tjenestene mer tilgjengelig, bedre individuelt tilpasset og mer involverende. Dette er et behov når tjenestene for mange oppleves som fragmentert (Helse og omsorgsdepartementet, 2016, s. 44).

### 5.5.2 Kunnskap om tilbud

Erfaringskonsulentene er opptatt av at kommunen må ha kunnskap om de ulike tilbudene som eksisterer. Det er mange tilbud og det kan være vanskelig å orientere seg uten at en har oppfølging fra en som har inngående kjennskap til de tilbud som er tilgjengelig. Det innebærer at en har god oversikt over ulike tilbud og hvilke forventninger aktivitetstilbudet har til deltakerne. En av dem formidler følgende som typisk for det flere uttrykker:

*«Bistanden starter med å ha inngående kunnskap om de ulike tilbudene, hvilke kriterier som stilles for at en kan delta i de ulike tilbudene, og hva en trenger for å kunne gjennomføre de ulike tingene»*

(Intervju 2).

Samtidig legger erfaringskonsulentene i tre av intervjuene avgjørende vekt på at ansatte i kommunen må oppsøke tilbudene for å få inngående kjennskap til dem. Ved å besøke tilbudene kan en kjenne på atmosfæren der, få innsikt i hvem som bruker de ulike tilbudene, og lettere kunne matche brukerne til aktuelle steder. Samtlige av dem er enig i at det er viktig å oppsøke tilbudene, samtidig som det er ulike meninger om hvor lenge og ofte en bør være der for å få et riktig bilde av tilbudet. Noen foreslår at en kan være 1-2 timer på hvert tilbud, mens andre tenker at det er viktig å gå flere ganger for å få et nøytralt bilde av hvordan atmosfæren faktisk er på aktivitetstilbudet. Ved at ansatte i sosialtjenesten oppsøker og blir bedre kjent med aktivitetstilbudene vil de ha mer troverdighet når de informerer brukerne om de ulike tilbudene, og brukerne vil få mer tillit til informasjonen de får.

Flere av erfaringskonsulentene trekker fram styrker de har i oppfølging av dem som ønsker å komme i gang med aktivitet. Dette innebærer at de har brukt tiltak selv, eller at de har brukt tid på å bli godt kjent med de ulike tilbudene. En av erfaringskonsulentene mener at en av forskjellene når erfaringskonsulenter og andre tjenesteytere oppsøker aktivitetstilbudene, er at de snakker med dem som benytter seg av tilbudene fremfor å snakke med lederne. De mener at de som benytter seg av tilbudene kan gi et mer riktig bilde av hvordan tilbudet er. Den inngående kunnskapen de har opparbeidet seg ved å bruke tilbudene selv eller dialog med deltakerne, mener erfaringskonsulentene gjør at brukerne har større tillit til dem, og at de vil være bedre på å matche brukere til aktiviteter som passer dem.

Samtidig som det er nødvendig at tjenesteytere i kommunen er godt kjente med aktivitetstilbud som er etablert for personer med rus- og psykiske problemer, mener erfaringskonsulentene at det er viktig at de ikke tenker at dette er løsningen for alle. Følgende sitater illustrerer dette:

*“Det passer ikke alle å gå på disse ettervernstilbudene. Jeg kjente og veldig på det at når jeg har prøvd å etablere nye nettverk. Har jeg hatt behov for å få distanse til ruslivet og prøve meg på helt andre arenaer (Intervju 2).*

*En må se an hvem en har som klient. Jeg husker det var en vi hadde på jobben som aldri hadde vært i et rusmiljø. Jeg tror han hadde vært alkoholiker i et år eller noe sånn, men aldri vært i et miljø. Han visste ikke hva rus var egentlig. Ettervern er veldig bra, og noen begynte å pushe på at han måtte på MO senter. Da tenkte jeg litt for meg selv at dette er ikke bra. Han som aldri hadde vært i rusen skulle begynne å henge med mange andre med et rusproblem. Gjerne ikke det beste for han (Intervju 4).*

I etablerte etterverntilbud møter de likesinnede som har lignende bakgrunn som dem. For noen kan det være en utfordring, spesielt i situasjoner hvor noen av deltakerne begynner å ruse seg igjen. I brukernes bedringsprosess er det også viktig å lære av andre som har levd rusfrie liv. Det handler om å utfordre seg selv og få kunnskaper om hvordan samtaler forløper seg hos personer som ikke har hatt problemer med rus. Det er behov for å også løfte blikket utover etterverntilbud som er etablert for personer med rus- og psykiske problemer å tilby andre muligheter for de brukerne som har behov for det. En god hjelp for bruker kan være at tjenesteyter i sosialtjenesten søker på nettet, sammen med brukeren, etter aktuelle tilbud. Det kan være ordinære klubber innenfor ballspill, sjakk eller andre interesseområder.

Tilbud utover de aktivitetstilbudene som er etablert for personer med rus- og psykiske problemer har gjerne medlemskontingent eller andre kostnader som brukeren ikke er i stand til å betale. Samtlige av fokusgruppene er opptatt av at sosialtjenesten må tilrettelegge økonomisk for deltakelse i aktivitet. Dersom sosialtjenesten ser bort fra dette, vil økonomi være til hinder for at brukere klarer å komme i gang med meningsfull aktivitet.

### 5.5.3 Brukerens premisser

Erfaringskonsulentene er opptatt av at det er brukeren som må definere hva meningsfull aktivitet er for dem. *“Det er viktig at meningsfull aktivitet gir mening for den som skal utføre den”* (intervju 3). Tjenesteyter i kommunen må faktisk spørre bruker etter deres ønsker og interesser, og ta dette på alvor. Det er viktig at brukere ikke føler seg presset til å drive med aktiviteter de selv ikke har interesse for.



Brukere har behov for tjenesteytere som motiverer dem til å finne aktiviteter de vil trives med. Det er viktig å bruke tid på å finne et tilbud der brukeren opplever å bety noe, at brukeren har noe å bidra med og føler tilhørighet. Dersom brukeren ikke har klare ønsker, kan de bli introdusert for ulike aktiviteter. Ved å bli introdusert for ulike tilbud, vil de etterhvert finne den aktiviteten som fanger deres interesse. Det kan for noen være en lang prosess. Det er viktig at tjenesteyter ikke gir brukeren opp, selv om brukeren ikke ønsker eller er klar til å komme i gang med en aktivitet umiddelbart.

I et av intervjuene har erfaringskonsulentene dialog rundt begrepet aktivitet. De er opptatt av at det ikke må være så stort. For mange kan det å gå en tur i nabolaget være en begynnelse. De legger vekt på at det å komme seg ut en liten tur påvirker hjernen i positiv forstand, og at det er en start på å innarbeide rutiner.

Flere erfaringskonsulenter påpeker viktigheten av at tjenesteyter fortsetter å følge opp brukeren etter at de har funnet den aktiviteten de ønsker å drive med. Det må fortsatt være dialog for å sikre at tilbudet samsvarer med brukers behov. Det betyr at brukere ikke skal gro fast på et enkelt etterverntilbud, men at de får hjelp til å utfordre seg selv og bruke sitt potensialet.

Det uttrykkes stort engasjement for at sosialtjenesten må handle raskt når brukere henvender seg med ønske om aktivitet. De mener at det ideelle er at sosialtjenesten følger dem til aktivitet samme dag eller dagen etter. De er opptatt av at sosialtjenesten må ta brukeren på alvor selv om gjerne brukeren ikke har mestret å komme i gang tidligere. Det er viktig at de ansatte ikke gir brukerne opp, men at de fortsetter å ha tro på dem og støtter dem videre i prosessen. Motivasjon er ferskvare og dersom brukerne ikke blir tatt på alvor når de er klar vil de raskt forkaste sine ønsker om å komme videre i sin bedringsprosess.

