



Høgskolen i Hedmark

Campus Elverum

Institutt for psykisk helse, oppvekst og samfunn

Avdeling for helse- og idrettsfag

Helge Toft

Emne 4PM790

Masteroppgave

«Si minst mulig – det kan brukes mot deg siden!»

En studie av LAR-klienters opplevelse av innflytelse i egen
behandling

**«Don't say much – it can be used against you later
on!»**

A study of how OMT clients experience their level of influence in
their own treatment

Master of Mental Health Care

2013

Antall ord: 26884

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Innhold

NORSK SAMMENDRAG	5
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)	6
FORORD	7
1. INNLEDNING OG FØRFORSTÅELSE	8
1.1 HENSIKTEN MED STUDIEN	10
2. VEIER TIL GOD PSYKISK HELSE	11
2.1 DIALOGER OG RELASJONER	11
2.1.1 Grader av involvering	13
2.1.2 Intersubjektivitet.....	14
2.2 SALUTOGENESE.....	16
2.2.1 Begripelighet.....	17
2.2.2 Håndterbarhet.....	18
2.2.3 Meningsfullhet.....	18
2.2.4 Forholdet mellom de tre komponentene	19
2.2.5 Generelle motstandsressurser	19
2.2.6 Grenser.....	20
2.3 BRUKERMEDVIRKNING OG EMPOWERMENT.....	20
3. UTVIKLINGEN AV LAR	23
3.1 HISTORIKK	23
3.1.1 Metadon-rehabilitering i USA.....	23
3.2 LAR I NORGE.....	24
3.2.1 Organiseringen av LAR.....	25
3.2.2 Hvem er pasientene i LAR.....	26
4. METODE	27
4.1 GENERELT OM KVALITATIV METODE.....	27

4.2	GROUNDLED THEORY SOM METODE.....	28
4.3	UTVALG	31
4.4	LITTERATURSØK OM LAR.....	32
4.5	METODEKRITIKK	34
4.6	FORSKNINGSETIKK	37
5.	PRESENTASJON AV FUNN.....	39
5.1	ET BEDRE LIV – HVIS MAN FØLGER SPILLEREGLENE	39
5.2	Å FÅ LIVET TILBAKE.....	43
5.2.1	Å opparbeide tillit.....	43
5.2.2	Økt livskvalitet.....	44
5.2.3	Opplevelse av frihet.....	47
5.3	DEN ASYMMETRISKE MAKTBALANSEN	48
5.3.1	Manglende medbestemmelse i LAR.....	49
5.3.2	Frykten for straff.....	51
5.3.3	Forskjeller på LAR-distriktene	52
5.4	LAR SOM DEMOTIVATOR	53
5.4.1	Sviktende oppfølging	54
5.4.2	Mistenkelighet stopper aldri.....	55
5.4.3	Det negative fokuset	56
5.5	EN OPPLEVELSE AV KRENKELSE	57
5.5.1	Stigmatisering	58
5.5.2	Å ikke bli trodd	59
6.	DISKUSJON	61
6.1	EN DRØFTING AV FUNN OPP MOT DIALOGER OG RELASJONER	61

6.2	FUNN KNYTTET TIL STYRKING OG SVEKKING AV OAS	67
6.2.1	<i>Meningsfullhet</i>	67
6.2.2	<i>Begripelighet</i>	69
6.2.3	<i>Håndterbarhet</i>	70
6.3	STYRKER LAR OPPLEVELSEN AV SAMMENHENG?	71
6.4	HVA HVIS BRUKEREN FIKK FULL BRUKERMEDVIRKNING?	72
7.	KONKLUSJON	74
8.	LITTERATURLISTE	75
9.	VEDLEGG	78

Norsk sammendrag

Hensikt

Hensikten med denne masteroppgaven er å belyse LAR-klienters opplevelse av innflytelse i egen behandling.

Metode

Denne oppgaven er en kvalitativ undersøkelse utført med semi-strukturerte intervjuer av syv LAR-klienter som bodde på ulike steder i landet. Fire av intervjuene ble utført ansikt til ansikt. Tre av intervjuene ble utført på PC med videokommunikasjonsprogrammet Skype. Dette skyldtes at disse informantene var bosatt på ulike steder i landet. Intervjuene ble spilt inn med digital opptaker og transkribert ordrett av undertegnede. Det ble benyttet en grounded theory-inspirert fremgangsmåte i analysearbeidet.

Resultater

Resultatene i denne studien viser at LAR tilbyr den enkelte klient et bedre liv enn man hadde som rusmisbruker. Allikevel opplevde informantene at man var nødt til å følge spillereglene til LAR om man ønsket å motta en vellykket LAR-behandling. Det kom til uttrykk ulike grader av misnøye med behandlingen. Resultatene kan tyde på at informantene følte seg mer som objekter enn som subjekter i relasjonen med LAR.

Konklusjon

Denne oppgaven peker på tendenser blant syv LAR-klienters oppfattelse av innflytelse i egen behandling. Det trengs videre forskning på dette temaet hvis man ønsker å oppnå overførbarhet.

Nøkkelord

LAR, brukermedvirkning, rusavhengighet, psykisk helse

Engelsk sammendrag (abstract)

Purpose

The purpose of this dissertation is to shed some light on how clients in the Norwegian Opioid Maintenance Treatment programme (OMT) perceive their level of influence on their own treatment.

Method

The dissertation is a qualitative enquiry using semi structured interviews of seven OMT clients living in various locations in Norway. Four of the interviews were face to face. Three of the interviews were done through Skype due to the fact that these subjects lived at remote locations. The interviews were recorded digitally and transcribed verbatim by the author. The analysis of the material utilized a grounded theory inspired approach.

Results

The results of this study shows OMT offers each client a better life than the untreated addiction did. However, the subjects experienced that they had to play by the OMT playbook if they wanted to receive successful OMT treatment. This resulted in varying degrees of dissatisfaction with the treatment. The results indicated that the subjects felt objectified and disenfranchised within the OMT programme.

Conclusion

This dissertation points out tendencies in how seven OMT clients perceived their level of influence on their own treatment. Further research into this area is required if transferability is to be achieved.

Key words

Opioid maintenance treatment programme, user participation, drug addiction, mental health

Forord

Denne masteroppgaven i psykisk helsearbeid markerer slutten på mitt toårige videreutdanningsforløp ved Høgskolen i Hedmark. Disse to årene har nok først og fremst vært en modningsprosess for meg. Gjennom forelesninger, samtaler med pasienter og ved å reflektere over pensumlitteraturen, har jeg fått økt innsikt i hvordan møtet med helsevesenet kan oppleves for den enkelte pasient. Dette tror jeg er nyttig lærdom å ta med seg på veien videre. Sannsynligvis vil det også for leseren være noe å hente ved å titte nærmere på denne studien. Særlig hvis man arbeider med sårbare grupper eller hvis man av ulike grunner interesserer seg for ruspasienter og deres grad av innflytelse i sin behandling.

Masteroppgaven hadde ikke latt seg gjennomføre uten de syv personene som takket ja til å stille opp til intervju. Deres informasjon om egne erfaringer var både hjerteskjærende og gledelig. En stor takk rettes til disse syv menneskene – som jeg føler har økt min forståelse for rusavhengiges opplevelse av helsevesenet.

Jeg vil også rette en takk til min veileder Arild Granerud. Hans behjelpelighet i forhold til å svare på alt jeg har lurt på underveis, har vært viktig for meg. Ikke minst har han bestandig vært lett tilgjengelig – om det har vært på høgskolen, via telefon, Skype eller e-post. Dette bidro til å opprettholde min motivasjon og optimisme.

Elverum, juni 2013

Helge Toft

1. Innledning og førforståelse

Substitusjonsbehandling av opioidavhengighet i Norge startet opp i 1998 etter en modell fra USA. Der begynte man allerede på 1960-tallet med metadonbehandling for opioidavhengighet. Siden 2001 har behandlingsformen vært kjent som Legemiddelassistert Rehabilitering – LAR (Helsedirektoratet, 2010, s. 3).

Det var på forkurset til masterstudiet i august 2012 at jeg bestemte meg for hva jeg ønsket å skrive masteroppgave om. Jeg valgte ut ifra personlig og faglig interesse. Å jobbe med rusmisbrukere gjør noe med en. Det gjør inntrykk å jobbe tett innpå mennesker som gjerne har mistet mye. For eksempel kan rusen ha tatt fra dem jobben, de kan ha mistet boligen, og de kan ha mistet kontakten med sin familie.

Gjennom Legemiddelassistert Rehabilitering kan man oppnå en tilnærmet normal hverdag på linje med folk som ikke har et rusproblem. Målet med behandlingen er økt livskvalitet, å forbedre funksjonsnivået, og å redusere skadene av opioidmisbruk. Rehabiliteringen tar utgangspunkt i pasientens egne ønsker, mål og forutsetninger. Av og til kan skadereduksjonen i seg selv være det viktigste målet for pasienten (Helsedirektoratet, 2010). Gjennom å jobbe som sykepleier ved en avdeling for avrusning i fem år, har jeg møtt mange LAR-klienter. Noen har vært bunnløst fortvilet over avgjørelser tredd ned over hodet på dem. Andre har vært lykkelige over å ha fått beskjed om å ha blitt inkludert i LAR og at de får substitusjonslegemiddel. Enkelte har slitt med sidemisbruk, det vil si at de har ruset seg i tillegg til å innta substitusjonslegemiddel. Andre igjen har hatt problemer med å overholde inngåtte avtaler om å komme til ansvarsgruppemøter, eller de har glemt å avlevere urinprøver til avtalt tid. For noen er LAR starten på et liv hvor man slipper å bedrive kriminalitet, eller å prostituere seg.

Behandlingen med substitusjonslegemiddelet er en del av en større helhet hvor rehabilitering er vesentlig. LAR-retningslinjene sier at det må foregå samhandling og samordning mellom tjenestene og pasienten selv. Pasient-medvirkning er vektlagt. Brukermedvirkning er beskrevet i mange offentlige dokumenter, retningslinjer og lovverk. De fleste er nok enige i at brukerkompetansen er like sentral som fagkompetansen i samspillet mellom utøver og pasient.

Hva syns egentlig de det gjelder om sin LAR-behandling? Opplever LAR-klientene reell brukermedvirkning? LAR-klientene har ofte interessante opplevelser å berette om. Noen er i en god rehabiliteringsprosess med substitusjonslegemiddel og skolegang. Man kan være av den oppfatning at kontrolltiltak er helt greit, at det kan være et hjelpemiddel for å holde seg rusfri. Av og til hender det at LAR-klienter uteblir fra henteordningen på apoteket. Dette kan iblant medføre at man mister henteordningen og således blir stående uten substitusjonslegemiddel.

Andre igjen savner å leve et sosialt liv og å kunne ta seg noen øl i helgene, slik mange nordmenn gjør. Det finnes LAR-klienter som har blitt fratatt sitt substitusjonslegemiddel fordi de har inntatt alkohol. LAR-retningslinjene sier at klienter som har et alkoholproblem, bør tilbys behandling for dette (Helsedirektoratet, 2010). Det synes å være slik at regelverket i LAR har mye fornuft i seg, men ut ifra hva LAR-klientene har fortalt meg, kan praktiseringen av regelverket variere etter hvilket LAR-kontor klienten må forholde seg til. Dette antydes også i LAR-retningslinjene hvor det står at det er et mål å få et likt behandlingstilbud landet over (Helsedirektoratet, 2010).

Den tyske hermeneutikeren Hans-Georg Gadamer poengterte i sitt hovedverk «Sannhet og Metode» at mennesket alltid har en meningshorisont, i den forstand at verden allerede er gitt betydning. Ifølge Gadamer må mennesket akseptere at forståelse aldri er umiddelbar og forutsetningsløs. Forståelse relateres ikke utelukkende til teksten, kunsten eller generelt det objektet man søker å forstå, men også til mennesket som skal forstå og tolke (Gadamer & Holm-Hansen, 2012). Når man velger å undersøke et område nærmere, slik jeg gjør i denne masteroppgaven, så vil det alltid være grunner for dette. Når man setter i gang med et forskningsprosjekt, har man gjerne gjort seg noen tanker om temaet på forhånd. Jeg har i dette innledende kapittelet forsøkt å gi leseren et overblikk over mine tanker. Ulike forskere vil se på et fenomen fra forskjellige vinkler. Kanskje ville et annet menneske med en annen bakgrunn ha fått et annerledes resultat om han utførte en tilsvarende studie. Forskjellige innfallsvinkler gir økt forståelse for et fenomen, snarere enn at det er et uttrykk for lav reliabilitet (Malterud, 2001). Yrkesbakgrunn, førforståelse og profesjonell erfaring kan påvirke hva man ønsker å finne ut av og hvilke metoder man benytter seg av (Hallberg, 2002).

1.1 Hensikten med studien

Det står skrevet i LAR-retningslinjene at LAR er opptatt av at pasientene skal oppleve brukervedvirkning. Brukervedvirkning omtales også i pasient- og brukerrettighetsloven, om man ser på § 3-1. Der står det at brukerens oppfatninger skal vektlegges (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). På side 32 i LAR-retningslinjene nevnes det at «i LAR er maktforholdet spesielt skjevt fordi legen har beslutningsmakt både over et avhengighetsskapende middel og over kontrolltiltakene.» (Helsedirektoratet, 2010).

Hensikten med studien er å belyse LAR-klienters erfaringer og opplevelser med innflytelse i egen behandling og om de føler at de har noen reell påvirkningsmulighet. Kanskje kan denne belysningen være en tankevekker for noen. Det er sannsynlig at å belyse innenfra-perspektivet hos en gruppe LAR-klienter kan være av interesse for ansatte i helsevesenet som er i kontakt med LAR-klienter, for Helsedirektoratet som står bak utformingen av LAR-retningslinjene, eller at det kan ha betydning for fremtidig utforming og/eller praktisering av retningslinjer.

Følgende problemstilling søkes belyst gjennom denne studien:

Hvordan opplever LAR-klientene innflytelse i egen behandling?

2. Veier til god psykisk helse

I det følgende presenteres diverse teorier om dialog og relasjon. Deretter presenteres Antonovsky sin teori om salutogenese, og som tredje del i dette teori-kapittelet gjør jeg rede for begrepene brukervedvirkning og empowerment. Disse teoriene anser jeg som relevante for å skape en ramme for fortolkning av funnene i studien. Den anerkjente psykiatriske sykepleieren og professoren John R. Cutcliffe understreker hvor viktig relasjon og respekt er i psykisk helse-feltet. Jeg viser derfor til et sitat av Cutcliffe før jeg presenterer teori om dialoger og relasjoner:

The relationship or engagement between client and counsellor comes first. Without the presence of the relationship, the potential of any other intervention is reduced.

(Cutcliffe, 2004, s. Kindle Locations 678)

2.1 Dialoger og relasjoner

Innenfor vestlig kultur er det Platon som vanligvis regnes som dialogens far (Nightingale, 1995). I sine tekster beskriver han Sokrates som en som hjalp samtalepartnerne sine å finne sannheten gjennom dialog. Det var ikke Sokrates sin oppgave å finne svarene. Ordet dialog kan deles opp i to deler, «dia» og «logos». «Dia» betyr enten «gjennom» eller «via», mens «logos» betyr enten «ord» eller «mening» (Seikkula, Arnkil, & Andersen, 2007). Man kan skille mellom samtale og dialog. David Bohm og William Isaacs refereres til i boken «Nettverksdialoger,» hvor de beskriver at i en samtale er målet å komme frem til enighet mellom to eller flere uenige parter. Mens i en dialog er målet å komme frem til en ny forståelse som et grunnlag for senere tenkning og handlinger (Seikkula, et al., 2007). Dialogen handler ikke utelukkende om å oppnå konsensus. Det handler også om å skape ny kontekst for nye idealer, samt å skape et grunnlag som kan bidra til å koordinere verdier og tiltak (ibid, s. 87). For flere teoretikere gjennom tidene har det vært viktig å påpeke betydningen av å forholde seg til den andre som et subjekt, og ikke et objekt. Paulo Freire beskriver dialogen som helt essensiell for å myndiggjøre de undertrykte i en prosess der den andre blir et subjekt

fremfor et objekt (Seikkula, et al., 2007). Freire skriver at en forutsetning for å gjøre den andre til et subjekt, er at man på forhånd – før man i det hele tatt har møtt den andre – må ha troen på mennesket. Om man ikke innehar troen på mennesket, blir dialogen en farse som uunngåelig ender opp med en paternalistisk manipulasjon (Freire, 2000, s. 91). Det eksisterer en forskjell mellom uttrykkene «dialog» og «dialogisme». Dialog henviser til kommunikasjonen som foregår mellom mennesker. Mens dialogisme er en spesifikk epistemologi (erkjennelseslære), en måte å se livet på. Dialogisme er en holdning til livet hvor en dialogisk relasjon er utgangspunktet (Seikkula, et al., 2007). Freire bruker uttrykket «det dialogiske mennesket» om en som besitter en intens tro på andre mennesker før vedkommende har møtt den andre ansikt til ansikt. Videre sier han at man må inneha en holdning av ydmykhet hvis man ønsker å oppnå en dialog. Man kan ikke oppføre seg på en arrogant måte og anse den andre parten som uvitende (Freire, 2000, s. 90). «Hvordan kan man foreta en dialog om man projiserer uvitenhet over på den andre, og ikke forstår sin egen uvitenhet» (Freire, 2000, s. 90). Mangler man ydmykhet, er dialogen umiddelbart ødelagt (ibid, s. 90). Freire beskriver hva en god dialog bør være tuftet på. Om dialogen har en grunnmur av kjærlighet, ydmykhet og tro, vil man oppnå et horisontalt forhold av gjensidig tillit mellom samtalepartnerne. Dette er den logiske konsekvensen. Troen på menneskeheten er forutsetningen for dialog, og tillit bygges på dialogen, skriver Freire. Om man mislykkes i å oppnå dette, kan det skyldes at disse nevnte forholdene manglet. De var antagelig ikke til stede. Falsk kjærlighet, falsk ydmykhet og svak tro på andre mennesker kan ikke resultere i tillit. Tillit betinges av beviser på at samtalepartnerne viser hverandre sine ekte og oppriktige intensjoner. Tillit kan ikke eksistere hvis ordene man uttrykker ikke korresponderer med handlingene man utfører. Å si en ting, mens å gjøre noe annet, kan ikke skape tillit (Freire, 2000, s. 91). Hvis man ønsker å gjennomføre dialogisme, nytter det ikke å ha en overordnet strategi for dette. Åpne samtaler utøves av mennesker – ikke maskiner. Dialogismen avhenger av deltakernes frivillige vilje til å skape likeverd og respons. Dialogismen må simpelthen ligge som en personlig overbevisning hos en behandler som ønsker å løse profesjonelle problemer. Men dialogisme oppnås ikke hvis ikke også klienten tenker at man gjennom dialog kan finne en løsning sammen. Dette betyr igjen at selv om det foregår en dialog mellom en profesjonell og en pasient hvor den profesjonelle i hovedsak sitter på makten i relasjonen, kan ikke dialogen sparkes i gang av den profesjonelle i kraft av å være den dominerende parten (Seikkula, et al., 2007, s. 169).

Martin Buber blir av mange ansett som den moderne dialogens far (Kent & Taylor, 2002). Buber sitt budskap i verket «Jeg og du» (Buber, 1992) var blant annet at man må se den andre som et mål i seg selv, og ikke som et middel. Man må ha øynene åpne for å se verdien i den andre (Kent & Taylor, 2002). Dette er for øvrig i tråd med Immanuel Kant sitt kategoriske imperativ, man skal handle på en slik måte at mennesket ikke er et middel, men er målet i seg selv (dette bygger på prinsippet om menneskeverd) (Barbosa da Silva, Hugaas, Ljungquist, & Norheim, 2006). Buber understreket forskjellen på en person-person-relasjon, en såkalt jeg-du-relasjon, og en person-objekt-relasjon, en såkalt jeg-det-relasjon. Jeg-du-relasjonen åpner opp muligheten for gjensidighet, åpenhet og dialog mellom partene. Buber forklarte at jeg-det-relasjoner er nødvendige, men fremhevet at hvis den andre i relasjonen gjøres om til et instrument (objektivering), kan man ikke oppnå dialog. Han fremhevet at dialogiske relasjoner forutsetter to separate personer som møter hverandre som hele vesener. Det var ikke du eller jeg som var sentralt for Buber, men hva som foregikk imellom du og jeg (Seikkula, et al., 2007).

2.1.1 Grader av involvering

Som menneske kan vi bruke vår frihet til å velge mellom det gode og det onde. I møtet mellom meg og deg, kan man velge å snu seg vekk fra den andres appell. Mennesket kan bruke sin frihet til å velge unnløstelse. Om man velger likegyldighet, kan man forsvare seg med at man respekterer den andres frihet ved å la ham være i fred. Man kan tenke at andre kjenner som regel sitt eget beste. På den annen side kan man gripe inn i den andres liv og man kan tro at man vet bedre enn den andre hva som er til det beste for vedkommende. Man kan tenke at den andre, hvis han ikke innser sitt eget beste, setter seg til motverge og ikke ønsker innblanding. Man kan tenke at det kommer en dag hvor vedkommende er takknemlig for den andres innblanding (Henriksen & Vetlesen, 2006). Begge retninger, valget om likegyldighet og valget om overinvolvering, ledsages av ønsket om å gjøre det beste for den andre. Det er utfordrende å balansere mellom de to ytterpunktene å gi manglende omsorg og det å gi for mye omsorg. Å gi for mye omsorg kan føre til en overinvolvering hvor paternalisme kan bli resultatet. Paternalisme foreligger når noen mener å vite hva som er best for den andre og hvilke behov den andre har. Paternalisme stammer fra latin, «pater». Betydningen er at man handler som en far som vet hva som er best for sitt barn (Barbosa da Silva, et al., 2006, s. 103). Man kan gjerne kalle dette for å inneha en bedreviter-holdning, eller en ekspert-

holdning. For mye omsorg kan potensielt undertrykke den andres egne ønsker i forhold til sin situasjon. Fasiten ligger hos den andre, det er han som har svaret på hvor mye omsorg som er passe. I profesjonelle sammenhenger kan paternalisme gi seg utslag i en holdning fra behandleren om at han vet best hva som er korrekt behandling for den andre. Man utviser da en holdning om at den andre ikke selv vet hva som er best for ham og lar ikke den andre være herre over eget liv. Man er ikke interessert i den andres erfaringer og synspunkter vedrørende sin egen situasjon. Paternalisme er riktignok etisk begrunnet med at man ønsker å gi den andre den beste omsorg. Men for å kunne mene noe om hva som er best for den andre, må det foreligge erfaringsbasert innsikt i kombinasjon med empati – i tillegg til at man evner å lytte til råd fra kollegaer (Henriksen & Vetlesen, 2006).