*“Du skal møte personen som sitter foran deg, og kommer personen og sier at han er klar så må de agere den dagen. De kan ikke si så flott - dette tar vi opp på neste møte. De må agere med en gang. Ellers er vedkommende ut igjen ganske fort” (Intervju 3).*

Erfaringskonsulentene er opptatt av at det brukes ressurser på de brukerne som er klar for å komme videre i sin bedringsprosess. I en av fokusgruppene forteller de om deres opplevelse av at unge mennesker får styrket oppfølging. Samtidig som de mener at det er positivt, ønsker de at sosialtjenesten også prioriterer personer med rus- og psykiske problemer når de er klar for endring uavhengig av hvor gammel de er.

#### 5.5.4 Følge til aktivitet

Sosial angst trekkes fram av flere erfaringskonsulenter som et hinder for å komme i gang med aktivitetstilbud. En av erfaringskonsulenter påpeker:

Det finnes jo utrolig mange tilbud (...), men det å få folk med er ufattelig vanskelig og angst er nok et stort hinder for mange. Å møte opp et helt nytt sted, med mange nye mennesker, treningsopplegg som mange har. Da skal det mye til. Hvis en har noen med første gangen som pusher deg litte grann (Intervju 4).

Samtlige av fokusgruppene har lagt vekt på at det er nødvendig at noen følger til aktivitetstilbud. På denne måten vil det være lettere for den enkelte bruker å komme i gang med en ønsket aktivitet, bli kjent med de andre som deltar der, og etter hvert kunne komme seg til aktivitetstilbudet på egen hånd. Det at tjenesteyteren tar seg tid til å følge til en aktivitet mener de vil være relasjonsbyggende. Brukeren vil kunne føle seg sett samt sitte med en opplevelse av å bli tatt på alvor og å spille på lag med tjenesteyter. Dette er også funnet i tidligere studier. Brekke, Lien og Biong (2018) fant at brukere satt pris på fagpersoner som utfordret brukerne til å delta i aktiviteter, og som fulgte dem til aktiviteten i starten. Flere i deres undersøkelse ønsket at tjenesteyter ikke bare ga brukerne informasjon om tilbudene, men i større grad var med dem til aktivitetene (s. 57-60). Nordaunet (2019) peker også på behovet for at tjenestene blir mer oppsøkende for å nå ut til personer som av ulike grunner ikke evner å nyttiggjøre seg aktivitetstilbud (s. 73-77).

I den ene fokusgruppen, intervju 1, presiserer de at det ikke er nødvendig av tjenesteyter presenterer seg som en ansatt fra en offentlig instans når de følger bruker til aktivitetstilbud.

Det trekkes fram at det finnes ambulerende tjenester som FACT team og overdoseteam og at det er like stort behov for ambulerende tjenester i NAV som kan følge opp dem som ønsker å komme i gang med aktivitet. Det at ansatte i sosialtjenesten kommer seg ut av kontoret trekkes fram som særskilt viktig. Erfaringskonsulentene har ulike erfaringer med hvor vidt dette gjøres i de ulike tjenestene, men det er enighet om at dette bør gjøres i større grad. En av erfaringskonsulentene beskriver en opplevelse av at tjenesteytere trives godt på kontoret sitt hvor de selv er trygge, og at det nå er behov for å gi brukeren kontrollen tilbake. Det er behov for at de ansatte beveger seg på brukernes arenaer, eller der de ønsker å finne seg nye arenaer.

### 5.5.5 Tverrfaglig samarbeid

Erfaringskonsulentene er opptatt av tverrfaglig samarbeid for å støtte bruker med deres målsettinger. De mener at det handler om at tjenestene skal spille hverandre gode, og at ingen trenger å være alene om å støtte brukeren i deres bedringsprosess. Dette illustreres ved følgende sitat: «*Det er det samarbeidet, det er nøkkelen til suksess.*» (Intervju 3). Om det er noe de ansatte i en tjeneste ikke føler de har nok kunnskap om, er det lov å være ærlig om det. Da er det mulig å koble på andre som er spesielt god på det området. Da blir ansvaret fordelt og flere tar del i brukerens recovery. Dette kan være erfaringskonsulenter, frivillige organisasjoner eller andre aktuelle. Dette trekkes også fram av regjeringen. De ønsker at kommunene i større grad samhandler med ideelle og frivillige organisasjoner omkring nettverk- og aktivitetsarbeid. Regjeringen har derfor styrket ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstiltak rettet mot personer med rus- og psykiske problemer (Helse og omsorgsdepartementet, 2016, s. 61).

Det å kunne erkjenne at en mangler kompetanse om et spesifikt område og evne til å trekke inn andre i samarbeidet, anser erfaringskonsulentene som en styrke hos tjenesteyter. Nettopp dette trekkes fram som en styrke de mener erfaringskonsulentene har, samtidig som de fremmer et ønske til offentlige tjenester om mer ydmykhet, slik at brukerne kan få best mulig tjenester. Dersom en mangler ydmykhet, vil fort dette være en begrensning i brukers bedringsprosess.

Samtlige av erfaringskonsulentene er opptatt av at deres kompetanse kan komplementere kompetansen fagpersonell besitter. En av erfaringskonsulentene sier dette om samarbeid med erfaringskonsulenter:

Poenget er at når du kjenner at din kompetanse ikke strekker til, er det viktig at du kan koble på noen som kan se på ting på en litt annen måte og være åpen for andre løsninger og andre syn på ting. Så er det noe med at selv om ikke min vei er den rette for alle, så har vi alle noe likt. Følelsene er jo veldig lik, så vi kan mye raskere enn deg koble oss på hvordan det går med den personen nå. Og så er vi ikke redde for å si det heller. Vi sier no bare; *kjenner du på sånn nå?* Bommer vi, så bommer vi. Men mest sannsynlig så gjør vi ikke det. Vi skjønner ka det er. Da kommer du mye tettere og lengre tror jeg (Intervju 1).

Selv om de alle er opptatt av at erfaringskonsulenter blitt tatt med i det tverrfaglige samarbeidet, setter en av erfaringskonsulentene fingeren på noe de andre erfaringskonsulentene ikke deler sine betraktninger om. Vedkommende sier *“Ikke alle ønsker å snakke med erfaringskonsulenter: Mine forbilder var de som var nøktern, som aldri hadde ruset seg. Jeg hadde jo forakt for meg selv som hadde ruset meg, hvorfor i all verden skulle jeg høre på en annen som hadde ruset seg”* (Intervju 1). Dette understøtter det Karlsson og Borg (2017) sier om at brukerne selv må få mulighet til å velge om de ønsker å forholde seg til fagpersonell eller erfaringskonsulenter (s. 25).

Det uttrykkes at det er behov for et mer likeverdig samarbeid mellom ansatte fra både kommunen, spesialisthelsetjeneste og erfaringskonsulenter. Noen har en opplevelse er at tjenestene har ulik status og at dette hierarkiet gjør at en ikke klarer å samarbeide til det beste for brukerne. En av erfaringskonsulentene sier følgende om sitt inntrykk av det nåværende samarbeidet:

Vi i spesialisthelsetjenesten er her (holder oppe hånden), og kommunen er her (holder ned hånd). Og at det ikke er en klar enighet om at vi er her for å samarbeide, sant. Så jeg tenker at det lederne fra de ulike tjenestene burde gå sammen. Ok, vi er her for et felles mål og det er å hjelpe brukere ut av rus og etablere rusfrie nettverk. Og så snakke sammen. At alle er. Du har brukererfaring, du har lederne der og så snakker man sammen. Jeg tror man finner ut mye bra der. Og så sette det i gang. Ikke bare møter på møter på møter. Og så er det «Vi har hatt møte – se hvor flink vi er», men gjøre noe med det da (intervju 2).

De nåværende tjenestene blir beskrevet med ord som ansvarsskrivelse og glippsoner, som er resultat av et mangelfyllt samarbeid. De er opptatt av at tjenestene i større grad må ha dialog med hverandre for å fordele roller og oppgaver, og ikke være låst i en forestilling om at det er den andre tjenesten sitt ansvar.

## 6. Diskusjon

I dette avsluttende kapitlet vil jeg samle trådene fra forrige kapittel for å besvare forskningsspørsmålene:

*Hva må være på plass for at personer med rus- og psykiske problemer evner å komme i gang med meningsfull aktivitet og etablere et rusfritt nettverk? Og hva er viktig i oppfølging av personer med rus- og psykiske problemer i deres bedringsprosess?*

Diskusjonen bygger på den empiriske analysen som jeg presenterte i kapittel 5. Med utgangspunkt i dette diskuterer jeg hvilken betydning studiens funn har for erfaringskonsulenters rolle og recovery i rus- og psykisk helsetjeneste.

Jeg vil først se nærmere på funnene i studien som handler om hva erfaringskonsulentene mener må være på plass for at personer med rus- og psykiske problemer skal evne å komme i gang med meningsfull aktivitet og etablere nettverk. Der i blant «sikre økonomi og bolig», og muligheten til å «utvikle identitet og sosialiseringsevner». Jeg vil deretter se på funnene som handler om hva erfaringskonsulentene anser som viktig i oppfølging av personer med rus- og psykiske lidelser for at de skal komme i gang med meningsfull aktivitet og etablere nettverk. Her er «likeverdige relasjon», «realistiske krav og forventninger» og «brobygger til aktivitet» sentralt.

### 6.1 Grunnleggende faktorer som må være på plass for å komme i gang med aktivitet

Det som samtlige av erfaringskonsulentene trekker fram som grunnleggende er å «sikre bolig og økonomi» (jmf. 5.1). Dette støttes av tidligere forskning (Brekke et al., 2017, s. 15-19; Nordaunet, 2019, s. 73-77). Ut fra kunnskapen erfaringskonsulentene har gitt oss i denne studien, kan vi se at det er behov for at ansatte i rus- og psykisk helsetjeneste i mye større grad drar hjem til brukerne for å kartlegge hvordan de bor og hvordan de faktisk har det. Fokus på gode trygge boliger er helt nødvendig, og spesielt viktig i overgangen fra institusjon til hjem. Det må være rom for fleksibilitet rundt bolig og økonomi. Det er nødvendig at det anvendes skjønn i økonomisk saksbehandling for å sikre den enkelte. I tillegg til å redusere fattigdom handler dette om å vise støtte til den enkelte i deres recovery. For at flere skal evne å delta i aktiviteter er det nødvendig å tilrettelegge økonomisk til busstransport, nødvendig utstyr eller kostnad til ønsket aktivitet dersom bruker selv ikke har midler til dette.

Erfaringskonsulentene mener at det er behov for bedre informasjon om økonomiske rettigheter. Det som kommer fram i studien er at hvilken grad bruker mottar informasjon om sine rettigheter avhenger av hvem som er tjenesteyter. Det er en opplevelse av at informasjonsflyten er bedre og at søknader i større grad blir imøtekommet dersom andre, eksempelvis erfaringskonsulenter, følger bruker til samtale. Dette er erfaringskonsulentene kritisk til da det gir et uttrykk for at brukernes ønsker og behov ikke blir tatt på alvor, og liten grad av brukermedvirkning i praksis.

Norske undersøkelser trekker fram at erfaringskonsulenter fungerer som brobygger overfor ulike instanser og brukere. Erfaringskonsulenter kan fungere som oversettere i situasjoner med frustrasjon, eller dersom bruker ikke klarer å formidle det de har på hjertet eller ikke forstår fagspråket. Med sin kompetanse fra begge leirer kan de bidra til å nyansere og skape forståelse begge veier. De kan bidra til refleksjoner rundt andre muligheter for å forstå et budskap. På denne måten kan de legge til rette for samarbeid mellom bruker og fagpersoner, og dempe potensielle konflikter (Klevan et al., 2018, s. 40). På den ene siden kan manglende informasjon og avslag være et eksempel på paternalisme. Min tolkning, ut fra det erfaringskonsulentene formidler, er at oversetting av språket bidrar til at situasjonen til brukeren blir tilstrekkelig belyst slik at rettigheter for økonomiske ytelser blir ansett som oppfylt. Da handler det ikke nødvendigvis om at tjenesteytere ikke ønsker å imøtekomme bruker. Det at flere har positive erfaringer med å ha følge med til offentlige kontorer viser betydningen av erfaringskonsulenter som brobygger i tjenestene.

Erfaringskonsulentene vektlegger at flere personer som har rus- og psykiske problemer har behov for behandling. Gjennom behandling får en avstand til rus, og anledning til å utvikle egen identitet som rusfri. Opparbeidelse eller gjenvinning av en positiv identitetsfølelse og selvtillit er en viktig del av recovery (Bird et al., 2014, s. 648-649). Behov for å «utvikle identitet og sosialiseringferdigheter» er et av hovedfunnene i denne studien (jmf 5.2). Erfaringskonsulentene mente at det var nødvendig å utvikle egen identitet for å bli tryggere på sosialisering med andre. Det handler om å få aksept for seg selv og ens fortid, samt utvikle et positivt selvbylde. Flere personer som har hatt rusproblemer har hendelser og erfaringer de hadde ønsket ikke hadde funnet sted. De kan derfor ha problemer med å akseptere og tilgi seg selv. Det er viktig at de får hjelp til å bearbeide dette. Mye av det de legger bak seg er en del av diagnosen og avhengigheten til rusmidler. Den emosjonelle dimensjonen av myndiggjøring, knyttes til emosjonell energi, skam og stolthet, som erfaringskonsulentene referer til her (Starrin i Askheim, 2012, s. 17). Emosjonell energi referer til følelsene vi har når vi deltar i sosiale sammenhenger. Personer med mye emosjonell energi vil føle seg gode, viktige og verdifulle, mens de som har lite energi tvert imot vil føle seg mislykket og usikre på om det de gjør er rett. Skam gir lav grad av emosjonell energi, mens stolthet gir høy grad av emosjonell energi (Askheim, 2012, s. 17-20).

Gjennom utvikling av identitet, å få økt selvtillit og bedre selvbylde kan en mobilisere kraft til å komme seg ut av avmakt og få mer makt, styring og kontroll over eget liv (Askheim, 2012, s. 12).

Erfaringskonsulentene ser nødvendigheten av at personer med rus- og psykiske lidelser utvikler språket som er en viktig del av ens identitet. Etter å ha vært en del av rusmiljøet over flere år bærer språket preg av det miljøet de har vært en del av, og identiteten som er knyttet til deres bakgrunn. Det er nødvendig at brukere blir oppfordret til å legge bort merkelapper som *narkis*, *alkis* og *rusmisbruker*. Dette handler om å kunne se seg selv som mer enn bare deres diagnose (Bird et al., 2014, s. 648-649). Karlsson og Borg (2017) trekker fram stigma og krenkende språk som barrierer for personens bedringsprosess og at det behov for å arbeide med dette (s. 13). Denne studien viser at det ikke bare er nødvendig å arbeide med dette i omgivelsene til brukeren, men også bistå brukere å unngå krenkende språk om seg selv som bidrar til stigmatisering. Min antakelse er at dersom brukerne anvender stigmatiserende begrep om seg selv, rettfærdiggjør det at også andre gjør det. Ved at det fokuseres på språk både med brukerne, tjenesteyterne og samfunnet for øvrig vil det være lettere å lykkes med å gi språket en mer positiv retning.