2.1.2 Intersubjektivitet

Pasienten er i helsesektoren per definisjon en person som er avhengig av hjelp fra en omsorgsgiver. I dette forholdet ligger det med andre ord en åpenbar asymmetri. Pasienten er avhengig av noe som behandlingsapparatet besitter. Dette «noe» er en tjeneste som pasienten er ute av stand til å skaffe seg – han trenger hjelp av profesjonelle. Den som yter omsorgen, er sannsynligvis den med mest makt og innvirkning på relasjonen. Om man vektlegger empowerment-tankegangen, innebærer ikke en pleier-pasient-relasjon at all makt ligger hos pleieren (empowerment utdypes senere i kapittelet). Brukeren er følgelig heller ikke i en avmakts-posisjon. Studier har vist at man kan utvikle relasjoner som pasienten opplever som likeverdige, selv om det i utgangspunkt er en asymmetrisk relasjon. Likeverdige relasjoner, eller symmetriske relasjoner, kjennetegnes av at partene respekterer hverandre og at den profesjonelle er åpen og viser interesse for pasienten som et helhetlig menneske (Barbosa da Silva, et al., 2006). Dette er ikke nødvendigvis enkelt å oppnå. Den profesjonelle i pasientforholdet står opplagt overfor mange og utfordrende oppgaver. Han skal møte pasienten der hvor han er, som den svakere part i en asymmetrisk relasjon. I tillegg skal den profesjonelle forsøke å legge til rette for at pasienten kommer seg tilbake til der hvor pasienten opprinnelig befant seg. Siktemålet må være å gjøre pasienten til en deltaker, og ikke bare en tilskuer. Om pasienten bemyndiges med assistanse fra den profesjonelle, man tar hensyn til den enkeltes ressurser, krefter og evner, og hvis man tar den andre på alvor ved å diskutere hans saksforhold, vil han bli en deltaker i sin behandling fremfor en tilskuer, og således forvandles til et mer likeverdig menneske. Man oppnår en mindre asymmetrisk

relasjon (Skjervheim, 1974) og (Henriksen & Vetlesen, 2006). Filosofen Hans Skjervheim skrev i sitt essay «Deltakar og tilskodar» (1974), som blant annet er en analyse av menneskelig samhandling, at man i en dialog står ovenfor to mulige veivalg. Disse veivalgene representerer to fundamentalt forskjellige måter å forholde seg til den andre på. Man kan enten velge å diskutere pasientens tanker og således samles om et felles saksforhold. Slik får man en treleddet relasjon mellom den profesjonelle, pasienten og saksforholdet. Eller man kan la være å ta hensyn til hva pasienten sier, man fokuserer kanskje i stedet på det ytre – det som er direkte observerbart. Den andre og det den andre gjør, fremstår som et faktum i den profesjonelles verden. Slik får man dermed en toleddet relasjon mellom den profesjonelle og pasienten hvor man ikke tar hensyn til pasientens opplevelse. Man deler ikke saksforholdet (Skjervheim, 1974). Ifølge Levinas er det å respondere på den andres utsagn den mest fundamentale relasjon til den andre (Seikkula, et al., 2007). Det å ikke bli hørt, føles vondt. Å bli hørt, forutsetter at noen er villig til å gi et svar. I en god dialog bør utgangspunktet være at partene deler et felles ønske om å lytte til hverandre. Dette er utgangspunktet for behandlingen. Om man ønsker en åpen samtale, så bør fagpersonene møtes uten forhåndsplanlegging av temaer for møtet, og klientene må være til stede fra begynnelsen av. Hvis den profesjonelle parten fokuserer på å skape dialog, vil han hjelpe pasienten til å sette nye ord på sine opplevelser og det han opplever som symptomer. På denne måten kan fagpersonen fordype seg i temaene som pasienten velger, i stedet for selv å definere hva som er viktigst (Seikkula, et al., 2007, s. 96). Dette er en måte å veve pleier-pasient-arbeidet inn i en biopsykososial modell hvor man i tillegg til det kroppslige aspektet også tar hensyn til psykologiske og sosiale dimensjoner og behov (Barbosa da Silva, et al., 2006, s. 100). Gjennom et slikt perspektiv kan man utfylle det biomedisinske perspektivet der hvor dette perspektivet kommer til kort, og således skape en mest mulig helhetlig pleie for den enkelte pasient. Helsevesenet har tradisjonelt vært dominert av det biomedisinske perspektivet, det klassiske lege-pasient-forholdet. Dette perspektivet tilhører det positivistiske vitenskapsparadigmet, man fokuserer på det som er direkte observerbart og målbart. Det biomedisinske perspektivet representerer dermed en modell som gir pasienten kun en begrenset mulighet til å være delaktig i beslutninger om eget liv, helse og fremtid (Barbosa da Silva, et al., 2006, s. 102). Man blir ikke en deltaker, man blir en tilskuer (Skjervheim, 1974). Menneskesynet som det biomedisinske perspektivet tilhører, kan potensielt føre til at helsepersonell ikke respekterer pasientens autonomi. Pasientens rett til selvbestemmelse og medbestemmelse kan, bevisst eller ubevisst fra den profesjonelles side, bli oversett i konkrete arbeidssituasjoner med pasienter. Helsepersonell har i et slikt perspektiv en tendens til å

konsentrere seg om den syke delen av pasientens kropp og se bort ifra psykiske og åndelige dimensjoner. Man kan miste et helhetlig perspektiv på pasienten og således fokusere kun på fragmenter (Barbosa da Silva, et al., 2006). Perspektivet representerer en fare for at den profesjonelle parten i et pleier-pasient-forhold kan objektivere pasienten ved å ikke ta hensyn til den enkeltes opplevelse av sykdom og helse. Det oppstår dermed en toleddet relasjon, om man benytter seg av Skjervheims terminologi. Her ser vi også en klar parallell til Martin Bubers jeg-det-relasjon, altså en relasjon hvor den profesjonelle, «jeg», forholder meg til pasienten som et «det», et objekt eller en ting (Barbosa da Silva, et al., 2006, s. 103). Skjervheims treleddete relasjon og Bubers jeg-du-relasjon er begge et uttrykk for en subjekt-subjekt-relasjon (intersubjektivitet) som forutsetter et flerdimensjonalt menneskesyn hvor pasienten oppfattes som en helhet av kropp, sjel og ånd hvor sykdom ikke bare er noe som skal repareres. I en slik kontekst vil mennesket betraktes som en person med evne til å både handle og ta ansvar for konsekvensene av sine egne handlinger (Barbosa da Silva, et al., 2006). En tredje teori som beretter om subjekt-objekt-relasjoner er Hegel sin herre og trelle-metafor. Gjennom denne metaforen kan man finne at det er gjensidig anerkjennelse som kan løse opp fastlåste relasjoner. Begge partene må i relasjonen få oppfylt ønsket om anerkjennelse. Gjensidig anerkjennelse innebærer at partene evner å innta den andres standpunkt og forlater sitt eget ståsted for å se hvordan verden ser ut fra den andres perspektiv (Schibbye, 2009). Jeg kommer tilbake til disse teoriene i diskusjons-kapittelet.

2.2 Salutogenese

En teori som kan forklare informantenes positive og mindre positive opplevelser med innflytelse i egen behandling, er Antonovskys teori om salutogenese (dannelse av helse). Det salutogene perspektiv representerer en teori om at alle har en psykisk helse og at vi beveger oss stadig opp og ned på et kontinuum mellom helse og uhelse. Dette kontinuumet strekker seg fra veldig dårlig psykisk helse i den ene enden, og til veldig god psykisk helse i den andre. Sentralt i salutogenesen står begrepet sense of coherence, eller på norsk opplevelse av sammenheng (OAS) (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Å oppnå god mestring avhenger ifølge Antonovsky av OAS samlet sett (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 44). OAS består av tre komponenter. Disse er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Hvis man har en sterk OAS så er man motivert til å takle stressende stimuli, man oppfatter det som meningsfullt.

Man har tro på at man greier å forstå situasjonen, og man har tro på at ressursene som trengs for håndtering er tilgjengelig. Antonovsky skriver at en person med et sterkt selv og en fast identitet vil ha en sterk OAS. En person med et svakt selv og en svak identitet vil ha en rigid OAS (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Kohut (1982) forteller i Antonovsky & Sjøbu (2012) at en person med et svakt selv i desperasjon kan klamre seg til en bestemt identitet for å lindre angsten som forfølger ham på grunn av det svake selvet. Her kan man tenke på politiske eller religiøse ekstremister som eksempler. En slik person vil ha en rigid OAS, der opplevelsen av høy begripelighet, håndterbarhet og mening ikke gir rom for erstatning eller forandring (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 48). Antonovsky skriver at mennesker hele livet utsettes for ulike former for stimuli. Hvis man ikke vet hvordan man skal håndtere disse stimuliene, kan det føre til stress og resultere i at man beveger seg nedover på helse-kontinuumet. En stressfaktor kan, ifølge Antonovsky, defineres som en «livsopplevelse preget av manglende sammenheng, under- og overbelastning og utestengning fra deltakelse i beslutningstaking.» (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 50). Det kommer altså tydelig frem fra Antonovsky sin side at manglende eller redusert innflytelse i egen behandling kan potensielt føre et individ nedover på helsekontinuumet. Hvis man derimot opplever stimuliene som begripelige og håndterbare, kan man bevege seg oppover på helse-kontinuumet. (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Her har fagfolk en mulighet for å påvirke det enkelte individ. Ved å identifisere den enkeltes begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, kan man skreddersy et program for pasienten med et mål om å styrke hver enkelt av disse tre komponentene. Salutogenesen fokuserer på helsebringende faktorer fremfor risikofaktorer. Man forsøker alltid å se hele mennesket fremfor sykdommen (Antonovsky, 1996).

2.2.1 Begripelighet

Begripelighet handler om i hvilken grad man opplever at stimuli man utsettes for, er forståelig. Altså om de kan oppfattes som «velordnet, sammenhengende, strukturert og som klar informasjon i stedet for støy, kaotisk, uorganisert, tilfeldig, uventet, uforståelig.» (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 39-40) Skårer man høyt på begripelighet, forventer man at stimuli som man møter i fremtiden er forutsigbare, eller – hvis de kommer brått på – i det minste kan plasseres i en sammenheng og at det er forståelig (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Ifølge Antonovsky så forutsetter en opplevelse av håndterbarhet at man har en høy grad av begripelighet. For å føle at man har ressurser til rådighet for å møte kravene man stilles

ovenfor, må man ha et klart og forståelig bilde av hva kravene er for noe. Om man føler at man lever i en verden som er kaotisk og uforutsigbar, er det vanskelig å føle at det kommer til å gå bra. Antonovsky sier at begripelighet ser ut til å være den nest viktigste komponenten (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

2.2.2 Håndterbarhet

Det andre begrepet i OAS er håndterbarhet. Dette dreier seg om i hvilken grad man opplever at man har de ressursene til rådighet som situasjonen krever. Ressurser til rådighet kan bety ressurser som kontrolleres av legitime andre, som en venn, kollega eller en lege. Hvis man har en sterk opplevelse av håndterbarhet, føler man ikke at man er et offer for omstendighetene, eller at livet har behandlet en urettferdig. Livet vil av og til by på motbakker, men når dette skjer så vil man føle at man er i stand til å takle det, bearbeide sorgen og komme seg videre (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 40). Håndterbarhet er vesentlig for alle individer. Om man føler at man klarer å håndtere hverdagen, bidrar dette til OAS. Hvis man ikke føler at man har ressursene til rådighet, vil det føre til en svekket opplevelse av mening og viljen til å mestre situasjonen. Ressursene kan være så mangt, og følgelig eksisterer det mange strategier i forhold til å håndtere livet sitt (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

2.2.3 Meningsfullhet

Det tredje begrepet, meningsfullhet, dreier seg om i hvilken grad man synes at kravene man stilles ovenfor er verdt å bruke tid og krefter på. Om kravene man møter er noe man tenker man kan ta på strak arm, eller om det er belastninger man helst ville ha vært foruten. Dette begrepet betyr at om man møter alvorlige situasjoner som dødsfall i nær familie eller at man får sparken fra jobben, er man fast bestemt på å finne mening i dette tilsynelatende meningsløse, og gjøre sitt beste for å komme seg videre i livet (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 41). Motivasjonen som ligger i meningsfullhet-komponenten synes å være mest sentral. Man kan ha lav opplevelse av håndterbarhet og begripelighet, men allikevel kan man ha høy grad av meningsfullhet. En slik person vil vise sterkt pågangsmot og være engasjert i jakten på forståelse og ressurser. Man er ikke garantert å lykkes, men muligheten eksisterer. Dette betyr

igjen at meningsfullhet-komponenten er den mest sentrale av de tre komponentene i OAS (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Oppsummert kan OAS defineres som at det er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående tillit til at:

- Stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø er strukturerte, forutsigbare og forståelige.
- Man har tilstrekkelig ressurser til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller.
- Kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i.

(Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 41)

2.2.4 Forholdet mellom de tre komponentene

De tre komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet er uløselig knyttet til hverandre. Dette kan vise seg i generelle livssituasjoner og i bestemte, midlertidige situasjoner. Man kan befinne seg i en situasjon som gir individet en opplevelse av håndterbarhet og begripelighet. Man kan for eksempel forstå hva som foregår og man kan føle at man har ressursene til å utføre kravene som man stilles ovenfor. Antonovsky hevder at en sterk opplevelse av håndterbarhet er avhengig av høy begripelighet. For å oppleve at man har de ressursene til rådighet som situasjonen krever av en, må man ha et klart og tydelig bilde av hva kravene dreier seg om (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 43).

2.2.5 Generelle motstandsressurser

Generelle motstandsressurser henviser til hvilke ressurser den enkelte person har til sin disposisjon for å takle stressende opplevelser. Dette kan være både indre og ytre ressurser. For eksempel trygghet, kunnskap, ferdigheter. Og ytre faktorer som bolig, økonomi og sosialt nettverk. De generelle motstandsressursene skaper per definisjon livsopplevelser preget av indre sammenheng, medbestemmelse og en balanse mellom underbelastning og overbelastning. Slike gjentatte livsopplevelser skaper eller styrker OAS. Dette gjelder også stressfaktorer, de påvirker OAS. Antonovsky sier at man kan snakke om overordnede, psykososiale, generelle motstandsressurser – motstandsunderskudd som et samlebegrep. I

ethvert tilfelle vil en person kunne plasseres på et kontinuum. Jo høyere man kommer på kontinuumet, jo mer sannsynlig er det at man har livserfaringer som bidrar til en sterk OAS. Dess lavere man kommer, dess mer sannsynlig er det at livserfaringene man utsettes for bidrar til en svak OAS (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 50).

2.2.6 Grenser

Antonovsky påpeker at vi alle setter grenser for oss selv. Man er ikke like opptatt av alt som foregår rundt en. Det som foregår utenfor grensen man setter seg, uavhengig om det er begripelig, håndterbart eller meningsfullt, er ikke så viktig for oss. Grensebegrepet innebærer at man ikke trenger å føle at alt i livet er begripelig, håndterbart og meningsfullt for å ha en sterk OAS. Man kan for eksempel ha lav interesse for politikk eller økonomi, og man kan være nokså uengasjert i det lokale fotballaget. Allikevel kan man ha en sterk OAS. Poenget er at det må finnes noen områder i livet som er vesentlig for den enkelte. Om det ikke fins noen slike områder, har man sannsynligvis en svak OAS (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 45).

2.3 Brukermedvirkning og empowerment

Vektleggingen av brukermedvirkningen som vi ser i psykisk helse-feltet i dag og som har pågått i de senere år, kan synes å representere moderne psykiatri sitt paradigmeskifte (Tveiten, 2007). I lovverk og i retningslinjer presiseres det at brukere skal tas med på vurderinger som gjelder deres behandling. Et uttrykk som de fleste har hørt er «den vet best hvor skoen trykker, som har den på». Hvis man skal finne ut hvordan hjelpeapparatet fungerer, er det opplagt at man må spørre dem som benytter seg av hjelpeapparatet. Å sette sin lit til at brukermedvirkningen faktisk fungerer etter myndighetenes gode intensjoner, er ikke å ta brukerne på alvor. Det går an å trekke en parallell til somatikkens verden. Man fratar ikke en person hans kolesterolmedisiner selv om han har for vane å spise pølse med rekesalat. Hva med rusmisbrukerne? Er det god skikk å ta fra en rusmisbruker livsnødvendig medisin fordi man har hatt et sidemisbruk? Er ikke sidemisbruket symptomet på rusmisbrukerens sykdom? Fortjener man straff for å avsløre symptomer på sin lidelse? Hjelpeapparatet må formes etter hva slags behov klientene har (Jenssen, Tronvoll, & Fuglseth, 2012). Systemet må altså

tilpasses brukeren, ikke motsatt. En vei å gå er å skaffe til veie kompetansen, informasjonen og erfaringene som brukerne besitter. Fagfolk kan ikke fremstå som eksperter som vet best hvordan hvert individ har det og hva slags behandling hver enkelt trenger. For brukere er det viktig å ikke bli holdt i en rolle som en bruker (eller som en pasient), men å bli sett også i de øvrige rollene som et menneske besitter. Det kan være et skritt på veien til å fremstå som en likeverdig borger, og ikke bare en bruker av tjenester (Askheim & Starrin, 2007).

Brukere og fagfolk kan ha ulik oppfatning av hva begrepet brukermedvirkning betyr. Dette kan igjen føre til at man snakker forbi hverandre. Den profesjonelle kan mene at han utøver brukermedvirkning, mens brukeren kan ha en annen oppfattelse av hva brukermedvirkning egentlig er. Om man ønsker å få til et fruktbart samarbeid, er det nødvendig at deltagerne i samspillet har samme forståelse av hva samarbeidet skal dreie seg om. Derfor er det vesentlig å definere brukermedvirkning. Brukermedvirkning defineres på forskjellige nivåer - på individnivå og systemnivå. Individnivået dreier seg om den enkeltes rettigheter og muligheter til å påvirke sitt individuelle behandlingstilbud. På systemnivå dreier det seg om brukernes mulighet til å påvirke utformingen av retningslinjer og lovverk i samarbeid med aktuelle myndigheter (Jenssen, et al., 2012).

Uttrykkene brukermedvirkning og empowerment brukes gjerne om hverandre. Kjernen i begge begrepene er maktoverføring. Utspringet for begge begrepene er fra 1970-tallets USA, og uttrykkene har de samme ideologiske røttene – å styrke brukerens innflytelse i utformingen av eget hjelpetilbud (Askheim & Starrin, 2007). WHO definerer empowerment som «en prosess hvor folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse». (Tveiten, 2007, s. 24). Helsedirektoratet definerer i LAR-retningslinjene empowerment (myndiggjøring) som brukermedvirkning i vid forstand. Helsedirektoratet skriver at brukermedvirkning i medisinsk behandling og sosial rehabilitering innebærer at pasienten aktivt deltar eller tar styring i egen rehabilitering. Brukermedvirkning forutsetter fra den profesjonelle sin side en holdning til pasienten hvor lydhørhet og respekt for pasientens valg er avgjørende. «For pasienten medfører brukermedvirkning en mulighet til å gå ut av offerrollen og bli en handlende, ansvarlig person.» (Helsedirektoratet, 2010, s. 32). Empowerment-tenkningen vektlegger omfordeling av makt fra den profesjonelle yrkesutøveren til brukeren. Denne tenkningen kan ses på som et motsvar til det paternalistiske synet på brukeren. Brukeren er i lys av empowerment-teori ikke en mottaker eller en tilskuer, men en aktiv deltager (Tveiten, 2007). Begrepet empowerment dreier seg om å overføre makt fra fagfolk og hjelpeapparatet til brukerne av tjenester. Empowerment-begrepet tar

utgangspunkt i ordet «power», som betyr «styrke», «kraft» eller «makt». Empowerment betyr at personer som er i en avmaktsposisjon, de som befinner seg på den svake siden i en asymmetrisk maktreelasjon, skal gjøres i stand til å motarbeide krefter som holder dem nede. De skal få mer makt og kontroll over sitt eget liv (Askheim, 2009). Likheter med brukermedvirknings-begrepet er stor. Kvebæk (1990), gjengitt i Askheim & Starrin (2007), peker allikevel på at en forskjell er at empowerment har et noe bredere anvendelsesområde enn brukermedvirkning. For eksempel brukes empowerment-begrepet i organisasjonsteori og ledelseslitteratur (Askheim & Starrin, 2007). Ifølge Askheim (2009) er uttrykket brukermedvirkning først og fremst et honnørord som dekker over ulike praksiser og betydninger. Askheim sier at på den ene siden kan uttrykket være et positivt, men innholdsløst honnørbegrep. I den andre enden av skalaen kan brukermedvirkning innebære at brukeren har det avgjørende ordet (Askheim, 2009). For den profesjonelle yrkesutøveren kan det oppstå utfordringer når man både skal gi brukeren med avmakt makt og styrke, og samtidig tjene behandlingsapparatet og forholde seg til rammene som man jobber innenfor. Mellom disse to partene i det asymmetriske maktforholdet kan behov og forventninger være ulike (Askheim, 2009).

3. Utviklingen av LAR

3.1 Historikk

I Kina fikk opiumsryking på 1700-tallet en viss utbredelse. Dette førte til forbud mot dyrking og import på slutten av dette hundreåret. Imidlertid lå det for engelskmennene så mye penger i å importere opium fra India til Kina at de på 1840-tallet brukte militære midler for å tvinge frem opiumsomssetning i Kina. Dette ble kalt «Opiumskrigen». I tilknytning til opiumshandelen var det knyttet både handelsinteresser og skadevirkninger. Det resulterte i at det i 1912 ble holdt en internasjonal konferanse i Haag for å regulere opiumshandelen. Norge vedtok i 1913 en opiumslov som tilpasset seg Haag-vedtaket. Et år senere vedtok USA at opium og kokain bare kunne bli forskrevet av leger (The Harrison Act fra 1914) (Fekjær, 2009).

På begynnelsen av 1900-tallet lanserte Charles B. Towns i New York en kur mot morfinavhengighet. Innholdet i kuren ble lenge holdt hemmelig, men det viste seg etter hvert at innholdet bestod av planteekstrakter (askebark, bulmeurt og belladonna). Utover 1900-tallet dukket det opp en rekke vidunderkurer for alkoholisme og narkomani. Eksempelvis er både amfetamin, LSD, cannabis og GHB blitt anvendt som middel mot alkoholisme. Det er til og med slik at heroinet, kort tid etter at det ble fremstilt, ble lansert som et godt middel mot morfinavhengighet. Ringen ble sluttet da et farmasøytisk firma på 1990-tallet lanserte morfin som medisin mot heroinavhengighet (Fekjær, 2009).

3.1.1 Metadon-rehabilitering i USA

Metadonbehandling ble gjort allment tilgjengelig i Norge i 1998. Grunnlaget var en rehabiliteringsmodell skapt av legene Vincent P. Dole og Marie Nyswander i New York i USA på 1960-tallet (Dole Vp, 1965). I artikkelen «A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction» som Dole og Nyswander publiserte i 1965, viste de til gode resultater for rehabilitering av 22 heroin-avhengige pasienter. Fremgangsmåten var på mange måter den samme som vi kjenner igjen i dagens Legemiddelassistert Rehabilitering i

Norge. Pasientene startet sin behandling i en sykehusavdeling med plass til maksimalt ni pasienter. Avdelingen var ulåst. Med plass til maksimalt ni pasienter kunne helsepersonellet tilby en individuelt tilrettelagt behandling. Slik kunne personalet behandle den enkelte pasients problematikk. Pasientene mottok Metadon for oral administrering i lave doser i en opptrappingsfase. Under sykehusoppholdet fikk de også en grundig sjekk av helsen, en psykiatrisk vurdering, en kartlegging av familiestruktur og boligsituasjon, og etter hvert praksisplass eller skolegang. Metadonen ble etter opptrappingsfasen inntatt en gang om dagen, alltid under tilsyn av helsepersonell, og man holdt kontroll med eventuelt sidemisbruk med jevnlig urinprøver. Dole og Nyswander skrev i sin artikkel at det mest oppsiktsvekkende funnet var at suget etter heroin var borte. Metadon blokkerte hungeren etter heroin. Dette var pasienter som tidligere hadde forsøkt seg på medikament-fri tilværelse etter avvenning. Da gikk det imidlertid dårlig så fort man kom tilbake til sitt gamle miljø etter institusjonsopphold. Særlig tøft ble det hvis de også ble eksponert for følelsesmessig stress. Med Metadon, derimot, kunne pasientene oppsøke gamle venner og til og med se dem injisere heroin uten at de selv følte trang til å ruse seg. Urinprøvene viste at sidemisbruk forekom relativt sjeldent. Dole og Nyswander bemerket også at pasientene selv spontant fortalte sannheten de gangene de hadde hatt sidemisbruk, og at historiene deres samsvarte med laboratorieprøver. Dette rehabiliteringsprosjektet til Dole og Nyswander viste ingen tegn til skadelige bivirkninger, bortsett fra obstipasjon. Flere av pasientene ble i stand til å være i jobb og de gjenopprettet kontakten med familiene sine. Dole og Nyswander påpekte at etter deres oppfatning var rehabiliterings-biten og Metadon-biten i prosjektet like viktige (Dole Vp, 1965).

3.2 LAR i Norge

Behandlingsapparatet i Norge var i det store og hele kritisk til behandling av opiatavhengighet med substitusjonslegemidler. Man var kritisk til sykdomsforståelsen av avhengighet. Det ble allikevel satt i gang noen forsiktige utprøvinger av prosjekter sent på 1960-tallet og på 70-tallet, men i Norge ønsket man først og fremst å forsøke å behandle avhengighet med medikamentfrie fremgangsmåter. Helsedirektoratet uttalte på 1970-tallet at behandlingen av rusmiddelavhengige i Norge skulle dreie seg om stoffrihet og ikke avhengighet av medikamenter (Hallgrimson, 1980, gjengitt i Skretting, 2010). Metadon-behandling ble

forbudt i Norge i 1976 etter at det hadde blitt utprøvd i noen år (Fekjær, 2009). Debatten om substitusjonsbehandling ble gradvis satt i gang etter at hiv-epidemien blant sprøytemisbrukerne kom til landet. Man fant ut at hiv-smittede var mer tilgjengelige for behandling for hiv hvis de mottok Metadon-behandling. I tillegg anså man det å gi Metadon til hiv-smittede personer med sykdomsutvikling som en verdig avslutning på livet (Skretting, 1997). Det var politisk lett å få igjennom forslaget om Metadon-behandling på grunn av frykten for at hiv skulle spre seg (Fekjær, 2009). Til tross for en del motstand mot å gi Metadon («statsdop») til rusavhengige, ble det drevet et prøveprosjekt fra 1994. I 1998 ble Metadon-behandlingen etablert som et permanent, landsomfattende tiltak. Det ble kalt MAR, Metadonassistert Rehabilitering, for å markere at man også fokuserte på rehabilitering i tillegg til den medikamentelle behandlingen. Da Buprenorfin (Subutex) ble introdusert på det norske markedet rundt årtusenskiftet og således førte til et alternativ til Metadon, ble navnet endret til Legemiddelassistert Rehabilitering (LAR) (Fekjær, 2009). Subutex fikk i 1999 mye oppmerksomhet. Medikamentet ble omtalt i positive vendinger. Subutex førte til redusert fare for overdose, det resulterte i mindre sidemisbruk og det ga mindre frafall fra behandlingsprogrammer enn blant brukerne av Metadon (Bramness, Bachs, & Waal, 2002).

3.2.1 Organiseringen av LAR

Opprinnelig ble LAR organisert som statlig godkjente sentre tilknyttet sykehus i utvalgte fylkeskommuner. Etter at sykehusene i 2002 ble organisert som statlige helseforetak, fulgte ansvaret for spesialisert rusbehandling med ved rusreformene i 2004. Hvert helseforetak har egen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Fra 2010 er det kliniske tilbudet i LAR hjemlet i LAR-forskriften (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) og i de nasjonale LAR-retningslinjene (Helsedirektoratet, 2010). LAR er organisert som et trepartsamarbeid mellom NAV, fastlegen og spesialisthelsetjenesten. I realiteten er det som et firepartsamarbeid å regne, med pasienten i midten (Lossius & Andresen, 2012). LAR Øst har veiledningsansvar med regionale samlinger (Waal, Clausen, Håseth, & Lillevold, 2012).

3.2.2 Hvem er pasientene i LAR

Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF) utgir årlige statusrapporter for LAR i Norge. I en statusrapport fra 2009 (revidert i 2010) finner man viktige data. Antallet LAR-klienter har steget siden oppstarten av LAR i 1998. Ved slutten av 2008 var det 4.914 pasienter i behandling. I 2009 var det 5.383, en økning på 425. Utviklingen har vært lik i alle helseregionene. Nesten halvparten av pasientene bor i Region øst, omtrent en fjerdedel i Region sør og litt færre i vest. Det er fremdeles en jevn årlig økning i antallet personer i behandling. Antallet LAR-klienter noen sinne var i 2009 7.770 personer. I 2007 viste tallene at 76,6 % var uten fast beskjeftigelse i form av arbeid eller utdanning. I 2008 var det 75,7 %. I 2009 var det 78,5 % (Waal, Clausen, Håseth, & Lillevold, 2010).

Når det gjelder alder på LAR-klienter så ligger gjennomsnittsalderen på 41 år. De årlige statusrapportene viser en aldrende pasientgruppe med gjennomgående dårlig psykisk og somatisk helse. 70 % av klientene er menn, 30 % er kvinner. En stor andel lever av offentlige ytelser (Helsedirektoratet, 2010). 45,2 % av LAR-klientene hadde uførepensjon/alderspensjon som viktigste inntekt. 80,7 % av klientene hadde egen bolig.

Substitusjonslegemidlene som LAR-klienter mottar er Metadon, Subutex og Suboxone. Andelen som behandles med Subutex/Suboxone øker, og var ifølge statusrapporten fra 2009 kommet opp i 43,2 %. Andelen som mottok Metadon var på 55,7 %. Når det gjelder dosering, så ble Metadon gitt i et gjennomsnitt på litt over 100 mg daglig i 2009. Dette var lavere enn tidligere. Subutex/Suboxone-doseringen var på 18 mg daglig, som var ubetydelig lavere enn i 2008. 9,6 % hadde ingen avtale om levering av urinprøver. 25 % opplevde stikkprøver, mens 62,3 % hadde avtale om regelmessig levering av urinprøver (Waal, et al., 2010).

4. Metode

Denne masteroppgaven benytter en fremgangsmåte inspirert av forskjellige teoretikere innenfor kvalitativ forskning, blant annet Glaser & Strauss, Malterud, og Graneheim & Lundman. Hovedsakelig er fremgangsmåten inspirert av grounded theory (Glaser & Strauss, 1967). Videre benytter jeg elementer fra Malterud og Graneheim & Lundman for å forklare kvalitativ metode på en grundig måte. Oppgaven har et eksplorativt design fordi den utforsker et område hvor det ikke eksisterer så mye kunnskap fra før, og fordi oppgaven gjennom funn-presentasjonen og i diskusjonsdelen presenterer ulike hypoteser (Olsson & Sörensen, 2003). Det vitenskapsteoretiske ståstedet i oppgaven er dominert av et humanistisk-eksistensialistisk menneskesyn. I dette ligger en oppfatning av at mennesket er et fornuftsvesen som er i stand til å ta egne valg. Mennesket er i sentrum, det er fornuftig, det har fri vilje og det er potensielt godt (Barbosa da Silva, et al., 2006). Med en humanistisk-eksistensiell tilnærming er det vesentlig å forsøke å forstå det særegne i et menneskes situasjon. Med et slikt perspektiv har diagnoser liten betydning. Det er mennesket i seg selv som er det essensielle (Hummelvoll & Dahl, 2012).

4.1 Generelt om kvalitativ metode

Kvalitative metoder kan benyttes når man ønsker å si noe om egenskaper ved et fenomen, om man ønsker å undersøke fenomener man ikke kjenner særlig godt og som det er forsket lite på, og for å undersøke fenomener man ønsker en bedre forståelse for (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2010). Ifølge K. Malterud (2001) så betyr kvalitative metoder at man engasjerer seg i systematisk innhenting, organisering og fortolkning av tekstmateriale. Tekstmaterialet kan stamme fra intervjuer eller fra observasjon. I denne oppgaven er det intervju av personer som mottar LAR-behandling som danner datamaterialet. Malterud utdyper at kvalitative metoder brukes i utforskningen av sosiale fenomener sett fra perspektivet til den det gjelder, i deres naturlige kontekst (Malterud, 2001). Det vil si at den overordnede tanken med å intervju LAR-klienter er å få frem deres subjektive erfaringer med innflytelse/medvirkning i egen behandling i LAR. Denne studien tilhører den hermeneutiske (fortolkende) vitenskapstradisjon, fordi den fortolker meninger i informantenes utsagn (Malterud, 2011).

Intervjuene er gjort ved hjelp av semi-strukturert livsverdensintervju. Et semi-strukturert livsverdensintervju benyttes når man ønsker å forstå temaer fra dagliglivet ut fra

intervjupersonens egne perspektiver. At det er semi-strukturert betyr at det ikke er en åpen samtale, og det er heller ikke en samtale rundt et lukket spørreskjema. Intervjuet følger en mal, en intervjuguide, som kretser rundt bestemte temaer som er formulert på forhånd. Intervjuet transkriberes. Tekstmaterialet som oppstår utgjør grunnlaget for den påfølgende meningsanalysen (Kvale, Brinkmann, & Anderssen, 2009).

Intervjuguiden inneholdt opprinnelig 10 spørsmål. Da jeg hadde utført det første intervjuet, dukket det opp noen nye temaer som jeg ønsket å spørre neste informant om. Dette skjedde flere ganger etter de kommende intervjuene. Derfor har jeg mellom intervjuene lagt til noen flere spørsmål og således tilpasset intervjuguiden ut ifra hva som foregår i informantenes livsverden. Ifølge Malterud (2011) bør samtalen justeres i takt med spørremåter og oppfølging som leder til et rikest mulig empirisk materiale. Man skal sikte seg inn mot den delen av feltet hvor man kan være med på å utvikle ny kunnskap (Malterud, 2011, s. 53). Dette har ført til at informantene fikk spørsmål om de kunne kjenne seg igjen i temaer som tidligere informanter hadde tatt opp (Kvale, et al., 2009, s. 128).

4.2 Grounded Theory som metode

Hovedsakelig benyttes en grounded theory-inspirert fremgangsmåte i denne masteroppgaven (Glaser & Strauss, 1967). Grounded theory er en metode som dreier seg om å systematisk generere teori ut fra dataene man har tilegnet seg. Metoden ble utviklet av Barney Glaser og Anselm Strauss i USA på 1960-tallet. Metoden baserer seg på at man ikke starter med en teori som utgangspunkt, men man stiller seg åpen til hva som foregår ute i felten, for eksempel blant et utvalg informanter, og søker å finne ut hvordan virkeligheten ser ut. Man har som utgangspunkt et mest mulig åpent sinn (Glaser & Strauss, 1967).

Å generere teori og å drive forskning er to deler i den samme prosessen. Hvordan forskeren går inn i felten for å skaffe data, måten han skaffer dataene og koder dem på, dannelsen av kategorier, notatskrivingen underveis, og dannelsen av en teori – alt styres i seg selv av teorien som vokser frem. I kontrast til denne metoden har man metoder som tar utgangspunkt i en allerede eksisterende teori og søker å verifisere eller forkaste teorien. Hvert steg i grounded theory vil farges av hvem forskeren er. Hans kunnskap, hans evner, hans energinivå, hans modenhet, hans motivasjon, interesser, og hans innsikt i temaet. (Glaser, 1978). Barney

Glaser skriver i sin bok «Theoretical Sensitivity» (1978) at teoretisk prøvetakning («theoretical sampling» i originalteksten) er prosessen hvor forskeren samler inn data, koder og analyserer, og bestemmer seg for hvilke data han skal samle inn i neste omgang. Denne prosessen styres av teorien som stiger frem i løpet av prosessen. Prosedyren for teoretisk prøvetakning foregår ved å danne koder fra rådatamaterialet allerede fra begynnelsen av datainnsamlingen, og deretter ved å kontinuerlig sammenligne kodene med dataene som man fortsetter å hente inn (Glaser, 1978). Kodene i seg selv vil styre det videre arbeidet i forhold til hvilke data man i de kommende intervjuene vil samle inn. Kodene vil fremover utvikle seg, men vil alltid respektere hvert enkelt område kodene representerer, og kodenes relasjon seg imellom. Denne prosessen, «theoretical sampling», vil avsluttes når man oppnår en meningsmetning og en integrasjon av kodene inn i en ny teori (ibid, s. 36). Ved å bruke grounded theory vil forskeren konstruere en teori ut fra dataene, og ved å sammenligne dataene ettersom de samles inn, vil forskeren skape koder på et høyere og mer abstrakt nivå. Kort sagt vil teori gradvis stige frem induktivt gjennom analysearbeidet (ibid, s. 39). Ifølge Glaser er det essensielle i forholdet mellom data og teori at man danner koder som er høyere begreper dannet med basis i datamaterialet. Koden konseptualiserer det underliggende mønsteret i de empiriske dataene (ibid, s. 55). Gjennom å kode datamaterialet hever man seg over det empiriske nivået i materialet, og kodene blir i enden av prosessen til en teori som forklarer hva som skjer i datamaterialet (ibid, s. 55). Begrepsfesting av data er det første trinnet i grounded theory (Olsson & Sørensen, 2003). Når man begynner å kode, vil kodingen være svært åpen. Kodingen innebærer at man gir hendelser og opplevelser et navn. Informantene vil ofte gjenta hendelser og opplevelser som har hatt betydning for dem. Denne åpne kodingen fortsetter til den kan avgrensnes mot en hovedkategori. Man søker etter mønstre i informantenes utsagn, og gir disse et navn. Ifølge Olsson & Sørensen er «en av hjørnesteinene i grounded theory informantenes utsagn, foreteelser kontra foreteelser samt hendelser sammenlignet med hendelser for slik å skape begreper» (Olsson & Sørensen, 2003, s. 117).

Grounded theory er både en induktiv og en deduktiv metode. Induktiv fordi man skaper en teori ut fra data man samler inn. Deduktiv fordi man underveis benytter seg av kodene man har laget som en rettleider i forhold til hva man i det videre innsamlingsarbeidet ønsker å fokusere på. Det vil si at kilden til den videre fremgangen i arbeidet er sammenligningen av koder man har skapt ut ifra sitt eksisterende datamateriale. Ved å bruke strategien som grounded theory representerer, vil forskeren inntone seg på hva som faktisk foregår der ute i

felten. Han kan skifte fokus vekk fra sine egne oppfatninger og styre fokuset inn mot hva som rører seg der ute blant menneskene som beretter sine historier. På denne måten vil dataene som samles inn reflektere hva som foregår i felten, fremfor at forskeren spekulerer i hva som ikke kan observeres eller hva som burde ha vært observert. Man følger sin teoretiske sensitivitet, som Glaser kaller det (Glaser, 1978).

Klassisk grounded theory er opptatt av at fremveksten av teori skal komme av empiriske data gjennom analyse av de grunnleggende sosiale prosessene i det studerte området. Kodene oppstår ved kontinuerlig sammenligning av data med data og koder med koder (Glaser & Strauss, 1967). Grounded theory har vært gjenstand for utvikling i tiår. Glaser & Strauss ble etter hvert uenige i sitt syn på grounded theory. Jeg forklarer her uenigheten: Den selektive kodingen er det tredje trinnet i analysen. Det innebærer at hovedkategorier identifiseres på bakgrunn av avgrensning av begrepene som relateres til en kategori. Et kriterium for en hovedkategori er at den skal være sentral i datamaterialet og forekomme ofte, og at den skal kunne relateres til de øvrige kategoriene. Det er her Glaser og Strauss er uenige, med Glaser på den ene siden og Strauss & Corbin på den andre. Uenigheten dreier seg om hvorvidt den selektive kodingen innebærer koding mot kategori eller mot prosessen som leder til valg av kategori (Corbin & Strauss, 2008; Glaser & Strauss, 1967; Olsson & Sørensen, 2003). Strauss & Corbin lanserte begrepet «aksial koding» på 90-tallet, som altså skiller seg fra den klassiske grounded theory. Aksial koding innebærer åpen koding, selektiv koding, og i tillegg en parallell koding mot relevant litteratur (Olsson & Sørensen, 2003).

Et aspekt i en grounded theory-inspirert fremgangsmåte er at man søker å oppnå en meningsmetning. Når intervjuene ikke lenger fremskaffer ny informasjon, kan det tenkes at man har oppnådd en metning i meningsinnholdet for den aktuelle problemstillingen. Det er relevant å presisere at en slik fremgangsmåte ikke tar sikte på å skaffe til veie en fullstendig og heldekkende beskrivelse av alle aspekter av det fenomenet man studerer. Man kan være godt fornøyd om man har lyktes i å åpne noen dører til et nytt felt ved å vise til noen gode eksempler som kan bidra til nytenkning. Det er viktigere å stille seg spørsmålet om man har skaffet nok empiriske data til å belyse problemstillingen, fremfor om man har vært innom alt som overhodet kan sies om den. Viser det seg at man ikke har nok empiri, fortsetter man med rekruttering av informanter, datainnsamling og nye analyserunder (Glaser & Strauss, 1967; Malterud, 2011).

4.3 Utvalg

Informantene jeg har intervjuet i denne masteroppgaven har jeg nådd på flere forskjellige måter. Jeg har kommet i kontakt med dem gjennom Kirkens Sosialtjeneste og brukerorganisasjonen LAR Nett. LAR Nett er en landsomfattende organisasjon med kontaktpersoner i flere byer i Norge. Gjennom å kontakte en av LAR Nett sine representanter, fikk jeg tips om at LAR Nett har stor aktivitet i sin gruppe på det sosiale nettverket Facebook. Jeg meldte meg deretter inn i denne gruppen, og skrev en generell henvendelse på veggen til gruppen. Det var dermed frivillig for det enkelte medlem i gruppen å velge å svare meg på forespørselen om å delta i mitt forskningsprosjekt. I forespørselen skrev jeg kort hva studien handlet om og at jeg fortrinnsvis ønsket å benytte meg av Skype for å utføre videointervjuer (Skype er et dataprogram for videotelefoni). Dette på grunn av at LAR Nett er landsomfattende og at det dermed kunne være store avstander mellom meg og informantene. Jeg fikk dermed henvendelser fra flere interesserte personer. Vi utvekslet epost-adresser og deretter Skype-brukernavn. Informasjonsskrivet mitt med samtykkeerklæring om at man ønsket å delta ble sendt elektronisk med e-post. Svarslippene med signaturer mottok jeg hovedsakelig med vanlig postgang, en av dem fikk jeg i scannet pdf-utgave via e-post.

Det viste seg etter hvert at det ikke var fullt så enkelt å faktisk få gjennomført intervjuene. Det ble cirka 15 tilfeller hvor jeg hadde avtaler om Skype-intervju hvor informantene ikke dukket opp. Det ble dermed en del venting ved PC'en min til ingen nytte. Det var imidlertid ingenting å utsette på folks engasjement, høflighet, og vilje til å bidra i mitt prosjekt. Jeg har utelukkende blitt møtt av hyggelige og positivt innstilte mennesker. Dette har bidratt til å styrke min egen motivasjon underveis i prosjektet.

De to første intervjuene er utført med Skype. Disse personene bodde i Midt-Norge og i Vestfold. De fire neste intervjuene gjorde jeg i en by på Østlandet. Intervju nummer 3 og 4 ble gjort i lokalene til et arbeidstiltak for rusavhengige, og intervju nummer 5 ble gjort i et boligtiltak for rusavhengige. Kontakten med disse tre informantene på Østlandet ble gjort via lederne i tiltakene, altså via en tredjepart. På denne måten reduserer man til et minimumsnivå muligheten for at klientene føler seg presset til å svare. Identiteten til disse tre personene på Østlandet var ukjent for meg inntil jeg møtte dem ansikt til ansikt. Intervju nummer 6 foregikk på en kafé. Denne informanten nådde jeg via den såkalte jungeltelegrafan; jeg kom i kontakt med ham via felles bekjente. Informant nummer 7 ble også nådd via jungeltelegrafan. I dette tilfellet var det min henvendelse på LAR Nett sin Facebook-side som ble

videreformidlet av et medlem av denne Facebook-siden. Intervjuet ble foretatt ved å bruke Skype for å ringe til informantens mobiltelefon. Jeg hadde på dette tidspunktet oppdaget at det fungerer å ringe med Skype til vanlige mobiltelefoner om man betaler tellerskritt for dette. Da informanten gav uttrykk for at det ikke er ønskelig å bli filmet, syntes jeg det var like greit å benytte seg av muligheten til å ringe til vedkommendes mobiltelefon. Grunnen til at jeg ikke brukte min mobiltelefon for å ringe, var at jeg var avhengig av å spille inn et lydopptak av samtalen. I mitt tilfelle var dermed PC den eneste løsningen.

De 7 informantene bestod av 4 kvinner og 3 menn. Alderen varierte fra 26 til 49 år. Gjennomsnittlig alder var 41 år. Det varierte hvor lenge de hadde vært inkludert i LAR. De fleste informantene var godt voksne og hadde vært medlem siden tidlig på 2000-tallet. De hadde således vært inkludert i over 10 år. Tre av informantene hadde kort fartstid i LAR. De to informantene i 20-åra hadde vært inkludert litt over et års tid og i cirka 3 år. En informant i 40-åra hadde også vært inkludert i 3 år. De øvrige informantene var langt mer erfarne som LAR-klienter, og det føler jeg styrker validiteten i svarene betraktelig. En av informantene hadde vært med i LAR siden 1998, to av informantene oppgav at de ble inkludert i år 2001. En annen ble inkludert i 2005. De fleste informantene begynte å ruse seg i tenårene, mens en av informantene debuterte som godt voksen. Jeg hadde i informasjonsskrivet til informantene skrevet at jeg satte som et minstekrav at informanten hadde vært i LAR i minst 6 måneder, slik at klienten hadde hatt tid til å gjøre seg opp meninger om opplevelsen av innflytelsen i egen behandling. Intervjuene ble spilt inn digitalt for å sikre at hvert ord og hver lille mening ble lagret og at ikke noen form for informasjon kunne gå tapt. Jeg har selv gjort jobben med å transkribere hvert enkelt intervju. Det faktum at informantene ikke bor på samme sted, bidrar til at man får belyst opplevelsen til LAR-klienter som sokner til forskjellige LAR-sentere. Dette bidrar til en større bredde og kanskje også en større overførbarhet enn om samtlige informanter bodde på samme sted og tilhørte samme LAR-senter. For å ivareta informantenes anonymitet vil det ikke gis noe mer detaljert informasjon om bakgrunnen til hver enkelt deltager.

4.4 Litteratursøk om LAR

I databasen SveMed+ forsøkte jeg søkeordene «user participation drug maintenance treatment» som gav meg 6 treff. Et av treffene virket relevant, og det var artikkelen

«Variations in treatment organisation, practices and outcomes within the Norwegian Opioid Maintenance Treatment Programme». Denne studien er foretatt i Norge og beskriver forskjeller på behandlingen som gis innenfor LAR i Norge. Studien viser at det er store variasjoner i forhold til hvordan man tolker de nasjonale retningslinjene. Variasjonene dreier seg om valg av medikament, dosen, lengden på behandlingen, så vel som tolkning av inntaks- og utskrivelseskriterier.