Materielle ressurser, egoidentitet og hvordan få tilgang til sosial støtte, som erfaringskonsulentene beskriver, er ifølge salutogenese, mestringsressurser som er viktig for å kunne oppleve sammenheng og i større grad leve et meningsfullt liv. Sosial støtte handler om behov for tilknytning, sosial integrasjon, mulighet til å gi omsorg, bekreftelse på egenverdi, å ha noen en stoler på og som kan gi råd og veiledning (Langeland, 2014, s. 12-13). Det å få nære personlige bånd til andre, som gjør personer mer rustet til å tåle spenninger, beskrives i denne studien som utfordrende.

Erfaringskonsulentene beskriver at det å samtale om dagligdagse tema som ikke omhandler rus, hvordan presentere seg selv, og være i settinger hvor en kan bli kjent med andre ikke faller naturlig for alle. For personer i recovery, har rus vært en del av deres identitet over lang tid. Når de møter nye mennesker møter de raskt utfordringer med hvordan de skal presentere seg, hva de kan fortelle om seg selv og hva de bør vente med å dele med andre. Flere av erfaringskonsulentene deler av deres tid i behandling, hvor det har vært høyt fokus på å snakke om temaer knyttet til rus. Deres opplevelse var at de ikke lærte å snakke om dagligdagse tema. De som var en del av NA (Anonyme narkomane) forteller at de er opplært til å presentere seg med navn og at de har vært rusavhengig. Når de møter nye mennesker føler de seg forpliktet til å fortelle om deres bakgrunn. Dermed er det lett å dele mer av seg selv enn hva som er naturlig i den settingen. Situasjoner som utløser denne usikkerheten hos brukerne kan tømme en person for emosjonell energi, og en kan føle seg mismodige, motløse og kraftløse. Det kan igjen resultere i dårlig selvfølelse og vanskeligheter med å opparbeide seg fellesskap eller solidaritet med andre (Askheim, 2012, s. 17-20).

Det har en helsefremmende virkning å gi omsorg til andre. Det å være forelder eller hundeeier, som blir trukket fram i denne studien, er sosiale roller som gir dem en grunn til å stå opp hver dag. Dette er en del av meningsaspektet i recovery (jmf. 3.1.4) (Bird et al., 2014, s. 649). I tillegg kommer en naturlig i kontakt med andre mennesker på tur, eller ved å være på lekeplasser med barna. De får dermed øve seg regelmessig på å snakke med andre, samtidig som ubehaget er mindre når fokuset ikke er direkte på dem selv. Situasjoner hvor en føler seg trygg bidrar til følelser som entusiasme, solidaritet, selvtillit og handlekraft. Det at erfaringskonsulentene som her beskrevet har tredd inn i nye roller som hundeeiere og forelder kan utløse en følelse av stolthet som gir høy grad av emosjonell energi (Askheim, 2012, s. 17-20).

Det å etablere nettverk beskriver erfaringskonsulentene som en krevende prosess som innebærer å ta kontakt med gamle venner, treffe nye mennesker og etter hvert utvikle nære emosjonelle relasjoner. Funnene i studien (jmf 5.2.2) peker på betydningen av å jobbe med forventninger til nettverket personer med rus- og psykiske lidelser jobber for å etablere. Flere er opptatt av at det ikke er størrelsen på nettverket som er av betydning, men at det etableres noen gode relasjoner. Det er kvaliteten i den sosiale støtten og ikke størrelsen på nettverk som er av betydning (Langeland, 2014, s. 13). Sosiale nettverk har en sterk effekt på sosial ensomhet, men det er ikke tilstrekkelig å endre størrelsen på nettverket for å påvirke emosjonell ensomhet (Henriksen, 2016, s. 140-141).

Noen av erfaringskonsulentene trekker fram at deres nettverk består av bare personer med tidligere rusbakgrunn. Det beskrives som sårbart da alle har utfordringer, samtidig som de kan støtte hverandre. Teori om selvhjelpsgrupper, som er en vesentlig del av CHIME (jmf 3.1.1), viser at samhold og støtte fra andre med liknende erfaringer, har betydning og egenverdi som støtte fra andre uten slik erfaring ikke kan erstatte (Borkman, Munn-Giddings & Borkman i Aglen, 2018, s. 186). Det kan være et fellesskap der en kjenner seg forstått, en kan være seg selv og erfare tilhørighet uten å måtte rettferdiggjøre erfaringene sine, slik en gjerne må overfor andre (Karlsson i Aglen, 2018, s. 186).



## 6.2 Viktige faktorer i oppfølging av personer med rus- og psykiske problemer

Et funn i studien er betydningen av en «likeverdige relasjon». Dette støttes av blant annet Karlsson og Borg (2017, s. 73). En god relasjon preget av respekt og likeverdighet må ligge til grunn for at tjenesteyter og bruker kan jobbe sammen for å nå ønsket målsetting. De forteller om møter med ansatte i rus- og psykisk helsetjeneste som er preget av objektivisering av brukeren. Dette er også funnet i andre studier (Hansen et al., 2013). Følgende sitat illustrerer dette:

Jeg har alltid reagert veldig på den ovenfra og ned holdningen. Jeg som menneske - møter systemet. Da har jeg opplevd at jeg ikke har møtt sosialarbeidere eller booppfølgere som mennesker med egne hverdager og sine egne utfordringer. Jeg har møtt dem som representanter for et system. Et lite menneske mot et veldig stort byråkrati - et veldig stort system. Du blir så upersonlig gjort. Jeg tenker at likeverdighet er viktig (Intervju 2).

Det er avgjørende at bruker opplever at den som skal bistå vedkommende i bedringsprosessen faktisk bryr seg, og at brukeren ikke bare er et nummer i rekken av flere andre tjenesteytere følger opp. Det kan tjenesteytere vise ved å våge og være personlig, dele litt fra eget liv og gjerne gå litt utover det de faktisk må. Det kan være tilgjengelighet utover arbeidstid, eller å møte vedkommende på arenaer hvor bruker er trygg framfor offentlige kontor. Funnene i studien tilsier at dette gjøres på rusfeltet, men i for liten grad i sosialtjenesten. På grunn av at relasjon er avgjørende for prosessen med å nå brukers målsetting er det nødvendig at det gis mulighet for å bytte kontaktperson dersom kjemien ikke stemmer.

Funnene i studien viser erfaringskonsulentenes opplevelse av at de lettere etablerer gode relasjoner med brukerne enn andre tjenesteytere. De uttrykker at de har en troverdighet bare ved å ha erfaringskompetanse. Samtidig brukes dette bevisst for å etablere en trygg relasjon bygget på likhet, følelsesmessig ærlighet, kjærlighet, ekthet og gjensidighet slik som Watson (2019) beskriver som «love labour» (s. 7-9). Erfaringskonsulentene opplever at de er mindre fanget av et system enn det andre tjenesteytere er og at de har mulighet for å strekke seg lenger for den enkelte.

Erfaringskonsulentene gir her et bilde av at tjenesteytere i rus- og psykisk helsetjeneste er viktig for brukerne, og at det er av stor betydning for brukerne hvordan de blir møtt og utfallet av deres recovery. Sett ut fra et salutogent perspektiv er gjerne støtte fra tjenesteytere spesielt viktig til de har etablert egne nettverk hvor de kan motta sosial støtte. De beskriver her en utvidet hjelperrolle med tanke på å være personlig, tilgjengelighet og kunne følge bruker over tid. Noe de selv har savnet eller satt pris på i egen oppfølging. Studiens funn viser at dette er noe de selv trekker fram som spesielt med deres rolle. Dette er et godt eksempel på hvordan erfaringskonsulentene anvender erfaringene de selv har kjent på kroppen til å gi det de mener er god oppfølging til brukerne.