Et søk med søkeordene “opiate substitution program user participation» i søkemotoren “reSearch” på Karolinska Institutet sin nettside, gav meg kun 32 treff. Her fant jeg artikkelen “Injection drug users' perceptions of drug treatment services and attitudes toward substitution therapy: A qualitative study in three Russian cities”. Forskningen i denne artikkelen viser at det å undersøke rusmisbrukernes synspunkter på behandlingen de mottar av helsevesenet, er helt essensielt for å forstå deres behov. Det er slik at jo bedre tjenester rusmisbrukerne mottar av helsevesenet, jo bedre resultater kan man forvente å oppnå av behandlingen (Bobrova, et al., 2007). I denne artikkelen fant jeg henvisning til en amerikansk artikkel. Dette var en studie utført i fire amerikanske byer som peker på at pasienter som hadde gode terapeutiske relasjoner til sine behandlere, oppnådde bedre resultater etter endt behandling. De brukte mindre narkotika og var mindre involvert i kriminelle aktiviteter som følge av en tillitsfull og god relasjon til sine behandlere (Joe, Simpson, Dansereau, & Rowan-Szal, 2001).

Når det gjelder forskning om brukererfaringer ved å være inkludert i LAR, har det foreløpig ikke lyktes meg å finne noe slikt. Jeg har søkt bl.a. i Google Scholar, Helsebiblioteket og i Kunnskapsegget. Jeg har vært i kontakt med Sykehuset Innlandet og Senter for rus- og avhengighetsforskning i Oslo (SERAF). Fra SERAF ble jeg henvist videre til biblioteket ved Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) i Oslo. Biblioteket ved SIRUS ble forespurt om de kunne bistå meg med litteratursøk i forhold til min problemstilling. Ingen jeg har vært i kontakt med har kommet frem til at det fins slik forskning fra før. Foreløpig ser det for meg ut til å være et tomrom å fylle i kunnskapen når det kommer til brukerens egne erfaringer og opplevelser med LAR og med brukervedvirkning i LAR.

Det er imidlertid utført forskning på rusmisbrukeres opplevelse av brukervedvirkning innenfor sosialtjenesten/NAV. Det ble av masterstudent Hilde Aasmundsen i 2009 utført kvalitative intervjuer av 8 brukere, hvor noen av disse var under Legemiddelasistert Rehabilitering (Jenssen, et al., 2012). Fokuset for dette studiet var opplevelsen av brukervedvirkning i møte med sosialtjeneste/NAV, og ikke i møtet med LAR. NAV er på

samme måte som LAR pålagt å utøve brukermedvirkning i praksis, dette styres av lovverk og retningslinjer. Ifølge forskningen til Aasmundsen og Sagvaag (2012) så opplever brukerne av sosialtjenesten/NAV at det ikke foregår brukermedvirkning i praksis. De opplever at de blir krenket og ydmyket. Sosialarbeiderne på sin side opplever derimot at de praktiserer brukermedvirkning (Jenssen, et al., 2012).

Det eksisterer i SERAF sine statusrapporter et avsnitt om måling av pasientenes fornøydhetsgrad. Avsnittet heter «Fornøydhetsmålinger – pasientens vurderinger» (Waal, et al., 2012, s. 58). Denne teksten er ikke spesielt oppløftende lesning. Ikke på grunn av resultatene av målingen, men SERAF skriver i statusrapporten fra 2009 at «spørsmålet er besvart av den enkelte hovedkontakt uten at pasienten nødvendigvis er spurt. Dette må tas med i vurdering av svarene.» (Waal, et al., 2010, s. 48). I statusrapporten fra 2011 har man fokusert i noe større grad på å spørre dem det gjelder. Der står det at «spørsmålet er besvart av den enkelte hovedkontakt og i denne undersøkelsen er innskjerpet at pasienten skal være spurt.» (Waal, et al., 2012, s. 58). Undersøkelsen viser at pasientene har en mer kritisk holdning til behandlingen enn andre pasienter i helsevesenet for øvrig (Waal, et al., 2012, s. 59).

Mye av den øvrige litteraturen som er benyttet i denne masteroppgaven er litteratur som jeg har funnet gjennom å lese tidligere oppgaver og ved å lese bøker på pensumlisten til Høgskolen i Hedmark. Gjennom å lese pensumlitteraturen har jeg blitt ført videre til andre kilder.

4.5 Metodekritikk

Hvor troverdig er denne masteroppgaven? Troverdighet kan deles inn i begrepene validitet, overførbarhet og reliabilitet. Validitet dreier seg om i hvilken grad en metode undersøker det man faktisk ønsker å finne ut (Kvale, et al., 2009). Altså om man måler det man faktisk ønsker å måle. For å finne ut hvordan en LAR-klient opplever innflytelse i egen behandling, er den beste fremgangsmåten å spørre dem det gjelder. Dette kalles «face validity» på engelsk, oversatt betyr det «umiddelbar validitet (Olsson & Sörensen, 2003). Opplysninger om et slikt fenomen får man sikrest fra dem som mottar LAR-behandling.

Ifølge Malterud er det to spørsmål man kan stille som sier noe om graden av validitet. Det første spørsmålet dreier seg om intern validitet. Dette spørsmålet betyr «hva er dette sant

om?» Har man brukt relevante begreper eller kartleggingsmetoder for å studere fenomenet man ønsker å studere? Det kan for eksempel handle om å vurdere i hvilken grad man retter intervjuguiden i retning av det forholdet man ønsker å belyse. Eller om man stiller spørsmål som blir skivebom i forhold til forskningsspørsmålet. Det andre spørsmålet om validitet gjelder overførbarhet, eller såkalt ekstern validitet. Kan funnene i studien gjøres gjeldende utover konteksten der funnene er kartlagt? (Malterud, 2011) Om man intervjuer syv personer om sitt forhold til innflytelse i egen behandling, er det ikke dermed gitt at disse svarene er allmenngyldige for hva resten av landets LAR-klienter mener om denne saken. Det er grunn til å tro at dette er for lite grunnlag til å kunne si noe generelt om temaet. Samtidig er det slik at ingen kunnskap er allmenngyldig, i den betydning at den gjelder under alle omstendigheter for alle formål (Malterud, 2011). For å styrke muligheten for overførbarhet, er det verdifullt å gi en klar og tydelig beskrivelse av konteksten, utvalget, hvem som har deltatt i studien, datainnsamlingen og data-analysen. En bred presentasjon av funnene sammen med passende sitater fra informantene vil øke graden av overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

Malterud (2011) sier at overførbarhet, eller generaliserbarhet, er et problematisk begrep i kvalitative studier. Hun sier at man sjelden kan svare ja eller nei på spørsmålet om det vi har funnet, er sant. Malterud fremhever at det er viktigere å spørre hva det er sant om. Hva metoden og materialet gir mulighet til å si noe om, og hvilken overførbarhet funnene har utover konteksten dataene ble samlet inn i. For det er slik at empirien som er tilegnet i denne studien representerer en avgrenset del av virkeligheten, og meg som person og som intervjuer vil alltid være med og påvirke informantene og hvilke svar som kommer frem (Malterud, 2011). Det kan tenkes at mine to år på et journalist-studium i Oslo tidlig på 2000-tallet med påfølgende jobbing som journalist, kan ha bidratt til at jeg har vært mer bevisst min egen rolle som intervjuer gjennom teoretisk opplæring og praktisk erfaring som journalist, i motsetning til om jeg ikke hadde hatt denne bakgrunnen. Jeg har vært i intervjusituasjoner mange ganger før, og sist gang under første året på masterutdanningen. Jeg har vært kritisk til min egen rolle som intervjuer og forsøkt å ikke avbryte informanten unødvendig, la informanten snakke ut om det han har på hjertet. Det har vært et overordnet mål for meg å la informanten få føle at det er hans/hennes tanker og meninger som var det essensielle og som jeg ønsket å få frem. Gjennom arbeidet med denne masteroppgaven og to år med videreutdanning i psykisk helsearbeid, har jeg blitt bevisstgjort i forhold til subjekt-subjekt-relasjoner. Jeg har forsøkt å integrere en slik tenkemåte som en del av min adferd fordi det er et faktum at en intervjusamtale mellom en forsker og en informant representerer et asymmetrisk maktforhold.

Et forskningsintervju er ikke en åpen, dagligdags samtale mellom to likeverdige subjekter. Intervjueren er alene om å tolke svarene når intervjuet er utført. Det er intervjueren alene som fortolker og rapporterer hva informanten uttalte (Kvale, et al., 2009).

Reliabilitet innenfor kvalitativ metode dreier seg om forskningsresultatenes troverdighet og konsistens. Begrepet reliabilitet kan utdypes til å dreie seg om hvorvidt et resultat kan reproduseres på et annet tidspunkt av andre forskere. Spørsmålet er da om den samme informanten ville besvart spørsmålene annerledes i samtale med en annen forsker. Intervjuene i denne studien løsrev seg til en viss grad fra intervjuguiden. De ble mer som en vanlig dialog å regne, hvor man av og til kom inn på avsporinger som ikke hadde noe med temaet å gjøre, og av og til dagligdags hyggeprat. Flere ganger underveis i intervjuene, når jeg følte det var på tide å finne ut hvor vi befant oss hen i spørsmålslandskapet, trakk jeg fram intervjuguiden og undersøkte hvilke spørsmål vi ikke hadde vært innom. Hvilke ord jeg som intervjuer har valgt, kan ikke utelukkes å ha påvirket hvilke svar jeg fikk. Samtidig er det viktig å være klar over at for sterk fokus på reliabilitet kan motvirke kreativ tenkning og variasjon. Kreativ tenkning og variasjon får bedre vilkår når man følger sin egen intervjustil og følger opp assosiasjoner som dukker opp underveis (Kvale, et al., 2009, s. 250).

Tre av informantene ble rekruttert via LAR Nett sin gruppe på Facebook. Ifølge Johannessen, Tufte & Christoffersen er internett en god plass å rekruttere informanter, særlig i de tilfeller man ønsker å diskutere temaer som er relatert til det aktuelle nettstedet (Johannessen, et al., 2010). Samtidig kan dette by på et utvalg som er en smule skjevt. Gjennom å rekruttere via internett, vil man sannsynligvis henvende seg til folk som har tilgang til internett og kanskje ikke er blant de dårligst stilte. Således er de ikke blant de aller svakeste LAR-brukerne. Man når altså ikke personer som ikke bruker internett. Da kontakten med disse tre informantene var opprettet via Facebook-gruppen og påfølgende chat og e-post, ble selve dialogen som tidligere nevnt utført via Skype. Dette representerer også en mulighet for å misforstå hverandre da lyden av og til kan være noe utydelig som følge av forstyrrelser på linjen eller for svak båndbredde (Johannessen, et al., 2010). I de tilfeller at noe ble utydelig for meg, spurte jeg om informanten kunne gjenta hva han/hun sa. Dermed ble informasjonen gjentatt, og samtalene forløp relativt uproblematisk.

De øvrige informantene nådde jeg som tidligere nevnt via å kontakte ulike avdelinger innenfor Kirkens Bymisjon. Slik gikk utvelgelsen av informanter via tredjepersoner, altså

lederne ved disse tiltakene. Da kan det hende at det ikke nødvendigvis er en helt tilfeldig utvelgelse av informantene.

Jeg sendte intervjuguiden min på epost til de fleste av informantene mine på forhånd. Jeg sendte dessverre ikke ut intervjuguiden til de to første intervjuobjektene på forhånd. Dette tar jeg på min egen kappe, det skyldes min uerfarenhet. Det kan muligens ha påvirket informantene i den forstand at de ikke fikk forberedt seg så godt som de senere informantene fikk mulighet til. Informant nummer seks hadde ikke tilgang på internett, og han fikk følgelig ikke mulighet til å få oversikt over spørsmålene før vi møtte hverandre på en kafe for å utføre intervjuet.

4.6 Forskningsetikk

På grunn av at dette er et studentprosjekt som skulle utføres innenfor en kort tidsramme, ville det være lettere for meg å få igjennom en godkjennelse hos Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) fremfor i Regional Etisk Komite (REK). Dette skyldes at NSD har kortere behandlingstid enn REK. Det er mindre komplisert å få igjennom en godkjenning hvis man benytter seg av en brukerorganisasjon for å komme i kontakt med informantene, fremfor om man kontakter mennesker som er innlagt i en sykehusavdeling eller er i et pasient-forhold. Når informantene ikke har status som pasienter, som de ville hatt hvis de var innlagt på en sykehusavdeling, foreligger det ikke et avhengighetsforhold mellom dem og dem som forespør om de ønsker å delta i studiet (Helseforskningsloven, 2008; Personvernombudet, 2013).

Det ble i januar 2013 sendt en elektronisk søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. NSD mottok søknaden 24. januar. Den 8. februar skrev NSD svar til meg i brevform, som jeg mottok like etter. Brevet er inkludert i denne oppgaven som et vedlegg. NSD vurderte prosjektet mitt til å være ikke meldepliktig. Dette skyldes at datamaterialet er anonymisert og at det ikke er mulig å identifisere enkeltpersoner i lydopptaket. Det behandles ikke personopplysninger og det opprettes ikke manuelle personregistre som inneholder sensitive personopplysninger. Denne masteroppgaven omfattes ikke av Helseforskningsloven ettersom formålet ikke er å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Formålet er å belyse menneskers opplevelser og erfaringer med innflytelse i egen LAR-behandling.

Prosjektet faller dermed utenfor REK sitt mandat. Jeg har derfor ikke vært i kontakt med REK i forbindelse med etisk godkjenning av dette studiet (Helseforskningsloven, 2008).

Personene som har deltatt i denne studien er personer som har vært inkludert i LAR over flere år og som har vært rusmisbrukere store deler av livet. De har fortalt sine historier mange ganger før i samtaler med for eksempel behandlingsapparatet, og det er nærliggende å tro at deltagerne i denne studien ikke har følt det som en belastning å svare på mine spørsmål. Tvert imot har 6 av 7 informanter gitt uttrykk for at det var positivt å delta. En informant var glad for at noen ville skrive om LAR og mente at LAR trenger å få høre hva brukerne selv synes. En annen informant syntes spørsmålene mine var gode. To av informantene lurte på om det var jeg selv som hadde valgt dette temaet, for dette var et veldig godt tema for en oppgave, syntes de. Informant nummer 6 og 7 kom jeg i kontakt med gjennom at ryktet spredde seg om at jeg holdt på med denne masteroppgaven, det som man gjerne kaller for jungeltelegraf. Disse to satte også pris på å uttale seg om sitt forhold til innflytelse i egen behandling i LAR, og de tilbød seg å videreformidle min kontaktinformasjon til andre LAR-klienter som de antok kunne være interessert i å stille opp. Samtlige deltagere ble informert muntlig på forhånd om at intervjuet måtte spilles inn på lydopptak. Det ble samtidig forklart hvorfor dette var nødvendig, nemlig at jeg var nødt til å transkribere hvert enkelt intervju og analysere meningsinnholdet. Samtlige informanter godtok dette, signerte svarslippen, og flere gav også uttrykk for at de ikke engang hadde trengt å være anonyme (WMA, 2008).

5. Presentasjon av funn

I dette kapittelet presenterer jeg først en beskrivelse av det som endte opp med å bli hovedkategorien i denne studien. For å gi leseren en oversikt, presenterer jeg deretter funnene i en tabell som viser hovedkategori og kategorier med tilhørende underkategorier. Under underkategoriene viser jeg frem noen eksempler på meningsbærende enheter som kom frem i intervjuene. Etter tabellen presenteres en utdypning av hver enkelt kategori med tilhørende underkategorier.

5.1 Et bedre liv – hvis man følger spillereglene

Samtlige syv informanter gav uttrykk for at livet i LAR var bedre enn livet de hadde før de ble inkludert i LAR. Alle var fornøyd med å kunne gå på apoteket og hente sitt LAR-medikament og dermed kunne holde seg frisk, slippe abstinenser og være i stand til å bruke energien sin på hverdagslige ting. Det å få gratis LAR-medikament bidro blant annet til at man slapp å bruke tid og krefter på å skaffe penger til narkotika. Informantene fortalte at LAR hadde gitt dem økt livskvalitet og større grad av frihet, men at man var nødt til å følge LAR-systemets rammer for å kunne opprettholde sine henteordninger og sin medikament-dose. Det vil si at disse syv personene var glade for å få substitusjonslegemiddel, men det varierte i hvilken grad de var fornøyd med å måtte forholde seg til rammene i LAR. Også de mest LAR-kritiske av informantene var, til tross for en følelse av avmakt ovenfor systemet og betingelsene for å være i LAR, anerkjennende til at LAR redder liv og at livet uten LAR hadde vært verre. Noen av informantene berettet om at deres begynnelse i LAR kunne være tynget av en rigid tolkning av regelverket, men at man etter hvert som tiden gikk fikk mer tillit og bedre og mer individuelt tilpassede goder. Informantene var av den oppfatningen at tillit måtte bygges opp over tid ved at de leverte rene urinprøver og holdt avtaler. En av informantene mente også at LAR bevisst ville «teste ham ut» det første året for å se hvor motivert han var for å være i LAR og holde seg rusfri.

Det var ingen av informantene som var enten utelukkende negative eller utelukkende positive til sin opplevelse av LAR, bildet var mer sammensatt enn som så. Svarene fra informantene tyder på at man for eksempel kunne være svært tilfreds med oppfølgingen man har fått av

LAR, med substitusjonslegemiddelet man får av LAR, og den gode støtten og kontakten man har med sin LAR-kontakt. Men i tillegg til denne positiviteten kunne man også finne hos samme informant forskjellige spor av misnøye. Dette dreide seg om at vedkommende måtte levere urinprøve hver eneste uke. Andre informanter nevnte også at det å avlegge urinprøver, griper inn i en veldig privat sfære. Det kan oppleves som ydmykende at andre mennesker skal se på at man tisser. En av informantene fortalte at hun, etter cirka 12 års fartstid som LAR-klient, skulle ønske at LAR sine kontrolltiltak en dag ville ta slutt. Hun undret seg over om ikke det noen gang skulle bli slutt på å når som helst kunne bli bedt om å avlegge urinprøve. Hun utdypet at i begynnelsen av LAR så var det uproblematisk å avlegge urinprøver ettersom man var så vant til å leve et merkelig liv fra før. Det var til og med en følelse av trygghet som dukket opp i kjølvannet av å bli avkrevd urinprøver. Da kunne man si til bekjente at «nei, jeg må avlegge urinprøve snart, så jeg kan ikke røyke hasj nå.» Men ettersom årene har gått så har vedkommende endret oppfatning av urinprøver. Nå er det ikke lenger noe positivt med å bli fulgt opp på denne måten. Hun gav uttrykk for at det kunne vært fint å bli ansett som en vanlig pasient på lik linje med andre som har kroniske sykdommer. For eksempel pasienter som står fast på blodtrykkssenkende medisiner eller blodfortynnende medisiner. At LAR kunne ha satt en slutt-dato for sin oppfølging, at man ikke lenger er pasient i spesialisthelsetjenesten, og at man bare har fastlegen og apoteket å forholde seg til. Dermed kunne man heller ha valgt å ta kontakt igjen med LAR hvis man skulle føle behov for justering av dosen eller om det skulle oppstå andre problemer. Det var også andre informanter som gav uttrykk for en følelse av å være «annerledes», en følelse av å være på siden av samfunnet. Det kom til uttrykk en opplevelse av at man er ikke en vanlig pasient etter pasientrettighetsloven når man er en rus-pasient.

Empirien i denne studien viser at det ikke er slik at man enten er for LAR eller imot LAR. Informantene har en todelt oppfatning av livet i LAR. En av informantene var av den oppfatning at det er positivt at LAR har litt oppsyn og kontroll med henne, da får man nemlig et positivt press på seg. Samtidig var det ikke utelukkende positivt med kontrolltiltak, for hun skulle ønske at konsekvensene ved rusing eller andre brudd på avtaler ikke var så strenge. Hun syntes at straffemetodene som LAR benytter seg av er for harde og at det generelt er for mye fokus på straff. Hun utdypet at i begrepet straff la hun nedsatt dose, levere urinprøver hyppigere, miste henteordningen sin, og at det er nedlatende å innta preparatet under tilsyn. I tillegg er det en bi-effekt at man ved å møte opp på apoteket for å hente preparatet, samtidig møter deler av rus-miljøet og må forholde seg til omsetningen av narkotika som følger slike

miljøer. Dette var i seg selv en negativ og uønsket opplevelse for henne. Hun etterlyste også det at man som LAR-klient burde ha muligheten til å innta alkohol som en vanlig nordmann gjør. Hun sa at hun har ikke skrevet under på noe papir hvor det står at hun ikke har tillatelse til å drikke alkohol. Dette er også en faktor som kan bidra til at man ikke oppfatter seg selv som en «normal» pasient, man er på en måte en pasient som er noe utenom det vanlige.

Videre var det flere av informantene som skulle ønske at det kunne lønne seg å være ærlig ovenfor LAR. To av informantene fremhevet hvor viktig det er å ikke «si ting som det er» til sin LAR-kontakt og i ansvarsgruppemøtene. En av informantene sa at det fins undersøkelser som viser at mennesker er 100 % ærlige hvis man vet at man slipper straff som konsekvens av å være ærlig. Hun skulle selv ønske at hun kunne være ærlig mot LAR, men av frykt for å bli møtt med uønskede reaksjoner og konsekvenser, har hun latt være å være 100 % ærlig mot LAR. Og det var velbegrunnet – for hun hadde i løpet av sin åtteårige karriere i LAR tidligere opplevd at ærlighet har medført nedsatt dose eller krav om hyppigere avlevering av urinprøver. Frykten for igjen å måtte oppleve slike reaksjoner har gjort at hun har måttet tilpasse sin dialog med LAR for å redusere sjansen for å bli utsatt for straffereaksjoner. Følgelig sa denne informanten at det ikke eksisterte noen form for tillit mellom henne og ansvarsgruppa.

Frykt var et tema som gjennomsyret flere av informantenes beretninger. En informant følte ansvarsgruppemøtene som «å bli kalt inn til rektor». Selv om han ikke hadde sidemisbruk og hadde rene urinprøver. En annen informant var så redd for ansvarsgruppemøter at hun slet med oppkast og diaré. Hun trakk frem et eksempel hvor hun var redd for ansvarsgruppemøtet fordi hun hadde sprukket på cannabis. Det hjalp heller ikke på frykten hennes at hun ikke kunne be LAR om hjelp, fordi dette ville resultere i straff – ikke hjelp. Hun fortalte at hun skulle ønske det heller var slik at man fikk hjelp i stedet for en straffereaksjon når man fortalte at man hadde sprukket. En visshet om at å fortelle sannheten resulterer i en form for hjelp, ville ha bedret samarbeidet mellom henne og LAR, forklarte hun. Tabellen på neste side illustrerer funnene som ble gjort i denne studien. Hovedkategorien er «Et bedre liv – hvis man følger spillereglene». Denne hovedkategorien dekker de fire kategoriene «å få livet tilbake,» «den asymmetriske maktbalansen,» «LAR som demotivator,» og «en opplevelse av krenkelse». Titlene på disse fire kategoriene er abstraherte titler som tar utgangspunkt i meningsinnholdet i underkategoriene.