En viktig målsetting med recovery perspektiv og empowerment er å utvikle ferdigheter og sosial støtte for å bli i stand til å ta ansvar for eget liv (Helsedirektoratet, 2014, s. 31). Ansvar for eget liv og bedringsprosess, henger nøye sammen med at det blir stilt krav og forventninger til den enkelte. Som funnene i studien viser er det viktig å stille «realistiske krav og forventninger» til bruker. Dette henger sammen med salutogenese og at en må bli utsatt for passende utfordringer i livet for at stress kan være potensielt helsefremmende (Langeland, 2014, s. 18). Det er svært individuelt hva en kan forvente av hver enkelt bruker, og det varierer utfra hvor de er i sin bedringsprosess. Gjennom dialog kan tjenesteyter bli bedre kjent med brukeren og hva vedkommende kan mestre, og dermed bli bedre i stand til å gi brukeren passende utfordringer. Dersom bruker ikke klarer å følge opp de kravene som er satt, er det viktig at tjenesteyter ikke blir konfronterende i sin veilederstil. Da er det bedre å senke forventningene. Krav og forventninger kan økes underveis i brukes bedringsprosess, når de har mer plass i livene sine. Dersom tjenesteytere evner å gi brukerne «realistiske krav og forventninger» vil de legge til rette for at brukeren kan kjenne mestring og få tro på seg selv.

For at det skal være mulig å komme i gang med meningsfull aktivitet er det behov for ansatte som fungerer som «brobygger til aktivitet». Det er viktig å sikre overganger fra eksempelvis institusjonsopphold til hjem hvor deltakelse i aktivitet er spesielt viktig. Fokus på å sikre gode overganger og forhindre glippsoner er satt på agenda fra regjeringen. I Meld. St. 26 (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet påpekes det at et godt plan- og koordineringsarbeid vil gi en oppfølgningstjeneste som bedre enn i dag understøtter brukerens egne behov, og samtidig bedre stimulerer til god helse, meningsfull aktivitet og bedre livskvalitet. Kommunens rolle er nøkkelen for å lykkes med og skape bedre oppfølgings og etterverntjenester (Helse og omsorgsdepartementet, 2014, s. 64). Opplevelsen som erfaringskonsulentene i studien har er at dette ikke er systematisert. De opplever at det kun er enkelte tjenesteyter som yter det lille ekstra, som har fokus på dette og som handler utover det som faktisk er forventet av dem.

Det er behov for brobyggere som har kunnskap om de ulike aktivitetstilbudene og mulighetene som finnes i kommunen. Den ansatte må kartlegge brukers ønsker, interesser og behov slik at dette kan matches opp mot hvilke muligheter som finnes. Valg av aktivitet og når dette er aktuelt må være på brukeren sine premisser. Det trekkes fram at det er et godt tidspunkt å introdusere aktivitetstilbud under behandlingsopphold for å sikre gode overganger. Det er behov for at den ansatte har mulighet til å jobbe ambulant og følge brukerne til aktivitetstilbud, til de etter hvert er trygg nok i til å komme seg avgårde på egenhånd. Det er behov for tverrfaglig samarbeid for at bruker skal lykkes å komme i gang med aktivitet og etablere rusfritt nettverk.

### 6.3 Samarbeid – nøkkelen til suksess

Ønskene erfaringskonsulentene beskriver for rus- og psykisk helsetjeneste er tydelig i tråd med recovery-tradisjonen. Dette er en praksis hvor brukerperspektivet i mye større grad preger samarbeidet mellom tjenesteytere og bruker. Samarbeid preget av likeverdighet er sentralt i recovery. «*Det er det samarbeidet, det er nøkkelen til suksess*». Dette er et sitat fra en av erfaringskonsulentene som danner grunnlag for overskriften i oppgaven. Sitatet illustrerer det jeg tolker er erfaringskonsulentenes overordnede budskap: Større grad av samarbeid mellom tjenesteytere og hver enkelt bruker, og samarbeid mellom de ulike tjenestene. Det innebærer et tettere og mer likeverdig samarbeid mellom ansatte i kommunen, spesialisthelsetjenesten og erfaringskonsulenter. Ansatte må utnytte hverandres kompetanse, spille hverandre gode og sammen ta del i brukerens recovery. Sagt med andre ord - *brukermedvirkning* på individ og systemnivå, som har vært på den politiske agendaen en årrekke.

Recovery fordrer en radikal endring i maktfordeling i velferdstjenesten (jmf 1.2 og 3.1). Det innebærer at kunnskapsgrunnlaget utvides, endring i roller og personalsammensetninger. Det må arbeides med forhold som representerer barrierer for personens bedringsprosess som stigma, krenkende språk, forhold i tjenestene, fattigdom, utestengning fra lokalmiljø og arbeidsliv samt brudd på menneskerettigheter (Karlsson & Borg, 2017, s. 25-27).

Erfaringskonsulentenes beskrivelser av situasjonen i dag peker imidlertid mot at den medisinske modellen fortsatt har en dominerende posisjon i tjenestene. Erfaringskonsulentene beskriver en tjeneste som er preget av for liten grad av samarbeid, fleksibilitet, for dårlig informasjonsflyt for at brukerne kan ta informerte valg og en tilnærming fremdeles preget av paternalisme. De beskriver en opplevelse av ansvarsfraskrivelse mellom tjenestene, og glippsoner som i verste fall fører til død. Funnene tilsier dermed at det ikke har vært en radikal maktforskyvning innen rus- og psykisk helsetjeneste.

Hva er det som gjør at vi ikke har kommet lenger? I 2009 stilte Askheim spørsmålet om brukermedvirkning er blitt til et honnørord. Et ord uten mening (Askheim, 2009, s. 53). Syv år senere stiller han samme spørsmålet med tanke på recovery. Han viser til Biong og Borg (2016) som har samlet fem ulike definisjoner av begrepet: Recovery som en sosial og personlig prosess, recovery som en naturlig prosess, klinisk recovery, recovery som spirituelle og åndelige prosesser og recovery-orienterte praksiser (s. 21-25). Har recovery blitt et så mangfoldig begrep at det blir utydelig – og dermed ender opp som honnørord uten innhold? (Askheim, 2016, s. 192). Dette kan resultere i at tjenestene tror at de jobber recovery-orientert utfra det den enkelte tjeneste legger i begrepet, mens vi i virkeligheten fremdeles har lang vei å gå.

Funnene i studien tilsier at det er behov for en mer fleksibel tjeneste hvor tjenesteyterne har mulighet til å jobbe mer ambulant utenfor kontoret, og mer bruk av skjønn i økonomisk saksbehandling, for å sikre grunnleggende behov som økonomi og bolig. Erfaringskonsulentene savner fokus på utvikling av språk og på andre tema enn rus i tjenestene. Behandlingstilnæringer hvor en tvholder seg til rus som identitet blir trukket fram som eksempler. Det må legges til rette for at brukerne får utvikle egen identitet og språk tidlig i bedringsprosessen. Brukerne har behov for å se andre sider ved seg selv enn det som omhandler rus- og psykiske problemer. Dette er en viktig vei ut av stigma, og jeg vil påstå at tjenesteyterne har et særskilt ansvar for å legge til rette for dette. Det må fokuseres på hvordan tjenesteyterne omtaler personer med rus- og psykiske lidelser, hvordan de omtaler seg selv og fokus på dette i samfunnet for øvrig.

For å bli trygg på sosialisering med andre er kontakten mellom tjenesteyter og bruker en viktig arena. Da er det nødvendig med mer positive samtaler fremfor et ensidig fokus på deres problemer. Det forutsetter en likeverdig relasjon som oppleves som «ekte». Som erfaringskonsulentene trekker fram er kanskje fagpersonell redd for å framstå uprofesjonell dersom de går utover systemets rammer, eller er personlig i møte med brukerne. Slik jeg ser det er det «å være profesjonell å kunne anvende sine egne personlige erfaringer, historie og kunnskap på en hensiktsmessig måte i møte med brukerne». Erfaringskonsulenter er gjerne bedre på å gjøre dette enn andre tjenesteytere. De er ansatt i en stilling, hvor det er forventet at de bruker av sin egen erfaring, samtidig som de har fått bearbeidet egne erfaringer i behandling. Over tid har dermed deres erfaringskunnskap utviklet seg til erfaringskompetanse som de kan anvende i møte med brukerne.

Dersom tjenestene skal utvikle seg til å bli mer subjekt –subjekt orientert framfor subjekt – objekt orientert, må det være kultur for at også fagpersonell kan bruke sin egen erfaring i arbeidet. Kanskje må det settes fokus på å ufarliggjøre grensen mellom å være profesjonell, personlig og privat slik at flere er trygg på at de kan anvende egen erfaring i møte med brukerne. Dette ville ikke vært en ny radikal anbefaling, da dette går helt tilbake til humanistiske perspektiver. Jeg har i kapittel 3.3 vist til Rogers (1980) som beskriver forholdene som må være tilstede for at det skal utvikles en god allianse mellom tjenesteyter og brukeren: ekthet, ubetinget positiv omtanke og empatisk forståelse (s. 115-117). Litteratur viser at ansettelse av erfaringskonsulenter bidrar til at andre tjenesteyter begynner å dele mer av seg selv (Klevan et al., 2018, s. 42). Slik kan erfaringskonsulentene bidra til et mer personlig tjenestetilbud med tydelig preg av kjærlig omsorg. Det er av avgjørende betydning for brukernes bedringsprosesser at de møter mennesker som viser at de bryr seg om dem, og har tro på at de skal klare å gjennomføre endringer i livene sine. Med kunnskap om at flere mangler personlige nettverk, må fagpersonell bidra inn med den støtten de mangler fra eget nettverk. Derfor må

relasjonene og omsorgen oppleves som ekte. Det å bli møtt som et objekt fører med seg følelser av å være lite verd, krenkelser og stigmatisering.

Det å jobbe som erfaringskonsulent styrker deres egen identitet ved at de får innta nye roller. Rollen deres som ansatt i rus- og psykisk helsetjeneste omhandler å bruke deres egen erfaring til å hjelpe andre. Dette er med å bidra til at deres identitet blir forankret i stolthet framfor skam.

Erfaringskonsulentene i studien trekker fram gode poeng for å ansette flere erfaringskonsulenter i tjenestene. Dette er som tidligere nevnt en nasjonal satsing i Norge (Helsedirektoratet, 2014, s. 11). Anerkjennelse av erfaringskompetanse støttes også av flere (Ekeland, 2011, s. 29; Karlsson & Borg, 2017, s. 25; Åkerblom et al., Inpress, s. 25). Erfaringskonsulentene opplever at de har mye større grad av troverdighet enn fagpersonell og kan bidra inn med noe i samarbeidet som ikke andre uten erfaringskompetanse kan. Samtidig sitter jeg igjen med tanker etter å ha skrevet rapporten at det er nødvendig med større bevissthet i tjenestene om hvordan en ber erfaringskonsulentene anvende deres kompetanse. Dette er også satt fokus på av Hammer (2020) som selv er ansatt som erfaringskonsulent (s. 47-52). De er ansatt på bakgrunn av at de har ruserfaring, mottatt oppfølging innen rus- og psykisk helsetjeneste, og de har gjennomgått en bedringsprosess. Dersom tjenestene forventer at de hele tiden skal hente fram det vonde og vanskelige med ruserfaringen de har, er det fare for re-traumatisering. Det vil også bidra til at rus hele tiden blir sett på som deres identitet. Erfaringskonsulenters budskap om å ha et positivt fokus i møte med brukerne, mener jeg også må gjelde i samarbeidet med erfaringskonsulenter. Fokus på bedringsprosess og deres mestringsressurser for å bli bedre, vil styrke både den enkelte erfaringskonsulent og gi håp til brukerne som har behov for rollemodeller som har klart å gå veien før dem.

For å sikre at brukerne blir integrert og får tilhørighet i lokalsamfunnet er det viktig at regjeringen ikke har ensrettet fokus på å bygge opp egne etterverntilbud for personer med rus- og psykiske lidelser. Da er utgangspunktet å gi brukerne et tilbud ut fra spesifikke lidelser, framfor å bistå dem å bli integrert i samfunnet for øvrig. Vi har etablerte tilbud som Housing first for å bosette personer med rusproblemer i ordinære boforhold, og individuell jobbstøtte (IPS) med fokus på å rekruttere personer med rus- og psykiske lidelser til ordinære bedrifter. Kanskje savner vi noe imellom for dem som ikke selv føler seg klar for arbeid, men ønsker en form for aktivitet som er meningsfull for dem. Erfaringskonsulentene er tydelig på at det er behov for økonomisk tilrettelegging for at flere kan ta del i ordinære aktiviteter i samfunnet.

Jeg har gjennom oppgaven vist erfaringskonsulentenes eksempler på at de som skal hjelpe brukerne ut av avhengigheten, kan bidra til å forsterke identiteten som rusavhengig og påføre brukerne stigma. Slik jeg ser det er en av hovedutfordringene videre å utvikle tjenestene til å bidra mer

konstruktivt til resosialisering og normbygging. Samtidig løfter erfaringskonsulentene fram at vi er på vei mot en mer recovery-orientert praksis. Erfaringskompetanse blir ifølge informantene, i mye større grad etterspurt nå enn for et par år tilbake og flere formidler at de opplever å bli hørt. I følge litteratur har de over tid fått mer betydningsfulle roller, og det er fremdeles fokus på å ansette erfaringskonsulenter i alle ledd av tjenestene. Som jeg har vært inne på er kanskje det vi mangler nå mer fokus på at fagpersonell kan få anerkjennelse for å ta i bruk egenerfaring i arbeidet, og nødvendig kompetanseheving for at dette gjøres på en hensiktsmessig måte. Kanskje vil dette og mer kjærlighet og omsorg bidra til en mer virksom relasjonen for bruker.

#### 6.4 Forslag til videre forskning

Det er behov for videre ansettelse av erfaringskonsulenter, og integrering av erfaringskompetanse. Åkerblom et al. (Inpress) sin studie, som jeg har vist til flere steder i denne rapporten, er så langt den mest omfattende undersøkelsen av erfaringskonsulenter med rusbakgrunn sin situasjon (s. 51). Her pekes det på behovet for at det tilrettelegges for integrering av erfaringskompetanse i praksis. Dette er arbeid som allerede forskes på. Når slik kunnskap foreligger er det opp til helsemyndighetene og gi tydelige signaler til hvordan tjenestene skal organiseres for å sikre god integrering av erfaringskompetanse. Da er det behov for enstydige signaler og ikke retningslinjer som viser ønsket praksis fra to motstridende paradigmer slik det er i dag.