Koder	Underkategorier	Kategorier	Hoved-kategori
<p>Jeg har et greit forhold til min LAR-klient og vi blir bedre og bedre kjent. Det er nok veldig slik at det er tillit behandlingsrelasjonen bygger på. Man opparbeider tillit og avlegger dermed færre urinprøver. Jeg hadde sannsynligvis vært død om jeg ikke hadde blitt inkludert i LAR. Subutex har tatt mye av suget etter rusmidler. Jeg har fått forbedret livskvalitet av LAR. Jeg fikk Subutex og turte å gå ut døra. Subutex har gjort meg til et bedre menneske i løpet av det siste året. Dagene går av seg selv. Man putter bare en pille under tunga og er frisk 24 timer i døgnet. LAR gir meg en fantastisk frihet. Jeg slipper å skaffe penger til stoff. Jeg både jobber og har tatt en bachelor-grad i tiden jeg har vært i LAR.</p>	<p>Å opparbeide tillit Økt livskvalitet Opplevelse av frihet</p>	<p>Å få livet tilbake</p>	
<p>Er man ærlig og sier man har sprukket, burde man fått positiv respons. Jeg frykter ansvarsgruppemøtene fordi det føles som jeg blir kalt inn på teppet. Innstillingen min er "si så lite som mulig, og i hvert fall ikke noe som kan brukes mot deg siden." I Midt-Norge er LAR et terror-regime uten like. Distriktene lager reglene som det passer dem. Jeg ble nødt til å skaffe en psykolog som var utenfor systemet for å være sikker på at jeg kan snakke med ham om hva som helst. Å møte mer enn 2 mennesker om gangen kan sees på som overveldende. Da er man ikke høy i hatten når man møter fastlege, ruskonsulent, apotek og NAV.</p>	<p>Manglende medbestemmelse i LAR Frykten for straff Forskjeller på LAR-distriktene</p>	<p>Den asymmetriske makt-balansen</p>	<p>Et bedre liv – hvis man følger spille-reglene</p>
<p>LAR vil fokusere på en positiv urinprøve i ansvarsgruppemøte selv om det går bra med meg ellers. Jeg er sjokkert over LAR-ansattes lave eller manglende utdanning. Jeg har ikke sett så mye til rehab-delen. Man må selv ta tak for å komme seg ut i arbeid. Oppfølgingen de lover, holder ikke alltid. Det virker som de glemmer hva de har sagt. Men nå, etter over 10 år i LAR, er det ikke noe positivt med urinprøver i det hele tatt. LAR dekker kun billigste tannbehandling (trakk ut tennene, fikk gebiss).</p>	<p>Sviktende oppfølging Mistenksomhet stopper aldri Det negative fokuset</p>	<p>LAR som demotivator</p>	
<p>Som LAR-klient er man en annenrangs borger. LAR-ansatte kaller oss for statsnarkomane og medikamentet for statsdop. Jeg skulle ønske at LAR ikke tror vi er skitne narkomane som gjør hva som helst for å ruse oss. I 1998, da jeg startet i LAR, var det mer slik at man ble prata over huet på. Det måtte en lege til for å få skifte over fra Suboxone til Subutex som følge av at jeg fikk allergisk reaksjon på Suboxone. Lang kamp, mye motstand, for å komme inn i LAR. Holdt på å dø, det var kritisk en stund. Fikk hjelp av en troverdig person (ansatt i psykiatrien) og kom da inn i LAR i løpet av kort tid. LAR-kontakten trodde at jeg løy om at jeg var allergisk mot Suboxone. Den hadde hun «hørt før.»</p>	<p>Stigmatisering Å ikke bli trodd</p>	<p>En opplevelse av krenkelse</p>	

5.2 Å få livet tilbake

Denne kategorien omfatter underkategoriene «økt livskvalitet», «opplevelse av frihet» og «å opparbeide tillit». Å få livet tilbake virker å være et dekkende begrep for disse tre underkategoriene hvor informantene forteller om positive aspekter med sin LAR-behandling. Man oppnår muligheten til en noenlunde tilnærmet vanlig samfunnsdeltakelse gjennom å være inkludert i LAR. Noen av informantene fortalte om positive opplevelser som deltakelse i ulike former for arbeid. Særlig ble det vektlagt av en av informantene hvordan dette i seg selv bidro til å øke selvtilliten hennes.

5.2.1 Å opparbeide tillit

Noen av informantene rapporterte at de hadde oppnådd tillit i LAR-systemet og at de dermed fikk noen goder og en mer avslappet hverdag. Det var dermed ikke lenger så strenge rammer. Dette var personer med god rusmestring som altså klarte å holde seg rusfrie og som i stor grad eller fullt og helt klarte å overholde avtaler om å levere urinprøver og å møte opp på ansvarsgruppemøter. Alle informantene fortalte om strenge rammer i begynnelsen av LAR-inkluderingen, men at rammene blir mer avslappet og mindre kontrollpreget etter hvert som man viser stabilitet og rusmestring. Følgende sitater kan illustrere tillitsforholdet mellom LAR og LAR-klientene:

«Du får jo tilliten etter hvert. Nå har jeg jo vært helt rusfri i snart 15 måneder, tror jeg. 14-15 måneder.»

«Hvis det er sånn at jeg skal reise bort en helg, for eksempel, så er det ikke bare sånn at jeg kan få med meg medisiner alltid. Spesielt i begynnelsen så var det sånn. Nå er det litt enklere, liksom. Nå har jeg jo rene prøver og har hatt det lenge, egentlig. Og forholder meg bra, liksom. Og sånne ting. Så nå er det ikke så stress. Men i begynnelsen så merka jeg veldig det.»

«Også tror jeg det hadde litt å gjøre med at det er første året mitt, liksom. Og at hun på en måte må se an åssen jeg er ... Det er nok veldig det det bygger på, tror jeg, det med tillit og litt sånn ...»

«Første gangen så var det helt greit liksom, men de var jo veldig rigide. Og det var bang-bang, du må levere urinprøver da og da og sånn og sånn. Og det klarte jeg jo i starten, for da var det ikke noe problem. Og så måtte jeg jo hente hver dag. Og så ... når man hadde levert reine prøver i 3 til 6 måneder så kan du få henteordning på en gang i uka eller to ganger i uka først, da. Går det bra så får du hente en gang i uka.»

Faktisk var det slik at en fin henteordning for henting av sitt LAR-medikament på apoteket i seg selv bidro til at man holdt seg unna dop og at man ikke sprakk på nytt. Følgende sitat illustrerer dette:

«LAR-kontakten min sa etter den sprekken jeg hadde i fjor at «ei uren prøve til nå, da ... må jeg hente i hvert fall hver dag og gå oftere på urinprøver igjen.» Og det og er med lite granne sånn ... For nå synes jeg at jeg har en veldig fin henteordning og sånne ting. Og det og er med faktisk å holde meg litt unna, at ikke jeg sprekker igjen.»

5.2.2 Økt livskvalitet

Flere av informantene var totalt sett godt fornøyd med sin livssituasjon. Samtlige gav uttrykk for at LAR redder liv og at det kan gi en god mulighet for rehabilitering. Man får gjennom Lar muligheten til å få tilbake et liv som folk flest har. Ut ifra empirien som denne studien bygger på, kan dette dreie seg om å gjøre helt vanlige ting som å gå ut og spise med kjæresten sin, å slappe av hjemme i sofaen foran TV'en, eller at man kan bedrive fritidssysler som å gå på malekurs. Dette er på grunn av at man er i LAR og får gjennom LAR-medikamentet rusen på avstand og mer ro i kroppen. En av informantene hadde vært i LAR mer eller mindre siden 1998. Han uttrykte at han hadde fått en skreddersydd individuell plan (IP), og uttrykte tilfredshet med spesielt det at den var så individuelt tilpasset ham. Han fortalte at:

«Man blir liksom litt mer skreddersydd den tiltaksplanen, eller IP'en som dem skriver i dag, enn den var før. Da var liksom alle på samma linja og skulle ha samma tiltaka, liksom. Alt skulle fungere ... Men sånn er det bare ikke.»

Han hadde bolig i et bemannet boligtiltak, og uttrykte tilfredshet med alltid å kunne ha noen å prate med om han skulle føle behov for det. Han syntes at ansvarsgruppemøtene var en god arena for diskusjon av flere forskjellige temaer som angikk ham. Her kunne man nemlig ta

opp det man hadde på hjertet i forhold til medisiner, jobb og tiltak rundt ham ellers. Han fortalte at det er aldri mer enn 3 måneder mellom hvert ansvarsgruppe-møte, og dette anså han som positivt.

«Nei, positivt med LAR ... Nei, det er at du er liksom ... har et visst oppsyn, for meg som er interessert i å bli helt rusfri, da. Så har du et visst oppsyn og et ansvarsgruppemøte».

5 av de 7 informantene var i arbeid – i forskjellige former. En var i lønnet arbeid, mens de øvrige var i frivillige former for arbeid. Informantene fremhevet betydningen av hvor viktig det var å stå fast på substitusjonslegemiddel for å være i stand til å være fungere i jobb. Og ikke bare det å stå på et hvilket som helst LAR-preparat, men nettopp det preparatet som fungerer best for den enkelte. Noen av informantene opplevde at deres mening ble tatt hensyn til både når det gjaldt å bytte til preparatet som passet best for den enkelte (individuell tilpasning), og i tillegg også når det gjaldt dosering av styrken på preparatet. Følgende sitat kan illustrere dette:

«Jeg har jo Subutex, for jeg tålte ikke Suboxone'n på en eller annen måte. Jeg ble bare sittende på jobben og sikle. Jeg skulle reise på fjellet og sette opp en dobbeltgarasje, jeg og en til, ei ukes tid. Og så bare jeg kom jeg meg ut av senga og ble sittende ... Jeg satt der og ble helt lam! Jeg jobba kanskje en time eller under en time og så var jeg helt ødelagt! Måtte bare legga meg igjen! Så fikk jeg bytta til Subutex igjen.»

Det var viktig for to av informantene å fremheve at det ikke utelukkende er substitusjonslegemiddelet som gjør at de fungerer godt i hverdagen og med jobb og arbeidstiltak. Det var også slik at disse to informantene gav uttrykk for å være meget tilfreds med oppfølgingen de har fått av LAR. Disse informantene svarte at LAR var meningsfullt og at det var mye mer enn bare det å motta et legemiddel. De nevnte viktigheten av hyppige ansvarsgruppemøter. Den ene hadde møter med 3 måneders intervaller og den andre hadde møter med cirka 6-7 ukers intervaller. En av informantene følte at det å klare å stå i en jobb, en praksisplass i butikk, bidro til at hun fikk økt selvfølelse. Hun fikk selvtillit av å fungere i en jobb.

«Og da fikk jeg liksom den sjøltilliten og jeg turte å gå ut og ... og nå driver jeg faktisk og søker ordentlige jobber.»

Det virker åpenbart at det å være i LAR er et livreddende tiltak. Preparatet man får reduserer suget etter rusmidler. Ved å ikke benytte seg av ulovlige rusmidler, reduseres også faren for overdoser, faren for infeksjoner og faren for forgiftninger (for eksempel hvis narkotikaen er blandet ut med noe man ikke vet hva er). En informant fortalte at han hadde mest sannsynlig vært død om han ikke hadde blitt inkludert i LAR på det tidspunktet han ble inkludert. Han slet med et tungt blandingsmisbruk og hadde flere overdoser i forkant av sin LAR-inkludering. Han fortalte:

«Hadde jeg ikke kommet inn i LAR på det tidspunktet som jeg gjorde, så hadde jeg sannsynligvis vært død.»

LAR-inkluderingen bød på gode muligheter for å holde seg rusfri. Man slapp lettvint unna suget etter rusmidler. Å være inkludert i LAR og motta substitusjonslegemiddel bidro til at tankene ikke lenger kretset rundt rus. Man kunne i stedet konsentrere seg om å stable livet sitt på beina. En av informantene fortalte at han oppfattet seg selv som et bedre menneske etter å ha begynt i LAR og begynt å stå fast på Subutex. Dette begrunnet han med at han gjennom LAR hadde fått avstand til rusen og dermed fikk en personlighet med mindre preg av «rusadferd». Altså en væremåte mindre preget av løgn og stjeling. Suget etter rus var borte når man i stedet kunne bruke Subutex. Følgende sitater fra flere av informantene kan illustrere dette:

«Jeg har røyka hasj et par ganger, liksom. Men altså, det ser jeg ikke på som en sånn sprekk. Jeg har ikke rørt heroin engang på 2 år nå. Det siste året jeg kom inn i LAR så brukte jeg bare LAR-medisin. Så ... ja, det var nå i februar faktisk så var det 2 år siden jeg brukte heroin sist.»

«Det har vært helt vill fremgang, liksom. Kjøpt meg liksom PC, Playstation, alt liksom, på en måte! Jeg kunne ikke tenke meg engang at jeg skulle klart å være her for 13 måneder siden, liksom. For å si det sånn: Det var ikke et tema i huet mitt, engang!»

«Jeg har fått en helt sinnssykt mye bedre ... altså bedre livskvalitet, har jeg fått.»

«Subutex har vært en fantastisk medisin for meg. Det har endret livet mitt.»

Livet i LAR åpner mange dører, for eksempel døren inn til egen leilighet. Følgende sitat illustrerer dette:

«Og for 1,5 år siden så hadde jeg jo ... så bodde jeg hos faren min. Og da jeg stakk derfra så bodde jeg bare hos en kompis, liksom. Og drev og lette etter en leilighet.»

Men jeg fikk jo aldri ut fingeren, vet du, for jeg drev jo bare og rusa meg og stressa og var sjuk og alt mulig, men med en gang jeg kom inn i LAR så fikk jeg klart å ordne meg leilighet.»

Flere av informantene har opplevd at livet i LAR, og i samarbeid med NAV og andre instanser, har bidratt til en god rehabiliteringsprosess for dem. En av informantene hadde tatt en bachelorgrad i sosialt arbeid i tiden hun hadde vært i LAR, med økonomisk støtte fra NAV. Følgende sitat illustrerer hvordan LAR og NAV har bidratt til at vedkommende har fått en vellykket rehabilitering:

«Og da sa hun som jeg hadde som ruskonsulent den gangen at da kunne jeg søke på rehabilitering, som det het den gangen. Før så måtte man jo ha vært sykemeldt et år før man kunne få det. Men siden jeg da har en diagnose og er i behandling så slapp jeg å vente hele det året. Jeg kunne ... Det gikk bare et par måneder så fikk jeg det innvilget. Så det ... det var veldig deilig. Usikkerhet er liksom den største faren, det er å ikke vite hva som skjer. Så når jeg da fikk ... fikk 3 år som jeg visste hva jeg skulle gjøre og at jeg kom til å få inntekt, å få penger holdt jeg på å si, så ... da roer ... For tidligere så har jo rus vært et alternativ da. Men da slapp jeg liksom hele den runden der en gang til, på en måte.»

5.2.3 Opplevelse av frihet

Empirien viser at LAR bidrar i stor grad til en forutsigbar og trygg hverdag for informantene. Livet i LAR er betydelig enklere å forholde seg til enn livet man hadde på utsiden av LAR. Trygghet, frihet og ro var opplevelser som flere av informantene kjente på. Følgende sitat kan illustrere dette:

«Før så var det jo det første man tenkte på da man våkna og det siste man tenkte på før man la seg og det styrte hele dagen. Men nå så er det liksom å våkne om morgenen, putte en pille under tunga, og så går dagen som alle andre dager. Det er ikke noe ... Man trenger ikke tenke på det 24 timer i døgnet, sånn som man måtte før.»

«Jeg har jo vært rusfri i perioder tidligere også. Men da hadde jeg jo det dyret i magen hele tiden. Da tenkte jeg jo på rusmidler nesten hver eneste dag. Selv om jeg

ikke brukte, så måtte jeg liksom ta et bevisst valg hver dag om at i dag skal jeg ikke ruse meg. Men nå trenger jeg ikke det engang!»

Det å være inkludert i LAR bidrar til at man ikke lenger er bundet av å skaffe nye doser med narkotika og å skaffe penger nok til å finansiere forbruket. Dette fører til at man får frigjort tid og penger som man kan bruke mer konstruktivt. Følgende sitat kan illustrere dette aspektet:

«Man er fortsatt avhengig, men man slipper jo alt styret med penger og stoff og alt det styret der, liksom. Så det er jo fantastisk frihet i forhold til hvordan det var før.»

En av informantene pekte på hvor dyrt det er å kjøpe Subutex på gata. Gjennom å få LAR-medisin kostnadsfritt, har han oppnådd en høyere grad av økonomisk frihet. Følgende sitat fra denne informanten illustrerer hvor dyrt det er å finansiere illegal Subutex fra egen lommebok. Han refererer her til en tablett Subutex 8 mg:

«For jeg brukte mye penger på det, altså! Det siste året. Det koster jo 200 kroner for en åtter nå, vet du.»

5.3 Den asymmetriske maktbalansen

Denne kategorien illustrerer et fenomen som var til stede hos alle 7 informantene. Man er i stor grad i en avmaktsposisjon når man er LAR-klient. Denne kategorien inkluderer underkategoriene «manglende medbestemmelse i LAR,» «frykten for straff,» og «forskjeller på LAR-distriktene». Et gjennomgående tema i empirien var asymmetrien i relasjonen mellom klienten og LAR. Det kom tydelig frem at LAR sitter på makten over den enkelte klients liv, og har styrken og mulighetene til å bygge klientene opp eller å bryte dem ned. Dette kom til uttrykk på flere måter. Enkelte informanter fortalte at de har opplevd at deres meninger ikke blir tatt hensyn til. Det virket som at informantens meninger ikke var så interessante for deltagerne på ansvarsgruppemøtet. Flere informanter fryktet straffereaksjonene man kunne motta om man var ærlig med sitt sidemisbruk eller om man ikke avleverte urinprøver til rett tid. En tredje komponent var de regionale forskjellene i LAR. Hvilket LAR-regime man møter, hvilke holdninger som projiseres og i hvilken grad LAR lokalt tar hensyn til LAR-retningslinjene eller rett og slett lager sine egne regler, avhenger av hvor man bor i landet. «Metadon-flyktninger» var et begrep som kom frem i empirien. Dette

illustrerer at de som ikke ønsker å bli fratatt Metadonen sin, rett og slett flytter på seg til andre steder i landet hvor LAR har en annen praksis.

5.3.1 Manglende medbestemmelse i LAR

En av informantene følte at det på ansvarsgruppemøtene var bestemt på forhånd hva som skulle snakkes om. At han hadde meninger som han ønsket å diskutere, var ikke så interessant for de øvrige deltagerne på møtet. Følgende sitat illustrerer dette:

«Så sitter de tre, liksom, alle de personene som på en måte har makt over meg, på en måte, sitter der og på en måte skal gå igjennom ting jeg har gjort og hvordan dem oppfatter meg og sånne ting, og det syns jeg er litt sånn ... Ja. Også føler jeg at hvis det er noe jeg har lyst til å si, på en måte, i møtet, så blir ikke det alltid tatt helt i betraktning, liksom. Det blir sånn ... akkurat som dem har bestemt på forhånd hva som skal bli sagt.»

En annen informant var tydelig på hvordan hennes forhold til LAR-behandlingen er:

«Du har ikke noe å si på behandlingen, du har ikke noe innflytelse på det.»

Flere av informantene ønsket å understreke viktigheten av at LAR må tilby flere typer medikamenter til klientene. I tillegg til de gjeldende medikamentene Metadon, Subutex og Suboxone, eksisterer det også andre preparater som brukes i enkelte land. For eksempel Substitol og legalt heroin. En av informantene henviste i den forbindelse til Pasient- og brukerrettighetsloven og hensynet til individuell behandling. Følgende sitater kan illustrere dette:

«Jeg syns medikamentutvalget burde vært større ... Vi er jo forskjellige, alle sammen. Og da er det jo forskjellige ting som virker for den enkelte, tenker jeg. Så ... ja til flere medisiner!»

«Det er jo en grunn til at det er heroin man går på. Det er jo fordi det er det som ... som virker best. Som tar både angst og nerver og abstinenser og ... Det er liksom det optimale rusmiddelet, holdt jeg på å si. For mange, tror jeg, som ikke klarer seg i LAR, tror jeg kunne klart seg hvis de hadde fått heroin i stedet for.»

En av informantene fortalte om plagsomme bivirkninger av Metadonen som hun får av LAR. Hun har lenge forsøkt å få innflytelse i forhold til å bytte preparat til Metadon-tabletter i stedet for flytende Metadon. Det er den flytende varianten som brukes i Norge. Metadon i tablettform er mer utbredt i utlandet, men informanten fortalte at det er noen veldig få LAR-klienter som får Metadon-tabletter også i Norge.

«Nå har jeg for eksempel holdt på i mange måneder og spurt om jeg kan få tabletter i stedet for saft, fordi at jeg har så store bivirkninger av Metadona. Og det viser seg å være veldig vanskelig, altså. Det er noen veldig få som har fått Metadon-tabletter i Norge. Det viser seg at når man begynner på tabletter så skal man gå over til halv dose. Og bivirkningene går jo også ned da. Men det har vist seg veldig vanskelig å få til. Jeg holder fortsatt på med den kampen der og ... ja. Jeg vet ikke åssen det kommer til å gå.»

En av informantene fortalte at hun ikke kunne drikke alkohol ettersom hun var inkludert i LAR. En positiv urinprøve på alkohol ville resultere i konsekvenser for hennes behandling i LAR. Hun understreket at hun ikke hadde skrevet under på noe papir på at hun ikke skal drikke alkohol. Ettersom hun gjennom et slikt regime ikke kan oppføre seg som nordmenn flest og ta seg for eksempel en øl, kan man tolke hennes opplysninger som at LAR reduserer den enkelte klient til noe som er på utsiden av samfunnet. Man er ikke som alle andre, og LAR bidrar til å opprettholde en følelse av at man er på utsiden av det alminnelige livet.

«Så lenge vi er i et såpass rusliberalt land som Norge egentlig er, i forhold til alkohol, så er det jo rart at vi som har rusa oss så mye, vi skal liksom leve på den smale sti resten av livet. Mens de fleste andre synes det er greit å ta seg en ... drikke litt vin i helga eller ... i jula og påsken og konfirmasjon og dåp og ... Rus er en veldig innarbeidet del av det norske samfunnet. Så ... Men ikke for oss som virkelig har rusa oss! Da er det den eneste veien til lykke, det er aldri mer.»

En informant understreket at hun var klar over faren ved å drikke for mye alkohol, og var tydelig på at for høyt inntak av alkohol selvsagt ikke er bra og at det da er nødvendig at LAR reagerer. Men normal bruk av alkohol burde ikke få konsekvenser i det hele tatt, mente informantene. Følgende sitat illustrerer hva hun mente:

«Blir det for mye så skjønner jeg jo det at man må reagere. Men et normalt forbruk av alkohol, det burde ikke få noen konsekvenser i det hele tatt.»

En informant beskrev utryggheten som følger i kjølvannet av at det eksisterer forskjellige tolkninger av LAR-retningslinjene rundt omkring i distriktene. Dette kan få konsekvenser hvis man blir nødt til å flytte til et annet sted i landet, eller om man skulle være uheldig å miste fastlegen man har et godt samarbeid med.

«Og det er jo enkelte steder, plutselig så må alle over på Suboxone og plutselig så må alle over på ... Man føler seg litt sånn, man er liksom i en gruppe som noen føler at de kan gjøre med som de vil, holdt jeg på å si. Selv om det ikke er sånn for meg her, så veit man jo det at hvis fastlegen min slutter, for eksempel, eller hvis jeg får meg jobb et annet sted i landet med et helt annet regime, så ... Ja. Man veit at noen kan bare med noen pennestrøk endre hele livet ditt. Det er jo ikke noen kul følelse.»

5.3.2 Frykten for straff

Empirien viser at til tross for en karriere i LAR på over 10 år og vellykket rehabilitering med jobb og utdanning, opprettholdes en innstilling ovenfor LAR om at man må passe seg for hvilke opplysninger man gir til LAR om sin egen situasjon. Man blir som regel ikke kvitt frykten. Grunner til dette kan være blant annet at i ansvarsgruppemøtene sitter en gruppe mennesker som til sammen besitter relativt stor makt og innflytelse på klientens liv. Selv om man spiller med åpne kort og holder seg rusfri, forsvinner ikke den iboende frykten man kan ha for disse møtene. En av flere grunner til dette kan være den rådende politikken i LAR i dag om at Suboxone er det foretrukne medikamentet i LAR, og flere av informantene frykter at de kan bli tvunget til å skifte til dette preparatet. Det eksisterer en oppfatning blant enkelte av informantene at de tilhører en gruppe som noen føler de kan gjøre hva de vil med. Noen har opplevd at sidemisbruk de hadde i november kan resulterer i at de ikke får dra bort på ferie i jula. Da får man nemlig ikke med seg LAR-medikamentet på reisen. Det kan resultere i at man må tilpasse seg LAR-systemet på en måte som gjør at negative konsekvenser for en selv blir mest mulig redusert. Disse sitatene kan illustrere de nevnte forholdene:

«Man er redd for straff. Så min innstilling har alltid vært «si så lite som mulig, og i hvert fall ikke noe som kan brukes mot deg siden».

«Og egentlig så er det jo kjempetrist. For en stor del av ruslivet er jo uærlighet. Og jeg syns jo at ærlighet burde jo ha stått kjempehøyt på lista over ting som var positivt.»

«Når dem liksom skal være restriktive på om jeg kan reise til Syden ei uke i jula fordi jeg hadde en sprekk i november, da blir det til at du lurer systemet. Og det er vi jo flinke til fra før. Så det er ikke noe problem å fortsette med det, vet du. Det syns jo vi egentlig er på vår rett, vi da.»

«... stort sett så er de jo snille og greie, men så er det jo det at du veit at de sitter med all makta, på en måte.»

«Jeg har jo egentlig ikke noe å frykte, men ... NAV også, jeg gruer meg hver gang jeg skal i ... alle sånne offentlige møter som kan påvirke livet mitt. Og man veit at de har jo mye makt i forhold til ... i forhold til livet mitt på en måte. Så jeg gruer meg alltid, både til telefonsamtaler og møter og ... Selv om det går jo bra hver gang.»

«... de drar det jo så langt at de begynner å true med å ta fra meg Metadonen, så da skyndte jeg meg med å begynne å trappe ned på tablettene ... Samarbeid kan man ikke kalle det ... Jeg har vel ikke så mye valg, da. Hvis de tar fra meg Metadonen så er det ganske stor kjangs for at jeg havner i graven.»

En informant fortalte at det er mye luring med urinprøvene i LAR. Hun begrunnet dette med at i et system som LAR representerer så lærer man at ærlighet ikke varer lengst. Som flere andre informanter også fortalte, var hun tydelig på at ærlighet resulterer i straff som konsekvens. Følgende sitat kan illustrere dette fenomenet:

«Altså, du skulle bare vite, altså! Jeg har sett gutter som har tapet fast sprøyter rundt pikken og ... Ikke sant. Du ser det ikke fra kamera! Jeg har jo hatt med meg en kopp med urin under jakka, og bare i det jeg går inn på do så er den oppi, ikke sant? Og det er ingen som ser den når jeg setter fra meg den på gulvet. Og later som jeg går på do. Altså, det er så lett, vet du, så det er ... Altså, uansett hvordan folk lurer, altså jeg tror det at hadde dem tatt bort urinprøvene og latt dette gå på frivillighet, så hadde flere levert, og ikke straffesanksjoner. Men latt det gå på ærlighet. Tillitsforhold, liksom.»

5.3.3 Forskjeller på LAR-distriktene

At LAR lokalt tilpasser sin tolkning av retningslinjene etter hva som passer dem best, var det flere informanter som fortalte om. En informant fra Midt-Norge hadde fått signaler fra ansvarsgruppa si om at metadonen hans stod i fare hvis han ikke kuttet ned på forbruket av

benzodiazepiner. Han vurderte derfor å flytte lenger sørover til en annen del av landet hvor LAR har en annen praksis. En informant på Østlandet fortalte at gjeldende praksis der omkring var å få alle LAR-klientene over på Suboxone. Følgende sitater kan illustrere noe av essensen hva informantene mener om forskjeller på distriktene:

«Jeg vet at hvis jeg hadde bodd i Oslo så hadde jeg fått Metadon i stedet for Subutex. Mens rundt her nå for tida så vil dem helst ha alle over på Suboxone.»

«De nasjonale retningslinjene, de er jo skrevet i en sånn bør/kan-form. «Bør gjøres sånn» og «kan gjøres sånn». De er ikke skrevet i en skal/må-form. Sånn som LAR-forskriften, der er det skal og må. Og derfor så har jo hvert enkelt distrikt lagd sine egne retningslinjer. Så de retningslinjene blir jo ofte en vits mange steder, når jeg henviser til dem så føler jeg meg nesten litt sånn dum fordi at jeg vet at de kommer ikke til å følge dem.»

«Det er ikke noen lov som sier at de skal ta fra meg Metadonen, for de har gjort det et par ganger over natta. Ja, retningslinjer, det er ikke lover og regler, det. Det er retningslinjer! Men de tolker det som lover ...»

5.4 LAR som demotivator

Navnet på denne kategorien kan være dekkende for de underliggende underkategoriene «sviktende oppfølging,» «mistenkelighet stopper aldri» og «det negative fokuset». Flere av informantene pekte på at de synes LAR har sitt fokus i en negativ retning. Selv om det går bra med informantene på forskjellige arenaer som bolig og sosialt, er LAR tilbøyelig til å være mest opptatt av om urinprøvene er rene, hvordan det egentlig går med motivasjonen for å holde seg unna rusmidler og i hvilken grad klienten følger opp inngåtte avtaler. To av informantene, bosatt på forskjellige steder i Norge, hadde sammenfallende opplevelser i forhold til å bli demotivert i forhold til sine ønsker om å skaffe seg høyere utdanning. LAR syntes at de måtte vente med dette, av forskjellige årsaker som jeg kommer tilbake til lenger ned i teksten.

5.4.1 Sviktende oppfølging

Enkelte av informantene gav uttrykk for at de følte at LAR ikke var så gode på å følge opp den enkelte. For eksempel hadde en av informantene erfaring med at når hun har hatt sidemisbruk, har ikke LAR spurt hvorfor hun har ruset seg. Det var mer at hun ble møtt av en pekefinger-holdning og manglende erfaring og forståelse av det å være rusavhengig. En av informantene utdypet at LAR ikke er så flinke til å informere om hva klienten har krav på. Dette ble blant annet begrunnet i at enkelte LAR-ansatte hadde lav eller ingen relevant utdanning for jobben som LAR-konsulent. Videre ble det fremhevet at flere ansatte i LAR har liten eller ingen erfaring med rus. En av informantene skulle ønske at LAR ansatte erfaringskonsulenter. Følgende sitat illustrerer dette:

«... i ansvarsgruppene som alle får, så burde det være med en som har kommet seg ut av rus og som kanskje har vært i LAR sjøl. Kall det gjerne en erfaringskonsulent, altså. Fordi at, ikke sant, dem som aldri har rusa seg skjønner jo ikke hva vi snakker om! Dem later som de gjør det, men dem gjør ikke det, vet du!»

To av informantene fortalte om hvor oppgitt de var over LAR-ansattes manglende utdanning innenfor helsefag og/eller rusfag. Følgende sitater illustrerer dette:

«De er der for å tjene pengene sine. Og mange av dem er ufaglærte eller sosionomer ... De har ikke kompetanse i det hele tatt.»

«Altså, et par av dem har jo vært mindre utdanna enn jeg er! Og det synes jeg var ganske sjokkerende, altså. Det må jeg bare innrømme. Sosionom, hjelpepleier for psykisk utviklingshemmede, ja noe sånt noe. Ja, altså de trenger ikke hatt relasjon til rus i det hele tatt! Og mange av dem, jeg tror ikke det vet åssen rusa folk egentlig ser ut.»

LAR dekker tannbehandling for sine klienter. En av informantene utdypet at det er kun snakk om den billigste formen for behandling som blir dekket. Dette resulterte i tannprotese i stedet for at det ble satt inn en bro. Følgende sitat illustrerer at oppfølgingen kunne vært bedre:

«Tenna, for eksempel, hadde jeg virkelig håpet de kunne hjelpe meg med. Men det som skjedde var at de trakk ut alle tenna mine og gav meg gebiss, eller protese, som det så fint heter. 40 år gammel med protese, det er ikke noe ålreit! Altså når du er LAR-pasient så er det billigste utvei, eller så må du betale det sjøl. Jeg hadde jo 6 tenner

oppe som var helt hullfrie og helt fine. Heldigvis har jeg alle tenna mine nede ennå, men de 6 tenna mine, de ble dratt ut. Tannlegen, han sa det at de hadde ikke råd til noen bro, da, så det kom ikke på tale.»

5.4.2 Mistenkelighet stopper aldri

Flere av informantene følte at mistenkelighet hang som en skygge over dem. Til tross for årevis som LAR-klient ble det gitt uttrykk for en skuffelse over at man aldri blir ferdig behandlet i LAR. Man blir aldri ferdig med kontrolltiltak og møter med behandlingsapparatet. Selv om det er slik at man selv har bedt om behandling for å bli rusfri, kom det frem i intervjumaterialet at informantene føler at LAR tenker at de som LAR-klienter egentlig har en skjult agenda. Følgende sitater kan illustrere dette:

«Jeg husker jo alltid når jeg ble kalt inn til ansvarsgruppemøter og alltid når man måtte levere urinprøver og alt, så er det jo ... Ja, man føler seg ... føler seg jo som kjeltring. At de regner med at de kommer til å prøve å lure eller trikse eller mikse eller ... Det ligger liksom i bønn, at du er jo tross alt bare en narkoman, så man kan ikke stole helt på deg!»

«Så det er liksom noe med at man har bedt om å få behandling fordi man har lyst til å bli rusfri, men allikevel så tror de at vi ... at man har en annen agenda liggende i bønn. Det kjennes litt ... det er mye sånn som det føles, da.»

«Men uansett hvor lenge man er snill pike så er man aldri ferdig ... Hvis jeg hadde reist på institusjon så hadde jeg vært ferdig behandla når jeg ble skrevet ut. Men nå er det liksom bare en evigvarende ... ja. Man blir liksom aldri ferdig. Selv om man har fått alt på stell og tatt utdanning og kjøpt bolig og alt mulig rart, så ...»

En av informantene fortalte at hun følte seg overvåket av LAR. Hun opplevde at da hun hadde vært og hentet en sprøyte for en kamerat ved en kafé for rusavhengige, ble hun oppringt av LAR og fikk spørsmål om hva hun skulle med sprøyten.

«Det var ikke til meg, det var til en kompis. Og jeg rakk ikke å komme ned i gågata før LAR var på telefonen og skulle ha møte dagen etterpå.»

5.4.3 Det negative fokuset

For mange LAR-klienter kan det være vanskelig å la være å røyke hasj. En av informantene forklarte at nettopp cannabis kan være årsaken til at man tør å gå ut døra og på butikken og møte andre mennesker. LAR vil allikevel fokusere på at dette ikke er tillatt, fremfor det faktum at det går bra på andre områder. Noen av informantene lanserte ideen om at det går an å skryte av LAR-klienten når man tør å ta steget og sitte på ansvarsgruppemøte og innrømme sidemisbruk. Hvis man hadde blitt møtt med en slik reaksjon kunne det tenkes at flere ville ha tatt sjansen på å være ærlig. Følgende sitater kan illustrere det negative fokuset:

«Det burde ha vært mye bedre hvis man hadde sagt «åh, nå har jeg røyka noe hasj» eller «jeg har spist en pille». Så burde det vært «åh, så fint at du sa fra! Nå var du jammenmeg flink!» Men i stedet så «åh, jasanya, ja da må du levere et par urinprøver til og kanskje vi må justere dosen din, og kanskje vi må ...» Så det burde absolutt ha vært belønnet masse.»

«Det også er kanskje litt spesielt med LAR, de er veldig rusfokusert. Det er ikke så viktig at du har kjøpt deg leilighet eller går på skole eller ... det er liksom «ja, men har du rusa deg?» Og det er sånn ... Man kan jo sitte mutters aleine hjemme og ha angst og ha et grusomt liv, men alle urinprøver er rene. Og da er man liksom flink! Men hvis man har et sosialt liv og har det bra, men røyker hasj en gang iblant når man er på fest, så er det liksom ... Ja. Da er plutselig himmel og helvete i bevegelse.»

Flere av klientene hadde erfaringer som dreide seg om at LAR demotiverte dem fremfor å oppmuntre dem. Dette kunne gjelde for eksempel at informanten hadde hatt et ønske om å begynne på skole. Dette hadde hun luftet i et møte med sin LAR-kontakt. Så hadde hun fått høre at dette var det nok for tidlig å sette i gang med. Hun burde i stedet vente en stund slik at LAR-medikamentet hadde fått satt seg og hun hadde oppnådd en større grad av stabilitet og avstand fra rusen. I tillegg syntes LAR at det var lang reisevei til skolen, og dermed burde hun ikke ta fatt på en slik skolegang. Flere av informantene uttrykte at LAR ødelegger for dem. De ødelegger mer enn de bygger opp. Noen av informantene opplevde også at de ikke ble tatt på alvor når de først forsøkte å bli inkludert i LAR. En av informantene opplevde det faktum at hun så ordnet og velstelt ut ble brukt mot henne. En annen av informantene fikk beskjed av LAR om at hun hadde ikke ruset seg lenge nok for å bli inkludert i LAR. Det resulterte i nye 5 år med rusing før hun ble inkludert. Følgende sitat kan illustrere hvordan LAR fungerer som en demotivator:

«I det jeg starta på LAR så ville jeg veldig gjerne gå på regnskap på høgskolen. Og da møtte jeg hele tiden «du må vente et år, vente et år ...» Og da ... Altså, jeg sier det rett ut, jeg føler det at da visste dem at jeg kom til å glippe. Fordi at jeg kjeda meg. Sånn at da slapp dem å forholde seg til det, for da kunne de bruke det «du må være nykter et halvt år, være nykter et halvt år!»»

LAR mente at skolegangen måtte vente fordi:

«... jeg måtte være nykter så og så lenge, ikke sant? Og det er jo derfor jeg ruser meg, for jeg holder på å kjede meg ihjæl! Og det er det dem ikke ville ha skjønt, da.»

Samme opplevelse med LAR hadde også en annen av informantene. Hun ville ta studiekompetanse og begynne på vernepleierutdanningen.

«Han kontakten min i LAR mente det at nei, det er altfor tidlig, det kan du ikke og det er farlig for deg, og dette kan gå aldeles gærent, og ... Så nei, jeg ble liksom stoppet der, da. Så ... jeg har liksom ikke gått noe videre med det. Jeg føler liksom hele veien at jeg har blitt tråkket ned i stedet for å ha blitt løftet opp. Dette klarer du ikke og dette blir for vanskelig for deg og dette kan få deg til å sprekke og ... Enda det beste ville vært å bare sagt kjør på så får vi se hvordan det går!»

Til tross for at enkelte LAR-ansatte har videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid, har en informant opplevd å bli bedt om å ta seg sammen og avslutte sorgprosessen hun var inne i. Følgende sitat illustrerer dette:

«Jeg mener at i LAR så burde det kanskje vært en grense på hvor mange år man kan jobbe. For når jeg var i LAR og mista kjæresten min, da sier hun ene til meg, som jeg hadde som min konsulent derifra, etter 8 uker at nå må du bli ferdig med den sorgen. Da hadde jeg mistet kjæresten min.»

5.5 En opplevelse av krenkelse

Flere av informantene fortalte at de av og til hadde følt seg krenket av LAR. Dette skyldes for eksempel at man som pasient i LAR kan få en følelse av å ikke være en vanlig pasient, men at man er en rusmisbruker – med de negative assosiasjoner som hører med dette begrepet. Man

defineres som en pasient, men har allikevel en følelse av å bli behandlet annerledes enn pasienter som ikke er rusavhengige. Denne følelsen begrunnes i flere typer forhold som LAR-klienter definerer som nedverdiggende. Denne kategorien inkluderer underkategoriene «stigmatisering» og «å ikke bli trodd».

5.5.1 Stigmatisering

I offentlig debatt hender det av og til at man hører uttrykkene «statsdop» om henholdsvis A-preparat finansiert av Staten og «statsnarkomane» om personer som mottar et A-preparat (Metadon, Subutex eller Suboxone) i et rehabiliteringsprogram finansiert av Staten. Brukerne av LAR kan føle det ekstra sårende når ansatte i dette behandlingsapparatet viser at de har nedlatende holdninger. Følgende sitater fra to av informantene kan illustrere dette:

«Veldig mange av dem (LAR-ansatte) er jo også motstandere av substitusjonsbehandling. De kaller det for statsdop og statsnarkomane og ... Det er ikke mye som gjør meg mer sinna enn akkurat å høre det!»

«Jeg skulle ønske det kanskje var litt mer individuelt, kanskje. At de på en måte kanskje tok litt hensyn til hver enkelt i stedet for å tro at alle som er i LAR er skitne narkomane som gjør hva som helst for å få noe som man kan ruse seg på, liksom.»

Flere av informantene fortalte om en blanding av følelser som dreide seg om mindreverdighet og stigmatisering. Igjen kom det frem at det er et skille mellom ruspasienter og andre typer pasienter. Det er ikke slik at andre pasienter enn ruspasienter må avlevere urinprøver under oppsyn og må hente medisiner til faste tider. Følgende sitat kan illustrere dette:

«Vi er jo fortsatt litt sånn annenrangs borgere, på en måte, da. Det er ikke så mange andre pasienter som må komme på faste dager og må hente medisiner og som til enhver tid kan få en telefon om at du må levere urinprøver mens noen ser på at du tisser og ... Så man er jo ... Man kjenner jo fortsatt litt på at man er i en stigmatisert gruppe.»

5.5.2 Å ikke bli trodd

Informantene fortalte også om opplevelsen av ikke å bli trodd av LAR. Dette gjaldt særlig når det kom til diskusjoner rundt valg av preparat og styrke på preparatet. Det er ofte slik at LAR-klienter ikke er tilfreds med Suboxone på grunn av bivirkninger som dette preparatet gir dem. Noen får vondt i hodet, noen føler seg kvalm, mens enkelte får utslett på kroppen. Noen av informantene har følt at de ikke blir trodd når de har tatt opp dette temaet med sin LAR-kontakt. Følgende sitat kan illustrere dette:

«Jeg tålte ikke Suboxone. Jeg fikk allergisk reaksjon på det. Jeg fikk utslett over hele kroppen. Så da jeg var på sykehuset ... og ble trappa opp 2 mg. Jeg stod jo egentlig på 16. Og ... da tok det helt av igjen, liksom, det utslettet. Og hun legen på sykehuset da sa faktisk «nei, liksom, du kan ikke fortsette!» Men LAR prøvde seg, altså! Og bare «nei, nei, nei, den er for tynn» og sånn da, til meg, da. Så hun sa nei, nå setter vi deg på Suboxone i noen dager og så ser vi om utslettet kommer tilbake igjen ... Så hu legedama der liksom, hu ringte faktisk og sa fra at det er hu som har sagt det liksom og sett det at han ikke tåler det, liksom.»

Opplevelsen av ikke å bli trodd dukker opp i flere ulike sammenhenger. Det kan for eksempel være når man forsøker å bli inkludert i LAR. Veien inn i LAR kan være langvarig for mange, og flere av informantene måtte gå flere runder med LAR før de ble inkludert. Dette skyldes naturligvis at LAR har sine kriterier for inntak, blant annet at opioidavhengigheten må ha hatt et visst omfang og en viss varighet før man forsøker substitusjonsbehandling (Helsedirektoratet, 2010, s. 36). Men budskapet til flere av informantene var at de sitter med en følelse av å ikke bli trodd. Følgende sitat kan illustrere dette:

«Jeg brukte masse Metadon og holdt på å dø og sånn og hele pakka, og da var det så kritisk at tanta mi kom faktisk inn i bildet. Hun jobber på sykehuset og kjenner de folka i LAR. Så hu hjalp veldig til med å få dem til å skjønne hvor alvorlig det var, da. For det var liksom som de ikke trodde på meg, liksom.»

«Men de går ut ifra at alle ljuger, altså. Og så får vi heller se etter hvert. Men altså, alle ljuger. Det er utgangspunktet dem er i. Det er ikke tillit, vise tillit inntil det blir motbevist.»

En informant fortalte at han i begynnelsen av sin LAR-karriere måtte ta dobbel dose på lørdager fordi han ikke fikk med seg Subutex for søndagene. Han understreket at det ikke var snakk om kun en psykisk reaksjon da han fikk kramper på søndag ettermiddag.

«Det var en periode jeg måtte ta dobbel dose på lørdager. For jeg fikk ikke med meg i helgene. Det var helt i begynnelsen. Så da mente dem det at det var greit å ta dobbel dose på lørdag, liksom. At det holdt helt til mandag. Men det er bare tull. Jeg har også lest, og det er mange som sier det og, at kroppen klarer ikke å ta opp mer enn 24 mg om gangen. Omtrent. Sånn cirka. At resten pisser du ut, liksom, da. Jeg merker det alltid, eller merka det, da, de gangene jeg har gjort det, på søndags-ettermiddagen eller kvelden, så begynte jeg å bli dårlig. At jeg fikk krampegreier i armene og ... Det er ikke psykisk.»

6. Diskusjon

Jeg innleder dette kapittelet med å diskutere funn opp mot dialoger og relasjoner. Dette er for å tydeliggjøre hva som kan skje i asymmetriske relasjoner, men også hva som foregår i sunne relasjoner. Videre i dette kapittelet drøftes funn opp mot de tre komponentene i Antonovsky sitt begrep OAS. De tre komponentene er tett knyttet til hverandre, og funnene i denne studien kunne sannsynligvis ha passet inn under mer enn bare én kategori. På grunn av denne oppgavens begrensning i størrelse, må jeg prioritere å putte de enkelte funn inn i kun én av kategoriene. I tillegg vil kun eksempler fra intervjumaterialet bli diskutert. Kapittelet innledes med et sitat av den franske filosofen Michel Foucault, som blant annet har uttalt at maktrelasjoner fins overalt (Seikkula, et al., 2007):

The exercise of power is not simply a relationship between partners, individual or collective; it is a way in which some act on others.... What defines a relationship of power is that it is a mode of action that does not act directly and immediately on others. Instead, it acts upon their actions: an action upon action, on possible or actual future or present actions.