I diskusjonskapitlet har jeg sett på hvordan erfaringskonsulenter påvirker andre tjenesteytere til å være mer personlig i møte med brukerne, noe som bidrar til en mer likeverdig relasjon. Jeg ser behov for videre forskning på tjenesteyteres opplevelse av endret atferd i møte med brukerne etter at de har samarbeidet med erfaringskonsulenter over tid. Det hadde videre vært spennende og forsket på tjenester hvor fagpersonell også deler av sin erfaringskompetanse, og betydning av dette i brukerens bedringsprosesser. En viktig arena for slik forskning, vil være recovery skoler i Norge. Recovery skoler er særegent ved at erfaringsdeling og læring foregår uavhengig av hvilke rolle studentene eller har.

Utover forskning er det vel så viktig at det settes fokus på hvordan kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten kan utvikle et mer likeverdig samarbeid hvor også erfaringskompetanse er inkludert. For at brukerne skal lykkes må vi alle som brenner for rusfeltet, stå sammen og verdsette hverandres kompetanse.

Avslutningsvis vil jeg utheve at et «*LIKEVERDIG SAMARBEID – Dèt er nøkkelen til suksess!*»

## Litteraturliste

- Aarre, T. F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aas, E., Dahl, T. & Løvaas, E. K. (2015). Brukerstyring: Utopi eller praktisk mulig? *Rus & samfunn*, 9(03), 20-22.
- Aasmundsen, H. & Sagvaag, H. (2012). "Som å snakke til en vegg": personer med rusproblemer og deres erfaringer med brukermedvirkning. I I. M. Tronvoll (Red.), *Brukermedvirkning: likeverd og anerkjennelse* (s. 188-200). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aglen, B. (2018). Selvhjelp og selvhjelpsgrupper. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (4. utg., s. 184-195). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1093/heapro/11.1.11>
- Askheim, O. P. (2009). Brukermedvirkning - kun for verdige trengende?; om brukermedvirkning på rusfeltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(1), 52-59.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. (2016). Recoveryperspektivet: Utfordrende, men utydelig og uavklart. I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.), *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske problemer* (s. 192-204). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bergen kommune. (2020). Aktivitetskortet for barn og unge. Hentet fra <https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/kultur-idrett-og-fritid/fritid/fritidstilbud/aktivitetskortet-for-barn-og-unge>
- Biong, S. & Borg, M. (2016). Hva handler Recovery om? I A. S. Landheim, W. F. Lode, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.), *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske problemer* (s. 18-29). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 644-653. <https://doi.org/10.1177/0004867413520046>
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: En systematisk kunnskapssammenstilling* (Rapport 4/13). Trondhjem.
- Borg, M., Sjøfjell, T. L., Eradajaye, E. & Bjørlykhaug, K. I. (2017). *Brukeres erfaringer med hjelp og støtte fra erfaringsmedarbeidere innen psykisk helse og rus* (Forskningsrapport 1/17). Hentet fra <https://openarchive.usn.no/usn-xmloi/handle/11250/2435131>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9780-9>
- Brekke, E., Lien, L., Davidson, L. & Biong, S. (2017). First-person experiences of recovery in co-occurring mental health and substance use conditions. *Advances in Dual Diagnosis*, 10(1), 13-24. <https://doi.org/10.1108/ADD-07-2016-0015>
- Brekke, E., Lien, L., Nysveen, K. & Biong, S. (2018). Dilemmas in recovery-oriented practice to support people with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative study of staff experiences in Norway. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(30). <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0211-5>
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches* (4. utg.). Thousand Oaks: Sage.
- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap - ny praksis, et nytt psykisk helsevern* (erfaringskompetanse.no 1/11). Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2444757>
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Hammer, A. (2020). Erfaringskonsulenter: et alibi for tjenestene? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(1), 47-52. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-01-05>
- Hansen, H., Lundberg, K. & Syltevik, L. (Red.). (2013). *Nav - med brukeren i sentrum?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2014). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet* (Meld. St. 26). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2016). *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)* (Prop. 15 S (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten* (IS-2076). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2017). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Helsedirektoratet. (2019). *Rusbehandling (TSB) - Pakkeforløp*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>
- Heløe, L. A. (2012). Fra paternalisme til pasientrettigheter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 4(132), 434-436. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2012/02/kronikk/fra-paternalisme-til-pasientrettigheter>
- Henriksen, R. E. (2016). Å være ensom i en sosial verden. I K. Underlid, K. Dyregrov & F. Thuen (Red.), *Krevende livserfaringer og psykisk helse* (s. 138-153). Oslo: Cappel Damm akademisk.
- Hustvedt, I., Bosnic, H., Håland, M. & Lie, T. (2019). *Brukerplan - Årsrapport 2018: Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunene*. Stavanger.
- Jenssen, A. G. (2012). Brukermedvirkning: hva er så det? I I. M. Tronvoll & A. G. Jenssen (Red.), *Brukermedvirkning: likeverd og anerkjennelse* (s. 42-53). Oslo: Universitetsforlaget.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery: tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Klevan, T., Sjøfjell, T. L., 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* (Forsningsrapport 3/18). Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2577300>
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer: en kunnskapsoppsummering* (Rapport 1/14). Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/4835/NAPHA-Rapport-Salutogenese.pdf>
- Langeland, E. & Skogvang, B. (2018). En salutogen tilnærming til personer som lider av depresjon. Økt mestring ved bruk av motstandsressursene fysisk aktivitet og friluftsliv. I G. Haugan & T. Rannstad (Red.), *Helsefremming i kommune-helsetjenesten* (s. 135-147). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Langeland, E. & Vaardal, J. (2017). Betydningen av kunnskap om salutogenese. I L. Borge & A. Almvik (Red.), *Å sette farger på livet: helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 45-71). Bergen: Fagbokforlaget.
- 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* 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lie, R. K., Svendsen, L. F. H. & Gamlund, E. (2015). *Filosofi og helseforskning* (2. utg.). Bergen: Alvheim & Eide.
- Lundberg, K. G. & Syltevik, L. J. (2013). Kompleks organisasjon, bakkebyråkrati og ustabile relasjoner; brukererfaringer med Nav i reformperioden. *Fontene forskning: et tidsskrift fra Fellesorganisasjonen (FO)*, (2), 19-30. Hentet fra



- <https://fonteneforskning.no/forskningsartikler/kompleks-organisasjon-bakkebyrakerati-og-ustabile-relasjoner-6.19.264059.0d6c591a84>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(25), 2468-2472. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2002--2468-72.pdf>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Moksnes, U. K. (2018). Opplevelse av sammenheng. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommune-helsetjenesten* (s. 41-51). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. (2016). *LEVD LIV og veien videre*. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Hentet fra <https://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/LEVD-LIV-og-veien-videre.pdf>
- Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbygg, L., Solberg, P. & Torkelsen, I. H. (2013). «Å delta med det du kan»: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(3), 219-228.
- Nordaunet, O. M. (2019). Aktiviteter i et recovery-perspektiv. En litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(02), 70-79. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-02-02>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, A. (2017). Recovery som fagperspektiv og praksisfelt. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid* (2. utg., s. 99-118). Bergen: Fagbokforlaget.
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Benson, V. & Davidson, L. (2019). Helpful Ingredients in the Treatment of Long-Term Substance Use Disorders: A Collaborative Narrative Study. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 13. <https://doi.org/10.1177/1178221819844996>
- Polit, D. & Beck, C. (2017). *Resource manual for nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rogers, C. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Skudal, K. E., Holmboe, O., Iversen, H. K. H. & Haugum, M. (2017). *Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017. Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2017 (PasOpp-rapporter)*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2017/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbeh/>
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., ... Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Storvik, A. (2020, 28.02.2020). Psykisk helse: Høie med krav til sykehusene etter nedslående rapport. *Dagens medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/02/28/psykisk-helse-hoie-med-krav-til-sykehusene-etter-nedslaende-rapport/>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Watson, E. (2019). The mechanisms underpinning peer support: a literature review. *Journal of Mental Health*, 28(6), 677-688. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417559>
- Weber, A. & Jensen, M. (2016). *Brukeransettelser: Håndbok for virksomheter som ønsker å ansette personer med egenerfaring innen psykisk helse- og rusfeltet*. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Westerlund, H. (2012). *Mer enn bare ord?: ord og begreper i psykisk helsearbeid*. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Hentet fra <https://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Mer-enn-bare-ord.pdf>
- Åkerblom, K., Agdal, R. & Haakseth, Ø. (Inpress). *Integrering av erfaringskompetanse: Hvordan opplever erfaringskonsulenter med ruserfaring sin arbeidssituasjon*. Bergen.