(Faubion, 2001, s. 340)

6.1 En drøfting av funn opp mot dialoger og relasjoner

Hovedkategorien til funnene i denne studien heter «Et bedre liv – hvis man følger spillereglene». Dette er et uttrykk for at LAR gir den enkelte et bedre liv på visse betingelser. Man fikk livet sitt tilbake gjennom å få utdelt gratis substitusjonslegemiddel. Dette førte til at man fikk bedre økonomi og bedre tid til jobb, fritid og personlig nettverk. Livskvaliteten var bedre, friheten var større, men man var helt nødt til å følge LAR-systemets regler. Gjorde man ikke dette, kunne konsekvensene være store. Man måtte vise god rusmestring gjennom eksempelvis å avlegge rene urinprøver. Enkelte fortalte at de kunne ikke være ærlige mot sine LAR-kontakter, det var rett og slett for mye som stod på spill. En av informantene sa det så sterkt at hun sa minst mulig på ansvarsgruppemøtene, og iallfall ikke noe som kunne tenkes å bli brukt mot henne senere. En annen informant følte at det som ble sagt på ansvarsgruppemøtene var blitt bestemt på forhånd. Hvis han hadde en mening om noe, følte

han at dette ikke var interessant for de øvrige møtedeltagerne. Disse eksemplene kan tolkes til å være uttrykk for subjekt-objekt-relasjoner, toleddete relasjoner (Skjervheim, 1974), eller jeg-det-relasjoner (Buber, 1992). Toleddete relasjoner kan i denne sammenhengen oppstå når LAR-konsulenten konstaterer at LAR-klienten kommer med en uttalelse, men velger ikke å bry seg om den. For eksempel hvis klienten uttrykker at han føler at dobbel dose Subutex på lørdag ikke gir tilstrekkelig beskyttelse mot abstinensplager frem til mandag morgen. LAR-konsulenten konstaterer som et faktum at klienten kommer med denne uttalelsen (Skjervheim, 1974). LAR-retningslinjene sier jo at Subutex kan gis hver annen eller hver tredje dag (Helsedirektoratet, 2010, s. 58). Man har da to toleddete relasjoner. De to partene deler ikke samme saksforhold. LAR-konsulenten registrerer at en uttalelse er kommet, men kan velge å ikke la seg engasjere i utsagnet. Ifølge Skjervheim er det særlig ved ett tilfelle vi mennesker i det daglige objektiverer den andre. Det er når folk kommer med påstander som er svært urimelige. For LAR-konsulenten kan en uttalelse om at Subutex-effekten går ut etter et døgn virke svært urimelig når faglitteratur sier noe annet. I et slikt tilfelle kan LAR-konsulenten i stedet tenkes å gjøre klienten til et kasus i psykiatrisk forstand. Krampene kan jo rett og slett være psykisk? Klienten kan innbille seg at han har kramper? LAR-klienten antydnet at han var blitt oppfattet slik, og poengterte i funn-kapittelet at «det er ikke bare psykisk». Om LAR-konsulenten velger å engasjere seg i problematikken, diskutere saksforholdet med klienten, får man i stedet en treleddet relasjon (Skjervheim, 1974).

En subjekt-objekt-relasjon kan forsvares i visse sammenhenger. Tross alt er menneskekroppen noe fysisk, det kan oppfattes som et objekt. I den somatiske delen av helsevesenet kan en subjekt-objekt-relasjon være kostnadseffektivt og faktisk også det mest korrekte. For eksempel når medisinen forklarer kroppslige infeksjonssykdommer og andre alvorlige sykdommer som tuberkulose, malaria eller hiv. Å finne kuren til hiv forutsetter en biomedisinsk sykdomsmodell (Barbosa da Silva, et al., 2006). Men i sammenhengen som denne studien fokuserer på, LAR-klientens opplevelse av innflytelse i egen behandling, er det åpenbart at en biomedisinsk tankegang ikke er tilstrekkelig. Resultatet blir en objektivering av den enkelte, som svarene fra flere av informantene var et uttrykk for. I LAR-sammenheng har subjekt-objekt-relasjonen i disse tilfellene blitt for dominerende. Subjekt-objekt-relasjonen viser seg i LAR sitt behov for å kontrollere den enkelte klient. Denne relasjonsformen innebærer en oppfatning av at mennesket utvikler seg gjennom ytre påvirkning. Man ønsker å få den andre til å føle, tenke og handle på en mer akseptabel måte. Subjektet er den personen som er ansatt i LAR, objektet er LAR-klienten. Objektet er den som svarer på subjektets

spørsmål, som lærer av subjektet og som mottar kunnskap av subjektet (Schibbye, 2009). Tanken om objektivisering fører subjektet i retning av belønning, straff, gode råd, resultater og konklusjoner. Dette stemmer overens med erfaringene til informantene i denne studien. Den profesjonelle er personen som behandler objektet. Objektet kan diagnostiseres og klassifiseres. Objektet kan man sette en merkelapp på; Han kan være aggressiv, truende, manipulerende, og han kan være samarbeidsvillig. På den annen side må man være klar over at mennesker også er subjekter. Man er begge deler. Den LAR-ansatte må nødvendigvis observere sin klient. Det er viktig er at man ikke faller for fristelsen å tingliggjøre pasienten. Han er mye mer enn en ting, et objekt. Man må derfor rådføre seg med klienten og man må bemyndiggjøre ham (Schibbye, 2009). Den enkelte klient har sin egen indre verden av følelser, tanker og meninger. Hvis man utelater den subjektive opplevelsen, som informantene opplevde å bli utsatt for da meningene hans ikke var interessante for de øvrige deltagerne på møtet, så fratar man informantens evne og rett til å ha et syn på seg selv.

Opplevelsene som informantene i denne studien beretter om, kan på mange måter sammenlignes med Hegels beskrivelse av herre-trell-forholdet (Schibbye, 2009). Ifølge Hegel møter partene i en relasjon tre momenter som må utarbeides. Disse temaene er arbeid, begjær/nyttelse og dødsangst. Dette er abstrakte momenter, de er metaforer. Nettopp derfor er herre-trell-relasjonen nyttig, den kan anvendes for å belyse mange ulike typer forhold. Herren er den dominerende parten. Det er herren som nyter, han får sitt begjær tilfredsstilt av trellen. Trellen er på sin side den som arbeider og tjener herren. De har et utvendig forhold til hverandre, de opplever ikke hverandre som subjekter. La oss oversette de tre momentene til en rusmisbruker-setting. Moment nummer en er som sagt arbeid. Vi må alle arbeide for å overleve. LAR-klientene er opptatt av arbeid, flere av informantene gav uttrykk for at arbeid er meningsfylt fordi det gir dem mulighet til å ta tilbake livet sitt, de får møte andre mennesker og disse forholdene resulterer i at man får en følelse av å leve et tilnærmet normalt liv. En av informantene var til og med i lønnet arbeid fire dager i uken. Men å arbeide lar seg ikke gjøre om man mislykkes i å følge LAR sine spilleregler og dermed får redusert dosen sin eller hvis man blir demotivert fra å delta i samfunnet, som to av informantene fortalte om. Man må dermed arbeide for herren, for LAR-konsulentene, for å tilfredsstille hans begjær. Trellen frykter herren fordi herren har makt til å drepe ham. Trellen skal ikke nyte. Dette kan være en metafor for at LAR-konsulentene besitter makten over klientens liv. Han har makten og myndigheten til å endre på LAR-klientens behandlingsregime. LAR-klienten skal ikke få muligheten til å oppleve god livskvalitet når livskvalitet for LAR-klienten innebærer å røyke

cannabis. Moment nummer to er begjær/nyttelse. LAR-klienten vil kunne slite med å stå imot begjæret etter narkotiske midler, spesielt hvis man blir fratatt Subutex, som kan føre til at «dyret i magen» våkner til live, slik en av informantene fortalte. Moment nummer tre er dødsangsten. Dette kan vise seg i form av den angsten LAR-klientene har for eksempelvis å bli fratatt sin Metadon og mer eller mindre bli tvunget over på Suboxone, som noen av informantene fortalte er det rådende preparatet i flere LAR-distrikter. Flere av informantene fortalte at de hadde vært døde uten LAR. Frykten for å gå til grunne er reell. Den første informanten jeg intervjuet i denne studien fortalte at «hvis de tar fra meg Metadonen så er det stor kjangs for at jeg havner i graven.» Han hadde fått signaler fra ansvarsgruppen sin om nettopp at Metadonen hang i en tynn tråd på grunn av sidemisbruk med benzodiazepiner. Dette er således et uttrykk for en reell dødsangst. Herre-trell-metaforen understreker at angst ligger til grunn for gjentagelse. Deltagerne i relasjonen er ureflekterte, derfor gjentar de. Det å gi slipp på eget perspektiv og innta den andres, kan være angstskapende. På denne måten kan man miste sitt eget ståsted og bli overveldet av angst. Dette kan være en metafor for LAR sitt ønske om å kontrollere den enkelte klient. Man tar ikke sjansen på å la klienten få reise bort i jula på grunn av sidemisbruk i november, som en informant fortalte om. Man tør ikke la klienten få avlegge urinprøve hos fastlegekontoret, man må heller be ham reise et lengre stykke for å avlegge urinprøve med videokontroll på psykiatrisk sykehus (Schibbye, 2009).

En informant fortalte at hennes taktikk var å si minst mulig til sin LAR-kontakt og på ansvarsgruppemøtene, og i hvert fall ikke noe som kunne brukes mot henne ved en senere anledning. Dette skyldes angst for konsekvensene ved å være ærlig om forhold i sitt liv. Ifølge Schibbye (2009) vil det være mulig å forandre posisjoner og forhold kan utvikle seg hvis partene klarer å konfrontere angsten sin. Forhold kan utvikle seg i en retning av at partene blir i stand til å innta den andres perspektiv, at de deler perspektivene, og gjensidig anerkjennelse oppstår og utvikles (Schibbye, 2009, s. 53). Om man ønsker å sette seg inn i den andres perspektiv, så forutsetter det prinsippet om likeverd. Både pasient og profesjonell må ha like stor rett til sin egen opplevelse og de må begge henvende seg til hverandre som subjekter (Schibbye, 2009).

I bunn og grunn kan denne diskusjonen avledes til en diskusjon om hva som er god kvalitet på pleie og omsorg. Sosial- og helsedirektoratet skrev i veilederen «Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene» (2004) at pleie- og omsorgstjenestene handler om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvaliteten på tjenestene knyttes derfor til brukerens opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. Tjenestene må derfor utformes

slik at mottakerne opplever at de blir respektert og verdsatt (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Å gi mennesker en opplevelse av å føle seg respektert og verdsatt, kan sannsynligvis la seg gjøre gjennom bemyndigelse av den enkelte. At man som pasient får direkte innvirkning og innflytelse i egen behandling. Dette er derimot ikke så enkelt når hele den industrialiserte delen av verden er preget av biomedisinsk tankegang. Paternalistisk tankegang er tankegang som preges av at utøverne av faget påberoper seg å vite hva som er best for den enkelte, og paternalisme tilhører det biomedisinske perspektivet (Barbosa da Silva, et al., 2006). Om man vil følge Sosial- og helsedirektoratet (2004) sin oppfordring om å la mottakerne av tjenester føle seg respektert og verdsatt, må man ha fokus på gjensidig respekt mellom fagutøver og bruker. En av informantene fortalte at for en LAR-klient kan det viktigste fokuset i livet være å oppleve god livskvalitet. Hvordan den enkelte opplever livskvalitet avhenger av personlige verdier og interesser. En LAR-klient kan for eksempel anse hasjrøyking som helt nødvendig for å leve et godt liv. Dette kan i seg selv være grunnen til at man tør å være sosial og å møte venner og ukjente. Slike verdier kan stå i kontrast til hva LAR anser som god livskvalitet. Informanten snakket om at man som LAR-klient kan ha et forferdelig liv, å ikke tørre å gå ut døra, at man isolerer seg inne og ikke møter andre mennesker. Kanskje tør man ikke engang å gå til postkassa og hente posten. Allikevel vil man med LAR sine briller på seg anse et slikt liv som en god rehabiliteringsprosess fordi man har god rusmestring. LAR-klienten på sin side kan føle svært liten glede i livet sitt. Ifølge Sosial- og helsedirektoratet (2004) knyttes kvaliteten til tjenestene direkte til brukerens opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. Man kan tolke det dit hen at det foreligger en uoverensstemmelse mellom LAR sin praksis og Sosial- og helsedirektoratet i forhold til hva som er god kvalitet på tjenestene.

En mulig forklaring på at noen av informantene opplever at de ikke blir hørt, at de ikke har medbestemmelse, kan være nettopp at det biomedisinske perspektivet preger og har preget tenkningen i helsevesenet. Dette perspektivet resulterer i en objektiviserende innstilling hvor fokus er behandlingsteknikker, distanse og ufølsomhet ovenfor pasienten. Omsorgsutøveren gjør dermed krav på å inneha sannheten om hva som er best pleie og omsorg for den enkelte. Dette kan like gjerne være ubevisst som bevisst. Følgelig vil ikke omsorgsutøveren respektere pasientens autonomi, integritet og verdighet. En slik jeg-det-relasjon, eller en toleddet relasjon om man anvender Skjervheims terminologi, er konsekvensen av å følge innarbeidede vaner i helsesektoren som har sitt utspring i biomedisinsk tenkning (Barbosa da Silva, et al., 2006, s. 240).

Det biomedisinske perspektivet er mer enn bare et perspektiv, det er også et menneskesyn. Man er langt unna å utøve empowerment hvis man befinner seg på et slikt ståsted. Som en kontrast til den biomedisinske tankegangen, står det humanistiske menneskesyn. Gjennom dette menneskesynet blir mennesker ansett som likeverdige, autonome og medansvarlige. Fokus er gjensidig respekt mellom den profesjonelle og pasienten. Dette kan komme til syne eksempelvis når pasienter får være med og utforme sin egen behandlingsplan. Eller ved at man blir tatt med på vurdering hvilke tiltak som kan treffes hvis man som LAR-pasient sliter med sidemisbruk av illegale medikamenter. Dette forutsetter at man bemyndiger pasienten, man gir et menneske myndighet til å bestemme over faktorer som vedkommende opplever som viktige i sitt eget liv. Dette er maktoverføring i praksis, og dette er det samme som empowerment-begrepet (Barbosa da Silva, et al., 2006, s. 247).

Forholdet mellom LAR-klienter og LAR vil alltid være slik at det er LAR-klientene som er parten som søker hjelp. De profesjonelle i LAR er på hjemmebane når det kommer til å diskutere problemer eller symptomer – til og med hvis samtalen foregår i klientens eget hjem (Seikkula, et al., 2007). Den profesjonelle parten er kapabel til å fremme eller hemme klientens fungering innenfor rammene i LAR. Det kommer i stor grad an på hvordan man tolker retningslinjene, kanskje kommer det også an på hvilken person man har som LAR-konsulent. Maktfordelingen i relasjonen blir ikke automatisk mer symmetrisk selv om den profesjonelle er et dialogistisk menneske. Objektivisering ligger alltid som en potensiell fare i en relasjon. Makten kan riktignok omfordeles via empowerment, som jeg har beskrevet nærmere i kapittel 2. Empowerment kan gjøre at pasienten går ut av offerrollen og blir et deltakende individ (Helsedirektoratet, 2010). På den annen side skriver Barbosa da Silva i sin lærebok i etikk at ekte paternalisme kan anvendes for å hjelpe «for eksempel rusmisbrukeren og narkomanen som ikke er i stand til å anvende sin autonomi.» (Barbosa da Silva, et al., 2006, s. 103). I en slik kontekst blir det altså opp til den profesjonelle å vurdere når rusmisbrukeren ikke er i stand til å ta egne valg. Her ligger det en fare for at man ikke tar tilstrekkelig hensyn til empowerment-tankegangen. Et slikt budskap som Barbosa da Silva presenterer, går på kollisjonskurs med budskapet til flere av informantene i denne studien. En av informantene nevnte at hun var sjokkert over LAR-ansattes manglende eller lave utdanning og deres mangel på erfaring med arbeid innenfor russektoren. Med lav utdanning og manglende erfaring kan det tenkes at for den uerfarne er veien kort til å innta et perspektiv om at fagfolk vet best. Det kan virke som vi i dag ikke har et system som er tilstrekkelig tilpasset brukeren. Ut ifra hva flere av informantene i denne studien har uttalt, kan det virke som at

brukerne i dag på mange måter er nødt til å tilpasse seg systemet – og ikke omvendt. Paulo Freire forteller om «det dialogiske mennesket,» et menneske som tror på det andre mennesket, og det ligger som en integrert holdning i det dialogiske mennesket. Et dialogisk menneske har troen på den andre allerede før han har møtt ham. Det kan synes som at informantene i denne studien som opplevde at mistenkelighet stopper aldri og at man ikke blir trodd, ikke møtte et menneske, eller mennesker, som hadde troen på dem. De uttalte at man blir ikke trodd, LAR går alltid ut ifra at man lyver, og man får ikke tillit inntil det motsatte er bevist. Om man følger i Skjervheim sine fotspor, kan man omtale disse uttalelsene fra informantene som situasjoner hvor man ikke blir tatt på alvor. Skjervheim fastslo at å ta den andre på alvor, er det samme som å være villig til å reflektere over den andres meninger, eventuelt diskutere meningene med ham (Skjervheim, 1974).

6.2 Funn knyttet til styrking og svekking av OAS

6.2.1 Meningsfullhet

5 av de 7 informantene fortalte at de var i enten jobb eller i arbeidstiltak. Dette hadde ikke vært mulig om de ikke var stabile og hadde god rusmestring, fortalte de. Enkelte av informantene opplevde at deres mening ble tatt hensyn til både når det gjaldt valg av LAR-medikament og styrken på medikamentet. Dette var medvirkende til at de opplevde en relativt god psykisk og fysisk fungering. Å være i jobb medførte økt selvfølelse, og dette ble fremhevet av en av informantene. På grunn av LAR turte hun å gå ut døra, å stå i jobb, og hun fikk overskudd til å drive med fritidsaktiviteter. Flere av informantene uttalte at de opplevde en større grad av frihet i livet sitt, og generelt høyere livskvalitet. En av informantene fortalte at han rett og slett hadde blitt et bedre menneske nå som han fikk Subutex og fikk avstand til rusen og til rusmiljøet. Informantene i denne studien er personer som har vært rusavhengige store deler av livet og som har opplevd motgang og nederlag. Flere av dem var allikevel positivt innstilt til å møte livets dagligdagse utfordringer, og flere uttrykte glede over å bli stilt krav til. Glede over å ha en arbeidsplass å gå til og at de klarte å håndtere arbeidet sitt.

Gjennom LAR kunne man bruke energien sin til å stable livet sitt på beina fremfor å skaffe seg rus, og dette ble sett på som meningsfullt. Ifølge Antonovsky dreier meningsfullhet seg om i hvilken grad man føler at kravene man stilles ovenfor er verdt å bruke tid og krefter på. Disse informantene opplevde høy grad av mening i at LAR-behandlingen førte til at de kunne leve et tilnærmet normalt liv og således føle seg mindre som en rusmisbruker. En større grad av livskvalitet ble fremhevet som meningsfullt. Selv om det ikke alltid var så lett å begripe LAR-systemets kontrollrutiner og straffetiltak, var motivasjonen i det å få Subutex og således få økt livskvalitet såpass høy at man valgte å etterleve kravene fra LAR for å ikke miste LAR-medikamentet eller en god henteordning på apoteket. Antonovsky sier at motivasjonen som ligger i meningsfullhet-komponenten er svært sentral. Når man finner motivasjon, utviser man pågangsmot – til tross for at man kanskje ikke forstår situasjonen fullt ut (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Flere av informantene følte det som meningsløst å stadig bli avkrevd urinprøver, selv etter mange år i LAR. Man opplevde at man blir ansett som en kjeltring fordi man er eller har vært narkoman, til og med av fagpersoner. En av informantene fortalte at han skulle ønske behandlingen var litt mer individuelt tilpasset og at han gjerne skulle ha sett at LAR-ansatte ikke tror at alle rusmisbrukere er skitne narkomane som gjør hva som helst for å ruse seg. Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee, gjengitt i Slettebø (2009), har skrevet at det kan være fort gjort å danne seg oppfatninger av positiv og negativ art om pasienter. Travelbee skriver at man som profesjonell må være bevisst faren for dette, «slik at man ikke dømmer den syke ut ifra egne fordommer.» (Slettebø, 2009, s. 72). Hvis man føler at man blir utsatt for en stigmatiserende holdning til og med fra den profesjonelle parten, kan det tenkes at det vil gå utover motivasjonen til LAR-klienten. Videre var det en av informantene som fortalte at å røyke cannabis kan være nødvendig for å tørre å gå ut døra, møte venner og ha en akseptabel livskvalitet. LAR vil fokusere på at dette ikke er tillatt fremfor at det går bra sosialt, sa informanten. To av informantene fortalte om opplevelse av demotivering fra LAR når de hadde luftet sine planer om å ta utdanning. For å oppleve meningsfullhet så må man se på belastninger som noe positivt. Man må føle seg delaktig i beslutninger som dreier seg om seg selv, og man må oppleve at utfordringer og krav er noe som det er verdt å bruke energi og engasjement på (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Svarene til informantene kan tyde på at de ikke opplevde disse situasjonene i sin tilværelse som meningsfylt.

6.2.2 Begripelighet

En av informantene fortalte at han hadde god støtte av sin LAR-kontakt. Han fortalte at når han tidligere hadde hatt dårlig rusmestring og dermed fikk urene urinprøver, ble han ikke automatisk fratatt medisiner eller straffet på andre måter. Han fikk i stedet spørsmålet om han hadde behov for å ta en tur på den lokale avgiftningsenheten på et sykehus i nærheten. Han ble altså tatt med på råd, og han fikk være delaktig i egen behandling. Dette kan føre til at LAR-systemet oppleves mer begripelig. Ifølge Antonovsky så har man en høy grad av begripelighet hvis stimuliene fra omverdenen er forutsigbare, eller at de i det minste kan plasseres i en sammenheng og at det er mulig å forstå hva som foregår (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Den samme informanten opplevde også at den individuelle planen hans var skreddersydd etter hans ønsker. Dette var annerledes enn det var før i tida, da alle skulle ha de samme tiltakene, fortalte han. Dette kan bidra til en økt grad av begripelighet fordi den individuelle planen vil fremstå som velordnet, sammenhengende, strukturert og som klar informasjon. Nettopp fordi det er hans egen plan og hans mål og tiltak som planen dreier seg om (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

En av informantene snakket om hvor flott det kunne ha vært om det på ansvarsgruppemøtene alltid befant seg en erfaringskonsulent - en som enten hadde vært i LAR tidligere eller som for tiden var i LAR-behandling. Dette er ikke tilfelle i dagens LAR-system. Dette kunne ha ført til økt begripelighet for alle involverte parter i ansvarsgruppemøtene. Jan Stensland Holte og Gro Beston (2005) skriver i en rapport at mange brukere understreker at det er forskjell på dem som har erfart psykisk lidelse og dem som ikke har denne erfaringen. Altså at det er forskjell mellom den profesjonelle og brukeren. I denne rapporten står det at brukere har uttalt at det har oppstått en vesentlig forskjell i måten man forstår seg selv, verden og samspillet med andre etter å ha opplevd en alvorlig psykisk krise. Rus og psykiatri henger tett sammen, og disse uttalelsene fra Stensland Holte og Beston kan gjerne overføres over i en kontekst mellom LAR og LAR-klienten. «Derfor kan det være klokt å lytte godt til en som har vært der og som senere har fått bearbeidet opplevelsene i erfaringens overlys.» (Stensland Holte, Beston, Hummelvoll, & Eriksson, 2005, s. 58). Dette ville ha vært i tråd med Antonovsky sin teori om OAS. Erfaringskonsulenten kunne ha bidratt til å øke forståelsen mellom LAR og LAR-klienten ved å gjøre informasjonsflyten mellom partene klarere og tydeligere og således gjøre verden mindre kaotisk og uforutsigbar (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Flere av informantene syntes det var urimelig å bli avkrevd urinprøver et par ganger i uka, og en av informantene forstod ikke hensikten med at hun når som helst resten av livet kunne bli avkrevd urinprøver på kort varsel. Det kom til uttrykk i intervjumaterialet et ønske om å kunne bli ansett som andre pasienter med kroniske sykdommer. En mulig måte for LAR-konsulentene å møte dette perspektivet på og øke begripeligheten, kan være å investere tid og krefter i hva Hummelvoll omtaler som sykepleier-pasient-fellesskapet (Hummelvoll & Dahl, 2012). Hummelvoll skriver at bruken av ordet «fellesskap» er «motivert ut fra eksistensielt grunnsyn hvor man legger vekt på møtet mellom to mennesker – mer enn på rollene.» (Hummelvoll & Dahl, 2012, s. 38). Dermed kan man gi mulighet for å dele felles opplevelser og møte hverandre som likeverdige personer. Alliansen som kan oppstå gjennom gjensidig tillit og åpenhet kan bøte på hjelpeløsheten som informantene i studien pekte på. Gjennom fellesskapet som kan oppstå i møtet, kan den profesjonelle og pasienten vurdere om måten de forholder seg til problemet er en fruktbar måte. Hummelvoll skriver at «et slikt samspill og samarbeid gjør det mulig å utforme en sykepleiepraksis som tar utgangspunkt i pasientens perspektiv og ønskemål.» (Hummelvoll & Dahl, 2012, s. 38). Dette kan fungere som en verdiavklaring som igjen bidrar til økt opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 1996).