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vedlegg 3: Innvilget søknad NSD

# Vil du delta i forskningsprosjektet

## *”Meningsfull aktivitet og et rusfritt nettverk”?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *undersøke hvordan ansatte i sosialtjenesten kan bistå personer med rus- og eventuelt psykiske helseproblemer å komme i gang med meningsfull aktivitet og etablere et rusfritt nettverk*. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Studien er en del av et masterstudium. Formålet er å beskrive hvordan ansatte i sosialtjenesten kan bistå personer med rus- og psykiske helseproblemer å komme i gang med meningsfull aktivitet og etablere et rusfritt nettverk.

Bakgrunnen for studien er at undersøkelser som gjennomføres i Bergen hvert år viser at mange som har rusproblemer, ikke har meningsfull aktivitet i hverdagen, og få er i gang med utdanning og arbeidsrettet aktivitet. Jeg ønsker derfor å forske på hvordan ansatte i sosialtjenesten kan følge opp brukerne slik at flere kan nyttiggjøre seg de tilbudene som eksisterer i Bergen av etterverntilbud, selvhjelpsgrupper, utdanning, arbeidsrettede tiltak, eller ordinært arbeid.

Jeg ønsker å intervju 20 erfaringskonsulenter. Det betyr at de har erfaring med rus og gjerne mottatt tjenester innen rus og psykisk helsetjeneste..

Resultatene fra studien vil bli oppsummert i en masteroppgave, publisert som vitenskapelig artikkel og brukt i undervisning til ansatte i sosialtjenesten.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

*Høgskolen på Vestlandet* er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta i studien på grunnlag av at du er ansatt som erfaringskonsulent i rusomsorgen. Det innebærer at du tidligere har hatt rus, og eventuelt psykiske helseproblemer, og at du nå er ansatt på grunn av at du har denne erfaringen. Til dette utvalget ønsker vi personer som tidligere har hatt oppfølging fra NAV sosialtjenesten, eller at de har hatt samarbeid med tjenesten gjennom sin stilling. Et kriterium for å delta i studien er at du følger opp mennesker som har rus og eventuelt psykiske helseproblemer, og at du har vært ansatt i stillingen i minimum seks måneder.

Jeg ønsker å intervju 20 personer som er ansatt som erfaringskonsulenter som vil bli intervjuet i fire ulike fokusgrupper.

Jeg har vært i kontakt med annen erfaringskonsulent som har formidlet informasjon videre til deg.

## **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du vil være deltaker i et gruppeintervju sammen med cirka fire andre deltakere som også er ansatt som erfaringskonsulenter. Det vil ta deg omtrent to timer. Deltakerne i gruppen vil få spørsmål innenfor tema som: Suksessfaktorer, utfordringer, NAV sosialtjenesten sin rolle, viktige fokusområder i oppfølging av de som vil komme i gang med aktivitet, nettverksbygging, og samarbeid. Det vil bli benyttet lydopptak under intervjuet, og det vil bli skrevet notater.

## **Det er frivillig å delta**

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

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

- *Student Therese Ersvær Sjursæther og veileder Kjetil Lundberg ved Høgskolen på Vestlandet vil ha tilgang til opplysninger*
- *Dataansvarlig vil sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, datamaterialet vil bli lagret på forskningsserver, innelåst/kryptert.*

Data som blir gjengitt i forskningsrapport vil være anonymisert slik at enkeltpersoner ikke gjenkjennes i publikasjon.

## **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.10.2020. Alle opplysningene vil bli anonymisert slik at enkeltpersoner ikke gjenkjennes i publikasjonen. Lydopptak og data vil bli oppbevart i godkjent arkivskap som kun jeg har nøkkel til. Transkriberinger vil oppbevares på institusjonens server. Data vil bli lagret fram til publisering, i tilfelle behov for å etterprøve. Det vil bli slettet senest 31.12.2021. Funnene fra studien vil bli presentert i en masteroppgave, vitenskapelig artikkel og brukes u opplæring og undervisningsøyemed. Alle opplysninger vil da være anonyme slik at ingen enkeltpersoner vil bli gjenkjent.

## **Dine rettigheter**

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

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

## Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

## Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- *Høgskolen på Vestlandet* ved Kjetil Grimstad Lundberg, [kjetil.grimstad.lundberg@hvl.no](mailto:kjetil.grimstad.lundberg@hvl.no) og student Therese Ersvær Sjursæther, [theresesjur84@gmail.com](mailto:theresesjur84@gmail.com)
- Vårt personvernombud: Halvdan Melbye; [personvernombud@hvl.no](mailto:personvernombud@hvl.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Kjetil Lundberg  
Prosjektansvarlig  
(Forsker/veileder)

Therese E. Sjursæther  
Student

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Meningsfull aktivitet og et rusfritt nettverk*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i gruppeintervju
- at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til å skrive masteroppgave, og vitenskapelig artikkel. Det vil også bli skrevet rapport til *Etat for sosiale tjenester som bygger på master oppgaven*.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 31.12.2021

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Intervjuguide

1. Hva anser dere som sosialtjenestens sin rolle i brukerne sin bedringsprosess, og hva er viktige fokusområder i oppfølgingen?
2. Hva anser dere er suksessfaktorene for de brukerne som klarer å komme i gang med meningsfull aktivitet?
3. Hvilke hindringer eller utfordringer ser dere som gjør det vanskelig for noen å komme i gang med meningsfull aktivitet? Hvordan løse dette?
4. Hvordan kan ansatte i sosialtjenesten bistå personer med rusavhengighet å etablere et rusfritt nettverk?
5. Hvilke forventninger kan stilles til brukerne i deres tilfriskningsprosess?
6. Hvordan kan erfaringskonsulenter være med å styrke oppfølgingen til rusavhengige for at brukerne skal komme i gang med meningsfull aktivitet?
7. Hvordan kan de ulike tjenestene i rusomsorgen samarbeide for at flere skal lykkes å komme i gang med meningsfull aktivitet og etablere et rusfritt nettverk?
8. Bergen kommune satser på å etablere tilbud for personer som ønsker å bli rusfri, og som ønsker å komme i gang med aktivitet, arbeid og utdanning. Hva er det som mangler sett i sammenheng med det tilbudet som allerede eksisterer i dag?

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Meningsfull aktivitet og et rusfritt nettverk

### Referansenummer

561293

### Registrert

11.02.2019 av Therese Ersvær Sjursæther - 113558@stud.hvl.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Kjetil Lundberg, kjetil.grimastad.lundberg@hvl.no, tlf: 55587045

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Therese Ersvær Sjursæther, theresesjur84@gmail.com, tlf: 48247214

### Prosjektperiode

11.02.2019 - 01.10.2020

### Status

23.04.2019 - Vurdert

### Vurdering (1)

---

#### 23.04.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 17.04.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER 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 hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.10.2020. Opplysningene vil bli oppbevart ved behandlingsansvarlig institusjon frem til 31.12.2021 til forskningsformål. **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 art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. 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 med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

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

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER** NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET** NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)