6.2.3 Håndterbarhet

Flere av informantene opplevde at tillit fungerte som en ressurs for dem. Gjennom at de etter hvert som månedene og årene gikk ble trodd på av sine samarbeidspartnere i behandlingsapparatet, fikk de innvilget bedre henteordninger. Når man senket kravene til den enkelte slik at det ble lettere å håndtere, økte mestringsevnen til LAR-klienten. En av informantene fortalte at hun opplevde «nesten for god støtte» av sin LAR-kontakt. Hun utdypet at hun fikk god «oppbacking» av henne, som man kan tolke til god psykisk støtte. Hun følte med andre ord en god ressurs i at LAR-kontakten var en person som hun kunne stole på (Antonovsky, 1996). I tillegg hadde hun ansvarsgruppemøte så ofte som hver 6. til 7. uke, og hun var godt fornøyd med å ha egen bolig på et ålreit sted og hun var fornøyd med å stå fast på Subutex. Subutex økte håndterbarheten av livssituasjonen som følge av at man fikk frigitt ressurser som før gikk med til å skaffe rusmidler. Håndterbarhet dreier seg som tidligere nevnt om at man har ressursene til rådighet som situasjonen krever av en. Ressursene kan dreie seg om legitime andre i sin omgangskrets, i dette tilfellet LAR-kontakten. Har man en sterk opplevelse av håndterbarhet, føler man ikke at man er et offer for omstendighetene,

eller at livet har behandlet en urettferdig (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Noen av informantene oppgav også det å ha med seg kjæresten eller lederen på arbeidstiltaket på ansvarsgruppemøtene. Disse var personer de hadde tillit til og som således økte deres grad av håndterbarhet i forhold til å delta på ansvarsgruppemøtene. Slike møter representerte en nokså stor utfordring for flere av informantene. En av informantene omtalte slike møter som «å bli kalt inn til rektor». En annen informant grudde seg til hvert eneste møte og hver eneste telefonsamtale, selv om hun visste at det mest sannsynlig ville gå bra hver gang. At det er folk til stede som man har tillit til, gjør at man er i stand til å takle møtene bedre (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Det faktum at Norge ikke tilbyr heroin som substitusjonspreparat, ble av en av informantene oppgitt som en årsak til at enkelte av de tyngste misbrukerne har problemer med å forholde seg til rammene som LAR setter. Hun fortalte at heroin er det optimale rusmiddelet, og noe av grunnen til at man bruker heroin er at det tar både «angst, nerver og abstinenser». Man kan tenke at ettersom LAR kun tilbyr Subutex, Suboxone og Metadon, så bidrar det til at de tyngste misbrukerne ikke oppnår tilstrekkelig grad av håndterbarhet. Man får ikke tildelt den nødvendige ressursen for å styrke OAS (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

6.3 Styrker LAR opplevelsen av sammenheng?

Ifølge Antonovsky så innebærer det salutogene perspektiv å rette fokus på hva som stimulerer den enkeltes mestringsressurser. Man må spørre: «Hvilke faktorer bidrar til i hvert fall å bevare personens plassering på kontinuumet eller skape en bevegelse i retning av helseenden? (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 36). Ved å ta i bruk en salutogen tankegang vil hjelperen i pasient-forholdet identifisere sterke og svake sider hos pasienten, og således vite hvor man kan iverksette tiltak for å støtte pasienten ekstra. Antonovsky hevder at styrken på det enkelte individ sin OAS formes av tre faktorer: indre sammenheng, balanse mellom over- og underbelastning og deltagelse i avgjørelser som er viktig for den enkelte (Antonovsky, 1996). Kunnskap om hvordan pasienten oppfatter situasjonen sin som begripelig, håndterbar og meningsfull, kan gi hjelperen verdifull informasjon om vedkommendes strategier i møte med motgang. Pasienter med en sterk OAS vil kunne håndtere rammer og rutiner bedre enn pasienter med en svak OAS. Men det er også slik at LAR som system, som ut ifra empirien i studien viser seg å være preget av et patogent fokus, har kapasitet til både å svekke og styrke den enkelte klient sin OAS. De tre komponentene i OAS er som sagt uløselig knyttet til

hverandre, men man kan oppleve forskjellige grader av hver komponent. Samtlige informanter syntes det var meningsfullt å motta LAR-medikament. Dette gav mening i livet til hver enkelt. Å motta LAR-medikament og å ha en god henteordning var i seg selv en motivasjonsfaktor for å etterfølge regler i LAR-systemet som var mindre begripelig og kanskje ikke alltid så lett å håndtere ut ifra ressursene man hadde til rådighet. Håndterbarhetskomponenten dreier seg ikke bare om individets tilgjengelige ressurser, men også hvilke holdninger personer i ansvarsgruppen til den enkelte besitter. Altså hvorvidt ressursene er i hendene på noen som er på LAR-klientens «side» (Antonovsky, 1996). Flere av LAR-klientene fortalte om opplevelser av manglende begripelighet. Dette kunne dreie seg om regionale forskjeller i praktiseringen av LAR-retningslinjene, spørsmål om man aldri noen gang skulle bli ferdig med å kunne bli avkrevd urinprøver, og opplevelser av mistenkeliggjøring og stigmatisering. LAR-behandlingen representerte dermed for noen av informantene en følelse av å ikke ha kontroll over eget liv. Slike erfaringer kan redusere graden av OAS. Antonovsky peker, som nevnt i kapittel 2, på grensebegrepet. Grensebegrepet henviser til at man ikke trenger å oppleve alt i livet som meningsfullt, håndterbart eller begripelig for å oppleve en sterk OAS. Det som teller er at den enkelte opplever noen områder i livet som viktig (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Det betyr at den enkelte klient kan oppleve en sterk OAS til tross for at man må tilpasse seg et utfordrende system for å opprettholde sine LAR-ordninger. Man kan velge å bruke tid og krefter på andre ting som er mer vesentlige for en selv, fremfor å la seg bryte ned av rammene som LAR setter. Dette vil kunne gi en opplevelse av mening. Dette er avhengig av hva som er viktig for det enkelte individ. Man kan altså i LAR-behandling ha en situasjon hvor man har et LAR-medikament og opplever at det er overkommelig å avlegge urinprøver og å hente medisinen på apoteket innimellom. Dette kan skape livsopplevelser preget av indre sammenheng og en grei balanse mellom overbelastning og underbelastning. Samtidig kan man føle at man har lav grad av medbestemmelse. LAR kan ignorere potensialet man har for å ha innflytelse i egen behandling, slik enkelte av informantene har fortalt om i denne studien. Da kan mangelen på engasjement oppstå, ettersom man fratras muligheten for å engasjere seg. Dette vil kunne svekke den enkeltes OAS (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

6.4 Hva hvis brukeren fikk full brukermedvirkning?

Det synes nærliggende å tenke at den profesjonelle og pasienten kan ha forskjellig oppfatning av hva ordet brukermedvirkning innebærer. Det er ikke så rart når man i faglitteraturen finner

ulike definisjoner av dette begrepet, og når lignende begrep som empowerment benyttes i samme åndedrag. Uttrykk som anerkjennelse og likeverd følger i kjølvannet av diskusjoner om brukervedvirkning. Forholdet mellom LAR og den enkelte LAR-klient må kunne sies å være et forhold mellom to parter som har relativt ulik grad av makt. De fleste vil si at brukervedvirkning er flott og at det er viktig for å levere gode helsetjenester. Men brukervedvirkning er vanskelig å gjennomføre i praksis (Jenssen, et al., 2012). Hvordan virker så brukervedvirkningen i praksis? Ville det vise seg å bli en reelt likeverdig situasjon hvor begge parter har like stor innflytelse over hvilken behandling pasienten skal motta? Man kan tenke at brukeren muligens ville ha bedt om LAR-preparatet og doseringen han ville følt seg mest komfortabel med. Det er et klart ønske fra flere av informantene om å få medisinen de opplever minst bivirkninger av. Ville dette ha vært spiselig for den profesjonelle med sin fagkunnskap? Det er nærliggende å tro at i en slik dialog ville man fort ha sett ulike grader av makt komme til uttrykk. Antagelig ville gamle holdninger og forestillinger om den narkomane personen ha kommet til overflaten. Einar Aadland beskriver sine tanker rundt en lignende situasjon. Hvis den profesjonelle for eksempel svarer «det ville du nok ha likt, ja» så blir den asymmetriske relasjonen demonstrert (Aadland, 2011, s. 263). Det er i hovedsak slik at den profesjonelle setter premissene, noe funnene i denne studien viser. Brukervedvirkning tar utgangspunkt i at det er best for brukeren selv å medvirke i egen behandling, da får man et best mulig opplegg for pasienten. Da skal det profesjonelle apparatet hjelpe til. Men i empirien i denne studien ser man tegn på at tvang og maktutøvelse er bakt inn i relasjonen. Einar Aadland skriver at praksis ofte kan medføre at brukervedvirkning ender opp med å bli brukerdirigering, og tvangen som man påfører pasienten kan bli tildekket som likeverd (Aadland, 2011, s. 263). Han er altså enig med Askheim (2009) som skriver at brukervedvirkning i hovedsak er et honnørord som dekker over ulike praksiser. Askheim sier også at brukervedvirkning i motsatt fall innebærer at brukeren har det avgjørende ordet (Askheim, 2009, s. 53). Empirien i denne studien tyder på at virkeligheten for informantene ikke kan sies å være preget av at brukeren selv har det avgjørende ordet i beslutninger som vedrører dem selv. Hvas & Thesen (2002) sier at empowerment er aller mest relevant i arbeid med svake grupper. Med andre ord er rusmisbrukere helt klart en gruppe som fortjener at de profesjonelle innehar en bevisst holdning i forhold til empowerment-perspektivet (Hvas & Thesen, 2002).

7. Konklusjon

Det kan tenkes at LAR representerer et felt som er under press. Føringerne fra Helsedirektoratet kan være utfordrende å lykkes med i praksis. Man kan anta at det er krevende for fagpersonene i LAR å stå i et skjæringspunkt mellom idealene i LAR-retningslinjene og realiteten som befinner seg ute i felten.

Intervjumaterialet viser at fem av informantene var kritiske til LAR-systemet og hvordan det følte å måtte leve innenfor rammene av LAR. To av informantene var mer positive til rammene som LAR representerte, de syntes kontrolltiltakene var overkommelige og de var fornøyde med å ha hyppige ansvarsgruppemøter. De følte begge at de hadde god dialog med og gode relasjoner til sine LAR-konsulenter og personene i ansvarsgruppene for øvrig. Samtlige informanter var glade for å motta LAR-medikament ettersom dette frigjorde deres iboende potensial til å bruke tid og krefter på en konstruktiv måte. Dette var uavhengig av hvor urimelig behandlet de måtte føle seg, det overordnede var å kunne benytte seg av substitusjonslegemiddel slik at det ble mulig å tre ut av ruslivet. Rus-suget ble i stor grad holdt i sjakk gjennom å benytte seg av substitusjonspreparat.

LAR-klienter generelt hadde antagelig opplevd enda høyere livskvalitet om de i tillegg til LAR-medikamentet også hadde følt seg sett og hørt av LAR og av behandlingsapparatet for øvrig. Det kan tenkes at dette ville ha økt den enkeltes opplevelse av sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Denne studien er ikke generaliserbar når man tar i betraktning at det er syv personer som er intervjuet. Men det er nærliggende å tro at en viss overføringsverdi kan studien allikevel ha. Studien kunne vært enda mer interessant hvis den hentet inn svar fra flere informanter. Studien kan dermed være et grunnlag for videre forskning. Kanskje vil noen bli inspirert til å utforske LAR-klientenes livsverden i enda større grad.

8. Litteraturliste

- Aadland, E. (2011). *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforl.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 8.
- Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. (2009). Brukermedvirkning - kun for verdige trengende? Om brukermedvirkning på rusfeltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(1), 52-59.
- Askheim, O. P. & Starrin, B. (2007). *Empowerment : i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barbosa da Silva, A., Hugaas, J. V., Ljungquist, M. & Norheim, A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bobrova, N., Alcorn, R., Rhodes, T., Rughnikov, I., Neifeld, E. & Power, R. (2007). Injection drug users' perceptions of drug treatment services and attitudes toward substitution therapy: A qualitative study in three Russian cities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(4), 373-378. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2007.02.002>
- Bramness, J. G., Bachs, L. C. & Waal, H. (2002). [*Buprenorphine as maintenance treatment in rehabilitation of heroin addicts*] (Vol. 122): Tidsskr Nor Lægeforen.
- Buber, M. (1992). *Jeg og du*. [Oslo]: Cappelen.
- Corbin, J. M. & Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory*. Los Angeles, [Calif.]: SAGE.
- Cutcliffe, J. R. (2004). *The inspiration of hope in bereavement counselling*. (Kindle Edition utg.): Jessica Kingsley Pub.
- Dole Vp, N. M. (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: A clinical trial with methadone hydrochloride. *JAMA*, 193(8), 646-650. doi: 10.1001/jama.1965.03090080008002
- Faubion, J. D. (2001). *Power* (Vol. Vol. 3). London: Allen Lane.
- Fekjær, H. O. (2009). *Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Freire, P. (2000). *Pedagogy of the oppressed* (M. B. Ramos, Trans. 30th Anniversary Edition utg.). New York: The Continuum International Publishing Group Ltd.
- Gadamer, H.-G. & Holm-Hansen, L. (2012). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity : advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, Calif.: Sociology Press.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Hallberg, L. R. M. (2002). *Qualitative methods in public health research : theoretical foundations and practical examples*. Lund: Studentlitteratur.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) FOR-2009-12-18-1641*. Oslo.

-
- Helsedirektoratet. (2010). Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet.
- Helseforskningsloven. (2008). LOV-2008-06-20-44.
- Henriksen, J.-O. & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse: grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hummelvoll, J. K. & Dahl, T. E. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hvas, A. C. & Thesen, J. (2002). At styrke patientens egne kræfter og at modvirke undertrykkende kræfter: Empowerment i et medicinsk perspektiv. *Ugeskrift for Læger*, 164, 5.
- Jenssen, A. G., Tronvoll, I. M. & Fuglseth, T. E. (2012). *Brukermedvirkning : likeverd og anerkjennelse*. Oslo: Universitetsforl.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., Dansereau, D. F. & Rowan-Szal, G. A. (2001). Relationships Between Counseling Rapport and Drug Abuse Treatment Outcomes. *Psychiatric Services*, 52(9), 1223-1229. doi: 10.1176/appi.ps.52.9.1223
- Johannessen, A., Tuft, P. A. & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Kent, M. L. & Taylor, M. (2002). Toward a dialogic theory of public relations. *Public Relations Review*, 28(1), 21-37.
- Kvale, S., Brinkmann, S. & Anderssen, T. M. A. R. J. f. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lossius, K. & Andresen, N. E. (2012). *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Nightingale, A. W. (1995). *Genres in Dialogue*: Cambridge University Press.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). LOV-1999-07-02-63. Lokalisert på <http://www.lovdata.no>
- Personvernombudet. (2013). Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse. Lokalisert på <http://www.nsd.uib.no/personvern/forskningstemaer/pasientbruker.html>
- Schibbye, A.-L. L. (2009). *Relasjoner: et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforl.
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. & Andersen, T. M. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforl.
- Skjervheim, H. (1974). Deltakar og tilskodar. [Essay]. 19.
- Skretting, A. (1997). Evaluering av Metadon-prosjektet i Oslo. . *SIFA Rapport*(4).
- Skretting, A. (2010). Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere - noen utviklingstrekk. *Fortid*(4), 7.
- Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. 42. Lokalisert på <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten.pdf>
- Stensland Holte, J., Beston, G., Hummelvoll, J. K. & Eriksson, B. G. (2005). Det nødvendige brukerperspektivet i psykisk helsearbeid *Høgskolen i Hedmark - rapport* (s. 107).

- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker- : om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforl.
- Waal, H., Clausen, T., Håseth, A. & Lillevold, P. (2010). SERAF rapport 1/2010 (revidert utgave) Siste år med gamle retningslinjer. *SERAF Rapport*(1), 101.
- Waal, H., Clausen, T., Håseth, A. & Lillevold, P. (2012). Statusrapport 2011 LAR i helseforetakene. *SERAF Rapport*(1), 93.
- WMA. (2008). World Medical Association Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Lokalisert på <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

9. Vedlegg

Vedlegg nr. 1

Intervjuguide

Hva var bakgrunnen for at du valgte å bli med i LAR?

Hvordan var tiden før LAR?

Når ble du inkludert i LAR?

Hvor gammel var du da du begynte å ruse deg?

Hva er positivt med å være inkludert i LAR?

Hva er negativt med å være inkludert i LAR?

Hvordan opplevde du starten i LAR?

Syns du at dine meninger om behandlingen blir tatt hensyn til?

Hvordan opplever du å ha blitt møtt av LAR?

Er det andre ting du vil fortelle om LAR-behandling?

Føler du at det er meningsfullt å være i LAR? Eventuelt hvorfor syns du det er meningsfullt?

Kunne behandlingsopplegget ha skjedd på en annen måte?

Hvis behandlingen skulle skjedd på en annen måte, på hvilken måte skulle behandlingen ha foregått?

Føler du deg ivaretatt?

Er retningslinjene bare retningslinjer eller faste regler som må følges? Lager de sine egne regler etter hva som passer best?

Trusler fra LAR? Frykt for LAR?

Har du støtte i noen på ansvarsgruppemøtene?

Får du møte behandleren din?

Individuell plan?

Vedlegg nr. 2

Til (brukerorganisasjon)

28.02.2013

Undersøkelse om hvordan mennesker i LAR behandling opplever medvirkning i egen behandling

Mitt navn er Helge Toft og jeg er masterstudent ved Høgskolen i Hedmark i Elverum. Studiet jeg studerer er mastergrad i psykisk helsearbeid. Jeg ønsker å intervju LAR-klienter for å høre deres syn på hvordan de opplever at de tas med på vurderinger og beslutninger som angår deres behandling i LAR. For å komme i kontakt med LAR-klientene, behøver jeg hjelp av dere. Kunnskapen jeg mottar gjennom intervjuene vil jeg bruke i en masteroppgave. Hensikten med dette studiet er å belyse LAR-klienters opplevelser og erfaringer med innflytelse i egen behandling. Det er ønskelig at de som deltar i intervjuet har vært inkludert i LAR i minimum 6 måneder.

Personer som er inkludert i Legemiddelassistert Rehabilitering (LAR) møter ofte utfordringer når det gjelder innflytelse i egen behandling. Alt som kommer fram vil bli anonymisert slik at ingen kan bli gjenkjent. Intervjuet vil foregå der hvor LAR-klienten ønsker, for eksempel hjemme hos vedkommende eller et annet uforstyrret sted. Hvis det er lang reisevei mellom meg og klienten så kan vi eventuelt ta intervjuet over telefon. Intervjuet antas å ta fra 30 minutter til cirka en times tid å gjennomføre. Det er mulig å trekke seg når som helst. Det er frivillig å delta.

Kunnskapen jeg mottar gjennom intervjuene vil jeg bruke for evt å bedre LAR-behandlingen og få forståelse for denne gruppens erfaringer. Dette vil bli publisert i en masteroppgave og evt artikkel.

Jeg kan nås på SMS, telefon eller på epost. Mitt telefonnummer er 957 48410. Epost-adressen min er helge.toft@gmail.com.

Mvh

Helge Toft

Vedlegg nr. 3

Til personer som har LAR-behandling

30.03.2013

Undersøkelse om hvordan mennesker i LAR-behandling opplever medvirkning i egen behandling.

Personer som er inkludert i Legemiddelassistert Rehabilitering (LAR) kan følge regelstyrte behandlingsopplegg og kan møte utfordringer når det gjelder innflytelse i egen behandling. Derfor ønsker jeg å intervjuere personer under LAR-behandling for å høre deres syn på hvordan de opplever at de tas med på vurderinger som angår deres behandling i LAR. Hensikten med dette studiet er å belyse LAR-klienters opplevelse og erfaringer med innflytelse i egen behandling. Det er ønskelig at de som deltar i intervjuet har vært inkludert i LAR i minimum 6 måneder.

Alt som kommer fram vil bli anonymisert slik at ingen kan bli gjenkjent. Intervjuet vil foregå der hvor du ønsker, for eksempel hjemme hos deg eller et uforstyrret sted jeg har til rådighet. Hvis det er lang reisevei mellom oss så kan vi eventuelt ta intervjuet over telefon. Intervjuet antas å ta fra 30 minutter til cirka en times tid å gjennomføre. Det er mulig å trekke seg når som helst. Det er selvsagt frivillig å delta.

Mitt navn er Helge Toft og jeg er masterstudent ved Høgskolen i Hedmark i Elverum. Studiet jeg tar er mastergrad i psykisk helsearbeid. Kunnskapen jeg mottar gjennom intervjuene vil jeg bruke for evt å bedre LAR-behandlingen og få forståelse for denne gruppens erfaringer. Dette vil bli publisert i en masteroppgave og evt artikkel.

Hvis du ønsker å delta, kan du kontakte meg på SMS, telefon eller epost, så vil jeg ta kontakt med deg for å avtale samtalen.

Mitt telefonnummer er 957 48410. Epost-adressen min er helge.toft@gmail.com.

Mvh

Helge Toft

Vedlegg nr. 4

Samtykke til deltakelse i studiet

Jeg er villig til å delta i studiet

(Signatur prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studiet «LAR-klienters opplevelse av medvirkning i egen behandling»

(Signatur intervjuer, dato)

Vedlegg nr. 5

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
 NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Arild Granerud
 Institutt for sykepleie og psykisk helse
 Høgskolen i Hedmark
 Postboks 400
 2418 ELVERUM

Vår dato: 08.02.2013

Vår ref:32988 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.01.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

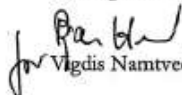
32988	<i>LAR-klienters opplevelse av medvirkning i egen behandling</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Hedmark, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Arild Granerud</i>
<i>Student</i>	<i>Helge Toft</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


 Vigdis Namtvedt Kvalheim


 Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Helge Toft, Børstadalleen 21 C, 2318 HAMAR

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 32988

Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.